

رابطه بین سلامت روانی با کیفیت زندگی در زنان باردار

خدابخش کرمی^۱، افسانه مردانی^{۲*}

تاریخ وصول: ۹۱/۷/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: دوران بارداری به عنوان یک دوره آسیب پذیر در زنان تصور شده است که مادران را با مشکلات و دشواری های جدیدی رو به رو می نماید و این مشکلات ممکن است باعث اختلال در سلامت روانی و روند کیفیت زندگی آنان گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سلامت روانی با کیفیت زندگی زنان باردار انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، نمونه ها ۳۱۵ نفر از زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان شاهین شهر اصفهان بوده اند. روش نمونه گیری در دسترس برای انتخاب زنان مراجعه کننده به مراکز مذکور استفاده شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و کیفیت زندگی فرم ۳۶ سؤالی گرد آوری شد و با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری برای آزمون های آماری نیز کمتر از ۰/۰۵ لحاظ گردید.

یافته ها: حیطه عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با ۳ حیطه اضطراب ($p=0/004$)، اختلال در عملکرد اجتماعی ($p=0/001$) و افسردگی ($p=0/012$) از سلامت عمومی همبستگی معنی دار نشان داد. حیطه سلامت روانی از کیفیت زندگی تنها با حیطه علائم شبه جسمی از سلامت عمومی ارتباط معنی دار نشان داد ($p=0/02$) و در نهایت در حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطه اختلال در عملکرد اجتماعی از سلامت عمومی همبستگی معنی دار مشاهده شد ($p=0/01$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج پژوهش تأثیر مثبت سطح تحصیلات والدین و آگاهی خانواده ها را بر تغذیه و شاخص توده بدن را نشان می دهد؛ لذا توجه به افزایش آگاهی خانواده بر تغذیه دانش آموزان ضروری است.

واژگان کلیدی: سلامت روانی، کیفیت زندگی، بارداری.

مقدمه

در واقع، کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و در برگزیده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی فرد می باشد (۲). به بیان دیگر، دوران بارداری که یکی از مهمترین مراحل زندگی یک زن است، اگرچه برای اکثریت زنان یک دوره لذت بخش است؛ ولی اغلب یک دوره پراسترس و همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی نیز به شمار می آید، به طوری که بروز یک رشته ناراحتی ها و مشکلات در این دوره شایع است و این مشکلات اثرات قابل ملاحظه ای بر وضعیت روانی آنان خواهد گذاشت، مثل تهوع و استفراغ های مکرر، خستگی، دردهای ناگهانی که حتی در یک بارداری طبیعی نیز این گونه مشکلات توانایی زن را برای انجام نقش های معمول زندگی تغییر می دهد (۳). 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 (۴). 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

سلامت روانی یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع مختلف است و نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می کند (۱). در این میان یکی از گروه های حساس جامعه، زنان باردار هستند. در دوران بارداری تغییرات زیستی- شیمیایی، فیزیولوژیک زیادی در بدن زنان رخ می دهد. این تغییرات فراتر از کنترل آنان است و اولین تغییراتی محسوب می شود که آن ها را هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی، آسیب پذیر می کند. اگرچه بارداری یک وضعیت طبیعی است؛ اما یک دوره آسیب پذیر و استرس زا در زندگی زن محسوب می شود؛ زیرا در معرض شرایط جسمی، روانی و اجتماعی ناسازگاری قرار می گیرد و نیازهای جسمی و عاطفی وی افزایش می یابد. به علاوه در دوره بارداری، سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و در مجموع کیفیت زندگی زنان باردار دچار تغییرات زیادی می شود.

