

## پیش بینی اضطراب بارداری بر اساس سلامت روانی زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی شهر تبریز

مرضیه علیوندی وفا<sup>۱</sup>، رعنا پایان<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، پیش بینی اضطراب بارداری بر اساس سلامت روانی زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی شهر تبریز می باشد. روش انجام این تحقیق توصیفی- همبستگی می باشد. از نظر هدف، تحقیقی کاربردی می باشد. جامعه آماری این تحقیق، شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی شهر تبریز در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ بود؛ که بر اساس جدول مورگان، ۱۰۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات، از پرسشنامه های سلامت روانی گلدبرگ (GHQ) و اضطراب بارداری (PRAQ) استفاده شده است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان می دهد که بین اختلال در سلامت روانی و اضطراب بارداری رابطه مستقیم معنی داری وجود دارد.

**واژه های کلیدی:** اضطراب بارداری، سلامت روانی، زنان باردار، بیمارستان طالقانی تبریز

## مقدمه و بیان مساله

زنان یکی از گروه های حساس بهداشتی بوده که نسبت به مردان در خطر بالاتری برای اکثر اختلالات روانی قرار دارند. سلامت روان زنان، سلامت خانواده و متعاقباً جامعه را تضمین می کند (سپهرمنش، ۱۳۸۷). در طول حیات هر زن مراحل وجود دارد که اهمیت آن غیرقابل انکار بوده و تاثیرات عمیقی بر زندگی او برجای می گذارد. بارداری، یکی از این رخدادهای عظیم می باشد؛ بطوریکه از آن بعنوان بزرگترین رویداد زندگی هر زن نام می برند (اخلاقی و همکاران، ۱۳۹۱). بارداری یک موقعیت بی مانند است. در طی دوران بارداری، مادران تغییرات بسیاری از نظر روان شناختی و فیزیولوژیکی تجربه می کنند. تغییرات هورمونی ماههای اول بارداری سبب احساس خستگی و حالت تهوع می شود. بیشتر زنان باردار تغییراتی در نشانه های بدنی، کار و فعالیت های خود، همچنین در روابط با دیگران نشان می دهند. برخی از زنان به دنبال این تغییرات تحریک پذیر و عصبی می شوند، تغییراتی را در احساسات (در مورد خود، کودک و آینده) و ارتباطات (ارتباط با همسر، فرزند) تجربه می کنند. این تغییرات زنان را از نظر روانی آسیب پذیر می کند و یک منبع استرس برای زن به شمار می رود (دمو و آکوک، ۱۹۹۶).

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 می گردد. دوران حاملگی پراسترس ترین دوران زندگی زن می باشد 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 طبقه بندی می شود. در کل، زنان به طور مکرر در هر سنی مبتلا به اختلالات اضطرابی می شوند؛ اگر چه، به طور کلی، در سنین بالا میزان بروز کاهش می یابد (راسکی، هوارد و مان، ۱۹۹۸). ولی موضوعی که بسیار مهم می باشد، تجربه اضطراب در دوران پر تنش بارداری است. در این دوران، امکان بروز حالت هایی مانند افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و اختلال وسواس زیاد است (فروزنده، ۱۳۷۷). برخی محققین معتقدند که حاملگی خود تجربه روحی مهمی است که سبب ایجاد تغییرات روانی زیادی در زن می شود. اغلب زنان متوجه تغییرات خلق و الگوی خوابشان می شوند 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 ترس ها افزایش می یابد، یا اغراق آمیز شده و منجر به افسردگی و اضطراب می گردد (هریس و همکاران، ۱۹۹۶).

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 استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) 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 (ایوانز و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین، در یک مطالعه دیگر، شیوع اختلالات روانی زنان باردار ارتباط معنی داری با کم بودن سن مادر در حاملگی اول، ازدواج کمتر از یکسال، داشتن همسر بدون حمایت و تاریخی سقط داشته

