

## مقدمه

در طول حیات هر زن مراحل وجود دارد که تاثیرات عمیقی بر زندگی او برجای می‌گذارد؛ از جمله دوره حاملگی و پس از آن با تغییرات فیزیولوژیک و روانشناختی بسیار مهمی همراه است که علیرغم احساس لذت مادرشدن گاهی با تغییرات پاتولوژیک نیز همراه می‌گردد. دوران حاملگی پرسترس‌ترین دوران زندگی زن می‌باشد و شدت این استرس در سه ماهه سوم بیشتر است؛ حتی استرس ناشی از تولد اولین فرزند در جداول استرس روانی-اجتماعی، جزء استرس‌های شدید طبقه‌بندی می‌شود. بنابراین در این دوران امکان بروز حالت‌هایی مانند نوروز<sup>۱</sup>، افسردگی<sup>۲</sup>، اضطراب<sup>۳</sup>، ترس مرضی<sup>۴</sup> و اختلال وسواس<sup>۵</sup> زیاد است (۱).

برخی محققین معتقدند که حاملگی خود تجربه روحی مهمی است که سبب ایجاد تغییرات روانی زیادی در زن می‌شود. اغلب زنان متوجه تغییرات خلق و الگوی خوابشان می‌شوند و نسبت به تولد و نگهداری فرزند احساس دوگانه دارند و از زایمان و به دنیا آوردن کودک نابهنجار و از اینکه نتوانند مادر خوبی باشند ترس دارند. بدون حمایت کافی از سوی اعضای خانواده و فامیل یا اعضای کمیته پزشکی این ترسها افزایش می‌یابد یا اغراق‌آمیز شده و منجر به افسردگی و اضطراب می‌گردد (۲). افسردگی در دوران بارداری شایع‌تر بوده و برای مادر و جنین خطر بیشتری دارد و علایم آن شامل: خلق افسرده، از دست‌دادن علاقه یا لذت، یاس، پوچی و احساس بی‌ارزشی است. گاهی افسردگی آنچنان عمیق می‌شود که بیمار خود را بی‌پناه و آینده خود را تاریک و ناامیدکننده می‌انگارد و درچنین بحرانی است که ممکن است که منجر به مرگ مادر یا

کودک گردد (۳). اضطراب نیز بصورت احساس دلشوره منتشر، ناخوشایند و مبهم جلوه‌گر شده که اغلب علایم تحریک سیستم عصبی خودکار را به همراه دارد (۴). در زمینه اختلالات روانی دوران بارداری مطالعات متعددی صورت گرفته است و شیوع متفاوتی از افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات روانی گزارش شده است.

بطور مثال میزان شیوع اختلالات روانی با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)<sup>۶</sup> در سه ماهه اول حاملگی ۱۷٪ و سه ماهه سوم ۱۳٪ و شیوع افسردگی و اضطراب در طی بارداری از ۱۳/۵٪ تا ۴۲٪ گزارش شده است (۵-۱۱). همچنین در یک مطالعه شیوع اختلالات روانی ارتباط معنی‌داری با کم‌بودن سن مادر در حاملگی اول، ازدواج کمتر از یکسال، داشتن همسر بدون حمایت و تاریخچه سقط داشته است (۱۲).

نظر به اینکه میزان مولید در کشور ما ۲۲/۵ در هزار و میزان باروری عمومی ۱۰۰/۹ در هزار و میزان باروری کلی ۳/۳ در هزار می‌باشد (۱۳) و حاملگی و زایمان به عنوان یک بحران در زندگی زنان محسوب می‌شود، توجه به این پدیده فیزیولوژیک از اهمیت خاصی برخوردار است. امروزه در مراکز بهداشتی درمانی کشور، مراقبت‌های دوران بارداری تنها به مراقبت‌های جسمی محدود است و بهداشت روان مادران به دست فراموشی سپرده شده است؛ در حالی که سلامت جسم در گرو سلامت روان و سلامتی روان مادر ضامن سلامت خانواده و فرزندی است که بزودی متولد خواهد شد (۱). مراقبین بهداشتی از جمله افرادی هستند که قبل از زایمان آشنایی کاملی با مشکلات مادر باردار دارند و می‌توانند وضعیت سلامت روان آنان را بررسی نمایند؛ بنابراین لازم است در ابتدای حاملگی علاوه بر شرح حال بارداری، از نظر مسائل روانی نیز شرح حال تهیه شود تا زنان در معرض خطر در مراحل زودرس شناسایی شوند (۱۴). بنابراین نتایج این پژوهش که با هدف تعیین سلامت روان دوران بارداری و عوامل