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران
 ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، شبکه بهداشت و درمان لالی دانشگاه علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسؤول) Email: afsanemardani@ymail.com

تضمین می نماید و این زنان تربیت کنندگان فرزندان و نسل آینده می باشند، بررسی وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی زنان باردار بسیار حائز اهمیت است و هدف از این مطالعه، تعیین ارتباط بین سلامت روانی زنان باردار با کیفیت زندگی آنها بوده است. نتایج این تحقیق می تواند پایه ای برای تحقیقات بعدی باشد تا با مداخلات به هنگام در جهت پیشگیری از اختلالات روانی و بهبود کیفیت زندگی زنان باردار گام برداشت و نسل آینده سالم تری داشت.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی و مقطعی بود که به بررسی زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان شاهین شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱ پرداخت. جامعه پژوهش کلیه زنان باردار تحت پوشش مراکز فوق بودند و نمونه شامل ۳۱۵ نفر از آنان بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ محاسبه شد. زنان باردار شرکت کننده در تحقیق تمایل به همکاری با محقق داشتند، دارای سواد خواندن و نوشتن بودند، مشکل قابل توجهی که آن ها را واجد بارداری پرخطر معرفی کند، نداشتند و دارای سابقه قبلی اختلالات روانی نیز نبودند. لذا زنانی که سابقه مشکلات روانی و زمینه ای داشتند، از مطالعه حذف شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل ۳ قسمت به این شرح بود: در قسمت اول به بررسی متغیرهای جمعیت شناختی نمونه ها شامل سن، سطح تحصیلات، شغل، سن ازدواج، سن بارداری، رتبه زایمان و خواسته و ناخواسته بودن بارداری اقدام شد. قسمت دوم آن، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ بود. این پرسشنامه دارای قابلیت سنجش سلامت روانی نیز می باشد و دارای ۴ مقیاس فرعی است که هر مقیاس ۷ عبارت دارد. این مقیاس ها عبارت اند از نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی. شیوه نمره گذاری عبارات در طیف لیکرت ۴ گزینیه ای از صفر تا سه می باشد. در این ابزار اخذ نمره ۲۳ و بالاتر از آن بیانگر اختلال در سلامت روان و کسب کمتر از این نمره، گویای سلامت روان می 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 ۴۳ تحقیق که این ابزار را به کار برده بودند، به حساسیت ۸۴٪ و ویژگی ۸۲٪ اشاره نمودند (۱۰). یعقوبی و همکاران نیز حساسیت ۸۶/۵٪ و ویژگی ۸۲٪ و همچنین پایایی ۸۸٪ به روش بازآزمایی را برای این پرسشنامه گزارش داده اند (۱۱). در تحقیق حاضر، پژوهشگران جهت تعیین روایی آن از روش روایی محتوا استفاده نمودند و مورد تأیید متخصصین حوزه

