

پیش بینی اضطراب بارداری بر اساس رضایت زناشویی و عزت نفس زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی شهر تبریز

مرضیه علیوندی وفا^۱، رعنا پایان^۲

^۱ استادیار روانشناسی گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)
^۲ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر، پیش بینی اضطراب بارداری بر اساس رضایت زناشویی و عزت نفس می باشد. روش انجام این تحقیق توصیفی- همبستگی می باشد. از نظر هدف کاربرد است. جامعه آماری این تحقیق، شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی شهر تبریز در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ بود؛ که بر اساس جدول مورگان، ۱۰۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات، از پرسشنامه های عزت نفس روزنبرگ، رضایت زناشویی اینریچ و اضطراب بارداری (PRAQ) استفاده شده است. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که بین رضایت زناشویی و اضطراب بارداری رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد. بعلاوه، بر اساس یافته های تحقیق حاضر، بین عزت نفس و اضطراب بارداری، رابطه معنی داری یافت نشد. در نهایت، نتایج نمایانگر آن بود که در صورت حذف متغیر عزت نفس، از بین متغیرهای پیش بین باقیمانده، رضایت زناشویی از قدرت زیادتری برای پیش بینی اضطراب بارداری برخوردار می باشد.

واژه های کلیدی: اضطراب بارداری، رضایت زناشویی، عزت نفس، زنان باردار، بیمارستان طالقانی

مقدمه

در طول حیات هر زن مراحل وجود دارد که اهمیت آن غیرقابل انکار بوده و تأثیرات عمیقی بر زندگی او برجای می‌گذارد. بارداری، یکی از این رخدادهای عظیم می‌باشد؛ بطوریکه از آن بعنوان بزرگترین رویداد زندگی هر زن نام می‌برند (اخلاقی و همکاران، ۱۳۹۱). بارداری یک موقعیت بی‌مانند است. در طی دوران بارداری، مادران تغییرات بسیاری از نظر روان‌شناختی و فیزیولوژیکی تجربه می‌کنند. تغییرات هورمونی ماههای اول بارداری سبب احساس خستگی و حالت تهوع می‌شود. بیشتر زنان باردار تغییراتی در نشانه‌های بدنی، کار و فعالیت‌های خود، همچنین در روابط با دیگران نشان می‌دهند. برخی از زنان به دنبال این تغییرات تحریک‌پذیر و عصبی می‌شوند، تغییراتی را در احساسات (در مورد خود، کودک و آینده) و ارتباطات (ارتباط با همسر، فرزند) تجربه می‌کنند. این تغییرات زنان را از نظر روانی آسیب‌پذیر می‌کند و یک منبع استرس برای زن به شمار می‌رود (دمو و آکوک، ۱۹۹۶).

دوره حاملگی و پس از آن با تغییرات فیزیولوژیک و روانشناختی بسیار مهمی همراه است که علیرغم احساس لذت مادرشدن، گاهی با تغییرات پاتولوژیک نیز همراه می‌گردد. دوران حاملگی پراسترس‌ترین دوران زندگی زن می‌باشد و شدت این استرس در سه ماهه سوم بیشتر است؛ حتی استرس ناشی از تولد اولین فرزند در جداول استرس روانی - اجتماعی، جزء استرس‌های شدید طبقه بندی می‌شود. در کل، زنان به طور مکرر در هر سنی مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌شوند؛ اگر چه، به طور کلی، در سنین بالا میزان بروز کاهش می‌یابد (راسکی، هوارد و مان، ۱۹۹۸). ولی موضوعی که بسیار مهم می‌باشد، تجربه اضطراب در دوران پر تنش بارداری است. در این دوران، امکان بروز حالت‌هایی مانند افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و اختلال وسواس زیاد است. برخی محققین معتقدند که حاملگی خود تجربه روحی مهمی است که سبب ایجاد تغییرات روانی زیادی در زن می‌شود. اغلب زنان متوجه تغییرات خلق و الگوی خوابشان می‌شوند و نسبت به تولد و نگهداری فرزند احساس دوگانه دارند و از زایمان و به دنیا آوردن کودک نابهنجار و از اینکه نتوانند مادر خوبی باشند ترس دارند. بدون حمایت کافی از سوی اعضای خانواده و فامیل یا اعضای کمیته پزشکی، این ترس‌ها افزایش می‌یابد، یا اغراق‌آمیز شده و منجر به افسردگی و اضطراب می‌گردد (هریس و همکاران، ۱۹۹۶).

