پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال هجدهم، شماره ۳، پی در پی ۹۳، صفحات ۱۴۸ تا ۱۵۵
مرداد و شهریور ۱۳۹۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۴/۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۷/۲۷

بررسی همبستگی عزت نفس با استرس درک شده در بارداری و راه‌کارهای مقابله با آن

*ماهرخ دولتیان[۱،۲]، آرش میراب زاده[*۳،۴]، آمنه ستاره فروزان[۵] ، حمیرا سجادی[۶] ، حمید علوی مجد[۷] ، فرنوش معافی[۸] ،زهره محمودی[۹]*

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه مامایی، تهران
۲. دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران
۳. استاد، روانپزشک، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران
۴. دپارتمان روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران
۵. دانشیار، روانپزشک، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران
۶. استادیار، دکتری پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران
۷. دانشیار، دکتری آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
۸. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، گروه مامایی، قزوین
۹. عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج

چکیده

سابقه و هدف: استرس در دوران بارداری می‌تواند با پیامدهای نامطلوب و طولانی مدت برای مادر و جنین همراه باشد. لذا شناخت عواملی که بر کنترل استرس مؤثرند می‌تواند نقش عمده‌ای در سلامت روان زنان در دوران بارداری داشته باشد. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی عزت نفس با میزان استرس درک شده در بارداری و راه‌کارهای مقابله با آن طراحی شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. ابتدا شهر تهران به ۴ طبقه‌ی جغرافیایی شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم و در هر منطقه یک بیمارستان دولتی انتخاب شد. سپس در بیمارستان‌ها با روش تصادفی ساده ۴۵۰ زن باردار ۳۲-۲۴ هفته شناسایی شده و پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت‌نامه از زنان باردار و در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه، زنان باردار به پرسش‌های استرس درک شده، عزت نفس روزنبرگ و مقیاس سبک‌های مقابله با استرس (CISS) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نگارش ۱۹ آنالیز گردید. سطح معنی‌داری، $p<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سن ۴۵۰ زن باردار شرکت کننده در پژوهش ۵±۲۸/۵ سال بود. ۷۸/۹ درصد، دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر از آن را داشتند. ۹۰ درصد خانه‌دار بودند. ۶۶/۴ درصد از زنان، عزت نفس متوسط و ۳۳/۶ درصد عزت نفس بالا داشتند. ۳۶ درصد از زنان، استرس درک شده را کم، ۶۱/۳ درصد متوسط و ۲/۷ درصد، استرس درک شده را زیاد گزارش نمودند. بین عزت نفس و میزان استرس درک شده، همبستگی آماری معنی‌دار معکوسی وجود داشت ($p<۰/۰۰۰۱$ و $r= -۰/۵$). تفاوت معنی‌داری بین افراد با سطوح مختلف عزت نفس در زمینه‌ی سبک‌های مقابله‌ای با استرس مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد میزان عزت نفس مادران باردار با استرس درک شده آنان و نیز سبک‌های مقابله با استرس، همبستگی دارد و با آموزش‌های مهارت افزایش عزت نفس می‌توان از میزان استرس درک شده‌ی زنان در بارداری کاست.

واژگان کلیدی: عزت نفس، استرس درک شده، سبک‌های مقابله‌ای با استرس، بارداری

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Dolatian M, Mirabzadeh A, Setareh Forouzan A, Sajjadi H, Alavi Majd H, Moafi F, Mahmoodi Z. Correlation between self-esteem and perceived stress in pregnancy and ways to coping with stress. Pejouhandeh 2013;18(3):148–155.

مقدمه

یکی از حساس‌ترین دوران زندگی یک زن، بارداری و زایمان است که منجر به القای تغییرات بزرگی از جمله تغییرات فیزیولوژیکی و سایکولوژیکی و نقش‌های اجتماعی- خانوادگی می‌شود. این تغییرات می‌تواند عدم ثبات عاطفی را تقویت کرده و سبب بروز اختلالات سایکوپاتولوژیکی از جمله استرس و اضطراب در مادر گردد (۱ و ۲).

*نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر آرش میراب‌زاده؛ تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۱۱۵؛ پست الکترونیک: aramirab@uswr.ac.ir

