

## سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کوهدشت

مراد علی زارعی پور<sup>۱</sup>، رویا صادقی<sup>۲</sup>، عزت اله بازوند<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** اگر چه حاملگی یک پدیده فیزیولوژیک و طبیعی است، اما زنان در طول دوران بارداری در معرض تغییرات جسمی و روانی قرار می‌گیرند که می‌تواند سلامت آن‌ها و جنین را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعه حاضر با هدف، بررسی سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان در طول دوران بارداری صورت گرفت.

**روش‌ها:** مطالعه مقطعی حاضر بر روی ۲۵۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کوهدشت در سال ۱۳۸۹ انجام شد. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شده و ابزار پژوهش در این بررسی پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ (General health questionnaire یا GHQ 28) بود. یافته‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS<sup>۱۶</sup> و با کمک آزمون‌های آماری  $\chi^2$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد که ۳۱/۶ درصد از زنان باردار با میانگین سنی  $26/4 \pm 6/1$  سال مشکوک به اختلالات روانی بودند. بر اساس نتایج، میزان شیوع اختلالات روانی در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری به ترتیب ۳۴/۴، ۲۳/۱ و ۴۰/۲ درصد بود. بین اختلالات روانی دوران حاملگی با برخی خصوصیات فردی و عوامل اقتصادی-اجتماعی رابطه معنی‌داری دیده شد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش بیانگر بالا بودن اختلالات روانی در بین زنان باردار می‌باشد و ضرورت پرداختن به بهداشت روان و عوامل تأثیرگذار بر آن را در این گروه مطرح می‌سازد. بنابراین لازم است با مراقبت و برنامه‌ریزی‌های مناسب از بروز اختلالات در این گروه آسیب‌پذیر جلوگیری کرد.

**واژگان کلیدی:** سلامت روان، زنان باردار، پرسش‌نامه سلامت عمومی.

### مقدمه

تصمیم به خودکشی و احتمال تولد نوزاد با وزن کم را افزایش می‌دهد (۱). در بعضی از موارد، اختلالات روانی در مادر مانع از مراقبت کامل او از خودش، جنین و یا نوزاد شده و با عواقب متأثر کننده‌ای همراه بوده است (۲). تأثیر این اختلالات می‌تواند تا مدت‌ها باقی بماند.

وضعیت روانی مادر باردار در دوران بارداری تأثیر زیادی بر سلامتی جنین دارد. توجه نداشتن به وضعیت روانی مادر باردار می‌تواند با عواقب وخیمی همراه باشد. بر طبق تحقیقات افسردگی شدید مادر باردار، احتمال شکایات دوران بارداری، مرده‌زایی،

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

<sup>۲</sup> استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> کارشناس، گروه بهداشت عمومی، شبکه بهداشت و درمان کوهدشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

بیش فعالی و کمبود توجه در کودکانی که از مادران مبتلا به اختلالات روانی متولد شده‌اند و همچنین پایین آمدن بهره هوشی در کودکان به ویژه پسران در سن ۱۱ سالگی از مادرانی که در دوران بارداری به افسردگی دچار بوده‌اند، گزارش شده است (۳). اهمیت این موضوع زمانی روشن تر می‌شود که بدانیم تنها تعداد اندکی از زنانی که از افسردگی دوران بارداری رنج می‌برند، در جریان مراقبت‌های این دوران در قبل و یا بعد از تولد نوزاد خود شناسایی می‌شوند (۴، ۵). به همین دلیل گروهی از صاحب‌نظران افسردگی را بیماری مخفی و غیر آشکار می‌دانند (۶) و گروهی دیگر معتقد هستند که این بیماری در گروه زیادی از زنان درمان نشده باقی می‌ماند (۷).

اگر چه علت بروز این اختلالات روشن نیست، ولی بررسی‌ها علل مختلف ژنتیکی، بیوشیمیایی، غدد درون‌ریز، روانی و اجتماعی را در بروز آن‌ها دخیل می‌دانند (۱). آمادگی روانی همانند آمادگی جسمی برای باردار شدن، زایمان و پرورش کودک از اهمیت زیادی برخوردار است. در زمینه اختلالات روانی دوران بارداری مطالعات متعددی صورت گرفته است. در بررسی‌هایی که با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی (۲۸) *General health questionnaire* یا (GHQ) انجام گردیده، میزان شیوع اختلالات روانی به طور متفاوتی گزارش شده است. به طور مثال این شیوع در مطالعه‌ای روی ۲۷۳ زن باردار در پاکستان، در اوایل دوران بارداری ۴۴/۳ درصد گزارش شده است (۸)؛ درحالی که مطالعه‌ای که روی ۱۰۸ زن باردار ژاپنی انجام شد، این اختلالات در سه ماهه اول و سوم حاملگی به ترتیب ۱۷ درصد و ۱۳ درصد گزارش شد (۹).

