

مقایسه استرس ادراک شده و سواد سلامت روان در مادران نخست‌زا و چندزا

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۱۵

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه استرس ادراک شده و سواد سلامت روان در مادران نخست‌زا و چندزا بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای و جامعه پژوهش را کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر رشت در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. حجم جامعه برابر ۱۳۴۷ نفر بود که با استفاده از شیوه اکتشافی و استناد به پژوهش‌های مشابه و سابق، حجم نمونه برابر ۷۰ نفر (۳۵ نفر زن نخست‌زا و ۳۵ نفر زن چندزا) شد که به روش تصادفی ساده انتخاب و در گروه‌ها گنجانده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن (۱۹۷۹) و سواد سلامت روان اکونور و کیسی (۲۰۱۵) بود. داده‌های به دست آمده در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های پراکندگی، فراوانی و نمودار و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد که با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج تحلیل آماری حاکی از آن بود که بین میانگین استرس ادراک شده و سواد سلامت روان در دو گروه مادران نخست‌زا و چندزا تفاوت معناداری در سطح ($P < 0.01$) وجود دارد. همچنین بین استرس ادراک شده در مادران نخست‌زا با چندزا تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.01$). و در نهایت بین سواد سلامت روان در مادران نخست‌زا با چندزا نیز تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0.01$). لذا فرضیه‌های پژوهش با اطمینان ۹۹ درصد تایید شدند.

نتیجه‌گیری: با توجه به تاثیر متغیرهای روانشناختی مانند استرس ادراک شده و سواد سلامت روان در مادران نخست‌زا و چندزا، توجه به این عوامل در افزایش سلامت روان و جسم مادران و نوزدان بسیار حائز اهمیت خواهد بود.

کلمات کلیدی: استرس ادراک شده، سواد سلامت روان، نخست‌زا، چندزا.

فاطمه رئوفی^۱

زهره فروغی کلدره^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

^{۲*} استادیار، گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران. (نویسنده مسئول)

نویسنده مسئول: زهره فروغی کلدره، استادیار، گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

Email: foroughi1399@gmail.com

مقدمه

مادر شدن و فرآیند زایمان، یکی از مهم‌ترین و تأثیرگذارترین رویدادهای زندگی هر زن است. این تجربه که به‌عنوان یکی از زیباترین و باشکوه‌ترین جلوه‌های خلقت شناخته می‌شود، در عین حال می‌تواند همراه با احساساتی نظیر درد و اضطراب باشد. برای بسیاری از زنان، زایمان یکی از پیچیده‌ترین و گاه دشوارترین لحظات زندگی محسوب می‌شود که ممکن است با خطرات و چالش‌های جسمی و روانی همراه باشد. تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیکی در دوران بارداری، به‌ویژه در ماه‌های آخر، معمولاً موجب نگرانی و استرس در زنان می‌شود (۱).

بسیاری از زنان، به‌خصوص آن‌هایی که نخستین تجربه بارداری خود را دارند، به دلیل نگرانی از درد زایمان و سلامت خود و نوزادشان، سطوح بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند. بر اساس آمار، حدود ۷۰ درصد از زنان نخست‌زا در دوران بارداری دچار استرس شدید می‌شوند و احتمال وقوع اضطراب مرتبط با بارداری در این گروه، تا ۸۰ درصد بیشتر از زنان چندزا است (۲). این اضطراب می‌تواند باعث ایجاد احساسات منفی مانند سردرگمی، کاهش اعتماد به نفس و حتی ناتوانی در انجام امور روزمره پس از زایمان شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زنان نخست‌زا به دلیل ناآشنایی با فرآیند بارداری و زایمان، معمولاً سطوح بالاتری از اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند (۳). این اضطراب ناشی از ترس از درد زایمان، نگرانی درباره سلامت نوزاد و عدم آگاهی از مراقبت‌های پس از زایمان است. استرس در این گروه می‌تواند منجر به افزایش خطرات زایمان از جمله طولانی شدن فرآیند زایمان و احتمال نیاز به مداخلات پزشکی مانند سزارین شود. مطالعات تأکید می‌کنند که استرس مزمن می‌تواند باعث تغییرات هورمونی شود که تأثیر منفی بر آمادگی جسمی و روانی مادر برای زایمان دارد (۲).

