سلامت روان زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر خرم آباد

هدایت نظری[۱]، علی فرهادی[۲]، مژگان جاریانی[۳]، رضا حسین آبادی*[۴]، سارا عسگری[۵]، مجید مجیدی مهر[۶]

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۲- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۳- استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۴- مربی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۵- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۶- پرستار، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

یافته / دوره شانزدهم / شماره ۲ / تابستان ۹۳ / مسلسل ۶۰

چکیده

دریافت مقاله: ۹۳/۳/۷ پذیرش مقاله: ۹۳/۵/۱۲

مقدمه: در طی بارداری، تغییرات جسمی و روحی عمده‌ای در زنان باردار رخ می‌دهد و این دوره به عنوان یک دوره آسیب پذیر در زنان در نظر گرفته می شود. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت روان زنان در دوران بارداری انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- مقطعی ۲۸۰ زن باردار مراجعه کننده به ۷ مراکز بهداشتی- درمانی شهر خرم آباد بررسی شدند. از روش نمونه گیری تصادفی ساده برای انتخاب مراکز بهداشتی- درمانی و روش نمونه گیری تصادفی نظام دار برای انتخاب زنان استفاده شد. ابزار مورد استفاده در این تحقیق پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ بود. پس از جمع آوری داده ها با نرم افزار spss و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون t تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۴۳/۶٪ از زنان باردار از نظر سلامت روان مشکوک بودند. بالاترین میانگین نمرات مربوط به اختلال عملکرد اجتماعی(۷/۸۱) و کمترین مربوط به افسردگی(۲/۸۶) بود. در این مطالعه بین بارداری ناخواسته و جنسیت جنین با سلامت روانی زنان باردار ارتباط معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵). همچنین میزان اضطراب زنانی که در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند نسبت به زنانی که در سه ماهه اول بارداری بودند به طور معناداری بالاتر بود (P<۰/۰۵). همچنین میزان اضطراب زنانی که در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند نسبت به زنانی که در سه ماهه اول بارداری بودند به طور معناداری بالاتر بود (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه و اهمیت سلامت روانی زنان باردار و تأثیرآن بر سلامت جنین و نوزاد، پیشنهاد می‌شود مشاوره روانپزشکی به عنوان جزیی از برنامه معمول مراقبت‌های بارداری مد نظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی، اضطراب، افسردگی، زنان باردار.

*آدرس مکاتبه نویسنده مسئول: خرم‌آباد، انتهای خیابان رازی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

پست الکترونیک: Reza_hosseinabadi@yahoo.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

