



غربالگری اختلال‌های روانی در دوران بارداری

معصومه منگلی*، طاهره رمضانی**، سکینه محمد علیزاده***

چکیده

هدف: بررسی حاضر به منظور غربالگری موارد مشکوک به اختلال‌های روانی در دوران بارداری در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز خدمات بهداشتی-درمانی، درمانگاه‌های خصوصی زنان و زایمان شهرستان شهرابک انجام شده است.

روش: داده‌ها به کمک پرسشنامه SCL-90-R از ۴۰۰ زن باردار گردآوری شد و با بهره‌گیری از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های تی، من‌ویتنی، آنالیز واریانس یک‌طرفه و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: این بررسی شیوع لحظه‌ای برای کل اختلال‌ها را ۳۲٪ نشان داد. بیشترین و کمترین میزان شیوع به ترتیب مربوط به ابعاد حساسیت در روابط متقابل (۴۴/۳٪) و روان‌پریشی (۱۰/۳٪) بود. در مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف SCL-90-R برحسب متغیرهای سن بارداری، رتبه بارداری، شغل، تحصیلات، تعداد فرزندان، ناخواسته‌بودن بارداری، سابقه نازایی، اهمیت جنس نوزاد برای زن باردار و همسر او، شغل و تحصیلات همسر، نگرانی در زمینه زیبایی، برخوردار نبودن از حمایت اطرافیان، دسترسی نداشتن به مراقبت‌های بهداشتی، وجود حادثه استرس‌آور و پرخطر بودن بارداری دست‌کم در یک بعد تفاوت معنی‌داری دیده شد.

نتیجه: شیوع اختلال‌های روانی در زنان باردار از میانگین آن در جامعه بیشتر است.

کلید واژه: شیوع، بارداری، اختلال روانی، SCL-90-R

مقدمه

نیکیان، تارزی، (۱۳۷۸) و سلامت روان عبارت از قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط و حل تضادها می‌باشد (میلانی‌فر،

بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی حالت بهزیستی کامل بدنی، روانی و اجتماعی است (معتمدی،

* کارشناس ارشد پرستاری (داخلی - جراحی)، شهر بابک، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه پرستاری (نویسنده مسئول).
** کارشناس ارشد پرستاری (روان‌پرستاری)، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کرمان. کرمان، خیابان شهداء، سه راه مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی رازی.
*** کارشناس ارشد پرستاری (اطفال)، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کرمان. کرمان، خیابان شهداء، سه راه مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی رازی.

۱۳۷۳). برپایه آمار سازمان جهانی بهداشت ۱٪ مردم جهان از بیماری روانی شدید و ۱۵٪-۵٪ از بیماری خفیف آن رنج می‌برند (معمدی، یاسمی، کرباسی، بنی‌واهب، ۱۳۷۶). شیوع مقطعی اختلال‌های روانی در ایران ۲۳٪-۱۸٪ گزارش شده است (احسان‌منش، ۱۳۸۰).

علی‌رغم پیشرفت‌های علمی در زمینه درمان مشکلات جسمی دوران بارداری، مشکلات روانی همچنان موضوعی مهم در بهداشت زن باردار به‌شمار می‌آید (لیتل وود^۱ و مک‌هاگ^۲، ۱۹۹۷). بارداری برای بسیاری از زنان دوره‌ای پر استرس و نیازمند نوعی سازگاری روانی است (یانگ‌کین^۳ و دیویس^۴، ۱۹۹۸). افسردگی، گوشه‌گیری، اضطراب، ترس مرضی، سوء‌مصرف مواد، بی‌ثباتی عاطفی، تحریک‌پذیری، اختلال در خواب و خوراک، تمرکز و روابط جنسی از جمله اختلال‌های روانی هستند که ممکن است همراه با بارداری دیده شوند (دیکاسون^۵، سیلورمن^۶ و کاپلان^۷، ۱۹۹۸). با این حال واکنشی که یک زن نسبت به بارداری نشان می‌دهد به ویژگی‌های فردی و اجتماعی او بستگی دارد (بروجز^۸، ۱۹۹۷).

