

بررسی ارتباط خلق منفی و استرس درک شده با عوامل دموگرافیک در زنان مراجعه کننده به درمانگاه‌های تنظیم خانواده و متقاضی مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری

دکتر فریده باستانی^۱، لادن محمدی یگانه^۲، لیلی رحمت نژاد^۳

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۲/۸ تاریخ پذیرش: ۸۸/۱/۱۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: از آنجایی که خلق منفی (افسردگی) به همراه استرس، به عنوان یکی از عوارض جانبی ناشی از مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری مطرح بوده که می‌تواند موجب قطع ناگهانی مصرف قرص‌ها و به دنبال آن حاملگی‌های ناخواسته شود، لذا این پژوهش با هدف تعیین ارتباط خلق منفی و استرس درک شده با متغیرهای دموگرافیک زنان مراجعه کننده به درمانگاه‌های تنظیم خانواده و متقاضی مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک بررسی مقطعی است. بدین صورت که خلق منفی و استرس درک شده زنان در قبل از شروع مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری به ترتیب با استفاده از مقیاس‌های PANAS^۴ و PSS^۵ سنجیده شد. در این تحقیق، حجم نمونه ۹۲ نفر بوده که به روش نمونه‌گیری مستمر^۶ در مدت سه ماه در درمانگاه‌های تنظیم خانواده انجام گردید. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی - تحلیلی استفاده شد.

یافته‌ها: براساس آزمون آنالیز واریانس، اختلاف معنی‌داری در میانگین نمره استرس درک شده در گروه‌ها با شاخص توده بدنی متفاوت وجود داشت و افراد چاق بالاترین استرس درک شده را نشان دادند. همچنین ارتباط معنی‌داری بین خلق و استرس درک شده به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر و بر طبق شواهد موجود در زمینه پیامدهایی که خلق منفی و استرس (به عنوان عوارض قرص‌های پیشگیری از بارداری) و قطع ناگهانی قرص‌های پیشگیری بر زنان دارد، پیشنهاد می‌گردد که با ایجاد برنامه‌های آموزشی مشاوره‌ای، زنان را در مورد مدیریت استرس، توانمند نمود.

کلید واژه‌ها: سلامت زنان، قرص‌های پیشگیری از بارداری، خلق، استرس

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم، شماره دوم، ص ۸۸-۸۱، تابستان ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۲۱-۸۲۴۷۱۳۱۳

Email: fbastani@iums.ac.ir

^۱ استادیار گروه بهداشت جامعه و مادران نوزادان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه

^۴ Positive Affect Negative Affect Scale

^۵ Perceived Stress Scale

^۶ Consecutive

مقدمه

خانوادگی در زنان نسبت به مردان تاثیرات عاطفی - روانی بیشتری دارد و اثرات پایدارتری را در دگرگونی بهداشت روان ایجاد می‌نماید (۱۰).

دوکی و همکاران معتقدند که فرزندان مادران افسرده در معرض بیشتر خطر افت و شکست‌های تحصیلی و همچنین اختلالات اضطرابی و افسردگی می‌باشند (۱۱). افسردگی همچنین با اختلالاتی در ابعاد روحی، جسمی، رفتاری شناختی و احساسی همراه است که با علایمی همچون احساس خستگی، غم و تهی بودن، تحریک پذیری، اختلال تمرکز، اختلال در تصمیم‌گیری، کاهش میل جنسی، گریه کردن، اختلال خواب و انزوای اجتماعی بروز می‌کند (۱۲).

به‌طور کلی بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که خلق‌های منفی مانند افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و استرس، تاثیر منفی بسزایی روی عملکرد سیستم ایمنی دارند (۱۳). اختلال عملکرد و تضعیف سیستم ایمنی باعث افزایش آسیب‌پذیری فرد نسبت به بیماری‌هایی مانند عفونت‌های سیستم تنفسی، افزایش لپیدهای سرم، تشدید درد و کاهش تطبیق با دردهای مزمن و افزایش خطر مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی و سایر عوامل می‌گردد (۱۴). با توجه به این امر مهم که زنان دارای سهم ۵۱ درصدی از جمعیت جهان بوده و همچنین به‌عنوان اصلی‌ترین عضو خانواده در انجام مراقبت از سایر اعضا و تصمیم‌گیری در امور مهم خانواده مطرح می‌باشند، توجه به سلامت روحی روانی آنان از اهمیت بسزایی برخوردار بوده (۱۵) و تحقیق در خصوص سلامت روان زنان، از اولویت خاصی برخوردار می‌باشد. به‌طوریکه در رابطه با اهمیت پژوهش در این حیطه، می‌بایست به این نکته اساسی اشاره نمود که امروزه زنان علاوه بر عهده‌دار بودن نقش همسری، مسئولیت خانه‌داری و رل‌های مادری (۱۶) دارای نقش‌های متعدد دیگری در جامعه همچون مسئولیت‌های شغلی، مالی و اجتماعی