مقدمه

امروزه در بیشتر کشورهای جهان تلاش برای صنعتی شدن از یک سو و رشد سریع جمعیت، شهرنشینی و مهاجرت از سوی دیگر روز به روز بر استرس‌ها و مسائل و مشکلات روانی- اجتماعی جوامع افزوده است، به گونه‌ای که بیماری‌های روانی در صدر عوامل ایجاد ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار گرفته است. شیوع بالای این بیماری‌ها و ناتوانی طولانی مدت و مزمن همراه آنها، باعث گردیده تا این مشکلات در تمامی جوامع به عنوان یک اولویت بهداشتی مورد توجه قرار گیرد (۱). سلامت روانی یکی از جنبه های مفهوم کلی سلامتی است و بصورت قدرت آرام زیستن، با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خویشتن، قدرت تصمیم گیری در بحران و مقابله موفق با فشار های روانی تعریف شده است (۲). سازمان جهانی بهداشت نیز بهداشت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضاد ها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده است. اولین مطالعه گسترده در زمینه‌ها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده است (۳). اولین مطالعه گسترده در زمینه بررسی سلامت روان افراد جامعه در ایران، در سال ۱۳۷۸ و در قالب طرح ملی "سلامت و بیماری" انجام و شیوع اختلالات روانی ۲۱٪ (در زنان ۲۵/۹٪ و در مردان ۱۴/۹٪) گزارش گردید. میزان شیوع اختلالات روانی در افراد بالای ۴۵ سال و زنان خانه دار بیش از سایر گروه‌ها و علایم افسردگی و اضطراب بیش از علایم اختلال جسمانی و اختلال عملکرد اجتماعی بود (۴). در دومین مطالعه کشوری در سال ۱۳۸۰ نیز شیوع انواع اختلالات روانپزشکی در زنان ۲۳/۴٪ بود و در افراد مطلقه، ساکن در مناطق شهری، بی‌سواد و زنان خانه دار میزان اختلالات روانی بیشتر از سایر گروه‌ها بود (۵). بر اساس نتایج مطالعات طولی تفاوت‌های جنسی تا سن ۱۳ سالگی بروز می‌نماید و تا سن ۱۵ سالگی، بروز افسردگی، ۴/۵٪ در پسران و ۶/۹٪ در دختران است و این رقم تا سن ۱۸ سالگی در پسران به ۱۴٪ و در دختران به ۲۷/۵٪ می رسد (۶). امروزه ثابت شده است که تغییرات هورمونی مرتبط با سیکل قاعدگی خطر اختلالات عاطفی را در نسبتی از زنان افزایش می‌دهد. تغییرات هورمونی ایجاد شده در حاملگی می‌تواند باعث بروز علایم افسردگی در خانم‌های بدون سابقه افسردگی و عود، تداوم یا تشدید علایم در افراد با سابقه افسردگی گردد. حاملگی به طور واضح، یک تجربه جدید و منحصر بفرد است که سبب ایجاد تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی در زنان باردار و همسرانشان می‌گردد، و در نتیجه افت عملکرد اجتماعی در زنان باردار نسبت به سایر افراد جامعه می‌شود. بارداری تنش‌های فراوانی به همراه دارد. بسیاری از زنان از طریق دریافت حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی مناسب با این بحران سازش یافته، در حالی که برخی دیگر ممکن است به اختلالات روانی دچار شده و زمینه بروز مشکلات روحی و روانی در آنها فراهم گردد (۷،۸). با نزدیک شدن زایمان در سه ماهه سوم نیز استرس روانی، دوباره افزایش یافته و زن باردار اضطراب و نشانه‌های بدنی همراه آن را مجدداً تجربه می نماید. اغلب زنان باردار ترس و نگرانی زیادی دارند و از اینکه چگونه خود را با شرایط وفق دهند، دچار اضطراب می شوند که این امر در نوع خود مخاطراتی در پی خواهد داشت. به طوری که بروز حالت خفگی جنین در زمان تولد در بین زنان مضطرب بیشتر است. 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 است. از آنجایی که عوامل روانی- اجتماعی نظیر سن، سطح اجتماعی- اقتصادی و درآمد خانواده، شغل، میزان تحصیلات، نوبت زایمان، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، سابقه سقط جنین یا مرگ فرزند در گذشته و وضعیت زناشویی و نظایر آن بدون شک یک نقش اساسی در تعیین سطح تجربیات عاطفی زن در طول دوران بارداری، اضطراب و سلامت روانی او ایفا می نماید. رابطه هر کدام از این عوامل با سطح اضطراب و سلامت روان زنان باردار در سه ماهه اول، دوم و سوم باید

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

ارزیابی شود (۹). لذا این مطالعه با هدف بررسی عوامل مرتبط با سلامت روان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر خرم آباد صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع اپیدمیولوژیک توصیفی- تحلیلی بود و جامعه مورد مطالعه شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر خرم آباد، در تابستان ۱۳۹۰ بود که مایل به شرکت در مطالعه بودند. ابتدا پس از هماهنگی با مرکز بهداشت شهرستان و کسب اجازه نامه کتبی، با استفاده از روش تصادفی ساده ۷ مرکز بهداشتی- درمانی از بین مراکز شهری خرم آباد انتخاب شدند. سپس با مراجعه به این مراکز و بیان اهداف مطالعه و جلب رضایت مسئولین آنها، نمونه‌ها به روش تصادفی نظام‌دار بر اساس شماره پرونده خانوار انتخاب گردیدند. تعداد نمونه‌ها بر اساس فرمول حجم نمونه، با در نظر گرفتن شیوع ۲۰ درصد ۲۵۶ نفر محاسبه گردید و در نهایت ۲۸۰ نفر در این مطالعه شرکت کردند. تعداد نمونه‌های گرفته شده از هر مرکز بر اساس نسبت جمعیت زنان هر یک از این ۷ مرکز بود. پس از توضیحات لازم در خصوص اهداف تحقیق، رضایت تمام نمونه ها بصورت شفاهی جلب گردید. سپس پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) برای هرکدام از آنها تکمیل گردید. در نهایت داده با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی، آزمون‌های تی- استیودنت، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی شفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