بررسی‌ها نشان می‌دهند که شیوع کلی اختلالات روانی در زنان باردار ۱۵٪ می‌باشد (کمبل^۹ و لس^{۱۰}، ۲۰۰۰). هم‌چنین شیوع اختلال‌های وسواسی در ۳۹٪-۱۳٪، مصرف الکل در ۱۸٪/۸٪ و افسردگی در ۴۰٪-۲۵٪ از زنان باردار آمریکایی گزارش شده است (کاسپر^{۱۱}، ۱۹۹۸). هم‌چنین در بسیاری از بررسی‌ها بر ارتباط بین متغیرهای مختلف و اختلال روانی در زنان باردار تأکید شده است: پیچ^{۱۲}، (۲۰۰۰) ارتباط بین افزایش سطح تحصیلات همسر زن باردار و کاهش پرخاشگری؛ کیتامورا^{۱۳}، ساگاوارا^{۱۴}، تودا^{۱۵} و شیما^{۱۶} (۱۹۹۶) و نصیری (۱۳۷۹) ارتباط بین ناخواسته‌بودن بارداری و وضعیت نامناسب روانی؛ کامل^{۱۷}، احمد^{۱۸}، عیسی^{۱۹} و ابول‌عیون^{۲۰} (۱۹۹۹) ارتباط بین اهمیت جنس نوزاد برای زن باردار و همسر او و افزایش شکایات جسمانی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، حساسیت در روابط متقابل و ترس مرضی؛ نیکویک^{۲۱}،

کوزیمرسیکم^{۲۲} و نیکولیدس^{۲۳} (۱۹۹۸) ارتباط بین نگرانی در مورد زیبایی و افزایش افسردگی اختلال‌های روانی؛ باری (۱۹۹۶) ارتباط بین دسترسی نداشتن به امکانات مراقبتی و افزایش پرخاشگری، سگین^{۲۴}، (۱۹۹۵) و هان‌فیلد^{۲۵}، ولادیمیروف^{۲۶}، وره‌یچ^{۲۷} و پاسیچر^{۲۸} (۱۹۹۵) ارتباط بین رویارویی با رویداد استرس‌آور و افزایش افسردگی و سوگ و پرخاشگری، اسمیت^{۲۹}، دنت^{۳۰}، کولز^{۳۱} و فالک^{۳۲} (۱۹۹۲)، بوچلی^{۳۳} و کولب^{۳۴} (۱۹۹۳) و لئونارد^{۳۵} (۱۹۹۸) ارتباط بین پرخطر بودن بارداری و افزایش اضطراب، روان‌پریشی، گوشه‌گیری، اختلال در خواب و خوراک، ترس مرضی و احساس تنهایی و سرانجام دمی‌تنار^{۳۶}، لنارتس^{۳۷}، نجس^{۳۸} و ون^{۳۹} (۱۹۹۵)، مککی^{۴۰}، کان‌هنگام^{۴۱}، جان‌کوسکی^{۴۲} و زایس^{۴۳} (۲۰۰۱) ارتباط بین برخوردار نبودن از حمایت اطرافیان و افزایش جنبه‌های مختلف اختلال روانی در زنان باردار.

بررسی درباره شیوع اختلال‌های روانی در زنان باردار ایرانی چندان چشمگیر نیست. براساس برخی بررسی‌ها شیوع افسردگی در ۲۸/۸٪ (بداع‌آبادی و همکاران، ۱۳۷۹) و اضطراب در ۱۵٪ زنان باردار ایرانی گزارش شده است (صحتی، ۱۳۷۹). مشکلات روانی

1- Littlewood	2- Mchugh
3- Youngkin	4- Davis
5- Dikson	6- Silverman
7- Kaplan	8- Burroughs
9- Campbell	10- Less
11- Casper	12- Page
13- Kitamura	14- Sugawara
15- Toda	16- Shima
17- Kamel	18- Ahmad
19- Eissa	20- Abol-oyoun
21- Nickevic	22- Kuczmiercazykm
23- Nicolides	24- Seguien
25- Hunfeld	26- Wlademiroff
27- Verhage	28- Passchier
29- Smith	30- Dent
31- Coles	32- Falek
33- Buchley	34- Kulb
35- Leonard	36- Demyttenare
37- Lenaretos	38- Nijis
39- Van	40- Mckee
41- Cunnhngam	42- Jankowski
43- Zayas	

دوران بارداری می‌تواند پیامدهای مهمی از جمله زایمان زودرس، عوارض بارداری و زایمان، تأخیر رشد جنین و افسردگی پس از زایمان را به دنبال داشته باشد (پل سلتن^۱، ۱۹۹۸). در بسیاری از مناطق ایران، به ویژه شهرستان‌های کوچک، آشنایی اندکی درباره مراقبت‌های بهداشت روانی در دوره بارداری وجود دارد. اهمیت موضوع و کمبودهای آشکار در زمینه بررسی‌های روانی زنان در دوران بارداری انگیزه انجام بررسی حاضر شد.

