



Relationship between Social Support and Self-efficacy, and Blues Maternity among Primiparous Mothers with Premature Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit

Zahra Ahmadi ¹, Fatemeh Ashrafi ^{2,*}, Naeimeh Seyyed Fatemi ³, Hamid Haqani ⁴

¹ Instructor, Department of Community Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

² MSc Student, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

⁴ Instructor, Department of Statistics, Faculty of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Fatemeh Ashrafi, MSc Student, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. E-mail: fatemeh136220@yahoo.com

Received: 03 Dec 2017

Accepted: 31 Jan 2018

Abstract

Introduction: The birth of a premature baby is a potential stressful event for the mother who is eager to get more information about the baby and recovery during admission to the neonatal intensive care unit (NICU). Nurses should be aware of the effects of social support, and in particular family support on mental health and self-confidence of primiparous mothers. Therefore, the present study aimed at investigating the relationship between social support and self-efficacy, and blues maternity in primiparous mothers with premature infants admitted to NICU.

Methods: The current descriptive correlational research was conducted on primiparous mothers with premature infants admitted to NICU in three educational hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences including Ali Asghar, Rasoul, and Akbarabadi hospitals. A total of 202 mothers were selected as study samples using convenient and proportional sampling methods in each center. After receiving informed consent, the demographic information form was completed by the subjects and then, the Stein maternal sadness questionnaire was filled out for five consecutive days from the day three to seven after delivery and finally, the Tarrkan social protection and the Barnes self-efficacy questionnaires were completed on the seventh day. Finally, the data were analyzed with SPSS version 21.

Results: Findings represented a correlation between social support variables, self-efficacy, and maternal sadness in the study subjects. According to the findings of the study, the correlation between social support and self-efficacy was positive and significant ($P \leq 0.001$, $r = 0.231$); but correlation between self-efficacy and maternal sadness was not significant ($P \geq 0.05$, $r = -0.106$). The correlation between social support and maternal sadness was very poor and negative, in other words, with strengthening the social support, maternal sadness reduced, but the relationship was not significant ($P \geq 0.05$, $r = -0.043$).

Conclusions: The results of the study showed that social support provided by the family and health care team can improve maternal self-efficacy. Higher self-efficacy of primiparous mothers is of great importance since such mothers have higher parental ability at the time of delivery and the early neonatal period, then they have higher parental skills and improved mental health for one year after the delivery. Therefore, midwives and nurses who are directly involved with pregnant mothers should identify mothers at high risk for depression, and sadness, strengthen their self-efficacy, and support them.

Keywords: Social Support, Blues Maternity, Self-efficacy, Primiparous Mothers, Premature Infants



بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با غم مادری و خودکارآمدی مادران نخست زای دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

زهرا احمدی^۱، فاطمه اشرفی^{۲*}، نعیمه سید فاطمی^۳، حمید حقانی^۴

^۱ مربی، گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران، تهران، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران، تهران، ایران

^۳ استاد، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران، تهران، ایران

^۴ مربی، گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه اشرفی، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران، تهران، ایران. ایمیل: fatemeh136220@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۹/۱۲

چکیده

مقدمه: تولد نوزاد نارس برای مادر واقعه‌ای بالقوه استرس زاست و مادران مایل هستند درباره نوزادشان و سیر بهبودی در طی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان اطلاعاتی به دست آورند. پرستاران باید از اثرات حمایت اجتماعی و بخصوص حمایت خانواده بر بهداشت روانی و اعتماد بنفس مادرانی که برای اولین بار زایمان کرده‌اند، آگاهی داشته باشند. بنابراین، این پژوهش با هدف "بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با غم مادری و خودکارآمدی مادران نخست زای دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان" اجرا گردیده است.

روش کار: این مطالعه یک مطالعه همبستگی از نوع توصیفی می‌باشد. جامعه پژوهش شامل مادران نخست زای دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در سه مرکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران شامل بیمارستان‌های علی اصغر، حضرت رسول و اکبر آبادی می‌باشد. حجم نمونه ۲۰۲ مادر، به روش نمونه‌گیری در دسترس و نمونه‌گیری با تخصیص متناسب در هر مرکز انجام شد. به این صورت که پس از کسب رضایت آگاهانه، فرم اطلاعات دموگرافیک توسط مادر پر شده و سپس پرسشنامه غم مادری Stein به صورت پنج روز متوالی از روز سه تا هفت بعد از زایمان برگردید و نهایتاً روز هفت پرسشنامه حمایت اجتماعی Tarrkan و خودکارآمدی Barnes تکمیل گردید.