تعداد ۲۸۰ زن باردار در این مطالعه شرکت نمودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۲۶/۷ سال، کمترین سن افراد شرکت کننده ۱۵ سال و بالاترین ۴۱ سال بود. بیشترین گروه سنی شرکت کنندگان در این مطالعه بین سنین ۲۵ تا ۲۹ سال و کمترین گروه سنی ۳۵ سال و بالاتر بود. نتایج بررسی زیر مقیاس‌ها و مقیاس کل پرسشنامه GHQ در زنان باردار نشان داد که ۵۴/۴٪ آنها از نظر روانی سالم و بدون مشکل، ۴۶/۶٪ دارای مشکل خفیف، ۸/۲٪ مشکل متوسط و ۰/۷٪ مشکلات شدید داشتند. از نظر شیوع اختلالات سلامت روان، به ترتیب ۵۴/۳٪ زنان شرکت کننده اختلال خفیف، ۱/۱٪ اختلال شدید در عملکرد اجتماعی و ۳۰٪ اختلال جسمانی داشتند. همچنین ۱/۸٪ از آنها اضطراب شدید، ۹/۳٪ افسردگی خفیف و ۱/۱٪ افسردگی شدید داشتند (جدول ۱).

جدول ۱. فراوانی زیر مقیاس‌ها و مقیاس کل پرسشنامه GHQ در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر خرم آباد

متغیر	بدون مشکل فراوانی(٪)	خفیف فراوانی(٪)	متوسط فراوانی(٪)	شدید فراوانی(٪)
نشانه های جسمانی	(۵۷/۹)۱۶۲	(۳۰)۸۴	(۱۰/۴)۲۹	(۱/۸)۵
اضطراب	(۶۰/۴)۱۶۹	(۲۶/۱)۷۳	(۱۱/۸)۳۳	(۱/۸)۵
عملکرد اجتماعی	(۳۵/۷)۱۰۰	(۴۳/۳)۱۵۲	(۸/۹)۲۵	(۱/۱)۳
افسردگی	(۸۸/۲)۲۴۷	(۹/۳)۲۶	(۱/۴)۴	(۱/۱)۳
کل	(۵۶/۴)۱۵۸	(۳۴/۶)۹۷	(۸/۲)۲۳	(۰/۷)۲

همچنین نتایج بررسی نمرات زنان باردار از پرسشنامه GHQ نشان داد که میانگین کل نمرات ۲۳/۵ بود و بیشترین میانگین نمرات مربوط به زیر مقیاس عملکرد اجتماعی(۲/۸۴±۷/۸) و کمترین میانگین نمره مربوط به زیر مقیاس افسردگی (۳/۵۱±۲/۸۶) بود (جدول ۲).

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد زیر مقیاسها و مقیاس کل پرسشنامه GHQ در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر خرم آباد

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
نشانه های جسمانی	۶/۴۳	۳/۷۹
اضطراب	۶/۴	۳/۹۴
عملکرد اجتماعی	۷/۸۱	۲/۸۴
افسردگی	۲/۸۶	۳/۵۱
کل	۲۳/۵	۱۱/۰۴

با توجه به نقطه برش ۲۳ پیشنهاد شده بر اساس دستورالعمل مرکز مشاوره دانشجویی وزارت بهداشت، در این مطالعه ۴۶/۳٪ افراد