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

پدیده‌ی استرس در معنای بسیار عام، عبارت از پاسخ‌های روانی به نیازها و تهدیدهای (استرسور) روانی و فیزیکی می‌باشد (۳). بر اساس تعریف کوهن از استرس، زمانی که نیازهای محیطی اعم از درونی یا بیرونی و حقیقی یا تخیلی فشار آورده و یا بیشتر از ظرفیت فرد باشد، موجب تغییرات روانی و بیولوژیکی می‌شود که فرد را در معرض خطر بیماری قرار می‌دهد (۴). استرس در شرایط بارداری، زایمان و شیردهی می‌تواند با نتایج نامطلوب بارداری نظیر سقط جنین، تهوع و استفراغ، پره اکلامپسی، کاهش وزن، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، مهار سیستم ایمنی و در نتیجه افزایش عفونتهای اپیزیوتومی و عفونتهای نوزادی و نیز درجاتی از اختلالات روانی پس از زایمان همراه باشد (۵ و ۶). همچنین استرس می‌تواند سبب افزایش خطر رفتارهای ناسالم از جمله مصرف تنباکو و الکل شده که این عوامل به نوبه‌ی خود ممکن است که واسطه‌ی ارتباط استرس با پیامدهای نامطلوب بارداری باشند (۷). شواهد اولیه نشان می‌دهند که استرس مادر ممکن است بر روی خلق و خوی و آسیب شناسی روانی بعدی نوزاد نیز تأثیر بگذارد (۸). در مطالعاتی که در انگلیس و سوئد انجام گرفته، شیوع استرس در بارداری به ترتیب ۳۷-۳۳ درصد و ۷-۵ درصد گزارش شده است (۹).

افراد نسبت به عوامل استرس‌زای یکسان ممکن است پاسخ‌های متفاوتی بدهند. پاسخ هر فرد به عوامل استرس‌زا، به عوامل ژنتیکی، ویژگی‌های شخصیتی مانند ارزیابی فرد از عامل استرس‌زا، مهارت‌های مقابله‌ای فرد با عامل استرس‌زا، شرایط زندگی مانند فقر، محیط زندگی، ساختارهای حمایت اجتماعی و تجارب قبلی فرد بستگی دارد (۳ و ۱۰). میزان استرس روانی دوران بارداری نامشخص است، زیرا در دوران بارداری سنجیده نشده و تأثیر آن بر سلامت مادر نیز تخمین زده نمی‌شود (۱۱).

شناخت عوامل مؤثر بر واکنش‌ها در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، می‌تواند نقش عمده‌ای در مدیریت و کنترل استرس داشته باشد. Lazarous و Folkman معتقدند بخش عمده‌ای از واکنش فرد به استرس، منوط به ارزیابی فرد از توانایی‌های خود، چگونگی برخورد و کنترل موقعیت‌های استرس‌زا می‌باشد. در نگاهی دیگر می‌توان استرس را یک ارتباط خاص بین فرد و محیط دانست که سبب استفاده از منابع و برانگیختگی شخص شده و سلامت فرد را تهدید می‌کند (۱۲).

تحقیقات نشان داده است که عزت نفس یک عامل نیرومند و مهم در ایجاد سعادت، رضایت خاطر و شادمانی است (۱۳). عزت نفس، احساس ارزشمندی است که شخص نسبت به خویش دارد و قطعی‌ترین عامل در روند رشد روانی افراد و سلامت روان بوده (۱۴) و بر پیامدهای رویدادهای استرس‌زا تأثیر می‌گذارد. مشخص شده است که عزت‌نفس پایین سبب آسیب‌پذیری بیشتر افراد و بروز اختلالات روان‌شناختی از جمله خشم و عصبانیت، افسردگی، اضطراب و اختلال در روابط درون‌فردی می‌گردد (۱۵). عزت نفس با اضطراب و افسردگی، رابطه‌ای متقابل دارند (۱۸-۱۶). سطوح بالای اضطراب و افسردگی و نیز سطوح پایین عزت نفس، سبب بروز استرس مزمن می‌شود که این امر به نوبه‌ی خود سبب بروز استرس مزمن در مادر و نیز احتمالاً بروز عوارض نامطلوب بارداری می‌گردد (۲۱-۱۹). عزت نفس پایین، سبب کاهش اعتماد افراد به دست‌یابی به خدمات بهداشتی و نیز محدودیت خودکارآمدی در افراد و کاهش اثر مداخلات سلامت می‌شود (۲۲).

سبک‌های مقابله‌ای با استرس که شامل مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی می‌باشند، در واقع تلاشی مستمر به منظور سازگار شدن افراد با وضعیت نامتعادل محسوب می‌شوند. در صورت استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مؤثر، هیجانات تعدیل شده و استرس برطرف می‌گردد. این در حالی است که سبک‌های مقابله‌ای غیر مؤثر، آثار منفی ناشی از استرس را افزایش می‌دهند. شناخت عوامل مؤثر بر واکنش‌ها در مقابله با رویدادهای استرس‌زا، می‌تواند نقش عمده‌ای در مدیریت و کنترل استرس داشته باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی عزت نفس با استرس درک شده در بارداری و راه‌کارهای مقابله با آن در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

مواد و روشها:

مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. ابتدا شهر تهران به ۴ منطقه‌ی جغرافیایی شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم و در هر منطقه یک بیمارستان دولتی انتخاب شد. سپس در بیمارستان‌ها با روش تصادفی ساده، تعداد ۴۵۰ زن باردار با سن حاملگی بین ۲۴ تا ۳۲ هفته شناسایی شده و پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت‌نامه از آنان و در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه، پرسشنامه‌های دموگرافیک و مامایی، استرس درک شده، عزت نفس روزنبرگ و راههای مقابله با استرس، جهت پاسخگویی در اختیار آنها قرار گرفت. شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از زنانی با سن حاملگی بین ۲۴ تا ۳۲ هفته که حاملگی تک قلو داشته و سابقه‌ی مشکلات شناخته شده‌ی طبی نظیر بیماری‌های قلبی عروقی، کلیوی، ریوی، خودایمنی و دیابت در حین و قبل از بارداری

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

نداشته و در بارداری قبلی، سابقه‌ی پره اکلامپسی، دیابت، زایمان زودرس، محدودیت رشد جنینی، مرگ جنین، پارگی پیش از موعد پرده‌های جنینی، دکولمان جفت و پلی‌هیدرآمنیوس نداشته باشند. تکمیل پرسشنامه‌ها توسط یک تیم از افرادی که برای این منظور آموزش دیده بودند، انجام گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها:

پرسشنامه‌ی دموگرافیک و مامایی:

در این پرسشنامه، سؤالاتی از قبیل سن مادر (بر اساس تاریخ تولد)، وضعیت تأهل، قومیت، محل سکونت (شهر، روستا)، میزان تحصیلات مادر باردار، تحصیلات همسر، تعداد دفعات بارداری و زایمان، تعداد سقط و نوزاد مرده‌ی متولد شده، خواسته بودن بارداری از نظر زن باردار و همسر، سابقه‌ی وجود مشکلات در بارداری‌های قبلی و فعلی و مساحت زیر بنا برحسب افراد خانوار بررسی شد.

پرسشنامه‌ی استرس ادراک شده (PSS-14):

پرسشنامه‌ی استرس ادراک شده، برای نخستین بار در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه گردید. این پرسشنامه به منظور سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. در این پرسشنامه، افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده مورد سنجش قرار می‌گیرد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد.

این پرسشنامه، در کشورهای مختلف کاربرد فراوانی داشته و به همین دلیل، به زبان‌های گوناگونی ترجمه و هنجاریابی شده است. در این پژوهش، از نسخه‌ی ۱۴ ماده‌ای آن استفاده شده است. پاسخ‌های آزمودنی، منطبق بر مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت که از "هرگز" (با نمره یک) شروع شده و به "بسیاری از اوقات" (با نمره پنج) ختم می‌شود درجه بندی شده است. این پرسشنامه‌ی ۱۴ ماده‌ای شامل ۷ آیتم منفی نشانگر عدم توانایی مقابله با استرس و ۷ آیتم مثبت نشانگر تطابق خوب فرد با عوامل استرس‌زا می‌باشد (۲۳). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره، ۵۶ است. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی استرس ادراک شده‌ی بیشتر می‌باشد. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه، بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ بدست آمده است (۲۴).

مقیاس عزت نفس روزنبرگ (Rosenberg's Self-Esteam Scale):

روزنبرگ (۱۹۶۵) نخستین مطالعات علمی را در زمینه‌ی عزت نفس انجام داده است. مقیاس عزت نفس روزنبرگ، یکی از پر استفاده‌ترین ابزارها در این زمینه بوده و دارای اعتبار و روایی بالایی است. این مقیاس، شامل ۱۰ عبارت است که ۵ عبارت آن به شکل مثبت و ۵ عبارت آن به صورت منفی ارائه شده است. جهت نمره‌گذاری، از طیف ۴ امتیازه‌ی کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم استفاده می‌شود. دامنه‌ی نمرات، از صفر تا ۳۰ بوده و نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی عزت نفس بالاتر است (۲۵ و ۲۶).

پرسشنامه‌ی مقابله با استرس (CISS):