1-Nevrose  
2-Depression  
3-Anxiety  
4-Phobia  
5-Obsessive-compulsive

6-General Health Questionnaire

(۱۹۷۲) برای غربالگری اختلالات روانی غیرروانپزشک طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴ خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است و در مطالعات مختلف شاخص‌های اعتبار آن مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و میزان حساسیت آن ۸۸-۸۴٪ و ویژگی آن ۷۹-۸۲٪ برآورد شده است (۱۷-۱۵). نقطه برش این پرسشنامه ۲۲ می‌باشد لذا افرادی که نمره کمتر از ۲۲ کسب نمودند جزء افراد سالم، و کسانی که نمره بیشتر از ۲۲ گرفته‌اند بیمار محسوب می‌شدند.

پرسشنامه مربوط به عوامل مستعدکننده، توسط پژوهشگر ساخته شد و عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت روان دوران بارداری با آن سنجیده شد. پرسشنامه شامل ۲۱ سوال بود که ۹ سوال مربوط به عوامل فردی، ۹ سوال مربوط به عوامل روانی و ۳ سوال مربوط به عوامل اجتماعی اقتصادی است. برای تعیین میزان

مؤثر بر آن صورت گرفت ما را با اختلالات روانی این دوران و عوامل مؤثر بر آنها در کشور آشنا می‌سازد و با توجه به اولویت پیشگیری بر درمان این مطالعه می‌تواند گامی مؤثر در جهت ارتقاء بهداشت روان مادران و فرزندان آنان باشد.

### مواد و روشها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است، که بر روی ۲۶۷ نفر زنان باردار مراجعه‌کننده برای انجام مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی، درمانی شهرکرد در طی سه ماهه اول حاملگی انجام شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه GHQ-28 و پرسشنامه مربوط به عوامل مستعدکننده فردی، روانی و اجتماعی- اقتصادی بود. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) توسط گلدبرگ

جدول ۱- مقایسه تغییرات عددی نمرات GHQ براساس نوع اختلال در سه ماهه اول، دوم و سوم در مراجعین به مراکز

بهداشتی، درمانی شهرکرد سال ۸۱-۱۳۸۰

P.value	T	بیمار		گروه	نوع اختلال
		X±SD	X±SD		
P<۰/۰۰۱	-۱۲/۲۷	۸/۹۱±۳/۱۴	۴/۱۱±۲/۳۷	سه ماهه اول	اختلال جسمانی
	-۱۵/۹۴	۷/۵۹±۲/۶۶	۲/۵۱±۱/۶۴		اضطراب
	-۱۰/۷۸	۹/۵۴±۲/۲۵	۶/۵۴±۱/۶۵		اختلال عملکرد
	-۷/۴۷	۳/۴۱±۲/۴۵	۱/۳۰±۱/۱۶		افسردگی
P<۰/۰۰۱	-۱۲/۲	۸/۰۳±۳/۰۷	۳/۴۸±۱/۸۹	سه ماهه دوم	اختلال جسمانی
	-۱۳/۲	۷/۷۴±۳/۱۲	۲/۷۲±۱/۹۵		اضطراب
	-۱۱/۰۲	۹±۲/۰۶	۶/۱۰±۰/۶۰		اختلال عملکرد
	-۷/۰۵	۳/۱۷±۳/۰۲	۱/۴۲±۱/۲۹		افسردگی
P<۰/۰۰۱	-۱۳/۷۹	۹/۹۷±۳/۷۸	۴/۲۸±۲/۳۴	سه ماهه سوم	اختلال جسمانی
	-۱۶/۹۲	۹/۰۴±۳/۴۲	۲/۸۴±۱/۹۵		اضطراب
	-۱۰/۸۰	۹/۵۹±۲/۷۷	۶/۳۳±۱/۷۲		اختلال عملکرد
	-۸/۸۲	۴۰/۳۰±۳/۳۳	۱/۳۳±۱/۳۱		افسردگی