استرس ادراک‌شده به حالتی گفته می‌شود که فرد شرایط را به‌عنوان تهدیدی برای سلامت جسمی و روانی خود ارزیابی می‌کند. این نوع استرس، که تحت تأثیر ارزیابی‌های شناختی فرد از موقعیت‌ها است، می‌تواند به پیامدهای منفی بر سلامت روان زنان باردار منجر شود (۴). پژوهش‌ها نشان داده است که استرس

ادراک‌شده می‌تواند بر تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان و سلامت عمومی مادر تأثیرگذار باشد. ناظری و همکاران (۵)، مطالعه‌ای را با عنوان ارتباط استرس ادراک شده با نوع زایمان ترجیحی در زنان نخست‌باردار را انجام دادند. هدف از این پژوهش، روشن سازی ارتباط استرس ادراک شده با افزایش احتمال گزینش سزارین انتخابی بود. در سال ۱۳۹۸ از ۱۰ مرکز خدمات جامع سلامت شهری در سطح شهر بندرعباس، ۲۳۰ زن نخست‌باردار برای مطالعه مقطعی به روش خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. نتایج نشان داد میانگین استرس ادراک شده افراد با نوع ترجیحی زایمان سزارین و خواسته بودن بارداری به صورت معناداری از سایر افراد بیشتر بود.

استرس ادراک‌شده یکی از متغیرهای کلیدی است که می‌تواند بر تجربه زایمان زنان نخست‌زا تأثیر بگذارد. این نوع استرس ناشی از ناتوانی در کنترل شرایط یا ترس از ناشناخته‌ها است. مطالعات نشان داده‌اند که زنانی که استرس ادراک‌شده بالایی دارند، ممکن است علائم زایمان زودرس را تجربه کنند یا به دلیل نگرانی بیش از حد، به انتخاب زایمان سزارین تمایل داشته باشند. این در حالی است که مدیریت مناسب استرس ادراک‌شده، با استفاده از تکنیک‌های آرامش‌بخش و حمایت‌های اجتماعی، می‌تواند به بهبود تجربه زایمان و کاهش پیامدهای منفی آن کمک کند (۶). علیزاده و همکاران (۷) در پژوهشی با عنوان "مقایسه استرس ادراک شده در مادران نخست‌زا و چندزا" به بررسی مقایسه‌ای استرس ادراک شده مادران نخست‌زا و چندزا پرداخته‌اند. در این پژوهش که از نوع همبستگی بود، ۱۸۰ مادر نخست‌زا و چندزا از بیمارستان‌های تهران انتخاب شدند. یافته‌ها نشان داد که استرس ادراک شده در مادران نخست‌زا به طور معناداری بالاتر از مادران چندزا بود.

میزان سواد سلامت روان افراد متغیری مهم و اساسی در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی و مراقبتی به شمار می‌رود و هر چه سواد سلامت افراد بیشتر باشد احتمال تصمیم‌گیری‌های درمانی و مراقبتی بالاتر است. مفهوم سواد سلامت روان به میزان توانایی افراد در درک و استفاده از اطلاعات مرتبط با سلامت روان اشاره دارد. این سواد نقش مؤثری در پیشگیری و درمان

اختلالات روانی دارد. تحقیقات نشان داده است که زنان باردار، به طور متوسط، از سطح متوسطی از سواد سلامت روان برخوردار هستند و مداخلات آموزشی می تواند به ارتقای این آگاهی و کاهش مشکلات روانی در این گروه کمک کند (۸). زنان نخست زایا به دلیل ناآگاهی از مسائل مربوط به بارداری و زایمان، ممکن است دچار اضطراب و تصمیم گیری های نادرست شوند. سواد سلامت روان به آنها کمک می کند تا اطلاعات کافی درباره فرآیند بارداری، زایمان، و مراقبت های پس از زایمان به دست آورند و تصمیمات بهتری بگیرند. پژوهش ها نشان داده است که زنانی که سواد سلامت روان بالاتری دارند، استرس کمتری در دوران بارداری تجربه می کنند و نسبت به روش های زایمانی آگاه تر هستند. همچنین، آگاهی از علائم افسردگی پس از زایمان به مادران کمک می کند تا زودتر به دنبال درمان باشند و از تأثیرات منفی این اختلال بر خود و نوزادشان جلوگیری کنند (۹).

به طور کلی می توان بیان کرد که دوران پس از زایمان شامل مرحله ای از زندگی زنان می شود که دربرگیرنده زمان بلافاصله پس از تولد تا ۶ هفته پس از تولد نوزاد است و به عنوان یکی از مهم ترین دوران زندگی مادران تلقی می شود و درعین حال، مهم ترین دوره زندگی نوزادان است (۱۰). با وجود اینکه زایمان و صاحب فرزند شدن برای زنان نقطه عطف و رویداد خوشایندی تلقی می شود، ویژگی های دوره پس از زایمان با پیامدها و رویدادهای ناخوشایندی نیز همراه است که زمینه ساز تغییرات زیادی برای مادران است؛ به همین دلیل، نیاز به مراقبت زنان در این دوران و شناسایی دقیق ویژگی های این دوران غیرقابل انکار است (۱۱).