تغییرات خلق و خو و عصبی شدن زنان، به‌عنوان یکی از عوارض جانبی ناشی از مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری (کنتراسپتیوهای خوراکی) مطرح می‌باشد (۱،۲). طبق مطالعات انجام شده حدود ۴۷ درصد از خانم‌ها در طی سه ماهه اول مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری به دلیل احساس بروز عوارض جانبی از ادامه مصرف مرتب آن خودداری می‌کنند که در این میان بروز تغییرات خلقی و مشکلات جنسی شایع‌ترین دلایل قطع مصرف قرص‌ها بوده (۳) و متأسفانه به‌دنبال قطع مصرف کنتراسپتیوهای خوراکی، ۷۰ درصد آنان یک روش پیشگیری غیرمطمئن را جایگزین نموده که منجر به حاملگی ناخواسته شده و عوارض مادی و معنوی بسیاری را به‌وجود می‌آورد (۴).

گزارشات زیادی حاکی از این است که این قرص‌ها علی‌رغم وجود فواید زیادی مانند بهبود سیکل قاعدگی، کاهش خون‌ریزی، پیشگیری از سرطان آندومتر و تخمدان می‌توانند مشکلات و عوارض منفی مانند افزایش وزن، تهوع، سردرد، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان و تغییرات خلقی را نیز ایجاد نمایند (۵). باور عمومی در طب بر این اساس است که ترکیبات هورمونی (قرص‌های پیشگیری از بارداری) می‌توانند باعث ایجاد اختلالات خلقی، حتی در حد اختلال افسردگی ماژور شوند (۶،۷).

سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی می‌کند که اختلالات خلقی، مهم‌ترین مشکل سلامتی عمومی در قرن ۲۱ خواهد بود (۸). طبق مطالعه اپیدمیولوژیکی انجام شده توسط کسلر^۱، شیوع اختلالات خلقی مانند افسردگی، در زنان دو برابر مردان می‌باشد (۲۱/۳ درصد در مقایسه با ۱۲/۷ درصد) (۹). این میزان بالای شیوع افسردگی در زنان که از زمان بلوغ تا پس از یائسگی ادامه دارد به دلیل استعداد ژنتیکی، نوسانات هورمونی و داشتن حوادث محیطی پراسترس بیشتر می‌باشد. از طرف دیگر، مشکلات

¹ Kessler

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بوده که به‌عنوان بخشی از یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی بر روی زنان ۴۹-۱۵ ساله مراجعه کننده به درمانگاه‌های تنظیم خانواده شهر تهران که خواستار مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری، به‌عنوان یکی از روش‌های مطمئن تنظیم خانواده بودند انجام شده است.

پژوهشگر از بین مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی تعدادی را انتخاب نموده و با مراجعه به محیط‌های پژوهش در وقت اداری و با کسب اجازه از واحدها و ارائه توضیح در رابطه با اهداف پژوهش، زنانی که جهت دریافت قرص‌های پیشگیری از بارداری مراجعه کرده بودند و تمایل به همکاری را داشتند، پس از ارائه رضایت‌نامه کتبی، پرسش‌نامه‌های مورد نظر را تکمیل نمودند.