روش

این بررسی نوعی پژوهش توصیفی - مقطعی است. آزمودنی‌های پژوهش را ۴۰۰ نفر زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز خدمات بهداشتی درمانی، درمانگاه‌های خصوصی زنان و زایمان شهرستان شهر بابک تشکیل داده‌اند. نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی و متوالی انجام گرفت. در این پژوهش دو پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها به کار رفت: پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی مربوط به زنان باردار، فهرست تجدیدنظر شده علائم نود سؤالی (SCL-90-R)^۲ که پایایی و روایی آن در ایران توسط میرزایی (۱۳۵۹) و باقری‌یزدی، بوالهروی و شاه‌محمدی (۱۳۷۳) گزارش گردید. آزمون SCL-90-R شامل ۹۰ ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای شامل (۰=هیچ، ۱=کمی، ۲=تاحدی، ۳=زیاد، ۴=به شدت) می‌باشد. این ابزار نه بعد اختلال‌های روانی دربرگیرنده شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت و پرخاشگری، هراس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی می‌باشد. در این آزمون هفت ماده اضافی نیز قرار دارد که در هیچ یک از ابعاد یادشده طبقه‌بندی نشده و با عنوان بعد سایر از آن‌ها یاد می‌شود. این آزمون حالت‌های فرد را از یک هفته پیش مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون براساس سه شاخص کلی علائم مرضی

(GSI)^۳، معیار ضریب ناراحتی (PSDI)^۴ و جمع علائم مرضی (PST)^۵ صورت می‌گیرد.

داده‌های لازم توسط افراد آموزش‌دیده و آگاه به پرسشنامه (کارشناس ارشد پرستاری، کارشناس روان‌شناسی بالینی و کارشناس پرستاری) و به کمک مصاحبه در مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی-درمانی شهرستان شهر بابک شامل مراکز بهداشت ۱، ۲، ۳ و درمانگاه‌های خصوصی زنان و زایمان گردآوری شد.

برای تعیین شیوع هر یک از ابعاد اختلال روانی از نقطه برش ۱ (مساوی یک و بزرگتر از آن) استفاده شد و میانگین نمره‌های یک و بالاتر از یک در هر بعد به عنوان حالت مرضی به‌شمار رفت. در بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز همین نقطه برش به کار رفته است که از آن جمله می‌توان به معتمدی و همکاران (۱۳۷۶ و ۱۳۷۸)، اشاره کرد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعیین میزان شیوع اختلال‌های روانی، روش‌های آمار توصیفی و برای مقایسه میانگین نمرات اختلال‌های روانی برحسب ویژگی‌های فردی، اجتماعی، آزمون‌های آماری تی، من‌ویتنی، کروسکال والیس و آنالیز واریانس یک‌طرفه به کار برده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۰۰ زن باردار ۱۶ تا ۴۰ ساله که در ماه اول تا نهم بارداری به‌سر می‌بردند، شرکت کردند (جداول ۱ و ۲).

در بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی مشخص شد که بالاترین و کمترین میزان شیوع موارد مشکوک به بیماری به ترتیب مربوط به ابعاد حساسیت در روابط

1- Paulselten

2- Symptom Check List – 90- Revised

3- Global Severity Index (GSI)

4- The Positive Symptom Distress Index (PSDI)

5- The Positive Symptom Total (PST)

متقابل (۳/۴۴٪) و روان‌پیشی (۳/۱۰٪) است (جدول ۳).