شیوع اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب منتشر، اختلال هراس و اختلال خوردن در زنان بالاست. در حقیقت، تقریباً یک سوم زنان معیارهای یک اختلال اضطرابی را در طول عمر تجربه می‌کنند (کسلر^۴ و همکاران، ۱۹۹۴). یکی از دلایل توجه محققان امر به این نوع اضطراب به تأثیرات آن مربوط می‌باشد. به عبارت دیگر، نگرانی، اضطراب و استرس بالا در طی دوران بارداری می‌تواند پیامدهای دراز مدت برای رویان داشته باشد. به عنوان مثال، تنش درون رحمی موجب نارسایی و زایمان زودرس و بیماری‌های کرونری در بزرگسالی می‌شود (شجاعی، ۱۳۷۹). سطح بالای اضطراب مادر در اواخر دوران بارداری با

^۱- Demo & Acock

^۲rasucki , Howard , Mann

^۳ Harris

^۴-Kessler

کاهش تکامل ذهنی در ۲ سالگی همراه است (سولچنی^۵، ۲۰۰۳). همچنین، شانس کم وزنی هنگام تولد در مادران دارای مواجهه با خشونت روانی- کلامی و جنسی چند برابر بیشتر از دیگر مادران گزارش شده است (بروئرز^۶، ۲۰۰۱). از طرفی، بنا به کیفیت و کمیت دوران بارداری، این دوران به طور قطع تغییرات بارزی را در ارتباط زوجین پدید می‌آورد؛ به خصوص اگر اولین تجربه بارداری باشد. مراقبتهای دوران بارداری از دستاوردهای مهم علم پزشکی به حساب می‌آید و بطور برجسته ای مورد توجه متخصصان قرار دارد؛ زیرا همه بیماریها و حالات روانی که مادر به آنها مبتلا می‌شود در جنین تاثیر می‌گذارد (حسن و روشنک، ۱۳۸۱). آنچه در این دوران مهم بوده و یکی از مسایل غیرقابل انکار بعد از ازدواج می باشد؛ رضایتمندی زناشویی است. رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی، رضایت از ازدواج و رضایت از همدیگر دارند (کارنی و بردبری^۷، ۲۰۰۰). این متغیر به صورت طیفی از رضایتمندی زیاد تا نارضایتی زیاد تصور می‌شود (سپینگتون^۸، ۲۰۰۱). طبق پژوهش‌هایی که در حیطه ازدواج و روابط زناشویی انجام شده است، متغیرهای مختلفی با روند رضایت زناشویی در طول زمان رابطه دارند. این متغیرها می‌توانند پیش‌بینی کننده شانس حفظ رضایت رابطه زناشویی در طول زمان یا رفتن به طرف آشفستگی زناشویی و طلاق باشند (هالفورد^۹، ۲۰۰۵).

هاکینز، رضایتمندی زناشویی را احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر، زمانی که همه جنبه‌های ازدواجشان را در نظر می‌گیرند، تعریف می‌کند (به نقل از هیداک، تاکا و یوشی، ۲۰۰۵). داشتن روابط مثبت و سازنده چنان در رشد دو طرف ارتباط مهم هستند که مرادی (۱۳۸۰) معتقد است روابط زناشویی رضایت بخش، باعث رشد شایستگی و توانایی سازگاری و انطباق در بین کودکان می‌شود.

در اصل، رضایتمندی زناشویی می‌تواند به طول کامل بر کیفیت زندگی تاثیرگذار باشد. در چندین مطالعه مشخص شده که ضعیف بودن ارتباطات زناشویی و عدم حمایت شوهر از زن زمینه‌ساز مشکلات متعددی برای زنان است (کامینگ و آرلی، ۱۹۹۷). از طرفی، نتایج مطالعات مبین این نکته است که رضایت زناشویی بر شدت علائم افسردگی در زنان باردار تاثیرگذار است (خداکرمی، ۱۳۸۹). همچنین، رضایت زوجین از روابط جنسی، سبب افزایش موارد پسرزایی شده است (ملکوتی، ۱۳۸۰). افراد متاهلی که زندگی‌شان پایدار است و از زندگی زناشویی خود رضایت کافی دارند، عموماً عمر طولانی‌تر دارند، بیشتر احتمال دارد از سرطان نجات یابند (بلوریان و رخشانی، ۱۳۸۶)، تغذیه سالم و مطلوب دارند و کمتر دچار بیماری افسردگی و مشکلات روان‌شناختی می‌شوند (وایت، ۱۹۹۷). بررسی تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که ۶۸ درصد زنان در طول دوران بارداری، نابسامانی‌های ارتباط زناشویی را تجربه می‌کنند (لی، ۱۹۹۵، حسن و روشنک، ۱۳۸۱).