تعداد نمونه در این پژوهش ۹۲ نفر بوده که به روش نمونه‌گیری مستمر در مدت سه ماه در درمانگاه‌های تنظیم خانواده انجام شده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات وضعیت خلقی و استرس درک شده افراد برحسب متغیرهای دموگرافیک مانند سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان، وضعیت قاعدگی و شاخص توده بدنی مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه پرسش‌نامه مشخصات فردی، پرسش‌نامه سنجش "خلق" مثبت و منفی (PANAS)^۱ و پرسش‌نامه "استرس درک شده" (PSS)^۲ بود که توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید. پرسش‌نامه مشخصات فردی شامل سوالات بسته و کوتاه پاسخ در ارتباط با سن، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، وضعیت بهداشت باروری و شاخص توده بدنی بوده است. پرسش‌نامه متغیر "خلق" واستون و همکاران^۳، شامل ۲۰ واژه خلق مثبت و منفی بوده و در کل، نمرات بین ۵۰-۱۰ برای هر

نیز هستند که می‌توانند با تحمیل استرس زیادی همراه بوده و آنان را مستعد ابتلا به انواع اختلالات جسمی و روانی نمایند (۱۷). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، ارتقاء سلامتی فرآیند توانمند ساختن افراد در جهت افزایش کنترل بر سلامتی و بهبود آن می‌باشد، ضمن آن‌که هدف عمده ارتقاء دهندگان سلامتی، تغییر رفتار و سبک زندگی و کسب سطح بالاتری از سلامتی در افراد است (۱۸). افراد می‌توانند با ایجاد تغییراتی در شیوه زندگی شان به ارتقاء سلامتی جسمی و روانی خود کمک نموده و به نحو بهتری با استرس‌ها و مشکلات زندگی روزانه خود مقابله نمایند (۱۹) به‌عبارت بهتر مهم‌ترین هدف کنترل تنش این است که با مقابله موثر و سالم با آن و کاهش عواقب مضر حاصله بتوان در جهت ارتقاء سلامتی گام برداشت (۲۰).

این مطالعه با هدف تعیین خلق منفی و استرس درک شده و عوامل دموگرافیکی مرتبط با آن در زنان متقاضی مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری در شهر تهران انجام شده است تا بتوان با شناخت عمیق‌تر و نیازسنجی بهتر در زمان مشاوره تنظیم خانواده، مطلوب‌ترین شیوه کنترل موالید و تنظیم خانواده را با توجه به معیارهای دقیق آن و کاهش شکست متد پیشنهادی در زنان ارائه نمود. در این راستا برنامه‌ریزی مدون (برای زنانی که کاندید مصرف کنتراستپتیوهای خوراکی می‌باشند) در جهت آموزش‌هایی همچون سبک زندگی بهداشتی، کنترل استرس و مقابله موثر با مشکلات اکیداً توصیه می‌گردد تا بدین طریق، مهارت‌های مورد نیاز آنان در جهت ارتقاء سلامت روانی فراهم شده تا قادر باشند با عارضه جانبی قرص‌های پیشگیری از بارداری به‌خوبی کنار آمده و بدین ترتیب از میزان قطع ناگهانی مصرف قرص‌ها (به‌دلیل این‌گونه عوارض احتمالی) و احیاناً بدنبال آن، بارداری‌های ناخواسته جلوگیری نمود.

¹ Positive And Negative Affect Schedule

² Perceived Stress Scale

³ Watson, Clark, Tellegen

برآورد گردید. همچنین میانگین خلق منفی و استرس درک شده بر حسب متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، وضعیت باروری و شاخص توده بدنی نیز مورد بررسی قرار گرفت و آزمون آنالیز واریانس اختلاف آماری معنی داری را در میانگین نمرات استرس در گروه‌های مختلف شاخص توده بدنی نشان داد. همچنین نتایج ارتباط معنی داری بین خلق و استرس نیز بدست آمد.

