

## پیش‌بینی درد زایمان بر اساس سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در زنان نخست‌زای شهر بوشهر

سهیلا رستمی<sup>۱\*</sup>، سید اصغر موسوی<sup>۲</sup>، سید موسی گلستانه<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر، بوشهر، ایران؛ <sup>۲</sup>دانشگاه آزاد اسلامی واحد جم، بوشهر، ایران؛ <sup>۳</sup>دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۵/۷/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۵

### چکیده:

**زمینه و هدف:** زایمان علاوه بر اینکه یک شرایط تنش‌زا برای فرد باردار به حساب می‌آید، یک پدیده مهم در زندگی مادر می‌باشد و درد ناشی از آن غیرقابل‌اجتناب بوده و در خانم‌های نخست‌زا نیز شدیدتر و طولانی‌تر است. با توجه به ناخوشایندی درد زایمان، بررسی و شناخت متغیرهای تأثیرگذار بر آن، اهمیت دارد. روش بررسی: این تحقیق از نوع همبستگی است که برای اجرای آن از بین زنان نخست‌زایی که برای زایمان به بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر در بازه‌ی زمانی بین اسفند ۹۴ تا خرداد ۹۵ مراجعه کرده و واجد شرایط تعریف‌شده در اهداف تحقیق بودند، تعداد ۱۲۰ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از مقیاس ارزیابی تغییرات رفتاری در برابر درد (PBI)، مقیاس درجه‌بندی عددی-بصری درد (VAS)، پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز (AHI)، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) و مقیاس سنجش حمایت اجتماعی فیلیپس مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی به روش هم‌زمان و همچنین گام‌به‌گام با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی تغییرات مربوط به شدت رفتاری و بصری احساس درد زایمان در زنان نخست‌زا می‌باشند، به طوری که این متغیرها اثر مثبت بر درد زایمان زنان نخست‌زا دارند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد ارتقاء متغیرهای تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی، در یک زن باردار می‌تواند در مدیریت درد موثر بوده و از طریق غلبه بر هیجان‌های منفی و ترس تجربه خوشایندی را برای زن فراهم سازد و بر ترجیح آن‌ها به روش زایمان طبیعی نسبت به سزارین، تأثیر گذارد.

**واژه‌های کلیدی:** درد زایمان، سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری.

### مقدمه:

زایمان یکی از دردناک‌ترین تجارب زنان و کاهش درد آن از اهداف مهم مراقبت‌های مامایی است و چنانچه این درد تسکین نیابد ممکن است که بر مادر و نوزاد اثرات سوء فراوانی بر جای گذارد (۱). دردهای زایمانی جزء جدایی‌ناپذیر پروسه زایمان می‌باشند که شدت آن تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی متعددی نظیر انقباضات دیواره رحم، دیلاتاسیون و فاکتورهای روانی نظیر استرس، اضطراب، ترس و فقدان کنترل قرار

می‌گیرد (۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استفاده از داروهای ضد درد در جریان زایمان می‌تواند باعث اختلال در روند زایمان، کاهش هوشیاری مادر، کاهش رفلکس زور زدن، کاهش عملکرد سیستم تنفسی مادر و جنین و بروز اثرات روحی و روانی فراوانی بر مادر و جنین گردد (۳،۴). از طرفی درد هنگام زایمان می‌تواند بر روی کنترل احساسات زن نیز تأثیر بگذارد و می‌تواند با ترس همراه شود که سبب کند شدن جریان

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند بر کاهش دردهای زایمانی تأثیرگذار باشد، حمایت اجتماعی (Social Support) است. به طوری که کمالی و همکاران نشان داده‌اند که رفتارهای حمایتی مداوم در روند زایمان باعث کاهش شدت درد می‌شود (۱۰). حمایت اجتماعی عبارت است از محتوای کارکردی روابط که می‌توان در چهار گروه از رفتارهای حمایتی قرارداد. الف) پشتیبانی عاطفی شامل احساس همدردی، دوست داشتن، اعتماد و توجه است و رابطه‌ای قوی با سلامتی دارد؛ ب) حمایت مادی شامل کمک مادی و خدماتی به شخص نیازمند است؛ ج) حمایت اطلاعاتی عبارت است از توصیه‌ها، پیشنهادات و اطلاعاتی که شخص از آن در روبرو شدن با مشکلات استفاده می‌نماید؛ د) حمایت ارزیابی که عبارت از در دسترس گذاردن اطلاعات سودمند برای خودارزیابی می‌باشد. این چهار عملکرد حمایت از لحاظ مفهومی متفاوت‌اند، ولی در عمل از یکدیگر مستقل نیستند (۱۱). امروزه حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تسهیل‌کننده‌های رفتار بهداشتی مورد توجه می‌باشد. حمایت اجتماعی، حمایت قابل پذیرش از طرف افراد دیگر، گروه‌ها و جامعه‌ی بزرگ‌تر است. حمایت اجتماعی به‌عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای مواجهه‌ی موفقیت‌آمیز و آسان فرد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زاست و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند. حمایت اجتماعی می‌تواند نشانگان افسردگی را در این بیماران کاهش دهد و نبود آن باعث می‌شود، این افراد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی باشند (۱۲).

تاب‌آوری (Resiliency) یکی دیگر از متغیرهایی است که بر میزان درد زایمان می‌تواند موثر باشد. Masten و Garmezy تاب‌آوری را یک فرآیند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف نموده‌اند (۱۳). به بیان دیگر تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است. Davidson و Conner معتقدند، تاب‌آوری توانایی فرد

زایمان و درخواست مادر برای سزارین بدون علت خواهد گردید (۵). به همین دلیل برای تسکین دردهای زایمانی استفاده از روش‌های غیرتهاجمی غیر دارویی به خاطر ایجاد اعتمادبه‌نفس، نداشتن عوارض جانبی، ارزانی و سادگی اجرا، بر مداخله‌های دارویی ارجحیت دارند (۶).