^۵- Solchani

^۶- Brouwers

^۷- Karny, Bradbury

^۸- Sapingtone

^۹- Halford

^{۱۰}-Lee

عزت نفس عبارت از میزان ارزشی است که افراد برای خویشتن قایل هستند. عزت نفس، عموماً مؤلفه ارزیابی کننده ای از خودپنداره و معرف گستره خود است که شامل جنبه های شناختی، رفتاری و نیز عاطفی است. در حالی که این سازه اغلب برای اشاره به مفهوم کلی ارزش شخصی استفاده می شود؛ مفاهیم ظریف مانند اعتماد به خود تلویحاً به عنوان یک مفهوم عزت نفس در بیشتر حیطه های خاص مورد استفاده قرار می گیرد. همچنین، به طور وسیع فرض می شود که عزت نفس به عنوان یک صفت عمل می کند؛ یعنی عزت نفس در طول زمان در افراد ثابت است. با وجود این، این اصطلاح سازه رایجی است که با حیطه های مختلف روانشناسی از جمله شخصیت (خجالتی بودن)، رفتار (عملکرد تکلیف)، شناخت (سوگیری اسنادی) و مفاهیم بالینی (اضطراب و افسردگی) در ارتباط است؛ بویژه تعدادی از پژوهشگران برکنش های انطباقی و خود حمایتی عزت نفس تأکید دارند (بلاسکوویچ و توماکا، ۱۹۹۱). در حقیقت، سطح بالای عزت نفس بیانگر ارزیابی مثبت از خود است و برعکس. به عبارت دیگر، عزت نفس یک ادراک است، نه یک واقعیت (رجبی و بهلول، ۱۳۸۶). در این راستا، ستیر (۱۳۷۸) معتقد است که افزایش عزت نفس افراد خانواده به منظور ایجاد تغییر در نظام میان فردی بسیار مهم می باشد. او بین عزت نفس و ارتباط میان فردی، یک همبستگی مستقیم یافته و عزت نفس پایین را با ارتباط ضعیف همخوان و هم پیوند می داند. در حقیقت، هنگامی که اعضای خانواده از همه رویدادهایی که در زمان حال تجربه می کنند، آگاه شوند، می توانند هم به عنوان فرد و هم به عنوان خانواده رشد کنند. ستیر (۱۳۷۸) به طرز ویژه ای بر تخلیه انرژی و از نظر جهت گیری انرژی های متوقف شده از طریق تسهیل در رشد و افزایش عزت نفس و بهبود مهارت های ارتباطی تأکید می ورزد. از طرفی، باید توجه داشت که عزت نفس عامل مهمی برای پیشرفت و موفقیت افراد در همه موقعیتها و در زندگی زناشویی است و محیط نیز نقش تاثیر گذار ی در شکل گیری آن دارد، و رضایت زناشویی حاصل مبادله رفتارهای پاداش بخش است. رضایت زناشویی، احساسات عینی از خشنودی، و رضایت و لذت تجربه شده توسط زن و شوهری است که همه جنبه های ازدواجشان را مدنظر قرار می دهند. وقتی فرد ارزیابی مثبت از خصوصیات خود داشته باشد دارای عزت نفس بالا و وقتی نتیجه این ارزیابی منفی باشد، دارای عزت نفس پایین است. به بیانی دیگر، افرادی با عزت نفس بالا دارای هدف های عالی تر و متعدد تری هستند و شوق زیادی دارند تا با موفقیت های تازه و موضوعاتی رو به رو شوند که استعداد و نیروهای آن ها را به طور عمده به کار می گیرد (عظیمی، ۱۳۸۰). وجود عزت نفس بالا چنان در سلامت روانی موثر است که ویشمن^۲ (۲۰۰۵) معتقد است عزت نفس پایین موجب افزایش اضطراب و افسردگی در زنان باردار می شود و پیشنهاد می دهد که جهت مقابله با فشارهای روانی و افزایش کیفیت زندگی برای زنان ارائه خدمات مشاوره ای می تواند مؤثر باشد. همچنین، پژوهش اندرسون^{۱۳} و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که بین عزت نفس زنان و نگرانی های ناشی از باروری و رضایت از زندگی، رضایت زناشویی و سرزنش خود رابطه معناداری وجود دارد. بررسی پژوهشهای داخلی مبین وجود تعداد اندک تحقیق ها در خصوص رابطه اضطراب بارداری و عزت نفس و رضایت زناشویی است؛ که این امر به نوبه خود نشان دهنده اهمیت پرداختن به این مهم در زندگی این قشر آسیب پذیر می باشد. حال، با توجه به اهمیت بسیار مهم دوران بارداری در سلامت مادر و کودک؛ و نبود تحقیق هایی که به این دوران با توجه به سه متغیر مهم فردی و بین فردی توجه داشته باشد؛ انجام پژوهش هایی از این دست

^{۱۱} Blascovich & Tomaka^{۱۲} Wishman^{۱۳} Anderson

می تواند راه را برای اقدامهای پژوهشی پیشگیری مدار در زمانهای آتی هموار سازد. بر این اساس، تحقیق حاضر بر آن است تا با تکیه بر یک رویکرد پیش بینی مدار، به پیش بینی اضطراب دوران بارداری بر پایه ی رضایت زناشویی و عزت نفس بپردازد.

