

## وضعیت سلامت روان زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شاهین شهر اصفهان

مرجان مردانی حموله<sup>1\*</sup>، احترام ابراهیمی<sup>2</sup>

1- دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری تهران 2- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه علوم پزشکی

کرمانشاه، مرکز تحقیقات علوم رفتاری

### چکیده

زمینه و هدف: دوران بارداری به عنوان یک دوره آسیب پذیر در زنان متصور شده است که مادران باید در این دوران با مشکلات و دشواری های جدید انطباق یابند. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت روان زنان باردار اجرا شده است. روش بررسی: در این مطالعه توصیفی 315 نفر از زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی شاهین شهر اصفهان بررسی شدند. روش نمونه گیری طبقه ای برای انتخاب مراکز بهداشتی-درمانی و تعیین سهمیه برای هر کدام از آنها و روش نمونه گیری آسان برای انتخاب زنان استفاده شد. ابزار تحقیق پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی گلدبرگ بود. سپس داده ها ی گردآوری شده با نرم افزار SPSS و آزمون آماری کای دو تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها: نتایج نشان داد 44/8% زنان باردار مشکوک به اختلالات روانی بوده اند که به ترتیب شامل اختلال عملکرد اجتماعی 26%، اختلال اضطرابی 18/62%، اختلال جسمانی سازی 17/5% و اختلال افسردگی 16% می شد. بین سلامت روانی زنان باردار با یافته های دموگرافیک آنان ارتباط معنی داری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ). نتیجه گیری: نتایج پژوهش گویای پایین بودن وضعیت سلامت روانی زنان باردار است. بنابراین آگاهی مراقبان بهداشتی از تغییرات وضعیت سلامت روان زنان باردار برای برنامه ریزی و اقدامات مراقبتی مناسب به منظور ارتقای سلامت روانی دوران بارداری مهم است.

کلید واژه ها: سلامت روان، بارداری، زنان

\* نویسنده مسئول: مرجان مردانی حموله، پست الکترونیکی: [mardanimarjan@gmail.com](mailto:mardanimarjan@gmail.com)

نشانی: تهران، میدان توحید، خیابان نصرت شرقی، دانشکده پرستاری، تلفن: 66591888 (021)، نمابر: 66591888

وصول مقاله: 89/4/30، پذیرش مقاله: 89/6/12

## مقدمه

سلامت روان، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می کند و عبارت است از رفتار همسو با جامعه، پذیرفتن واقعیت های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها. آمارها نشان می دهند 12/3% زنان در سنین 18-24 سالگی به مشکلات روانی به ویژه افسردگی مبتلا می شوند (1). در این میان یکی از گروه های حساس جامعه برای ارزیابی وضعیت سلامت روان، زنان باردار هستند. دوران بارداری، اگرچه برای اکثر زنان یک دوره مسرت بخش است، اغلب یک دوره پرسترس و همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی نیز به حساب می آید. به علاوه بروز یک رشته ناراحتی ها و مشکلات در این دوره شایع است که اثرات قابل ملاحظه ای بر وضعیت روانی آنان خواهد داشت مثل تهوع و استفراغ های مکرر، خستگی، دردهای ناگهانی که حتی در یک بارداری طبیعی این گونه مشکلات توانایی زن را برای انجام نقشهای معمول زندگی تغییر می دهد (2). نتایج یک مطالعه نشان داد که بارداری با تغییرات قابل ملاحظه ای در وضعیت سلامت روانی و سلامت فیزیکی زنان همراه است و عملکرد اجتماعی در زنان باردار نسبت به سایر افراد جامعه در سطح پایین تری قرار دارد (3). اغلب زنان باردار ترس و نگرانی زیادی دارند و از اینکه چگونه با شرایط خود را وفق دهند دچار اضطراب می شوند که این امر در نوع خود مخاطراتی در پی خواهد داشت به طوری که بروز حالت خفگی جنین در زمان تولد بین زنان مضطرب وجود دارد و همچنین الگوهای غیر طبیعی ضربان قلب جنین، نمره آپگار پایین، افزایش مرگ و میر در زمان تولد و تولد نوزاد کم وزن از دیگر خطرات همراه اضطراب بارداری می باشند (4). بنابراین با توجه به آنکه زنان باردار یکی از گروه های حساس بهداشتی هستند و سلامت روان آنان، سلامت خانواده و جامعه را تضمین