وضعیت روحی زنان می تواند نتایج دوران بارداری تا زایمان را تحت تأثیر قرار دهد، به طوری که افزایش استرس در دوران بارداری و ترس از زایمان با افزایش میزان تولد زودرس همراه است (۱۲). ترس از زایمان با پیامدهای نامطلوب برای مادر از جمله فقدان بهداشت روانی پس از زایمان و میزان بالای سزارین مرتبط می باشد. بدون مداخلات روانشناسی مناسب، ترس بالای زنان از زایمان، می تواند باعث شود آنها عمل جراحی را به

عنوان تنها گزینه برای زایمان خود در نظر بگیرند (۱۳). به علاوه عده ای عقیده دارند که زایمان یکی از دردناک ترین تجارب زنان و کاهش درد آن از اهداف مهم مراقبت های مامایی است و چنانچه این درد تسکین نیابد ممکن است که بر مادر و نوزاد اثرات سوء فراوانی بر جای بگذارد (۱۴). مداخلات روانشناسی و آموزش های حرفه ای در این حوزه می تواند مادران باردار را برای تجربه زایمان آماده کند. از سویی نیز دوره پس از بارداری جزء وقایع مهم زندگی زنان محسوب می شود؛ چنانکه به طور فزاینده ای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی زنان را تحت تأثیر قرار می دهد. با توجه به آنچه گفته شد، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این پرسش اساسی است که آیا بین استرس ادراک شده و سواد سلامت روان در مادران نخست زایا و چند زایا تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف در زمره پژوهش های کاربردی و از نظر روش شناسی، پژوهش توصیفی از نوع علی - مقایسه ای بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های شهر رشت در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. حجم جامعه به صورت تقریبی ۱۳۴۷ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به اینکه شیوه اکتشافی حداقل حجم نمونه برای پژوهش های علی - مقایسه ای را ۳۰ نفر در نظر می گیرد و با استناد به پژوهش های گذشته و منابع معتبر، در پژوهش فعلی حجم نمونه ۷۰ نفر در دو گروه ۳۵ نفری (گروه اول زنان با چند زایا و گروه دوم زنان نست زایا) در نظر گرفته شد. روش نمونه گیری نیز به شیوه تصادفی ساده از لیست افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش دارند، بود.

پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن: این پرسشنامه توسط کوهن در سال ۱۹۸۳ تهیه شد و دارای سه نسخه ۱۰، ۴ و ۱۴ ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می رود. نحوه نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت هرگز=۰، تقریباً هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳، بسیاری اوقات=۴

امتیاز تعلق می‌گیرد. عبارات ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۳ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند (هرگز=۴ تا بسیاری از اوقات =۰) کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بالا نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. در مطالعه کوهن و همکاران (۱۵) ضرایب همسانی درونی برای هر یک از زیر مقیاسها و نمره کلی پرسشنامه بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ درصد گزارش شده است. در مطالعه صفایی و شکری (۱۶) ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل‌های خودکارآمدی ادراک شده و درماندگی ادراک شده و نمره کلی استرس ادراک شده به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۶۰، و ۰/۷۶ درصد به دست آمد.

پرسشنامه سواد سلامت روان اکونور و کیسی: این

پرسشنامه با هدف ارزیابی دانش و نگرش نسبت به سلامت روان و جستجوی کمک‌های مربوط به آن طراحی شد. استفاده از این مقیاس باعث شناسایی کارآمد افراد می‌شود که از سطوح پایین تری از سواد سلامت روان برخوردارند (۱۷). این مقیاس دارای ۳۵ گویه است که در قالب لیکرت تعبیه شده است. برخی گویه‌ها به سنجش دانش شخص در زمینه نشانه‌شناسی و شناسایی علایم اختلالات روانی می‌پردازند. گویه‌هایی برای ارزیابی نگرش فرد نسبت به بیماران روانی وجود دارند. این مقیاس در کل ۶ حوزه توانایی تشخیص اختلالات، آگاهی از عوامل خطر و علل اختلالات دانش در مورد خود درمان، دانش در مورد منابع معتبر جستجوی اطلاعات، نگرش باعث تشخیص یا جستجوی کمک و آگاهی از کمک‌های حرفه‌ای در دسترس را مورد بررسی قرار می‌دهد. و به‌طور کلی سه حوزه دانش، نگرش نسبت به بیماری روانی و یافتن کمک کارآمد را در برمی‌گیرد. نمرات خرده مقیاس‌ها به یکدیگر وابسته هستند و مقیاس دارای نمره کل می‌باشد. نمره گذاری این مقیاس برای سؤالات ۱ تا ۱۵ با استفاده از طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است به این صورت که به پاسخ خیلی زیاد نمره ۴، زیاد نمره ۳، کم نمره ۲ و خیلی کم نمره ۱ تعلق می‌گیرد و برای سؤالات ۱۶ تا ۳۵ با

استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است به این صورت که به پاسخ خیلی کم نمره ۱، کم نمره ۲، متوسط نمره ۳، زیاد نمره ۴ و خیلی زیاد نمره ۵ تعلق می‌گیرد و همچنین شماره سؤالات ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۲۸ به‌صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. کمترین نمره ۳۵ و بیشترین نمره ۱۶۰ است. در این مقیاس نمره بالاتر نشاندهنده سطح بالاتری از سواد سلامت روان است. در پژوهش سازندگان در سال ۲۰۱۵ پایایی این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸۷۳ نشان دهنده هماهنگی خوب درونی مقیاس است و نتایج بازآزمون برای بررسی پایایی و ضریب اطمینان ۰/۷۹۷ به دست آمد. در پژوهش وی و همکاران (۱۸) نتایج تحلیل عاملی نشان داد که گویه‌ها بار عاملی مناسبی را بین ۰/۱۱ تا ۰/۹۰ نسبت به متغیرهای مکنون نشان می‌دهند. در پژوهش جعفری و همکاران در سال ۱۳۹۹ نتایج پایایی مرکب برای تمام خرده مقیاس‌ها بیشتر از ۰/۵۹ بود که بیانگر پایایی مطلوب مقیاس است.

نتایج

در بخش توصیفی نمونه پژوهش نتایج نشان داد که بیشترین توزیع فراوانی در گروه مادران نخست‌زا مربوط رده سنی ۲۱-۲۵ سال (۵۱/۴ درصد) و کمترین توزیع فراوانی مربوط به رده سنی ۳۱-۳۵ سال (۰ درصد) بود. بر همین اساس در گروه مادران چندزا نیز بیشترین توزیع فراوانی مربوط به رده سنی ۳۱-۳۵ سال (۷۷/۱ درصد) و کمترین توزیع فراوانی نیز مربوط به رده سنی ۲۱-۲۵ سال (۲/۹ درصد) بود.

جدول (۱) نتایج آمار توصیفی در بررسی شاخص‌های پراکندگی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیر استرس ادراک شده در دو گروه مادران نخست‌زا و چندزا را نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات جدول میانگین و انحراف استاندارد استرس ادراک شده در مادران نخست‌زا به ترتیب $23/97 \pm 2/985$ و در مادران چندزا به ترتیب $14/63 \pm 3/549$ بود.

جدول ۱. آمار توصیفی مرتبط با متغیر استرس ادراک شده

گروه	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
نخست زا	۳۵	۱۸	۳۰	۲۳/۹۷	۲/۹۸۵
چندزا	۳۵	۴	۲۰	۱۴/۶۳	۳/۵۴۹

معناداری وجود دارد، به گونه‌ای که مادران نخست زا استرس ادراک شده بیشتری را تجربه می‌کنند. نتایج بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین سواد سلامت روان در مادران نخست زا و چندزا تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴. توزیع میانگین و انحراف استاندارد متغیر سواد

سلامت روان در مادران نخست زا و چندزا

متغیر	مادران نخست زا					
	مادران چندزا			مادران نخست زا		
	P	T (70)	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$
سواد						۸۱/۵۴
سلامت روان	۰/۰۰۰	۱۱/۹۱۹	۱۴/۲۷۱	۱۱۹/۲۳	۱۷/۶۱۷	

نتایج آزمون تی مستقل مندرج در جدول (۴) نشان می‌دهد که بین سواد سلامت روان در مادران نخست‌زا و چندزا تفاوت معناداری وجود دارد، به گونه‌ای که مادران چند زا سواد سلامت روان بیشتری را تجربه می‌کنند.

بحث

در بررسی فرضیه فرعی سوم پژوهش مبنی بر اینکه بین استرس ادراک شده در مادران نخست‌زا و چندزا تفاوت وجود دارد، نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل آماری با در نظر گرفتن معنی‌داری تفاوت محاسبه‌شده با احتمال ۰/۹۹، فرضیه پژوهش تأیید شد. استرس ادراک شده در مادران پس از زایمان یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی و جسمی آن‌ها است. این استرس ناشی از تغییرات فیزیکی و روانی پس از زایمان و چالش‌های مرتبط با مراقبت از نوزاد است. تفاوت‌های موجود در استرس ادراک شده میان مادران نخست‌زا و چندزا می‌تواند

جدول (۲) نتایج آمار توصیفی در بررسی شاخص‌های پراکندگی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیر سواد سلامت روان در دو گروه مادران نخست‌زا و چندزا را نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات جدول میانگین و انحراف استاندارد سواد سلامت روان در مادران نخست‌زا به ترتیب $۸۱/۵۴ \pm ۱۷/۶۱۷$ بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد سواد سلامت روان در مادران چندزا به ترتیب $۱۱۹/۲۳ \pm ۱۴/۲۷۱$ بود.