جدول ۱- توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های فردی و اجتماعی گروه مورد بررسی

متغیر	فراوانی	درصد
سن	۱۶-۲۰	۴۷
	۲۱-۲۵	۱۳۸
	۲۶-۳۰	۱۳۳
	۳۱-۴۰	۸۲
تحصیلات	سوم راهنمایی و قبل از آن	۱۱۵
	متوسطه	۱۶۴
	بالتر از دیپلم	۱۲۱
سن بارداری	سه ماهه اول	۸۲
	سه ماهه دوم	۱۴۶
	سه ماهه سوم	۱۷۲
رتبه بارداری	اول	۲۲۰
	دوم و به بعد	۱۸۰
تعداد فرزندان	۰	۲۴۱
	۱	۹۳
	بیشتر از ۱	۶۶
فاصله بارداری	کمتر از ۳ سال	۶۱
فعلی تا زایمان قبل	۳ سال یا بیشتر	۱۰۰
	بدون جواب	۲۳۹
شغل	شاغل	۱۳۰
	خانه‌دار	۲۷۰

جدول ۲- توزیع فراوانی برخی از متغیرهای مورد بررسی در گروه نمونه

متغیر	بلی فراوانی (%)	خیر فراوانی (%)
مصرف سیگار	۱ (۰/۳)	۳۹۹ (۹۹/۷)
سابقه مشکل جسمی	۲۶ (۶/۵)	۳۷۴ (۹۳/۵)
ناخواسته بودن بارداری از طرف زن	۸۶ (۲۱/۵)	۳۱۴ (۷۸/۵)
سابقه سقط یا مرده‌زایی	۵۱ (۱۲/۸)	۳۴۹ (۸۷/۳)
سابقه از دست دادن فرزند	۱ (۰/۳)	۳۹۹ (۹۹/۷)
سابقه نازایی	۲۸ (۷)	۳۷۲ (۹۳)
از دست دادن والدین در کودکی	۲۷ (۶/۸)	۳۷۳ (۹۳/۲)
اهمیت جنس نوزاد برای زن	۳۳ (۸/۳)	۳۶۷ (۹۱/۷)
نگرانی در خصوص زیبایی	۱۰۲ (۲۵/۵)	۲۹۸ (۷۴/۵)
ناخواسته بودن بارداری از طرف همسر	۷۷ (۱۹/۲)	۳۲۲ (۸۰/۸)
اهمیت جنس نوزاد برای همسر	۴۸ (۱۲)	۳۵۲ (۸۸)
اهمیت جنس نوزاد برای اعضا خانواده	۴۹ (۱۲/۳)	۳۵۱ (۸۷/۷)
عدم برخورداری از حمایت اطرافیان	۴۵ (۱۱/۱)	۳۵۵ (۸۸/۹)
عدم مراجعه منظم به مراکز بهداشتی	۳۸ (۹/۵)	۳۵۶ (۹۰/۵)
عدم دسترسی به مراقبت‌های بارداری	۲۷ (۶/۸)	۳۷۳ (۹۳/۲)
عدم رضایت از برخورد پرسنل مراکز	۱۹ (۴/۷)	۳۸۱ (۹۵/۳)
وجود حادثه استرس‌آور	۲۷ (۶/۸)	۳۷۳ (۹۳/۲)
پرخطر بودن بارداری	۱۲ (۳)	۳۸۸ (۹۷)

فردی - اجتماعی شامل سن بارداری، رتبه بارداری، شمار فرزندان، شغل، تحصیلات، ناخواسته بودن بارداری، سابقه نازایی، پرخطر بودن بارداری، وجود حادثه استرس‌آور، بهره‌مند نبودن از حمایت اطرافیان، نگرانی در مورد زیبایی، اهمیت جنس نوزاد برای زن باردار و همسر او، دسترسی نداشتن به مراقبت‌های بهداشتی و شغل و تحصیلات همسر دست‌کم در یکی از ابعاد نُه‌گانه آزمون به‌کار برده شده، تفاوت معنی‌داری دیده شد.

در زمینه متغیرهای سن، مصرف سیگار، ناخواسته بودن بارداری از سوی همسر، مراجعه نامنظم به مراکز بهداشتی و نارضایتی از شیوه برخورد کارکنان مراکز بهداشتی، فاصله بارداری فعلی تا زایمان پیشین و سابقه مشکل جسمی، سابقه سقط یا مرده‌زایی و از دست دادن والدین در کودکی در هیچ‌یک از ابعاد نُه‌گانه آزمون تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

شیوع لحظه‌ای برای کل ابعاد ۳۲٪ به‌دست آمد. به‌منظور بررسی شدت اختلال روانی، جدول درجه‌بندی شده GSI (شاخص کلی علائم مرضی) به‌کار برده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است. در مقایسه میانگین نمره‌ها برحسب برخی ویژگی‌های