جدول ۲- فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب وجود اختلال و متغیرهای فردی

P.value	بیمار		سالم		گروه	متغیرها
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق		
۰/۲۷	۶۰	۳	۴۰	۲	بی سواد	میزان تحصیلات
	۳۷/۹	۱۳	۶۲/۱	۱۸	ابتدایی	
	۴۱/۲	۲۱	۵۸/۸	۳۰	راهنمایی	
	۴۲/۵	۳۷	۵۷/۵	۵۰	دیپلم	
	۵۶/۷	۳۸	۴۳/۳	۲۹	دیپلم و بالاتر	
۰/۰۰۰	۷۰/۸	۳۴	۲۹/۲	۱۴	شاغل	شغل
	۴۰/۹	۷۶	۵۹/۱	۱۱۰	خانه‌دار	
۰/۷۷	۴۸/۱	۶۲	۵۱/۹	۶۷	اول	رتبه حاملگی
	۴۲/۹	۲۷	۵۷/۱	۳۶	دوم	
	۴۷/۹	۲۳	۵۲/۱	۲۵	سوم و بالاتر	
۰/۲۳	۴۴/۸	۹۰	۵۵/۲	۱۱۱	بلی	حاملگی ناخواسته
	۵۵/۲	۲۱	۴۴/۷	۱۷	خیر	
۰/۰۰۰	۴۲/۹	۹۶	۵۷/۱	۱۲۸	بلی	موافقت همسر با حاملگی
	۹۳/۸	۱۵	۶/۳	۱	خیر	
۰/۰۰۰	۵۱	۷۶	۴۹	۷۳	بلی	وجود بیماری جسمی در طول حاملگی
	۴۳/۷	۳۸	۵۷/۳	۵۱	خیر	
۰/۸۰	۵۰	۶	۵۰	۶	بلی	سابقه ناباروری
	۴۲/۷	۳۸	۵۳/۷	۱۲۳	خیر	
	۴۳/۸	۹۸	۵۹/۳	۱۲۶	علاقه‌مند	احساس نسبت به همسر
	۷۶/۹	۱۰	۲۳/۱	۳	بی‌احساس	
	۱۰۰	۴	۰	۰	تنفیر	
۰/۰۵	۴۵/۳	۱۰۱	۵۴/۷	۱۲۲	حمایت	رابطه همسر با زن
	۶۴/۷	۱۱	۲۵/۳	۶	عدم حمایت	

پرسشنامه GHQ مورد بررسی قرار گرفتند تا وضعیت سلامت روان آنان در دوران بارداری مشخص گردد (حدود ۴-۳ ماهگی، ۶-۷ ماهگی و ۹ ماهگی). پرسشنامه عوامل مستعدکننده نیز در پایان سه ماهه سوم توسط مادران تکمیل گردید. در ضمن زنانی که در طی مطالعه، حوادث ناگوار شدید مانند مرگ عزیزان را تجربه

روایی بودن این آزمون از اعتبار محتوی و برای کسب اعتماد علمی از روش آزمون مجدد استفاده گردید و پایایی آن ۹۵/۸٪ به دست آمد.

روش گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که زنان بارداری که برای انجام مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کردند، سه بار با

جدول ۳- توزیع تغییرات عددی واحدهای مورد پژوهش براساس احساس نسبت به همسر و جمع نمرات GHQ در مراجعین به مرکز بهداشتی، درمانی شهرکرد سال ۸۱-۱۳۸۰

P.value	X±SD	تعداد	پارامتر کمی	
			گروهها	
۰/۰۰۳	۲۲/۵۸±۱۱/۳۸	۲۲۴	علاقه مند	
	۲۹/۷۷±۱۲/۴۴	۱۳	بی احساس	
	۳۸/۲۵±۹/۷۱	۴	متنفر	

\*P&lt;۰/۰۱

T-Test و آزمون آنالیز واریانس) استفاده گردید.