<sup>۱</sup>- Demo & Acock

<sup>۲</sup>rasucki , Howard , Mann

<sup>۳</sup>- Harris

<sup>۴</sup>-Evans

است (آبیودون، آدتورو، و اوگونبده<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳). در کل، شیوع اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب منتشر، اختلال هراس و اختلال خوردن در زنان بالاست. در حقیقت، تقریباً یک سوم زنان معیارهای یک اختلال اضطرابی را در طول عمر تجربه می کنند (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴). یکی از دلایل توجه محققان امر به این نوع اضطراب به تاثیرات آن مربوط می باشد. به عبارت دیگر، نگرانی، اضطراب و استرس بالا در طی دوران بارداری می تواند پیامدهای دراز مدت برای رویان داشته باشد. به عنوان مثال، تنش درون رحمی موجب نارسایی و زایمان زودرس و بیماری های کرونری در بزرگسالی می شود (شجاعی، ۱۳۷۹). سطح بالای اضطراب مادر در اواخر دوران بارداری با کاهش تکامل ذهنی در ۲ سالگی همراه است (سولچنی، ۲۰۰۳). همچنین، شانس کم وزنی هنگام تولد در مادران دارای مواجهه با خشونت روانی- کلامی و جنسی چند برابر بیشتر از دیگر مادران گزارش شده است (بروئرز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). از طرفی، بنا به کیفیت و کمیت دوران بارداری، این دوران به طور قطع تغییرات بارزی را در ارتباط زوجین پدید می آورد؛ به خصوص اگر اولین تجربه بارداری باشد. مراقبتهای دوران بارداری از دستاوردهای مهم علم پزشکی به حساب می آید و بطور برجسته ای مورد توجه متخصصان قرار دارد؛ زیرا همه بیماریها و حالات روانی که مادر به آنها مبتلا می شود در جنین تاثیر می گذارد (حسن و روشنک، ۱۳۸۱). آنچه در این دوران مهم بوده و یکی از مسایل غیرقابل انکار بعد از ازدواج می باشد؛ رضایت مندی زناشویی است. رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی، رضایت از ازدواج و رضایت از همدیگر دارند (کارنی و بردبری<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). این متغیر به صورت طیفی از رضایتمندی زیاد تا نارضایتی زیاد تصور می شود (سپینگتون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱). طبق پژوهش هایی که در حیطه ازدواج و روابط زناشویی انجام شده است، متغیرهای مختلفی با روند رضایت زناشویی در طول زمان رابطه دارند. این متغیرها می توانند پیش بینی کننده شانس حفظ رضایت رابطه زناشویی در طول زمان یا رفتن به طرف آشفستگی زناشویی و طلاق باشند (هالفورد<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵).

بررسی پژوهشهای داخلی مبین وجود تعداد اندک تحقیق ها در خصوص رابطه اضطراب بارداری و سلامت روانی است؛ که این امر به نوبه خود نشان دهنده اهمیت پرداختن به این مهم در زندگی این قشر آسیب پذیر می باشد. حال، با توجه به اهمیت بسیار مهم دوران بارداری در سلامت مادر و کودک؛ و نبود تحقیق هایی که به این دوران با توجه به دو متغیر مهم فردی و بین فردی توجه داشته باشد؛ انجام پژوهش هایی از این دست می تواند راه را برای اقدامهای پژوهشی پیشگیری مدار در زمانهای آتی هموار سازد. بر این اساس، تحقیق حاضر بر آن است تا با تکیه بر یک رویکرد پیش بینی مدار، به پیش بینی اضطراب دوران بارداری بر پایه ی سلامت روان زنان باردار بپردازد.