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

نمره بالای ۲۳ داشتند. نتایج بررسی سلامت بر حسب سن، نشان داد که در زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی کمترین میانگین نمره مربوط به سنین زیر ۲۰ سال و بیشترین میانگین نمره مربوط به ۴۰-۳۰ ساله‌ها بود. و از نظر مقیاس اضطراب کمترین نمره مربوط به سنین ۲۹-۲۵سال و بیشترین میانگین نمره مربوط به گروه سنی ۳۵ سال و بالاتر بود. در زیر مقیاس عملکرد اجتماعی نیز گروه سنی ۳۴-۳۰ ساله کمترین میانگین و گروه سنی ۳۵ سال و بالاتر بیشترین میانگین نمره را بدست آوردند. در زیر مقیاس افسردگی گروه سنی ۳۴-۳۰ سال کمترین میانگین نمره و زیر ۲۰ سال بیشترین میانگین نمره را بدست آوردند. و از نظر تمام زیر مقیاس‌ها در بین گروه های سنی نتایج از نظر آماری معنی دار نبودند. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بر حسب شغل اختلاف معنی داری از نظر زیر مقیاس‌ها و مقیاس کل پرسشنامه GHQ در افراد شاغل یا خانه دار وجود نداشت (جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه نمره زیر مقیاس ها و مقیاس کل پرسشنامه GHQ در زنان باردار بر حسب شغل

شغل	شاخص	تعداد	میانگین±انحراف استاندارد	t	P-Value
نشانه های جسمانی	شاغل	۳۱	۷/۱۹± ۳/۴۷	۱/۱۷۳	۰/۲۴۲
	خانه دار	۲۴۹	۶/۳۴± ۳/۸۳		
اضطراب	شاغل	۳۱	۶/۹۳± ۳/۹۶	۰/۷۹	۰/۴۳
	خانه دار	۲۴۹	۶/۳۴± ۳/۹۴		
عملکرد اجتماعی	شاغل	۳۱	۸/۲۲± ۲/۶۹	۰/۸۶	۰/۳۹
	خانه دار	۲۴۹	۷/۷۵± ۲/۸۶		
افسردگی	شاغل	۳۱	۲/۵۴± ۲/۴	-۰/۵۳۷	۰/۵۹۲
	خانه دار	۲۴۹	۲/۹± ۳/۶۲		
کل	شاغل	۳۱	۲۴/۹۳± ۱۰/۵۱	۰/۷۶۷	۰/۴۴۴
	خانه دار	۲۴۹	۲۳/۳۲± ۱۱/۱۱		

نتایج بررسی میانگین نمرات زیر مقیاس‌ها و مقیاس کل پرسشنامه GHQ، از نظر درآمد، سن ازدواج، رتبه بارداری و میزان تحصیلات زنان شرکت کننده در مطالعه اختلاف معنی داری نشان نداد. در حالیکه نتایج آزمون t از نظر برنامه ریزی برای بارداری نشان داد که میانگین کل نمرات زیر مقیاس‌های نشانه های جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی و نمره کل GHQ به طور معنی‌داری در بارداری‌های ناخواسته بیشتر از بارداری های خواسته بود ($P<۰/۰۵$) (جدول ۴).

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات زیر مقیاس ها و مقیاس کل پرسشنامه GHQ بر حسب برنامه ریزی برای بارداری (خواسته یا ناخواسته)

شغل	شاخص	تعداد	میانگین±انحراف استاندارد	t	P-Value
نشانه‌های جسمانی	خواسته	۲۰۳	۵/۷۹±۳/۵۲	-۴/۷۶	۰/۰۰
	ناخواسته	۷۷	۸/۱۲± ۳/۹۹		
اضطراب	خواسته	۲۰۳	۵/۹۱± ۳/۸۴	۳/۴۸	۰/۰۰۱
	ناخواسته	۷۷	۷/۷۱± ۳/۹۲	-	
عملکرد اجتماعی	خواسته	۲۰۳	۷/۵۸± ۲/۸۵	-۲/۲	۰/۰۲۸
	ناخواسته	۷۷	۸/۴۱± ۲/۷۴		
افسردگی	خواسته	۲۰۳	۲/۵۳± ۳/۵۱	-۲/۶۲	۰/۰۰۹
	ناخواسته	۷۷	۳/۷۵± ۳/۳۴		
کل	خواسته	۲۰۳	۲۱/۸۲± ۱۰/۶۶	۴/۲۳	۰/۰۰
	ناخواسته	۷۷	۲۷/۹± ۱۰/۸۵	-	

نتایج آزمون آنالیز واریانس اختلاف معنی داری از نظر نمرات زیر مقیاس اضطراب در زنانی که در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری بودند، نشان داد ($P=۰/۰۱۲$).