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی اختلالات روانی، میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان ۹۵٪ در گروه مورد بررسی

مقیاس	فراوانی	شیوع (درصد)	فاصله اطمینان	میانگین	انحراف معیار
شکایات جسمانی	۱۵۰	۳۷/۵	۳۲/۸-۴۲/۵	۱/۳۷۵	۰/۴۸۵
وسواس و اجبار	۱۱۶	۲۹	۲۴/۷-۳۳/۸	۱/۲۹۰	۰/۴۵۴
حساسیت در روابط متقابل	۱۷۷	۴۴/۳	۳۹/۳-۴۹/۳	۱/۴۴۲	۰/۴۹۷
افسردگی	۱۳۷	۳۴/۳	۲۹/۶-۳۹/۲	۱/۳۴۳	۰/۴۷۵
اضطراب	۱۷۱	۴۲/۸	۳۷/۹-۴۷/۸	۱/۴۲۷	۰/۴۹۵
پرخاشگری	۱۱۴	۲۸/۵	۲۴/۲-۳۳/۲	۱/۲۸۵	۰/۴۵۲
ترس مرضی	۸۷	۲۱/۸	۱۷/۹-۲۶/۲	۱/۲۱۸	۰/۴۱۳
افکار پارانوئیدی	۱۴۱	۳۵/۳	۳۰/۶-۴۰/۲	۱/۳۵۳	۰/۴۷۸
روان پریشی	۴۱	۱۰/۳	۷/۵-۱۳/۷	۱/۱۰۳	۰/۳۰۴
سایر	۱۴۳	۳۵/۸	۳۱/۱-۴۰/۷	۱/۳۷۵	۰/۴۸۰
GSI	۱۱۹	۲۹/۸	۲۵/۱-۳۴/۷	۰/۷۴۶	۰/۴۸۰
PST	—	—	—	۳۷/۲۱۸	۱۹/۱۷۸
PSDI	—	—	—	۱/۷۲۸	۰/۴۸۱

شیوع وسواس و اجبار در این بررسی ۲۹٪ به دست آمد که نسبت به آمار شیوع ۲ تا ۰/۵٪ گزارش شده در پژوهش گریب^۷ و همکاران (۲۰۰۰) روی جمعیت عمومی بالاتر است. این یافته با نتیجه بررسی‌های ایانکو^۸، لیکیفکر^۹، دانون^{۱۰} و کوتلر^{۱۱} (۱۹۹۵) و آلتشولر^{۱۲}، هندریک^{۱۳} و کوهن^{۱۴} (۱۹۹۸) همسویی دارد.

شیوع اختلال حساسیت در روابط متقابل در این بررسی ۴۴/۳٪ است که در مقایسه با یافته‌های پژوهش اولری^{۱۵} و همکاران (۱۹۹۹)، که شیوع این اختلال را در زنان ۳۲٪ و در مردان ۲۵٪ گزارش می‌کند، بالاتر است. ایکسو^{۱۶} (۱۹۹۴) نیز شیوع بیشتر این اختلال را در زنان باردار تأیید می‌کند. این شیوع با توجه به تغییرات تصویر ذهنی از بدن خویشتن و نوسان‌های

- | | |
|--------------|---------------|
| 1- Fink | 2- Sorenson |
| 3- Engberg | 4- Holm |
| 5- Jorge | 6- Fava |
| 7- Grabe | 8- Iancou |
| 9- Lepkifker | 10- Danon |
| 11- Kotler | 12- Altshuler |
| 13- Hendrick | 14- Cohen |
| 15- Oleary | 16- Xu |

جدول ۴- توزیع فراوانی شدت اختلال روانی براساس شاخص کلی علایم مرضی (GSI) در گروه مورد بررسی

علایم مرضی	فراوانی	درصد
سالم (<۱)	۲۸۱	۷۰/۲
خفیف (۱-۱/۹۹)	۱۱۰	۲۷/۵
متوسط (۲-۲/۲۲)	۹	۲/۳
شدید (۳ یا بزرگتر از آن)	۰	۰
مجموع	۴۰۰	۱۰۰

بحث

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر که شیوع شکایات جسمانی ۳۷/۵٪ نشان می‌دهد، نسبت به رقم به دست آمده از شیوع این اختلال در جمعیت عمومی (۳۰٪) در بررسی فینیک^۱، سورنسون^۲، انگبرگ^۳، هولم^۴ و یورج^۵ (۱۹۹۹) بیشتر می‌باشد. نتایج بررسی فاوا^۶ و همکاران (۱۹۹۰) نیز این تفاوت را تأیید می‌کند. این یافته با توجه به تغییرات فیزیولوژیک، هورمونی و روانی دوران بارداری قابل توجیه است.