می نماید و این زنان تربیت کنندگان فرزندان و نسل آینده می باشند، بررسی وضعیت سلامت روان آنها بسیار حائز اهمیت است و هدف از این مطالعه تعیین وضعیت سلامت روان زنان باردار بوده است. نتایج این تحقیق می تواند پایه ای برای تحقیقات بعدی باشد تا با مداخلات به هنگام برای پیشگیری از اختلالات روانی گام برداریم و نسل آینده سالمتری داشته باشیم.

## روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که به بررسی زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان شاهین شهر اصفهان در سال 1388 پرداخته است. جامعه پژوهش کلیه زنان باردار تحت پوشش مراکز فوق بود و نمونه شامل 315 نفر از آنان بوده است. روش نمونه گیری طبقه ای برای انتخاب مراکز بهداشتی و درمانی و تعیین سهمیه برای هر کدام از آنان و روش نمونه گیری در دسترس برای انتخاب زنان انجام شد. زنان باردار شرکت کننده در تحقیق تمایل به همکاری با محقق داشتند، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند و مشکل قابل توجهی که آنها را واجد بارداری پرخطر معرفی کند، نیز سابقه قبلی اختلالات روان نداشتند. ابزار گردآوری داده ها شامل 2 قسمت به این شرح بود: در قسمت اول به بررسی سن، سطح تحصیلات، شغل، سن ازدواج، سن بارداری و خواسته و ناخواسته بودن بارداری اقدام شد و قسمت دوم آن پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ بوده است. این پرسشنامه دارای 4 مقیاس فرعی است که هر مقیاس 7 عبارت دارد. این مقیاس ها عبارتند از نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی. شیوه نمره گذاری عبارات در طیف لیکرت 4 گزینه ای از صفر تا سه می باشد. در این ابزار اخذ نمره 23 و بالاتر از آن بیانگر اختلال در سلامت روان و کسب کمتر از این نمره گویای سلامت روان می

جدول شماره (1): مشخصات فردی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)	نتیجه آزمون (مجذور کای)
سن (سال)		
18-22	84 (26/7)	* $P=0/396$ ** $df=3$
22-26	195 (61/9)	
26-30	30 (9/5)	
بیشتر از 30	6 (1/9)	
سطح تحصیلات		
ابتدایی	95 (30/1)	$P=0/321$ $df=3$
راهنمایی	100 (31/7)	
دبیرستان	88 (28/1)	
دانشگاهی	32 (10/1)	
شغل		
خانه دار	255 (81)	$P=0/353$ $df=1$
شاغل	60 (19)	
سن ازدواج (سال)		
کمتر از 20	100 (31/7)	$P=0/412$ $df=2$
20-25	175 (55/7)	
25-30	40 (12/6)	
سن بارداری		
سه ماهه اول	135 (42/8)	$P=0/364$ $df=2$
سه ماهه دوم	120 (38/2)	
سه ماهه سوم	60 (19)	
رتبه بارداری		
اول	188 (59/8)	$P=0/284$ $df=2$
دوم	87 (7/6)	
سوم به بالا	40 (12/6)	
خواسته بودن بارداری		
خواسته	277 (88)	$P=0/236$ $df=1$
ناخواسته	38 (12)	