مبانی نظری

اضطراب بارداری

نگرانی و اضطرابی که زنان باردار ممکن است درباره نارسایی های دوره جنینی، نگرانی درباره درد و تغییر زندگی شخصی در نتیجه بارداری و زایمان داشته باشند (دانکل-شتر،^۴ ۱۹۹۷). وجود حالات اضطرابی شدید، مداوم و قابل توجه در مادر باعث مواجهه بیشتر جنین با گلوکوکورتیکوئیدها شده و می تواند موجب تغییرات نورواندوکراین مستدام در وی شود. این تغییرات می توانند منجر به الگوهای خاص شناختی یا رفتاری و به خصوص اشکال در کنترل احساسات و تکانه ها شوند و این امر می تواند شکل دهنده ی شخصیت آینده ی جنین گردد (وان دن برگ و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین، بررسی اُکانر و همکارانش (۲۰۰۲) نشان داده که وجود اضطراب بارز در هفته ی ۳۲ بارداری در مادر، می تواند موجب اختلالات رفتاری و عاطفی تا حدود هفت سالگی کودک گردد. عوارض دیگر این حالات اضطرابی می تواند زایمان زودرس، وزن کم زمان تولد و نمره ی آپگار پایین حین تولد باشند. علاوه بر این، نشان داده شده که همراهی افسردگی با اضطراب می تواند بیشترین اثر را بر احتمال زایمان زودرس داشته باشد و این اثر بسیار بیشتر از اثر افسردگی به تنهایی است. احتمال اختلالات خلقی بعد از زایمان نیز در صورت وجود اضطراب در دوران بارداری افزایش می یابد (کلمن و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین گزارشات زیادی در دسترس است که نشان می دهند اضطراب حین بارداری خطر مصرف سیگار و الکل را بالا می برد و این امر همان طور که می دانیم می تواند عواقب خود را برای جنین داشته باشد. نکته ی دیگر این که مطالعه ی کلمن و همکارانش در دانشگاه واشینگتن نشان داده که تنها ۲۰٪ متخصصین زایمان اقدام به غربالگری برای شناخت موارد مبتلا به اختلالات اضطرابی می نمایند. همین گروه نیز ترجیح می دهند موارد شناسایی شده اختلال اضطرابی را به روان پزشک ارجاع دهند. بررسی مربوطه نشان داده که دو عامل مهم در انجام این غربالگری تأثیر آماری داشته اند. اولین و مهم ترین عامل در این امر داشتن اطلاعات کافی در این زمینه و گذراندن دوره های آموزشی مربوطه بوده است. عامل مؤثر دیگر، ابتلای خود یا یکی از دوستان متخصص مربوطه به یک اختلال اضطرابی حین بارداری بوده است (کلمن و همکاران، ۲۰۰۸).

ویژگی های بالینی اختلالات اضطرابی

اختلال آسیمگی: از هفته ی ششم تا هفته ی ۲۸ بارداری تدریجاً علایمی چون تاکی کاردی، کوتاهی نفس، گیجی و تعریق به طور فزاینده ای ایجاد می شوند که گاهی علی رغم طبیعی بودن این تغییرات به غلط به عنوان وضعیتی خطرناک تعبیر می گردد. این امر می تواند هسته اصلی خطای شناختی یک اختلال آسیمگی را تشکیل دهد که در زمینه آن اختلال آسیمگی و حملات اضطرابی مربوط به آن بروز نماید (کلمن و همکاران، ۲۰۰۸).

^۴Dunkel-Schetter

رضایت زناشویی

رضایت زناشویی حالتی است که طی آن زن و شوهر از ازدواج با یکدیگر و با هم بودن احساس شادمانی و رضایت دارند (سینها و ماکرجی^۱، ۱۹۹۱ به نقل از میر احمدی زاده و همکاران، ۱۳۸۲). وینچ^۲ و همکاران او (۱۹۷۴) معتقدند که رضایت زناشویی، انطباق بین وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار است. طبق این تعریف، رضایت زناشویی زمانی محقق می گردد که وضعیت موجود در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظار فرد منطبق باشد. هم چنین، الیس^۳ در ۱۹۸۹ بیان می کند که رضایت زناشویی احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر است هنگامی که همه جنبه های ازدواج شان را در نظر می گیرند (سلیمانیان، ۱۳۷۳). مطابق با نظر هادسن (۱۹۹۲ به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹)، ادراک زن یا شوهر از میزان، شدت و دامنه مشکلات موجود در رابطه منعکس کننده سطح رضایت زناشویی آنهاست.

در پژوهش بنی جمالی و همکاران (۱۳۸۳)، علل از هم پاشیدگی خانواده ها و نیز موفقیت ازدواج زوج های جوان را شامل موارد ذیل عنوان کردند: ۱- کمی سن جوانان به هنگام ازدواج، فقر اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، کم بودن سواد، پایین بودن سطح شغلی، دخالت بی مورد اطرافیان، پدیده طلاق والدین زوج های ناموفق، وابستگی مالی زوجین به والدین، همه از عوامل تهدید کننده زندگی مشترک زوجین جوان بودند؛ ۲- عدم همسویی زوجین در جهات مختلف موجب اختلاف زناشویی بین زوجین می شود؛ ۳- تشابه نظرات زوجین به عنوان عامل تداوم بخش زندگی مشترک شناخته شد؛ ۴- وجود بیماری های جسمی، روانی و اختلالات رفتاری اعلام نشده از سوی همسران و خانواده های آنها عامل سستی روابط بین زوجین تلقی شد.

همچنین، محققان بر این باورند که رضایت زناشویی فرایندی است که در طول زندگی زوجین بوجود می آید. رضایت زناشویی شامل ۴ حیطه جاذبه (بدنی، جنسی)، تفاهم، طرز تلقی و سرمایه گذاری می باشد. رضایت از زندگی زناشویی بر روابط والدین و فرزندان اثر می گذارد. این ارتباط در سلامت فردی و روانی فرزندان، سلامت زوجین و سلامت خانواده تأثیر دارد. همسرانی که از کیفیت ارتباطی یا تفاهم خوبی برخوردارند از وضعیت تندرستی بهتری نیز بهره مند می باشند. کیفیت زندگی مشترک زوجین، تحت تأثیر تولد فرزندان قرار می گیرد، زیرا از این پس علاوه بر تلاش جهت رسیدن به اهداف قبلی و تأمین آینده، فرزند نیز بطور جدی مد نظر قرار می گیرد. بنابراین همدلی، توجه و حمایت بیشتر همسر را جهت اطمینان بخشی به همسر در ارتباط با نگرانی هایی که دارد طلب می کند (صالحی، ۱۳۷۸).