پرسشنامه‌ی CISS (Coping Inventory for Stressful Situation) در سال ۱۹۹۰ توسط Endler و Parker به منظور ارزیابی نحوه‌ی رویارویی افراد با مشکلاتشان ساخته شد. این آزمون دارای ۴۸ عبارت بوده و در قالب سه سبک مقابله‌ی اصلی شامل سبک مسأله مدار (task-oriented coping) شامل ۱۶ عبارت، سبک هیجان‌مدار (emotion-oriented coping) شامل ۱۶ عبارت و سبک مقابله‌ی اجتنابی (Avoidance-oriented coping) مشتمل بر ۱۶ عبارت، تنظیم شده است. زیر مقیاس مقابله‌ی اجتنابی، خود به دو بعد سرگرمی اجتماعی (social diversion، ۵ عبارت) و توجه‌گردانی (distraction، ۸ عبارت) تقسیم می‌شود. سه عبارت باقی‌مانده در زیر مقیاس مقابله‌ی اجتنابی، پُرکننده بوده و بنابراین در تخمین نمره‌ی زیر مقیاس مقابله‌ی اجتنابی، محاسبه نمی‌شوند. پرسشنامه‌ی مقابله با شرایط پر استرس، یک ابزار خودگزارشی است و لذا آزمودنی‌ها باید در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از "هرگز" (با نمره یک) تا "بسیار زیاد" (با نمره پنج) مشخص کنند که تا چه حد، هر یک از راهبردهای ارائه شده را مورد استفاده قرار می‌دهند. جهت نمره‌گذاری، امتیاز هر زیر مقیاس مورد نظر با هم جمع شده و هر سبکی که بیشترین امتیاز را کسب کند، سبک مورد استفاده فرد محسوب می‌گردد. ضریب آلفای کرونباخ برای سه زیر مقیاس اصلی آزمون (سبک‌های مقابله‌ی مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) در نمونه‌های مختلف از جمله نوجوانان، دانشجویان و بزرگسالان، بالای ۸۰٪ گزارش شده است (۲۷ و ۲۸). ضریب آلفای دو بعد زیر مقیاس مقابله‌ی اجتنابی (سرگرمی اجتماعی و توجه‌گردانی) نیز در نمونه‌های یاد شدن بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ بوده است. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی زیرمقیاس‌ها در فاصله‌ی ۶ هفته، بین ۰/۵۱ تا ۰/۷۳ گزارش شده است. در ایران نیز شکری و همکاران (۱۳۸۴) ضریب آلفای زیر مقیاس مقابله‌ی مسئله مدار را

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

۰/۷۵، زیر مقیاس مقابله هیجان مدار را ۰/۸۲ و زیر مقیاس مقابله‌ی اجتنابی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند (۲۹). داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نگارش ۱۹ با استفاده از آزمون‌های تی تست، کای دو و ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز گردید. سطح معنی‌داری $p<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

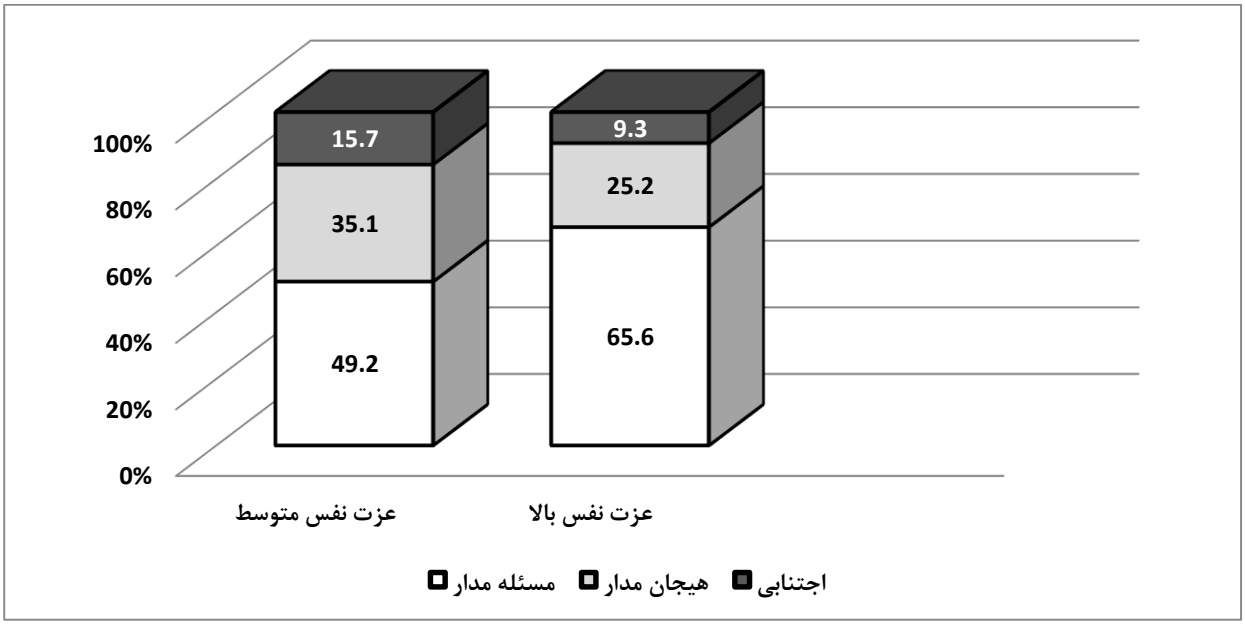
نتایج نشان داد میانگین سن ۴۵۰ زن باردار شرکت کننده در پژوهش ۵±۲۸/۵ سال و سن همسرانشان ۵/۵±۳۲/۷ سال بوده است. در خصوص سطح تحصیلات مشخص گردید که ۷۸/۹ درصد از زنان و ۸۱/۷ درصد از همسرانشان میزان تحصیلات دیپلم و کمتر از آن داشتند. ۹۰ درصد از زنان، خانه‌دار بودند.