<sup>۵</sup>- Abiodun , Adetoro, Ogunbode

<sup>۶</sup>-Kessler

<sup>۷</sup>- Solchani

<sup>۸</sup>- Brouwers

<sup>۹</sup>- Karny, Bradbury

<sup>۱۰</sup>- Sapington

<sup>۱۱</sup>- Halford

## مبانی نظری

## اضطراب بارداری

نگرانی و اضطرابی که زنان باردار ممکن است درباره نارسایی های دوره جنینی، نگرانی درباره درد و تغییر زندگی شخصی در نتیجه بارداری و زایمان داشته باشند (دانکل-شتر<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۷). وجود حالات اضطرابی شدید، مداوم و قابل توجه در مادر باعث مواجهه بیشتر جنین با گلوکوکورتیکوئیدها شده و می تواند موجب تغییرات نورواندوکرین مستدام در وی شود. این تغییرات می توانند منجر به الگوهای خاص شناختی یا رفتاری و به خصوص اشکال در کنترل احساسات و تکانها شوند و این امر می تواند شکل دهندهی شخصیت آیندهی جنین گردد (وان دن برگ و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین، بررسی اکاثر و همکارانش (۲۰۰۲) نشان داده که وجود اضطراب بارز در هفتهی ۳۲ بارداری در مادر، می تواند موجب اختلالات رفتاری و عاطفی تا حدود هفت سالگی کودک گردد. عوارض دیگر این حالات اضطرابی می تواند زایمان زودرس، وزن کم زمان تولد و نمره ی آپگار پایین حین تولد باشند. علاوه بر این، نشان داده شده که همراهی افسردگی با اضطراب می تواند بیشترین اثر را بر احتمال زایمان زودرس داشته باشد و این اثر بسیار بیشتر از اثر افسردگی به تنهایی است. احتمال اختلالات خلقی بعد از زایمان نیز در صورت وجود اضطراب در دوران بارداری افزایش می یابد (کلمن و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین گزارشات زیادی در دسترس است که نشان می دهند اضطراب حین بارداری خطر مصرف سیگار و الکل را بالا می برد و این امر همان طور که می دانیم می تواند عواقب خود را برای جنین داشته باشد. نکتهی دیگر این که مطالعهی کلمن و همکارانش در دانشگاه واشینگتن نشان داده که تنها ۲۰٪ متخصصین زایمان اقدام به غربالگری برای شناخت موارد مبتلا به اختلالات اضطرابی می نمایند. همین گروه نیز ترجیح می دهند موارد شناسایی شده اختلال اضطرابی را به روان پزشک ارجاع دهند. بررسی مربوطه نشان داده که دو عامل مهم در انجام این غربالگری تأثیر آماری داشته اند. اولین و مهم ترین عامل در این امر داشتن اطلاعات کافی در این زمینه و گذراندن دوره های آموزشی مربوطه بوده است. عامل مؤثر دیگر، ابتلای خود یا یکی از دوستان متخصص مربوطه به یک اختلال اضطرابی حین بارداری بوده است (کلمن و همکاران، ۲۰۰۸).

## ویژگی های بالینی اختلالات اضطرابی

**اختلال آسیمیگی:** از هفته ی ششم تا هفته ی ۲۸ بارداری تدریجا علایمی چون تاکی کاردی، کوتاهی نفس، گیجی و تعریق به طور فزاینده ای ایجاد می شوند که گاهی علی رغم طبیعی بودن این تغییرات به غلط به عنوان وضعیتی خطرناک تعبیر می گردد. این امر می تواند هسته اصلی خطای شناختی یک اختلال آسیمیگی را تشکیل دهد که در زمینه آن اختلال آسیمیگی و حملات اضطرابی مربوط به آن بروز نماید (کلمن و همکاران، ۲۰۰۸).

**اختلال اضطراب منتشر:** شایع ترین وضعیت اضطرابی در زمان بارداری است. ناتوانی در تحمل عدم قطعیت و اطلاق نگرانی به احساسی که از عدم قطعیت وجود دارد و همچنین تبعات اجتماعی- اقتصادی مترتب بر بارداری از عواملی هستند که می توانند زمینه ساز بروز اضطراب منتشر در زمان بارداری شوند. افتراق این که اضطراب منتشر از قبل از بارداری بوده، با بارداری تشدید شده یا اصلا با شروع بارداری ایجاد شده است، چندان تأثیری بر پیش آگهی آن ندارد. این مورد بر خلاف افسردگی است که در آن مواردی از افسردگی که در زمان بارداری شروع می شوند، بیش تر احتمال دارد منتهی به افسردگی بعد

<sup>۱۲</sup>Dunkel-Schetter

از زایمان با ویژگی های مخصوص خود شوند. مطالعه ای در دانشگاه ملبورن مؤید این امر بوده که اضطراب منتشر غالباً در شش ماهه اول بارداری است و اغلب در اواخر بارداری فروکش می نماید (کلمن و همکاران، ۲۰۰۸).