رضایت زناشویی و اضطراب بارداری

تشکیل خانواده با ازدواج شکل می گیرد. ازدواج اقتضای طبیعت انسان است و زوجیت در تمام موجودات عالم وجود دارد. ازدواج برای رسیدن به کمال است. بر اساس گفته های افلاطون انسان به دنبال نیمه گمشده خویش می گردد. ازدواج در جامعه امروزی پدیده ای پیچیده ای است. آرزوی هر زن و مردی پس از رسیدن به بلوغ این است که با پایه ریزی یک زندگی سعادت‌مندانه مشترک یار و مونس داشته باشد. آنچه در ازدواج مهم است و نقش مهم در سعادت‌مندی زوجین بازی می کند،

1. sinha & mukerjee

2. Winch

3. Ellis

رضایت مندی زناشویی است. رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی، رضایت از ازدواج و رضایت از همدیگر دارند. از جمله عواملی که می تواند زندگی زوجین را تخریب کند یا بهبود بخشد، رابطه زناشویی است؛ و از آنجا که دوام زندگی انسانها تا حدودی به این مسئله بستگی دارد، باید تلاش کرد تا میزان رضایت زناشویی را افزایش داد. رضایت مندی زناشویی را نمی توان صرفاً بر اساس فشارهای روانی و بیرونی تعیین کرد؛ زیرا تمامی ازدواج ها دست کم با چند فشار روانی مواجه هستند (فعال کلخوران و همکاران، ۱۳۹۰). همه افراد در طول عمر خود اضطراب را تجربه می کنند؛ و اگر این حالت اضطراب در دوران بارداری ادامه پیدا کند در سلامتی فرد تاثیر معنی داری می گذارد. اضطراب بر روی کلیه ی جنبه های زندگی تاثیر می گذارد در این مورد باید اذعان داشت که روابط با جنس مخالف نیز از این امر مستثنی نیستند. زمانیکه یکی از طرفین در یک رابطه دچار اضطراب شده باشد رابطه آنقدر آسیب می بیند که می توان گفت بقای آن با مشکل جدی مواجه خواهد شد؛ البته می توان اظهار داشت که یک رابطه خوب می تواند برای کسانی که دچار اضطراب در دوران بارداری هستند نقش مرهم را بازی کند. اضطراب واکنشی است طبیعی و لازم که در حقیقت جزئی از زندگی است و باعث یادگیری و رشد شخصیت و بالا بردن میزان هوشیاری و حتی تحریک فرد می شود، اضطراب وقتی حالت مرضی پیدا می کند که از حد طبیعی بگذرد و باعث پیدایش یک سلسله اختلالاتی در سلامت روان و رفتار زوجین و در برخی موارد پرخاشگری هر دو نفر می شود که همین مسئله تاثیر منفی در روابط زوجین و رضایت مندی زناشویی آنها می گذارد (دادستان، ۱۳۸۰).

عزت نفس

عزت نفس به معنای قضاوت شخص از ارزشمندی خود است و به نگرش فرد از خود دلالت می کند. افراد با بررسی نحوه ی کنار آمدن با استانداردها و ارزشهای مورد نظر خود و مقایسه ی چگونگی عملکرد خود با دیگران به این قضاوت دست می پردازند. عزت نفس چگونگی احساس خود درباره ی خود است و بر همه ی افکار، ادراکات، هیجانات، آرزوها، ارزشها و اهداف شخصی نفوذ دارد و کلید رفتار آدمی می باشد. بنابراین، عزت نفس هسته ی مرکزی ساختارهای روانشناختی فرد است که وی را در برابر اضطراب محافظت نموده و آسایش خاطر وی را فراهم می آورد. (ولی زاده و همکاران، ۱۳۸۷). در حقیقت، عزت نفس نقش محافظت کننده ای در مقابله با فشارهای روانی دارد که از فرد در مقابل وقایع فشار آور منفی زندگی حمایت می کند. فردی که از ارزشمندی بالایی برخوردار است، به راحتی قادر است با تهدیدها و وقایع فشارآور بیرونی بدون تجربه ی برانگیختگی منفی و از هم پاشیدگی سازمان روانی مواجه شود. عزت نفس به مانند یک سرمایه ی ارزشمند حیاتی از مهمترین عوامل پیشرفت و شکوفایی استعداد و خلاقیت افراد می باشد (ولی زاده و همکاران، ۱۳۸۷). از آنجایی که عزت نفس مفهوم روانشناختی بسیار عام و گسترده ای است و در عین حال بسیار مهمی می باشد، والدین معمولاً تشویق به رشد ویژه آن را دشوار می یابند، مگر اینکه عزت نفس را به طور مشخص تعریف کنند. عزت نفس همان ارزیابی نفس است که برطبق معیارهای فردی خاص صورت می پذیرد. هر فرد، نقش آن معیارها را در تعیین ارزش انسانی خود بسیار تلقی می کند. در اصل، عزت نفس برای بقا و سلامت روانی انسان حیاتی است. عزت نفس همیشه از ارزش ثابتی برخوردار نیست، بنابراین می توان بسته به شرایط جسمی (سلامت یا بیماری)، تجربه های زندگی (موفقیت یا شکست) و حالات روحی (شاد یا غمگین) مثبت و منفی نوسان داشته باشد. عزت نفس یکی از ملزومات عاطفی زندگی است و بدون آن بسیاری از نیازهای اساسی برآورده نمی شوند.