\*ارزش معنی داری \*\* درجه آزادی

باشد (با افزایش نمره، سطح سلامت روان کاهش می یابد). پرسشنامه مذکور دارای روایی و پایایی مطلوب می باشد به طوری که ویلیامز و همکاران در کشور انگلیس با انجام فراتحلیل بر 43 تحقیق که این ابزار را به کار برده بودند، به حساسیت 84% و ویژگی 82% اشاره نمودند (5). یعقوبی و همکاران نیز حساسیت 86/5% و ویژگی 82% و همچنین پایایی 88% به روش بازآزمایی را برای این پرسشنامه گزارش داده اند (6). اطلاعات از زنان باردار با سواد بالا به صورت خودایفا و از زنان کم سواد به صورت مصاحبه جمع آوری شدند و تحت نرم افزار Spss ویرایش 13 و آزمون آماری مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.  $P < 0/05$  نیز معنی دار لحاظ شد و ملاحظات اخلاقی در تمام طول تحقیق رعایت گردید.

#### یافته ها

یافته های حاصل از مشخصات فردی نمونه ها نشان داد که با آزمون کای دو بین گروههای مختلف تفاوت معناداری وجود نداشت (جدول 1). از نظر شیوع اختلالات روانی، 55/2% از زنان باردار سالم و 44/8% آنان مشکوک به اختلال روانی بوده اند که در این میان 26% زنان باردار از اختلال در عملکرد اجتماعی، 18/62% از اضطراب، 17/5% از نشانه های جسمانی و 16% از افسردگی رنج می بردند. همچنین میانگین نمرات نمونه ها در حیطه های مختلف سلامت روان، در جدول 2 نمایان است. دیگر یافته ها نشان داد بین مشخصات فردی زنان باردار با سلامت روان آنان مطابق آزمون آماری مجذور کای رابطه معنی دار وجود نداشته است ( $P > 0/05$ ).

جدول شماره (2): میانگین و انحراف معیار حیطه های سلامت

روان زنان باردار

حیطه های سلامت روان	میانگین و انحراف معیار
عملکرد اجتماعی	7/63±4/8
اضطراب	6/59±5/1
نشانه های جسمانی	4/12±4
افسردگی	3/18±2/6

### بحث

نتایج این تحقیق نشان داد 44/8% زنان باردار در معرض انواع اختلالات سلامت روان می باشند. جانسون و همکار وی بیان می دارند، سلامت روان زنان در دوران بارداری تحت اثر عواملی مثل احساس در مورد هویت زنانگی، زندگی زناشویی، خانواده همسر و نیز احساسش در مورد توافقات و تضادها، ارتباط جنسی، خواستن و نخواستن کودک است. همچنین بارداری و زایمان، جسم و روان زن را به طور اجتناب ناپذیری تحت تاثیر قرار می دهند (7). نتایج مطالعه دیگری نشان داد 2 تا 6 درصد زنان باردار دچار علائم حاد و شدید اعصاب و روان می شوند به طوری که یک زن در طول بارداری و بعد از زایمان نسبت به دو سال قبل از بارداری حدود 20 برابر بیشتر از سایر اوقات نیاز به بستری شدن به دلیل اختلالات روانی دارد (8). با این حال طی پژوهشی تاثیر بارداری بر سلامت روان زنان در مراحل قبل، حین و بعد بارداری بررسی شد. در مطالعه مذکور 324 زن در طی مراحل ذکر شده با همان تعداد زن باردار که در 3 سال متوالی بارداری نداشتند، مقایسه شدند. نتایج به دست آمده، نشان داد که تفاوتی در شیوع و بروز اختلالات شایع روانی بین دو گروه وجود نداشت و نتایج کلی حاکی از آن بود که گرچه اختلالات رایج سلامت روان در طی دوران بارداری و بعد از آن شایع است ولی زنان باردار و تازه زایمان کرده در معرض خطر بیشتری نسبت به آنها که باردار