جدول شماره (۱): مشخصات واحدهای مورد پژوهش سال ۱۳۸۵

| سن | تعداد | درصد |
|----------------------|-------|-------|
| زیر ۲۰ | ۴ | ۴/۴ |
| ۲۱-۳۰ | ۷۶ | ۸۲/۵ |
| ۳۱-۴۰ | ۱۲ | ۱۳/۲ |
| سطح تحصیلات | تعداد | درصد |
| زیر دیپلم | ۲۷ | ۲۹/۳۰ |
| دیپلم | ۵۱ | ۵۵/۴ |
| دانشگاهی | ۱۴ | ۱۵/۲ |
| وضعیت اشتغال | تعداد | درصد |
| خانه دار | ۸۰ | ۸۷ |
| شاغل | ۱۲ | ۱۳ |
| وضعیت اقتصادی | تعداد | درصد |
| ضعیف | ۱۱ | ۱۲ |
| متوسط | ۶۸ | ۷۳/۹ |
| خوب | ۱۳ | ۱۴/۱ |
| تعداد فرزندان | تعداد | درصد |
| ۰ | ۷ | ۷/۶ |
| ۱ | ۶۲ | ۶۷/۴ |
| ۲ | ۲۰ | ۲۱/۷ |
| ۳ و بیشتر | ۳ | ۳/۳ |
| وضعیت قاعدگی | تعداد | درصد |
| مرتب | ۶۹ | ۷۵ |
| نامرتب | ۲۳ | ۲۵ |
| شاخص توده بدنی (BMI) | تعداد | درصد |
| کم وزن | ۱۵ | ۹/۲ |
| مطلوب | ۹۰ | ۵۶/۶ |
| پروزن | ۴۹ | ۳۰/۸ |
| چاق | ۶ | ۳/۶ |

یک از دو خلق مثبت و منفی در نظر گرفته شد (دامنه نمرات از ۱ تا ۵ در مقیاس لیکرت). متغیر استرس نیز توسط پرسش‌نامه "استرس درک شده" کوهن و همکاران^۱ که شامل ۱۴ سوال می‌باشد اندازه گیری شد. نمره استرس درک شده افراد نیز بین ۰-۵۶ بود.

پرسش‌نامه‌های PANAS و استرس درک شده از ابزارهای معتبر برای سنجش خلق و استرس بوده و در این پژوهش برای کسب اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی ابزار نیز از روش تست مجدد استفاده شد.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها جهت دستیابی به اهداف پژوهش از آمار توصیفی - تحلیلی استفاده شد و اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

طبق نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر، میانگین و انحراف معیار سنی واحدهای مورد پژوهش $25/73 \pm 4/292$ با حداقل و حداکثر ۱۸ و ۳۷ سال بوده و اکثریت زنان در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال قرار داشتند. ۵۵/۴ درصد واحدهای مورد پژوهش دارای سطح تحصیلات دیپلم، ۸۷ درصد خانه‌دار، ۷۳/۹ درصد وضعیت اقتصادی متوسط، ۶۲ درصد دارای یک فرزند، ۶۹ درصد قاعدگی مرتب و ۴۶/۸ درصد شاخص توده بدنی مطلوب را دارا بودند (جدول شماره ۱).

در ارتباط با هدف کلی پژوهش "تعیین خلق منفی و استرس درک شده و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک در زنان مراجعه کننده به درمانگاه‌های تنظیم خانواده و متقاضی مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری" میانگین نمرات خلق منفی و استرس درک شده کل واحدهای مورد پژوهش در قبل از شروع مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری به ترتیب $23/28 \pm 6/843$ و $26/02 \pm 7/153$

¹ Cohen, Kamarck, Mermelstein

جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار خلق و استرس درک شده بر حسب سن سال ۱۳۸۵

| متغیر | خلق منفی | |
|----------------------|------------------------|--------------------|
| | میانگین و انحراف معیار | استرس درک شده |
| زیر ۲۰ | ۲۴/۷۵±۴/۷۸۷ | ۲۵/۵۰±۸/۴۲۶ |
| ۲۱-۳۰ | ۲۲/۲۵±۶/۸۳۲ | ۲۶/۴۲±۷/۲۴۸ |
| ۳۱-۴۰ | ۲۳±۷/۸۷۴ | ۲۳/۶۷±۶/۱۹۹ |
| نتایج آنالیز واریانس | F=۰/۱۰۱ P=۰/۹۰۴ | F=۰/۷۷۶ P=۰/۴۶۳ |

جدول شماره (۳): میانگین و انحراف معیار خلق و استرس درک شده بر حسب شاخص توده بدنی سال ۱۳۸۵

| متغیر | خلق منفی | |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| | میانگین و انحراف معیار | استرس درک شده |
| *BMI | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار |
| کم وزن | ۲۰/۲۰±۴/۶۵۸ | ۲۲/۸۰±۴/۶۰۴ |
| مطلوب | ۲۵/۶۳±۶/۰۲۰ | ۲۸/۸۴±۴/۳۳۷ |
| پر وزن | ۲۳/۴۷±۶/۴۳۵ | ۲۳/۵۲±۶/۶۲۱ |
| چاق | ۲۵/۳۳±۶/۶۳۸ | ۳۱/۶۷±۱۴/۵۰۳ |
| نتیجه آزمون آنالیز واریانس | F= ۱/۱۵۵ P=۰/۳۴۰ df=۳ | F= ۳/۳۴۲ ** P=۰/۰۲۹ df=۳ |