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 باشد (۵). به علاوه، وجود اضطراب، باعث پاسخ های نامناسب مادر نسبت به جنین در بارداری شده و باعث کاهش دلبستگی مادر به نوزاد می گردد. در نتیجه مادرانی که دلبستگی کمتری به جنین خود دارند، میزان اضطراب و افسردگی بیشتری دارند که این مشکلات می تواند منجر به عوارض نامطلوب بارداری شود (۶). از دیگر سو، زنانی که در طول بارداری اضطراب را تجربه کنند؛ بعد از زایمان در معرض خطر عدم تعادل هیجانی قرار می گیرند که می تواند بر ارتباط آن ها با نوزادشان اثر منفی بگذارد و سلامت روانی کودکان آنان را در دوران های تکاملی بعدی متاثر نماید تا آن جا که این کودکان را با مشکلات سلامت روانی در بزرگسالی مواجه خواهد نمود که این امر تأثیر عمیق مقوله سلامت روان را بر کل زندگی آنان نشان می دهد (۷). محققین معتقدند که بارداری همراه با اختلال در سلامت روان، موجبات ابتلای کودک به اسکیزوفرنی و اختلالات عاطفی را در آینده فراهم می سازد و خطر مشکلات رفتاری را در دوران اولیه کودکی افزایش می دهد (۸). از نگاهی دیگر، سلامت روانی مادر باردار تأثیر زیادی بر سلامتی جنین دارد و توجه نداشتن به وضعیت روانی مادر باردار می تواند با عواقب وخیمی همراه باشد، به عنوان نمونه: افسردگی در مادر باردار می تواند با مرده زایی، تصمیم به خودکشی و احتمال تولد نوزاد کم وزن همراه گردد. افزون بر آن، اختلال در سلامت روان مادر باردار، مانع مراقبت کامل او از خودش و جنین می گردد؛ لذا همه عوامل ذکر شده، می تواند توانایی زن را برای انجام دادن نقش های روزمره زندگی مختل نماید و کیفیت زندگی و سلامت روانی وی را تحت تأثیر قرار دهد. از طرفی، به نظر می رسد؛ بارداری علاوه بر ایجاد تغییرات قابل ملاحظه در وضعیت سلامت جسمی و روانی زنان، می تواند باعث کاهش عملکرد اجتماعی و سرزنده بودن آن ها نیز شود، به همین دلیل انتظار می رود که کیفیت زندگی و سلامت روانی در زنان باردار نسبت به زنان غیرباردار، در سطح پایین تری قرار داشته باشد (۹). نکته بسیار مهم در این میان آن است که براساس تجارب پژوهشگر، اگر چه در مراکز بهداشتی درمانی کشور، مراقبت های دوران بارداری انجام می شود؛ لیکن مرکز توجه این مراقبت ها بر مسائل جسمی زنان باردار است و در این مراکز کمتر به مسائل روانی و کیفیت زندگی زنان باردار می پردازند. در حالی که سلامت جسم در گرو سلامت روان و برخورداری از سطوح بالای کیفیت زندگی می باشد. بنابراین با توجه به مسائل مطرح شده و عنایت به آن که زنان باردار یکی از گروه های حساس بهداشتی و سلامت روان آنان، سلامت خانواده و جامعه را

حیطه های سلامت روانی همبستگی آماری معنی دار وجود نداشت. در مقابل در حیطه های عملکرد اجتماعی و عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با حیطه اختلال در عملکرد اجتماعی از سلامت روانی و حیطه سلامت روان از کیفیت زندگی با حیطه علایم شبه جسمی از سلامت روانی همبستگی وجود داشت (جدول شماره ۳). مطابق آزمون مجذور کای در خصوص متغیرهای جمعیت شناختی زنان باردار و ارتباط آن با کیفیت زندگی و سلامت روان، بین حیطه های این دو متغیر با مشخصات جمعیت شناختی زنان تفاوت آماری معنی دار وجود نداشت.

جدول (۱): متغیرهای جمعیت شناختی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد	درصد
سن (سال)	۱۸-۲۲	۲۶/۷
	۲۲-۲۶	۶۱/۹
	۲۶-۳۰	۹/۵
سطح تحصیلات	بیشتر از ۳۰	۱/۹
	ابتدایی	۳۰/۱
	راهنمایی	۳۱/۷
	دبیرستان	۲۸/۱
شغل	خانه دار	۱۰/۱
	شاغل	۸۱
سن ازدواج (سال)	کمتر از ۲۰	۱۹
	۲۰-۲۵	۳۱/۷
	۲۵-۳۰	۵۵/۷
سن بارداری	سه ماهه اول	۱۲/۶
	سه ماهه دوم	۴۲/۸
	سه ماهه سوم	۳۸/۲
رتبه بارداری	اول زا	۱۹
	چندزا	۵۹/۸
خواسته بودن بارداری	خواسته	۴۰/۲
	ناخواسته	۸۸
		۱۲

