

## **The relationship between optimism with prenatal coping strategies**

Azhari<sup>1</sup> S (MSc) - <sup>\*</sup>Sarani<sup>2</sup> A (MSc) - Mazlom<sup>3</sup> SR (Ph.D) - Aghamohammadian Sherbaf<sup>4</sup> HM (Ph.D)

### **Abstract**

**Introduction:** However pregnancy is Seems a Pleasure time of women's life, but the physiologic changes during this time has caused high levels of stress in the mothers. Since optimism is one of the most important personality factors in choosing coping strategies to overcome the challenges created by pregnancy, thus the present study was performed to investigate the relationship between optimism and prenatal coping strategies.

**Methods:** This correlational-descriptive study was carried out in 500 pregnant women referring to health centers of Mashhad in 2014 were selected based on random sampling method. Instruments include: Life orientation test- Revised scale and the Revised Prenatal Coping Inventory. Data were analyzed by SPSS-16 software using descriptive statistics, spearman correlation and regression at the significant level of  $p < 0.05$

**Results:** In the current study, there was a significant direct correlation Between optimism and Planning-Preparation Coping ( $p < 0.001$ ,  $r = 0.74$ ), and Spiritual-Positive Coping ( $p < 0.001$ ,  $r = 0.73$ ). A significant Reverse correlation Between optimism and Avoidance Coping ( $p < 0.001$ ,  $r = -0.76$ ).

**Conclusions:** optimism was a positive correlation with Planning-Preparation Coping and Spiritual-Positive and negative correlation with Avoidance Coping.

**Keywords:** Pregnancy, stress, Prenatal Coping Inventory, coping, optimism.

**Received:** 26 November 2014

**Accepted:** 4 April 2015

---

1- MSc in Midwifery, Department in Midwifery, faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Iran.

2- MSc Student in Midwifery, Department in Midwifery, faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Iran. (**Corresponding Author**)

**E-mail:** www.saraniazde@gmail.com

3- PhD student in Nursing, Department of Nursing, faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Iran.

4- Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi university of Mashhad, Iran.

## رابطه خوش بینی با راهبردهای مقابله با استرس بارداری

صدیقه اظهري<sup>۱</sup>، \*آزاده سارانی<sup>۲</sup>، سید رضا مظلوم<sup>۳</sup>، حمیدرضا آقامحمدیان شعرباغ<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** هر چند بارداری دوره لذت بخشی در زندگی زن بنظر می‌رسد اما تغییرات فیزیولوژیکی این دوره، موجب ایجاد سطوح بالایی از استرس در مادر می‌گردد. خوش بینی از مهمترین عوامل شخصیتی در انتخاب راهبرد مناسب جهت مقابله با چالش‌های ایجاد شده دوران بارداری می‌باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خوش بینی با راهبردهای مقابله با استرس بارداری انجام شد.

**روش‌ها:** این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۵۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر مشهد به روش نمونه گیری تصادفی انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های خوش بینی (جهت گیری زندگی) و راهبردهای مقابله با استرس بارداری بود. به منظور تجزیه تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون با کمک نرم افزار Spss v.16 استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ مد نظر قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نشان داد بین خوش بینی و راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده ( $r=0/74$ ،  $p<0/0001$ ) و راهبرد معنوی مثبت ( $r=0/73$ ،  $p<0/0001$ ) رابطه خطی مستقیم و معنادار وجود داشت و بین خوش بینی و راهبرد اجتنابی ( $r=-0/76$ ،  $p<0/0001$ ) رابطه خطی معکوس و معنادار وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که خوش بینی با راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده و معنوی مثبت مقابله با استرس بارداری ارتباط مثبت و با راهبرد اجتنابی ارتباط منفی دارد.

**واژه‌های کلیدی:** بارداری، استرس، راهبردهای مقابله با استرس بارداری، راهبردهای مقابله با استرس، خوش بینی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۱/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۵

۱- کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران. (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیکی: [www.saraniazade@gmail.com](mailto:www.saraniazade@gmail.com)

۳- دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

۴- استاد، گروه روان شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.

## مقدمه

بارداری و زایمان به عنوان یک رویداد طبیعی در چرخه زندگی زنان مطرح می‌باشد (۱)، هرچند شادی بخش ترین مرحله زندگی است (۲) ولی در عین حال تجربه‌ای پر استرس تلقی می‌شود (۱). حتی استرس ناشی از تولد اولین فرزند، جزء استرس‌های شدید طبقه بندی می‌شود (۳). مطالعه بهادران (۱۳۸۴) در اصفهان نشان داد که ۱۹/۲۷ درصد زنان باردار در گروه استرس متوسط و ۲۵/۵۸ درصد در گروه پراسترس قرار دارند (۴). نتایج مطالعه اسپنجر (۲۰۱۲) در کالیفرنیا نشان داد که ۷۸ درصد زنان باردار در معرض استرس کم تا متوسط و ۶ درصد در معرض استرس زیاد قرار داشتند (۵). بارداری و زایمان منجر به القای تغییرات بزرگی از جمله تغییرات فیزیولوژیکی و سایکولوژیکی و نقشهای اجتماعی- خانوادگی می‌شود و این تغییرات سبب بروز اختلالات سایکوپاتولوژیکی از جمله استرس و اضطراب در مادر گردد (۶). در صورتی که تطابق با بارداری به خوبی شکل نگیرد احساسات منفی و حتی مشکلات روانی غیرقابل برگشت ایجاد می‌شود (۷،۸). استرس در دوران بارداری به صورت احساس ناخوشایند و مبهم جلوه گر شده که اغلب علایم تحریک سیستم عصبی خودکار را به همراه دارد (۳، ۵). عوارض استرس مادر در دوران بارداری بر جنین شامل تغییر در عملکرد هیپوتالاموس و هیپوفیز، افزایش سطح هورمون‌های استرس، کاهش وزن جنین، سقط (۹-۱۱)، تولد پیش از موعد (۱،۱۲)، سرکوب سیستم ایمنی و تغییر در تعداد لنفوسیت‌های جنین (۱۰)، افزایش ناهنجاری جنین و مرگ‌ومیر نوزادان می‌باشد و در کودکان باعث اختلالات خواب، تأخیر در راه رفتن و تکلم، نقصان حافظه و یادگیری، اختلالات حرکتی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افت خلق، مشکلات عاطفی و رفتاری خواهد شد (۱۳-۱۵). عوارض استرس دوران بارداری بر مادر شامل افسردگی و اختلالات خلقی پس از زایمان (۱،۱۶)، افزایش مزمن فشارخون (۱۷)، عفونت‌های محل ایپیزیاتومی (۱۱)، افزایش نیاز به بی‌دردی در طول زایمان و افزایش احتمال زایمان سزارین برنامه ریزی نشده (۱۸) می‌باشد.