خلقی زنان در این دوران توجیه‌پذیر است (یانگ‌کین و دیویس، ۱۹۹۸).

شیوع افسردگی در این بررسی (۳/۳۴٪) از میزان شیوع این اختلال در زنان باردار و در جمعیت عمومی در بررسی‌های انجام شده (کرکی^۱، هیلسمآ^۲، رتیا سلو^۳، ماتیلآ^۴ و یلیکورکالا^۵؛ ۲۰۰۰؛ شاو^۶، ۱۹۹۹) که به ترتیب ۳۰٪ و ۱۴٪ گزارش شده، بیشتر است. استینر^۷ (۱۹۹۸) براون^۸ (۲۰۰۱) نیز در بررسی‌های خود به میزان بالاتر افسردگی در دوران بارداری دست یافتند. اثرات سرکوب‌کننده پروژسترون روی سامانه عصبی مرکزی، اختلال در روابط جنسی، تغییرات جسمی و محدودیت حرکات زن باردار در ایجاد این اختلال نقش دارند (شرون^۹، سولونو^{۱۰} و وین‌گارتن^{۱۱}، ۱۹۹۹).

شیوع موارد مشکوک به اضطراب در این بررسی ۴۲/۸٪ است. آمار به دست آمده از شیوع این اختلال در زنان باردار و جمعیت عمومی به ترتیب ۲۳٪ و ۱۶٪ است (کلی^{۱۲}، راسو^{۱۳} و کاتن^{۱۴}، ۲۰۰۱، باروفول^{۱۵} و تیلمانی^{۱۶}، ۱۹۹۳). آلتشولر (۱۹۹۸) و براون (۲۰۰۱) نیز چنین تفاوتی را تأیید می‌کنند. نگرانی در مورد بارداری، زایمان و وضعیت جنین، پذیرش تعهد و مسئولیت و افزایش سطح استرادیول از دلایل بالابودن اضطراب در زنان باردار می‌باشد (می^{۱۷}، میل‌مستر^{۱۸}، ۱۹۹۴).

شیوع پرخاشگری در نمونه مورد بررسی ۲۸/۵٪ به دست آمد. الزبرگ^{۱۹}، پنا^{۲۰}، هررا^{۲۱}، لیلیجستراند^{۲۲} و وینک‌ویزیت^{۲۳} (۲۰۰۰) شیوع این اختلال را در ۳۱٪ زنان باردار و معتمدی و همکاران (۱۳۷۸) در ۱۵/۵٪ دانشجویان گزارش می‌کنند. اوتچت^{۲۴}، کاری^{۲۵} و آدام^{۲۶} (۱۹۹۹) نیز در بررسی خودشان بالاتر بودن پرخاشگری در زنان باردار را نسبت به سایر گروه‌ها گزارش کردند. نوسان‌های خلقی و عصبانیت‌های این دوران را می‌توان دلیلی برای این امر شمرد.

ترس مرضی در این بررسی از شیوعی برابر ۲۱/۸٪ برخوردار است که نسبت به یافته‌های پژوهش

فورمارک^{۲۷} و همکاران (۱۹۹۸) که شیوع آن در جمعیت عمومی ۱۵/۶٪ گزارش کرده‌اند، بالاتر است.

چمبرلین^{۲۸} و سیم‌کینز^{۲۹} (۲۰۰۰) بر این باورند که ترس مرضی در دوران بارداری افزایش می‌یابد. ترس از پیامدهای جسمی، اقتصادی و اجتماعی بارداری و زایمان را می‌توان از دلایل افزایش این اختلال‌ها در این دوران دانست (قطبی، نیکروش، سلیمانی، ۱۳۷۷).