به نظر می‌رسد سرسختی روان‌شناختی (Hardiness) یکی از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر درد زایمان باشد. سرسختی، ویژگی شخصیتی است که ممکن است نحوه مقابله با استرس‌زاهای را در افراد تعدیل کند؛ یعنی آن‌ها را در تحلیل موفقیت‌آمیز موقعیت استرس‌زایی می‌کند (۷). سرسختی به‌عنوان ترکیبی از نگرش‌ها و باورها تعریف می‌شود که به فرد انگیزه و جرئت می‌دهد تا در مواجهه با موقعیت‌های فشارزا و دشوار، کارهای سخت و راهبردی انجام دهد و برای سازگاری با آن شرایط سرسختانه فعالیت کند تا از میان رویدادهایی که می‌تواند به‌صورت بالقوه واجد پیامدهای فاجعه‌آمیز و ناخوشایند باشند راهی به‌سوی رشد و تعالی باز کند و فرصت‌هایی برای رشد فراهم آورد (۸). نریمانی و عباسی سرسختی را ویژگی شخصیتی پیچیده‌ای معرفی می‌کند که از سه مولفه چالش (Challenge)، کنترل (Control) و تعهد (Commitment) تشکیل شده است (۷). منظور از چالش، توانایی مواجهه با مشکلات و نداشتن هراس از درگیری با رویدادهای زندگی است. افرادی که حس چالش دارند تغییرات زندگی را عادی می‌دانند و این تغییرات آن‌ها را تهدید نمی‌کند؛ و فراتر از این که رویدادهای پر استرس زندگی را به‌عنوان زمینه‌هایی بالقوه برای رشد تلقی می‌کنند. افراد برخوردار از کنترل بالا باور دارند و عمل آن‌ها نیز حاکی از آن است که واقعاً می‌توانند بر رویدادهایی تأثیر بگذارند که با آن‌ها مواجه می‌شوند، نه این که در مواجهه با نیروهای خارجی عاجز بمانند. تعهد، نشان‌دهنده‌ی اعتقاد فرد به ارزشمند و معنی دار بودن فعالیت‌های خود و احساس عمیق در آمیختگی با فعالیت‌هاست (۹).

در ابتدای فاز فعال زایمان و داشتن دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی‌متر، عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی و جسمی، تمایل و همچنین توانمندی زائو برای همکاری در پژوهش، عدم داشتن شرایط خاص زائو مانند فشارخون بالا و تب در هنگام اجرای پژوهش. شرایط خروج از مطالعه نیز عبارت بود از: قادر نبودن زائو به وضع حمل طبیعی، بارداری پرخطر، انصراف زائو از ادامه همکاری. با توجه به شرایط ورود به مطالعه، پژوهش بر روی تعداد ۱۲۰ نفر از زنان نخست‌زای جامعه‌ی فوق انجام شد که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

برای گردآوری اطلاعات از پنج ابزار استفاده شد. ۱) مقیاس ارزیابی تغییرات رفتاری در برابر درد (Perscent Behavioral Intensity= PBI): توسط Bonnel and Boureau ساخته شده است (۱۷). در این روش از ۵ درجه‌بندی مشاهده رفتاری برای ارزیابی درد استفاده می‌شود. این درجه‌بندی شامل درجه صفر: بدون درد همراه با تنفس عادی، بدون بی‌قراری؛ درجه یک: شامل تعداد و سطح میزان تنفس، در طول انقباضات یا هرگونه تظاهراتی از واکنش فرد به دلیل درد؛ درجه دو: شامل فشردن میزهای اطراف مثل تخت، ملحفه فرد دیگری هنگام انقباضات رحم؛ درجه سه: شامل علائم تعریف شده در درجه ۲ حتی بین انقباضات رحمی و اصلاً مرحله آرامش (Relax) وجود ندارد؛ درجه چهار: بی‌قراری شدید هنگام انقباضات و یا شاید در بین آن‌ها شامل حرکات غیرقابل کنترل و ناگهانی مثل از جا پریدن. در پژوهش حاضر پرسشنامه‌ها بر روی ۱۸ نفر از زنان نخست‌زا که جزو واحدهای مورد پژوهش بودند اجرا و ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد که رضایت‌بخش است. ۲) مقیاس درجه‌بندی عددی-بصری درد (Visual Analogue Scale= VAS): این مقیاس شامل خط صافی به طول ۱۰ سانتی‌متر است که در یک انتهای آن عبارت بدون درد و در انتهای دیگر آن عبارت شدیدترین درد ممکن نوشته شده است و از آزمودنی خواسته می‌شود تا بر روی خط مذکور علامتی

در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط خطرناک است (۱۴). تاب‌آوری همچنین بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. در واقع تاب‌آوری شرکت فعال و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود. علاوه بر این تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است. Kumpfer به این نکته نیز اشاره می‌کند که سازگاری مثبت بازندگی می‌تواند به عنوان پیامد تاب‌آوری در نظر گرفته شود و هم به عنوان پیشاینده، موجب سطح بالاتری از تاب‌آوری شود. وی این مسئله را ناشی از پیچیدگی تعریف تاب‌آوری و نگاه فرآیندی به آن می‌داند (۱۵). افراد تاب آور انعطاف‌پذیری بیشتری در مقابل شرایط آسیب‌زا دارند و خود را در برابر این شرایط حفاظت می‌کنند. اکثر محققان بر این اعتقادند که عوامل متعددی از جمله ویژگی‌های درونی/ روانی- اجتماعی، حمایت اعضای خانواده و دوستان و حمایت دیگر سیستم‌های اجتماعی در ایجاد و ارتقا میزان تاب‌آوری نقش دارد (۱۶).

بنابراین با توجه مطالب ذکرشده‌ی بالا، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا متغیرهای سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری قدرت پیشگویی درد زایمان در زنان نخست‌زا را دارد یا خیر؟

## روش بررسی:

پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی بود و جامعه‌ی آن تمامی زنان نخست‌زایی بودند که در بازه‌ی زمانی بین اسفند ۹۴ تا خرداد ۹۵ برای زایمان به بیمارستان شهدای خلیج‌فارس بوشهر مراجعه کردند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: تشکیل پرونده توسط زائو در بیمارستان شهدای خلیج‌فارس بوشهر، دارا بودن سن کمتر از ۳۵ سال در هنگام وقوع بارداری، نداشتن سابقه ناباروری، نخستین تجربه زائو برای بارداری، یک قلو بودن بارداری، قرار داشتن زائو