**اختلال وسواس:** مسئولیت در ارتباط با سلامتی و ایمنی کودک و عوامل متعدد و متنوع مؤثر بر آن که بسیاری از آن ها نیز تحت کنترل مادر نمی باشند. هسته ی اصلی این اختلال را افکار خودآیند و نگران کننده ای تشکیل می دهند که ممکن است منجر به بروز اختلال وسواس گردد. شروع وسواس در این دوره غالباً به دنبال ترس بی دلیل و غیر معمول نسبت به این امر است که ممکن است اتفاق بدی برای جنین و کودک آینده بیافتد. این امر منجر می شود به این که بیمار مکرراً نیازمند اطمینان دادن از طرف پزشک می باشد و با کوچک ترین اتفاقی مجدداً آرامشش به هم می ریزد. به این ترتیب نیاز مکرر به اطمینان گرفتن از پزشک می تواند از علایم اولیه و در عین حال هشدار دهنده شروع وسواس در بیمار باشد (کلمن و همکاران، ۲۰۰۸).

**هراس:** شایع ترین انواع هراس طی دوران بارداری عبارتند از آگورافوبیا و فوبیای خون آسیب<sup>۱</sup>. مورد اخیر گاهی به صورت هراس از هر نوع تزریق و حتی هراس از بیمارستان نمایان شود. در انواع شدید همراه با تغییرات بارز در علایم نباتی فرد به خصوص افزایش فشارخون و تاکی کاردی در وی می گردد و این تغییرات حتی ممکن است با دیدن هر فردی که روپوش سفید بر تن نموده بروز نماید. این امر در کنار آگورافوبیا (با یا بدون حملات آسیمگی) می تواند منجر به عدم همکاری مطلق و عدم مراجعه به پزشک مگر به اجبار نزدیکان و نیز عدم مصرف داروهای تجویز شده گردد. از طرف دیگر، افکار خودآیند منفی در ارتباط با سلامتی کودک می تواند منجر به درگیری فکری دایمی با موضوعات مرتبط با سلامت و بیماری ها شده و منتهی با هراس از بیماری ها شود (بویست و همکاران، ۲۰۱۱).

**اختلال استرس ناشی از ضربه:** این اختلال عبارت است از وقوع یک حادثه ی تروماتیک که به دنبال آن، به یاد آوردن آن حادثه منجر به بروز علایم شدید روان تنی و نیز شواهد بارز شناختی در بیمار می گردد (بویست و همکاران، ۲۰۱۱). هر عاملی که بتواند این خاطرات را برای فرد زنده کند می تواند منجر به بروز علایم فوق الذکر گردد به همین دلیل فرد سعی می کند از مواجهه با آن عوامل پرهیز نماید. یک مورد نسبتاً شایع در این زمینه خانم بارداری است که به هر دلیل دچار سقط می شود. به دلیل سوگ حاصل از این موضوع، غالباً به بیمار توصیه می شود به سرعت دوباره باردار شود و در صورت وقوع آن، چون هر نوع مداخلات درمانی می تواند بیمار را به یاد سقط گذشته بیاندازد و لذا باعث شود بیمار از هر نوع مراجعه به پزشک خودداری نماید. لازم به ذکر است که درجاتی از واکنش های استرس ناشی از ضربه در ۱/۷ زنان به دنبال یک بار زایمان (علی الخصوص زایمان سخت) پیش می آید. با این حال، بروز علایم کامل این اختلال یافته ی چندان شایعی نمی باشد (بویست و همکاران، ۲۰۱۱).

## سلامت روانی

مفهوم سلامت روانی یا سلامت روان شناختی، جنبه ای از مفهوم کلی سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی است که علی رغم تلاش هایی که از سوی دانشمندان و پیشگامان سلامت روانی در جهان به منظور تامین هر چه بیشتر سلامتی انسانها به عمل آمده است، هنوز توافق جمعی و مشترک و معیار قاطعی در زمینه تعریف و مصداق کامل سلامت روانی در افراد وجود ندارد؛ و تعاریف متعدد از سلامت روانی ارائه شده که همگی بر اهمیت تمامیت و یکپارچگی شخصیت تاکید ورزیده اند (پاکروان نژاد و