* MI: Body Mass Index

** P<0.05 از لحاظ آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول شماره (۴): میانگین و انحراف معیار خلق و استرس درک شده بر حسب وضعیت اشتغال سال ۱۳۸۵

| متغیر | خلق منفی | |
|---------------------|------------------------|------------------------|
| | میانگین و انحراف معیار | استرس درک شده |
| وضعیت اشتغال | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار |
| شاغل | ۲۲/۵۰±۶/۰۸۳ | ۲۴/۹۲±۸/۴۷۹ |
| خانه دار | ۲۳/۴۰±۶/۹۷۷ | ۲۶/۱۹±۶/۹۷۹ |
| نتیجه آزمون t مستقل | t= ۰/۴۲۳ P=۰/۶۷۳ | t= ۰/۵۷۲ P=۰/۵۶۹ |

بحث و نتیجه گیری

مراجعه کننده به درمانگاه‌های تنظیم خانواده و متقاضی مصرف

قرص‌های پیشگیری از بارداری^۱ نتایج نشان داد که گرچه ارتباط

آماري معنی‌داری بین خلق و استرس درک شده با سن بدست

در ارتباط با هدف کلی پژوهش^۲ تعیین خلق منفی و استرس

درک شده شده و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک در زنان

همان گونه که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، در مطالعه کنونی مشخص گردید که بین شاخص توده بدنی و خلق واحدهای مورد پژوهش، ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد که با یافته‌های مطالعاتی که توسط موریرا^۳ و همکاران (۲۰۰۷)، استانکار^۴ و همکاران (۲۰۰۳) و اوهایون و هانگ (۲۰۰۶) با هدف بررسی ارتباط چاقی با خلق، افزایش شدت علائم افسردگی و افسردگی اساسی انجام شده است، هم‌خوانی ندارد (۲۲،۲۷،۲۸). در این پژوهش، براساس آزمون آنالیز واریانس، اختلاف معنی‌داری در میانگین نمره استرس درک شده در گروه‌های مختلف شاخص توده بدنی، وجود داشت ($P=0/029$) و افراد چاق بالاترین استرس درک شده را نشان داده‌اند.

از آنجایی که اکثریت واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه جوان بوده و در گروه سنی زیر ۳۰ سال قرار داشتند، به‌نظر می‌رسد در جامعه مدرن امروزی جوانان به‌دلیل اهمیتی که به ظاهر فیزیکی خود می‌دهند، حفظ تناسب اندام به‌عنوان یکی از عوامل تنش‌زا برای ایشان باشد. نیومارک - اشتینر^۵ و همکاران (۲۰۰۶)، براش^۶ و همکاران (۲۰۰۷)، ایزنبرگ^۷ و همکاران (۲۰۰۶) و نیبرز^۸ و همکاران (۲۰۰۷) نیز در این زمینه می‌نویسند، افراد چاق به‌دلیل داشتن تصویر ذهنی منفی و عدم رضایت از وضعیت جسمانی خود دچار استرس، افسردگی و عزت نفس پایین‌تری هستند و بدین دلیل آمار خودکشی نیز در این افراد بالا می‌باشد (۲۹-۳۱).

لازم به ذکر است که براساس نتایج پژوهش حاضر، بین سطح تحصیلات با خلق و استرس نیز ارتباط معنی‌داری به‌دست نیامد. اوهایون و هانگ نیز بین سطح تحصیلات و افسردگی ارتباط معنی‌داری را نیافتند که تایید کننده یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد (Error! Bookmark not defined. ۲۱). این یافته با

نیامد ولی با توجه به جدول شماره ۲ گروه سنی ۳۰-۲۱ سال بالاترین میانگین نمره استرس درک شده را دارا بودند. این احتمال وجود دارد که چنانچه یک مطالعه همبستگی توصیفی با حجم نمونه بالا در نظر گرفته می‌شد، ارتباط معنی‌دار آماری بین متغیر سن و استرس بوجود می‌آمد.