روانشناسی قرار گرفت. پایایی آن نیز توسط پژوهشگران با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. قسمت سوم ابزار، پرسشنامه کیفیت زندگی فرم ۳۶ سئوالی بوده است که در بردارنده ۸ مقیاس یا مفهوم می باشد و شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات عاطفی، درد جسمی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سرزندگی و درک سلامت عمومی می باشد. شیوه پاسخگویی به سئوالیات پرسشنامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی بلی - خیر (بسته پاسخ) تا طیف لیکرت ۶ درجه ای متغیر است. روایی این ابزار نیز به شیوه روایی محتوا اخذ گردید و پایایی آن هم به روش بازآزمایی ۰/۸۴ به دست آمد. مطالعات دیگری نیز در ایران پایایی این ابزار را به همین روش در سطح مطلوب گزارش نموده اند (۱۲ و ۱۳). شایان ذکر است برای نخستین بار، روایی و پایایی شکل فارسی این ابزار توسط دکتر منتظری و همکاران در ایران سنجیده شده است (۱۳). اطلاعات از زنان باردار با سواد بالا به صورت خود ایفا و از زنان کم سواد به صورت مصاحبه توسط خود پژوهشگر جمع آوری شد. پژوهشگران با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت از زنان باردار به گرد آوری اطلاعات اقدام نمودند، به همین منظور، پژوهشگر در خصوص اهداف مطالعه برای نمونه ها توضیحات لازم را ارائه داد و نمونه ها در خصوص مشارکت در پژوهش آزاد بودند و به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه نزد پژوهشگر خواهد ماند. تحلیل اطلاعات نیز با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون مجذور کای و ضریب همبستگی اسپیرمن) تحت نرم افزار SPSS ویرایش ۱۳ انجام شد. $p < 0/05$ نیز معنی دار لحاظ گردید.

یافته ها

متغیرهای جمعیت شناختی زنان باردار در جدول شماره ۱ ملاحظه می گردد. در خصوص وضعیت سلامت روانی زنان باردار، میانگین نمره اختلال در عملکرد اجتماعی (۱۲/۳۷) از سایر حیطه ها بیشتر بود. در زمینه وضعیت کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه نیز بیشترین میانگین نمره (۸۷/۲۷) به حیطه درک سلامت عمومی و کمترین میانگین نمره (۶۶/۲۸) به حیطه محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی تعلق داشت (جدول شماره ۲). یافته ها در مورد ارتباط میان حیطه های کیفیت زندگی با حیطه های سلامت روانی نشان داد که کیفیت زندگی زنان باردار تحت تأثیر سلامت روانی آنان بوده است. در حیطه های محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی، درد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی، درک سلامت عمومی و سرزندگی از کیفیت زندگی با

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار حیطه های سلامت روانی و کیفیت زندگی در زنان باردار

متغیر	حیطه ها	میانگین	انحراف معیار
سلامت روانی	علایم شبه جسمی	۱۰/۳۷	۲/۶
	اضطراب	۱۱/۹۳	۲/۲
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۲/۳۷	۱/۸
	افسردگی	۸/۶۲	۱/۶
کیفیت زندگی	عملکرد فیزیکی	۷۰/۸۶	۲۴/۲
	عملکرد اجتماعی	۷۶/۴۸	۲۱/۸۲
	محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	۶۷/۹۸	۳۵/۷۷
	درد جسمی	۷۷/۴۹	۱۶/۸۴
	سلامت روانی	۶۷/۲۹	۱۷/۷۰
	محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی	۶۶/۲۸	۱۷/۶۳
	درک سلامت عمومی	۸۷/۲۷	۳۱/۰۴
	سرزندگی	۷۱/۰۲	۱۷/۱۷