صادقی، ۱۳۸۷). در حقیقت، اصطلاح سلامت روانی اصطلاحی است که می توان آن را از نقطه نظرهای مختلفی بررسی کرد و با در نظر گرفتن مسائل فرهنگی، اعتقادی و امثال آن رنگ و بو و حتی تعریف سلامت روان در یک جامعه ممکن است دستخوش تغییر شود؛ زیرا هر فرهنگی براساس معیارهای خاص خود به دنبال بهداشت سلامت روان است؛ اما بی شک، هدف هر جامعه ای فراهم ساختن شرایطی است که سلامت اعضایش تحقق پیدا کند حال آنکه سلامت روان از سلامت عمومی است و پیشرفت یک جامعه را تضمین می کند. توسعه و پیشرفت یک جامعه تنها به کمک نیروهای انسانی برخوردار از سلامت روانی و جسمانی ممکن خواهد بود. نگاه کلی نگر و سیستماتیک به سلامت روان به معنای دیدن آن در گستره ای به وسعت جامعه است که هدف این نوشتار نیز دنبال کردن این خط فکری و آشنا کردن مردم، با مفاهیم سلامت روانی است. از این رو، سلامت روان با عملکرد فردی-اجتماعی و به تبع آن آسیب های روانی-اجتماعی مرتبط است؛ و بیماری های روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی، از هیچ طبقه اقتصادی اجتماعی خاصی در مقابل آنها مصونیت نداشته و خطری هست که بشر را مرتباً تهدید می کند (پاکروان نژاد و صادقی، ۱۳۸۷). سلامت روانی، علاوه بر بدن سالم، به محیط و شرایط زندگی سالم، نیاز دارد. اینکه محیط و عوامل مختلف آن، چگونه بر ساختار روانی فرد و سلامت روانی او تأثیر می گذارند و فرد با چه شیوه ای با کشمکش های محیطی مبارزه می کند، موضوعی است که رویکردهای مختلف روان شناسی، هر کدام، با توجه به دیدگاه اختصاصی خود پیرامون ماهیت انسانی و نیروی انگیزشی او، سلامت روانی انسان را به شیوه ای خاص تبیین کرده اند. برخی از این رویکردها، سلامت روانی را فرایندی مستمر دانسته اند و برخی دیگر، آن را در قالب هنجارها و پیروی از آداب و سنن اجتماعی، جستجو کرده اند و گروهی دیگر نیز به هر دو جنبه، توجه نموده اند. بر این اساس، در مورد سلامت روانی، تعاریف نظری فراوانی وجود دارد و یک توافق جمعی و مشترک بین اندیشمندان رشته های مختلف، در این مورد وجود ندارد. مثلاً، پزشکان و افرادی که با دیدگاه پزشکی به این مسئله می نگرند، سلامت روان را منوط به نداشتن علایم بیماری تلقی می نماید و روان شناسان و روانپزشکان نیز فردی را از نظر روانی، سالم می دانند که دچار علائم روانی که بیانگر اختلال در کارکردهای روانی است، نباشد و بتواند به هنگام مواجهه به مسائل و مشکلات اجتماعی، تعادلی در رفتارهایش برقرار نماید. اما وضعیت جاری روان شناسی جهان، حاکی از توجه شایان روان شناسان به مفهوم سلامت روانی در قالبی برای بهنجاری و فقدان علایم بیماری است (خدارحیمی، ۱۳۷۴). به نظر کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت فکر و روان قابلیت برقراری ارتباط هماهنگ و موزون با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها، مشکلات و تمایلات فردی به طور منطقی، عادلانه و مناسب. نتیجه آن که، مفهوم سلامت روانی عبارت خواهد بود از تأمین رشد و سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلاء به اختلال روانی، درمان مناسب و بازتوانی آن (پاکروان نژاد و صادقی، ۱۳۸۷). لوینسون<sup>۱۲</sup> و همکارانش معتقدند که سلامت روانی، عبارت است از اینکه اولاً فرد چه احساسی نسبت به خود، دیگران و دنیای اطراف دارد و ثانیاً به چگونگی سازگاری فرد با درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش ارتباط دارد (به نقل از میلانی فر، ۱۳۷۳).

### سلامت روانی و دوران بارداری

دوران حاملگی پراسترس ترین دوران زندگی زن می باشد و شدت این استرس در سه ماهه سوم بیشتر است؛ حتی استرس ناشی از تولد اولین فرزند در جداول استرس روانی - اجتماعی، جزء استرس های شدید طبقه بندی می شود. بنابراین، در این دوران امکان بروز حالت هایی مانند نوروز، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و اختلال وسواس زیاداست (فروزنده، ۱۳۷۶). برخی

<sup>۱۲</sup> Levinson

محققین معتقدند که حاملگی خود تجربه روحی مهمی است که سبب ایجاد تغییرات روانی زیادی در زن می شود. اغلب زنان متوجه تغییرات خلق و الگوی خوابشان می شوند 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 می یابد یا اغراق آمیز شده و منجر به افسردگی و اضطراب می گردد (هاریس<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۶).