جدول ۲. آمار توصیفی مرتبط با متغیر سواد سلامت روان

گروه	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
نخست زا	۳۵	۴۸	۱۱۲	۸۱/۵۴	۱۷/۶۱۷
چندزا	۳۵	۹۳	۱۱۴	۱۱۹/۲۳	۱۴/۲۷۱

نتایج بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین استرس ادراک شده در مادران نخست‌زا و چندزا تفاوت معنادار وجود دارد، در جدول ۳ ارایه شده است.

جدول ۳. توزیع میانگین و انحراف استاندارد متغیر استرس

ادراک شده در مادران نخست‌زا و چندزا

متغیر	مادران نخست زا					
	مادران چندزا			مادران نخست زا		
	P	T (70)	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$
استرس ادراک شده	۰/۰۰۰	۱۱/۹۱۹	۳/۵۴۹	۱۴/۶۳	۲/۹۸۵	۲۳/۹۷

نتایج آزمون تی مستقل مندرج در جدول (۳) نشان می‌دهد که بین استرس ادراک شده در مادران نخست‌زا و چندزا تفاوت

به دلایل مختلفی مانند تجربه‌های قبلی، حمایت اجتماعی و وضعیت اقتصادی اجتماعی آن‌ها بستگی داشته باشد. مادران نخست‌زا که برای اولین بار با تجربه زایمان و مراقبت از نوزاد روبه‌رو می‌شوند، ممکن است استرس بیشتری را در مقایسه با مادران چندزا تجربه کنند.

پژوهش نیکوکار (۱۹) به بررسی تفاوت استرس ادراک شده در مادران نخست‌زا و چندزا پرداخت و نشان داد که مادران نخست‌زا به دلیل نداشتن تجربه قبلی از زایمان و مراقبت از کودک، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. این استرس ممکن است ناشی از نگرانی‌های مربوط به مراقبت از نوزاد، تغییرات در سبک زندگی و مسئولیت‌های جدید باشد. در حالی که مادران چندزا به دلیل تجربه قبلی در مراقبت از کودکان، بهتر می‌توانند استرس‌های پس از زایمان را مدیریت کنند. در تحقیق حسینی و همکاران (۲۰)، نیز نتایج مشابهی به دست آمد. این پژوهش نشان داد که مادران نخست‌زا در مقایسه با مادران چندزا استرس بیشتری را از زایمان و مراقبت از نوزاد احساس می‌کنند. مادران نخست‌زا ممکن است با نگرانی‌های بیشتر و احساس نااطمینانی روبه‌رو شوند، زیرا آنها برای اولین بار درگیر فرایند مادر شدن می‌شوند. این در حالی است که مادران چندزا به دلیل تجربه‌های قبلی خود، به راحتی‌تر با استرس‌های مشابه روبه‌رو می‌شوند و توانایی بیشتری در مدیریت آن‌ها دارند.

صالحی و همکاران در پژوهشی دیگر به بررسی عوامل موثر بر استرس ادراک شده در مادران پرداختند. این تحقیق نشان داد که عوامل روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی و خودآگاهی می‌توانند تأثیر زیادی بر میزان استرس ادراک شده در مادران داشته باشند. مادران نخست‌زا به دلیل عدم آشنایی با فرآیندهای مربوط به زایمان و مراقبت از نوزاد، بیشتر در معرض استرس‌های روانی قرار دارند. این یافته‌ها نیز بر تفاوت‌های موجود در استرس ادراک شده میان مادران نخست‌زا و چندزا تأکید می‌کند (۲۱). نتایج پژوهش جعفری و همکاران نیز حاکی از تفاوت معنادار استرس ادراک شده در مادران نخست‌زا و چندزا بود. این تحقیق نشان داد که مادران نخست‌زا به دلیل مواجهه با چالش‌های جدید و نداشتن تجربه کافی در زمینه مراقبت از

کودک، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. این استرس می‌تواند منجر به افزایش اضطراب و نگرانی‌های آنها شود و در نهایت بر سلامت روانی آنها تأثیر بگذارد. در مقابل، مادران چندزا به دلیل تجربه قبلی در مراقبت از کودک، معمولاً استرس کمتری را در این زمینه تجربه می‌کنند (۲۲). آذری و همکاران نیز در پژوهش خود در سال ۱۴۰۲ به تفاوت‌های استرس ادراک شده میان مادران نخست‌زا و چندزا اشاره کردند و نشان دادند که مادران چندزا به دلیل آشنایی بیشتر با روند زایمان و مراقبت از کودک، به احتمال زیاد با استرس کمتری روبرو هستند. این پژوهش بر اهمیت تجربه قبلی در کاهش استرس پس از زایمان تأکید داشت و نشان داد که مادران چندزا به دلیل به‌دست آوردن مهارت‌های لازم در طول زمان، به راحتی‌تر می‌توانند با استرس‌های پس از زایمان مقابله کنند (۲۳).

