

مقایسه سلامت روان و رضایت زناشویی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته در شهر اهواز

دکتر میر صلاح الدین عنایتی*
فرشته عبد الرحمی**

چکیده

پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه ای (پس رویدادی) بوده و به منظور مقایسه سلامت روان و رضایت زناشویی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته شهر اهواز انجام گرفته است. در این پژوهش ۱۵۰ زن باردار با روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش عبارتند از آزمون فهرست تجدید نظر شده علایم روانی SCL-90-R و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) انجام گرفت. یافته‌های حاصله از این پژوهش نشان داد بین سلامت روانی زنان با بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین رضایت زناشویی با بارداری خواسته و ناخواسته در سطح $p < 0/05$ تفاوت معنی‌داری نشان داد.

کلید واژگان: سلامت روانی، رضایت زناشویی، بارداری خواسته، بارداری ناخواسته.

مقدمه

روانی خاص این دوران باید رعایت شود. مسلم است که بارداری زن بر نحوه روابط زناشویی او با همسرش تاثیر خواهد گذاشت. البته سلامت و رضایت زناشویی نیز بر حاملگی همسر بی تاثیر نمی باشد. (کانینگهام^۱ و همکاران، ۱۹۹۷؛ ترجمه اشتیاقی و همکاران، ۱۳۷۶).

بیشتر مدارک تحقیقی حاکی از این است که

دوران بارداری یک زن بسیار حساس و مهم است. روزهای بارداری با دیگر روزهای زندگی بسیار متفاوت می باشد. هر زنی، بی شک روزی حاملگی را تجربه خواهد کرد و به امید مادر شدن این سختی‌ها را به جان خواهد خرید، لیکن آنچه مهم می نماید این است که بهداشت جسمانی و

1 Kunningham

* عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اهواز

** کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

این مقاله برگزیده از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم فرشته عبد الرحمی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد.

کودکی و نوجوانی از الگوهای سالم و خانواده منظم و متعادلی برخوردار بوده اند زندگی زناشویی متعادل تر و موفقیت آمیزتری خواهند داشت (نوابی نژاد، ۱۳۷۶) یکی از عواملی که از طریق پژوهش های مبتنی بر تحلیل عوامل در سازگاری رضامندی زوجی به دست آمده است عبارت از روابط جنسی است، رابطه جنسی زن و شوهر مهمترین علل تعیین کننده زندگی زناشویی است، در هیچ بخشی از روابط زناشویی، معنای رمزی و نمادین تا این اندازه فعال و نقش آفرین نیست، چه دلوپسی های مربوط به این مساله می تواند زن و شوهر را به سوی اختلال در روابط جنسی سوق دهد (شریف نیا، ۱۳۸۰)

برقراری ارتباط موثر با طرف مقابل، عدم عصبانیت، حفظ استقلال فردی زن و مرد ضمن مشارکت با هم، ارزش قایل شدن به خواسته ها و علایق همسر، همراهی و همدلی، داشتن اهداف و آرمان مشترک، قبول سختی ها و آمادگی برای مواجهه با مشکلات زندگی و کنار هم بودن در روزهای خوشی و سختی و تاکید و توجه بر نکات مثبت شخصیت همسر، ابراز دوستی و اهمیت دادن به یکدیگر را از عوامل در استمرار زندگی مشترک و رضایت زن و مرد، دانسته اند (صافی، ۱۳۷۴). ارتباط صحیح کلامی و غیر کلامی اساس یک زندگی زناشویی موفق است. زن و مردی که از داشتن، یک ارتباط صحیح با یکدیگر و دیگر افراد خانواده محروم هستند، دارای نشانه های رفتاری ویژه ای می باشند که از جمله آنها می توان به موارد زیر اشاره کرد: یاس، نومییدی و درماندگی زن یا شوهر، وجود تعارض بین زن و شوهر، داشتن انواع مشکلات در زمینه های مالی، جنسی، رفتاری، نرخ پایین و تقویت یکدیگر، نبود رضایت و خشنودی از زندگی زناشویی شکایت و انتقاد از یکدیگر و غیره که سرانجام سلامت روانی افراد خانواده را مورد

ارضای نیازهای عاطفی موجب سلامت، سازگاری و موفقیت می شود و به عکس عدم ارضاء یا ارضاء ناقص نیازهای عاطفی ممکن است سبب بروز اختلالات، عدم سازگاری و عدم موفقیت شود (نوابی نژاد، ۱۳۷۶). نقش خانواده در سلامت روانی اعضای آن گسترده است. خانواده می تواند به بهداشت جسمی و سلامت روانی اعضای خود کمک کند، خانواده اولین موفقیت اجتماعی است که می تواند اثری ثمر بخش در بهداشت روانی فرد داشته باشد. (قائمی، ۱۳۶۸)

لوینسون^۱ (۱۳۶۲ نقل از میلانی فر، ۱۳۷۴) سلامت روانی را این گونه تعریف کرده است: سلامت روانی عبارت است از اینکه فرد چه احساسی نسبت به خود، دنیای اطراف، محل زندگی و اطرافیان دارد، مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در قبال دیگران دارد. چگونگی سازش وی بادر آمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویشتن.

دوبوس^۲ (۱۹۶۸ نقل از میسنس و بان^۳، ۱۹۸۵ ترجمه جانقربانی ۱۳۷۳) معتقد است که سلامت روان را نباید به عنوان حالت آسایش ایده آل که از طریق حذف کامل بیماری به دست می آید در نظر گرفت، بلکه سلامتی روشی برای زندگی است که از طریق آن انسان نا کامل بتواند در مواجهه با این دنیای نا کامل بدون اینکه متحمل درد و ناراحتی بشود به موفقیت هایی هم دست پیدا کند.