به دلیل تغییرات ایجاد شده در دوران بارداری نیاز به سازگاری و مقابله روانی در مادر وجود دارد. مقابله با استرس یک سری تلاش‌های شناختی و رفتاری است که فرد برای مدیریت موقعیت فشارزا استفاده می‌کند (۱۹،۱۸). طبق نظریه لازاروس و فولکمن که راهبردهای مقابله‌ای به راهبردهای مسأله مدار و هیجان مدار تقسیم می‌شوند. یالی و لوبل بیان کردند مقابله با استرس بارداری ممکن است مسأله مدار مانند آمادگی برنامه ریزی شده برای مادر شدن و یا هیجان مدار نظیر ارزیابی مثبت و اجتنابی باشد، مقابله اجتنابی در واقع نوعی از مقابله هیجان مدار است (۲۰). سه نوع راهبرد مقابله مجزا برای کنترل استرس در بارداری وجود دارد که شامل آمادگی برنامه- ریزی شده، اجتنابی و معنوی مثبت می‌باشد. زنانی که برای مقابله با استرس ایجاد شده در دوران بارداری به دنبال کسب اطلاعات و دانش در مورد بارداری و تولد و زایمان و رفع نیازهای بارداری هستند بیشتر از این راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده استفاده می‌نمایند. زنانی که برای مقابله با استرس ایجاد شده در دوران بارداری و داشتن بارداری خوب و فرزند سالم در دوران بارداری به نماز و دعا و رفتن به اماکن مذهبی روی می‌آورند بیشتر از راهبرد معنوی مثبت و زنانی که چشم پوشی از تغییرات فیزیکی ایجاد شده طی بارداری برایشان غیر ممکن است و سعی در پنهان کردن احساسات خود در مورد بارداری دارند بیشتر از راهبرد اجتنابی استفاده می‌کنند (۱۸). استفاده از راهبرد مقابله اجتنابی در بارداری به طور کلی با سلامت روان پایین تر، افسردگی، دیسترس، اضطراب و استرس درک شده بالاتر، نگرش مثبت کمتر نسبت به غربالگری‌های بارداری و سواستفاده بالقوه بیشتر از کودکان، زایمان زودرس، استفاده بیشتر از دخانیات، الکل، توتون و تنباکو در بارداری برای مقابله با عوارض و مشکلات بارداری و افسردگی در شش تا هشت هفته پس از زایمان همراه است (۲۱). نتیجه مطالعه هویزینگ و همکارانش (۲۰۰۲) نشان داد استفاده از راهبردهای مقابله مناسب در دوران بارداری با کاهش پیامدهای نامطلوب بارداری نظیر تهوع و استفراغ، کمر درد، تغییر در اشتها، کاهش

تمرکز و ناهنجاری عاطفی، افسردگی پس از زایمان و پیامدهای نامطلوب دیگر در بارداری همراه است (۲۲).

مقابله با استرس دوران بارداری به عواملی مانند ویژگی شخصیتی مادر، سطح حمایت اجتماعی و درک آن از استرس بستگی دارد (۱۸). داشتن برخی از ویژگی‌ها و مهارت‌های روان شناختی فرد را قادر می‌کند تا در شرایط استرس زا آسیب کمتری را متحمل شود (۱۷). بنابراین ویژگی‌های شخصیتی نیز در ارزیابی و در نتیجه سازگاری فرد با استرس تأثیر دارند (۲۳) و از جمله این ویژگی‌ها که با راهبردهای مقابله ای ارتباط مستقیم دارد خوش بینی می‌باشد (۳۷).

پیترسون (۲۰۰۰) بیان می‌کند خوش بینی یا تفکر مثبت به جهت گیری اشاره دارد که در آن معمولاً پیامدهای مثبت مورد انتظارند (۲۴). شی، پر، کارور و بریجز (۱۹۹۴) خوشبینی و بدبینی را به عنوان انتظار نتایج فراگیر مثبت و منفی تعریف می‌کنند و براین باورند که جهت گیری خوش بینانه به آینده، باعث می‌شود فرد موقعیت‌های استرس زا با دیدی مثبت ارزیابی کند و محاسبه خوبی از تواناییهایش برای حل مشکلات داشته باشد (۲۵). جادا و همکارش (۲۰۰۸) نشان دادند بیشترین مقابله برای مدیریت استرس بارداری مقابله معنوی و کمترین نوع آن اجتنابی است. خوش بینی و اضطراب خاص بارداری قوی ترین پیش گویی کننده، سبک آمادگی برنامه ریزی شده بود و در سطوح بالای اضطراب در بارداری، سبک اجتنابی بیشتر استفاده می‌شد در حالی که اعتقادات مذهبی بالا و خوش بینی زیاد پیش گویی کننده سبک معنوی مثبت بود (۱۸).

مطالعه تایلر و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که اگر ادراکات عادی انسان با یک مفهوم مثبت از خود و کنترل شخصی و یک دیدگاه خوش بینانه، حتی کاذب، در مورد آینده همراه شود، نه تنها در کنترل مسایل روزانه زندگی، بلکه در کنار آمدن با حوادث بسیار استرس زا و تهدیدزای زندگی نیز به فرد کمک می‌کند (۲۶). مطالعه پور سردار و همکارانش (۱۳۹۱) نشان داد خوش بینی به واسطه افزایش سلامت روان، رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد (۲۷). مطالعه لوبل و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد زنانی که خوش بینی کمی در بارداری داشتند استرس

بیشتری را تجربه کرده و نوزادان بیشتری با وزن کم هنگام تولد دنیا می‌آورند و زنانی که در بارداری خوش بین تر بودند استرس، اضطراب، زایمان زودرس، مصرف مواد مضر کمتری و انجام فعالیت ورزشی بیشتری داشته و زایمان راحت تر و سالم تری تجربه کردند (۲۸). مطالعه دیگری از لوبل و همکارش (۲۰۰۲) نشان داد زنان خوش بین در حاملگی استرس کمتری را تجربه می‌کنند و از راهبردهای مقابله متفاوتی نیز استفاده می‌کنند. در زنان خوش بین ارزیابی خطرات بارداری قابل کنترل تر و استرس کمتر است. و این افراد از روش مقابله اجتنابی و هیجانی کمتر استفاده می‌نمایند (۲۹).