جدول (۳): همبستگی میان حیطه های کیفیت زندگی با حیطه های سلامت روانی

کیفیت زندگی	سلامت روانی	علائم جسمی	اضطراب	اختلال در عملکرد اجتماعی	افسردگی
عملکرد فیزیکی	$P=0/18$ $R=-0/14$	$P=0/18$ $R=-0/14$	$P=0/04$ $R=-0/2$	$P=0/01$ $R=-0/42$	$P=0/12$ $R=-0/26$
عملکرد اجتماعی	$P=0/1$ $R=-0/17$	$P=0/14$ $R=-0/15$	$P=0/14$ $R=-0/15$	$P=0/1$ $R=-0/2$	$P=0/42$ $R=-0/08$
سلامت روانی	$P=0/02$ $R=-0/24$	$P=0/37$ $R=-0/09$	$P=0/19$ $R=-0/41$	$P=0/19$ $R=-0/13$	$P=0/16$ $R=-0/14$
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	$P=0/16$ $R=-0/32$	$P=0/19$ $R=-0/41$	$P=0/19$ $R=-0/41$	$P=0/12$ $R=-0/25$	$P=0/11$ $R=-0/28$
درد جسمی	$P=0/15$ $R=-0/22$	$P=0/12$ $R=-0/35$	$P=0/12$ $R=-0/35$	$P=0/19$ $R=-0/34$	$P=0/17$ $R=-0/26$
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی	$P=0/27$ $R=-0/18$	$P=0/16$ $R=-0/31$	$P=0/16$ $R=-0/31$	$P=0/25$ $R=-0/14$	$P=0/22$ $R=-0/22$
درک سلامت عمومی	$P=0/14$ $R=-0/34$	$P=0/11$ $R=-0/44$	$P=0/11$ $R=-0/44$	$P=0/16$ $R=-0/33$	$P=0/12$ $R=-0/32$
سرزندگی	$P=0/40$ $R=-0/23$	$P=0/18$ $R=-0/33$	$P=0/18$ $R=-0/33$	$P=0/19$ $R=-0/33$	$P=0/21$ $R=-0/08$

* $P < 0/05$ معنی دار می باشد.

سلامت روان؛ نتایج نشان داد که حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطه عملکرد اجتماعی سلامت روان و حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی با علایم شبه جسمی سلامت روان همبستگی معکوس داشته است. در واقع، از آن جا که زنان باردار اختلال عملکرد فیزیکی داشته اند، این امر بر احساس سلامت فیزیکی و کیفیت زندگی آنان سایه افکنده است و موجب اثر متقابل بر سلامت روان این گروه شده است. در این جا ذکر این نکته لازم است که سلامت روان زنان در دوران بارداری تحت تأثیر اثر عواملی مثل: احساس در مورد هویت زنانگی، زندگی زناشویی، ارتباط با خانواده همسر و احساس زن در مورد توفقات

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، بیشترین تأثیر منفی در حیطه های سلامت روانی زنان باردار به ویژه در حیطه عملکرد اجتماعی آن ها بوده است. بعد از حیطه عملکرد اجتماعی نیز حیطه های اضطراب، علایم شبه جسمی و افسردگی دارای بیشترین اختلال بوده اند. یافته های مطالعه حاضر نشان داد که بارداری اثر منفی بر عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی زنان داشته است. به علاوه، در مورد ارتباط حیطه های کیفیت زندگی با

مضطرب به طور معناداری پایین تر از نوزادان متولد شده از مادران غیرمضطرب است (۲۲). یافته های فوق، بیانگر ضرورت توجه بیش از پیش به وضعیت سلامت روان زنان باردار می باشد.

