

سلامت روانی زنان و همسران آنها در دوران بارداری و پس از زایمان در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان رامسر

نویسندگان:

فاطمه غفاری*

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پرستاری - مامایی فاطمه زهرا (س)

طیبه پورغزنین

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

سید رضا مظلوم

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ ارائه: ۸۴/۲/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۸۴/۷/۵

The mental health of women and their husbands during pregnancy and postpartum in health care center of ramsar

Abstract

Introduction & Objective : Planning in order to provide basic mental health for the couples during the pregnancy and post partum, requires an awarness of the situation of the existing psychological diseases among this group of society. This study aims at determining the mental health of women and their husbands during the pregnancy and postpartum.

Materials & Methods: This research is a temporary, analytic and descriptive study in which a one-shot case study with 2 groups is used. The subjects consist of 100 couples selected simply and randomly from the representative samples. In order to collect the data, a form of personal characteristics, containing age, occupation, level of education, degree of pregnancy and agreement of couples with pregnancy and standard GHQ-28 questionnaires is used.

Result: On the basis of achieved results, theout break rate mental disorders during of the first-mid of pregnancy among women and men is 25.7 percent and 24.4 percent, respectively. In the secondary-mid of pregnancy, the outbreak rate of mental disorders among women and men 47.9 and 39.9 percent, respectively. This rate of mental disorders among women and men is 36.4 and 35.7 percent, after pregnancy, respectively. These findings also represent that among the women and men studied, the most average scores of GHQ is due to depression domain, that is: (12.91 ± 1.52) , (15.12 ± 4.81) . according to achieved results, women in comparison with men meaningfully have achieved higher scores in subsets of depression symptom, disorder in performance, anxiety and physical symptoms.

Conclusion: Regarding the high widespread of mental disorders among women and their husbands during the pregnancy and after it, more attention to mental supporting of couples during the pregnancy and postpartum, should be paid. These achieved results, the responsibility of decision-makers, healthy planners of country and the universities of medical-sciences more and more in relation to formulation of applied programs and implementation of mental health were revealed.

Key Words: Mental health, during pregnancy ,spouses , postpartum.

آدرس مکاتبه:

*رامسر- دانشکده پرستاری - مامایی فاطمه زهرا (س)

تلفن تماس: ۰۱۹۲-۰۲۲۰۱۵۱ - شماره: ۰۱۹۲۰۲۲۶۴۱۳

پست الکترونیک: ghafari_82@yahoo.com

مقدمه :

حاملگی به طور واضح، یک تجربه روحی مهمی است که سبب ایجاد تغییرات جسمی و روانی اجتماعی زیادی در زنان باردار و همسرانشان می‌گردد به گونه‌ای که بسیاری از متخصصین، دوران حاملگی را به عنوان تحول عظیم در احساسات، همراه با تغییر در هیجان‌ات و افکار زوجین می‌دانند (۱). بارداری تجربه‌ای کاملاً برخلاف تجارب قبلی زندگی است و تنش‌های فراوانی با آن همراه می‌شود که زوج‌های درگیر، باید خود را با آن تطبیق دهند (۲). دوران حاملگی پر استرس‌ترین دوران زندگی زوجین است (۳). زوجین طی حاملگی با عواملی از قبیل تغییرات جسمی، روانی، مالی، اجتماعی و تغییر در روند طبیعی زندگی خود رو به رو هستند. بسیاری از آنان از طریق دریافت حمایت‌های خانوادگی، پرستاران بهداشت جامعه، پزشک خانواده و دیگر دوستان خود با مسأله و بحران پیش آمده، سازش می‌یابند و این در حالی است که، بعضی دیگر ممکن است به اختلالات روانی دچار شده، و زمینه بروز مشکلات روحی در آنان فراهم گردد (۴). Fisher (۲۰۰۴) می‌نویسد، سؤالاتی از قبیل نحوه حمایت خانواده در موقع زایمان و پس از آن، فرآیند زایمان و سلامت کودک، ذهن زن باردار و همسرش را اشغال کرده و در صورت عدم سازش مناسب، حاملگی و زایمان می‌تواند زمینه‌گرفتاری‌های متعدد روانی را در خانواده فراهم نماید (۵). Thomas (۲۰۰۴) معتقد است، مشکلات روانی دوران بارداری، مختص زمان بارداری نیست، بلکه تضادهای زناشویی، تضاد نسبت به نقش مادری و پدری، و کشمکش‌های وظایف مادری و پدری، به عنوان یک استرس بزرگ در ۶۸ درصد اختلالات روانی پس از زایمان محسوب می‌گردد (۱). Matthey (۲۰۰۳) گزارش کرد، که افسردگی و اضطراب پس از زایمان، در واحدهای مورد پژوهش وی از شیوع بالایی برخوردار بوده است، به طوری که ۵۷ درصد واحدهای زن و ۳۱ درصد واحدهای مرد مورد مطالعه وی، از افسردگی رنج می‌بردند. هم چنین شیوع اضطراب در واحدهای زن ۶/۶ درصد و در واحدهای مرد ۱۱/۱ درصد بوده است (۶). rids (۱۹۸۳) در یک بررسی روی زنان باردار و همسرانشان ملاحظه کرد اضطراب از جمله مسائل روانی حین بارداری و پس از زایمان است. وی بیان می‌کند که نمونه‌های پژوهش، هر چه به زمان زایمان نزدیک می‌شوند، اضطرابشان شدیدتر شده و بعد از زایمان نیز حالات روحی متغیر و نامساعدی دارند (۷). تحقیق Janice (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که بعضی از مردان مورد مطالعه وی، در طول حاملگی همسرشان علائم روانی شامل: اضطراب، بی‌خوابی، افسردگی، بی‌قراری، تحریک پذیری، عصبی بودن،