مهارت‌های مقابله با استرس از مهمترین مکانیزم‌های اصلی است که موجب بروز آثار خوش بینی می‌گردند. تفاوت بین افراد خوش بین و بدبین به دلیل شیوه‌هایی است که آنها برای مقابله با مشکلات زندگی خود اتخاذ می‌کنند. افراد خوش بین بیشتر از شیوه مقابله ای متمرکز بر حل مسئله استفاده می‌نمایند و هرگاه این شیوه ممکن نباشد از روشهای مبتنی بر هیجان مثل پذیرش، شوخی و بازنگری مثبت استفاده می‌کنند. افراد بدبین از طریق انکار و با استفاده از کناره گیری رفتاری و ذهنی از اهداف، به مقابله می‌پردازند. بسیاری از افراد به دلیل افکار بدبینانه و منفی نسبت به آینده نسبت به آینده خودشان ناامید هستند و خطر ابتلا به مسائل روانی مانند افسردگی و اضطراب آنها را تهدید می‌نماید (۳۰).

بررسی راهبردهای مقابله با استرس در یک موقعیت خاص نظیر بارداری با ابزارهای عمومی راهبردهای مقابله با استرس مناسب نیست (۳۱، ۱۸). بهتر است از ابزار مناسب مقابله با استرس دوران بارداری استفاده شود. از آنجا که زنان در دوران بارداری تغییرات روانی زیادی را تحمل می‌کنند و تأثیرپذیری آنان نسبت به استرس‌های متفاوت زندگی در این دوره افزایش می‌یابد و در تطابق با استرس عوامل شخصیتی می‌تواند تأثیر گذار باشند، به همین لحاظ در تحقیق حاضر سعی شده است ارتباط راهبردهای مقابله با استرس بارداری در زنان باردار با توجه خوش بینی آنها بررسی شود و راه کارهای عملی و مؤثر

جهت بالا بردن میزان خوش بینی بر توان تطابق و کنار آمدن با استرس به صورت زنان باردار ارائه شود.

## روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی می باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز و پایگاه های بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر مشهد در سال ۱۳۹۳ جهت دریافت مراقبت دوران بارداری بود. که از این میان ۵۰۰ زن باردار (۱۶۷ زن در سه ماهه اول بارداری، ۱۶۶ زن باردار در سه ماهه دوم و ۱۶۷ زن باردار در سه ماهه سوم بارداری) انتخاب شدند. نمونه گیری در این پژوهش به صورت چند مرحله ای طبقه ای خوشه ای بود. ابتدا پژوهشگر با مراجعه به مرکز بهداشت استان، فهرست کاملی از مراکز و پایگاه های بهداشتی از پنج منطقه بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر مشهد (شماره یک، دو، سه، نهم و پنج) تهیه نمود از همه مناطق به صورت خوشه ای تعدادی از مراکز و پایگاه ها به طور تصادفی (از طریق قرعه کشی) انتخاب شد که تقریباً تمام نواحی شهر را در بر می گرفت. بدین صورت که در مرکز بهداشت استان مراکز و پایگاه های بهداشتی به دو دسته پرجمعیت و کم جمعیت تقسیم شدند. سپس از هر یک از مناطق پنج گانه یک مرکز پرجمعیت و کم جمعیت و یک پایگاه پرجمعیت و کم جمعیت به صورت تصادفی از طریق قرعه کشی انتخاب شد مراکز و پایگاه های انتخاب شده از پنج منطقه بهداشتی شامل ۱۰ مرکز و ۱۰ پایگاه بود که روزهای مراجعه به این مراکز منتخب بر اساس قرعه کشی تعیین می شد. تعداد واحد های پژوهش انتخاب شده (بر اساس معیارهای ورود به مطالعه) از هر مرکز و پایگاه متناسب با تعداد مراجعین و حجم نمونه برآورد شده، بود. فرایند جمع آوری داده ها بدین صورت بود که ابتدا پژوهشگر در شیفت های صبح به قسمت مامایی مراکز منتخب مراجعه نموده و از مادران باردار که جهت کنترل مراقبت های بارداری، انجام یا پیگیری آزمایشات و یا جهت شرکت در کلاس های بارداری مراجعه می نمودند، دعوت به همکاری صورت می گرفت. در صورتی که مادر باردار

تمایل به شرکت در مطالعه داشت رضایت نامه کتبی گرفته و سپس پرسشنامه ها توسط مادر با حضور پژوهشگر تکمیل گردید.

باردار بودن، تمایل شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی و قادر به برقراری ارتباط کلامی از معیارهای ورود به مطالعه بود.

اعتیاد به مواد مخدر، سابقه بیماری طبی و حاملگی پرخطر، سابقه مراجعه به روانپزشک یا روانشناس و مصرف دارو یا بستری در بیمارستان به علت بیماری روانی در سال اخیر، تنش شدید طی شش ماه گذشته از قبیل مرگ یکی از نزدیکان و یا طلاق از معیارهای خروج از مطالعه بود.

حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی با ضریب اطمینان ۹۵٪ ( $\alpha=0/05$ )، توان آزمون ۸۰٪ ( $\beta=0/2$ ) و فرمول ضریب همبستگی، ۵۰۰ نفر محاسبه گردید.

در این مطالعه ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل: پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی، پرسشنامه خوش بینی (جهت گیری زندگی- Revised Life orientation test)، پرسشنامه تجدید نظر شده راهبردهای مقابله با استرس بارداری Revised Prenatal Coping Inventory بود.

برای تعیین روایی پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی از روایی صوری و محتوی استفاده شد.

روایی پرسشنامه خوش بینی (جهت گیری زندگی): این آزمون در سال ۱۹۸۵ توسط شیبر و کارور ساخته شده و از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است شیبر و کارور اعتبار آن را ۰/۷۴ و همبستگی آن را با چند آزمون مرتبط مانند حرمت خود، ناامیدی و نوزگرایی بالا گزارش کرده است. این آزمون سال ۱۳۸۳ توسط خدابخشی به فارسی ترجمه شده و در ایران اعتبار یابی مقدماتی شده است اعتبار و روایی آن در پژوهش خدابخشی به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۲ گزارش شده است (۳۲). در این مطالعه نیز روایی محتوا و صوری این پرسشنامه توسط ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی مشهد صورت گرفت. پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تعیین شد.