جدول۵. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک طرفه بر روی میانگین نمرات زیر مقیاس های پرسشنامه GHQ بر حسب جنسیت جنین زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر خرم آباد

شاخص	جنسیت	تعداد	SD±میانگین	F	Sig
نشانه‌های جسمانی	پسر	۱۰۶	۶/۱±۳/۸۴	۱/۴۳۶	۰/۲۴
	دختر	۸۷	۷/۰± ۴/۰		
	نمی دانم	۸۷	۶/۲۸± ۳/۵		
اضطراب	پسر	۱۰۶	۶/۶۹± ۳/۸۴	۵/۳۵۶	۰/۰۰۵
	دختر	۸۷	۷/۱۴± ۴/۳۷		
	نمی دانم	۸۷	۵/۳۱± ۳/۳۶		
عملکرد اجتماعی	پسر	۱۰۶	۷/۸± ۲/۶۱	۳/۶۱	۰/۰۲۸
	دختر	۸۷	۸/۳۹± ۳/۴۳		
	نمی دانم	۸۷	۷/۲۴± ۲/۳۵		
افسردگی	پسر	۱۰۶	۲/۷۵± ۳/۴۲	۰/۹	۰/۴۰۸
	دختر	۸۷	۳/۲۷± ۴/۳۲		
	نمی دانم	۸۷	۲/۵۹± ۲/۵۹		

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد زنانی که در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند به طور معناداری نمره زیر مقیاس اضطراب در آنها بالاتر بود. همچنین تفاوت معنی داری از نظر زیر مقیاس های اضطراب و عملکرد اجتماعی و همین طور نمره کل GHQ بر حسب جنسیت جنین وجود داشت، به طوری که جنسیت دختر در ارتباط معنی داری با نمره عملکرد اجتماعی و اضطراب در زنان باردار بود (جدول ۵). همچنین نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد میانگین نمره اضطراب مادر زمانی که جنسیت جنین پسر بود بیشتر از مادرانی بود که از جنسیت جنین بی اطلاع بودند (P=۰/۰۴۹). میانگین نمره عملکرد اجتماعی مادران در زمانی که جنسیت جنین دختر بود نیز بیشتر از مادرانی بود که از جنسیت جنین بی اطلاع بودند (P=۰/۰۲۸).

بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان داد که۴۳/۶٪ از زنان باردار، از نظر سلامت روان مشکوک بودند که با نتایج مطالعه مردانی حموله و همکاران مطابقت دارد (۱۰). در مطالعه غفاری و همکاران نیز شیوع اختلالات روانی در نیمه دوم بارداری ۴۷/۹ درصد بود (۱۱). در مطالعه سپهرمنش (۱۲) شیوع مشکلات سلامت روان، در زنان جوان شهر کاشان ۴۰٪ و در مطالعه نوربالا و همکاران (۱۳) ۳۷/۹٪ بود. پایین تر بودن درصد مشکلات سلامت روانی در مطالعه سپهرمنش و نوربالا را می توان به غیر باردار بودن زنان مورد بررسی نسبت داد. در ضمن مطالعات بالا همگی با پرسشنامه GHQ انجام شده اند. در مطالعه هگارتی و همکاران (۱۴) ۳۰٪ زنان باردار و در مطالعه مصلی نژاد و همکاران (۱۵) نیز ۴۳٪ از زنان باردار وضعیت روانی مشکوک داشتند.