نمودند جنین خود را یا سقط کردند از مطالعه حذف شدند.

## نتایج

برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS و روشهای آماری توصیفی و استنباطی (Chi-Square و

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میانگین سنی زنان

جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش براساس وجود بیماری متغیرهای روانی در مراجعین به مرکز بهداشتی، درمانی شهرکرد سال ۸۱-۱۳۸۰

P.value	بیمار		سالم		گروه	
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	متغیرها	
۰/۰۰۰	۵۸/۷	۲۷	۴۱/۳	۱۹	بلی	اختلاف زناشویی
	۲۸	۵۲	۷۲	۱۳۴	خیر	
۰/۰۱۸	۶۲/۸	۲۷	۳۷/۲	۱۶	بلی	اختلاف با دیگران
	۴۲/۹	۸۵	۵۷/۱	۱۱۳	خیر	
۰/۰۰۷	۴۴/۳	۹۳	۵۵/۷	۱۱۷	بلی	حمایت از سوی دیگران
	۶۱/۳	۱۹	۳۸/۷	۱۲	خیر	
۰/۰۰۸	۵۴/۳	۱۹	۴۵/۷	۱۶	بلی	حوادث استرس‌زا در یکساله اخیر
	۳۱/۲	۶۴	۶۸/۸	۱۴۱	خیر	
۰/۰۰۷	۷۵	۱۵	۲۵	۵	بلی	مشکلات روانی در طول حاملگی
	۵۳/۸	۱۰۹	۵۶/۵	۱۲۲	خیر	
۰/۳۴	۸۵/۷	۶	۱۴/۳	۱	بلی	سابقه بیماری روانی در زن
	۴۵/۳	۱۰۵	۵۴/۷	۱۲۷	خیر	
۰/۰۰۱	۷۶/۹	۲۰	۲۳/۱	۶	بلی	استرس دوران بارداری
	۴۲/۸	۹۲	۵۷/۲	۱۲۳	خیر	
۰/۴۲۰	۷۵	۹	۲۵	۳	بلی	سابقه فامیلی بیماری روانی
	۴۴/۹	۱۰۲	۵۵/۱	۱۲۵	خیر	

جدول ۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب بیماری و متغیرهای اجتماعی و اقتصادی در مراجعین به مرکز بهداشتی، درمانی شهرکرد سال ۸۱-۱۳۸۰

P.value	بیمار		سالم		گروه	
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	متغیرها	
۰/۳۰۲	۴۵/۱	۹۷	۵۴/۹	۱۱۸	بلی	رضایت از وضعیت اقتصادی
	۵۶	۱۴	۴۴	۱۱	خیر	
۰/۲۳	۴۴/۶	۸۲	۵۵/۴	۱۰۲	بلی	آموزش در طول بارداری
	۵۳/۷	۲۹	۴۶/۳	۲۵	خیر	
۰/۰۲۵	۴۳/۳	۶۵	۵۶/۷	۳۸	عالی	وضعیت خدمات بهداشتی
	۴۳/۳	۱۵	۵۶/۷	۸۵	خوب	
	۷۵	۱۵	۲۵	۵	متوسط	

اختلال عملکرد ۱/۵ برابر و اختلال افسردگی ۴ برابر افزایش نشان داده است (جدول شماره ۱). همچنین جداول فوق نشان می‌دهد که در طول بارداری بیشترین میزان اختلال مربوط به اختلال اضطراب و افسردگی است و از نظر آماری هم تفاوت میانگین نمرات تمامی حیطه‌ها در افراد بیمار و سالم معنی‌دار است ( $P < 0.001$ ). در رابطه با عوامل فردی مؤثر بر وضعیت سلامت روان آزمون آماری Chi-Square و فیشر نشان می‌دهند بین بیماری با شاغل بودن، عدم موافقت همسر با حاملگی، وجود بیماری جسمی در طول حاملگی ( $P < 0.001$ )، احساس نسبت به همسر ( $P < 0.01$ ) رابطه شوهر با همسر ( $P < 0.05$ ) رابطه معنی‌داری وجود دارد. ولی با میزان تحصیلات، رتبه حاملگی، حاملگی ناخواسته و سابقه ناباروری رابطه معنی‌داری دیده نشد؛ استفاده از آزمون دانکن نشان داده است که جمع نمرات GHQ آنهایی که به همسرشان علاقمند می‌باشند کمتر از کسانی است که از همسرشان متنفرند یا نسبت به وی بی‌احساس هستند. (جدول شماره ۲ و ۳).