۶۶/۴ درصد از زنان، عزت نفس متوسط و ۳۳/۶ درصد عزت نفس بالا داشتند. ۳۶ درصد از زنان استرس درک شده‌ی کم، ۶۱/۳ درصد استرس درک شده‌ی متوسط و۲/۷ درصد استرس درک شده‌ی زیاد را گزارش نمودند. جدول شماره‌ی ۱، رابطه‌ی عزت نفس زنان در بارداری با میزان استرس درک شده را نشان می‌دهد. آزمون کای دو، ارتباط معنی‌داری را بین این دو فاکتور نشان داد ($p<۰/۰۰۱$).

۵۴/۷ درصد از زنان از روش مسأله‌مدار، ۳۱/۸ درصد از روش هیجان‌مدار و ۱۳/۵ درصد از روش اجتنابی برای مقابله با استرس استفاده می‌کردند. بین عزت نفس زنان و روش‌های مقابله با استرس، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. ۶۵/۶ درصد از زنان، با عزت نفس بالا از روش مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کردند، در صورتی که این میزان در زنان با عزت نفس متوسط، ۴۹/۲ درصد بود ($p<۰/۰۰۴$) (نمودار ۱).

جدول ۱. توزیع زنان باردار بر حسب میزان عزت نفس به تفکیک میزان استرس درک شده.

عزت نفس	استرس			
	کم	متوسط	زیاد	جمع
متوسط	۷۳ (۲۴/۴)	۲۱۶ (۷۲/۲)	۱۰ (۳/۴)	۲۹۹ (۱۰۰)
زیاد	۸۹ (۵۸/۹)	۶۰ (۳۹/۷)	۲ (۱/۴)	۱۵۱ (۱۰۰)



نمودار ۱. رابطه‌ی عزت نفس زنان و روش‌های مقابله با استرس

همچنین، بین استرس درک شده‌ی زنان و روش‌های مقابله با استرس، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. ۹۱/۷ درصد از زنان با استرس بالا، از روش مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کردند، در صورتی که این میزان در زنان با استرس متوسط، ۳۵/۱ درصد و در زنان با استرس کم، ۶ /۲۱ درصد بود ($p<۰/۰۰۴$) (جدول ۲).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

جدول ۲. توزیع زنان باردار برحسب میزان استرس درک شده به تفکیک روش‌های مقابله با استرس.

استرس	راهکار مقابله با استرس			
	مسأله مدار	هیجان مدار	اجتنابی	جمع
کم	۱۱۲ (۶۹/۱)	۳۵ (۲۱/۶)	۱۵ (۹/۳)	۱۶۲ (۱۰۰)
متوسط	۱۳۳ (۴۸/۲)	۹۷ (۳۵/۱)	۴۶ (۱۶/۷)	۲۷۶ (۱۰۰)
زیاد	۱ (۸/۳)	۱۱ (۹۱/۷)	۰ (۰)	۱۲ (۱۰۰)

جدول ۳، همبستگی بین عزت نفس و راه‌کارهای مقابله با استرس و میزان استرس را نشان می‌دهد. همانطور که در این جدول ملاحظه می‌شود، بین عزت نفس و میزان استرس درک شده، همبستگی آماری معنی‌دار معکوسی وجود دارد ($r = -۰/۵$ و $p<۰/۰۰۰۱$).

جدول ۳. همبستگی بین عزت نفس و راه‌کارهای مقابله با استرس و میزان استرس درک شده.

	عزت نفس	مسأله مدار	اجتنابی	هیجان مدار	استرس
عزت نفس	۱	۰/۴۶*	۰/۱۳*	-۰/۰۰۴	-۰/۵*
مسأله مدار		۱	۰/۳۹*	۰/۱۴*	-۰/۳۳*
اجتنابی			۱	۰/۵	۰/۱۳*
هیجان مدار				۱	۰/۲۷*
استرس					۱

*p<۰/۰۰۰۱

بحث:

نتایج این تحقیق نشان داد که افراد با سطوح مختلف عزت نفس به لحاظ میزان استرس درک شده، متفاوت می‌باشند به نحوی که هر چه عزت نفس فرد بالاتر باشد، میزان استرسی که درک می‌کند کاهش خواهد یافت. این یافته در مطالعات دیگر نیز تأیید شده است. O' Donnell و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود دریافتند که عزت نفس بالاتر، با سطوح پایین‌تر استرس ذهنی، ضربان قلب و TNFα و IL-1 در ارتباط می‌باشد (۳۰). Pruessner نیز مشاهده کرد افرادی که عزت نفس بالاتر و منبع کنترل درونی دارند، حجم هیپوکامپ بزرگتری داشته و پاسخ ترشحی کورتیزول در موقعیت‌های استرس‌آور در این افراد به طور قابل توجهی کمتر می‌باشد (۳۱ و ۳۲). همچنین، Hall و همکاران در یک کارآزمایی بالینی دریافتند که درمان در بیماران روانی به منظور افزایش عزت نفس، سبب بهبود علایم منفی از جمله انگیزه‌ی ضعیف، انزوای عاطفی و اجتماعی و همچنین بهبود عملکرد اجتماعی شده و فرد احساس می‌کند که قادر به معاشرت با دیگران و مشارکت در فعالیت‌ها یا علاقمندی‌هایش می‌باشد (۳۳). عزت نفس با طیف وسیعی از شاخص‌های جسمی و روانی سلامت مرتبط بوده و نقش قابل توجه و مهمی در محافظت افراد در مقابل تجارب کسب شده از اضطراب و تهدید داشته و سبب بهبود توانایی‌های فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا می‌گردد (۳۴). عزت نفس، یک عامل روانی کلیدی بوده و با وجود اینکه عزت نفس پایین می‌تواند اثرات زیانباری بر تجارب زن از بارداری داشته باشد و پیامدهای گوناگون بارداری را نیز تحت تأثیر قرار دهد، مطالعات اندکی در زمینه‌ی درک این مسأله‌ی مهم در دوران بارداری صورت گرفته است (۳۵). اکثر مطالعات انجام شده در زمینه عزت نفس، به ارتباط آن با افسردگی پرداخته‌اند و عزت نفس پایین در بسیاری از تئوری‌های افسردگی، به عنوان یکی از عوامل خطر افسردگی شناسایی شده است (۳۶).

در زمینه‌ی بارداری، عزت نفس پایین یکی از عوامل خطر مهم و قوی افسردگی پس از زایمان بوده و زنان بارداری که از سطح بالایی از عزت نفس برخوردارند می‌توانند در برابر عوامل استرس‌زا مقاوت کرده و در نتیجه، احساس ارزشمندیِ شخص نسبت به خویش حفظ شده و احتمال افسردگی پس از زایمان در فرد کاهش خواهد یافت (۳۷). عزت نفس، به عنوان یک عامل تأثیرگذار بر استرس، اثرات استرس را تعدیل کرده و سبب می‌شود که استرس منجر به ارزیابی منفی فرد از خود نشود (۳۸). سطوح بالای عزت نفس به عنوان یک حایل، پاسخ‌های مادر را به استرس کاهش می‌دهد. این حایل نه تنها

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

در بعد شناختی، بلکه در بعد فیزیولوژیکی نیز عمل می‌کند (۳۹). از آنجایی که اضطراب، خشم، پرخاشگری، فقدان احساس، افسردگی و تخریب شناختی، از واکنش‌های روان‌شناختی فرد نسبت به استرس می‌باشند (۴۰)، عزت نفس با تأثیر بر استرس و راه‌های مقابله با آن، می‌تواند از فرد در مقابل ابتلا به افسردگی و اضطراب محافظت کند.

همچنین نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که افراد با سطوح مختلف عزت نفس، از روش‌های متفاوتی برای مقابله با استرس استفاده می‌کنند. زنان باردار دارای عزت نفس بالاتر، بیشتر از روش حل مسأله برای کاهش استرس استفاده می‌کنند، در حالی که زنان باردار با عزت نفس پایین، بیشتر از روش‌های هیجان‌مدار و اجتنابی برای کاهش استرس خود استفاده کرده بودند.

از نتایج این مطالعه چنین برمی‌آید که عزت نفس، با روش‌های مقابله‌ی فرد با استرس، مرتبط می‌باشد. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات محققان دیگر از جمله Campbell و Lavalee و همچنین Johnson و همکارانش، مبنی بر همبستگی میان عزت نفس و توانایی مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا، هماهنگی دارد (۴۱ و ۴۲). همچنین، محققان در مطالعات گوناگون دریافتند افرادی که سطح عزت نفس یا کنترل درک شده‌ی بالاتری دارند، بیشتر از روش‌های مقابله با استرس فعال و مسأله‌مدار استفاده می‌کنند، در حالی که افرادی که سطح عزت نفس و کنترل درک شده‌ی پایین‌تری دارند، بیشتر به استفاده از روش‌های مقابله با استرس منفعل و اجتنابی هیجان‌مدار تمایل دارند (۴۳). به عنوان مثال، یافته‌های مطالعه‌ی Mantzicopoulos حاکی از ارتباط مثبت بین عزت نفس بالا و روش‌های مقابله با استرس فعال بود (۴۴). Houston نیز به این نتیجه رسید افرادی که عزت نفس پایینی دارند، روش‌های مقابله با استرس ناموفقی دارند (۴۵). زمانی که افراد با موقعیت‌های استرس‌زا مواجه می‌شوند، به شیوه‌های گوناگونی به مقابله با آن می‌پردازند. نظریه‌ی لازاروس و فولکمن در زمینه‌ی استرس و راه‌های مقابله با آن، همچنان به عنوان پذیرفته شده‌ترین و متداول‌ترین تئوری باقی مانده است. بر اساس این نظریه، روش مسأله‌مدار در مقابله با عوامل استرس‌زا، در درجه‌ی اول روشی وظیفه مدار بوده و فرد در تلاش است که منبع و عامل استرس را تغییر داده و اصلاح کند، در حالی که در روش هیجان‌مدار، هدف فرد، کنترل یا کاهش استرس و آزار روحی می‌باشد که به واسطه‌ی عامل استرس‌زا ایجاد شده است (۴۶). استفاده از روش مسأله‌مدار، با تطبیق بهتر با تروما و عوامل استرس‌زای زندگی همراه می‌باشد (۴۷). به نظر می‌رسد افرادی که عزت نفس بالایی دارند، عامل استرس‌زا را به عنوان یک عامل قابل کنترل در نظر می‌گیرند و در نتیجه، تلاش آنها در مواجهه با عامل استرس‌زا فعال بوده و لذا نتیجه‌ی این تلاش نیز مثبت می‌باشد. در مقابل، افرادی که عزت نفس پایینی دارند، عامل استرس‌زا را عاملی غیر قابل کنترل و رنج‌آور تلقی کرده و در نتیجه، روش‌های مقابله با استرس منفعل مانند روش اجتنابی را در پیش می‌گیرند که نتیجه‌ی منفی در بر داشته و سبب می‌شود که فرد نسبت به خود دید منفی پیدا کند (۴۸).