میانگین نمرات زنان باردار در مطالعه ما در زیر مقیاس عملکرد اجتماعی بالاتر از سایر زیر مقیاس‌ها بود که با مطالعات بابانظری و کافی (۱۶) و مردانی حموله و ابراهیمی (۱۰) مطابقت دارد ولی با مطالعات مصلی‌نژاد و همکاران (۱۵)، ون باسل و همکاران (۱۷) و فروزنده و همکاران (۱۸) که بیشترین اختلالات دوران بارداری را اضطراب و افسردگی عنوان کردند همخوانی ندارد. نتایج مطالعه پسونن و همکاران در همین خصوص گویای آن است که در دوران بارداری زن شروع به صحبت با جنین خود می نماید و نگران رشد و تکامل جنین خود است، ممکن است زن حس کند کنترل شخصیتی وی جهت حل مشکل کاهش یافته است، در نتیجه حس انزوا و کاهش فعالیت های اجتماعی همراه با کاهش تماس‌های روزانه فرد، توان اجتماعی زن را به طور کلی کم می‌کند و زمینه مشکلات روانی در حیطه عملکرد اجتماعی را در دوران بارداری فراهم می آورد (۱۹). در مطالعه ما ۳۰٪ از زنان باردار شکایت‌های جسمانی خفیف، ۱۰/۴٪ متوسط و ۱/۸٪ شکایت های جسمانی شدید را طی بارداری گزارش کردند. شکایات جسمانی زنان در مطالعه سالاری و بصیری مقدم (۲۰)، ۱۱/۳٪ و در مطالعه مردانی حموله و ابراهیمی (۱۰)، ۱۷/۵٪ گزارش شد. شکایت های جسمانی در دوران بارداری می تواند به دلیل اضافه وزن و تغییرات بدنی و یا به علت مشکلاتی نظیر تهوع و استفراغ باشد. همچنین در این مطالعه ۲۶/۱٪ اضطراب خفیف، ۱/۸٪ اضطراب متوسط و ۱/۸٪ اضطراب شدید داشتند. در مطالعه مصلی نژاد و همکاران ۹۰٪ از زنان باردار دارای درجاتی از اضطراب بودند (۱۵). چیونگ و همکاران در مطالعه خود عمده‌ترین علل اضطراب بارداری را نگرانی در مورد نقش مادری، نگرانی در مورد تغییرات بدنی و نگرانی در مورد فقدان حمایت های اجتماعی بیان کرده است (۲۱). در این مطالعه ۹/۳٪ از زنان باردار افسردگی خفیف، ۱/۴٪ افسردگی متوسط و ۱/۱٪ افسردگی شدید داشتند. در مطالعه مردانی حموله و ابراهیمی ۱۶٪ از زنان باردار دارای افسردگی بودند (۱۰). در مطالعه مصلی نژاد و همکاران ۹۴٪ از زنان باردار درجاتی از افسردگی را در دوران بارداری خود تجربه کرده بودند (۱۵). مطالعات شیوع افسردگی طی بارداری را در آمریکا ۱۰٪ (۲۲)، در پاکستان۲۰/۵٪ (۲۳)، در چین ۴٪ (۲۴) و در ژاپن ۵/۶٪ (۲۵) گزارش کرده اند. لذا به نظر می رسد بروز علائم افسردگی با

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

زمینه‌های فرهنگی مرتبط باشد (۲۶). در مطالعه چیونگ و همکاران از هر ۱۰ زن باردار یک نفر افسردگی را در دوران بارداری تجربه کرده بود (۲۱). در مطالعه ما بین سلامت روان و زیر مقیاس های آن با سن، سن ازدواج، رتبه بارداری، شغل، تحصیلات و درآمد ارتباط معناداری یافت نشد که این یافته با مطالعه مردانی حموله و ابراهیمی در مورد متغیرهای یاد شده مطابقت دارد (۱۰). در مطالعه فیصل-کاری و همکاران، سن فرد هنگام حاملگی، سن اولین بارداری، وضعیت بد شغلی و زندگی در خانواده پرجمعیت به طور مستقل با شیوع اختلالات روانی رایج ارتباط داشت (۲۷). در مطالعات کالیسکان و همکاران (۲۸) و اوکاکتان و همکاران (۲۹) سن بالای بارداری در ارتباط با بروز بیشتر افسردگی بود و علت آن ممکن است افزایش استرس در سه ماه سوم و تقاضاهای نقشی زیاد علیرغم مشکلات و محدودیت‌های جسمی طی سه ماهه سوم بارداری باشد. در مطالعه گلباسی و همکاران ارتباط معنی داری بین رتبه بارداری و شیوع افسردگی وجود داشت (۲۶). به نظر می رسد بروز بیشتر عوارض بارداری در سن بالا در بروز افسردگی حین بارداری نقش داشته باشد. برخی علت تنزل عملکرد فیزیکی، سر زندگی و بروز علایم افسردگی را به فقدان ورزش طی بارداری و مشکلات مالی نسبت داده اند (۳۰) در مطالعه ما بین سلامت روان و زیر مقیاس های آن با حاملگی ناخواسته ارتباط معناداری وجود داشت و زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند، شکایت جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی، افسردگی و در کل سلامت روان پایین تری داشتند. این یافته با مطالعات مصلی نژاد و همکاران (۱۵)، کارمالیانی و همکاران (۳۱) و سیلوا و همکاران (۳۲) مطابقت دارد ولی با مطالعات مردانی حموله و ابراهیمی (۱۰)، بابانظری و کافی (۱۶)، فروزنده و همکاران (۱۸) مطابقت ندارد. در مطالعه احمد زاده و همکاران هم بین شیوع افسردگی در زنان با بارداری ناخواسته نسبت به بارداری خواسته تفاوت معناداری وجود داشت (۳۳). مرور منابع نشان می‌دهد حدود ۵۰٪ از حاملگی‌ها بدون برنامه‌ریزی هستند. مشخص گردیده بارداری بدون برنامه ریزی و ناخواسته منشأ استرس های منفی زیاد طی بارداری، احساسات و عواطف ناخوشایند، بروز علایم شدید عصبی و در نتیجه افزایش خطر بروز سقط جنین می‌شود. فقدان آمادگی مادر بارداری مجدد، تجربیات منفی از بارداری قبلی و مخاطرات بارداری در سن بالا و مشکلات مالی می‌تواند از علل شیوع بیشتر مشکلات روان در بارداری های ناخواسته باشد (۲۵،۳۴). بر اساس یافته های ما، میانگین اضطراب سه ماهه سوم بارداری به طور معناداری بالاتر از زنانی بود که در سه ماهه اول بارداری قرار داشتند، اما بین اضطراب سه ماهه سوم بارداری با سه ماهه دوم و سه ماهه دوم با اول، تفاوت معناداری وجود نداشت. برخی مطالعات حاکی از وخیم تر شدن اختلالات روانی طی سه ماهه اول و دوم بارداری است (۳۵). در حالیکه برخی مشابه مطالعه ما اضطراب را در سه ماهه سوم بارداری بیشتر از سه ماهه اول و دوم بارداری گزارش کرده‌اند (۳۶) .