از سوی دیگر با عنایت به لزوم برخورداری از سطوح بالای کیفیت زندگی در زنان باردار، عباس زاده و همکاران ۶۰۰ زن باردار و غیرباردار را مورد بررسی قرار دادند و در نتایج تحقیق اظهار داشتند که مشکلات جسمانی زنان باردار نسبت به زنان غیرباردار در سطح بالاتری قرار داشته است و این زنان از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند (۱۲). در بررسی سالاری و همکاران هم شکایات جسمانی زنان به میزان ۱۱/۳٪ گزارش شد (۱۸). به طور مشابهی، در مطالعه شیشه گر و پیمان نیز کیفیت زندگی در بعد جسمی کاهش شدید نشان داده است (۲۳). نتیجه مطالعه دیگری نیز نشان داد که اختلال در وضعیت سلامت روانی زنان باردار می تواند به طور کلی بر کیفیت زندگی آنان اثرگذار باشد (۲۴). 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. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و نتایج به دست آمده از سایر مطالعات، به نظر می رسد در جهت تحقق اهداف و برنامه های سلامت مادران که تضمین کننده سلامت جامعه می باشند، باید توجهات بیشتری مبذول گردد.

در خصوص متغیرهای جمعیت شناختی زنان باردار و ارتباط آن با کیفیت زندگی و سلامت روان، نتایج پژوهش نشان داد که بین حیطه های این دو متغیر با مشخصات جمعیت شناختی زنان تفاوت آماری معنی دار وجود ندارد. در حالی که در سایر مطالعات، با متغیرهای جمعیت شناختی نیز روابطی دیده شده است. به عنوان نمونه 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 (۱۷). همین یافته در مطالعه عباس زاده و همکاران هم در زمینه کیفیت زندگی زنان باردار به عنوان یکی از مولفه های اثرگذار در سلامت روان، مورد حمایت قرار گرفته است. همچنین سن زنان باردار، سن بارداری و تعداد بارداری های زنان ارتباط معکوسی با کیفیت زندگی آنها نشان داد (۱۲). در مطالعه دیگری نیز اشاره شد زنان باردار، دارای سطح تحصیلات پایین تر افسردگی بیشتر داشته اند (۲). در مطالعه دیگری نیز بین اضطراب مادران باردار و سن آنها رابطه عکس دیده شد؛ یعنی مادران سنین بالاتر، اضطراب کمتری داشتند (۱۹). لذا با توجه به گوناگونی نتایج به دست آمده در این تحقیق و سایر تحقیقات، لزوم انجام مطالعات بیشتر در این زمینه نمایان می گردد. در خاتمه به عنوان محدودیت پژوهش، شایان ذکر است روش به

و تضادها، ارتباط جنسی و خواستن و نخواستن کودک قرار می گیرد. همچنین بارداری و زایمان همچون حلقه های زنجیر به هم پیوسته است و جسم و روان زن را به طور اجتناب ناپذیری تحت تأثیر قرار می دهد (۱۴). همسو با یافته های پژوهش حاضر، نتایج مطالعه ای نشان داد ۲ تا ۶ درصد زنان باردار دچار علائم حاد تا شدید در سلامت روان خود می شوند به طوری که یک زن در طول بارداری و بعد از زایمان نسبت به ۲ سال قبل از بارداری حدود ۲۰ برابر بیشتر از سایر اوقات نیاز به بستری شدن به دلیل اختلالات روانی پیدا می کند (۱۵). با این حال، نتایج پژوهشی نشان داد که اگر چه اختلالات سلامت روان در طی دوران بارداری و بعد از آن شایع است؛ ولی زنان باردار و تازه زایمان، نسبت به آن ها که باردار نبوده یا زایمان نداشته اند، در معرض خطر بیشتر قرار ندارند (۳). نتایج مطالعه ای دیگر در همین زمینه، گویای آن بود که در دوران بارداری زن شروع به صحبت با جنین می نماید و نگران رشد و تکامل جنین خود است. لذا زن باردار ممکن است حس کند کنترل شخصی وی جهت حل مشکلاتش کاهش یافته است در نتیجه حس انزوا و کاهش فعالیت های اجتماعی همراه با کاهش تماس های روزانه، توان اجتماعی زن را به طور کلی کاهش می دهد و زمینه مشکلات روانی در حیطه عملکرد اجتماعی را در دوران بارداری برای او فراهم می نماید (۱۶). در همین رابطه، همسو با یافته های مطالعه حاضر؛ مصلی نژاد و همکاران با بررسی ۲۱۴ زن باردار و با بهره گیری از چک لیست نشانگان روانی بیان داشته اند که ۹۰٪ زنان باردار دارای درجاتی از اضطراب بوده اند و ۹۴٪ از آنان درجاتی از افسردگی را گزارش داده اند (۱۷). سالاری و همکار وی نیز با استفاده از چک لیست مطالعه قبلی به مطالعه سلامت روان زنان پرداختند و میزان اضطراب آنان را ۱۲/۵٪ گزارش نمودند (۱۸). یافته های مطالعه ای دیگر نیز به این صورت بود که اضطراب بارداری در سه ماهه سوم شیوع بیشتری دارد و عمده ترین موارد روانشناختی مرتبط با آن نگرانی در مورد نقش مادری، نگرانی در خصوص تغییرات بدنی و نگرانی در مورد فقدان حمایت های اجتماعی بوده اند (۱۹). گروهی از محققان اظهار داشتند اضطراب بارداری مسبب حالات کم خوابی و بد خوابی در نوزادان شده است (۲۰). در مطالعه سالاری و همکار نیز افسردگی زنان در حد ۱۹/۲٪ بوده است (۱۸). نتایج مطالعه دیگری 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 مداوم در مورد اختلال در توانایی زن جهت اقدامات خودمراقبتی در طول بارداری دانسته اند (۲۱). با توجه به اهمیت وضعیت سلامت روانی زنان باردار، شایقیان و همکاران در مطالعه خود به مطالعه ۴۰ زن باردار اقدام نمودند و نشان دادند که سطح سلامت روانی نوزادان متولد شده از مادران