نبوده یا زایمان نداشته اند، ندارند (2) این مطالعه با مطالعه ما همخوانی ندارد. لذا یافته های این تحقیق بیانگر اختلال در عملکرد اجتماعی زنان باردار به میزان 26% بود. در مطالعه ای 18/62% زنان باردار از اضطراب رنج برده اند. مصلی نژاد و همکاران با بررسی 214 زن باردار، بیان داشته اند که 90% زنان باردار دارای درجاتی از اضطراب بوده اند (9). سالاری و همکار وی نیز به مطالعه سلامت روان زنان پرداختند و میزان اضطراب آنان را 12/5% گزارش نمودند (10). یافته های مطالعه ای دیگر به این صورت بود که عمده ترین موارد مرتبط با اضطراب بارداری، نگرانی در مورد نقش مادری، نگرانی در خصوص تغییرات بدنی و نگرانی در مورد فقدان حمایت های اجتماعی بوده اند (11). نتایج مطالعه ای در همین خصوص گویای آن بود که در دوران بارداری زن شروع به صحبت با جنین خود می نماید و نگران رشد و تکامل جنین خود است. ممکن است زن حس کند کنترل شخصیتی وی جهت حل مشکلات کاهش یافته است در نتیجه حس انزوا و کاهش فعالیت های اجتماعی همراه با کاهش تماسهای روزانه فرد، توان اجتماعی زن را به طور کلی نقصان می دهد و زمینه مشکلات روانی در حیطه عملکرد اجتماعی را در دوران بارداری فراهم می نماید (12).

در مطالعه ما نشان داد که 17/5% از زنان از نشانه های جسمانی در دوران بارداری خود در عذاب بودند. در بررسی سالاری و همکار هم شکایات جسمانی زنان به میزان 11/3% گزارش شد (10). دیگر نتایج تحقیق حاضر بیان داشت میزان افسردگی زنان باردار به میزان 16% بوده است. نتایج دیگر تحقیقات بیانگر شیوع بالای افسردگی در سه ماهه اول بارداری بوده است و عوامل مهم دخیل در آن را سابقه قبلی افسردگی، مشکلات زناشویی، مرگ عزیزان و تفکر

این راه بودند و بدون همیاری آنها اجرای این تحقیق امکان پذیر نبوده است، صمیمانه سپاسگزاریم.

## References

- 1) Hobel C, Culhane J. Role of psychosocial and nutritional stress on poor Pregnancy outcome. *J Nutr* 2003; 133(5):709-17.
- 2) Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth*. 2006; 33(4):297-302.
- 3) Hass JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, Escobar GJ. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med*. 2005; 20(1):45-51.
- 4) Ryding EL, Wirefelt E, Wangborg IB, Sjogren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. *Acta obstet Gynecol Scand*. 2007; 86(7):814-20.
- 5) Williams P, Wilkinson G, Rawnsley K. The scope of epidemiological psychiatry. London; 1989.
- 6) یعقوبی، ن.، نصر، م.، شاه محمدی، د. بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات روانی در صومعه سرای گیلان. مجله اندیشه و رفتار. 1375. دوره 2 شماره 4. صفحات 55 تا 65.
- 7) Johnson RC, Salade P. Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *J Psychosom obstet Gyn* 2003; 24:1-14.
- 8) Punamaki RL, Repokari L, Vilks S, Poikkeus P, Tiitineu A, Sinkkoneu J, Tulppala M. Maternal mental health and medical predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: does former infertility matter? *Infant Behav Dev*. 2006; 29(2):230-42.
- 9) مصلی نژاد، ل.، خشتی، ع.، غلامی، ا.، بررسی سلامت روانی دوران بارداری و عوامل روانشناختی آن. مجله دانشگاه علوم پزشکی جهرم. 1387. دوره 5، شماره 5. صفحات 22 تا 29.
- 10) سلاری، ح. بصیری مقدم، ک.، بررسی سلامت روانی زنان جوان و نوجوان شهر گناباد. مجله افق دانش. 1383. دوره 16. صفحات 104 تا 110.
- 11) Cheung W, IP WY, Chan D. Maternal anxiety and feeling of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*. 2007; 23(2):123-30.
- 12) Pesonen AK, Raikkonen K, Strandberg TE, Jarvenpaa AL. Continuity of maternal stress from the pre- to the postnatal period: associations with infants positive, negative and overall temperamental activity. *Infant Behav Dev*. 2005; 28(1):36-47.