است و مشتمل بر ۲۵ گویه است (۱۴). آزمودنی به یکی از پنج گزینه‌ی «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات»، «اغلب اوقات» و «همیشه» پاسخ گفته که در یک پیوستار ۱ تا ۵ نمره‌ای نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. احراز نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده‌ی تاب‌آوری بالا در فرد است. سوالات این پرسشنامه توسط محمدی و دهگانپور برای استفاده در ایران انطباق داده شده است (۱۶). در پژوهش سامانی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد که نتیجه قابل قبولی است (۲۲). در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. (۵) مقیاس سنجش حمایت اجتماعی فیلپس: توسط واکس و همکاران ساخته شده است و ۲۳ ماده دارد که سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را در برمی‌گیرد (۲۳). شیوه‌ی نمره‌گذاری آزمون به صورت صفر و یک می‌باشد، بدین صورت که به پاسخ‌های درست نمره یک و به پاسخ‌های نادرست نمره صفر، تعلق می‌گیرد، گزینه‌های شماره ۳، ۱۰، ۱۳ و ۲۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۲۳ است. نمره بالاتر به معنی ادراک حمایت اجتماعی بیشتر است. حیدری و جعفری، پایایی این مقیاس را با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف مورد بررسی قرار دادند که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ به دست آمد و نتایج حاکی از ضرایب مطلوب مقیاس یاد شده می‌باشد (۲۴). جهت بررسی روایی آزمون نیز، از آزمون حمایت اجتماعی Maddi و Hess به عنوان شاخص تعیین روایی استفاده گردید که نتایج روایی این پژوهش برای کل مقیاس ۰/۷۰ و برای خرده مقیاس‌های سه‌گانه به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۶۴ و ۰/۵۲ به دست آمد (۲۵). همه ضرایب ذکر شده در قسمت پایایی و روایی آزمون در سطح معنی‌داری ( $P > 0/001$ ) می‌باشد.

برای اجرای این پژوهش پس از گرفتن مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش در بیمارستان در موعدهای مقرر، نمونه‌های منطبق با شرایط مطالعه از بین

که معرف شدت درد او است بگذارند. سپس فاصله این علامت از مقطع آغاز خط یعنی محلی که در آن عبارت نبود درد نوشته شده است با استفاده از خط کش اندازه‌گیری می‌گردد. در این روش، نمره‌هایی به دست می‌آید که می‌تواند بر مبنای فرض مساوی بودن فاصله بین نمره‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گیرد (۱۸). این مقیاس شکل تعدیل یافته مقیاس‌های رتبه‌بندی عددی جانسون است که اعتبار سازه و اعتبار هم‌زمان خوبی ( $R = 0/816$ ) دارد و برای بررسی شدت درد، دارای همبستگی مثبت است (۱۹). Boonstra و همکاران در پژوهشی میزان روایی و اعتبار ملاکی این مقیاس در حدود ۰/۷۶ تا ۰/۸۴ و پایایی آن به شیوه‌های مختلف از ۰/۶۰ تا ۰/۷۷ برآورد کردند (۲۰). در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۳ به دست آمد. (۳) پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز (AHI): توسط کیامرثی و همکاران ساخته شده و از ۲۷ ماده تشکیل شده است. آزمودنی به یکی از چهار گزینه «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات» و «بیشتر اوقات» پاسخ گفته که بر اساس مقادیر ۳، ۲، ۱، ۰ نمره‌گذاری می‌شوند. ماده‌های ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷ و ۲۱ دارای بار عاملی منفی هستند و به شیوه‌ای معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۸۱ است. احراز نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده‌ی سرسختی روان‌شناختی بالا در فرد است. کیامرثی و همکاران برای سنجش پایایی این مقیاس از دو روش باز آزمایی و همسانی درونی استفاده کرده‌اند. ضریب همبستگی بین آزمون و باز آزمون ۰/۸۴ گزارش شده است که رضایت‌بخش می‌باشد. برای ارزیابی همسانی درونی مقیاس، ضریب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها در مقیاس سرسختی و اضطراب برابر با ۰/۵۵- گزارش شده است که در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار می‌باشد. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد. (۴) مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): توسط کانر و دیویدسون طراحی شده

توسط مامای آموزش دیده و بقیه پرسشنامه‌ها توسط شخص پژوهشگر اجرا شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون به شیوه‌ی هم‌زمان و به شیوه‌ی گام‌به‌گام با نرم‌افزار آماری SPSS در سطح معنی‌داری  $P \leq 0/05$  مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

### یافته‌ها:

مطابق با یافته‌های جمعیت شناختی، تعداد ۱۲۰ زن نخست‌زا در پژوهش حاضر شرکت داده شدند که از این تعداد ۲۷ نفر (۲۲/۵٪) مربوط به سنین زیر ۲۵ سال، ۵۰ نفر (۴۱/۷٪) مربوط به سنین ۲۶ تا ۳۰ سال و ۴۳ نفر (۳۵/۸٪) مربوط به سنین ۳۱ تا ۳۵ سال بودند. همچنین از مجموع ۱۲۰ آزمودنی، تعداد ۷ نفر (۵/۸٪) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و پایین‌تر، ۳۶ نفر (۳۰٪) دارای مدرک تحصیلی فوق‌دیپلم، ۵۸ نفر (۴۸/۳٪) دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۱۹ نفر (۱۵/۸٪) دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس و بالاتر بودند.

زائوها انتخاب شدند. ابتدا از خانم‌های حائز شرایط ورود به مطالعه رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. سپس نمونه‌های پژوهش در اتاقی مجزا که به زایمان بدون درد اختصاص داشت، بستری شدند تا استرس‌های محیطی از قبیل سروصدا، رفت‌وآمدهای اضافه و ... به حداقل رسانده شود. سپس مشخصات فردی نمونه‌های مورد پژوهش ثبت گردید و به ترتیب به پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز (AHI)، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) و مقیاس سنجش حمایت اجتماعی فیلیپس پاسخ گفتند. به آزمودنی‌ها مفهوم هرکدام از اعداد خط کش مدرج در مقیاس درجه‌بندی عددی و بصری درد و همچنین مفهوم گزینه‌های ۱-۱۲ در مقیاس درجه‌بندی کلامی آموزش داده شد. سپس از طریق معاینه واژینال توسط ماما قطر دهانه رحم (دیلاتاسیون) محاسبه گردید و زمانی که زائوها در دیلاتاسیون ۷ سانتی‌متر قرار داشتند، میزان درد زایمان با استفاده از مقیاس ارزیابی تغییرات رفتاری در برابر درد (PBI) و مقیاس درجه‌بندی عددی-بصری درد (VAS) ارزیابی گردید. پرسشنامه‌های مربوط به درد زایمان