### فرضیه تحقیق

- بین اضطراب بارداری و سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد.

### پیشینه ی تحقیق

بررسی ادبیات مربوط نشان می دهد که مدتی است که توجه به عوامل روانشناختی مسایل دوران بارداری زیادتیر شده است. ولی با این وجود، تحقیق های زیادی در خصوص رابطه ی متغیرهای روانشناختی و اضطراب بارداری صورت نگرفته است. در ذیل، به برخی از تحقیق های مرتبط اشاره می شود.

دره شوری محمدی و همکاران (۱۳۹۱)، در تحقیقی به بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس با رویکرد گروه درمانی شناختی-رفتاری بر روی اضطراب حالت/صفت، اضطراب بارداری و سلامت روان زنان نخست زا پرداخته اند. این پژوهش نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون است. نمونه گیری در دسترس شامل ۳۰ زن نخست زا که در پرسشنامه سلامت روان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین کسب نمودند و معیار جمعیت شناسی پژوهش را داشتند می باشند. نتایج نشان می دهد که آموزش مدیریت استرس با کاهش اضطراب حالت/صفت در سطح معناداری  $p < 0.001$ ، اضطراب بارداری در سطح معناداری  $p < 0.003$  و ابعاد آن (نگرانی در مورد تولد نوزاد در سطح  $p < 0.015$  نگرانی در مورد احساسات/روابط بین فردی در سطح  $p < 0.02$  و سلامت روان در سطح معناداری  $p < 0.015$  همراه است. ولی باعث کاهش نگرانی تغییرات ظاهری بدن در سطح  $p < 0.12$  که یکی دیگر از ابعاد اضطراب بارداری است، نمی باشد.

هیلدرینگسون، تینگوال و رابرتسون<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) در پژوهش خود به بررسی نقش حمایت همسر در دوره حاملگی زنان پرداختند. آنان به این نتیجه رسیدند که رضایت زناشویی پایین در دوره حاملگی با بهزیستی عاطفی پایین از نظر علائم افسردگی بیشتر، نگرانی های اساسی بیشتر و حس انسجام کمتر و علام جسمانی بیشتر، تجربه طلاق و جدایی در سال اول پس از تولد نوزاد و ناامیدی از مشارکت همسر در کمک به مراقبت از نوزاد رابطه دارد.

### روش پژوهش

روش انجام این تحقیق توصیفی-همبستگی می باشد. جامعه آماری این تحقیق، شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی شهر تبریز در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ بود؛ که بر اساس جدول مورگان، ۱۰۰ نفر به روش نمونه گیری در

<sup>۴</sup>Harris

<sup>۵</sup> Hildingsson, Tingvall, Rubertsson

دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه‌های سلامت روانی گلدبرگ (GHQ) و اضطراب بارداری (PRAQ) استفاده شده است.

### یافته‌های پژوهش

#### فرضیه ۱: بین اضطراب بارداری و سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است. فرض صفر در این آزمون، صفر بودن ضریب همبستگی (عدم وجود رابطه) است. اگر سطح معنی‌داری آزمون کمتر از ۰/۰۵ باشد، فرض صفر رد خواهد شد؛ یعنی در این صورت بین متغیرها رابطه وجود خواهد داشت. بعد از انجام آزمون آماری، ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۶۳۹ و سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۱ حاصل شد. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون پیرسون کمتر از ۰/۰۵ است؛ مولفه‌های اختلال در نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی با اضطراب بارداری، رابطه مستقیم معنی‌داری دارند (ضرایب همبستگی مثبت و سطوح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است). لازم به ذکر است، که نمودار دیداری این نتایج در پیوست آمده است.