یافته‌ها: نشان دهنده رابطه همبستگی بین متغیرهای حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و غم مادری می‌باشد. بر اساس یافته‌های این دو جدول، رابطه همبستگی بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی مثبت و معنی دار می‌باشد ($r = 0.231$, $P = 0.001$). رابطه همبستگی بین خودکارآمدی و غم مادری منفی ولی معنی دار نمی‌باشد ($r = -0.106$, $P = 0.05$). رابطه همبستگی بین حمایت اجتماعی و غم مادری بسیار ضعیف و منفی است، به عبارت دیگر با تقویت حمایت اجتماعی، غم مادری کاهش می‌یابد ولی این رابطه معنی دار نمی‌باشد ($r = -0.043$, $P = 0.05$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داده که حمایت اجتماعی خانواده و تیم بهداشت و درمان باعث بهبود خودکارآمدی مادران می‌شود. داشتن خودکارآمدی بالا برای مادران نخست زای بسیار مهم است، زیرا مادرانی در زمان زایمان و در مراحل اولیه بعد از آن خودکارآمدی والدی بیشتری داشته باشند، توانایی افزایش مهارت والدی و بهبود سلامت روحی خود را تا یک سال اول بعد از تولد نوزاد، دارا خواهند بود. بنابراین ماها و پرستارانی که بطور مستقیم با مادران باردار در ارتباطند، باید مادران در معرض خطر و دارای عوامل خطر افسردگی و غم مادری را شناسایی و با تقویت خودکارآمدی و در دسترس قرار دادن منابع حمایتی برای آنان از عوارض جبران ناپذیری پیشگیری کنند.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، غم مادری، خودکارآمدی، نخست زای بودن مادران، نوزاد نارس

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

ما، مرگ و میر نوزادان فقط به دلیل نارسایی بوده و سالیانه تعداد زیادی از نوزادان به دلایل گوناگون نیاز به بستری در بخش مراقبت ویژه پیدا می‌کنند، و این مسئله می‌تواند باعث آشفتگی و اضطراب در مادران نوزادان و تغییر در نقش مادری آنها شود، لازم است اقدامات موثری جهت تدوین برنامه‌ها و موقعیت‌هایی که موجب رشد حمایت اجتماعی در مادر و توجه بیشتر به افزایش خودکارآمدی مادر و کاهش غم مادری، انجام شود. با عنایت به اهمیت مراقبت خانواده محور در مدیریت سلامت نوزادان نارس و کافی نبودن مطالعات در این خصوص در کشور ما، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با غم مادری و خودکارآمدی مادران نخست زای دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان طراحی گردید.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه همبستگی از نوع توصیفی می‌باشد که پژوهشگر به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با غم مادری و خودکارآمدی مادران نخست زای دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان پرداخته است. جامعه پژوهش شامل کلیه مادران متأهل نخست زای ایرانی دارای نوزاد نارس (۲۸ الی ۳۷ هفته) بستری در بخش‌ها مراقبت‌های ویژه نوزادان مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مراکز تحت مطالعه (اکبر آبادی، حضرت رسول اکرم، علی اصغر (ع)) می‌باشد. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد. برای تعیین حجم نمونه لازم به منظور بررسی آرتباط بین حمایت اجتماعی درک شده با غم مادری و خودکارآمدی مادران نخست زای دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با فرض اینکه ضریب همبستگی حمایت اجتماعی با هر یک از متغیرهای غم مادری و خودکارآمدی والدین حداقل ۰/۲ باشد تا این ارتباط از نظر آماری معنی دار تلقی گردد. پس از مقدار گذاری در فرمول:

$$n = \frac{(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2}{\frac{w^2}{(1.96 + 0.84)^2}} + 3$$

$$n = \frac{0.2^2}{0.2^2} + 3$$

$$n = 199 \cong 200$$

معیارهای ورود مادران شامل:

نداشتن اعتیاد به مواد مخدر
کلیه مادران در سنین باروری سال قرار داشته و طبق تعریف انجمن متخصصین بیهوشی آمریکا در سطح سلامتی یک و دو قرار داشته باشند. (سطح یک شامل بیماران سالم و سطح دو شامل بیماران فاقد بیماری سیستمیک شدید می‌باشد به عبارت دیگر افرادی هستند که فاقد بیماری عضوی و هرگونه اختلال فیزیولوژیک، بیوشیمیایی یا روان شناختی بوده یا دچار اختلال سیستمیک خفیف تا متوسطی بدون ارتباط با علت جراحی می‌باشند)
داشتن سابقه بیماری‌های مزمن جسمی و روانی (افسردگی، اسکیزوفرنی، وسواس و ...)
داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی

امروزه تولد نوزاد نارس با توجه به بالا بودن کیفیت مراقبت افزایش یافته است. بر اساس آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی ۳۱ درصد مرگ و میر نوزادان ایرانی فقط به دلیل نارسایی بودند (۱). نوزاد نارس به نوزادی اطلاق می‌شود که سن بارداری او کمتر از ۳۷ هفته یا ۲۵۹ روز باشد. با افزایش بستری نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، افزایش کیفیت مراقبت این بیماران برای کاهش مرگ و میر آنان ضروری است. محیط این بخش با نور مداوم و صداهای آزار دهنده برای نوزادانی که از محیط آرام و با ثبات رحم مادر در حال گذراندن تغییرات بزرگی هستند، به مشکلات مراقبتی این بیماران می‌افزاید (۱). تولد نوزاد برای مادر واقع‌های بالقوه استرس‌زاست؛ به طوری که زنان تصور می‌کنند دوره جدیدی از زندگی برای آن‌ها شروع شده است (۲). در واقع دوره پس از زایمان مرحله‌ای بحرانی است که نه تنها سلامت جسمی و ذهنی مادران، بلکه ساختار کل خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳) مادران نوزادان نارس به دلیل فشارها و استرس‌های زیاد نیازمند توجه و حمایت اجتماعی هستند (۴). غم مادری یک فرایند فیزیولوژیک است که در روزهای سوم تا پنجم بعد از زایمان به حداکثر رسیده و به واسطه تغییرات هورمونی ایجاد می‌شود (۵). این اختلال طی سه تا ۱۰ روز اول بعد از زایمان یا علائم شبیه افسردگی شامل؛ بی‌خوابی، خلق پائین، تمایل به گریه کردن، خستگی، تحریک پذیری و ناپایداری عاطفی بروز می‌نماید (۶). مطالعات مختلف عواملی مانند؛ افسردگی حین بارداری، مرگ عزیزان، طلاق، نارس بودن و یا بیماری‌های مادرزادی نوزادان، حمایت اجتماعی خانواده و دوستان و در نهایت خودکارآمدی مادر را بر افسردگی او مؤثر دانسته‌اند (۷). مادران به ندرت بر ای تنش، غم، اضطراب و شوک ناشی از تولد یک نوزاد نارس که در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری می‌باشند آماده‌اند، از سویی دیگر تولد نوزاد نارس سبب ایجاد تصورات غلط و ناراحت کننده در مادر می‌شود از جمله مادر باور می‌کند که نوزاد ناتوان و در برابر هر نوع بیماری و صدمه‌ای آسیب پذیر است و مادر نمی‌تواند نقش والدی خود را به خوبی ایفا کند این طرز فکر می‌تواند خودکارآمدی مادران را تحت تأثیر قرار دهد (۸). خودکارآمدی والدین، باورها و اعتقادات پدر و مادر است که باعث حفظ توانایی‌های ایشان برای سازماندهی و اجرای مجموعه وظایف مربوط به پدر و مادر یک کودک می‌باشد. خصوصیات خودکارآمدی والدی به عنوان باورهای شخصی شناسایی شده است (۹). یافته‌ها نشان می‌دهد که خودکارآمدی مادر رابطه مستقیم و مثبت با قابلیت‌ها و توانایی‌های مادران دارد (۱۰). تحقیقات نشان داده‌اند که هم خودکارآمدی و هم حمایت اجتماعی به طور قدرتمندی با رفتار، افکار و عواطف همراه است. خودکارآمدی بالا با تنظیمات کنترل مراحل استرس، عزت نفس بالا، بهزیستی بالا، وضعیت جسمانی بهتر، سازگاری بهتر و بهبود بیماری‌های حاد و مزمن مرتبط می‌باشد (۱۱). خودکارآمدی بالا با افکار مثبت، عزت نفس بالاتر، اهداف بالاتر و عواطف مثبت‌تر، همراه است (۱۲). پرستاران به دلیل اطلاعات تخصصی‌شان از نوزاد نارس و محیط بخش مراقبت ویژه و حضور مداوم در بخش، در یک موقعیت ویژه، برای حمایت مادران به عنوان ارائه دهنده و کنترل کننده مراقبت نوزاد قرار دارند. بنابر این باید راهنمایی مورد انتظار مادران را فراهم کنند (۱۳). با عنایت به این مسئله که در کشور

نداشتن سابقه نابرواری

نداشتن استرس دیگر غیر از بستری شدن نوزاد (مرگ اقوام درجه یک یا تشخیص یک بیماری بدخیم)

معیارهای ورود نوزادان شامل:

عدم وجود ناهنجاری‌های مادر زادی و بیماری سیستم عصبی در نوزادان بستری بودن نوزاد نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، حداقل به مدت هفت روز

گرد آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های زیر می‌باشد:

۱: فرم دموگرافیک شامل: سن مادر تحصیلات مادر، وضعیت اشتغال مادر، وضعیت اقتصادی مادر و وزن نوزاد بدو تولد، طول مدت بستری نوزاد، جنس نوزاد، بیماری نوزاد توسط مادر تکمیل و در صورت عدم اطلاع والدین از برخی داده‌ها، از طریق پرونده تکمیل می‌شد. روایی ابزار اطلاعات دموگرافیک به روش روایی محتوایی به همراه توضیحات کتبی در خصوص اهداف مطالعه، روش کاربرد و اهداف پژوهش مورد بازبینی و بررسی ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی صاحب نظر گرفت و بعد از جمع آوری نظرات، اصلاحات لازم با راهنمایی اساتید راهنما و مشاور اعمال شد.

۲: تکمیل پرسشنامه حمایت اجتماعی (Tarrkan et al., 2000): جهت تعیین حمایت اجتماعی از پرسشنامه Tarrkan و همکاران (۲۰۰۰) (Social Support Offered To Parents) استفاده شده است که ترجمه شده توسط جزمحتشمی و همکاران در سال ۱۳۹۴ می‌باشد. شامل ۲۱ سؤال: هفت سؤال حمایت تأکیدی، شش سؤال حمایت عینی و هشت سؤال حمایت عاطفی و هر چه نمره محاسبه شده بیشتر باشد به این منظور است که حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت نموده‌اند. نمره دهی این پرسشنامه از نمره صفر تا شش و بر اساس نمره دهی لیکرت می‌باشد.

روایی ابزار حمایت اجتماعی به روش روایی محتوایی انجام شد. به این صورت که اصل پرسشنامه که به زبان انگلیسی می‌باشد توسط دو مترجم به فارسی ترجمه شده و نسخه فارسی این ابزار به همراه نسخه اصلی آنها و به همراه توضیحات کتبی در خصوص اهداف مطالعه، روش کاربرد و اهداف پژوهش مورد بازبینی و بررسی ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی صاحب نظر قرار گرفت و بعد از جمع آوری نظرات، اصلاحات لازم با راهنمایی اساتید راهنما و مشاور اعمال و روایی پرسشنامه تأیید گردید. پایایی ابزار توسط جزمحتشمی و همکاران بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ آن برای زیر مقیاس‌های آن از ۰/۸ تا ۰/۷۶ متغیر بوده است. در مطالعه اوومن و همکاران نیز در سال ۲۰۱۱ که از این پرسشنامه استفاده کردند ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۶ گزارش شده بود.

۳: تکمیل پرسشنامه غم مادری آستین ۱۹۸۰ (Karimi, et al., 2010): در این مطالعه غم مادری با استفاده از پرسشنامه آستین ۱۹۸۰ سنجیده و این پرسشنامه از دو قسمت تشکیل شده است. قسمت اول از هشت گروه سؤال تشکیل شده است که احساس مادر در طی روزهای سوم تا هفتم بعد از تولد نوزاد را مورد بررسی قرار داده است و به مادران توصیه شد نزدیک‌ترین پاسخ را به احساس خود انتخاب کنند. در صورتی که دو مورد به احساس مادر نزدیک بود گزینه با شماره بالاتر را انتخاب کنند و در قسمت دوم از پرسشنامه از مادر سوالاتی پرسیده

که شامل پنج سؤال می‌باشد و او باید فقط با بله یا خیر پاسخ دهد. پرسشنامه اندوه پس از زایمان آستین مشتمل بر ۱۳ گویه می‌باشد. یک سؤال پنج گزینه‌ای (۰-۴)، چهار سؤال سه گزینه‌ای (۰-۲)، سه سؤال چهار گزینه‌ای (۰-۳) و پنج سؤال آخر به پاسخ بله امتیاز یک و به پاسخ خیر امتیاز صفر اختصاص یافت. در کل امتیازات بین ۰-۲۶ می‌باشد که امتیاز بیشتر از هشت نشان دهنده اندوه پس از زایمان می‌باشد. در این مطالعه از پرسشنامه آستین ترجمه شده توسط کریمی و همکاران در سال ۱۳۸۹ استفاده شده است.