برخی مطالعات مؤید بالاتر بودن شیوع اختلالات در سه ماهه سوم بارداری هستند. در مطالعه‌ای که علایم افسردگی را در هفته‌های ۱۸ و ۳۲ بارداری و همچنین در ۸ هفته بعد از زایمان در شهر Avon کشور انگلستان مقایسه کرده است، نشان داده که احتمال بروز افسردگی در هفته ۳۲ بیشتر از ۸ هفته بعد از زایمان است (۱۰).

در ایران نیز در مطالعه‌ای که در شهرکرد بر روی ۲۶۷ مادر باردار مراجعه‌کننده برای انجام مراقبت‌های دوران بارداری انجام شد، میزان شیوع اختلالات روانی در سه ماهه اول ۲۹/۷ درصد، سه ماهه دوم ۲۸/۶ درصد و سه ماهه سوم ۳۹/۶ درصد بود (۱۱).

اگر چه در مراکز بهداشتی درمانی کشور، مراقبت‌های دوران بارداری انجام می‌شود، ولی توجه به مراقبت‌های جسمی در مرکز توجه قرار دارد. این در حالی است که سلامت جسم در گرو سلامت روان و سلامتی روان مادر ضامن سلامت خانواده و فرزند است که او پرورش می‌دهد. شیوع اختلالات روانی و وسعت نیاز مردم کشور به خدمات بهداشت روانی و همچنین محرومیت نسبی مردم روستاها و شهرهای متوسط و کوچک از خدمات بهداشت روانی، اهمیت پرداختن به موضوع این تحقیق را مطرح می‌سازد. طبیعی است که توفیق در حل این مشکلات مستلزم شناسایی عوامل مختلف فردی، خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است تا با اجرای مداخلات لازم به پیش‌گیری از اختلالات روانی پرداخته و نسل آینده سالم‌تری داشته باشیم.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی، توصیفی و تحلیلی

بود که در سال ۱۳۸۹ انجام شد. با توجه به بررسی‌های انجام گرفته و با در نظر گرفتن شیوع ۳۰ درصدی اختلالات روانی در زنان باردار و  $\alpha = 0/05$  و  $d = 0/06$  با استفاده از فرمول، حجم نمونه ۲۵۰ برآورد شد. بنابراین این مطالعه با تکمیل پرسش‌نامه برای ۲۵۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کوهدشت در پاییز سال ۱۳۸۹ که جهت انجام مراقبت‌های بارداری مراجعه کرده بودند، انجام گرفت.

نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. ابتدا ۹ مرکز بهداشتی شهری و روستایی به عنوان خوشه‌های مورد بررسی مشخص شدند. این خوشه‌ها شامل ۴ مرکز شهری و ۵ مرکز روستایی بود. لازم به ذکر است که هر یک از مراکز روستایی چند خانه بهداشت را تحت پوشش داشت و در مجموع اطلاعات از زنان باردار در ۶۲ روستا تهیه شد. در مرحله بعد داخل هر خوشه انتخابی، نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد.

شرایط انتخاب افراد در نمونه به این ترتیب بود که فرد باید ضمن باردار بودن، ساکن در مناطق مورد نظر باشد و در شش ماهه گذشته حادثه غمباری مانند طلاق و یا مرگ عزیزان برای آنان اتفاق نیفتاده باشد. پس از ارایه توضیحات لازم به زنان واجد شرایط و کسب اطلاع از آمادگی و رضایت آنان برای شرکت در مطالعه، پرسش‌نامه‌های بدون اسم، توسط خود زنان باردار و در صورت بی‌سواد بودن توسط پرسشگر تکمیل شد. برای جامعه مورد مطالعه این حق در نظر گرفته شد که در هر مرحله از تحقیق در صورت عدم تمایل به همکاری خود ادامه ندهند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه بود که با توجه

به اهداف در دو قسمت عمده تدوین گردید. قسمت اول پرسش‌نامه توسط گروه تحقیق طراحی شده بود و مشتمل بر ۲۰ سؤال که اطلاعات فردی جامعه مورد مطالعه را ارایه می‌داد. پرسش‌نامه مشخصات فردی شامل متغیرهای سن، میزان تحصیلات، شغل مادر باردار و همسر وی و ... بود. قسمت دوم، پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ-۲۸) بود. پرسش‌نامه مذکور یک وسیله معتبر اندازه‌گیری اختلالات روانی است که در آن تعداد متفاوتی سؤال طراحی شده است. در این بررسی پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی مورد بررسی قرار گرفت. در این پرسش‌نامه، اختلالات در چهار بعد اندازه‌گیری می‌شود که شامل ابعاد اختلال جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی قابل سنجش می‌باشد.