جدول شماره ۱: ماتریس همبستگی مشاهده شده بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	M	SD
۱- شدت رفتاری احساس درد (PBI)	۱					۳/۳۸	۱/۲۸
۲- شدت بصری احساس درد (VAS)	-۰/۰۳۷	۱				۷/۵۷	۱/۱۵
۳- سرسختی روان‌شناختی	-۰/۲۷۵**	-۰/۲۲۱*	۱			۴۳/۱۸	۶/۲۵
۴- حمایت اجتماعی	-۰/۲۸۱**	-۰/۲۵۴**	۰/۱۹۶*	۱		۱۶/۶۱	۶/۰۵
۵- تاب‌آوری	-۰/۲۱۰*	-۰/۲۳۸**	۰/۲۲۵*	۰/۲۶۸**	۱	۵۰/۱۷	۹/۲۵

(PBI) با سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری معکوس و معنی‌دار است. همچنین همبستگی بین شدت بصری احساس درد (VAS) با سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری نیز معکوس و معنی‌دار است. مطابق با یافته‌ها همبستگی بین سرسختی

به‌منظور ارائه تصویری روشن از وضعیت متغیرها و رابطه‌ی بین آن‌ها، در جدول شماره ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی پیرسون (مرتبه صفر) آورده شده است. همان‌گونه که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد همبستگی بین شدت رفتاری احساس درد

۶/۸٪ واریانس شدت رفتاری احساس درد (PBI) و ۴/۱٪ واریانس شدت بصری احساس درد (VAS) را از طریق سرسختی روان‌شناختی تبیین کرد. بر طبق یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود که سرسختی روان‌شناختی قادر به پیش‌بینی تغییرات مربوط به شدت رفتاری احساس درد (PBI) و شدت بصری احساس درد (VAS) آزمودنی‌ها می‌باشد.

روان‌شناختی با حمایت اجتماعی و تاب‌آوری مثبت و معنی‌دار است. همچنین رابطه بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری نیز مثبت و معنی‌دار است.

به‌منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی سرسختی روان‌شناختی بر میزان درد زایمان، از تحلیل رگرسیون خطی به شیوه‌ی هم‌زمان، استفاده شد (جدول شماره ۲)، بر اساس نتایج به‌دست‌آمده می‌توان

**جدول شماره ۲: ضرایب تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی درد زایمان بر اساس سرسختی روان‌شناختی**

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	$\beta$	$R^2_{adj}$	F	P
شدت رفتاری احساس درد	سرسختی روان‌شناختی	-۰/۲۷۵	۰/۰۶۸	۹/۶۸۳	۰/۰۰۲
شدت بصری احساس درد	سرسختی روان‌شناختی	-۰/۲۲۱	۰/۰۴۱	۶/۰۸۸	۰/۰۱۵

بصری احساس درد (VAS) را از طریق حمایت اجتماعی تبیین کرد. بر طبق یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود که حمایت اجتماعی قادر به پیش‌بینی تغییرات مربوط به شدت رفتاری احساس درد (PBI) و شدت بصری احساس درد (VAS) آزمودنی‌ها می‌باشد.

به‌منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی حمایت اجتماعی بر میزان درد زایمان، از تحلیل رگرسیون خطی به شیوه‌ی هم‌زمان، استفاده شد (جدول شماره ۳)، بر اساس نتایج به‌دست‌آمده می‌توان ۷/۱٪ واریانس شدت رفتاری احساس درد (PBI) و ۵/۶٪ واریانس شدت

**جدول شماره ۳: ضرایب تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی درد زایمان بر اساس حمایت اجتماعی**

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	$\beta$	$R^2_{adj}$	F	P
شدت رفتاری احساس درد	حمایت اجتماعی	-۰/۲۸۱	۰/۰۷۱	۱۰/۱۱۸	۰/۰۰۲
شدت بصری احساس درد	حمایت اجتماعی	-۰/۲۵۴	۰/۰۵۶	۸/۱۰۸	۰/۰۰۵

تغییرات مربوط به شدت رفتاری احساس درد (PBI) و شدت بصری احساس درد (VAS) آزمودنی‌ها می‌باشد.

برای پاسخ به این سوال که کدام یک از متغیرهای سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری دارای قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری برای پیش‌بینی درد زایمان می‌باشند از تحلیل رگرسیون چندگانه (به روش گام‌به‌گام) استفاده شد.

به‌منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی تاب‌آوری بر میزان درد زایمان، از تحلیل رگرسیون خطی به شیوه‌ی هم‌زمان، استفاده شد (جدول شماره ۴)، بر اساس نتایج به‌دست‌آمده می‌توان ۳/۶٪ واریانس شدت رفتاری احساس درد (PBI) و ۴/۹٪ واریانس شدت بصری احساس درد (VAS) را از طریق تاب‌آوری تبیین کرد. بر طبق یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود که تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی

**جدول شماره ۴: ضرایب تحلیل رگرسیون برای پیش بینی درد زایمان بر اساس تاب آوری**

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	$\beta$	$R^2_{adj}$	F	P
شدت رفتاری احساس درد	تاب آوری	-۰/۲۱۰	۰/۰۳۶	۵/۴۶۴	۰/۰۲۱
شدت بصری احساس درد	تاب آوری	-۰/۲۳۸	۰/۰۴۹	۷/۰۸۸	۰/۰۰۹

نتایج به دست آمده در جدول شماره ۵ نشان می دهد متغیرهای حمایت اجتماعی و سرسختی روان شناختی به صورت ترکیبی به ترتیب بیشترین قدرت پیش بینی شدت رفتاری احساس درد (PBI) را دارند. همچنین جهت پیش بینی شدت رفتاری احساس درد (PBI)، تاب آوری وارد مدل نگردید. همچنین بر طبق نتایج به دست آمده مشاهده می شود که برای پیش بینی شدت بصری احساس درد (VAS)، متغیرهای حمایت اجتماعی و تاب آوری به صورت ترکیبی به ترتیب بیشترین قدرت پیش بینی کنندگی شدت بصری احساس درد (VAS) را دارند. همچنین جهت پیش بینی شدت بصری احساس درد (VAS)، سرسختی روان شناختی وارد مدل نگردید.