افراد پیوسته در معرض یادگیری و افزایش تجربه هستند، علایق، فعالیت ها و دیگر ویژگی های فرد یکنواخت نمی ماند. از آنجا که شخصیت فرد تغییر می کند ماهیت روابط او با دیگران نیز تغییر می یابد. مطالعات نشان می دهد زن و مردی که در دوره

1 Levinson

2 Dubos

3 Missence

تهدید قرار می دهد (نوبی نژاد، ۱۳۷۶).
 حاملگی یکی از دوران های با اهمیت زندگی زنان است، زیرا زن از یک سو احساس مفید بودن کرده و از جهت دیگر با تغییر جسمی و روحی مواجه می شود که نمی توان به سادگی از کنار آن گذشت، چه با تغییرات خفیف این دوران، بیماری های شدید روانی را به دنبال داشته باشد زیرا در حاملگی تغییرات مهمی از نظر تشریحی، فیزیولوژی و روانی - اختصاصی به وجود می آید. تطابق با این همه تغییرات مشکل است و می توان حاملگی را یک دوره بحرانی از زندگی زن به شمار آورد و آن را یک استرس محسوب کرد (نصیری، ۱۳۷۹).

بارداری و دوران نفاس گاهی به حدی با اضطراب همراه است که منجر به روان پریشی (پسیکوز) می گردد (کایننگهام، ۱۹۹۷؛ ترجمه اشتیاقی، ۱۳۷۶) امروزه رشته ای فوق تخصصی به نام روان شناسی بهداشت و سلامت زنان وجود دارد که به موضوعات روانی مربوط به سلامت زنان از دیدگاه پیشگیری و درمان می پردازد. روان شناسی زنان شامل مفاهیم پست فمینیست^۱ با تاکید بر نقش های اجتماعی بین فردی و منحصر به فرد زنان است (رایان^۲، ۱۹۹۹، ترجمه قاضی ج هانی، ۱۳۸۰).

آبستنی و زایمان در نقش یکی از بحران های سه گانه زندگی همانند بلوغ و ازدواج اهمیت داشته و قابل بررسی است. بارداری نیز مانند هر بحران دیگر دو گروه تغییرات عمده جسمی و روانی را در بر دارد و کمک به سلامت مادران در گروه درک این تغییرات و اثرات متقابل آنهاست که در افراد مختلف تابلوی بالینی متفاوت ایجاد می کند. (مارویونه، ترجمه ایراندوست، ۱۳۷۸).

محمدپور و قبادی (۱۳۸۰) در یک مطالعه توصیفی

- تحلیلی در ۲۴۱ زن با حاملگی ناخواسته که به مراکز بهداشتی درمانی شهری یا خانه های بهداشت مراجعه می کردند به بررسی علل حاملگی های ناخواسته و تعیین نیازهای آموزشی پرداختند. نتایج این پژوهش که در شهرستان گناباد انجام شده بود نشان داد، که در ۹/۳۶ درصد زنان حاملگی ناخواسته ناشی از عدم استفاده از وسایل یاروش های پیشگیری مناسب بوده که به دلایلی مانند: مغایرت استفاده آن با اعتقادات آنها، در دسترس نبودن امکانات، مخالفت همسر، زایمان اخیر و شیردهی نامرتب و بیماری های رحم بوده است. تحقیقی با عنوان رابطه بین رضایت از ازدواج و افسردگی مادران و ارتباط این متغیرها با سازگاری فردی اجتماعی و عملکرد تحصیلی فرزندان دختر دوره راهنمایی آنان در شهرستان اهواز در سال ۱۳۷۷ توسط شریف نیا انجام شد. آزمودنی ها در این پژوهش ۲۱۰ نفر از مادران بودند. یافته ها نشان می دهد بین رضایت از ازدواج و افسردگی مادران رابطه منفی وجود دارد و نیز میان افسردگی مادران و سازگاری فردی - اجتماعی دختران دوره راهنمایی آنان همبستگی منفی موجود است.

در سال ۱۳۸۷ عوامل مرتبط با اختلال روابط زناشویی در دوران بارداری توسط حسن زهرایی و همکاران در شهر اصفهان مورد ارزیابی قرار گرفت. ۳۸۵ زن در سه ماهه سوم حاملگی به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه کردند. ابزار کار پرسشنامه ای مشتمل بر ۵ بخش بود نتایج نشان داد ۶۸٪ زنان مورد پژوهش در دوران حاملگی اختلال روابط زناشویی داشتند. عوامل فردی - اجتماعی و فیزیولوژیک، میزان آگاهی جنسی و عوامل روانی جنسی در حاملگی و سابقه مشکلات روابط زناشویی قبل از حاملگی با روابط زناشویی دوران بارداری ارتباط داشت. در سال ۱۳۷۷ پژوهشی به هدف بررسی عوامل تنش زا در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز

1 Post-feminist

2 Rayan

به سرطان پستان باعث می شود آنها و شوهرانشان سلامت جسمانی و روانی نداشته باشند.

زل کووتیز و میل^۲، (۱۹۹۶) به بررسی سلامت روان و کیفیت زندگی زناشویی در یک گروه از همسران پرداختند که زنان اختلالات روان شناختی پس از زایمان داشتند و آن را با گروه کنترل که همسران آنها اخیراً زایمان داشته اما دچار اختلالات پس از زایمان نبودند، مقایسه نمودند. هفته های ۶ و ۹ پس از زایمان هر دو گروه گروه زوج ها تحت مصاحبه روان شناختی قرار گرفتند و از نظر علایم روان شناختی، رضایت زناشویی پس از تولد کودک اندازه گیری شدند.