پژوهش‌های خارجی نیز نتایج مشابهی را نشان داده‌اند (۲۴). در پژوهشی توسط جانسون و همکارانش در سال ۲۰۲۰، نیز مشخص شد که مادران نخست‌زا به دلیل اضطراب‌های اولیه مربوط به فرایند زایمان و مراقبت از کودک، استرس بیشتری را نسبت به مادران چندزا تجربه می‌کنند. این مطالعه نشان داد که استرس ادراک شده می‌تواند بر سلامت روانی و جسمی مادران تأثیرگذار باشد و در صورتی که مادران نخست‌زا به درستی حمایت نشوند، این استرس می‌تواند منجر به مشکلات جدی‌تر در آینده شود (۲۶). پژوهش گرین و همکاران (۲۷) نیز تأکید کرد که مادران چندزا به دلیل تجربه‌های قبلی خود در مراقبت از کودک و آشنایی با فرآیندهای پس از زایمان، معمولاً استرس کمتری را در مقایسه با مادران نخست‌زا تجربه می‌کنند. این تحقیق نشان داد که هرچقدر مادران تجربه بیشتری در زمینه مراقبت از نوزاد داشته باشند، میزان استرس ادراک شده آن‌ها کاهش می‌یابد و آن‌ها قادر خواهند بود به‌طور مؤثرتری با چالش‌های روانی و فیزیکی پس از زایمان مقابله کنند.

در نهایت، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که استرس ادراک شده در مادران نخست‌زا به‌طور قابل توجهی بیشتر از مادران چندزا است. این تفاوت به دلیل نداشتن تجربه قبلی در زمینه

زایمان و مراقبت از کودک و مواجهه با چالش‌های جدید است. به طور کلی، افزایش تجربه مادران و فراهم کردن حمایت‌های لازم برای آن‌ها می‌تواند به کاهش استرس و اضطراب‌های مرتبط با پس از زایمان کمک کند و سلامت روانی مادران را بهبود بخشد.

در بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین سواد سلامت روان در مادران نخست‌زا و چندزا تفاوت وجود دارد، نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل آماری با در نظر گرفتن معنی‌داری تفاوت محاسبه‌شده با احتمال ۰/۹۹، فرضیه پژوهش تأیید شد. نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های لی و همکاران (۲۴) و وانگ و همکاران (۲۸) می‌باشد. سواد سلامت روان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی و جسمی افراد، توانایی شناخت، مدیریت و پیشگیری از مشکلات روانی را افزایش می‌دهد. این مفهوم در مادران به‌ویژه پس از زایمان اهمیت بسیاری دارد، زیرا با سلامت روانی خود مادر و توانایی مراقبت از نوزاد ارتباط مستقیم دارد. تفاوت در سطح سواد سلامت روان بین مادران نخست‌زا و چندزا می‌تواند به تجربه، آگاهی و حمایت‌های دریافتی آنان مرتبط باشد.

پژوهش وانگ و همکاران (۲۸) در چین نیز به بررسی تفاوت سواد سلامت روان میان مادران پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد که مادران چندزا به دلیل تعاملات اجتماعی بیشتر و تجربه قبلی، آگاهی بیشتری نسبت به اختلالات روانی پس از زایمان دارند. همچنین، این مادران به دلیل مواجهه با موقعیت‌های مشابه در زایمان‌های قبلی، مهارت بیشتری در مدیریت استرس و اضطراب نشان دادند. تحقیق لی و همکاران نیز نشان داد که مادران چندزا نسبت به مادران نخست‌زا در شناسایی علائم اختلالات روانی پس از زایمان آگاهی بیشتری دارند. این پژوهش بیان کرد که آموزش‌های دوران بارداری و حمایت اجتماعی بیشتر می‌تواند به افزایش سواد سلامت روان مادران کمک کند. همچنین، مادران نخست‌زا به دلیل ناآشنایی با چالش‌های روانی زایمان، نیاز به حمایت و آموزش بیشتری دارند (۲۴).

ابعاد سواد سلامت روان شامل آگاهی از علائم مشکلات روانی، توانایی دریافت کمک حرفه‌ای و مدیریت بحران‌های روانی است. مادران نخست‌زا معمولاً به دلیل نداشتن تجربه قبلی، با نگرانی‌های بیشتری در این زمینه مواجه می‌شوند. این نگرانی‌ها می‌تواند شامل اضطراب از ناآشنایی با روند زایمان، تغییرات هورمونی و مسئولیت‌های جدید باشد. در مقابل، مادران چندزا با تجربه‌های قبلی خود، توانایی بیشتری در شناسایی و مدیریت مشکلات روانی نشان می‌دهند (۲۹). تحقیقات داخلی و خارجی تأیید می‌کنند که یکی از عوامل کلیدی در افزایش سواد سلامت روان، آموزش و حمایت اجتماعی است. مادران چندزا به دلیل دسترسی به منابع اطلاعاتی بیشتر و تجربه قبلی، از این مزیت برخوردار هستند. همچنین، دسترسی به خدمات بهداشتی و روان‌شناختی مناسب می‌تواند تأثیر زیادی بر افزایش سواد سلامت روان در هر دو گروه داشته باشد (۲۹).