بی‌ثباتی روحی و نگرانی در مورد سلامت جسمی را از خود نشان می‌دهند (۸).

trethowan&colman (۱۹۶۵) پی بردند که مردان انگلیسی در زمان حاملگی زنان خود، علایمی بروز می‌دهند که در مواقع دیگر فاقد آن هستند. تعداد چنین مردانی بیش از آن بود که موضوع را یک تصادف تلقی کنند (۷). از آنجا که حاملگی و زایمان به عنوان یک بحران در زندگی زناشویی محسوب می‌گردد، توجه به این پدیده طبیعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. امروزه در مراکز بهداشتی درمانی کشور، مراقبت‌های دوران بارداری و بعد از زایمان، تنها به مراقبت‌های جسمی و فقط محدود به زنان است، و بهداشت روانی زنان و همسران آنها در زمان بارداری و پس از زایمان، به دست فراموشی سپرده شده است. در حالی که سلامت جسم و روان زنان و همسران آنها، ضامن سلامت خانواده است. لذا شناسایی و بررسی وضعیت سلامت جسمی و روانی زن و مرد طی این دوران بسیار لازم و ضروری است. بنابراین، نتایج این پژوهش که با هدف تعیین سلامت روانی زنان و همسران آنها در دوران بارداری و پس از زایمان در زوجین صورت گرفته است ما را با مشکلات شایع این دوران آشنا می‌سازد و با توجه به اولویت پیش‌گیری بر درمان، این مطالعه می‌تواند گامی مؤثر در جهت ارتقاء بهداشت جسم و روان مادران، پدران و فرزندان آنان باشد.

روش کار :

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که در آن از یک طرح یک متغیره و دو گروه استفاده شده است.

جامعه آماری مطالعه حاضر، شامل کلیه زنان باردار و زایمان کرده (۶ هفته پس از زایمان) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان رامسر و همسران آنها می‌باشد. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، و توان آزمون ۸۰ درصد، و $Design\ effect=2$ و با احتساب حدود ۲ درصد، احتمال ریزش، ۲۰۰ نفر (در هر گروه ۱۰۰ نفر) برآورد گردید. نمونه‌ها به روش تصادفی ساده، از جامعه پژوهش انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، پژوهش‌گر پس از جلب رضایت واحد‌های پژوهش و توضیح در باره اهداف مطالعه و با کمک رابطین بهداشت و با مراجعه به درب منازل و با استفاده از فرم مشخصات فردی شامل: سن، شغل، سطح تحصیلات، رتبه حاملگی و موافقت زوجین با حاملگی و هم چنین پرسش‌نامه سلامت عمومی GHQ-28 (General Health Questionnaire) که توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) برای غربال‌گری اختلالات روانی غیر روان‌پریشی طراحی شده است، استفاده کرد. این پرسش‌نامه دارای چهار خرده‌آزمون،