نتایج به دست آمده در جدول شماره ۵ نشان می دهد متغیرهای حمایت اجتماعی و سرسختی روان شناختی به صورت ترکیبی به ترتیب بیشترین قدرت پیش بینی کنندگی شدت رفتاری احساس درد (PBI) را دارند. همچنین جهت پیش بینی شدت رفتاری احساس درد (PBI)، تاب آوری وارد مدل نگردید. همچنین بر طبق نتایج

**جدول شماره ۵: ضرایب تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی درد زایمان بر اساس متغیرهای سرسختی روان شناختی، حمایت اجتماعی و تاب آوری**

متغیر ملاک	گام	متغیر پیش بین	$\beta$	$R^2_{adj}$	F	P
شدت رفتاری احساس درد	۲	حمایت اجتماعی	-۰/۲۳۶	۰/۱۱۵	۸/۶۹۶	۰/۰۰۰۵
		سرسختی روان شناختی	-۰/۲۲۹			
شدت بصری احساس درد	۲	حمایت اجتماعی	-۰/۲۰۴	۰/۰۸۰	۶/۱۷۲	۰/۰۰۳
		تاب آوری	-۰/۱۸۳			

**بحث:**

یافته ها نشان داد سرسختی روان شناختی اثر مثبت بر شدت رفتاری احساس درد زایمان (PBI) و شدت بصری احساس درد زایمان (VAS) زنان نخست زاده دارد. برای تبیین نتیجه پژوهش می توان گفت وقایع استرس زای زندگی با افزایش میزان درد مرتبط هستند، اما سرسختی روان شناختی به عنوان میانجی بین وقایع استرس زا و بیماری عمل می کند و امکان بروز علائم بیماری را کاهش می دهد. این تعامل مهم و (پیش بینی کننده) نشان می دهد که اگر فردی با وقایع به شدت استرس زا مواجه شود، برای سالم ماندن باید سرسخت باشد. Hess و Maddi در پژوهش های خود نشان داد،

در میان افرادی که با مسائل اضطراب آور مهمی روبه رو می شوند، احتمال دارد کسانی که دارای میزان بالایی از سرسختی روان شناختی هستند، از آن هایی که سخت رویی کمتری دارند و از خود، بیزاری نشان می دهند یا از کسانی که در صورت تغییر و پیشامد از نظر روحی و جسمی آسیب می بینند، کمتر دچار بیماری شوند (۲۵). می توان گفت موارد مذکور در مورد زایمان و درد ناشی از آن نیز صادق است. اعتقاد بر آن است اگر بتوان بر ترس چیره شد، فشار روحی و در نتیجه درد هم از بین می رود. ترس باعث هیجان شده و همین هیجان و اضطراب، باعث تولید دردی دور از انتظار و غیرواقعی

می‌شود و این درد خود باعث درد بیشتر شده و درد بیشتر میانگین اضطراب و هیجان را بیشتر می‌کند و به همین شکل یک چرخه از نحوه شکل‌گیری درد ایجاد می‌شود (۲۶). Inzlicht و همکاران نیز سرسختی را باعث کاهش اضطراب و افسردگی دانسته‌اند. به باور آنان، افراد سرسخت می‌توانند بر انواع اثرات ناگوار و خستگی‌های جسمانی و عاطفی ناشی از رویدادها چیره شوند و سلامت روان خود را حفظ نمایند (۲۷). به‌طور کلی می‌توان گفت که مولفه‌های سرسختی با به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه تر مانند راهبردهای مسئله‌مدار و افزایش ادراک توانایی‌های خود در رویارویی با منبع استرس، موجب کاهش هورمون‌هایی همچون کاتکول‌آمین‌ها، کورتیزول، اپینفرین و بتا اندروفین‌ها شده و به این طریق کاهش درد زایمان را در پی خواهد داشت. همچنین در تبیین دیگر این فرضیه، Maddi و Khoshaba عنوان می‌دارند که هر چه افراد سرسخت‌تر باشند، شرایط استرس‌زا را کمتر تهدیدکننده ارزیابی می‌کنند و از مهارت‌های مقابله‌ای موثر بهره می‌برند و افراد سرسخت در مقایسه با کسانی که سرسختی کمتری نسبت به آن‌ها دارند، شرایط استرس‌زا را کمتر تهدیدکننده و بیشتر قابل کنترل، ارزیابی می‌کنند، از مهارت‌های مقابله موثرتر استفاده می‌نمایند و مدیریت بهتری در شرایط فشارزا دارند و با تمرکز شناختی بالاتر عمل می‌نمایند (۲۸). این عملکرد مطلوب، زائوهای سرسخت را در برابر شرایط استرس‌زای زایمان کمک کرده و باعث می‌شود زائوی با سرسختی بالا درد کمتری را از زایمان احساس کند.

همچنین یافته‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی اثر مثبت بر شدت رفتاری احساس درد زایمان (PBI) و شدت بصری احساس درد زایمان (VAS) زنان نخست‌زا دارد. این نتیجه با یافته‌های هوشمندی و همکاران، کمالی و همکاران، احمدی، بحری بیناباج و همکاران، Hodnett و همکاران، Kimber و Chang و همکاران، Kayne و همکاران و Foroud و همکاران همسو می‌باشد (۳۶، ۱۰-۲۹). بر اساس پژوهش‌های Hodnett

همکاران رفتارهای حمایتی مداوم سبب کاهش مصرف مسکن، مداخله‌های جراحی و افزایش رضایتمندی از تجربه زایمانی می‌گردد (۳۲). همچنین Kayne و همکاران نشان دادند که حضور یک فرد حمایت‌کننده در طی زایمان باعث کاهش آمار ایمان به‌وسیله و سزارین و یا سایر مداخله دیگر پزشکی مانند استفاده از اکسی‌توسین می‌شود (۳۵). همچنین Kimber در پژوهش خود نشان داد که نقش حمایتی همسر در کاهش درد و اضطراب زایمان معنی‌دار است (۳۳). علاوه بر آن بحری بیناباج و همکاران به این نتیجه دست یافتند که حمایت مداوم طی مراحل زایمانی به‌عنوان یک سیستم مراقبتی معمول توسط ماماها تأثیر معنی‌داری بر میزان کاهش درد زایمان دارد (۳۱). هورمون‌هایی که در پاسخ به ترس، تنش، اضطراب و درد حین زایمان ترشح می‌شود مانند کاتکول‌آمین‌ها، کورتیزول، اپینفرین و بتا اندروفین‌ها، می‌توانند از یک طرف باعث اختلال در پیشرفت زایمان شده و از طرف دیگر بر عضلات صاف رحم اثر کرده باعث کاهش قدرت انقباضی رحم و کاهش کارایی آن در روند زایمان شوند؛ به‌طوری‌که درنهایت باعث طولانی شدن زایمان، افزایش درد، خستگی و مقابله نامطلوب با درد می‌شوند (۳۹-۳۷)؛ بنابراین می‌توان گفت حمایت اجتماعی بالاتر از زنان باردار می‌تواند اثرات منفی فوق را تعدیل کرده و از درد زایمان بکاهد. در تبیینی دیگر می‌توان عنوان کرد که حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زا و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده می‌شود و این کاهش نیز به‌نوبه خود می‌تواند ترشح هورمون‌هایی همچون کاتکول‌آمین‌ها، کورتیزول، اپینفرین و بتا اندروفین‌ها را تعدیل کند و از درد زایمان بکاهد.