در این زمینه اوهایون و هانگ^۱ نیز در تحقیق خود به نتایج مشابهی دست یافتند و در مطالعه خود، ارتباط آماری معنی‌داری را بین سن و خلق منفی (افسردگی) نیافتند (۲۱). لیکن آهونن^۲ و همکاران (۲۰۰۷) و نوربالا و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای دیگر نشان دادند که بین خلق و سن ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد بدین معنی که خلق منفی با سن افزایش می‌یابد و این مسئله می‌تواند به‌دلیل کاهش توان فیزیکی و استعداد بیشتر افراد به استرس و بیماری‌های روان تنی باشد (۲۲،۲۳). هاسمن و همکاران (۲۰۰۰) نیز در تحقیقی در ارتباط با تاثیر ورزش بر سلامت روان، به این نتیجه رسیدند که بین سن و استرس درک شده ارتباط وجود دارد بدین صورت که افراد در سنین بالاتر نسبت به جوانان استرس درک شده کم‌تری دارند (۲۴).

همچنین در تحقیق دیگری که در زمینه عوامل تنش‌زا در سطح شهر تهران انجام گرفته، نتایج حاکی از آن بود که عوامل دموگرافیک مانند سن مهم بوده و گزارش داده‌اند میزان تنش و اضطراب در سطح جامعه خصوصاً در قشر جوان بالا بوده است (۲۵). بعضی گزارش‌ها نیز حاکی از این است که در مصرف‌کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری، در گروه سنی زیر ۲۰ سال بیشترین خلق منفی و در گروه سنی بالای ۳۰ سال کم‌ترین خلق منفی دیده شده است (۲۶) که در جهت شناسایی فاکتورهای دخیل در این امر، نیاز به تحقیقات بیشتری می‌باشد.

³ Moreira

⁴ Stunkard

⁵ Neumark-Sztainer

⁶ Brausch

⁷ Eisenberg

⁸ Neighbors

¹ Ohayon & Hong

² Ahonen

این نکته که در این پژوهش اکثریت زنان خانه‌دار بودند، این یافته ضرورت اتخاذ استراتژی‌های موثر و کم هزینه در خصوص سبک زندگی بهداشتی (همچون ورزش و فعالیت‌های فیزیکی، تغذیه سالم، تفریحات معقول و...) در کنترل و مدیریت استرس را در این قشر از زنان جامعه بیش از پیش نمایان می‌سازد. در این رابطه، عرفانی جورابچی به نقل از بلیک می‌نویسد کار و فعالیت جسمی، عملکرد فکری را تقویت کرده و باعث کاهش افسردگی می‌گردد (۳۳).

ذکر این نکته نیز ضروری است که با توجه به نتایج این پژوهش، ارتباط آماری معنی‌داری بین خلق و استرس درک شده وجود دارد. بدین صورت که افرادی که استرس درک شده بالا دارند از خلق منفی بالاتری برخوردارند ($P=0.00$). طبق یافته‌های اوهایون و هانگ نیز استرس درک شده متوسط و بالا با افسردگی مرتبط بوده است (**Error! Bookmark not defined.** ۲۱).

نتایج مطالعات نوربالا و همکاران مطابقت ندارد که ایشان در تحقیق خود این‌گونه نتیجه‌گیری کردند که با افزایش سطح تحصیلات خطر اختلالات خلقی در مادران کاهش می‌یابد (**Error! Bookmark not defined.** ۲۳). متغیر زمینه‌ای دیگری که در این پژوهش مد نظر قرار گرفت، وضعیت اشتغال زنان بود. براساس نتایج این پژوهش مشخص شد که بین وضعیت اشتغال و خلق نیز ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد (جدول شماره ۴). در این راستا، طبق مطالعه مذکور، علی‌رغم این که زنان شاغل تحت فشارها و تنش‌های بیشتری در زندگی خانوادگی و اجتماعی خود هستند، لیکن اختلالات روحی روانی در زنان خانه‌دار به مراتب بیشتر مشاهده می‌گردد (**Error! Bookmark not defined.** ۲۱). اگر چه در این پژوهش بین متغیرهای "شغل با"خلق" و "استرس درک شده" ارتباط معنی‌دار آماری یافت نشد، اما در زنان شاغل نسبت به زنان خانه‌دار میانگین نمرات خلق منفی و استرس درک شده پایین‌تر بوده است، که با در نظر گرفتن