در واقع، عزت نفس بعد ارزیابانه خود پنداره، توصیف فرد از خود است و اشاره به این دارد که چگونه فرد خود را ارزشیابی می کند. برای انسان این امکان وجود دارد که رنگها، صداها، شکلهای و احساسهای خاصی را دوست نداشته باشد؛ اما اگر فرد بخشهایی از خود را دوست نداشته باشد، ساختار روانی او به شدت آسیب می بیند (گرین برگ و همکاران ۱۹۹۲).

انواع عزت نفس

عزت نفس کلی: ارزشیابی که شخصی نسبت به ارزشمندی خویش دارد؛ در واقع عزت نفس، قضاوت شخص به ارزشمندی وجود خود می باشد. این خاصیت، عمومی است و در همه انسان ها وجود دارد و نه یک حالت محدود و گذرا؛ بلکه ثابت و دائمی است (شاملو، ۱۳۸۲).

عزت نفس اجتماعی: احساسات و عقاید کودک در مورد خودش که به عنوان یک دوست برای دیگران دارد که کودکان، او را دوست دارند و افکار و عقاید او برای آنها ارزشمند است و او را در فعالیت هایشان شرکت می دهند و از ارتباط و تعامل با همسالان خود احساس رضایت می کند (بیابانگرد، ۱۳۷۶).

عزت نفس تحصیلی: مبتنی بر ارزش است که فرد به عنوان یک دانش آموز در رابطه با تحصیل و جایگاه تحصیلی اش دارا است، موفقیت های تحصیلی افراد باعث ارزیابی مثبت در این زمینه خواهد شد (بیابانگرد، ۱۳۷۶).

عزت نفس و اضطراب بارداری

یکی از جنبه های مهم شکل دهنده ی هویت و عزت نفس افراد، ظاهر جسمانی و تصویر بدنی است. افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز نسبت به زندگی خواهند داشت. تصویر ذهنی که مورد پذیرش فرد نباشد، منجر به تغییراتی در احساس ارزشمندی می شود. عوامل متعددی مانند ارزش های اجتماعی- فرهنگی، مقایسه های اجتماعی، تأکید جامعه بر جذابیت ظاهری و تجارب منفی در تعامل با دیگران این گونه نگرانی ها را تشدید کرده و به تداوم آن کمک می کنند و موجب اضطراب در دوران بارداری می گردد. زمانی که بافت فرهنگی جامعه بر ارزشمندی جذابیت ظاهری به خصوص برای زنان باردار تأکید نماید، به تدریج زمینه نگرانی برای فرد فراهم می شود. تداوم این ناراضیتی نیز منجر به افسردگی، اضطراب و پایین آمدن عزت نفس می گردد (گروسی و همکاران، ۱۳۹۲).

پیشینه ی تحقیق

بررسی ادبیات مربوط نشان می دهد که مدتی است که توجه به عوامل روانشناختی مسایل دوران بارداری زیادتیر شده است. ولی با این وجود، تحقیق های زیادی در خصوص رابطه ی متغیرهای روانشناختی و اضطراب بارداری صورت نگرفته است. در ذیل، به برخی از تحقیق های مرتبط اشاره می شود.

اخلاقی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی رابطه افسردگی، اضطراب، عزت نفس، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت شناختی با ترس از زایمان در زنان نخست زا پرداختند. یافته های آنان نشان داد که بین عزت نفس، رضایت زناشویی با ترس از

زایمان رابطه معناداری مشاهده نشد. ولی میزان اضطراب آشکار و پنهان در این دوران با ترس از زایمان ارتباط مستقیم معناداری دارد.

کیانی و همکاران (۱۳۸۹) به بررسی رضایت زناشویی زنان در دوران بارداری پرداختند و به این نتیجه رسیدند که این مؤلفه، یک عامل مستعد کننده برای افسردگی پس از زایمان است. آنان با مطالعه بر روی ۱۰۰ خانم باردار دریافتند که همبستگی معکوسی بین رضایت زناشویی و افسردگی در ماه آخر حاملگی پس از زایمان وجود دارد. منگلی، رمضانی، منگلی (۱۳۸۷) در پژوهش خود به بررسی تأثیر آموزش تغییرات طبیعی دوران بارداری و نحوه سازگاری با آنها بر رضایت‌مندی زناشویی زنان باردار پرداختند. نتایج نشان داد که افزایش آگاهی زنان حامله بر میزان رضایت‌مندی زناشویی آنان تأثیر معناداری داشت.