در رابطه با عوامل روانی آزمون آماری Chi-Square نشان می‌دهد که بین بیماری با اختلاف زناشویی، استرس در طول بارداری ( $P < 0.001$ )، حوادث استرس‌زا

باردار شرکت‌کننده در مطالعه  $24/9 \pm 5/73$  سال بود که این میانگین سنی در زنان بیمار  $25/66 \pm 4/17$  می‌باشد.  $33/9\%$  آنان تحصیلات دیپلم داشتند و  $77/4\%$  آنان خانه‌دار بودند و  $50/2\%$  اولین حاملگی آنها بود. در رابطه با تعیین سلامت روان دوران بارداری نتایج نشان داد که شیوع اختلالات روانی در سه ماهه اول بارداری  $29/7\%$ ، سه ماهه دوم  $28/6\%$  و در سه ماهه سوم  $39/6\%$  بوده است. همچنین مقایسه تغییرات عددی نمرات بر اساس نوع اختلال در سه ماهه اول و نتایج آزمون (T-test) در مورد جمع نمرات GHQ در حیطه‌های مختلف در افراد سالم و بیمار نشان می‌دهد که میانگین نمرات اختلال جسمانی در زنان بیمار نسبت به زنان سالم ۲ برابر، اختلال اضطراب ۳ برابر، اختلال عملکرد ۱/۵ برابر و اختلال افسردگی ۳ برابر افزایش داشته است (جدول شماره ۱). در سه ماهه دوم میانگین نمرات اختلال جسمانی در زنان بیمار نسبت به زنان سالم ۲/۵ برابر، اختلال اضطراب ۳ برابر، اختلال عملکرد ۱/۵ برابر، و اختلال افسردگی ۳ برابر افزایش داشته است (جدول شماره ۱) و در سه ماهه سوم میانگین نمرات اختلال جسمانی در زنان بیمار نسبت به زنان سالم تقریباً ۲/۵ برابر، اختلال اضطراب ۴ برابر،

می‌گیرد؛ در حالیکه در کشورهای دیگر بخصوص در کشورهای توسعه یافته از همان ابتدای بارداری مادر را با فیزیولوژی حاملگی و زایمان و سایر مسایل آن آشنا می‌کنند و ارتباط عاطفی مناسب بین مادر و اعضای خانواده خصوصاً همسر و کادر بیمارستانی برقرار می‌شود. حتی در تمامی جلسات آمادگی، همسر نیز حضور دارد و همین مسئله برای مادر حمایت جدی محسوب می‌شود و باعث کاهش ترس و اضطراب او می‌گردد (۲۰).

همچنین نتایج حاصل از مطالعه شیوع اختلالات روانی را در سه ماهه سوم حاملگی بیشتر نشان داده است. Da-costa نیز استرسهای خاص دوران بارداری را در سه ماهه اول و سوم بالاتر و میزان اضطراب را در سه ماهه سوم بیشتر از سه ماهه اول و دوم گزارش نموده است (۲۱). یافته‌ها نیز نشان داده‌اند علاوه بر افسردگی و اضطراب اختلال جسمانی و اختلال عملکرد افراد بیمار هم نسبت به افراد سالم بالاتر بوده است.

Kelly نیز در تحقیق خویش نشان داده است زنان حامله‌ای که افسردگی یا اضطراب یا هر دو را دارند به طور قابل ملاحظه‌ای شکایات جسمی بیشتری را گزارش می‌کنند (۱۲). براساس نتایج Mckee (۲۰۰۱) زنان حامله افسرده دارای عملکرد پایین‌تری نسبت به زنان غیرافسرده می‌باشند (۲۲).