۴۷/۹ درصد و ۳۹/۹ درصد و پس از زایمان به ترتیب ۳۶/۴ درصد و ۳۵/۷ درصد بوده است. در زنان مورد مطالعه که نمره سلامت روان آنها بالای نقطه برش بود، نتایج نشان داد که بیشترین میانگین نمرات در نیمه اول بارداری مربوط به حیطه اختلال در عملکرد یعنی $۱/۲۵ \pm ۹/۰۱$ ، و در نیمه دوم بارداری مربوط به حیطه اختلال جسمانی یعنی $۳/۶۲ \pm ۱۰/۹۴$ ، و پس از زایمان مربوط به حیطه افسردگی یعنی $۳/۳۱ \pm ۱۷/۵$ بوده است. نتایج آزمون تی نشان داد که در زنان اختلال جسمانی، در نیمه دوم بارداری نسبت به نیمه اول بارداری، افزایش معنی داری داشته است ($p < 0/001$). هم چنین اختلال افسردگی پس از زایمان نسبت به نیمه اول و دوم بارداری، افزایش معنی داری داشته است (جدول ۱).

در مردان مورد مطالعه که نمره سلامت روان آنها بالای نقطه برش بود، نتایج نشان داد که بیشترین میانگین نمرات در نیمه اول بارداری همسر مربوط به حیطه اختلال در عملکرد، یعنی $۲/۰۲ \pm ۵/۷۸$ ، و در نیمه دوم بارداری همسر مربوط به حیطه اضطراب، یعنی $۳/۰۴ \pm ۸/۲۵$ ، و پس از زایمان همسر، مربوط به حیطه افسردگی یعنی $۲/۱۶ \pm ۱۰/۴۹$ ، بوده است. نتایج آزمون تی نشان داد که در مردان اختلال جسمانی در نیمه اول نسبت به نیمه دوم بارداری همسر، افزایش معنی داری داشته است ($p < 0/05$). هم چنین اختلال افسردگی پس از زایمان نسبت به نیمه اول و دوم بارداری همسر، افزایش معنی داری داشته است (جدول ۲).

یافته‌ها هم چنین نشان می‌دهد که در زنان مورد مطالعه، بیشترین میانگین نمرات GHQ، مربوط به حیطه افسردگی ($۱۵/۱۲ \pm ۴/۸۱$) و حیطه اختلال در عملکرد ($۳/۸۴ \pm ۱۰/۰۱$) می‌باشد و در مردان مورد مطالعه مربوط به حیطه افسردگی ($۱/۵۲ \pm ۱۲/۹۱$) و حیطه اضطراب ($۲/۲۹ \pm ۸/۴۹$) می‌باشد. طبق نتایج حاصل از این بررسی زنان در مقایسه با مردان به طور معنی‌داری نمرات بالاتری در زیر مجموعه‌های علائم افسردگی، اختلال در عملکرد، اضطراب و علائم جسمانی به دست آوردند (جدول ۳).

در رابطه با تأثیر عوامل فردی بر وضعیت سلامت روان، واحدهای زن مورد مطالعه آزمون آماری کای دو، نشان داد که زنانی که رتبه اول حاملگی آنها بود، ۱۰/۰ درصد بالای نقطه برش پرسش‌نامه قرار داشتند. در حالی که این میزان برای زنان با رتبه دوم حاملگی ۳۰/۰ درصد و رتبه سوم حاملگی ۶۰/۰ درصد بوده است. آزمون آمار کای دو ارتباط معنی داری را بین رتبه تولد و سلامت روان نشان داد ($P < .001$). نتایج هم چنین نشان داد که زنانی که موافق حاملگی نبودند، ۶۸/۰ درصد بالای نقطه برش پرسش‌نامه قرارداداشتند. این میزان برای زنانی که

نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است، و در مطالعات مختلف شاخص‌های اعتبار آن، مورد ارزیابی قرار گرفته و میزان حساسیت آن ۸۸-۸۴ درصد و ویژگی آن ۸۲-۷۹ درصد برآورد شده است (۱۰). نقطه برش این پرسش‌نامه ۲۲ می‌باشد، لذا افرادی که نمره کمتر از ۲۲ کسب نمایند جزء افراد سالم، و مابقی بیمار محسوب می‌شوند (۹). پژوهش‌گر در گروه زنان باردار در زمان مراجعه به مراکز بهداشتی جهت دریافت خدمات بهداشت مادر کودک و داده‌ها را جمع‌آوری کرد و با استفاده از ابزار پژوهش، طی سه مرحله شامل: نیمه اول بارداری، نیمه دوم بارداری و پس از زایمان و در گروه مردان، پژوهش‌گر با کمک رابطین بهداشت، و با مراجعه به درب منازل به جمع‌آوری داده‌ها پرداخت. لازم به ذکر است که در این پژوهش، از واحدهای پژوهش خواسته شد که هر یک، پرسش‌نامه‌های خود را، جدا از همسر خود تکمیل کنند و تحویل دهند. در این پژوهش متغیرهایی چون سابقه اعتیاد، بیماری مزمن، بیماری روانی، داروهای مؤثر بر روان، داشتن رویداد تنش‌زای زندگی در ۶ ماه گذشته، بررسی شده، و افرادی که دارای یکی از مشخصات فوق بودند از مطالعه حذف گردیدند. روایی و پایایی پرسش‌نامه GHQ، توسط یعقوبی (۱۳۷۴) تأیید شده است (۹). جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل: توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار، و آمار استنباطی شامل: آزمون‌های تی مستقل و زوج و کای دو استفاده گردید.