شاخص های همسران، علایم بیشتر و نمره های پایین تر عملکرد در مقیاس های تشخیصی را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشان می دهند، و شاخص های مردان، نارضایتی زناشویی بیشتر و تغییرات بیشتر را در امور عادی زندگی و تفریحی و صمیمیت با همسران خود نسبت به گروه کنترل نشان می دهد.

مارکز و چکل^۳ (۱۹۹۶) به منظور دستیابی به این حقیقت آیا در زنان با حمایت زناشویی و سابقه اختلالات خلقی، احتمال برگشت اختلالات در دوران پس از زایمان وجود دارد، به مصاحبه با ۶۳ زوج در هفته ۳۶ حاملگی پرداختند، ۳۶ نفر از نفر از این زنان سابقه یک اختلال خلقی را داشته اند و ۲۷ زن دیگر سابقه قبلی نداشتند و نیز تاریخچه بیماری های نوروتیکی، رضایت از روابط زناشویی و نگرش به مسایل جنسی، حاملگی و نقش والدینی در هر دو گروه زنان و شوهران بررسی شد.

اطلاعات با سابقه مسایل روانی نشان می دهد که زنان با سابقه مسایل روانی که در ۶ ماه پس از زایمان

مراقبت های قبل از تولد شهر مشهد توسط فیروزی و سالاری انجام گرفت. این پژوهش توصیفی به روی ۱۸۰ خانم باردار واجد شرایط از طریق فرم مصاحبه پژوهشگر ساخته مشتمل بر عوامل تنش زا گردآوری شده در هفت حوزه انجام شد.

یافته های حاصله نشان می دهد، تنش های دوران بارداری به ترتیب اولویت عبارت از حوزه سلامت، شغلی، تصور دیگران نسبت به فرد، محیطی، شخصی و خانوادگی، مذهبی و مالی بودند. شدیدترین عوامل تنش زا در حوزه سلامت و شغلی قرار داشتند. به علاوه نتایج نشان داد ۷/۱۶ درصد از مادران تنش شدید، ۷/۶۹ درصد تنش متوسط و ۶/۱۳ درصد تنش خفیف داشتند و بین نمره تنش با سطح تحصیلات مادر، شاغل بودن، میزان رضایت ازدواج، رتبه حاملگی، تعداد زایمان، میزان رضایت از حاملگی، میزان حمایت اجتماعی و میزان حمایت همسر تفاوت معنی دار وجود داشت.

بران^۱ (۲۰۰۴) انگیزه تولد نوزادان را پس از بهبودی سرطان پستان مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه ۳۰ زن نجات یافته از سرطان پستان و ۱۳ نفر از شوهرانشان با ۲۸ زن سالم و ۱۵ تن از همسران آنها مقایسه شدند.

مطالعه شامل سوالات کمی و کیفی بود و اندازه گیری ها شامل دموگرافی مسایل پزشکی، درمانی، پرسشنامه تجدید نظر شده انگیزه های والدینی، مقیاس رضایت زناشویی اتریچ و فهرست مختصر علایم سرطان، مقیاس رویدادی و سوالات تعدیل روانی پس از سرطان، بودند.

زنان رها شده از سرطان پستان و شوهران آنها که توافق زناشویی داشتند انگیزه منفی بیشتری برای تولد کودک گزارش کرده اند، زیرا تهدید دوباره

2 Zekowitz & Milet

3 Marks & Checkly

1 Braun

- برگشت اختلالاتی نداشتند شوهرانی داشتند که نسبت به گروه با خطر بالای برگشت و گروه زنان سالم دید مثبت تری نسبت به همسران خود داشتند. انتقاد کردن از شوهر در زنان با رضایت زناشویی کمتر، دیده می شد.
- نتایج نشان می دهد زنان با نگرش مثبت شوهران و با رضایت هم باردار می شوند، از مسئله حاملگی راضی هستند و از توقعات جنسی در روابط زناشویی خود لذت می برند.
- سیستو^۱ (۲۰۰۱، نقل از زهرایی (۱۳۸۰) به منظور این که بررسی کند ویژگی های شخصیتی مثل افسردگی، ترس و اضطراب درباره حاملگی و زایمان و نیز زمینه اجتماعی - اقتصادی، تا چه حد زایمان بد و احتمال افسردگی پس از زایمان را پیش بینی می کند. تعداد ۲۱۲ زن برای اندازه گیری خصوصیات شخصیتی، فاکتورهای اقتصادی، اجتماعی و رضایت زناشویی قبل و بعد از هفته ۳۰ بارداری و نیز ۲ و ۳ ماه پس از زایمان را مورد پرسش قرار داد.
- نتایج نشان می دهد افسردگی در حاملگی هایی که زود اتفاق می افتند، یک زایمان بد را پیش بینی کرده و یک پیش بینی قوی برای ایجاد افسردگی پس از زایمان است. لذا هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه سلامت روان (و مولفه های آن) و رضایت زناشویی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته در شهر اهواز دبود.
۳. بین وسواس - اجبار زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت وجود دارد.
۴. بین افسردگی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت وجود دارد.
۵. بین حساسیت در روابط بین فردی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت وجود دارد.
۶. بین اضطراب زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت وجود دارد.
۷. بین پرخاشگری زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت وجود دارد.
۸. بین ترس مرضی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت وجود دارد.
۹. بین افکار سوء ظن زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت وجود دارد.
۱۰. بین روان پریشی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت وجود دارد.
۱۱. بین رضایت زناشویی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان باردار شهر اهواز بودند که در سال ۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفتند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که مراکز بهداشتی - درمانی شهر اهواز که محل مراجعه زنان باردار برای مراقبت های دوران بارداری^۲ می باشند. در نمونه گیری شرکت داده شدند، با توجه به اینکه معاونت بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اهواز شهر اهواز را به دو منطقه شرق و غرب تقسیم نموده است و کلیه مراکز بهداشتی درمانی این مناطق

فرضیه های پژوهش

۱. بین سلامت روانی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت وجود دارد.
۲. بین شکایت جسمانی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت وجود دارد.