در رابطه با تعیین عوامل فردی مؤثر بر وضعیت سلامت روان دوران بارداری و رابطه آنها با یکدیگر نتایج نشان داده است که بین اختلالات روانی با عواملی مانند شغل، موافقت همسر با حاملگی، وجود بیماری جسمی دوران بارداری ( $P < / 0.01$ )، احساس کنونی نسبت به همسر و رابطه همسر با زن ( $P < / 0.05$ ) رابطه معنی‌داری وجود دارد. در همین زمینه می‌توان عنوان نمود که شاغل بودن و تعارضاتی که بین کار و نقش جدید مادری بوجود می‌آید می‌تواند تعادل روانی مادر را بر هم زند (۲۳). به علاوه موافق نبودن همسر با

در یکساله اخیر، مشکلات روانی در طول بارداری ( $P < / 0.01$ )، اختلاف با دیگران و سابقه بیماری روانی در زن و فامیل ( $P < / 0.05$ )، رابطه معنی‌داری وجود دارد. ولی با حمایت از سوی دیگران رابطه معنی‌داری دیده نشده است (جدول شماره ۴).

از نظر عوامل اجتماعی-اقتصادی آزمون آماری  $x^2$  نشان می‌دهد که بیماری با وضعیت خدمات بهداشتی رابطه معنی‌داری دارد ( $P < / 0.05$ )؛ ولی با وضعیت اقتصادی و آموزش مادر در طی بارداری رابطه معنی‌داری نشان نداد (جدول شماره ۵).

## بحث

یافته‌های پژوهش نشان داده است علیرغم شیوع بالای اختلالات روانی در دوران بارداری بیشترین شیوع، مربوط به سه ماهه سوم حاملگی است و شایعترین اختلالات در طول بارداری، افسردگی و اضطراب می‌باشد که با نتایج تحقیق Kitamura در ژاپن که شیوع اختلالات روانی دوران بارداری را در سه ماهه اول ۱۷٪ و در سه ماهه سوم ۱۳٪ گزارش نموده است و سایر تحقیقات که میزان شیوع افسردگی و اضطراب را در دوره حاملگی از ۱۳/۵٪ تا ۴۲٪ گزارش کرده‌اند متفاوت است (۱۱-۵). این تفاوت می‌تواند ناشی از اختلاف محیط فرهنگی- اجتماعی باشد؛ زیرا بررسی‌های انجام شده شیوع اختلالات روانی را در ژاپن ۹/۴٪ گزارش نموده است (۱۸)؛ در حالیکه در ایران این آمار ۲۱٪ گزارش شده و بالاترین میزان شیوع مربوط به استان چهارمحال و بختیاری ۳۸/۹٪ است (۱۹). بنابراین شاید این تفاوت به علت اختلاف محیط فرهنگی- اجتماعی و یا به این علت باشد که در کشور ما و در محیطی که پژوهش انجام شده اصولاً زنان از نظر روانی آمادگی لازم برای گذراندن دوره حاملگی، زایمان، دوره پس از زایمان و مراقبت از کودک را ندارند و در سه ماهه سوم و با نزدیک شدن زمان زایمان، ترس وجود آنها را فرا

در جدول استرس روانی- اجتماعی هولمز و راحه به عنوان استرسهای روانی- اجتماعی شناخته شده‌اند (۲۷). در رابطه با تعیین عوامل اجتماعی- اقتصادی مؤثر بر وضعیت سلامت روان و رابطه آنها با یکدیگر نتایج این مطالعه نشان داد بین اختلالات روانی دوران بارداری و عوامل اجتماعی- اقتصادی مانند وضعیت خدمات بهداشتی رابطه معنی‌داری وجود دارد که با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد (۲۵، ۲۸).