یافته‌ها :

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میانگین سنی زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه $۲۲/۹ \pm ۵/۷۱$ سال، و میانگین سنی مردان شرکت‌کننده در پژوهش $۲۲/۱ \pm ۴/۲۲$ سال بوده است. توزیع فراوانی زنان و مردان مورد مطالعه بر حسب شغل، نشان می‌دهد که اکثریت زنان یعنی $۵۳/۳$ درصد خانه‌دار می‌باشند، و اکثریت مردان یعنی $۴۳/۳$ درصد به شغل آزاد مشغول بوده‌اند. $۳۶/۶$ درصد زنان تحصیلات دیپلم، و $۴۰/۰$ درصد مردان تحصیلات زیردیپلم داشتند. از نظر رتبه حاملگی، $۲۹/۰$ درصد واحدهای پژوهش اولین حاملگی، $۳۳/۰$ درصد دومین حاملگی، و $۳۸/۰$ درصد سومین حاملگی خود را تجربه می‌کردند. از نظر موافقت با حاملگی، یافته‌ها نشان داد که $۲۳/۴$ درصد مردان و $۲۸/۲$ درصد زنان مورد مطالعه، با حاملگی موافق بودند.

در رابطه با تعیین سلامت روان زنان و همسران آنها طی حاملگی و پس از زایمان نتایج نشان داد، در نیمه اول بارداری $۲۵/۷$ درصد زنان، و $۲۴/۴$ درصد مردان، بالاتر از نقطه برش پرسش‌نامه قرار داشتند. در نیمه دوم این میزان‌ها در زنان و مردان به ترتیب

خانواده و امکانات مالی باشد. محققین این دوره را بسیار بحران‌زا می‌دانند (۱۱، ۱۰).

در این مرحله احساس مسؤولیت نسبت به پدر شدن در مرد بیشتر شده و هر چه موعد زایمان همسر نزدیک تر می‌شود، احساس نگرانی توأم با مسؤولیت، در مرد شدیدتر می‌شود. Fawcett (۱۹۸۶) اعتقاد دارد که تغییرات جسمی و خلقی زن در این دوران و هم چنین درگیری عاطفی مردان با حاملگی و زایمان همسرشان، می‌تواند از نظر روانی سلامت آنها را تهدید کند (۷). هم چنین نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بیشترین میزان اختلال در گروه زنان مربوط به حیطة افسردگی و اختلال در عملکرد می‌باشد. Fisher نیز در تحقیق خود نشان داد زنانی که از افسردگی در حین بارداری و یا پس از زایمان رنج می‌بردند، نسبت به زنان غیر افسرده از عملکرد اجتماعی پایین تری برخوردار بودند (۵). تشکیل خانواده‌های هسته‌ای، عدم برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، به خصوص حمایت‌های عاطفی و مالی والدین در حین بارداری و پس از زایمان، گسیخته شدن زندگی اجتماعی و جنسی، قطع برنامه‌های قبلی، بیدار شدن کودک در شب و خستگی روانی و جسمی مادر، از عوامل مؤثر در افزایش افسردگی و اختلال در عملکردهای اجتماعی زنان در طی حاملگی و پس از زایمان است (۵، ۱۲). یافته‌ها هم چنین نشان می‌دهد که بیشترین اختلال روانی در مردان مورد مطالعه، در حیطة‌های افسردگی و اضطراب است که با پژوهش‌های Matthey و Areias هم خوانی دارد (۱۳، ۱۱). در این رابطه Matthey می‌نویسد:

مسلماً پدر از تولد فرزند خوشحال و در عین حال نگران می‌باشد. این نگرانی و اضطراب می‌تواند به دلیل احساس عدم کفایت در انجام نقش پدری، مشکلات اقتصادی و اشغال نقش‌های قبلی به وجود آید. Fawcett (۱۹۸۶) نیز در مطالعه خود دریافت که نزدیک به ۳۵٪ واحدهای مرد مورد مطالعه وی، در زمان بارداری همسرشان دچار اضطراب بودند. وی عقیده دارد، عدم مداخله به موقع در ارزیابی دقیق واکنش‌های پدر درباره پذیرش نقش جدید، می‌تواند سبب ایجاد اضطراب و نگرانی مرد در حین بارداری و پس از زایمان همسرش گردد (۷). در رابطه با تعیین تأثیر عوامل فردی بر وضعیت سلامت روان در دوران بارداری و پس از زایمان نتایج نشان داده است که در گروه زنان مورد مطالعه، عواملی مانند رتبه حاملگی، سن، عدم موافقت همسر با حاملگی و اشتغال به کار، رابطه معنی داری با سلامت روان داشته است که با پژوهش Vikram هم خوانی دارد (۴).

در این زمینه می‌توان بیان کرد که داشتن شغل و تعارض‌هایی که بین کار و نقش مادری بوجود می‌آید،

موافق حاملگی بودند ۳۲/۰ درصد بود. آزمون آماری رابطه معنی داری را بین عدم موافقت همسر با حاملگی و سلامت روان نشان داد ($P < .001$).

نتایج نشان داد، زنانی که در طبقه سنی ۳۰-۳۵ سال بودند ۴۵/۰ درصد اختلال سلامت روان داشتند، در حالی که این میزان برای زنان در طبقه سنی ۲۹-۲۴ سال ۳۰/۰ درصد، و در طبقه سنی ۲۳-۱۹ سال ۲۵/۰ درصد بود. آزمون آماری رابطه معنی داری بین طبقات سنی و سلامت روان نشان داد ($P < .05$). آزمون آماری هم چنین حاکی از رابطه معنی دار بین شاغل بودن و سلامت روان بوده است ($P < .01$)، ولی بین سطح تحصیلات با سلامت روان ارتباط معنی داری دیده نشد.

در رابطه با تأثیر عوامل فردی بر وضعیت سلامت روان مردان مورد مطالعه، آزمون آماری کای دو نشان داد که مردانی که رتبه حاملگی همسر آنها اول بود، ۱۸/۰ درصد اختلال روانی داشتند، در حالی که این میزان برای مردانی که رتبه دوم حاملگی همسر آنها بود ۲۸/۰ درصد و رتبه سوم حاملگی همسر ۴۵/۰ درصد بوده است. آزمون آماری رابطه معنی داری را بین سلامت روان و رتبه حاملگی همسر نشان داده است ($P < .01$). آزمون آماری هم چنان حاکی از رابطه معنی دار بین عدم موافقت با حاملگی همسر و سلامت روان بوده است ($P < .05$)، ولی بین طبقات سنی، سطح تحصیلات و شغل با سلامت روان ارتباط معنی داری وجود نداشت.

بحث :

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اختلالات روانی در دوران بارداری و پس از زایمان در واحدهای زن مورد مطالعه، از شیوع بالایی برخوردار است و بیشترین شیوع مربوط به نیمه دوم بارداری می‌باشد. که با مطالعه فروزنده (۱۳۸۱) هم خوانی دارد (۱۰). اما این نتایج با نتایج حاصل از مطالعه Areias (۱۹۹۶) هم خوانی ندارد. در تحقیق Areias، بیشترین شیوع اختلالات روانی مربوط به نیمه اول بارداری بوده است (۱۱) که این تفاوت می‌تواند به دلیل اختلاف محیط فرهنگی و اجتماعی باشد. هم چنین زوجین در کشور ما، از هیچ گونه آموزشی جهت کسب آمادگی روانی لازم برای طی مراحل حاملگی، زایمان و پس از زایمان و مراقبت از نوزاد برخوردار نیستند. که این مسأله می‌تواند سلامت روان آنها را تهدید نماید. نتایج در مردان مورد مطالعه نیز نشان داد که اختلالات روانی در نیمه دوم بارداری همسرانشان از شیوع بالاتری برخوردار می‌باشد که با مطالعه Fawcett (۱۹۸۶) هم خوانی دارد (۷). این مسأله می‌تواند به دلیل نزدیکی این دوره به زمان زایمان، تغییر تصویر ذهنی مرد از وضعیت همسرش، و هم چنین احساس نگرانی مرد نسبت به توانایی خود در تأمین حمایت از