شاخص‌های اعتبار این پرسش‌نامه در مطالعات مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته است و میزان حساسیت آن ۸۸-۸۴ درصد و ویژگی آن ۸۲-۷۹ درصد برآورد شده است (۱۳، ۱۲). در امتیازگذاری گزینه‌های انتخابی توسط گروه هدف از روش سنتی Bimodal استفاده شد که گزینه‌ها را به صورت (۰-۰-۱-۱) امتیاز می‌دهد و حداکثر نمره آزمودنی با این روش برابر ۲۸ است.

نمره برش در مطالعه حاضر با احتساب کل ابعاد ۶ در نظر گرفته شده است. در نتیجه افرادی که از این پرسش‌نامه امتیاز ۶ یا بیشتر آورده‌اند به عنوان مشکوک به اختلال و افرادی که امتیازشان از ۶ پایین‌تر بوده است، سالم محسوب شده‌اند. همچنین نمره برش در ارتباط با هر یک از ابعاد (علایم جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی) عدد ۲ در نظر گرفته شد. بنابراین افرادی که در هر یک از ابعاد، نمره کمتر

از ۲ گرفتند، سالم و افرادی که نمره ۲ و بیشتر گرفتند، مشکوک به اختلال مذکور در نظر گرفته شدند.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، تنظیم جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و آمار استنباطی (آزمون  $\chi^2$ ) در نرم افزار SPSS<sup>۱۶</sup> استفاده گردید.

### نتایج

در این پژوهش، ۲۵۰ زن باردار با میانگین سنی  $25/2 \pm 5/5$  سال مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی زنان مشکوک به اختلالات روانی  $26/4 \pm 6/1$  سال بود. با در نظر گرفتن خط برش ۶، ۳۶/۶ درصد مشکوک به اختلالات سلامت روانی بودند و با در نظر گرفتن خط برش ۲ برای ابعاد مختلف سلامت روان، به ترتیب علایم مشکوک به افسردگی در ۴۲/۴ درصد، علایم مشکوک به اضطراب در ۲۵/۶ درصد، علایم مشکوک به اختلال جسمانی در ۲۴/۴ درصد و علایم مشکوک به اختلال در عملکرد اجتماعی در ۲۴ درصد زنان وجود داشت. بنابراین زنان باردار در این مطالعه بیشتر از علایم افسردگی رنج می بردند (جدول ۱).

جدول ۱. شیوع اختلالات روان به تفکیک ۴ بعد سلامت (اختلال جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی) و کل

نوع اختلال	سالم (درصد) تعداد	مشکوک به اختلال روانی (درصد) تعداد
اختلال جسمانی	۱۸۷ (۷۵/۶)	۶۳ (۲۴/۴)
اضطراب	۱۸۶ (۷۴/۴)	۶۴ (۲۵/۶)
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۹۰ (۷۶)	۶۰ (۲۴)
افسردگی	۱۴۴ (۵۷/۶)	۱۰۶ (۴۲/۴)
کل	۱۷۱ (۶۸/۴)	۷۹ (۳۱/۶)

بیش از نیمی از زنان (۵۲/۴ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، (۹۵/۶ درصد) خانه دار و بیش از دو سوم آنها (۷۹/۶ درصد) حداکثر یک فرزند داشتند و تنها ۱۶/۸ درصد از آنها از وضعیت اقتصادی خوبی برخوردار بودند. بیشترین شیوع مشکوک به اختلالات روانی در گروه سنی ۳۱ سال و بیشتر (۵۲/۲ درصد) و کمترین میزان آن مربوط به گروه سنی ۲۱-۲۵ سال (۲۶/۴ درصد) بود. بالاترین شیوع اختلالات (۶۶/۷ درصد) در گروه مادران بی سواد در مقایسه با مادران با تحصیلات بیشتر دیده شد. مادرانی که دو فرزند و یا بیشتر داشتند، بیشترین (۴۷/۱ درصد) و گروهی که فاقد فرزند بودند، کمترین (۲۶/۲ درصد) شیوع اختلالات روانی را گزارش دادند. مادران در وضعیت اقتصادی خوب، کمترین (۳۳/۳ درصد) و با وضعیت بد و نامساعد، بیشترین (۴۴/۲ درصد) میزان اختلالات را نشان دادند (جدول ۲).