دره شوری محمدی و همکاران (۱۳۹۱)، در تحقیقی به بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس با رویکرد گروه درمانی شناختی-رفتاری بر روی اضطراب حالت/صفت، اضطراب بارداری و سلامت روان زنان نخست‌زا پرداخته‌اند. این پژوهش نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. نمونه‌گیری در دسترس شامل ۳۰ زن نخست‌زا که در پرسشنامه سلامت روان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین کسب نمودند و معیار جمعیت‌شناسی پژوهش را داشتند می‌باشند. نتایج نشان می‌دهد که آموزش مدیریت استرس با کاهش اضطراب حالت/صفت در سطح معناداری $p < 0.001$ ، اضطراب بارداری در سطح معناداری $p < 0.003$ و ابعاد آن (نگرانی در مورد تولد نوزاد در سطح $p < 0.015$ نگرانی در مورد احساسات/روابط بین فردی در سطح $p < 0.02$ و سلامت روان در سطح معناداری $p < 0.015$ همراه است. ولی باعث کاهش نگرانی تغییرات ظاهری بدن در سطح $p < 0.12$ که یکی دیگر از ابعاد اضطراب بارداری است، نمی‌باشد.

عبداله زاده رافی و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی به بررسی رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب سه ماهه سوم بارداری پرداخته‌اند. این تحقیق از نوع همبستگی می‌باشد. به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، نمونه‌ای به اندازه ۹۵ نفر از زنان باردار شهر شیراز در تابستان ۱۳۸۷ انتخاب شد و با استفاده از سه پرسشنامه حمایت اجتماعی، اضطراب دوران بارداری و افسردگی، اطلاعات گردآوری شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده گردید. تحلیل داده‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی با افسردگی سه ماهه سوم بارداری رابطه منفی معنادار دارد ($p = 0.001$)؛ ولی با اضطراب سه ماهه سوم بارداری رابطه معناداری ندارد ($p = 0.09$).

هیلدرینگسون، تینگوال و رابرتسون^۵ (۲۰۰۸) در پژوهش خود به بررسی نقش حمایت همسر در دوره حاملگی زنان پرداختند. آنان به این نتیجه رسیدند که رضایت زناشویی پایین در دوره حاملگی با بهزیستی عاطفی پایین از نظر علائم افسردگی بیشتر، نگرانی‌های اساسی بیشتر و حس انسجام کمتر و علام جسمانی بیشتر، تجربه طلاق و جدایی در سال اول پس از تولد نوزاد و ناامیدی از مشارکت همسر در کمک به مراقبت از نوزاد رابطه دارد.

روش پژوهش

روش انجام این تحقیق توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق، شامل کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی شهر تبریز در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ بود؛ که بر اساس جدول مورگان، ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در

^۵ Hildingsson, Tingvall, Rubertsson

دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه‌های عزت نفس روزنبرگ، رضایت زناشویی اینریچ و اضطراب بارداری (PRAQ) استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

فرضیه ۱: بین اضطراب بارداری و عزت نفس رابطه معنی داری وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است. فرض صفر در این آزمون صفر بودن ضریب همبستگی (عدم وجود رابطه) است. اگر سطح معنی‌داری آزمون کمتر از ۰/۰۵ باشد، فرض صفر رد خواهد شد. یعنی در این صورت بین متغیرها رابطه وجود خواهد داشت. نتایج آماره پیرسون نشان داد که ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۰۵۲- و سطح معنی‌داری آزمون ۰/۶۰۸ است. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون پیرسون بزرگتر از ۰/۰۵ بدست آمد؛ فرض مستقل بودن متغیرها رد نمی‌شود. یعنی بین عزت نفس و اضطراب بارداری رابطه معنی‌داری وجود ندارد (سطوح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است) (جدول ۱). البته باید اذعان داشت که معنی دار نشدن این متغیر باعث گردید تا متغیر عزت نفس از مدل رگرسیون حذف شود.

جدول ۱: آزمون همبستگی پیرسون برای عزت نفس و اضطراب بارداری

متغیرها	اضطراب بارداری
	$r = -0/052$
عزت نفس	$p = 0/608$
	$n = 100$

فرضیه ۲: بین اضطراب بارداری و رضایت زناشویی رابطه معنی داری وجود دارد.

برای آزمون فرضیه سوم، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است. فرض صفر در این آزمون صفر بودن ضریب همبستگی (عدم وجود رابطه) است ($P < 0/05$). بر اساس نتایج بدست آمده، ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۶۳۲- و سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۱ بدست آمد. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون پیرسون کمتر از ۰/۰۵ است، فرض مستقل بودن متغیرها رد می‌شود؛ یعنی بین رضایت زناشویی و اضطراب بارداری رابطه معکوس معنی‌داری وجود دارد (جدول ۲).