این مسئله، مسئولیت سیاست گذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی کشور و دانشگاه های علوم پزشکی را در رابطه با تدوین برنامه‌های کاربردی و اجرای بهداشت روان، بیش از پیش نمایان می‌سازد. مداخله به موقع و ارزیابی دقیق واکنش های پدر و مادر درباره نقش جدید، اضطراب و نگرانی و یا هیجان آنها را در مورد بارداری و زایمان، تشویق و حمایت والدین در مورد مسئولیت های جدیدشان و هم چنین برپایی برنامه‌های آموزشی طی حاملگی و پس از زایمان، برای مادر و سایر اعضای خانواده به ویژه پدر خانواده، نقش بسیار ارزنده‌ای در کاهش مشکلات روانی طی این دوران خواهد داشت. مشاوره‌های روان شناختی برای پدر و مادر خانواده، و آموزش در زمینه حمایت های همه جانبه از خانواده، به خصوص مادر، از جمله گام های بسیار با ارزش جهت حذف یا کاهش اختلالات روانی، در دوران بارداری و پس از زایمان محسوب می‌گردد.

تشکر و قدردانی:

نهایت سپاس و قدردانی خود را به حضور استاد گرامی، جناب آقای سید جواد سمائی تقدیم می‌دارم که در طول تحقیق از تجربیات و راهنمایی‌های ارزشمند ایشان بهره‌مند شدم. هم چنین از کلیه رابطن مرکز بهداشتی و درمانی شهرستان رامسر بسیار متشکرم.

می‌تواند تعادل روانی مادر را به هم بزند. تقبل نقش های متعدد مانند نقش همسری، مادری، شغلی، خانه‌داری و غیره مستلزم صرف انرژی بسیار زیادی است که ممکن است از توان فرد خارج باشد (۱). زمانی که یک نوزاد در خانواده پا به عرصه وجود می‌گذارد، والدین نیاز دارند الگوهای شغلی خود را با تولد فرزند وفق دهند. غالباً تقسیم نامساوی وظایف، تربیت و پرورش فرزندان دیگر خانواده، منجر به افزایش بار مسئولیت بر دوش مادران می‌شود که به آن سندرم ابر مادر Supermom Syndrom اطلاق می‌شود (۱۲). لذا با تولد کودک، مادر باید خود را برای پذیرش نقش های والدینی، توأم با سایر نقش ها آماده کند. حال در صورتی که از طرف همسر و اجتماع حمایت نشود و یا آموزش کافی در این زمینه دریافت نکند، دچار تضاد نقش (Role Conflict) شده که خود عامل بسیار مهمی در برهم ریختگی تعادل روان مادر است (۱۴). عدم موافقت همسر با حاملگی، باعث بروز حالات هیجانی مانند ترس، تردید، خشم و اضطراب در مادر شده که این امر می‌تواند عوامل مهمی در ایجاد افسردگی و اضطراب در مادر محسوب گردد (۱۰). یکی از عوامل فردی دیگری که با سلامت روان زنان مورد مطالعه ارتباط معنی داری داشت، سن واحدهای مورد پژوهش بوده است. با افزایش سن، به دلیل کاهش انرژی فرد برای سازگاری با مسائل بحران زا، اختلالات روانی بیشتر مشاهده می‌گردد (۵). در گروه مردان، نتایج نشان می‌دهد که بین رتبه حاملگی همسر با سلامت روان ارتباط معنی داری وجود داشت. در این جا ذکر این نکته حایز اهمیت است که با ورود کودک به منزل، پدر به طور ناگهانی، با نقش های انحصاری که به او تحمیل شده، مواجه می‌شود. پدر در این دوران با چندین وظیفه تکاملی مواجه می‌گردد و عملکرد و مسئولیت های وی طیف گسترده‌ای پیدا می‌کند. پدر نقش مهم و مفید فراهم کردن منابع مالی، اجرای تصمیمات مهم و نقش یک مهره اقتداری را در خانواده انجام می‌دهد. هم چنین مسئولیت تربیت فرزندان و امرار معاش آنها نیز جزء وظایف وی محسوب می‌شود. لذا هر چه تعداد فرزندان بیشتر باشد، خود می‌تواند عاملی باشد تا سلامت و تعادل روان پدر را دست خوش تغییر سازد (۱۴، ۱۲). یکی دیگر از عوامل فردی که با سلامت روان مردان ارتباط معنی داری داشت، عدم موافقت همسر آنها برای بچه دار شدن بود. این عدم موافقت می‌تواند منجر به کاهش اعتماد به نفس، احساس گناه و اضطراب در مرد گردد.