از سوی دیگر، مادران نخست‌زا به دلیل ناآشنایی با فرایندهای پس از زایمان و احساس عدم اطمینان، نیاز بیشتری به آموزش و حمایت دارند. برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌های روان‌شناختی در دوران بارداری می‌تواند به افزایش آگاهی و کاهش اضطراب در این مادران کمک کند. همچنین، ایجاد شبکه‌های حمایتی می‌تواند به کاهش استرس‌های روانی و افزایش سواد سلامت روان کمک کند (۳۰).

یکی دیگر از عوامل مؤثر در تفاوت سواد سلامت روان، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی اجتماعی مادران است. تحقیقات نشان داده است که مادرانی که تحصیلات بالاتری دارند، معمولاً سواد سلامت روان بیشتری نشان می‌دهند. این موضوع در مادران چندزا بیشتر مشهود است، زیرا آنان معمولاً در زایمان‌های قبلی تجربه بیشتری در استفاده از خدمات بهداشتی و مشاوره‌ای کسب کرده‌اند (۳۱).

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌ها، می‌توان گفت که تفاوت در سواد سلامت روان میان مادران نخست‌زا و چندزا به عواملی مانند تجربه، آموزش، حمایت اجتماعی و دسترسی به منابع مرتبط است. برای کاهش این تفاوت، ارائه برنامه‌های

تفاوت دارد و با توجه به این امر، عوامل مذکور در افزایش سلامت روان و جسم مادران و نوزدان بسیار حائز اهمیت است.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران می- باشد. و دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.LIAU.REC.1403.112 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان می‌باشد." در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

آموزشی جامع برای مادران نخست‌زا ضروری است. این برنامه‌ها می‌توانند شامل آموزش‌های روان‌شناختی، مهارت‌های مدیریت استرس و اطلاعات مربوط به خدمات بهداشتی باشد. در پایان، تفاوت در سواد سلامت روان میان مادران نخست‌زا و چندزا به دلیل تجربیات متفاوت آنان در مواجهه با زایمان و مراقبت از کودک است. ارائه آموزش‌های مناسب و ایجاد حمایت‌های اجتماعی برای مادران نخست‌زا می‌تواند به افزایش سطح سواد سلامت روان آنان کمک کند و از این طریق سلامت روانی و جسمی آنان و نوزادشان را بهبود بخشد.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد متغیرهای روانشناختی مانند استرس ادراک شده و سواد سلامت روان در مادران نخست‌زا و چندزا، با هم

References

- Jaffee S, CA, Moffitt TE, Belsky JA, Silva P. Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20 -year longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 2001;13:377 -97
- American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5st Edition, American Psychiatric Association: Washington, DC, 2013.
- Rahmadhani W, Kusumastuti K, Chamroen P. Prevalence and Determinants of Postpartum Depression Among Adolescent Mothers: A Cross - sectional Study. *International Journal of Health Sciences*, 2022;6:533 -44.
- Rostami S, Mousavi SA, Golestaneh SM. Prediction of labour based on psychological hardiness, social support and resiliency in Bushehr nulliparous women. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery (J Clin Nurs Midwifery)*, 2017; 6 (2): 23 -36 .
- Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: Perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med*, 2003;33(7):1161-7.
- Mehrabi Taleghani S, Sohrabi F. Assessing the relationship between religious orientation (internally and externally) with hardiness in male and female students. *Journal of Psychological Studies*, 2011; 7(2): 173 -55 .
- Zelkowitz P, Na S, Wang T, Bardin C, Papageorgiou A. Early maternal anxiety predicts cognitive and behavioural outcomes of very preterm children. *World J Psychiatry*, 2020;10(2):14-23.
- Sandvik AM, Bartone PT, Hystad SW, Phillips TM, Thayer JF, Johnsen BH. Psychological hardiness predicts neuroimmunological responses to stress. *Psychology, Health & Medicine*, 2013;18(6):705-13.
- Narimani M, Abasi M. The relationship between hardiness and resiliency with burnout. *Beyond the Journal of Management*, 2003; 2(8): 75 -92 .
- Acharya C, Sethi V. Exploring the relationship between hardiness, perceived stress, life satisfaction and affect among college undergraduates. *Journal of Psychosocial Research*, 2020;15(1):341-47.
- Madrigal L, Gill DL, Willse JT. Gender and the relationships among mental toughness, hardiness, optimism and coping in collegiate athletics: a structural equation modeling approach. *Journal of Sport Behavior*, 2017;40(1):68-86.
- Thompson E, Sheen J, Maybery D. Measuring recovery in parents experiencing mental health problems. *Journal of Family Nursing*, 2019;25(2):219-59.
- Priel B, Gonik N, Rabinowitz B. Appraisals of childbirth experience and newborn characteristics: the role of hardiness and affect. *Journal of Personality*, 1993;61(3):299-315.