تنها ۲۲ درصد از افراد مورد مطالعه، حاملگی ناخواسته داشته اند و شیوع اختلالات در این گروه حدود دو برابر افرادی بود که برای بارداری خود طرح و برنامه ریزی داشته اند. حدود ۹۰ درصد از زنان مورد مطالعه از موافقت همسر و یا اطرافیان خود در این حاملگی برخوردار بودند و شیوع اختلالات در این گروه حداقل نصف افرادی بود که از چنین حمایتی برخوردار نبودند. از نظر سن حاملگی نیز بیشترین اختلالات در سه ماهه سوم و از نظر رتبه، در حاملگی های بالاتر دیده شد (جدول ۳).

### بحث

اگر چه مطالعات متعددی در زمینه بهداشت روان در کشور انجام شده است، اما انجام مطالعه روی سلامت

جدول ۲. توزیع فراوانی سلامت روان زنان مورد مطالعه بر اساس متغیرهای مختلف جمعیت‌شناسی

P	مشکوک به اختلال روانی		سالم		متغیر
	جمع (درصد) تعداد	تعداد	جمع (درصد) تعداد	تعداد	
*./۰۱	۶۱ (۲۴/۴)	۱۷ (۲۷/۹)	۴۴ (۷۲/۱)	۱۴-۲۰	سن
	۷۲ (۲۹)	۱۹ (۲۶/۴)	۵۳ (۷۳/۶)	۲۱-۲۵	
	۷۱ (۲۸/۵)	۱۹ (۲۶/۸)	۵۲ (۷۳/۲)	۲۶-۳۰	
	۴۶ (۱۸/۱)	۲۴ (۵۲/۲)	۲۲ (۴۷/۸)	۳۱ و بیشتر	
*./۰۱	۳۰ (۱۲)	۲۰ (۶۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)	بی‌سواد	میزان تحصیلات
	۵۹ (۲۳/۶)	۱۹ (۳۲/۲)	۴۰ (۶۷/۸)	ابتدایی	
	۷۲ (۲۸/۸)	۱۶ (۲۲/۲)	۵۶ (۷۷/۸)	راهنمایی	
	۷۳ (۲۹/۲)	۲۰ (۲۷/۴)	۵۳ (۷۲/۶)	دیپلم	
	۱۶ (۶/۴)	۴ (۲۵)	۱۲ (۷۵)	بالتر از دیپلم	
۰/۵۰	۲۳۹ (۹۵/۶)	۷۵ (۳۱/۴)	۱۶۴ (۶۸/۶)	خانه‌دار	شغل
	۱۱ (۴/۴)	۴ (۳۶/۴)	۷ (۶۳/۶)	شاغل	
۰/۰۶	۱۲ (۴/۸)	۶ (۵۰)	۶ (۵۰)	بیسواد	تحصیلات همسر
	۵۴ (۲۱/۶)	۱۹ (۳۵/۲)	۳۵ (۶۴/۸)	ابتدایی	
	۷۵ (۳۰)	۳۳ (۳۰/۷)	۵۲ (۶۹/۳)	راهنمایی	
	۷۵ (۳۰)	۲۴ (۳۲)	۵۱ (۶۸)	دیپلم	
	۳۴ (۱۳/۶)	۷ (۲۰/۶)	۲۷ (۷۹/۴)	بالتر از دیپلم	
۰/۲۳	۲۵ (۱۰)	۱۰ (۴۰)	۱۵ (۶۰)	کشاورز	شغل همسر
	۶۶ (۲۶/۴)	۲۰ (۳۰/۳)	۴۶ (۶۹/۷)	کارگر	
	۹۲ (۳۶/۸)	۲۷ (۲۹/۳)	۶۵ (۷۰/۷)	آزاد	
	۳۱ (۱۲/۴)	۷ (۲۲/۶)	۲۴ (۷۷/۴)	اداری	
	۹ (۳/۶)	۳ (۳۳/۳)	۶ (۶۶/۷)	بی‌کار	
	۲۷ (۱۰/۸)	۱۲ (۴۴/۴)	۱۵ (۵۵/۶)	سایر	
*./۰۲	۱۳۰ (۵۲)	۳۴ (۲۶/۲)	۹۶ (۷۳/۸)	بدون فرزند	تعداد فرزند
	۶۹ (۲۷/۶)	۲۱ (۳۰/۴)	۴۸ (۶۹/۶)	تک فرزند	
	۵۱ (۲۰/۴)	۲۴ (۴۷/۱)	۲۷ (۵۲/۹)	۲ و بیشتر	
۰/۴۰	۱۲۲ (۴۸/۸)	۳۵ (۲۸/۷)	۸۷ (۷۱/۳)	۱۴-۲۰	سن ازدواج
	۹۱ (۳۶/۴)	۲۷ (۲۹/۷)	۶۴ (۷۰/۳)	۲۱-۲۵	
	۳۷ (۱۴/۸)	۲۰ (۵۴/۱)	۱۷ (۴۵/۹)	۲۶ و بیشتر	
۰/۳۰	۱۳۸ (۵۵/۲)	۴۱ (۲۹/۷)	۹۷ (۷۰/۳)	شخصی	وضعیت محل سکونت
	۳۶ (۱۴/۴)	۱۲ (۳۳/۳)	۲۴ (۶۶/۷)	استیجاری	
	۷۶ (۳۰/۴)	۲۶ (۳۴/۲)	۵۰ (۶۵/۸)	زندگی با اقوام	
*./۰۳	۸۶ (۳۴/۴)	۳۸ (۴۴/۲)	۴۸ (۵۵/۸)	بد	وضعیت اقتصادی
	۱۲۲ (۴۸/۸)	۲۷ (۲۲/۱)	۹۵ (۷۷/۹)	متوسط	
	۴۲ (۱۶/۸)	۱۴ (۳۳/۳)	۲۸ (۶۶/۷)	خوب	

\* معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

جدول ۳. توزیع فراوانی سلامت روان زنان مورد مطالعه بر اساس سوابق مربوط به بارداری

متغیر	سالم تعداد (درصد)	مشکوک به اختلال روانی تعداد (درصد)	جمع	P
سن اولین بارداری (سال)	۱۴-۲۰ ۵۳ (۶۶/۳)	۲۷ (۳۳/۸)	۸۰ (۳۲)	
	۲۱-۲۵ ۷۹ (۷۲/۵)	۳۰ (۲۷/۵)	۱۰۹ (۴۳/۶)	۰/۱۰
	۲۶ و بیشتر ۳۹ (۶۳/۹)	۲۲ (۳۶/۱)	۶۱ (۲۴/۴)	
سن حاملگی	سه ماهه اول ۴۲ (۶۵/۶)	۲۲ (۳۴/۴)	۶۴ (۲۵/۶)	
	سه ماهه دوم ۸۰ (۷۶/۹)	۲۴ (۲۳/۱)	۱۰۴ (۴۱/۶)	*۰/۰۳
	سه ماهه سوم ۴۹ (۵۹/۸)	۳۳ (۴۰/۲)	۸۲ (۳۲/۸)	
رتبه حاملگی	اولین ۹۳ (۷۸/۹)	۲۵ (۲۱/۲)	۱۱۸ (۴۷/۲)	
	دومین ۴۴ (۵۹/۵)	۳۰ (۴۰/۵)	۷۴ (۲۹/۶)	*۰/۰۴
	۳ و بیشتر ۳۴ (۵۸/۶)	۲۴ (۴۱/۴)	۵۸ (۲۳/۲)	
حاملگی ناخواسته	بلی ۲۷ (۴۹/۱)	۲۸ (۵۰/۹)	۵۵ (۲۲)	*۰/۰۱
	خیر ۱۴۴ (۷۳/۸)	۵۱ (۲۶/۲)	۱۹۵ (۷۸)	
سابقه سقط جنین	بلی ۲۹ (۵۹/۲)	۲۰ (۴۰/۸)	۴۹ (۱۹/۶)	۰/۰۸
	خیر ۱۴۲ (۷۰/۶)	۵۹ (۲۹/۴)	۲۰۱ (۸۰/۴)	
موافقت همسر با حاملگی	بلی ۱۶۰ (۷۱/۴)	۶۴ (۲۸/۶)	۲۲۴ (۸۹/۶)	*۰/۰۳
	خیر ۱۱ (۴۲/۳)	۱۵ (۵۷/۷)	۲۶ (۱۰/۴)	
موافقت اطرافیان با حاملگی	بلی ۱۶۲ (۷۱/۴)	۶۵ (۲۸/۶)	۲۲۷ (۹۴/۶)	*۰/۰۲
	خیر ۹ (۳۹/۱)	۱۴ (۶۰/۹)	۲۳ (۵/۴)	
بیماری خاص	بلی ۸ (۵۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	۱۵ (۶)	۰/۰۹
	خیر ۱۶۳ (۶۹/۴)	۷۲ (۳۰/۶)	۲۳۵ (۹۴)	

\* معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

روان بالغین کشور (با شیوع ۲۱ درصد) بیشتر است (۱۵) و از رقم ذکر شده در مطالعه مشهد که بر روی مادران ۶ تا ۸ هفته پس از زایمان که شیوع ۵۷/۶ درصد را گزارش می‌کند (۱۶)، خیلی کمتر و همچنین از نتایج زنان جوان مشکوک به اختلال روانی در شهر کاشان با شیوع ۴۰ درصد، کمتر است (۱۷) که این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در ابزار و یا تفاوت زمانی و جغرافیای و سن افراد باشد. یافته‌های این پژوهش نشان داد، بیشترین شیوع

روان خانم‌های باردار با توجه به تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی آن‌ها در نقاط مختلف کشور از اهمیت و اولویت بالایی برخوردار است. با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، شیوع اختلال روانی در میان زنان باردار در کوه‌دشت استان لرستان حدود ۳۱/۶ درصد بود که با رقم ذکر شده برای شیوع سلامت روان در افراد بالای ۱۵ سال استان کردستان که ۳۵/۷ درصد ذکر شده است (۱۴)، همخوانی دارد، اما نتیجه تحقیق حاضر از نتایج طرح ملی سلامت

اختلالات روانی در سه ماهه سوم بارداری است و شایع‌ترین اختلالات در طول بارداری، افسردگی و اضطراب بوده است که با نتایج تحقیق فروزنده و همکاران همخوانی دارد (۱۱). اگر چه در مطالعه Kitamura در ژاپن شیوع اختلالات در سه ماهه سوم کمتر از سه ماهه اول (۱۳ و ۱۷ درصد) گزارش شده است (۹).

طبق نتایج تحقیق حاضر، کمترین میزان شیوع اختلالات در سه ماهه دوم بارداری دیده شده است که علت این تفاوت‌ها ممکن است به دلیل عدم آمادگی روانی لازم برای شروع بارداری در سه ماهه اول باشد و پس از تثبیت بارداری و حمایت همسر و اطرافیان این نگرانی‌ها به حداقل خود می‌رسد و دوباره در سه ماهه سوم به دلیل نزدیک شدن به زمان زایمان و مسایل پس از آن این اختلالات به حداکثر میزان خود می‌رسد.

در ارتباط عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت روان دوران بارداری، یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که بین اختلال روانی و افزایش سن ارتباط معنی‌دار مثبتی وجود دارد؛ به گونه‌ای که شیوع اختلالات در مادران بالای ۳۱ سال تا حدود دو برابر بیشتر از جمعیت زیر ۳۱ سال است. این یافته با نتایج تحقیق نوربالا و همکاران که در گروه سنی بالا اختلالات روانی بیشتر را نشان داده بود (۱۳)، همخوانی و با نتایج سپهرمنش که در گروه‌های سنی بالا و پایین کمتر اختلال روانی مشاهده شده بود، همخوانی نداشت (۱۷). شاید این اختلال مربوط به رنج سنی محدود (۲۰ تا ۴۰ سال) مطالعه سپهرمنش باشد که در تحقیق ما گسترده‌تر بود.

یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که بین

میزان سواد و شیوع اختلالات روانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ به طوری که شیوع اختلالات در مادران بی‌سواد ۲/۵ برابر مقدار نظیر خود در مادران با تحصیلات بالاتر از دیپلم می‌باشد. ارتباط معنی‌دار بین میزان تحصیلات و اختلالات روانی پیش‌تر در مطالعات سپهرمنش و بهدانی و همکاران نیز به اثبات رسیده است (۱۶، ۱۷)، که شاید علت آن ناآگاهی و ناتوانی این افراد در استفاده از راهبردهای مؤثر مقابله با مشکلات زندگی باشد. همچنین تحصیلات بالاتر منجر به بالا رفتن آگاهی‌ها و یافتن مکانیسم‌های مناسب‌تر جهت تطابق با محیط می‌شود.