فهرست تجدید نظر شده علائم روانی^۱ SCL90-R استفاده گردید.

پرسشنامه مذکور شامل ۹۰ سوال می باشد و نخستین بار توسط دراگوتیس، لیپمن و کووی^۲ (۱۹۷۳) معرفی شد و بعدها بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل های روانشناختی مورد تجدید نظر قرار گرفت و نسخ تجدید نظر شده نهایی آن توسط دراگوتیس، مورو، فیتینگ و هالند^۳ (۱۹۸۴)، نقل از یعقوبی، (۱۳۸۲) انتشار یافت.

در اگوتیس و ریکلز و راک (۱۹۷۶) در یک تحقیق دو پرسشنامه فهرست تجدید نظر شده علائم روانی و پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا (MMPI) را محاسبه نمودند که دامنه همگی آنها بین ۷۳٪ تا ۳۶٪ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ معنی دار بوده اند.

در تحقیق حاضر ضرایب پایایی فهرست تجدید

توسط دو مرکز بهداشتی درمانی شرق و غرب اداره می شود پس از مشخص شدن تمامی مراکز، مراجعه کنندگان به درمانگاه های مذکور به صورت تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند که از این میان ۱۲۰ آزمودنی (۶۰ زن باردار خواسته و ۶۰ زن باردار ناخواسته) پرسشنامه ها را تکمیل نمودند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

- ۱) پرسشنامه تجدید نظر شده علائم روانی SCL90-R (سلامت روان)
- ۲) پرسشنامه رضایت زناشویی Enrich (انریچ)
- ۳) فهرست تجدید نظر شده علائم روانی (SCL90-R)

در این پژوهش، برای سنجش سلامت روانی، از

جدول ۱. ضرایب پایایی فهرست تجدید نظر شده علائم روانی SCL90-R

در پژوهش حاضر

ضرایب پایایی		مقیاس
تضعیف	آلفای کرونباخ	
۰/۷۷	۰/۸۲	شکایت جسمانی
۰/۸۲	۰/۸۲	وسواس
۰/۶۹	۰/۷۹	حساسیت در روابط بین فردی
۰/۸۵	۰/۸۶	افسردگی
۰/۷۵	۰/۷۸	اضطراب
۰/۷۰	۰/۶۸	پر خاشگری
۰/۷۴	۰/۷۷	ترس مرضی
۰/۷۷	۰/۷۸	افکار پارانوئید
۰/۷۵	۰/۷۶	روانپریشی
۰/۹۳	۰/۹۶	کل سلامت روانی

1 Symptom Checklist 90-Rvised

2 Deragotis, Lipeman & Covey

3 Deragotis, Morrow, Fetting & Halland

نظر شده علائم روانی با روش « آلفای کرونباخ » و «تضییف» محاسبه گردید، که نتایج آن در جدول ۱ نشان شده است.

مقیاس سنجش رضایت زناشویی انریچ^۱ برای بررسی میزان رضایت زناشویی از پرسشنامه سنجش رضایت زناشویی انریچ استفاده شده است. این پرسشنامه به عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات متعددی برای بررسی رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. تهیه کنندگان این

SCL90-R در تحقیق حاضر، کاملاً مطلوب می باشد و با نتایج پژوهش های قبلی، هماهنگی دارد.

جدول ۲. میانگین انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره کل سلامت روانی گروه های بارداری ناخواسته و خواسته

شاخص های آماری متغیر	گروه	میانگین	انحراف	حداقل	حداکثر	تعداد
کل سلامت روانی	باردار ناخواسته	۸۰/۸۲	۴۳/۷۹	۱۷	۲۰۶	۶۰
	باردار خواسته	۶۲/۰۳	۳۴/۶۸	۴	۶۹	۶۰
شکایت جسمانی	باردار ناخواسته	۱۴/۴۸	۸/۵۱	۰	۳۷	۶۰
	باردار خواسته	۱۲/۶۲	۷/۸۸	۰	۳۵	۶۰
وسواس اجبار	باردار ناخواسته	۸/۵۵	۶/۱۷	۱	۲۹	۶۰
	باردار خواسته	۵/۵۹	۴/۵۱	۰	۱۷	۶۰
افسردگی	باردار ناخواسته	۱۳/۷۷	۸/۶۶	۲	۳۵	۶۰
	باردار خواسته	۹/۱۷	۶/۵۵	۰	۳۳	۶۰
حساسیت در روابط بین فردی	باردار ناخواسته	۸/۳۷	۵/۵۴	۰	۲۳	۶۰
	باردار خواسته	۵/۷۴	۴/۳۱	۰	۲۰	۶۰
اضطراب	باردار ناخواسته	۹/۸۲	۶/۰۸	۱	۲۷	۶۰
	باردار خواسته	۷/۲۴	۵/۴۵	۰	۲۴	۶۰
پرخاشگری	باردار ناخواسته	۳/۸۲	۳/۳۷	۰	۱۵	۶۰
	باردار خواسته	۲/۶۴	۲/۳۷	۰	۱۰	۶۰
ترس مرضی	باردار ناخواسته	۳/۵۵	۴/۲۸	۰	۲۰	۶۰
	باردار خواسته	۲/۷۹	۲/۷۸	۰	۱۴	۶۰
افکار سوء ظن	باردار ناخواسته	۶/۴۲	۴/۴۲	۰	۱۶	۶۰
	باردار خواسته	۵/۶۰	۴/۲۴	۰	۱۷	۶۰
روان پریشی	باردار ناخواسته	۴/۷۰	۵/۰۱	۰	۲۰	۶۰
	باردار خواسته	۳/۴۷	۳/۹۷	۰	۱۹	۶۰

1 Enriching and Nurturing relationship Issues
Communication Happiness

لازم به توضیح است که میانگین بالا در متغیر سلامت روانی و ابعاد نه گانه آن با توجه به نحوه نمره گذاری پرسشنامه ۹۰ R-SCL بیانگر مشکلات بیشتر در سلامت روانی می باشد.