نتیجه گیری :

با مرور یافته‌های این پژوهش، نهایتاً مشخص شد که اختلالات روانی در زن و مرد طی حاملگی و پس از زایمان از شیوع بالایی برخوردار بوده است. آگاهی از

جدول ۱: نمرات وضعیت سلامت روان زنان مورد مطالعه به تفکیک نوع اختلال و مرحله سنجش در شهرستان رامسر

نتیجه آزمون تی زوج			پس از زایمان	نیمه دوم بارداری	نیمه اول بارداری	مرحله سنجش
A*	B**	C***	X±SD	X±SD	X±SD	نوع اختلال
P<.001	P<.001	P<.032	۵/۲۱±۱/۳۲	۱۰/۹۴±۳/۶۲	۸/۴۲±۲/۰۷	اختلال جسمی
P<.006	P=.138	P=.228	۶/۱۲±۲/۴۱	۸/۶۱±۳/۰۲	۷/۵۲±۲/۵۳	اضطراب
P=.815	P=.630	p=.608	۹/۲۴±۱/۲۸	۹/۴۲±۳/۰۴	۹/۰۱±۱/۲۵	اختلال در عملکرد
P<.001	P<.001	P=.191	۱۷/۵±۳/۳۱	۶/۰۳±۳/۲۸	۴/۵۶±۲/۸۱	افسردگی
P=.358	P<.004	P=.194	۹/۵۲±۱/۵۸	۸/۷۵±۳/۲۴	۷/۳۸±۲/۱۷	کل

* مقایسه میانگین نمرات حیطة های وضعیت سلامت روان نیمه اول و نیمه دوم بارداری
 ** مقایسه میانگین نمرات حیطة های وضعیت سلامت روان نیمه اول بارداری و پس از زایمان
 *** مقایسه میانگین نمرات حیطة های وضعیت سلامت روان نیمه دوم بارداری و پس از زایمان

جدول ۲: نمرات وضعیت سلامت روان مردان مورد مطالعه به تفکیک نوع اختلال و مرحله سنجش در شهرستان رامسر

نتیجه آزمون تی زوج			پس از زایمان	نیمه دوم بارداری	نیمه اول بارداری	مرحله سنجش
A*	B**	C***	X±SD	X±SD	X±SD	نوع اختلال
P<.05	P<.001	P<.001	۲/۴۷±۱/۱۱	۱/۷۸±۱/۱۵	۴/۰۷±۱/۲۱	اختلال جسمی
P<.001	P=.233	P<.001	۴/۲۸±۲/۰۶	۸/۲۵±۳/۰۴	۳/۴۱±۱/۱۴	اضطراب
P<.001	P=.528	P<.001	۷/۴۹±۲/۱۶	۲/۰۹±۲/۱۱	۵/۷۸±۲/۰۲	اختلال در عملکرد
P<.001	P<.001	P<.001	۱۰/۴۹±۲/۱۶	۵/۹۱±۲/۱۸	۱/۷۴±۱/۸۱	افسردگی
P<.01	P<.05	P=.74 0	۶/۱۸±۱/۸۷	۴/۵۱±۲/۱۲	۴/۷۶±۱/۵۵	کل

* مقایسه میانگین نمرات حیطة های وضعیت سلامت روان نیمه اول و نیمه دوم بارداری
 ** مقایسه میانگین نمرات حیطة های وضعیت سلامت روان نیمه اول بارداری و پس از زایمان
 *** مقایسه میانگین نمرات حیطة های وضعیت سلامت روان نیمه دوم بارداری و پس از زایمان

جدول ۳: مقایسه زنان و مردان مورد مطالعه در شهرستان رامسر بر اساس نوع اختلال

سطح معنی داری	آزمون تی مستقل	مردان	زنان	متغیر
		X±SD	X±SD	
0.05	۱/۲۸	۳/۰۴±۱/۰۴	۸/۹۸±۳/۰۱	اختلال جسمانی
0.05	۱/۰۸	۸/۴۹±۲/۲۹	۹/۶۱±۲/۹۳	اضطراب
0.04	۱/۸۸	۶/۵۵±۲/۰۱	۱۰/۰۱±۳/۸۴	اختلال در عملکرد
0.03	۲/۰۴	۱۲/۹۱±۱/۵۲	۱۵/۱۲±۴/۸۱	افسردگی
0.02	۲/۰۶	۱۱/۰۲±۳/۰۸	۱۳/۶۷±۳/۱۴	کل