بر اساس این مطالعه به نظر می‌رسد، عوامل روانی مانند موافقت همسر و اطرافیان در ارتباط با حاملگی فعلی به عنوان عامل محافظتی در مقابل آسیب‌پذیری برای اختلالات روانی نقش داشته است که این نتایج هماهنگ با یافته‌های بهدانی و همکاران است (۱۶). همچنین Sheng و همکاران نشان دادند که حمایت اجتماعی از جانب همسر و اطرافیان باعث ارتقای سلامت روان در زنان باردار شده و موارد افسردگی را به شدت کاهش می‌دهد (۱۸).

مطالعات پیش‌تر نیز حاکی از آن بود که عدم موافقت همسر با حاملگی باعث بروز ترس، اضطراب و افسردگی در مادر می‌شود (۱۹). از طرف دیگر نتایج Abiodun و همکاران نشان داده بود که داشتن همسر بدون حمایت، باعث افزایش اختلالات روانی در زنان باردار می‌شود (۲۰).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین تعداد فرزندان و اختلال روانی اختلاف معنی‌دار مثبتی وجود دارد؛ به گونه‌ای که در مادرانی که دو فرزند یا بیشتر داشته‌اند، بیشتر از آنانی بوده است که یا فرزند نداشته

نقطه برش، یک سوم نمونه‌ها مشکوک به اختلال روانی گزارش شدند. در همین جا پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی همه افرادی که در آزمون غربالگری نمره غیر طبیعی کسب می‌نمایند با پرسش‌نامه‌های دقیق‌تر مورد بررسی قرار گیرند تا شیوع این نوع اختلالات در آن‌ها مشخص شود.

### نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق حاکی از وجود درصد بالایی از زنان باردار است که مشکوک به اختلالات روانی بودند و آگاهی از این امر، ضرورت پرداختن به مسایل بهداشت روان توسط برنامه‌های مراقبت‌های دوران بارداری و بهداشت خانواده را می‌طلبد. از آن جایی که حمایت اجتماعی در طول دوران بارداری می‌تواند به بهبود شرایط روانی مادران بیانجامد، بر ضرورت برگزاری کلاس‌های آموزشی جهت همسران و خانواده‌ها و توجیه ایشان نسبت به نقش حمایتی و مؤثری که خواهند داشت، تأکید می‌شود. همچنین با توجه به نتایج تحقیق، زایمان‌های مکرر و فرزندان زیاد می‌تواند به بروز اختلالات روانی در مادران منجر شود. بنابراین رعایت تنظیم و بهداشت خانواده در برنامه‌های آموزشی باید مد نظر باشد.

و یا یک فرزند داشته‌اند. ارتباط بین فرزندان بیشتر و بالاتر بودن اختلالات روانی با مطالعات شریف و همکاران و سپهرمنش همسو می‌باشد (۲۱، ۱۷). شاید دلیل آن را بتوان افزایش بار خانواده از نظر اقتصادی و یا مسایل تربیتی فرزندان دانست.

در تحقیق حاضر بین وضعیت اقتصادی خانواده و اختلالات روانی ارتباط معنی‌داری دیده شد؛ به طوری که بالاترین شیوع در مادرانی بود که وضعیت اقتصادی بد و نامساعدی داشتند و این با نتایج تحقیق سپهرمنش و فروزنده و همکاران همخوانی دارد (۱۷، ۱۱).

ارتباطی بین حاملگی ناخواسته و شیوع اختلالات نیز در این تحقیق دیده شد؛ به طوری که شیوع این اختلالات در مادرانی که با برنامه‌ریزی باردار شده بودند تا نصف میزان گزارش شده در موارد حاملگی ناخواسته بوده است. این یافته نیز با یافته‌های بهدانی و همکاران همخوانی دارد (۱۶).

لازم به ذکر است که از محدودیت‌های این مطالعه، مقطعی بودن آن بود. در مطالعات مقطعی تنها می‌توان همراهی بین متغیرها را کشف کرد، بدون آن که بتوان استناد کرد که این رابطه، رابطه علیتی است. محدودیت دیگر این مطالعه آن بود که سابقه اختلالات روانی در گروه هدف بررسی نشد و وضعیت فعلی با پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ (GHQ) سنجیده شد و بر اساس

### References

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal and postnatal mental health: The nice guideline on clinical management and service guidance. [Online]. 2007. Available from: URL: <http://publications.nice.org.uk/antenatal-and-postnatal-mental-health-cg45>
2. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004; 49(11): 726-35.
3. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42(7): 871-89.
4. Coates AO, Schaefer CA, Alexander JL. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *J Behav Health Serv Res* 2004; 31(2): 117-33.
5. United States Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: understanding and