پس براساس یافته‌های پژوهش ایجاد برنامه‌های حمایتی و آموزشی در طی حاملگی و بعد از زایمان برای مادر و اطرافیان، تهیه شرح حال مناسب دوران بارداری، انجام مشاوره‌های روانشناختی، آموزش همسر و اطرافیان در جهت حمایت مادر و حفظ بهداشت روان در خانواده، شناسایی مادران تحت استرس و آموزش چگونگی تعدیل و مقابله با استرسهای دوران بارداری از جمله مواردی است که باید در برنامه‌های ارتقاء بهداشت روان مادران باردار گنجانیده شود. همچنین در این پژوهش اختلالاتی مانند مانیا، اسکیزوفرنیا و وسواس که بدنبال حاملگی گزارش شده بررسی نشده است؛ لذا پیشنهاد می‌گردد در آینده تحقیقاتی در مورد این اختلالات صورت گیرد.

#### تشکر و قدردانی

این طرح با پشتیبانی مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد اجرا گردیده است که بدینوسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خویش را اعلام می‌دارند. همچنین از زحمات کلیه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

حاملگی باعث بروز حالات هیجانی مانند خشم، ترس و اضطراب در مادر و باعث ایجاد افسردگی و اضطراب می‌گردد (۲۴). پس موافقت همسر با حاملگی زن، او را در گذراندن هیجانات حاملگی یاری می‌کند. همچنین شکایات جسمی دوران بارداری به عنوان نمادی از اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب بوده و باید مورد توجه واقع شوند (۱۱). نداشتن احساس علاقه نسبت به همسر نیز سبب بی‌علاقگی به حاملگی و بروز هیجانات روحی می‌شود (۲۴). پس احساس تنفر نسبت به همسر، زن را مستعد ابتلا به اختلالات روانی می‌کند. همچنین اگر رابطه همسر با زن به صورت حمایت‌کننده نباشد، باعث اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب می‌گردد. سایر تحقیقات نیز این نتیجه را تأیید کرده‌اند (۷، ۸، ۱۲). کیفیت روابط زن با همسرش نیز نگرش او را نسبت به حاملگی مثبت کرده و پذیرش حاملگی را برای زن آسان می‌کند (۲۴).

در رابطه با تعیین عوامل روانی مؤثر بر وضعیت سلامت روان دوران بارداری و رابطه آنها با یکدیگر نتایج نشان داده است که بین اختلالات روانی دوران بارداری و اختلافات زناشویی، استرس دوران بارداری ( $P < 0/001$ )، حوادث استرس‌زا در یک ساله اخیر و مشکلات روانی در طول حاملگی قبلی ( $P < 0/01$ ) و اختلاف با اطرافیان و سابقه بیماری روانی در زن و فامیل ( $P < 0/05$ ) رابطه معنی‌داری وجود دارد که با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد (۲۵، ۲۱، ۸).

در همین زمینه مطالعه Stein نیز نشان داده است که مادران افسرده مشکلات اجتماعی و خانوادگی بیشتر، حوادث استرس‌زا در ۱۲ ماه گذشته، ارتباط منفی و مسائل و مشکلات مزمن اجتماعی چون ازدواج داشته‌اند (۲۶). مشاگره با همسر و مشکل با اطرافیان هم