پرسشنامه تجدیدنظر شده راهبردهای مقابله با استرس بارداری، که دارای ۳۲ سوال می باشد. برای بررسی راهبردهای تطابق با استرس زنان در دوران بارداری در هر سه تریمستر اول (از زمان اولین مراجعه تا پایان تا پایان هفته چهاردهم)، دوم (از ابتدای پانزده هفته تا انتهای هفته بیست و هشت بارداری) و سوم (از ابتدای بیست و نه هفته تا انتهای هفته چهل بارداری) باشند استفاده می شود. دارای سه زیر گروه مقیاس آمادگی برنامه ریزی شده ۱۵ عبارت، اجتنابی ۱۱ عبارت و معنوی مثبت ۶ عبارت است. نمره دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای و نمره صفر(هرگز) و نمره چهار (اغلب موارد) می باشد و نمره هر خرده مقیاس بصورت مجزا اندازه گیری می شود. روایی این ابزار در مطالعه هامیلتون و جادا (۲۰۰۸) در نیویورک تأیید شد. در مطالعه هامیلتون و جادا (۲۰۰۸) آلفای کرونباخ در سه زمان ابتدا، وسط و انتهای بارداری برای زیر مقیاس آمادگی- برنامه ریزی ۰/۸۲، ۰/۸۵، ۰/۸۶، برای زیر مقیاس اجتنابی ۰/۷۷، ۰/۷۹، ۰/۸ و برای زیر مقیاس مقابله معنوی مثبت ۰/۷۳، ۰/۷۸، ۰/۷۷ گزارش شده است (۱۸). جهت روایی این پرسشنامه ابتدا پرسشنامه توسط پژوهشگر به زبان فارسی برگردانده شد سپس در اختیار چهار تن متخصص زبان انگلیسی قرار داده تا اصلاحات لازم انجام گیرد سپس برای تأیید روایی صوری و محتوی در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی و دانشکده علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد قرار گرفت. پایایی نیز در این مطالعه به روش آلفا کرونباخ در سه زمان سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری برای زیر مقیاس آمادگی برنامه ریزی ۰/۹۳، ۰/۹۱، ۰/۹۴ و برای زیر مقیاس اجتنابی ۰/۸۵، ۰/۸۸، ۰/۹۰ و برای زیر مقیاس معنوی مثبت ۰/۸۹، ۰/۸۱، ۰/۹۰ سنجیده شد.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS v.16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در تحلیل ابتدا نرمال بودن متغیر های کمی توسط کلموگروف اسمیرنوف و شپرو ویلک تعیین شد. برای بررسی همبستگی داده های کمی در صورتی که توزیع غیر نرمال داشتند از ضریب

همبستگی اسپیرمن، و در صورتی که توزیع نرمال داشته باشند از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای کنترل متغیر های مخدوش کننده از آزمون های مناسب مانند رگرسیون چندگانه استفاده شد. در تمام آزمون های آماری سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ مد نظر قرار گرفت.

### یافته ها

میانگین سن زنان باردار شرکت کننده در مطالعه ۲۶/۹±۵/۳ سال، میانگین تعداد بارداری ۲/۰±۱/۰، میانگین تعداد فرزند زنده ۰/۸±۰/۹، (۲۲ نفر معادل ۴/۴٪) از افراد سابقه مرده زایی، میانگین تعداد سقط ۰/۴۴±۱/۳، از لحاظ سطح تحصیلات مادران باردار، ۱۱/۴٪ (۵۷ نفر) ابتدایی، ۲۹/۰٪ (۱۴۵ نفر) سیکل، ۳۶/۲٪ (۱۸۱ نفر) دیپلم و ۲۳/۴٪ (۱۱۷ نفر) دانشگاهی بودند و از نظر وضعیت اشتغال ۷۶/۰٪ (۳۸۰ نفر) خانه دار و بقیه مادران شاغل بودند. وضعیت درآمد اکثریت واحدهای پژوهش ۷۵/۸٪ (۳۷۹ نفر) در حد کفاف مخارج زندگی بود. از لحاظ سطح تحصیلات همسر ۰/۰۵٪ (۲۵ نفر) بی سواد، ۱۰/۴٪ (۵۲ نفر) ابتدایی، ۲۹/۴٪ (۱۴۷ نفر) سیکل، ۳۵/۸٪ (۱۷۹ نفر) دیپلم و ۱۹/۴٪ (۹۷ نفر) دانشگاهی بودند. از لحاظ وضعیت اشتغال همسر اکثریت ۰/۴۷٪ (۲۳۵ نفر) کارگر بودند. از لحاظ وضعیت مسکن اکثریت واحدهای پژوهش، ۴۹/۶٪ (۲۴۸ نفر) در منزل استیجاره ای زندگی می کردند. از نظر مذهب ۷۹/۶٪ (۳۹۸ نفر) شیعه و بقیه سنی بودند. میانگین و انحراف معیار سن بارداری واحدهای پژوهش ۲۲/۳±۱۰/۵ هفته بود.

میانگین و انحراف معیار نمره خوش بینی مادران باردار ۱۵/۶±۴/۰ با دامنه ۶-۲۳ بود. میانگین نمره راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده ۳۴/۹±۱۲/۳ با دامنه ۵۵-۶ میانگین نمره راهبرد اجتنابی ۱۴/۳±۹/۵ با دامنه ۰-۴۰ و میانگین نمره راهبرد معنوی مثبت ۱۷/۳±۵/۷ با دامنه ۲-۲۴ بود. میانگین نمرات خوش بینی و راهبردهای تطابق با استرس به تفکیک سه ماهه بارداری در جدول یک ذکر گردید.

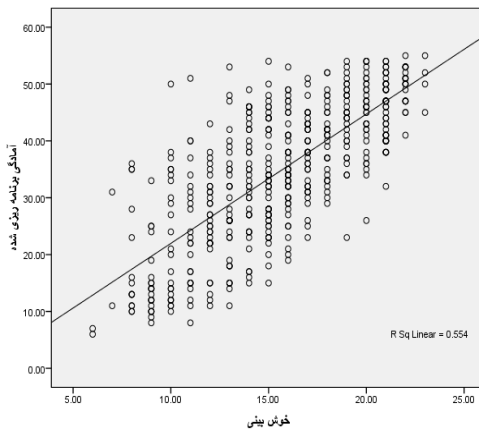
**جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار نمرات خوش بینی و راهبردهای مقابله با استرس به تفکیک سه ماهه بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت**

شهر مشهد

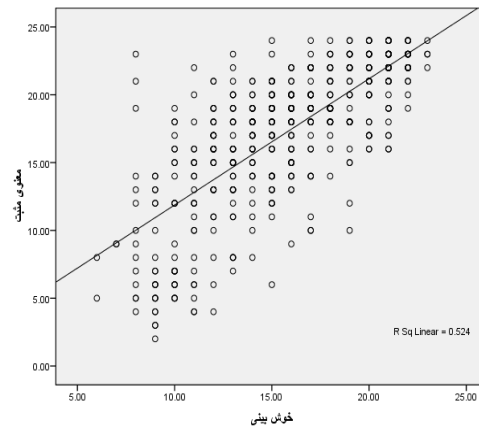
سه ماهه بارداری			خوش بینی
سوم	دوم	اول	
۱۶/۲ ± ۴/۲	۱۶/۲ ± ۳/۶	۱۴/۴ ± ۳/۹	آمادگی برنامه ریزی شده راهبردهای مقابله با استرس بارداری اجتنابی معنوی مثبت
۳۷/۳ ± ۱۳/۱	۳۶/۰ ± ۱۱/۰	۳۱/۳ ± ۱۱/۹	
۱۳/۳ ± ۱۰/۱	۱۱/۶ ± ۸/۶	۱۷/۸ ± ۸/۵	
۱۸/۲ ± ۵/۲	۱۸/۰ ± ۴/۴	۱۵/۳ ± ۵/۲	

وجود دارد. بین خوش بینی و راهبرد اجتنابی مقابله با استرس بارداری ( $r = -0.76$ ,  $p < 0.0001$ ) رابطه خطی معکوس و معنادار وجود دارد (نمودار یک).