- improving health. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.
6. Bagedahl-Strindlund M, Monsen BK. Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98(4): 272-5.
  7. Thio IM, Oakley Browne MA, Coverdale JH, Argyle N. Postnatal depressive symptoms go largely untreated: a probability study in urban New Zealand. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41(10): 814-8.
  8. Swallow BL, Lindow SW, Masson EA, Hay DM. The use of the General Health Questionnaire (GHQ-28) to estimate prevalence of psychiatric disorder in early pregnancy. *Psychology, Health & Medicine* 2003; 8(2): 213-7.
  9. Kitamura T, Toda MA, Shima S, Sugawara M. Validity of the repeated GHQ among pregnant women: a study in a Japanese general hospital. *Int J Psychiatry Med* 1994; 24(2): 149-56.
  10. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323(7307): 257-60.
  11. Forouzandeh N, Delaram M, Deris F. The quality of mental health status in pregnancy and its contributing factors on women visiting the health care centers of Shahrekord, (2001-2002). *J Reprod Infertil* 2003; 4(2): 146-55.
  12. Bagheri Yazdi SA, Bolhari J, Peyravi H. Mental health status of newly admitted students to Tehran University at 1994-95 academic year. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 1995; 4(1): 30-9.
  13. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 70-3.
  14. Kheyraadi GHR, Yousefi F. A survey of mental health and its relevant factors in above 15 years old urbanite subjects in kurdistan province. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2002; 6(4): 34-40.
  15. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT. Study of mental health status of individuals above 15 years of age in Islamic Republic of Iran in the year 1999. *Hakim* 2002; 5(1): 1-10.
  16. Behdanei F, Hebranei P, Afzal Aghaee M, Naserniya SH, Karbaschei Z. Psychological and obstetric risk factors for postnatal depression. *J Gorgan Uni Med Sci* 2005; 7(2): 46-51.
  17. Sepehrmanesh Z. Mental health and its related factors in young women in Kashan City. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2009; 12(1): 31-41.
  18. Sheng X, Le HN, Perry D. Perceived satisfaction with social support and depressive symptoms in perinatal Latinas. *J Transcult Nurs* 2010; 21(1): 35-44.
  19. Saeif S. Mental health in pregnancy and spouse and community duties. *Mental Health* 1999; 1(2): 86-91. [In Persian].
  20. Abiodun OA, Adetoro OO, Ogunbode OO. Psychiatric morbidity in a pregnant population in Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15(2): 125-8.
  21. Sharif F, Joulaei H, Kadivar MR, Rajaeifard AAR. Mental health status and its related demographic variables of families referring to Shiraz health centers - 2002. *Armaghane-danesh* 2004; 9(35): 83-90.

## Mental Health and its Related Factors in Pregnant Women in Health Centers of Kuhdasht

Moradali Zareipour<sup>1</sup>, Roya Sadeghi<sup>2</sup>, Ezzatollah Bazvand<sup>3</sup>

### Abstract

**Background:** Although pregnancy is a natural and physiological phenomenon, during pregnancy women are exposed to physical and psychological changes, which can affect the health of the mother and fetus. This study aimed to evaluate mental health and its related factors in women during pregnancy.

**Methods:** This cross-sectional study has studied 250 pregnant women, who were referred to Kuhdasht health centers in Lorestan province in 2010. Multi-stage cluster sampling method was performed. Data was collected by the GHQ-28 questionnaire and analyzed using the chi-square test and by SPSS<sub>16</sub> software.

**Results:** The results revealed that 31.6% of the women with a mean age of  $26.4 \pm 6.1$  were suspected to have mental health disorders. Based on the results, the prevalence of mental disorders was 34.4%, 23.1% and 40.2% in the first, second, and third trimesters of pregnancy, respectively. There was a significant correlation between mental health disorders and some personal and socioeconomic factors.

**Conclusion:** The results of this study showed a high percentage of mental health disorders among pregnant women and showed the necessity of paying attention to mental health in this group. Therefore, it is necessary to plan for appropriate care in order to prevent the occurrence of mental disorders among this vulnerable group.

**Keywords:** Mental health disorders, Pregnant women, General health questionnaire, GHQ-28.

<sup>1</sup> MSc, Department of Health Education and Promotion, Urmia Health Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> BSc, Public Health, Kuhdasht Health Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

**Corresponding Author:** Roya Sadeghi PhD, Email: sadeghir@tums.ac.ir

**Address:** School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Tel:** +98-21-66954232

**Fax:** +98-21-66419984