## منابع

- 1- فروزنده نسرين. بررسی میزان شیوع و عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهری شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۷۶. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، خردادماه ۱۳۷۷.
- 2-Harris B., Lovett L., Smith J., Read G. Cardiff puerperal mood and hormone study III, postnatal depression at 5 to 6 weeks post partum and its hormonal correlates across the prepartum period. *Br J Psychiatry*. 1996; 168:739-44.
- ۳-کاپلان سادوک کرپ. خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری. ترجمه پورافکاری نصرت ا..... تهران، انتشارات شهرآب، ۱۳۷۵، ص ۴۵-۵۰.
- ۴-مجتهدی سید یوسف، کیانی کیانوش، قنبرپور مقدم رضا. روانپزشکی. تهران، انتشارات شهرآب، ۱۳۷۵، ص ۱۲۶-۲۳۹.
- 5-Kitamura T., Toda M.A., Shima S., Sugawara M. Validity of the repeated GHQ among pregnant women: a study in a Japanese general hospital. *Int J Psychiatry Med*. 1996;24(2):149-56.
- 6-Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S., Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001;323(7307):257-60.
- 7-Barnett B., Jeffe A., Duggan A.K., Wilson M.D. Depressive symptom, stress and social support in pregnant and post partum adolescents. *Arch pediat Adolesc Med*. 1996; 150:64-9.
- 8-Areias M.E.D., Kumar R., Barros H., Figueiredo E. Correlates of pre and postnatal depression in mothers and father. *Br J Psychiatry*. 1996;169:36-41.
- 9-Villanueva L.A., Perez F., Fayardo M.M., Fernando; Iglesias L. Sociodemographic factors associated with depression in pregnant adolescents. *Gyn Obs Mex*. 2000; 68:143-8.
- 10-Kurki T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., Maottila H., Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obs Gyn*. 2001;95 (4):487-90.
- 11-Kelly R.H., Russo Y., Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited?. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(3):101-103.
- 12-Abiodun O.A., Adetoro O.O., Ogunbode-O.O. Psychiatric morbidity in a pregnant population in Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry*. 1993;15(2):125-8.
- ۱۳-احمدی کامران. بهداشت اپیدمیولوژی آمار حیاتی. تهران، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده، ۱۳۷۶، ص ۷۶.
- ۱۴-کریمزاده محمدرضا. زایمان و بهداشت روانی. مجله پزشکی و جامعه، سال نهم، شماره ۲، ۱۳۷۲، ص ۹-۲۵.
- ۱۵-باقری‌یزدی سیدعباس، بوالهروی جعفر، پیروی حمید. بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۷۳، دانشگاه تهران. مجله اندیشه و رفتار. سال اول، شماره ۴، ۱۳۷۴، ص ۳۰-۳۹.
- 16-Goldberg D.P. Screening for psychiatric disorder. In Williams P 'Wilkson G' Rawnsley K. Edition, The cope of epidemiological psychiatry. London, Rout ledge, 1989;50-79.
- ۱۷-یعقوبی نورالله، نصر مهدی، براهنی محمدتقی، شاه محمدی داوود. بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهرستان صومعه سرا. مجله اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ۱۳۷۴، ص ۵۵-۶.
- 18-WHO. Mental health: new understanding, new hope. *World Health Report*. 2001;24.
- ۱۹-نوربالا احمدعلی، محمدکاظم، باقری یزدی سیدعباس، یاسمی محمدتقی. بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله پژوهشی حکیم، سال اول، شماره ۵، ۱۳۸۱، ص ۱۰-۲.
- 20-Burroughs Arlene. Maternity nursing : an introductory text. 7th Edition. 1997;118-9.
- 21-Da-Costa-D., Larouche J., Dritsa M., Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord*. 2000;9(1):31-40.
- 22-McKee M.D., Cunningham M., Jankowski K.R., Zayas L. Health related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi ethnic population. *Obs Gyn*. 2001;97 (6):988-93.
- ۲۳-ویلسون رابرت. مامایی و بیماریهای زنان، ترجمه کاظمی داریوش. تهران انتشارات دانش پژوه، ۱۳۷۴، ص ۵۶-۶۱.



۲۴-سیف سوسن. بهداشت روان دوران بارداری و وظایف همسر و جامعه. مجله اصول بهداشت روانی، سال اول، شماره ۲، ۱۳۷۸، ص ۸۶-۹۱.

25-Da-Costa D., Larouche J., Dritsa M., Brender W. Variations in stress levels over the course of pregnancy: Factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy specific stress. *J Psychsom Res.* 1999;47(6):609-21.  
26-Stein A., Dennis H., Janet B., Alison B. The

relationship between postnatal depression and mother child interaction. *Br J Psychiatry.* 1991; 158: 46-52.

۲۷-کوشان محسن، واقعی سعید. روان پرستاری. انتشارات انتظار. تهران، ۱۳۷۸، ص ۱۵۲-۵.

28-Lindyren K. Relationship among maternal fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnant. *Res Nurs Health.* 2001;24 (3):203-17.

Archive of SID