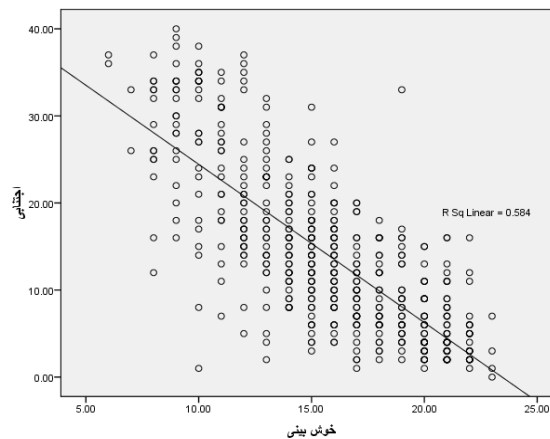
نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد بین خوش بینی و راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده مقابله با استرس بارداری ( $r = 0.74$ ,  $p < 0.0001$ )، خوش بینی و راهبرد معنوی مثبت ( $r = 0.73$ ,  $p < 0.0001$ ) رابطه خطی مستقیم و معنادار



الف



ب



ج

**نمودار ۱ -** رابطه بین خوش بینی با راهبردهای مقابله با استرس بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر مشهد ( الف : آمادگی برنامه ریزی شده، ب : معنوی مثبت، ج : اجتنابی)

فرزند مرده، سن مادر، سطح تحصیلات مادر و همسرش، وضعیت اشتغال مادر و همسرش و وضعیت مسکن، درآمد و مذهب، با راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده مقابله با استرس

به منظور کنترل متغیرهای تاثیر گذار از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. طبق نتیجه آزمون رگرسیون بین متغیر خوش بینی، تعداد بارداری، سن بارداری، تعداد فرزند زنده، تعداد

بارداری همبستگی معنی داری وجود دارد ( $R=0/76$ ).  
 در بین متغیرهای مستقل ( $df=13, F=52/95, p<0/0001$ )  
 وارد شده به آزمون، تنها خوش بینی ( $\beta=0/0001, p=0/0001$ )،  
 سن بارداری ( $\beta=0/03, p=0/03$ )، تحصیلات مادر ( $\beta=0/03, p=0/03$ )،  
 درآمد ( $\beta=1/21, p=0/006$ )، در آمد ( $\beta=2/39, p=0/006$ ) باقی ماندند.

طبق نتیجه آزمون رگرسیون بین متغیر خوش بینی، تعداد  
 بارداری، سن بارداری، تعداد فرزند زنده، تعداد فرزند مرده، سن  
 مادر، سطح تحصیلات مادر و همسرش، وضعیت اشتغال مادر و  
 همسرش و وضعیت مسکن، درآمد و مذهب، با راهبرد اجتنابی  
 مقابله با استرس بارداری همبستگی معنی داری وجود دارد  
 ( $R=0/77, df=13, F=57/72, p<0/0001$ ) در بین متغیرهای  
 مستقل وارد شده به آزمون، تنها خوش بینی ( $p=0/0001$ )،  
 تحصیلات مادر ( $\beta=-1/01, p=0/02$ )، مذهب  
 ( $\beta=-1/33, p=0/03$ )، تعداد حاملگی ( $\beta=-1/33, p=0/03$ )،  
 درآمد ( $\beta=-1/41, p=0/03$ ) باقی ماندند.

طبق نتیجه آزمون رگرسیون بین متغیر خوش بینی، تعداد  
 بارداری، سن بارداری، تعداد فرزند زنده، تعداد فرزند مرده، سن  
 مادر، سطح تحصیلات مادر و همسرش، وضعیت اشتغال مادر و  
 همسرش و وضعیت مسکن، درآمد و مذهب، با راهبرد معنوی  
 مثبت مقابله با استرس بارداری همبستگی معنی داری وجود دارد  
 ( $R=0/75, df=13, F=47/09, p<0/0001$ ) در بین متغیرهای  
 مستقل وارد شده به آزمون، تنها خوش بینی ( $p=0/0001$ )،  
 سن بارداری ( $\beta=0/035, p=0/02$ )، تحصیلات مادر  
 ( $\beta=-0/484, p=0/006$ )، شغل همسر ( $\beta=0/696, p=0/006$ )،  
 درآمد ( $\beta=0/952, p=0/01$ ) باقی ماندند.

## بحث

بر اساس نتایج مطالعه، میانگین نمره خوش بینی واحدهای  
 پژوهش  $15/6 \pm 0/4$ ، با کمترین میزان  $0/6$  و بیشترین میزان  
 $0/23$  بود. در مطالعه طاعتی و همکارانش (۱۳۹۲) که تحت  
 عنوان بررسی نقش واسطه ای خوش بینی در رابطه بین تجارب  
 تحصیلی استرس زا و واکنش به این تجارب در دانشگاه شهید  
 بهشتی در ۳۰۰ دانشجوی دختر و پسر انجام شد نشان داد

میانگین نمره خوش بینی در زنان  $15/19 \pm 3/75$  و در مردان  
 $14/69 \pm 3/55$  بود (۳۳). که با میانگین نمره خوش بینی زنان  
 باردار هم خوانی دارد.

مطالعه مایر و همکارانش (۲۰۰۹) تحت عنوان بررسی  
 ارتباط خوش بینی - بدبینی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت  
 در زنان باردار در سه کشور چین، غنا و ایالت متحده آمریکا  
 نشان داد که میانگین نمره خوش بینی زنان باردار در چین  $3/56$   
 $\pm 15/85$ ، در غنا  $11/64 \pm 3/39$ ، در آمریکا  $16/69 \pm 4/13$  بود  
 (۱۴۵). میانگین نمره خوش بینی در چین با مطالعه حاضر هم  
 خوانی دارد از آنجایی که چین جز کشورهای آسیایی بوده و  
 بدلیل تشابه تقریبی فرهنگی شرق می تواند دلیلی برای نزدیک  
 بودن نمرات خوش بینی باشد ولی کمتر از خوش بینی زنان در  
 غنا و آمریکا بود که این تفاوت می تواند بدلیل تفاوت فرهنگی  
 باشد (۳۴).