در زمینه تأثیر حمایت اجتماعی بر کاهش میزان درد زایمان، می‌توان دو نظریه را مورد بررسی قرار داد: نظریه سپر و نظریه تأثیر مستقیم. نظریه سپر عنوان می‌دارد حمایت اجتماعی از طریق محافظت فرد در برابر تأثیرات منفی استرس زیاد بر سلامت او موثر است. محافظت از



دو طریق: راه اول، شامل فرآیند ارزیابی شناختی است. در زمانی که فرد با موقعیتی بسیار استرس‌زا مواجه می‌شود، کسانی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند، موقعیت را به اندازه کسانی که از حمایت کمتری بهره می‌گیرند، استرس‌زا ارزیابی نمی‌کنند (۴۰). راه دوم، شامل تعدیل واکنش در برابر موقعیتی است که استرس‌زا ارزیابی شده است. برای مثال کسی که از حمایت اجتماعی بسیار برخوردار است، ممکن است دوستی داشته باشد که راه‌حل مناسبی برای مشکل او ارائه دهد، او را متقاعد کند که مشکل خیلی هم مهم نیست. به همین دلیل تأثیرات منفی استرس‌زا برای آنان بسیار بیشتر است (۴۱).

مکانیسم دیگر اثرگذاری حمایت اجتماعی بر میزان درد زایمان، فرضیه هم‌تاسازی بهینه است. فرضیه هم‌تاسازی بر این عقیده است که آن زمان که بین نیازهای ایجادشده به‌وسیله یک رویداد استرس‌زا (برای مثال، زایمان) و نوع حمایتی که در دسترس است، هماهنگی ایجاد شود، حمایت اجتماعی می‌تواند نقش حفاظت‌کننده یا حائل در مقابل تجربه استرس داشته باشد (۴۲). به بیان دیگر، این فرضیه می‌گوید که زایمان یک رویداد استرس‌زا است. از سوی دیگر، دسترسی به داروها و رژیم‌های توصیه شده پزشک، می‌تواند به‌عنوان منابع در نظر گرفته شوند. حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی زنان باردار، می‌تواند نوعی هماهنگی میان رویداد استرس‌زا (زایمان) و منابع (توصیه‌های پزشکی) ایجاد نماید. درنهایت به نظر می‌رسد زائوهای مورد مطالعه در این پژوهش که درد زایمان بیشتری نسبت به بقیه را احساس می‌کردند، به خاطر پایین بودن حمایت اجتماعی از نقش محافظتی آن بی‌بهره بوده و فقدان یا کمبود حمایت اجتماعی را به‌عنوان یک عامل استرس‌زا تجربه می‌کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد تاب‌آوری اثر مثبت بر شدت رفتاری احساس درد زایمان (PBI) و شدت بصری احساس درد زایمان (VAS) زنان نخست‌زا دارد. این نتیجه با یافته‌های خدابخشی کولایی و

همکاران و کشاورزی، همسو می‌باشد (۴۳،۴۴). همسو با یافته‌های پژوهش حاضر Friberg و همکاران به این نتیجه رسیدند که افراد تاب‌آور انعطاف‌پذیری بیشتری در مقابل شرایط آسیب‌زا دارند و خود را در برابر این شرایط حفاظت می‌کنند (۱۶). اکثر محققان بر این اعتقادند که عوامل متعددی از جمله ویژگی‌های درونی/ روانی - اجتماعی، حمایت اعضای خانواده و دوستان و حمایت دیگر سیستم‌های اجتماعی در ایجاد و ارتقا میزان تاب‌آوری نقش دارد. خدابخشی کولایی و همکاران اذعان می‌دارند افرادی که تمایل به زایمان طبیعی دارند، مفهوم درد را به معنای ارزشمندی و تحمل آن را به‌عنوان فردی که می‌تواند در برابر سختی‌ها تاب‌آور باشد، می‌پذیرند (۴۳). تاب‌آوری در برابر استرس، به‌عنوان یک توانایی روان‌شناختی در افراد محسوب می‌شود. ویژگی تاب‌آوری، متعلق به افرادی است که در معرض عوامل خطرناک مشخصی قرار می‌گیرند و می‌توانند بر آن خطرات غلبه کنند و از پیامدهای منفی اجتناب کنند (۴۴). از طرفی تاب‌آوری به‌عنوان یک فرآیند، توانایی و یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز، علی‌رغم شرایط تهدیدکننده تعریف شده است. تاب‌آوری، به معنای نبود عوامل خطر در زندگی نیست، بلکه به معنای حضور عوامل روان‌شناختی حمایتی است؛ و عوامل روان‌شناختی حمایتی در افراد می‌توانند به فرآیندها و روش‌های عملکردی اطلاق شوند که به پیامدهای مطلوب در زندگی انسان‌ها ختم می‌شوند. مثلاً زمانی که افراد با خطرات و چالش‌های زندگی مواجه می‌شوند، با وجود عوامل حمایتگر مانند مثبت‌اندیشی، اعتمادبه‌نفس و کنترل هیجان‌های منفی، می‌توانند اثرات منفی و مخرب فشارهای زندگی را کاهش دهند؛ بنابراین به نظر می‌رسد، نتیجه به‌دست‌آمده از این پژوهش از این جهت نیز قابل توجیه باشد. Garnezy اذعان می‌دارد افراد تاب‌آور در برابر استرس، عموماً دارای منبع کنترل درونی هستند، یعنی می‌توانند مسئولیت شرایط و مسائل خود را بر عهده گیرند، خودشناسی مثبت دارند و نسبت به زندگی خوش‌بین

بارداری و بیماری‌های آلرژیک دوران کودکی در ارتباط است (۴۳). از سوی دیگر درد زایمان از نظر مامایی پدیده‌ی پیچیده شخصی، ذهنی و چندوجهی است که تحت تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی فرهنگی زیست‌شناختی و روان‌شناختی قرار دارد و سازگاری با درد چون درد، شدت و مقدار درد تجربه‌شده توسط زائو موثر است (۴۷). اهمیت می‌باشد (۴۷).

### کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

به‌رغم پیشرفت‌های نوین در طب، اداره مناسب درد زایمان همچنان از معضلات علم مامایی محسوب می‌گردد. بسیاری از زنان جهت رهایی از این درد، سزارین را به‌عنوان روش زایمان خود انتخاب می‌نمایند. این در حالی است که عمل جراحی سزارین از جمله اعمال بزرگ با عوارض بزرگ همراه است که گاه این عوارض بسیار خطرناک و ندرتاً کشنده است. روش‌های غیر دارویی و غیرتهاجمی تسکین درد زایمان که امروزه مورد توجه و استفاده قرار می‌گیرد، شامل؛ حمایت روحی، لمس و ماساژ، گرم و سرد کردن نواحی دردناک، هیدروتراپی، هیپنوتیزم، تغییر پوزیشن بیمار هستند. پژوهش حاضر نشان داد که سرسختی روان‌شناختی، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با تحمل درد و فشار ناشی از زایمان رابطه معنی داری دارند؛ از این رو به نظر می‌رسد ارتقاء متغیرهای تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی، در یک زن باردار می‌تواند در مدیریت درد موثر بوده و از طریق غلبه بر هیجان‌های منفی و ترس تجربه خوشایندی را برای زن فراهم سازد و بر ترجیح آن‌ها به روش زایمان طبیعی نسبت به سزارین، تأثیر گذارد.

### تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته شده از یک پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر با شماره کد ۷۳۰۲۰۷۰۵۹۴۱۰۴۸ می‌باشد، لذا نویسندگان

هستند و از سلامت روانی و جسمی بهتری در مقایسه با افرادی که در برابر استرس‌های زندگی ناشکیبا و بی‌تحمل می‌باشند، برخوردارند (۱۴،۴۵). لذا به نظر می‌رسد این خودشناسی مثبت و خوش‌بینی باعث می‌شود هورمون‌هایی که در پاسخ به ترس، تنش، اضطراب و درد حین زایمان ترشح می‌شوند مانند کاتکول‌آمین‌ها، کورتیزول، اپی‌نفرین و بتاندروفین‌ها، می‌توانند از یک طرف باعث اختلال در پیشرفت زایمان شده و از طرف دیگر بر عضلات صاف رحم اثر کرده باعث کاهش قدرت انقباضی رحم و کاهش کارایی آن در روند زایمان شوند. به‌طوری‌که درنهایت باعث طولانی شدن زایمان، افزایش درد، خستگی و مقابله نامطلوب با درد می‌شوند. مطالعات در حوزه روانشناسی و بارداری نشان می‌دهند که یکی از منابع تاب‌آوری در دوران بارداری، باورها و ارزش‌های زنان از جمله جهان‌بینی، معنویت، اخلاق و ارزش‌های فرهنگی می‌باشد (۴۶). لذا با توجه به نتیجه پژوهش حاضر که نشان داد بین تاب‌آوری و تحمل درد زایمان رابطه معنی داری وجود دارد، می‌توان با رشد و توسعه متغیرهای مذکور بر اداره بهتر درد زایمان توسط مادران باردار کمک کرد.

### نتیجه‌گیری:

بر اساس نتایج برای کاهش و همچنین اداره درد زایمان می‌توان ارتقاء متغیرهای سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری را مورد توجه قرارداد؛ بنابراین با توجه به این که بارداری یکی از مهم‌ترین پراسترس‌ترین دوره‌های زندگی زنان است، در زمینه‌ی اهمیت وضعیت روانی زنان در این دوره می‌توان گفت وضعیت روانی زنان در دوران بارداری و استرس‌های این دوران می‌تواند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، سلامت مادر و جنین را در همان دوره و در سال‌های پس از تولد تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات در این زمینه نشان می‌دهند که استرس در دوران بارداری با تولد زود هنگام و تولد با وزن کم، فشارخون بالا، مسمومیت بارداری، افسردگی دوران

مقاله بر خود واجب می‌دانند تا از معاونت پژوهشی و  
فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر، مسئولین،  
پرستاران و ماماهاى بیمارستان شهدای خلیج فارس  
بوشهر و همچنین آزمودنی‌های پژوهش که در اجرای  
این تحقیق ما را همراهی کردند، تشکر و قدردانی  
نمایند.

## منابع:

1. Safdari Dehcheshmeh F, Delaram M, Salehian T, Moradi MT, Rahimi Madiseh M, Aliakbari F. Relief of labor pain by ice massage of the hand. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2009; 11(1): 23-30.
2. Abushaikha L, Oweis A. Labour pain experience and intensity: A Jordanian perspective. *International Journal of nursing practice*. 2005; 11(1): 33-8.
3. McCrea BH, Wright ME. Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29(4): 877-84.
4. Ayldrabad E, Saleh-Moghaddam A, Elmi M, Ghanbari B, Mazlom S. Effect of Holy Quran on anxiety before open heart surgery. *Journal of Evidence-Based Care*. 2003; 5(17-18): 15-20.
5. Lang AJ, Sorrell JT, Rodgers CS, Lebeck MM. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*. 2006; 10(3): 263-70.
6. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2004; 49(6): 489-504.
7. Narimani M, Abasi M. The relationship between hardiness and resiliency with burnout. *Beyond the Journal of Management*. 2003; 2(8): 75-92.
8. Maddi SR. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 2002; 54(3): 173-85.
9. 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.
10. Kamali S, Ahmari-Tehran H, Mohammad-Alizadeh S, Jafari E. Supportive behaviors impact on the process of labor in nulliparous women. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2010; 4(2): 14-8.
11. Morowati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Social support and self-care situation in diabetic patients referred to Yazd Diabetes Research Center. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2002; 9(4): 9-15.
12. Shareh H, Soltani E, Ghasemi A. Prediction of quality of life of non-insulin-dependent diabetic patients based on perceived social support. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2012; 14(2): 82-5.
13. Garnezy N, Masten AS, Tellegen A. The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*. 1984; 15(8): 97-111.
14. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003; 18(2): 76-82.
15. Hejazi E, Solimani H. The quality of friendship, friendship reciprocity and resilience. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 4(4): 319-25.
16. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003; 12(2): 65-76.
17. Bonnel A, Boureau F. Labor pain assessment: validity of a behavioral index. *Pain*. 1985; 22(1): 81-90.