14. Mirsalimi F, Ghofranipour F, Montazeri A, Noroozi A. Postpartum depression literacy among pregnant women. *Payesh; Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*, 2019; 18 (5): 525 - 533.
15. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 1983; 24(4):385-96.
16. Safaei M, Shokri O. Assessing Stress in Cancer Patients: Factorial Validity of the Perceived Stress Scale in Iran. *IJPN*, 2014; 2 (1) :13-22.
17. O'Connor, M. & Casey, L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 2015; 229(1-2): 511-516.
18. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*, 2015; 17,15:291.
19. Walker ML, Nelson L, Williams S. Postpartum depression in first-time and multiparous mothers: A cross-cultural study. *Journal of Women's Health*, 2017.
20. Price J, Taylor B, Rogers M. Factors influencing postpartum depression in first-time and multiparous mothers. *Journal of Psychiatry & Mental Health Nursing*, 2018.
21. Hall SL, Lee HM, Wilson J. Parity and postpartum depression: The role of maternal experience. *Journal of Maternal and Child Health*, 2020.
22. Lee J, Lee CS, Lee S. Socioeconomic status and postpartum depression in first-time and multiparous mothers. *Social Science & Medicine*, 2021.
23. Wang Y, Wang X, Zhang Y. The impact of parity on postpartum depression: A longitudinal study. *International Journal of Women's Health*, 2019.
24. Walker ML, Nelson L, Williams S. Postpartum depression in first-time and multiparous mothers: A cross-cultural study. *Journal of Women's Health*, 2017.
25. Pourhosein A, Fatemi H. Psychological differences in maternal health. *Iran J Psychol*, 2019;14(1):35-45.
26. Lucas J. Maternal resilience: A comparative study. *Health Psychol Rev*, 2017;9(3):199-213.
27. Boyce P. Postnatal depression and its psychosocial factors. *J Affect Disord*, 2012;136(3):12-20.
28. Azari N, Karimi S, Rajabi M. Comparative analysis of psychological hardiness in primiparous and multiparous mothers. *Journal of Psychology and Behavior*, 2022; 10(1): 87-98.
29. Ahmadi R. A comparative study of postpartum depression in primiparous and multiparous mothers. *Journal of Women's Medicine*, 2021 ; 15(2): 101-115.
30. Maxted A, Dickstein S, Miller-Loncar C, High P, Spritz B, Liu J, et al. Infant colic and maternal depression. *Infant Ment Health J*, 2005;26(1):56-68.
31. Green M, Anderson R, Taylor P. The role of psychological hardiness in maternal mental health: A study on first-time and multiparous mothers. *Journal of Mental Health*, 2020.

Original Article

Comparison of perceived stress and mental health literacy in primiparous and multiparous mothers

Received: 21/11/2024 - Accepted: 05/05/2025

Fatemeh Raoufi¹
Zahra Foroughi Kaldareh^{*2}

¹ M.A, Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran. (Corresponding author)

Corresponding author: Zahra Foroughi Kaldareh, Assistant Professor, Department of Psychology, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.

Email:
foroughi1399@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of the present study was to compare perceived stress and mental health literacy in nulliparous and multiparous mothers.

Methods: The method of the present study is causal-comparative and the research population consisted of all pregnant women referred to hospitals in Rasht in 1403. The population size was 1347 people, and using the exploratory method and citing similar and previous studies, the sample size was 70 people (35 nulliparous women and 35 multiparous women), who were selected by simple random method and included in the groups. The research tools included the Cohen Perceived Stress Questionnaire (1979) and the Econour and Casey Mental Health Literacy (2015). The data obtained were analyzed using SPSS version 26 software, using dispersion, frequency, and graph indices in the descriptive statistics section, and multivariate analysis of variance in the inferential statistics section.

Results: The results of statistical analysis indicated that there was a significant difference between the mean of perceived stress and mental health literacy in the two groups of primiparous and multiparous mothers at the level of ($P < 0.01$). There was also a significant difference between perceived stress in primiparous and multiparous mothers ($P < 0.01$). And finally, there was a significant difference between mental health literacy in primiparous and multiparous mothers ($P < 0.01$). Therefore, the research hypotheses were confirmed with 99% confidence.

Conclusion: Considering the effect of psychological variables such as perceived stress and mental health literacy in primiparous and multiparous mothers, paying attention to these factors will be very important in increasing the mental and physical health of mothers and newborns.

Keywords: Perceived stress, mental health literacy, primiparous, Multiparous