راهنمایی های لازم به یاری زنان باردار بشتابند و در جهت حفظ سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی آنان بکوشند و در این راستا جدیت بیشتری داشته باشند؛ زیرا همه این اقدامات در نهایت به ارتقای سلامت جامعه می انجامد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی اهواز است. نویسندگان مقاله از همگی بانوان باردار شرکت کننده در تحقیق که با توجه به وضعیت خاص خود یاریگر آنان در این راه بودند و بدون همیاری آن ها انجام این تحقیق امکان پذیر نبوده است؛ صمیمانه سپاسگزاری می نمایند.

کار رفته در این تحقیق که از دسته روش های غیراحتمالی می باشد، تعمیم یافته ها را با دشواری رو به رو می نماید که در این زمینه، رعایت احتیاط الزامی است. با توجه به وجود اختلالات روانی در میان واحدهای پژوهش، لزوم اهمیت مراقبت های روانی دوران بارداری هم راستای مراقبت های جسمی آنان برای ارتقای کیفیت زندگی آن ها، محرز می گردد تا با شناسایی مادران مستعد به این گونه اختلالات از بروز آن ها طی مراحل مختلف بارداری پیشگیری نمود. به بیان دیگر، بروز اختلالات روانی در دوران بارداری پیشگویی کننده خوبی جهت این اختلالات در مرحله بعد از زایمان است. بنابراین دوران بارداری زمان مطلوبی برای غربالگری و تشخیص های مربوطه در این خصوص می باشد و بر تمامی کارکنان خدمات بهداشتی و درمانی واجب است تا با مداخلات به موقع و