روایی ابزار غم مادری به روش روایی محتوایی نسخه فارسی این ابزار به همراه نسخه اصلی آن‌ها و به همراه توضیحات کتبی در خصوص اهداف مطالعه، روش کاربرد و اهداف پژوهش مورد بازبینی و بررسی ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی صاحب نظر قرار گرفته و بعد از جمع آوری نظرات، اصلاحات لازم با راهنمایی اساتید راهنما و مشاور اعمال شد. برای پایایی پرسشنامه از آلفا کرونباخ استفاده شد: پرسشنامه اندوه پس از زایمان آستین در سال ۱۳۸۹ توسط کریمی و همکاران به روش اعتبار محتوا، تأیید گردید. آلفا کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸ بدست آمد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از تعیین میزان همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی ادینبرگ در مطالعه آدویا در سال ۲۰۰۵، آلفا کرونباخ ۰/۸۵ درصد بوده است و در مطالعه کریمی در سال ۱۳۸۹، آلفا کرونباخ ۰/۹ درصد بدست آمد. در مطالعه عباسیان آذر و همکاران در سال ۱۳۹۲ آلفا کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸ بدست آمد.

۴: تکمیل مقیاس خودکارآمدی والدین (Barnes et al, 2006): منظور از خودکارآمدی همان تعریف نظری است که از طریق امتیازی که مادران از پاسخ به سؤالات پرسشنامه خودکارآمدی Barnes به دست آورده‌اند سنجیده شده است. ابزار خودکارآمدی Barnes (۲۰۰۶)، تحت عنوان خودکارآمدی والدی (مادری) درک شده (Barnes PMPS-Q: The perceived Maternal Parenting Self-efficacy Questionnaire) می‌باشد که حاوی ۲۰ پرسش بوده و چهار خرده مقیاس شامل: مراقبت در رویه‌ها، رفتارهای فراخوانی، خواندن رفتارها یا سیگنال‌ها، اعتقادات موقعیتی می‌باشد و دامنه نمرات ۲۰-۸۰ می‌باشد که دریافت نمره ۸۰ معرف حداکثر خودکارآمدی و نمره ۲۰ معرف حداقل خودکارآمدی مادران است مقیاس نمره گذاری لیکرت بود است. (۱-۴ برای هر گویه). در این مطالعه از ابزار خودکارآمدی والدی که توسط مخلص ابادی و همکاران در سال ۱۳۹۴ مورد استفاده قرار گرفته است، استفاده شد. روایی ابزار خودکارآمدی والدین به روش روایی محتوایی نسخه فارسی این ابزار به همراه نسخه اصلی آن‌ها و به همراه توضیحات کتبی در خصوص اهداف مطالعه، روش کاربرد و اهداف پژوهش مورد بازبینی و بررسی ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی صاحب نظر قرار گرفته و بعد از جمع آوری نظرات، اصلاحات لازم با راهنمایی اساتید راهنما و مشاور اعمال شد. در این پژوهش ترجمه ابزار خودکارآمدی Barnes (۲۰۰۶) (خودکارآمدی والدی (مادر) درک شده) مورد استفاده قرار خواهد گرفت. پایایی ابزار خودکارآمدی Barnes، با روش آزمون مجدد در بین ۱۶۵ مادر نوزاد نارس، در مطالعه بارنز در سال ۲۰۰۶ در کشور بریتانیا مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار ۰/۹۱ و $P < ۰/۰۱$ بدست آمده است. با توجه به عدم استفاده از این ابزار در ایران جهت پایایی ابزار و بومی سازی آنها، پس از ترجمه به زبان فارسی و تعیین روایی آنها،

اجتماعی، غم مادری و خودکار آمدی نیز از آزمون رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱، بررسی ارتباط متغیرها: خود کارآمدی ارتباط مثبت و معناداری با حمایت اجتماعی دارد.

این ارتباط به میزان $0/231$ می‌باشد. خود کارآمدی و غم مادری رابطه معناداری ندارند. رابطه همبستگی بین متغیرهای حمایت اجتماعی و غم مادری نشان داده است که، این رابطه بسیار ضعیف و منفی است، به عبارت دیگر با تقویت حمایت اجتماعی، غم مادری کاهش می‌یابد ولی این رابطه معنی دار نمی‌باشد ($r = -0/043$, $P = 0/05$). رابطه همبستگی بین متغیرهای ارتباط حمایت اجتماعی با خودکار آمدی نشان داد که، رابطه همبستگی بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی مثبت و معنی دار می‌باشد ($r = 0/231$, $P = 0/001$). رابطه همبستگی بین متغیرهای ارتباط غم مادری با خودکار آمدی نشان داد که، رابطه همبستگی بین خودکارآمدی و غم مادری منفی ولی معنی دار نمی‌باشد ($r = -0/106$, $P = 0/05$). **جدول ۲،** ارتباط بین حمایت اجتماعی با غم مادری و خودکار آمدی چگونه می‌باشد؟ با توجه به کوچکتر بودن سطح معنی داری از میزان $0/05$ مشخص می‌شود رابطه معناداری میان خودکار آمدی و حمایت اجتماعی وجود دارد. این رابطه به میزان $0/231$ می‌باشد. نتایج بررسی نشان داد رابطه معناداری میان خودکار آمدی و غم مادری وجود ندارد.