در این مطالعه نشان داده شد که افرادی که خوش بینی  
 بالاتری دارند بیشتر از روشهای فعال مقابله مانند آمادگی برنامه  
 ریزی شده و معنوی مثبت استفاده و از راهبردهای اجتنابی کمتر  
 استفاده می نمایند. به عبارت دیگر با افزایش خوش بینی  
 استفاده از روشهای مساله مدار مانند آمادگی برنامه ریزی  
 افزایش می یابد و استفاده از روشهای اجتنابی کاهش می یابد و  
 در این پژوهش بین خوش بینی و راهبرد آمادگی برنامه ریزی  
 شده و راهبرد معنوی مثبت رابطه معنی دار و مستقیم و بین  
 خوش بینی و راهبرد اجتنابی رابطه معنی دار و معکوس وجود  
 داشت.

نتایج مطالعه جادا و همکارانش (۲۰۰۸) نشان داد که که  
 خوش بینی زنان در بارداری با راهبرد آمادگی برنامه ریزی شده  
 ( $p=0/05$ ) و راهبرد معنوی مثبت ارتباط مستقیم و معنی دار  
 ( $p=0/001$ ) داشت و خوش بینی زنان در بارداری با راهبرد  
 اجتنابی ارتباط معکوس و معنی دار ( $p=0/001$ ) داشت (۱۸).

مطالعه سابرامانیا (۲۰۰۷) نشان داد افرادی که خوش  
 بینی بالایی دارند بیشتر از روشهای مقابله فعالانه مانند مسئله  
 مدار، ارزیابی مجدد، برنامه ریزی، تفسیر مثبت وقایع و...  
 ( $p<0/01$ ) استفاده می کردند و افرادی که خوش بینی پایینی



داشتند بیشتر از روشهای منفعلانه مانند هیجان مدار، اجتنابی، سرزنش خود، مقصر دانستن خود و... ( $p < 0.01$ ) استفاده می کنند (۳۵).

مطالعه ایواناگا و همکارانش (۲۰۰۲) نشان داد که افراد خوش بین بیشتر از راهبردهای فعالانه استفاده می کنند و سطح استرس ذهنی پایین تری نسبت به افراد بدبین دارند ( $p < 0.01$ ). در شرایط قابل کنترل در افراد خوش بین میان راهبرد مقابله استفاده شده و سطح استرس ذهنی ارتباط معنی داری وجود دارد. در شرایط غیر قابل کنترل افراد بدبین سطح استرس بالاتری را نشان دادند. افراد خوش بین بیشتر از افراد بدبین از راهبرد مقابله مساله مدار ( $p < 0.01$ ) استفاده می کنند (۳۶).

مطالعه حسن شاهی (۱۳۸۱) نشان داد ارتباط میان خوش بینی با راهبرد های مقابله مبتنی بر حل مسأله و مقابله شناختی در جهت مثبت و معنی دار و ارتباط میان خوش بینی و راهبرد مقابله مبتنی بر هیجان به نسبت معکوس و معنی دار در سطح اطمینان ۹۹ درصد پذیرفته شده است (۳۷). مطالعه لوبل و همکارانش (۲۰۰۲) نشان داد که خوش بینی در بارداری با راهبرد اجتنابی تطابق با استرس بارداری ارتباط معکوس دارد (۲۹) که نتایج فوق با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

نتایج مطالعه لوبل و همکارانش (۲۰۰۲) تحت عنوان "بررسی ارتباط مفید خلق خوش بینانه و دیسترس هیجانی در زنان با بارداری پر خطر" در نیویورک نشان داد که خوش بینی در بارداری با راهبرد آمادگی و دعا تطابق با استرس بارداری ارتباط نداشت (۲۹)، که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد ممکن است به دلایلی چون متفاوت بودن جامعه پژوهش باشد از طرفی مطالعه لوبل در زنان باردار پرخطر انجام شد که استرس آن ها در بارداری به مراتب بیشتر از بارداری نرمال است.

به جهت اهمیت و ارزش بالای تفکر مثبت بر روی سلامتی و آسایش روح و روان و جامعه، مبحث مثبت اندیشی و خوش بینی از اهمیت و جایگاه والایی برخوردار است. در کلام انسان ساز امام علی (ع) با هدف کاهش فشار وارده بر انسان در رویایی با مصائب و حوادث، شیوه ها و عملکردهایی آموزش داده می

شود تا فرد با بهره گیری از نتایج مطلوب خوش بینی و مثبت نگری، امیدواری به آینده ای روشن را کسب نماید (۳۸). مطالعه کرامتی و همکارانش (۱۳۹۱) تحت عنوان "خوش بینی و سرسختی روان شناختی در دانشجویان: نقش تعیین کننده هوش معنوی نشان داد" که سرسختی و خوش بینی ارتباط مثبت معنی داری با هوش معنوی دارد (۳۹). نتیجه مطالعه علی بیگ و همکارانش (۱۳۹۱) در مورد تأثیر آموزش خوش بینی بر ارتقاء معنویت، مذهب و روابط اجتماعی در بین دانشجویان دختر خوابگاهی نشان داد که خوش بینی باعث ارتقا معنویت، مذهب و روابط اجتماعی ( $P < 0.001$ ) می شود (۴۰)، که به نوعی با ارتباط خوش بینی با راهبرد معنوی مثبت مقابله با استرس بارداری هم خوانی دارد.

خوش بینی یا تفکر مثبت تمایل به اتخاذ امیدوارانه ترین دیدگاه است؛ و به یک پیش آمادگی عاطفی و شناختی در خصوص این که چیزهای خوب مهمتر از چیزهای بد، است اشاره دارد، که این خود مستلزم آن است که یک شخص چگونه پیامدها و نتایج زندگی را ارزیابی و پیش بینی می کند (۴۱). شواهد تجربی از این تمایز روش های رویایی فعال خوش بین ها در برابر راهبردهای اجتناب و فرار از بدبین ها، حمایت می کند. به نظر می رسد خوش بین ها هم در ثبات گرایش های رویایی و هم در انواع پاسخ های رویایی که بطور خود به خودی در برابر موقعیت های استرس زا استفاده می کنند از بدبین ها متمایز می شوند. به طور کلی خوش بین ها نسبت به بدبین ها گرایش بیشتری به استفاده از راهبردهای مسأله مدار دارند وقتی رویایی مساله مدار امکان پذیر نیست خوش بین ها از راهبردهایی مانند پذیرش، شوخی کردن و بازسازی مثبت استفاده می کنند در حالی که بدبین ها گرایش بیشتری به رویایی از طریق انکار آشکار و دست کشیدن ذهنی و رفتاری از اهدافی که استرس زاها در آنها مداخله کرده اند دارند (۴۲).