در متغیر شکایات جسمانی، میانگین و انحراف معیار گروه بارداری ناخواسته ۱۴/۴۸ و ۸/۵۱ و گروه بارداری خواسته ۱۲/۶۲ و ۷/۸۸ می باشد.

در متغیر وسواس - اجباری، میانگین و انحراف معیار گروه بارداری ناخواسته ۸/۵۵ و ۶/۱۷ و گروه بارداری خواسته ۵/۹۵ و ۴/۵۱ می باشد.

در متغیر افسردگی میانگین و انحراف معیار گروه بارداری ناخواسته ۱۳/۷۷ و ۸/۶۶ و گروه بارداری خواسته ۹/۱۷ و ۶/۵۵ می باشد، در متغیر حساسیت در روابط بین فردی، میانگین و انحراف معیار گروه بارداری ناخواسته ۸/۳۷ و ۵/۵۴ و گروه بارداری خواسته ۵/۷۴ و ۴/۳۱ می باشد.

در متغیر اضطراب، میانگین و انحراف معیار گروه بارداری ناخواسته ۹/۸۲ و ۶/۰۸ و گروه بارداری خواسته ۷/۲۴ و ۵/۴۵ می باشد.

در متغیر پرخاشگری، میانگین و انحراف معیار گروه بارداری ناخواسته ۳/۸۲ و ۳/۳۷ و گروه بارداری خواسته ۲/۶۴ و ۲/۳۷ می باشد.

در متغیر ترس مرضی، میانگین و انحراف معیار گروه بارداری ناخواسته ۳/۵۵ و ۴/۲۸ و گروه بارداری خواسته ۲/۷۹ و ۲/۷۸ می باشد.

در متغیر افکار سوء ظن میانگین و انحراف معیار گروه بارداری ناخواسته ۶/۴۲ و ۴/۴۲ و گروه بارداری خواسته ۵/۶۰ و ۴/۲۴ می باشد.

در متغیر روان پریشی، میانگین و انحراف معیار گروه بارداری ناخواسته ۴/۷۰ و ۵/۰۱ و گروه بارداری خواسته ۳/۴۷ و ۳/۹۷ می باشد.

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می شود میانگین و انحراف هر یک از گروه ها به ترتیب گروه

پرسشنامه اولسون و فرینر^۱ (۱۹۸۹)، نقل از لامی، (۱۳۷۹) هستند.

اولسون از این پرسشنامه برای رضایت زناشویی استفاده نموده و معتقد است که این مقیاس مربوط می شود به میانی که در طول دوره حیات آدمی رخ می دهد. سلیمانیان (۱۳۷۳) روایی همزمان پرسشنامه انریچ را با فرم اصلی آن ۵٪ محاسبه کرد و شریف نیا (۱۳۸۰) روایی آن را با پرسشنامه سازگاری زوجی FAD^۲ ۹۲٪ به دست آورد. اولسون (۱۹۸۹) پایانی پرسشنامه انریچ را با روش ضریب آلفای کرونباخ ۹۲٪ گزارش و سلیمانیان نیز با روش آلفای کرونباخ پایانی را ۹۳٪ محاسبه کرد.

در این تحقیق برای محاسبه ضرایب پایانی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده است که به ترتیب برابر با ۷۹٪ و ۷۷٪ می باشد.

یافته های پژوهش

یافته های این پژوهش در دو قسمت زیر ارائه می شوند.

الف) یافته های توصیفی:

یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص آماری مانند میانگین، انحراف معیار، حداکثر، حداقل و تعداد آزمودنی های نمونه می باشد.

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار هر یک از گروه ها در متغیر سلامت روانی به ترتیب، گروه بارداری ناخواسته ۸۰/۸۲ و ۴۳/۷۹ و گروه بارداری خواسته ۶۲/۰۳ و ۳۴/۶۸ می باشد.

میانگین گروه ها بیانگر آن است که گروه باردار خواسته نسبت به گروه باردار ناخواسته از سلامت روانی بالاتری برخوردارند.

1 Olson, Fournier & Drunkman

2 Family Adjustment Dyadic

بارداری ناخواسته ۹۷/۱۵۱ و ۳۴/۲۴ و گروه بارداری خواسته ۷۶-۱۷۵ و ۲۳/۶۰ می باشد. به نظر می رسد میانگین گروه های بیانگر آن باشد که گروه بارداری ناخواسته و گروه بارداری خواسته از لحاظ رضایت زناشویی تفاوت آشکاری داشته باشند.

ب) یافته های مربوط به فرضیه پژوهش:
در این بخش هر فرضیه همراه با نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آن ارائه می شود.