جهت تعیین اعتماد علمی ابزارها، از روش تعیین ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و همچنین مقدار ضریب آلفای کرونباخ در مورد پرسشنامه خودکارآمدی والدی Barnes برابر با $0/95$ بود که نشان می‌دهد میزان پایایی این ابزار در حد بالایی است که توسط خانم مخلص آبادی در سال ۱۳۹۵ انجام شده است. پس از کسب موافقت کمیته اخلاق معاونت دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC 1395.9311451001 در تاریخ $1395/03/08$ و دریافت معرفی نامه، همچنین پس از جلب موافقت ریاست مراکز آموزشی درمانی و واحدهای مربوطه در محیط پژوهش بیمارستان‌های شهید اکبر آبادی، حضرت رسول اکرم (ص)، علی اصغر (ع) بود و نمونه گیری آغاز شد. پس از کسب رضایت کتبی و آگاهانه از مادران نوزادان، نمونه گیری به صورت در دسترس و نمونه گیری با تخصیص متناسب انجام شد. و افراد واجد شرایط بعد از ورود به مطالعه، مورد بررسی قرار گرفته شدند و به این صورت که پس از کسب رضایت آگاهانه، فرم اطلاعات دموگرافیک توسط مادر پر شده و سپس پرسشنامه غم مادری Stein (۱۹۸۰) به صورت پنج روز متوالی از روز سوم تا هفتم بعد از زایمان پرگردید و روز هفتم پرسشنامه حمایت اجتماعی Tarrkan (۲۰۰۰) و خودکارآمدی Barnes (۲۰۰۶) پر گردید. در این مطالعه داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری، تی تست جهت مقایسه بین حمایت اجتماعی، غم مادری و خودکارآمدی و نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت بررسی ارتباط سه متغیر حمایت

جدول ۱: بررسی ارتباط متغیرها

خود کارآمدی	حمایت اجتماعی	غم مادری
خود کارآمدی		
ضریب همبستگی	$0/231^{**}$	$0/106$
سطح معنی داری	$0/001$	$0/134$
تعداد	۲۰۲	۲۰۲
حمایت اجتماعی		
ضریب همبستگی	$0/231^{**}$	$-0/042$
سطح معنی داری	$0/001$	$0/551$
تعداد	۲۰۲	۲۰۲
غم مادری		
ضریب همبستگی	$-0/042$	$0/106$
سطح معنی داری	$0/551$	$0/134$
تعداد	۲۰۲	۲۰۲

جدول ۲: آزمون همبستگی پیرسون

خودکارآمدی	حمایت اجتماعی	غم مادری
ضریب همبستگی	$0/231^{**}$	$0/106$
سطح معنی داری	$0/001$	$0/134$
تعداد	۲۰۲	۲۰۲

بحث

برابر است ($r = 0/21, P = 0/001$). در مطالعه Leahy و همکاران بر خلاف نتایج این مطالعه بیان می‌کنند که بین خود کارآمدی مادران و افسردگی بعد از زایمان (در طول شش هفته پس از زایمان) رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد که مشابه مطالعه حاضر می‌باشد (۱۰) مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۴ توسط Yuki و Takahashi و همکاران مطابق با مطالعه حاضر نشان داد که ۱۵٪ درصد از مادران دارای علائم اندوه پس از زایمان و ۱۰ درصد از مادران علائم افسردگی پس از زایمان را گزارش کرده بودند. همچنین نتایج نشان داد که فاکتورهای مؤثر بر اندوه و افسردگی پس از زایمان شامل حمایت اجتماعی از طرف دوستان، اشنایان و خانواده، حوادث ناگوار مانند؛ مرگ افراد نزدیک، طلاق، از دست دادن کار، روابط زناشویی، فاکتورهای زایمانی، مشکلات بارداری و شرایط اجتماعی اقتصادی می‌باشد. همچنین پژوهشگر بیان می‌دارد که حمایت اجتماعی پایین یک پیشگو کننده برای اندوه و افسردگی پس از زایمان می‌باشد (۷). مطالعه‌ای توسط Yurdagul در سال ۲۰۱۰ با عنوان حمایت اجتماعی و اثر آن بر افسردگی بعد از زایمان در زنان با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین در ترکیه انجام شد. در این مطالعه زنان با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین در سال اول پس از تولد کودک بررسی شدند. نتایج نشان داد که شیوع افسردگی پس از زایمان در این افراد ۲۱ درصد و رابطه همبستگی بین حمایت اجتماعی و افسردگی با مقیاس ادینبرگ ($-0/36$ و $P < 0/001$) بود. همچنین میانگین نمرات افسردگی پس از زایمان این زنان ۸/۳۶ و میانگین حمایت اجتماعی آنان ۶۴/۴۹ بود که مشابه مطالعه حاضر می‌باشد (۱۵).