با توجه به جدول شماره یک و نتایج حاصل از پژوهش مشخص شد بیشترین میانگین و انحراف معیار نمره راهبرد اجتنابی مقابله با استرس مربوط به سه ماهه اول بارداری و بیشترین میانگین و انحراف معیار نمره راهبرد آمادگی برنامه

بر سلامت روان مادر و هم نوزاد مهم تأثیر دارد و در حقیقت مقابله در مادر پیش بینی کننده کیفیت تعامل مادر با نوزاد و پیامدهای تکاملی نوزاد و اضطراب مادر است (۴۶).

از محدودیت های تحقیق تفاوت های فردی و تأثیر وضعیت روانی واحدهای پژوهش بر نحوه پاسخگویی آنها به پرسشنامه می باشد که کنترل کامل آن از عهده پژوهشگر خارج بود پژوهشگر تلاش نمود با فراهم کردن محیط آرام و جلب اعتماد افراد و حذف افرادی که استرس و یا اضطراب آشکار دارند این موضوع تا حدی کنترل کند. در ارتباط با اخذ داده ها در مواردی چون سابقه ابتلا به بیماری طبی و یا مشکلات روحی و روانی صحت اظهارات واحد پژوهش را ملاک قرار داده است.

پیشنهاد می شود ارتباط خوش بینی با راهبردهای مقابله با استرس بارداری در زنان باردار پر خطر و نرمال مقایسه شود.

### نتیجه گیری نهایی

با توجه به اینکه ویژگی شخصیتی خوش بینی با راهبردهای مقابله مساله مدار مانند آمادگی برنامه ریزی شده و معنوی مثبت ارتباط مستقیم و با راهبردهای مقابله هیجان مدار مانند اجتنابی ارتباط معکوس داشت می توان با افزایش سطح خوش بینی در زنان باردار به آنها کمک نمود تا از راهبردهای مقابله مفید جهت مقابله با استرس ایجاد شده بارداری استفاده نمایند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته قسمتی از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد طرح ۹۲۲۴۵۱ در سال ۱۳۹۳ می باشد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل همکاری های لازم، تأمین هزینه های پژوهش و همچنین پرسنل مراکز، پایگاه های بهداشتی منتخب و واحدهای پژوهش به جهت همکاری بی دریغشان تشکر و قدردانی می شود.

ریزی شده و معنوی مثبت مقابله با استرس بارداری مربوط به سه ماهه سوم بارداری می باشد که با نتایج مطالعه آنجا و همکارانش (۲۰۰۲) که نشان داد زنان باردار برای مقابله با استرس ایجاد شده در نیمه اول بارداری بیشتر از راهبردهای هیجان مدار و در نیمه دوم بارداری بیشتر از راهبردهای مساله مدار استفاده می کنند هم خوانی دارد. روش های مقابله ارتباط مستقیم با سطح استرس مادر باردار دارد و در حقیقت نقش یک واسطه بین استرس و ناراحتی است، بهترین روش های مقابله در اوایل حاملگی روش هیجان مدار بوده و سطح استرس و اضطراب را کاهش داده در حالی که در اواخر بارداری راهبرد مقابله ای مساله مدار سطح استرس مادر را کاهش می دهد (۴۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد زنان در بارداری برای مقابله با استرس بیشتر از راهبرد معنوی مثبت و کمتر از راهبرد اجتنابی استفاده می کنند که با مطالعه جادا (۲۰۰۸) نیز که نشان داد که زنان برای مقابله با استرس در دوران بارداری بیشتر از راهبرد معنوی مثبت و کمتر از راهبرد اجتنابی استفاده می کنند نیز هم خوانی دارد (۱۸). از طرفی با نتایج مطالعه بورچردینگ که زنان باردار بیشتر از راهبرد دعا و کمتر از راهبرد اجتنابی یا هیجان مدار استفاده می کنند نیز هم خوانی دارد (۴۴).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر با افزایش خوش بینی نمرات راهبرد آمادگی برنامه ریزی و معنوی مثبت افزایش و نمرات راهبرد اجتنابی کاهش می یابد و هر چه مادر باردار خوش بین تر باشد کمتر از راهبرد اجتنابی برای مقابله با استرس استفاده می کنند. با توجه به اینکه در مطالعات مختلف استفاده از راهبرد مقابله اجتنابی در بارداری به طور کلی با سلامت روان پایین تر، افسردگی، اضطراب، استرس درک شده بالاتر، عوارض و مشکلات بارداری و پس از زایمان همراه است (۲۱) پس تلاش در جهت خوش بینی مادران باردار مفید می باشد. مادران باردار باید در جهت مقابله موثر با استرس بارداری نیز تلاش نمایند (۱۸). ماما باید در دوران بارداری در خصوص مدیریت استرس و مهات های مقابله با آن را برای مادر باردار اطلاعات کسب نمایند (۴۵). زیرا مقابله با استرس در مادران بسیار مهم است و

## منابع

- 1- Karacam Z, Gulsum A. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Journal of Midwifery*. 2009;25:344-56.
- 2- Salehi H, Simber M, Abolghasemi A, Abdi A. A Comparison of Postpartum Depression among Low-risk-pregnant Women with Emotion- and Problem-focused Coping Strategies. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2013;7(2):35-40. [Persian]
- 3- Frozande N, Delaram M, Edris F. Mental health in pregnancy and its risk factors in women referred to health centers of Shahrekord. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2001:146-55 [Persian].
- 4- Bahadoran P, Mohammad Beygi N. Stress and anxiety in pregnancy in esfahan, *Journal of Midwifery*. 2006;27:7-12. [Persian]
- 5- Schetter CD, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Journal Current opinion in psychiatry*. 2012;25(2):141-8.
- 6- Dolatiyan M, Mirab Zade A, Frozan AS, Sajadi H, Alavi Mahd H, Moafi F, et al. Correlation between self-esteem and perceived stress in pregnancy and coping strategies with it. *Research Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 2013; 18(3):148-55. [Persian]
- 7- Beyrami M, Zahmatyar H, KHosroshahi JB. Prediction Strategies for coping with stress during pregnancy on components of hardiness and social support in nulliparous pregnant women. *journal of Nursing Research*. 2012;7(1):1-9. [Persian]
- 8- Duman NB. Socio-Demographic and Obstetric Factors Associated With Depression During Pregnancy in Turkey. *American International Journal of Contemporary Research*. 2012;2(11):17-26
- 9- Goland RS, Jozak S, Warren WB, Conwell IM, Stark RI, Tropper PJ. Elevated levels of umbilical cord plasma corticotropin-releasing hormone in growth-retarded fetuses. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1993;77(5):1174-9.
- 10- Couret D, Jamin A, Kuntz-Simon G, Prunier A, Merlot E. Maternal stress during late gestation has moderate but long-lasting effects on the immune system of the piglets. *Journal of Veterinary immunology and immunopathology*. 2009;131(1):17-24.
- 11- Mulder E, Robles de Medina P, Huizink A, Van den Bergh B, Buitelaar J, Visser G. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Journal of Early human development*. 2002;70(1):3-14.
- 12- Nasiri Amiri F, Soleyman H, Haji Abadi M, Ahmadi AM. The relationship between maternal anxiety in the incidence of spontaneous preterm birth. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2009;11(4):42-8. [Persian]