جدول ۳. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره رضایت زناشویی گروه های بارداری ناخواسته و خواسته

شاخص های آماری متغیر	گروه	میانگین	انحراف	حداقل	حداکثر	تعداد
کل سلامت روانی	باردار ناخواسته	۸۰/۸۲	۴۳/۷۹	۱۷	۲۰۶	۶۰
	باردار خواسته	۶۲/۰۳	۳۴/۶۸	۴	۶۹	۶۰

بین سلامت روانی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت معنی داری وجود دارد. بین رضایت زناشویی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته تفاوت معنی داری وجود دارد. همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می شود به عبارت دیگر با توجه به میانگین زنان با بارداری ناخواسته (۸۰/۸۲) نسبت به میانگین زنان با بارداری ناخواسته از سلامت روانی کمتری برخوردارند. بین دو گروه از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (سلامت روانی و رضایت زناشویی) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت،

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات سلامت روانی و رضایت زناشویی زنان با بارداری ناخواسته و خواسته

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه DF	اشتباه DF	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۱۹۴	۲	۱۱۷	۱۴/۰۴	۰/۰۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۰۶	۲	۱۱۷	۱۴/۰۴	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۲۴۰	۲	۱۱۷	۱۴/۰۴	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۲۴	۲	۱۱۷	۱۴/۰۴	۰/۰۰۰۱

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمره های سلامت روانی و رضایت زناشویی زنان با بارداری ناخواسته و خواسته

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	سطح معنی داری
سلامت روانی	۸۵۰۰/۸۳	۱	۸۵۰۰/۸۳	۵/۳۳	۰/۰۲۳
رضایت زناشویی	۱۶۲۸۶/۷۰	۱	۱۶۲۸۶/۷۰	۵/۳۳	۰/۰۰۰۱

جدول ۶. خلاصه تحلیل واریانس با اندازه های مکرر روی نه خرده مقیاس سلامت روانی و رضایت زناشویی زنان با بارداری ناخواسته و خواسته

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	سطح معنی داری
عامل * گروه ها	۲۶۹/۹۸	۸	۳۳/۷۵	۲/۰۴	۰/۰۳۹
خطا	۱۵۵۹/۹۴	۹۴۴	۱۶/۵۲	-	-

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی توکی دو گروه در نه خرده مقیاس سلامت روانی

خرده مقیاس	میانگین		تفاوت میانگین ها	سطح معنی داری
	زنان با بارداری ناخواسته	زنان با بارداری خواسته		
شکایت جسمانی	۱۴/۴۸	۱۲/۶۸	۱/۸۰	۰/۷۹۲
وسواس اجباری	۸/۵۵	۶/۶۳	۱/۹۲	۰/۴۶۶
افسردگی	۱۳/۷۷	۱۰/۴۳	۳/۳۴	۰/۰۱۷
حساسیت در روابط بین فردی	۸/۳۷	۶/۷۳	۱/۶۴	۰/۶۳۱
اضطراب	۹/۸۲	۷/۶۲	۲/۲۰	۰/۸۷۲
پرخاشگری	۳/۸۲	۲/۷۸	۱/۰۴	۰/۹۹۹
ترس مرضی	۳/۵۵	۳/۲۹	۰/۲۶	۰/۹۹۹
افکار سوء ظن	۶/۴۲	۵/۹۱	۰/۵۱	۰/۹۹۹
روان پریشی	۴/۷۰	۳/۸۷	۰/۸۳	۰/۹۹۹

است ولی از طرف زن باعث شادی و شغف و ارضاء خاطر استقبال می شود ولیکن با تغییرات

جسمی و رفتارهای زیادی ربه رو می شود.

مراقبت از سلامتی مادر در دوران حاملگی و جلوگیری از نگرانی ها، اضطراب ها و فشارهای روانی او ضروری است و رعایت بهداشت حاملگی از نیازهای اجتماعی مهم است که شامل موارد زیر می باشد:

(۱) ایجاد شرایط بهداشتی در طول حاملگی با حداقل ناراحتی جسمی و روانی و حداکثر رضایت خشنودی.

(۲) انجام زایمان در بهترین موقعیت ممکن، تولد نوزاد سالم و تامین سلامتی زن باردار و راهنمایی برای ایجاد تعادل پس از زایمان.

(۳) سست بودن روابط بین زن و شوهر در خانواده و فقدان دلبستگی به محیط خانواده و به طور کلی اختلالات در روابط زناشویی می تواند باعث انزجار و تنفر از حاملگی گردد (نصیری ۱۳۷۹).

بنابراین مسایل مربوط به سلامت روانی می بایست مد نظر باشند، بر اساس نظریه اتس^۱ (۱۹۸۹) سلامت روانی ۱۵ تا ۲۰ درصد زنان باردار، اشکالاتی دارد که می بایست نسبت به درمان آنها اقدام نمود.

شرایط خاصی نظیر اضطراب یا افسردگی ممکن است با افزایش خطر وقوع زایمان زودرس همراه باشند (پارلبرگ، ۱۹۹۶؛ کانینگهام، ۱۹۹۷؛ ترجمه اشتیاقی، ۱۳۷۶).

با توجه به موارد فوق الذکر و از آنجا که حدود نیمی از جمعیت جهان را زنان تشکیل می دهند و اغلب آنها در زندگی خود مادر

نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی ها، در جدول ۵ ارائه شده است.

لازم به توضیح است نمره بالای در پرسشنامه سلامت روانی بیانگر عدم سلامت و اختلال بیشتر است. همچنین بین دو گروه (زنان با بارداری ناخواسته و بارداری خواسته) از لحاظ رضایت زناشویی تفاوت معنی دار وجود دارد ($F=28/26$ و $P<0/0001$)، بنابراین فرضیه دوم نیز تأیید می گردد.

به عبارت دیگر با توجه به میانگین زنان با بارداری ناخواسته آنها از رضایت زناشویی کمتری برخوردارند.

همان طور که در جدول ۶ نشان داده شده است نسبت F تعامل (عامل \times گروه ها) برابر با $2/04$ ($P<0/039$) می باشد که این نسبت معنی دار است. معنی دار شدن تفاوت بین گروه ها با استفاده از تحلیل واریانس نشان نمی دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد لذا به دنبال این تحلیل، پی گیری توکی انجام شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

همان طوری که در جدول شماره ۷ مشاهده می شود بین زنان با بارداری ناخواسته و زنان با بارداری خواسته از لحاظ افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد، البته این تفاوت به نفع گروه زنان با بارداری خواسته می باشد.