جدول ۲: آزمون همبستگی پیرسون برای رضایت زناشویی و اضطراب بارداری

متغیرها	اضطراب بارداری
	$r = -0/632$
رضایت زناشویی	$p = 0/000$
	$n = 100$

نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش پیش بینی اضطراب بارداری بر اساس رضایت زناشویی و عزت نفس است. برای رسیدن به این هدف دو فرضیه تدوین شده است. بین اضطراب دوران بارداری و عزت نفس رابطه معنی داری وجود دارد و بین اضطراب دوران بارداری و رضایت زناشویی رابطه معنی داری وجود دارد. فرضیه اول تایید نشده است، یعنی بین عزت نفس و اضطراب بارداری رابطه معنی داری وجود ندارد. در فرضیه دوم، بین رضایت زناشویی و اضطراب بارداری رابطه معکوس معنی داری یافت شد. در واقع، نتایج تحقیق حاضر نشانگر آن بود که برای کنترل اضطراب در دوران بارداری، می توان از متغیر رضایت زناشویی استفاده کرد. به عبارت دیگر، ارتباط بین فردی بهتر و عمیقتر و رضایت زناشویی بالاتر بین زوجین، می تواند به نوبه باعث کاهش اضطراب بارداری مادران شود. از طرفی، مقدار اضطراب بارداری تجربه شده توسط مادران بر اضطراب بارداری آنها تاثیر دارد. بر اساس نتایج حاصله، داشتن روانی سالم با مقدار اضطراب و افسردگی پایین پیش بینی کننده اضطراب پایین در دوران بارداری است. این تحقیق با یافته های بابانظری و کافی (۱۳۸۷)، هیلدرینگسون، تینگوال و رابرتسون^{۱۲} (۲۰۰۸)، دره شوری محمدی و همکاران (۱۳۹۱) همسو می باشد. بابانظری و کافی (۱۳۸۷) در پژوهش خود دریافتند که اضطراب بارداری با رضایت زناشویی و میزان تحصیلات ارتباط معنی داری دارد. هیلدرینگسون، تینگوال و رابرتسون (۲۰۰۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که رضایت زناشویی پایین در دوره حاملگی با بهزیستی عاطفی پایین از نظر علائم افسردگی بیشتر، نگرانی های اساسی بیشتر و حس انسجام کمتر و علام جسمانی بیشتر، تجربه طلاق و جدایی در سال اول پس از تولد نوزاد و ناامیدی از مشارکت همسر در کمک به مراقبت از نوزاد رابطه دارد. دره شوری محمدی و همکاران (۱۳۹۱)، در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که مدیریت استرس با رویکرد گروه درمانی شناختی-رفتاری بر روی اضطراب حالت/صفت، اضطراب بارداری و سلامت روان زنان نخست زا تاثیر دارد. بنابراین با مرور این تحقیقات نیز مشاهده می شود که سلامت روان مادر و رضایت زناشویی زوجین بر اضطراب بارداری مادران موثر می باشند.

منابع

- دره شوری محمدی، زینب؛ بساک نژاد، سودابه؛ سروقد، سیروس (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس با رویکرد گروه درمانی شناختی-رفتاری بر روی اضطراب حالت/صفت، اضطراب بارداری و سلامت روان زنان نخست زا. مجله جندی شاپور. شماره ۹.
- عبداله زاده رافی، مهدی؛ حسن زاده اول، مریم؛ احمدی، شکوفه (۱۳۹۱). رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب سه ماهه سوم بارداری. نشریه پژوهش پرستاری. شماره ۲۶.
- شائقیان، زینب؛ رسول زاده، طباطبایی؛ سیدکاظم، صدیقی (۱۳۸۷). تاثیر اضطراب مادر در سه ماه آخر بارداری بر روند زایمان و سلامت روانی نوزاد. نشریه حیات. شماره ۴.
- فروزنده، نسرين (۱۳۷۷). بررسی میزان شیوع و عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهری شهرستان شهرکرد. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز.

^{۱۲} Hildingsson, Tingvall, Rubertsson

بنی جمالی، ش.، نفیسی، غ.، و یزدی، س.م. (۱۳۸۳). ریشه یابی علل از هم پاشیدگی خانواده ها در رابطه با ویژگی های روانی - اجتماعی دختران و پسران قبل از ازدواج. مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. دوره سوم، سال یازدهم، شماره های ۱ و ۲، ۱۴۳-۱۷۰.

پاکروان نژاد، م؛ صادقی، م (۱۳۸۷). بهداشت روان [یادداشت سایت]. گروه آموزشی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. سایت اینترنتی: <http://bpdanesh.ir/>

سلیمانیان، ع.ا. (۱۳۷۳). بررسی تاثیر تفکرات غیر منطقی (بر اساس رویکرد شناختی) بر نارضایتی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه تربیت معلم تهران.

شاملو، سعید، (۱۳۸۲)، بهداشت روانی تهران، رشد.

ولی زاده شیرین، روشهای افزایش عزت نفس در کودکان دارای نیازهای ویژه، تعلیم و تربیت استثنایی ۱۳۸۷ شماره ۸۵ و ۸۴ ص ۷۰.

Buist A, Gotman N, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder: Course and risk factors in pregnancy. J Affect Disord , 2011;131:277-283.

Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Rvine DS. Distress and concerns in couples referred to specialist infertility clinic. J Psychosom Res. 2003; 54(4): 353-5.

Coleman VH, Carter MM, Morgan MA, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists' screening patterns for anxiety during pregnancy. Depres Anxiety. 2008;25:114-123.

Harris B., Lovett L., Smith J., Read G. Cardiff puerperd mood and hormone study III, postnatal depressrion at 5 to 6 weeks post partum and its hormonal correlelates across the prepartum period. Br J Psychiatry. 1996; 168:739-44.

Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. Neurosci Biobehav Rev. 2005;29:237-258.