- 13- DiPietro JA, Hodgson DM, Costigan KA, Hilton SC, Johnson TR. Fetal neurobehavioral development. *Journal of Child Development*. 1996;67(5):2553-67.
- 14- Kohman RA, Tarr AJ, Day CE, McLinden KA, Boehm GW. Influence of prenatal stress on behavioral, endocrine, and cytokine responses to adulthood bacterial endotoxin exposure. *Journal of Behavioural brain research*. 2008;193(2):257-68.
- 15- Correia LL, Linhares MBM. Maternal anxiety in the pre-and postnatal period: a literature review. *Journal of Revista latino-americana de enfermagem*. 2007;15(4):677-83.
- 16- Austin MP, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of affective disorders*. 2007;101(1):169-74.
- 17- Nik Rahan GR, Kajbaf MB, Nori A, Zarean E, Naghshine E. The relationship between personality traits, coping styles and stress levels pregnant women. *Journal Psychology Sciences of Isfahan University*. 2010:49-57. [Persian]
- 18- 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. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2008;29(2):97-104.
- 19- Soderstrom M, Dolbier C, Leiferman J, Steinhardt M. The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of Behavioral Medicine*. 2000;23(3):311-28.
- 20- Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Journal of Nursing Research*. 2006;55(5):356-65.
- 21- Guardino CH, Schetter CD. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Journal of Health Psychology Review*. 2013:752659.
- 22- Huizink AC, de Medina PGR, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Coping in normal pregnancy. *Journal of Annals of Behavioral Medicine*. 2002;24(2):132-40.
- 23- KHoda yari Fard M, Parand A. Stress AND coping style. 2853 ed. university of Tehran press 2007. [Persian]
- 24- Peterson C. The future of optimism. *Journal of American psychologist*. 2000;55(1):44.
- 25- Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*. 1994;67(6):1063.
- 26- Taylor S, Kemeny M. Psychological resources, positive illusions, and health. *Journal of American psychology* 2000;55(1):99-109.
- 27- Norollah P, Poursardar F, Panahande A, Abdizarin S. Effect of Optimism on Mental Health and Life Satisfaction: A Psychological Model of Well-being. *Hakim Resaeach journal*. 2012;16(1):42-9. [Persian]

- 28- 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 *Journal of Health Psychology*. 2000;19(6):542-9
- 29- Lobel M, Yali AM, Zhu W, DeVincent C, Meyer B. Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high-risk pregnancy. *Journal of Psychology and health*. 2002;17(1):77-95.
- 30- Jafar Tabatabaie TS ,Ahadi H, KHamesan A. The effect of optimism training on the anxiety and depression of students of psychology at the Azad University of Birjand *Birjand Journal of Nursing and Midwifery*. 2012;10(1):344-42[Persian]
- 31- Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*. 1993;65(2):375.
- 32- Hamzezade M, Bagherian F, Mansouri Sepehr R. The interactive effect of optimism with goal orientation on attention bias. *Journal of Contemporary Psychology*. 2013;7(2):41050. [Persian]
- 33- Taati F, Shokri O, Shahidi S. The mediating role of optimism on the relationship between experience of and reaction to stressful academic experiences. *Journal of Psychology*. 2013;8(1):73-90. [Persian]
- 34- Moyer CA, Yang H, Kwawukume Y, Gupta A, Zhu Y, Koranteng I, et al. Optimism/pessimism and health-related quality of life during pregnancy across three continents: a matched cohort study in China ,Ghana, and the United States. *Journal of BMC pregnancy and childbirth*. 2009;9(1):30-9.
- 35- Subramanian S, Nithyanandan M. Hardiness and optimism as moderators of cognitive emotion regulation strategies in coping negative life events by adolescents. Department of Psychology, Bharathiar University India A Thesis to Grant MA Dergree 2007.
- 36- Iwanaga M, Yokoyama H, Seiwa H. Coping availability and stress reduction for optimistic and pessimistic individuals. *Journal of Personality and Individual Differences*. 2004;36(1):11-22.
- 37- Hassanshahi MM. The Relationship Between Optimism and Coping Strategies in University Students. *The Quarterly Journal of*. 2002;4(15):86-98. [Persian]
- 38- Sadeghi Nayeri R, Elahetari Nejad M. Positive thinking and optimism in Nahjolbalaghe. *Quarterly Journal Nahjolbalaghe*. 2013;1(1):63-73. [Persian]
- 39- Keramati R, Tanhaye Reshvanlo F. optimism and psychological hardiness in student : determinant spiritual intelligencc Articles Collections of the Sixth National Seminar on students mental Health in the Gilan. 2002. [Persian]
- 40- Ali Beyk f, Ali Beyk M, Abedi A, Bakrani F. Effects of optimism on the promotion of spirituality, religion and social relationships among female students dormitory. *Articles*

Collections of the Sixth National Seminar on students mental Health in the Gilan. 2012.

[Persian]

41- Carver CS. Optimism. Journal of Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. 2014:4500-3.

42- Mosavi Nasab SM, Taghavi SM, Mohammadi N. Optimism and Evaluation stress :According to the predictions of two theoretical models psychological adaptation. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 2006;13(2):111-20. [Persian]

43- Huizink AC, de Medina PGR, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Does coping mediate the effects of stress in pregnancy? 1969. 103 p.

44- Borcharding KE. Coping in healthy primigravidae pregnant women. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2009;38(4):453-62.

45- Alderdice F, Lynn F. Stress in pregnancy: identifying and supporting women. British Journal of Midwifery. 2009;17(9):552-9.

46- Eisengart SP, Singer LT, Kirchner HL, Min MO, Fulton S, Short EJ, et al. Factor structure of coping: two studies of mothers with high levels of life stress. Psychological assessment. 2006;18(3):278.