خلاصه

مقدمه و هدف: برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات اساسی بهداشت روان به زوجین، در طول بارداری و پس از زایمان نیازمند آگاهی از وضعیت موجود بیماری‌های روانی در این گروه از اجتماع است. این مطالعه با هدف تعیین سلامت روانی زنان و همسران آنها در دوران بارداری و پس از زایمان انجام گرفت.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که در آن از یک طرح یک متغیره و دو گروه استفاده شده است. نمونه مورد مطالعه شامل ۱۰۰ زوج است که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از جامعه پژوهش انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از فرم مشخصات فردی شامل: سن، شغل، سطح تحصیلات، رتبه حاملگی و موافقت زوجین با حاملگی و پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) استفاده شده است.

یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصله در نیمه اول بارداری ۲۵/۷ درصد زنان، و ۲۴/۴ درصد مردان بالاتر از نقطه برش پرسش‌نامه قرار داشتند. در نیمه دوم، این میزان‌ها در زنان و مردان به ترتیب ۴۷/۹ درصد و ۳۹/۹ درصد، و پس از زایمان به ترتیب ۳۶/۴ درصد و ۳۵/۷ درصد بوده است. هم‌چنین یافته‌ها نشان می‌دهد که در زنان و مردان مورد مطالعه، بیشترین میانگین نمرات GHQ مربوط به حیطه افسردگی، یعنی $12/81 \pm 1/52$ و $12/91 \pm 1/91$ می‌باشد. طبق نتایج حاصله زنان در مقایسه با مردان به طور معنی‌داری در زیر مجموعه‌های علائم افسردگی، اختلال در عملکرد، اضطراب و علائم جسمانی، نمرات بالاتری به دست آوردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی زنان و همسران آنها در دوران بارداری و پس از زایمان، اهمیت تأکید بر مراقبت‌های روانی از زوجین در حین حاملگی و پس از زایمان به موازات مراقبت‌های جسمی مشخص گردید. هم‌چنین نتایج حاصله، مسؤلیت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی کشور و دانشگاه‌های علوم پزشکی را در رابطه با تدوین برنامه‌های کاربردی و اجرای بهداشت روان را بیش از پیش نمایان می‌سازد.

کلمات کلیدی: سلامت روانی، زوجین، دوران بارداری، پس از زایمان.

References:

1. Currid TJ. Improving prenatal mental health care. *Nurs stand* 2004 Sep 29-Oct 5; 19(3):40-3. Review.
2. Cahill HA. Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *J Adv Nurs* 2001 Feb;33(3):344-45.
3. Areias ME, Kumar R, Figueiredo E. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*. 1996 Jul;169(1):36-41.
4. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002 Jan;159(1):43-7.
5. Fisher JR, Morrow MM, Ngoc NT, Anh LT. Prevalence, nature, severity and correlates of postpartum depressive symptoms in Vietnam. *BJOG* 2004 Dec;111(12):1353-60.
6. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?. *J Affect Disord* 2003 Apr;74(2):139-47.
7. Fawcett J, York R. Spouses' physical and psychological symptoms during pregnancy and the postpartum. *Nurs Res* 1986 May-Jun;35(3):144-8.
8. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum, depression, and implications for family health. *J Adv Nurs* 2004 Jan;45(1):26-37. Review.
۹. یعقوبی، نصر م؛ براهنی، م؛ شاه محمدی، د. بررسی همه گیری شناسی اختلالات روانی در شهرستان صومعه سرا. مجله اندیشه و رفتار، سال اول، ش ۴ (۱۳۷۴): ص. ۴۶-۵۵.
۱۰. فروزنده، ن. وضعیت سلامت روان دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرکرد، سال ۸۱-۱۳۸۰. فصل نامه باروری و ناباروری، (بهار ۸۲): ص. ۱۵۵-۱۴۶.
11. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 1996 Jul;169(1):30-5.
۱۲. حسینی، م؛ روحانی، ک ز. پرستاری بهداشت خانواده. تهران: نشر و تبلیغ بشری؛ ۱۳۷۷: ص ۵۷.
13. Matthey S, Morgan M, Healey L, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Postpartum issues for expectant mothers and fathers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002 Jul-Aug; 31(4): 428-35.
14. Nystrom K, Ohrling K. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *J Adv Nurs* 2004 May;46(3):319-30. Review