References:

1. Abraham S, Luscombe G, Soo I. Oral contraception and cyclic changes in premenstrual and menstrual experiences. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 4(3): 185-93.
2. Robinson SA, Dowell M, Pedulla D, Mc Cauly L. Do the emotional side effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanism? *J Med Hypothesis* 2004; 63(2): 268-73.
3. Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity and women's health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. P.2, 4.
4. Asaduzzaman Khan M. Factors associated with oral contraceptive discontinuation in rural Bangladesh. *J Health Policy Planning* 2003 18(1), 101-8.
5. Oddens BJ. Women's satisfaction with birth control. *Contraception* 1999; 59, 277-86.
6. Robinson SA, Dowell M, Pedulla D, Mc Cauly L. Do the emotional side effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanism? *J Med Hypothesis* 2004; 63(2): 268-73.
7. Carson VB. *Mental health nursing*. 2nd Ed. Philadelphia: Saunders Co; 2006.
8. Boyd MA. *Psychiatric nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Co; 2005. P.334.
9. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 2003; 74:5-13.
10. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord* 2003; 74:67-83.
11. Douki S, Benzineb S, Nacef S, Halbreich U. Women's mental health in the Muslim world:

- cultural, religious and social issues. *J Affect Disord* 2007; 1-13.
12. Kozier B. *Fundamentals of Nursing*. 7th Ed. Pearson: Prentice Hall; 2004.P.1018.
 13. Suinn RM. The terrible twos-anger and anxiety hazardous to your health. *Am Psychol* 2001; 56(1):27-36.
 14. Salovey P, Rothman AJ, Steward WT, Detweiler JB. Emotional states and physical health. *Am Psychol* 2000; 55(1):110-21.
 15. Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity and women's health*. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins; 2005.P. 2- 4.
 16. Breslin ET, Lucas VA. *Women's health nursing*. Philadelphia: Saunders; 2003.P.373.
 17. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *Maternity and Women's Health Care*. 8th Ed. St Louise: Mosby Co; 2004.
 18. Stanhope M, Lancaster J. *Community and public health nursing*. 6th Ed. St Louis: Mosby; 2004.
 19. Smith T. *Family health*. London: The British Medical Association; 2000.
 20. Enderson C, Macdonald S. *Mayes midwifery*. 43rd Ed. Edinburgh: Bailliere Trindall; 2005.
 21. Ohayon MM, Hong SC. Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea. *J Psychiatr Res* 2006; 40:30-6.
 22. Ahonen EQ, Nebot M, Gimenez E. Negative mood states and related factors in a sample of adolescent secondary school students in Barcelona. *Gaceta Sanitaria*. 2007; 21(1):43-52.
 23. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatr* 2004; 184: 70-3.
 24. Hassmen P, Koivula N, Uutela A. Physical exercise and psychological wellbeing: a population study in England. *J Preventive medicine*. 2000; 30:17-25.
 ۲۵. محمود م، دادستان پ. روانشناسی ژنتیک ۲. تهران، انتشارات ژرف، ۱۳۶۹.
 26. Oinonen KA, Mazmanian D. To what extent do oral contraceptives influence mood and affect? *J Affect Disord* 2002;70:229-40.
 27. Moreira RO, Marca KF, Appolinario JC, Coutinho WF. Increased waist circumference is associated with an increased prevalence of mood disorders and depressive symptoms in obese women. *J Eat Weight Disorder* 2007; 12(1):35-40.
 28. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. *Biol Psychiat* 2003; 54(3):330-7.
 29. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Stat M, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five year longitudinal associations between body satisfaction and health behavior in adolescent females and males. *J Adolescent Health*.2006; 39:244-51.
 30. Brausch AM, Muehlenkamp JJ. Body image and suicidal ideation in adolescents. *J Body Image* 2007; 136:1-6.
 31. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Paxton SJ. Five year change in body satisfaction among adolescents. *J Psychosom Res* 2006; 61:521-7.
 32. Neighbors LA, Sobal J. Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. *J Eat Behav* 2007; 1-11.
 ۳۳. عرفانی جورابیچی ا. بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با شدت تنیدگی در بیماران تحت دیالیز در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی. پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری-گرایش داخلی جراحی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، سال ۱۳۸۳.