با توجه به نتایج این مطالعه و اهمیت سلامت روانی زنان باردار و تأثیر آن بر سلامت جنین و نوزاد، پیشنهاد می شود مشاوره روانپزشکی به عنوان جزیی از برنامه معمول مراقبت های بارداری مد نظر قرار گیرد و در صورت امکان شرایط لازم جهت انجام مشاوره‌های حمایتی روانی در مراکز بهداشتی فراهم یا بیماران دارای مشکلات روانی به مراجع ذیصلاح ارجاع شوند.

تشکر و قدردانی

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی لرستان و کلیه افرادی که به نحوی در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت نمودند، قدردانی می شود.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

References

1. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DJ, Murry CJL. Global and regional burden of disease and risk factors, 2004: Systemic Analysis of Population Health Data. The Lancet. 2006; 367:1447-1457.
2. Mc Kee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi ethnic population. Obset Gynecol. 2001; 97(6): 988-993.
3. Mohtashami J, Noghani F, Shahsavan A. Mental health First Edition, Tehran, Salemi. 2009; 38-52. (In Persian)
4. Noorbala A, Bagheri Yazdi A, Mohammadi K, Yasmi M. Investigation of mental health status of people aged 15 and above in Iran. Hakim Medical Journal. 2002;5(1):1-10. (In Persian)
5. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Mmalekfazli H, Naghavi HR, Pouretemad HR. An epidemiological study of psychiatric disorders in Iran, 2001. Hakim Medical Journal. 1382; 6(1):55-65. (In Persian)
6. Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epodemiol. 1999; 33(l2): 587-595.
7. Parry BL, Newton PR. Chromo biological basis of female- specific mood disorders. Neuro Psychopharmacology. 2001; 25: 102-108.
8. Patel V, Rodrigues M, Desouza N. Gender, poverty and postnatal depression: A study of mothers in Goa, India. Am J Psychiatry. 2002; 159(1): 43-47.
9. Ryding EL, Wirefelt E, Wangborg JB, Sjogren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86(7): 8l4-820.
10. Mardani Hamuleh M, Ebrahimi E. Mental health status of pregnant women referring to shahinshahr health care center. Bouyeh. 2010; 7(1):27-33. (In Persian)
11. Ghaffari F, Pourghaznein T, Mazloum SR. Mental health of women and their spouse during pregnancy and after labor refered to health care centers of Ramsar. Iraninan Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility. 2005;8(2):73-80. (In Persian)
12. Sepehrmanesh Z. Mental health and its related factors of Kashan young women. Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility. 2009; 23(1): 31-44. (In Persian)
13. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M. Mental Health Status of Individuals Fifteen Years and Older in Tehran-Iran (2009). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011; 16(4):479-483. (In Persian)
14. Hegarty K, Gunn J, Chondros P. Mental health and pregnancy: Cross sectional survey. BMJ. 2001; 22: 825-832.
15. Mosalanejad L, Kheshti A, Gholami E. Tha assessing mental health in pregnancy and relative psychopathologic factor in Jahrom. Jahrom Medical Journal. 2007; 5(5):22-29. (In Persian)