بحث و نتیجه گیری

در طول عمر هر فرد مراحل حیاتی خاص وجود دارد که تاثیرات عمیقی بر زندگی فرد می گذارد از جمله حاملگی یکی از این دوران با اهمیت زندگی است، زیرا بارداری برای زن کامل نوعی تحقق حس تمامیت و کمال است و تولید مثل، ابدی بودن را ارضاء می کند و در شرایط معمولی با این که موفقیت استثنایی

اضافی حمل می کند او فرزند خود را دوست نخواهد داشت و این امر به صورت انزجار و تنفر از جنین بروز خواهد کرد زیرا احساسش به او می گوید این وضعیت به او تحمیل شده است. عدم تمایل او به بارداری ممکن است به صورت تهوع و استفراغ شدید بروز پیدا کند، با توجه به توصیفات مذکور مسلم است که سلامت روان و سایر مولفه های آن به جز (شکایت جسمانی و ترس مرضی و افکار سوء ظن و روانپریشی) در زنان با بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت خواهد داشت، می توان بیان کرد که شکایات جسمانی در هر دو گروه دیده می شود و ربطی به نوع بارداری نخواهد داشت و ترس مرضی نیز نمی تواند با انواع بار داری رابطه داشته باشد. همچنین جدول ۵ نشان دهنده این است که بین رضایت زناشویی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته در سطح ($P < 0/001$) تفاوت معنی داری وجود دارد.

بنابراین فرضیه دوم پژوهش تایید می شود این یافته بدین معناست که میزان رضایت از زندگی با بارداری ناخواسته متفاوت است. این نتیجه با پژوهش انجام گرفته در گذشته که ذیلاً ذکر شد همسو است. پژوهشی که توسط فیروزی و سالاری در سال (۱۳۷۷) روی ۱۸۰ زن باردار انجام شده است حاکی از آن است که عوامل تنش زای دوران بارداری با میزان رضایت از زندگی زناشویی و نیز رضایت از حاملگی یا ناخواسته بودن آن رابطه دارد.

در تبیین یافته فرضیه دوم لازم به ذکر است که طبق تحقیقات انجام شده زنی که بارداری وی از نوع خواسته باشد خود و همسرش هر دو برای حاملگی تصمیم گرفته و تمایل به این امر

شدن را تجربه می کنند، می بایست به این مسئله اشاره کرد که کوشش در جهت ارتقاء بهداشت روانی و جسمانی زنان خصوصاً در دروه بارداری می تواند به سالم سازی فضای خانوادگی کمک نماید و مسلم است کودکی که در محیط پر از مهر و محبت خانواده رشد کرده و شکوفا می شود در به وجود آوردن جامعه ای پویا و آباد سهیم خواهد بود.

نتایج به دست آمده از آزمون فرضیه اول و سایر فرضیه های فرعی مرتبط با آن با پژوهش های جهانمیری (۱۳۷۸) و براون و اوهایون و کافمن (۲۰۰۴) همسو می باشد. نتایج تحقیق جهانمیری و همکاران نشان می دهد سلامت روانی در زنانی که از بارداری خود پذیرش مثبتی دارند و زنانی که حاملگی خود را نپذیرفته اند و از آن رضایت ندارند با هم متفاوت است.

براون و همکاران نیز نشان داده اند میان سلامت روانی در زنانی که با توافق همسر خود باردار شده اند و زنانی که بدون تمایل باردار شده اند تفاوت وجود دارد.

در تبیین یافته های فرضیه اول و فرضیه های مرتبط می توان گفت: زنی که بارداری او خواسته است از مدتها قبل در انتظار حاملگی بوده و از بارداری خود خشنود و راضی است. خود را آماده مادر شدن نموده و با جنین خود رابطه عاطفی برقرار می کند و به نکات ضروری که هر زن بارداری باید بداند توجه خاص مبذول داشته و سعی می کند که بارداری خود را و تغییر در نقش های خانوادگی و اجتماعی را بپذیرد و مادری که دچار حاملگی ناخواسته شده است این مادر برایش مقبول و پسندیده نیست همواره این احساس را دارد که موجودی

داشته اند، یعنی هر دو با هم هماهنگی داشته و برای این رخداد رضایت خاطر داشته اند. آنها برای حاملگی برنامه ریزی کرده اند و در سختی ها و دشواری های این دوران یاور و شریک خواهند بود. و در بارداری ناخواسته وضع بدین طریق نخواهد بود.

این نوع باردار شدن معمولاً بدون خواست زوجین و بی برنامه رخ می دهد و نگرانی ها و مشکلات خود را در پی خواهد داشت و این بر میزان رضایت از زندگی زناشویی بی اثر نخواهد بود.

با توجه به یافته های این پژوهش باید در صدد بر آمد از راه های صحیح و اصولی به آموزش زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در خصوص پیشگیری از بارداری پیردازیم و

عوارض ناشی از یک بارداری ناخواسته را به طریق مختلف و با بهبود بخشیدن به روش های قدیمی به آنها یاد بدهیم.

مسئله متولی این امر در سطح کلان وزارت بهداشت درمان و آموزش می باشد و پس از آن واحدهای تابعه، که می بایست به این امر دقت نظر مبذول دارند، تا با بالا بردن سطح آگاهی زنان از وقوع حاملگی تلخ و ناخواسته و عواقب آن پیشگیری شود. یافته های این پژوهش برای مسئولان نظام آموزش دانشگاهی کشور راهکاری است که در دانشگاه ها از طریق توسعه و گسترش آموزش های پیش از ازدواج و مشاوره های قبل از آن آگاهی دانشجویان در این خصوص ارتقاء یابد.