References

1. Dowling T. 'New parenting', psychotherapy, prenatal and perinatal care. *Nutr Health*. 2007;19(1-2):81-4.
2. Abaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Quality of life among pregnant women. *Payesh*. 2009; 9 (1):69-75. [Persian]
3. Eurenus E, Lindkvist M, Sundqvist M, Ivarsson A, Mogren I. Maternal and paternal self-rated health and BMI in relation to lifestyle in early pregnancy: the Salut Programme in Sweden. *Scand J Public Health*. 2011;39(7):730-41.
4. Naseem K, Khurshid S, Khan SF, Moeen A. Health related quality of life in pregnant women: a comparison between urban and rural populations. *J Pak Med Assoc*. 2011;61(3):308-12.
5. Ryding EL, Wirefelt E, Wangborg IB, Sjogren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. *Acta obstet Gynecol Scand*. 2007;86(7):814-20.
6. Alhusen JL. A literature update on maternal- fetal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008; 37(3):315-28.
7. Symon AG, Dobb BR. An exploratory study to assess the acceptability of an antenatal quality-of-life instrument (the Mother-generated Index). *Midwifery*. 2008 ;24(4):442-50.
8. Liu L, Setse R, Grogan R, Powe NR, Nicholson WK. The effect of depression symptoms and social support on black-white differences in health-related quality of life in early pregnancy: the health status in pregnancy (HIP) study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:125.
9. Divney AA, Sipsma H, Gordon D, Niccolai L, Magriples U, Kershaw T. Depression during pregnancy among young couples: the effect of personal and partner experiences of stressors and the buffering effects of social relationships. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012;25(3):201-7.
10. Williams P, Wilkinson G, Rawnsly K. The scope of epidemiological psychiatry. London;1989.

11. Yaghobi N, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiological survey of mental disorders in rural areas of Someasara, Guilan. *Andishe and Raftar J.* 1995;2(4):55-65. [Persian]
12. Abaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Quality of life among pregnant women. *Hayat.* 2009; 15(1):41-8. [Persian]
13. Montazeri A, Goshtasabi A, Vahdaninia M. The Translation and short form health survey (SF-36): Validation study of the Iranian version. *Payesh.* 2006; 1: 49-56.
14. Nakamura Y, Takeishi Y, Atogami F, Yoshizawa T. Assessment of quality of life in pregnant Japanese women: comparison of hospitalized, outpatient, and non-pregnant women. *Nurs Health Sci.* 2012;14(2):182-8
15. Dalfrà MG, Nicolucci A, Bisson T, Bonsembiante B, Lapolla A; QLISG (Quality of Life Italian Study Group). Quality of life in pregnancy and post-partum: a study in diabetic patients. *Qual Life Res.* 2012;21(2):291-8.
16. Wang P, Liou SR, Cheng CY. Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:124.
17. Mosalanejad L, Kheshti A, Gholami E. The assessing mental health in pregnancy and relative psychologic factor in Jahrom. *Jahrom Med J.* 2007;5(5):22-29 [Persian]
18. Salari H, Basiri Moghadam K. Survey of young and middle adulth women mental health in urban population of Gonabad. *Danesh.* 2003;16:104-10. [Persian]
19. Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Biliński P, Paprzycki P. Physical activity among women at reproductive age and during pregnancy (Youth Behavioural Polish Survey - YBPS and Pregnancy-related Assessment Monitoring Survey - PrAMS) - epidemiological population studies in Poland during the period 2010-2011. *Ann Agric Environ Med.* 2011;18(2):365-74.
20. Oconnor TG, Caprariello P, Blackmore ER, Gregory AM, Glover V, Fleming P. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Hum Dev.* 2007;83(7):451-8.
21. Mirmohamadli M, Khakbazan Z, Kazemnejad A, Abaszadeh F. Comparison of quality of life and depression among women with normal and high risk pregnancies. *Hayat.* 2007; 13(1):35-42. [Persian]
22. Shayeghian Z, Rasoolzade Tabatabaey SK, Sedighilooye E. Effect of maternal anxiety during third trimester on pregnancy outcomes and infants mental health. *Hayat.* 2009;14(4):57-64. [Persian]
23. Shishehgar F, Payman A. Characteristics of nausea and vomiting in pregnancy and its association with quality of life. *J of Gilan Nurs Faculty.* 2008; 19(61):16-21. [Persian]
24. Logsdon MC, Mc, McBride AB, Birkimer JC. Social support and postpartum depression. *Hayat.* 2009;15(1):41-8.