در نتیجه، با توجه به عواقب استرس در دوران بارداری بر روی مادر و جنین و تأثیر عزت نفس بر کاهش آن و بهبود پیامدهای بارداری و همچنین تأثیر درمان با هدف بالا بردن عزت نفس بر علایم منفی از جمله انگیزه‌ی ضعیف، انزوای عاطفی و اجتماعی و بهبود عملکرد اجتماعی، توجه به عزت نفس به عنوان یک عامل محافظتی در برابر استرس و توانمندسازی زن به منظور مقابله با عوامل استرس‌زا، حائز اهمیت می‌باشد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری تخصصی پژوهشی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، مصوب جلسه‌ی شورای پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می‌باشد. لذا از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و سرپرست محترم مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و کلیه‌ی شرکت‌کنندگان در این مطالعه، سپاسگزاری می‌نماییم.

REFERENCES

1. Correia LL, Linhares MBM. Maternal anxiety in the pre-and postnatal period: a literature review. Rev Lat Am Enfermagem 2007; 15(4):677–83.
2. Elsenbruch S, Benson S, Rücke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt M, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. Hum Reprod 2007;22(3):869–77.
3. Latendresse G. The interaction between chronic stress and pregnancy: Preterm birth from a biobehavioral perspective. J Midwifery Womens Health 2009;54(1):8.
4. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983;24(4):385.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