منابع

- زهرایی، حسن (۱۳۸۰). روشنگر، شفیعی، کتابیون بشر دوست؛ نصر... ریحانی، میترا؛ جابری، پریش ارزیابی، عوامل مرتبط با اختلال روابط زناشویی در دوران بارداری، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی؛ درمانی قزوین، شماره ۲۰.
- حلم سرشت، پریش؛ دل پیشه، اسماعیل (۱۳۸۱)، پرستاری بهداشت جامعه (۱). تهران: انتشارات چهره، چاپ اول، جلد اول.
- جهانمیری، شهریانو (۱۳۸۱). بررسی ویژگی های اپیدمیولوژیک باردار مراجعه کننده به درمانگاه های زنان و زایمان شیراز که به غم بعد از زایمان مبتلا می باشند، مجموعه مقالات همایش سراسری پرستاری مامایی در بیماری های اعصاب، دانشگاه پرستاری و مامایی شاهد، انتشارات دانشگاه رایان، کنت جی، راس اس، بر کوویتز، رابرت ال، باربیری؛ آندریا، دونایف (۱۹۹۹)؛؛ اصول بیماریها و بهداشت زنان کیستنز، ترجمه: بهرام قاضی جهانی و روشنگر قطبی (۱۳۸۰). تهران انتشارات گلبن، چاپ دوم، ویرایش هفتم.
- شاملو، سعید (۱۳۸۳). بهداشت روانی، انتشارات شرکت سهامی چهره، چاپ ششم.
- شریدان، ح. ل، راد ماشر، س. ا. روانشناسی تندرستی (۱۹۹۵)، ترجمه: ابوتراب قبری و حسین شجاعی (۱۳۷۴). رشت: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان.

- شریف نیا، فریده (۱۳۸۰). رابطه بین رضایت از ازدواج و افسردگی مادران و ارتباط این متغیرها با سازگاری فردی اجتماعی و عملکرد تحصیلی فرزندان دختر دوره راهنمایی آنان در شهرستان اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- صافی، احمد (۱۳۷۴). خانواده متعادل. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان جمهوری اسلامی ایران، چاپ دوم.
- صدیقی، زهره (۱۳۸۰). بررسی تاثیرات افسردگی بر برخی پیامدهای بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر همدان سال پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری - دانشکده علوم پزشکی اهواز.
- فیروزی محبوبه، سالاری، پروین (۱۳۸۱). بررسی عوامل تنش زای بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز مراقبت های قبل از تولد شهر مشهد در سال (۱۳۷۷). پنجمین همایش سراسری دانشکده پرستاری و مامایی همدان.
- قائمی، علی (۱۳۶۸) تشکیل خانواده در اسلام، تهران، نشر امیری.
- کانینگهام، مک داندل؛ گنت - لونو، گیلستر؛ پ- هنکینز، کلارک (۱۹۹۱). بارداری و زایمان ویلیامز. ترجمه: رامین اشتیاقی و همکاران (۱۳۷۱). تهران، نشر اشتیاق، چاپ سوم، جلد اول تا سوم.
- لامی، نهالاد (۱۳۷۹). بررسی میزان رضایت از زندگی زناشویی زوجهای خویشاوند و غیر خویشاوند در شهر اهواز، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- ماریونه، کلران (۱۳۷۸). روان شناسی مادران. ترجمه: ایراندوست و شورای نویسندگان قانون. تهران: انتشارات قانون.
- میسنس، جان (۱۹۹۲). درآمدی بر اپیدمیولوژی. ترجمه: محسن جانقربانی، کرمان انتشارات خدمات فرهنگی کرمان (۱۳۷۳).
- محمد پور، علی؛ قبادی، فاطمه (۱۳۸۰) بررسی علل حاملگی های ناخواسته و تعیین نیازهای آموزشی زنان شهرستان گناباد جهت پیشگیری از آن، مجموعه مقالات همایش سراسری بهداشت خانواده دانشکده پرستاری و مامایی خرم آباد.
- منجم، رویا (۱۳۸۱) زن مادر. تهران: نشر مس، چاپ اول
- میلانی فر، بهروز (۱۳۷۴). بهداشت روانی. تهران انتشارات قومس
- نصیری، محمود (۱۳۷۹). بهداشت روانی بارداری و زایمان. تهران. نشر بشری.
- نوایی نژاد، شکوه السادات (۱۳۷۶). مشاوره ازدواج و خانواده درمانی. تهران انتشارات انجمن اولیا و مربیان جمهوری اسلامی ایران، چاپ چهارم
- یعقوبی، حمید (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین سلامت روان و سرسختی روان شناسی با رضایت شغلی بهورزان خانه های بهداشت شهری و روستایی تربت جام در سال ۱۳۸۲-۱۳۸۱، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

Brun , M., Hasson-ohayon L.perry S., Kaufinan.B., &Uziely,B.(2004).Motivation for giving birth

- after breast cancer. *psychooncology*, vol.13.
- Marks ,M., wieck.A., checkly ,S., & Kumra, C.(1996). How dose marriage protect women with histories of affective disorder from Saisro T., Salmela, Aro K., Nurni, J.E., & halmesmaki, E.(2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal Depression: A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80(1):39-45.
- Zelkowitz ,P., & Milet T.H.(1996). postpartum psychiatric disorders: their Relationship to psychological adjustment and marital satisfaction in the Spouses. *Journal Abnormal psychology*, 105(2), 28+285.

تاریخ وصول: ۸۷/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۸۸/۷/۲۸

Archive of SID