مداوم در مورد اختلال در توانایی زن برای اقدامات خودمراقبتی در طول بارداری دانسته اند (13). در تحقیق مصلی نژاد و همکاران 94% زنان باردار در جاتی از افسردگی را گزارش داده اند (9). در مطالعه چیونگ از 10 نفر زن باردار 1 نفر از افسردگی در دوران بارداری رنج می برد (11). در مطالعه سالاری و همکار نیز افسردگی زنان در حد 19/2% بوده است (10). به نظر می رسد گوناگونی نتایج به دست آمده در این تحقیق و سایر تحقیقات مشابه به دلیل متعدد بودن محیط فرهنگی و اجتماعی واحد های مورد بررسی باشد.

در این مطالعه بین مشخصات فردی واحدهای مورد مطالعه با سلامت روان آنان رابطه معنی دار آماری مشاهده نشد. این در حالی است که در مطالعه مصلی نژاد و همکاران بین خواسته و ناخواسته بودن بارداری با سطح سلامت روان زنان رابطه معنی دار مشاهده شد به این صورت که زنان دارای بارداری ناخواسته از سلامت روان پایین تری برخوردار بودند (9). در نتایج مطالعه دیگری نیز اشاره شد زنان باردار دارای سطح تحصیلات پایین تر افسردگی بیشتر داشته اند (14). در مطالعه چیونگ و همکاران نیز بین اضطراب مادران باردار و سن آنها رابطه عکس دیده شد یعنی مادران سنین بالاتر اضطراب کمتری داشتند (11).

## نتیجه گیری

با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی در میان واحدهای پژوهش، لزوم اهمیت مراقبت های روانی دوران بارداری به همراه مراقبت های جسمی آنان محرز می گردد تا با شناسایی مادران مستعد به این گونه اختلالات، از بروز اختلالات در آنها طی مراحل مختلف بارداری پیشگیری نمود.

## تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همگی زنان باردار شرکت کننده در تحقیق که با توجه به وضعیت خاص خود یاریگر ما در

14) Logsdon MC,Mc,McBride AB,Birkimer JC.Social support and postpartum depression.Res Nurs Health.2007 ;17(6):449-57.

13) میرمحمدلی،م. خاکباز،ز. کاظم نژاد،ا. عباس زاده،ف. مقایسه افسردگی و کیفیت زندگی در زنان باردار پرخطر و طبیعی. مجله حیات.1386. دوره 13 . شماره 1 . صفحات 35 تا 42.

## Mental Health Status of Pregnant Women Referring to Shahinshahr Health Care Centers

Marjan Mardani Hamuleh (MSc) <sup>\*1</sup>, Ehteram Ebrahimi (MSc) <sup>2</sup>

<sup>1</sup>PhD student of nursing, Tehran University of Medical Sciences, <sup>2</sup> MSc of General Psychology, Kermanshah university of Medical Sciences

---

### Abstract

**Background and Objective:** The pregnancy period has been conceptualized as a time of vulnerability for the women who should adjust to new difficulties and concerns. The present study aimed at determining the mental health status of pregnant women.

**Material and Methods:** In this descriptive study, 315 pregnant women covered by Shahinshahr health care centers were assessed. We used stratified sampling method for choosing health care centers and allocated the participants by using a sampling fraction in each of the centers. The instrument was standard questionnaire of GHQ. Then the data were analyzed by Chi Square (SPSS soft ware).

**Results:** the findings show that 44.8% of pregnant women are suspected to have mental disorders, including social dysfunction (26%), anxiety disorder (18.26%), somatization disorder (17.5%) and depressive disorder (16%). There is no significant difference between mental health of pregnant women and their demogeraghic findings ( $P>0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the results, the mental health in pregnant women is not satisfactory, therefore; it is important for primary care providers to be aware of changes in mental health status of pregnant women to help them promote their mental health.

**Keywords:** Mental health, Pregnancy, Women

---

\* **Corresponding Author:** Marjan Mardani Hamuleh (MSc), **Email:** [mardanimarjan@gmail.com](mailto:mardanimarjan@gmail.com)