18. Gift AG. Visual analogue scales: measurement of subjective phenomena. *Nursing Research*. 1989; 38(5): 286-7.
19. Good M, Anderson GC, Stanton-Hicks M, Grass JA, Makii M. Relaxation and music reduce pain after gynecologic surgery. *Pain Management Nursing*. 2002; 3(2): 61-70.
20. Boonstra AM, Preuper HRS, Reneman MF, Posthumus JB, Stewart RE. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. Available from: [http://redirect.ub.rug.nl/\\_isi/?docNum=000255928200008](http://redirect.ub.rug.nl/_isi/?docNum=000255928200008) in 2016.
21. Shakerinia I, Mohammadpour M. Relationship between job stress and resiliency with occupational burnout among nurses. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2010; 14(2): 161-9.
22. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 13(3): 290-5.
23. Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*. 1986; 14(2): 195-218.
24. Heydari A, Jafari S. Comparison between quality of life, social support and general health in HIV-infected people and normal people in Ahwaz. *The Journal of New Findings in Psychology*. 2008; 1(1): 47-60.
25. Maddi SR, Hess MJ. Personality hardiness and success in basketball. *International Journal of Sport Psychology*. 1992; 23(5): 360-8.
26. Savage B, Simkin D. Preparation for birth: The complete guide to the lamaze method: Ballantine Books; 1987.
27. Inzlicht M, Aronson J, Good C, McKay L. A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2006; 42(3): 323-36.
28. Maddi SR, Khoshaba DM. Resilience at work: How to succeed no matter what life throws at you: Amacom Div American Mgmt Assn; 2005.
29. Hushmandi S, Dolatian M, Kamalifard M, Ghochazadeh M. The severity of pain and understand the factors affecting it in nulliparous and multiparous women in public and private hospitals. *Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2012; 34(3): 117-21.
30. Ahmadi Z. Evaluation of the effect of continuous midwifery support on pain intensity in labor and delivery. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2010; 9(4): 293-304.
31. Bahri Bynabaj N, Latifnejad Roudsari R, Abdolahian E, Esmaili H. The effect of psychological support, midwife during labor on labor pain. *Journal of Qazvin Medical Sciences*. 2004; 8(4): 59-64.
32. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Library*; 2013.
33. Kimber L. A practical guide to childbirth massage techniques. 2003; Available at: [www.positivehealth.com](http://www.positivehealth.com) in 2016.
34. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38(1): 68-73.
35. Kayne MA, Greulich MB, Albers LL. Doulas: An alternative yet complementary addition to care during childbirth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2001; 44(4): 692-703.
36. Foroud A, Foroud A, Mehdipour S. The effects of breathing patterns and massage on the pain and perception of labor in primiparous women. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2006; 8(1): 70-7.
37. Rim Y. Happiness and coping styles. *Personality and Individual Differences*. 1993; 14(4): 617-8.

38. Rosen P. Supporting women in labor: Analysis of different types of caregivers. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2004; 49(1): 24-31.
39. Pascali-Bonaro D, Kroeger M. Continuous female companionship during childbirth: A crucial resource in times of stress or calm. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2004; 49(S1): 19-27.
40. Kashfi K. The relationship between public health, social support and optimism in women with breast cancer in Bushehr Province. Master of Art thesis in Psychology, Islamic Azad University of Arsenjan; 2006.
41. Sarafino EP. *Health Psychology*. 4 ed. USA: John Wiley and Sons, Inc; 2002.
42. Masoudnia E, Foroozannia K, Montazeri M. Relationship between perceived social support and adherence to medical advices among patients with coronary heart disease after by-pass surgery. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2012; 19(6): 798-806.
43. Khodabakhshi Koolae A, Heidari S, Khoshkonesh A, Heidari M. Relationship between spiritual intelligence and resilience to stress in preference of delivery method in pregnant women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013; 16(58): 8-15.
44. Keshavarzi F. The relationship between mental health and resilience in women requesting caesarean section and vaginal delivery in women seeking Iran hospital in Shiraz. MA thesis in Psychology, Islamic Azad University of Marvdasht; 2011. [Persian]
45. Garmez N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*. 1991; 34(4): 416-30.
46. Dunkel Schetter C. Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*. 2011; 62: 531-58.
47. Waters BL, Raisler J. Ice massage for the reduction of labor pain. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2003; 48(5): 317-21.

## Prediction of labour based on psychological hardiness, social support and resiliency in Bushehr nulliparous women

Rostami S<sup>1\*</sup>, Mousavi SA<sup>2</sup>, Golestaneh SM<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, I.R. Iran; <sup>2</sup>Jam Branch, Islamic Azad University, Boushehr, I.R. Iran; <sup>3</sup>Persian Gulf University, Bushehr, I.R. Iran.

Received: 7/Oct/2016 Accepted: 24/Jan/2017

**Background and aims:** Delivery in addition to being stressful situations for a pregnant person, it is an important phenomenon in the life of the mother and pain result from it, is unavoidable and is also more severe and longer in nulliparous women. Due to unfavorable labor, to investigate the factors influencing is important.

**Methods:** This research is a correlation study that for the implementation among nulliparous women referred for delivery to Bushehr Persian Gulf Martyrs Hospital, a sample of 120 subjects was selected by convenience sampling in the period between February 2016 and June 2016. Samples were evaluated using Percent Behavioral Intensity (PBI), Visual Analogue Scale (VAS), Ahvaz hardiness inventory (AHI), Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and Philips Social Support Inventory (PSSI). The data were analyzed using linear regression analysis with enter and stepwise method by SPSS.

**Results:** The results showed that psychological hardiness, social support and resiliency are able to predict the severity of visual and behavioral changes of feeling labor pains in nulliparous women, So that these variables have a positive effect on labor in nulliparous women.

**Conclusion:** According to research findings, it seems to promote resiliency, hardiness and social support in a pregnant woman can be effective in pain management and by overcoming on negative emotions and fear is provided a pleasure experience for women. It affects to prefer a normal delivery compared to cesarean section.

**Keywords:** Labor, Psychological hardiness, Social support, Resilience.

**Cite this article as:** 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. 2017; 6(2): 23-36.

---

**\*Corresponding author:**

Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, I.R. Iran, Tel: 00989171260830,  
E-mail: soheilarostami2017@gmail.com