نتیجه گیری

این مطالعه نظریه روابط بین سه متغیر را در مرحله پس از زایمان بسط داده است. مهم‌ترین نتیجه‌ای که می‌توان از این مطالعه گرفت، حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان، تیم بهداشت و درمان و مهمتر از همه پرستاران در حمایت اطلاعاتی) در بهبود خودکارآمدی مادران و در نهایت اثر مثبت آن بر سلامت روان مادران در هفته اول پس از زایمان است. رابطه همبستگی بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی مادران در هفته اول پس از تولد نوزاد وجود دارد و حمایت اجتماعی باعث بهبود خودکارآمدی مادران می‌شود. داشتن خودکارآمدی بالا برای مادران نخست زای بسیار مهم است، زیرا مادرانی که در زمان زایمان و در مراحل اولیه بعد از آن خودکارآمدی والدی بیشتری داشته باشند، توانایی افزایش مهارت والدی و بهبود سلامت روانی خود را تا یک سال اول بعد از تولد نوزاد، دارا خواهند بود. بنابراین ماماها و پرستارانی که بطور مستقیم با مادران باردار در ارتباطند، باید مادران در معرض خطر و دارای عوامل خطر افسردگی و غم مادری را شناسایی و با تقویت خود کارآمدی و در دسترس قرار دادن منابع حمایتی برای آنان از عوارض جبران ناپذیر پیش گیری کنند. از طرف دیگر تقویت خودکارآمدی مادران موجب جلب و کسب حمایت‌های بیشتر برای مادران شده و باعث کاهش عوارض روانشناختی می‌شود.

پژوهشگر با توجه به تجربه حضور در بخش مراقبت ویژه نوزادان دریافت مادران نیاز به افرادی دارند که در دسترس بوده و به آنها اهمیت دهند، در هنگام نیاز با آنها صحبت نموده و از آن‌ها سؤال نمایند، همچنین در موقعیت‌های بحرانی به آنها کمک نمایند، اما متأسفانه پرستاران در دسترس نبوده و همین امر موجب سردرگمی و تنش در مادران می‌شود. لذا پژوهشگر تصمیم به انجام این مطالعه گرفت. به همین ترتیب با انجام مطالعه حاضر پرستارانی که بطور مستقیم با مادران زایمان کرده در ارتباطند، باید مادران در معرض خطر و دارای عوامل خطر و غم مادری را شناسایی و با تقویت خودکارآمدی و در دسترس قرار دادن منابع حمایتی برای آنان از عوارض جبران ناپذیر پیشگیری کرد و به سطح بالاتری از کیفیت خدمات پرستاری دست یافت. نتایج این مطالعه، حمایت خانواده محور در بهبود خودکارآمدی مادران و در نهایت اثر مثبت آن بر سلامت روان مادران در دوران پس از زایمان می‌باشد. رابطه همبستگی بین حمایت اجتماعی خانواده و تیم بهداشت و درمان باعث برقراری خودکارآمدی مادران می‌شود، زیرا مادرانی در زمان زایمان و در مراحل اولیه بعد از آن خودکارآمدی والدی بیشتری داشته باشند، توانایی افزایش مهارت والدی و بهبود سلامت روانی خود را تا یک سال اول بعد از تولد نوزاد، دارا خواهند بود. بنابر این پرستارانی که بطور مستقیم با مادران در ارتباطند، باید مادران در معرض خطر و دارای غم مادری را شناسایی و با تقویت خود کارآمدی و در دسترس قرار دادن منابع حمایتی برای آنان از عوارض جبران ناپذیر پیش گیری کنند. در رابطه با حمایت اجتماعی با غم مادری و خودکارآمدی مادران نخست زای دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان به تعدادی از مطالعاتی که در این زمینه انجام شده است و مقایسه نتایج با مطالعه حاضر اشاره می‌شود:

مطالعه O'Hara در سال ۲۰۰۹ بر خلاف مطالعه حاضر بیان کرد که حمایت اجتماعی ضعیف زمینه ساز غم مادری و افسردگی بعد از زایمان می‌باشد. حمایت اجتماعی اطرافیان در دوران بارداری و پس از زایمان برای زنان اهمیت دارد. در واقع ارزش و اعتباری که اطرافیان و به ویژه شوهران با حمایت خود برای زنان باردارشان قائل می‌شوند، امید و آرزو را در دل آنان زنده می‌کند و زمان بیشتری را برای احساس آرامش و مقایسه تجربیات خود با سایر زنان و لذت بردن از این تجربه در اختیار مادران قرار می‌دهد. این حمایت‌ها سبب جلب توجه مادران به جنبه‌های مثبت تولد نوزاد شده احتمال تأثیر تغییرات هورمونی و بیولوژیک بر وضعیت روانی ایشان را بعد از زایمان کاهش می‌دهد. بر خلاف نتایج این مطالعه آقاپور و محمدی بین افسردگی بعد از زایمان و حمایت اجتماعی همبستگی بزرگ منفی و معنی داری را بدست آوردند ($r = -0/01, P = 0/001$). در مطالعه Leahy در سال ۲۰۰۹ و همکاران مطابق با مطالعه حاضر بیان کردند که بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی والدین رابطه مثبت برقرار می‌باشد که مقدار همبستگی بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی مادران شش هفته پس از زایمان در مطالعه Leahy و همکاران با مطالعه حاضر تقریباً

پزشکی ایران را اعلام می‌دارد. همچنین از همه مادران شرکت کنند در این پژوهش و سرپرستاران محترم بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در سه مرکز آموزشی درمانی حضرت علی اصغر، حضرت رسول و اکبر آبادی در سال ۱۳۹۵ به جهت همکاری در اجرای مطالعه تشکر و قدر دانی می‌شود.

سپاسگزاری

این مطالعه قسمتی از طرح مصوب پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC 1395.9311451001 در تاریخ ۱۳۹۵/۰۳/۰۸ می‌باشد. بدین وسیله محققان مراتب تشکر خود را از حمایت مالی دانشگاه علوم

References

1. WHO. Mortality country fact sheet 2013. World health organization: World health organization; 2013 [cited 2018]. Available from: www.WHO.int/whosis/mort/profils/mort_emro_irn_iran.pdf.
2. Ko YL, Yang CL, Chiang LC. Effects of postpartum exercise program on fatigue and depression during "doing-the-month" period. *J Nurs Res*. 2008;16(3):177-86. PMID: 18792887
3. Li CY, Chen SC, Li CY, Gau ML, Huang CM. Randomised controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst Taiwanese postpartum women. *Midwifery*. 2011;27(2):181-6. DOI: 10.1016/j.midw.2009.04.005 PMID: 19577829
4. Ebrahimi A, Bolhari J, Zolfaghari F. [Stress coping strategies and social support in depressive veterans with spinal cord injury]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2011;8:40-8.
5. Buttner MM, O'Hara MW, Watson D. The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*. 2012;19(2):247-56. DOI: 10.1177/1073191111429388 PMID: 22156719
6. Canningham F. *Williams Obstetrics*. 23th ed. New York: McGraw-Hill Medical publishing Division; 2010.
7. Takahashi Y, Tamakoshi K. Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya J Med Sci*. 2014;76(1-2):129-38. PMID: 25129999
8. Pop VJ, Truijens SE, Spek V, Wijnen HA, van Son MJ, Bergink V. A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms? *J Affect Disord*. 2015;177:74-9. DOI: 10.1016/j.jad.2015.02.015 PMID: 25745838
9. Salonen AH, Kaunonen M, Astedt-Kurki P, Jarvenpaa AL, Isoaho H, Tarkka MT. Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. *Midwifery*. 2011;27(6):832-41. DOI: 10.1016/j.midw.2010.08.010 PMID: 20932612
10. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs*. 2012;21(3-4):388-97. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x PMID: 21435059
11. McQuade CM. *An investigation of the relationships among performance anxiety, perfectionism, optimism, and self-efficacy in student performers*: Fordham University; 2009.
12. Karademas EC. Self-efficacy, social support and well-being. *Pers Individ Dif*. 2006;40(6):1281-90. DOI: 10.1016/j.paid.2005.10.019
13. Nicolaou M, Glazebrook C. Emotional support for families of sick neonates. *Paediatr Child Health*. 2008;18(4):196-9. DOI: 10.1016/j.paed.2007.12.015
14. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol*. 2009;65(12):1258-69. DOI: 10.1002/jclp.20644 PMID: 19827112
15. Yagmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *Int J Public Health*. 2010;55(6):543-9. DOI: 10.1007/s00038-010-0182-z PMID: 20725761