5. Baker S, Chebli M, Rees S, LeMarec N, Godbout R, Bielajew C. Effects of gestational stress: Evaluation of maternal and juvenile offspring behavior. Brain Res 2008;1213:98–110.
6. Divney AA, Sipsma H, Gordon D, Niccolai L, Magriples U, Kershaw T. Depression during pregnancy among young couples: the effect of personal and partner experiences of stressors and the buffering effects of social relationships. J Pediatr Adolesc Gynecol 2012;25(3):201–7.
7. Krabbendam L, Smits L, de Bie R, Bastiaanssen J, Stelma F, van Os J. The impact of maternal stress on pregnancy outcome in a well-educated Caucasian population. Paediatr Perinat Epidemiol 2005;19(6):421–5.
8. Austin MP, Leader LR, Reilly N. Prenatal stress, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and fetal and infant neurobehaviour. Early Hum Dev 2005;81(11):917–26.
9. Senturk V, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. BMC Psychiatry 2011;11(1):48.
10. Mulder EJH, Robles de Medina PG, Huizink AC, Van den Bergh BRH, Buitelaar JK, Visser GHA. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. Early Hum Dev 2002;70(1–2):3–14.
11. Woods SM, Melville JL ,Guo Y, Fan M-Y, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2010;202(1): 61.e1–e7.
12. Kingdon B, Halvorsen F. Perioperative nurses' perceptions of stress in the workplace. AORN 2006;84(4):607–14.
13. Mann MM, Hosman CM, Schaalma HP, de Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. Health Educ Res 2004;19(4):357–72.
14. Amin Shokravi F, Memarian R, Hajizadeh E, Moshki M. The role of enhancing self esteem educational program on self-esteem promotion of the girl students in Tehran Primary Schools. Ofogh-e-Danesh Journal 2008;13(4):74–81. (Full Text in Persian)
15. Marshall WL, Marshall LE, Serran GA, O'Brien MD. Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: Their integration and treatment implications. Psychol Crime Law 2009;15(2-3):217–34.
16. Serretti A, Olgiati P, Colombo C. Components of self-esteem in affective patients and non-psychiatric controls. J Affect Disorders 2005;88. 2005;88(1):93–8.
17. Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J, Schmitt M. Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. J Abnorm Psychol 2009;118(3):472.
18. Benetti C, Kambouropoulos N. Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. Pers Indiv Differ 2006;41(2):341–52.
19. Döme P, Rihmer Z, Gonda X, Pestality P, Kovács G, Teleki Z, et al. Cigarette smoking and psychiatric disorders in Hungary. Int J Psychiat Clin Prac 2005;9(2):145–8.
20. McConnell S, Jacka FN, Williams LJ, Dodd S, Berk M. The relationship between depression and cardiovascular disease. Int J Psychiat Clin Prac 2005;9(3):157–67.
21. Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J. Antenatal depression, substance dependency and social support. J Affect Disorders 2001;65(1):9.
22. Bödecs T, Horváth B, Szilágyi E, Gonda X, Rihmer Z, Sándor J. Effects of depression, anxiety, self-esteem, and health behaviour on neonatal outcomes in a population-based Hungarian sample. Eur J Obstet Gyn R B 2011;154(1):45–50.
23. Leung D, Lam T, Chan S. Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. BMC Public Health 2010;10(1):513.
24. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983;24(4):385–96.
25. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-image. Wesleyan University Press; 1989.
26. Yamaguchi N, Poudel KC, Jimba M. Health-related quality of life, depression, and self-esteem in adolescents with leprosy-affected parents: results of a cross-sectional study in Nepal. BMC Public Health 2013;13(1):22.
27. Cosway R, Endler NS, Sadler AJ, Deary IJ. The coping inventory for stressful situations: Factorial structure and associations with personality traits and psychological health. J Appl Biobehav Res 2000;5(2):121–43.
28. Mundia L. Brunei Trainee Teachers' Coping Strategies for Stressful Situations. Int J Psychol Stud 2010;1(1):P79.
29. Shokri O, Farzad V, Moradi A, Sangari A, Ghanai Z, Rezaei A .The role of presonality traits and coping styles on university students mental health: introducing causal models. Adv Cogn Sci 2005;7(1):28–38.
30. O' Donnell K, Brydon L, Wright CE, Steptoe A. Self-esteem levels and cardiovascular and inflammatory responses to acute stress. Brain Behav Immun 2008;22(8):1241–7.
31. Pruessner JC, Hellhammer DH, Kirschbaum C. Low self-esteem, induced failure and the adrenocortical stress response. Pers Indiv Differ 1999;27(3):477–89.
32. Pruessner JC, Baldwin MW, Dedovic K, Renwick R, Mahani NK, Lord C, et al. Self-esteem, locus of control, hippocampal volume, and cortisol regulation in young and old adulthood. Neuroimage 2005;28(4):815–26.
33. Hall PL, Tarrier N. The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. Behav Res Ther 2003;41(3):317–32.
34. Martens A, Greenberg J, Allen JJ, Hayes J, Schimel J, Johns M. Self-esteem and autonomic physiology: Self-esteem levels predict cardiac vagal tone. J Res Pers 2010;44(5):573–84.
35. Jomeen J, Martin CR. Self-esteem and mental health during early pregnancy. Clin Effect Nurs 2005;9(1):92–5.
36. McDaniel E. Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. J Nerv Ment Dis 1980;168(9):570–1.
37. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res 2001;50(5):275–85.
38. Cohen S, Edwards JR. Personality Characteristics as Moderators of the Relationship Between Stress and Disorder. Oxford, England: John Wiley & Sons,1989.
39. Rector NA, Roger D. The stress buffering effects of self-esteem. Pers Indiv Differ 1997;23(5):799–808.
40. Nolen-Hoeksema S, Fredrickson B, Loftus GR. Atkinson and Hilgard's Introduction to Psychology: Cengage Learning; 2009.
41. Johnson RJ, Lund DA, Dimond MF. Stress, self-esteem and coping during bereavement among the elderly. Soc Psychol Quart 1986:273–9.
42. Campbell JD, Lavallee LF. Who am I? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. New York: Plenum Press, 1993.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

43. Park H-S. Effects of social support, coping strategies, self-esteem, mastery, and religiosity on the relationship between stress and depression among Korean immigrants in the United States: structural equation modeling: ProQuest; 2007.
44. Mantzicopoulos P. Coping with school failure: Characteristics of students employing successful and unsuccessful coping strategies. Psychol Schools 1990;27(2):138–43.
45. Houston JP. Cheating behavior, anticipated success-failure, confidence, and test importance. J Educ Psychol 1977;69(1):55–60.
46. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
47. Votta E, Manion IG. Factors in the psychological adjustment of homeless adolescent males: The role of coping style. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42(7):778–85.
48. Ogawa N. Stress, Coping Behavior, and Social Support in Japan and the United States (Dissertation). Norman, Oklahoma: University of Oklahoma; 2007.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]