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

16. Babanazari L, Kafi SM. Comprative study of mental health and his relative demographic factors in different period of pregnancy. Research in Psychological Health.2007;1(2):44-52. (In Persian)
17. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during and after pregnancy: A population-based controlled cohort study. Birth. 2006; 33(4): 297-302.
18. Frouzandeh N, Delaram M, Deris F. Mental health status of and associated factors of pregnant women reffered to Health care centers of Shahrekord in 80-81. Journal of Reproduction & Infertility. 2003;155: 146-155. (In Persian)
19. Pesonen AK, Raikkonen K, Strandberg TE, Jarvenpaa AL. Continuity of maternal stress from the pre-to the postnatal period: Associations with infants positive, negative and overall temperamental activity. lnfant Behav Dev. 2005; 28(l): 36-47.
20. Salari H, Basiri Moghaddam K. Investigation of mental health of young and teenage women in Gonabad. Ofogh-e-Danesh. 2004;16: 104-110. (In Persian)
21. Cheung W, LP WY, Chan D. Maternal anxiety and feeling of control during labor: A study of chin's first time pregnant women. Midwifery. 2007; 23(2): 123-130.
22. Thoppil J, Riutzel TL, Nalesnik SW. Early intervention for perinatal depression. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 192:1446-1448.
23. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: Prospective study from Rawalpindi, Pakistan. Journal of Affective Disorders 2007; 100:115-121.
24. Lee DTS, Chan SSM, Sahotac DS, Yip ASK, Tsui M, Chung TKH. A prevalence study of antenatal depression among Chinese women. Journal of Affective Disorders. 2004; 82: 93-99.
25. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N. Multicenter prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. Archives of Women's Mental Health. 2006; 9: 121-130.
26. Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Cetin A. Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. Matern Child Health J. 2010; 14:485-491.
27. Fasial-Cury A, Menezes P, Arya P, Zugaib M. Common mental disorders during pregnancy: Prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo. Brazil: Depression and anxiety during pregnancy. Arch Women's Men Health. 2009; 12(5): 335- 345.
28. Caliskan D, Oncu B, Kose K, Ocaktan ME, Ozdemir O. Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: A community-based study in Turkey. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 2007; 28: 195-200.
29. Ocaktan ME, Caliskan D, Oncu B, Ozdemir O, Kose K. Antepartum and postpartum depression in a primary health care center

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

area. Journal of Ankara University School of Medicine. 2006;59: 151-157.
30. Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky PH, Escobar GJ. Changes in the Health Status of Women During and After Pregnancy. Journal of General Internal Medicine. 2004; 20(1):45-51.
31. Karmaliani R, Asad N, Bann CM, Moss N, McClure EM, Pasha O, et al. lnt J Soc Psychiatry. 2009; 55(5): 414-424.
32. Silva RA, Jansen K, Souza LD, Moraes LG, Tomasi G, Silva G, et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health. Rev Bras Psychiatr. 2010; 32(2): 139-144.
33. Ahmadzadeh, Sadeghizadeh A, Amanat S, Omranifard Afshar H. prevalence of depression in pregnant woman and its reletion to other socio-echonomic factors. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences.1385; 10(4): 329-334. (In Persian)
34. Fishell A. Depression and anxiety in pregnancy. J Popul Ther Clin Pharmacol. 2010; 17(3): 363-369.
35. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol. 2005;106(1):1071-1083.
36. Da-Costa D, Larouche J, Dritsa N, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. J Affect Disord. 2000; 9(l): 31-40.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]