جدول ۱: آزمون همبستگی پیرسون برای سلامت روانی و اضطراب بارداری

متغیرها	اضطراب بارداری
اختلال در سلامت روانی	$r = ۰/۶۳۹$ $p = ۰/۰۰۰$
اختلال در نشانه‌های جسمانی	$r = ۰/۵۱۷$ $p = ۰/۰۰۰$
اضطراب و بی‌خوابی	$r = ۰/۵۲۵$ $p = ۰/۰۰۰$
اختلال در عملکرد اجتماعی	$r = ۰/۵۲۰$ $p = ۰/۰۰۰$
افسردگی	$r = ۰/۳۴۱$ $p = ۰/۰۰۱$

### نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش پیش‌بینی اضطراب بارداری بر اساس سلامت روانی زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی شهر تبریز است. برای رسیدن به این هدف یک فرضیه تدوین شده است. نتایج نشانگر آن بود که بین اختلال در سلامت روانی و اضطراب بارداری رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. بر اساس نتایج حاصله، داشتن روانی سالم با مقدار اضطراب و افسردگی پایین پیش‌بینی‌کننده اضطراب پایین در دوران بارداری است. این تحقیق با یافته‌های بابانظری و کافی (۱۳۸۷)،



هیلدرینگسون، تینگوال و رابرتسون<sup>۶</sup> (۲۰۰۸)، دره شوری محمدی و همکاران (۱۳۹۱) همسو می باشد. در کل، از یافته های این تحقیق چنین بر می آید که اضطراب بارداری که یکی از دغدغه های مهم دوران بارداری محسوب می شود؛ می تواند به موارد غیر فیزیولوژیکی مربوط باشد. بنابراین، متخصصان زنان و زایمان و روانشناسان می توانند با توجه به اهمیت مسایل روانشناختی مادران، به این مهم بها داده؛ و در ارتقای سلامت روانی مادران و کودکان آنها بکوشند.

## منابع

- دره شوری محمدی، زینب؛ بساک نژاد، سودابه؛ سروقد، سیروس (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس با رویکرد گروه درمانی شناختی-رفتاری بر روی اضطراب حالت/صفت، اضطراب بارداری و سلامت روان زنان نخست زا. مجله جندی شاپور. شماره ۹.
- عبداله زاده رافی، مهدی؛ حسن زاده اول، مریم؛ احمدی، شکوفه (۱۳۹۱). رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب سه ماهه سوم بارداری. نشریه پژوهش پرستاری. شماره ۲۶.
- شائقیان، زینب؛ رسول زاده، طباطبایی؛ سیدکاظم، صدیقی (۱۳۸۷). تاثیر اضطراب مادر در سه ماه آخر بارداری بر روند زایمان و سلامت روانی نوزاد. نشریه حیات. شماره ۴.
- فروزنده، نسرين (۱۳۷۷). بررسی میزان شیوع و عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهری شهرستان شهرکرد. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز.
- بنی جمالی، ش.، نفیسی، غ.، و یزدی، س.م. (۱۳۸۳). ریشه یابی علل از هم پاشیدگی خانواده ها در رابطه با ویژگی های روانی - اجتماعی دختران و پسران قبل از ازدواج. مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. دوره سوم، سال یازدهم، شماره های ۱ و ۲، ۱۴۳-۱۷۰.
- پاکروان نژاد، م؛ صادقی، م (۱۳۸۷). بهداشت روان [یادداشت سایت]. گروه آموزشی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. سایت اینترنتی: <http://bpdanesh.ir/>
- سلیمانیان، ع.ا. (۱۳۷۳). بررسی تاثیر تفکرات غیر منطقی (بر اساس رویکرد شناختی) بر نارضایتی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه تربیت معلم تهران.
- شاملو، سعید، (۱۳۸۲)، بهداشت روانی تهران، رشد.
- ولی زاده شیرین، روشهای افزایش عزت نفس در کودکان دارای نیازهای ویژه، تعلیم و تربیت استثنایی ۱۳۸۷ شماره ۸۵ و ۸۴ ص ۷۰.

Buist A, Gotman N, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder: Course and risk factors in pregnancy. *J Affect Disord*, 2011;131:277-283.

<sup>۱۲</sup> Hildingsson, Tingvall, Rubertsson

- Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Rvine DS. Distress and concerns in couples referred to specialist infertility clinic. *J Psychosom Res.* 2003; 54(4): 353-5.
- Coleman VH, Carter MM, Morgan MA, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists' screening patterns for anxiety during pregnancy. *Depres Anxiety.* 2008;25:114-123.
- Harris B., Lovett L., Smith J., Read G. Cardiff puerperd mood and hormone study III, postnatal depressrion at 5 to 6 weeks post partum and its hormonal correlelates across the prepartum period. *Br J Psychiatry.* 1996; 168:739-44.
- Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005;29:237-258.