میزان شیوع افکار پارانوئیدی در این بررسی ۳۵/۳٪ است که در مقایسه با پژوهش‌های معتمدی و همکاران (۱۳۷۶) و (۱۳۷۸) که شیوع این اختلال را در جمعیت روستایی و دانشجویی به ترتیب ۵۳/۳٪ و ۵۳/۵٪ گزارش کرده‌اند، کمتر است. مادوکس^{۳۰}، پری‌روست^{۳۱}، ریپلین^{۳۲}، پیلوکس^{۳۳} و کوژنت^{۳۴} (۱۹۹۱) نیز در بررسی خود به کاهش افکار پارانوئیدی در دوران بارداری دست یافتند. افزایش نیازهای وابستگی در دوران بارداری و جنسیت آزمودنی‌ها را می‌توان از دلایل این کاهش برشمرد (هابر^{۳۵}، ۱۹۹۷).

شیوع اختلال روان‌پریشی در این بررسی ۱۰/۳٪ است که با توجه به نتایج به دست آمده از بررسی‌های معتمدی و همکاران (۱۳۷۶) و (۱۳۷۸) در جمعیت‌های روستایی و دانشجویی (۴۷/۱٪ و ۱۹/۹٪) شیوع پایین‌تری دارد. کاسپر (۱۹۹۸)، کمبل و ولس (۲۰۰۰) معتقدند اختلال روان‌پریشی در دوران بارداری کاهش می‌یابد. آن‌ها دلیل این را تحریک‌گیرنده‌های بلوک‌کننده

- | | |
|----------------|------------------|
| 1- Kurki | 2- Hillesmaa |
| 3- Raitasalo | 4- Mattila |
| 5- Ylikorkala | 6- Show |
| 7- Steiner | 8- Brown |
| 9- Sherwen | 10- Soloveno |
| 11- Weingarten | 12- Kelly |
| 13- Russo | 14- Katon |
| 15- Baruffol | 16- Thilmany |
| 17- May | 18- Malleminster |
| 19- Ellsberge | 20- Pena |
| 21- Herrera | 22- Lilijestrand |
| 23- Winkvisit | 24- Otchet |
| 25- Carey | 26- Adam |
| 27- Furmark | 28- Chemberlin |
| 29- Simpkins | 30- Madoux |
| 31- Prerost | 32- Repellin |
| 33- Pailleux | 34- Couzthnt |
| 35- Haber | |

دوپامین به دنبال افزایش سطح استرادیول در دوره بارداری می‌دانند.

میانگین ابعاد مختلف اختلال روانی به دست آمده در بررسی حاضر (۳۲٪) بالاتر از میانگین ارائه شده در گزارش بازنگری احسان‌منش (۱۳۸۰) از همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران، با استفاده از ابزار SCL-90-R است. در این بازنگری، بالاترین میزان در مطالعه جوافشانی (۱۳۷۴) دیده شد که برابر با ۲۹/۲٪ بوده است.

لیپس^۱، (۱۹۸۵)، ایکسو (۱۹۹۴) و اوچت و همکاران (۱۹۹۹) نیز در مقایسه وضعیت روانی زنان باردار و سایر گروه‌ها این نتیجه را تأیید می‌کنند. تغییرات قابل ملاحظه جسمی و روانی و آماده شدن برای پذیرش نقش جدید را می‌توان از دلایل افزایش اختلال روانی در دوران بارداری برشمرد (باری^۲، ۱۹۹۶).

در مقایسه میانگین نمره‌ها برحسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از جمله متغیرهای زیر تفاوت معنی‌دار در برخی ابعاد دیده شد: رتبه بارداری، تعداد فرزندان، تحصیلات همسر (در بعد پرخاشگری)؛ تحصیلات (در بعد اضطراب و پرخاشگری)؛ شغل همسر (در بعد اضطراب)؛ سن بارداری (در بعد سایر) و شغل (در ابعاد وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری). هم‌چنین نمره بالاتر در زنان دارای ویژگی‌های زیر دیده شد: بارداری دوم و به بعد، دارای بیش از یک فرزند، تحصیلات پایین‌تر خود و یا همسر، شغل غیردولتی همسر، قرارگرفتن در سه ماهه سوم بارداری و خانه‌داربودن. افزون بر آن، در متغیرهای دسترسی‌نداشتن به مراقبت‌های بهداشتی (در بعد پرخاشگری)؛ ناخواسته‌بودن بارداری (در ابعاد حساسیت در روابط متقابل، افسردگی؛ پرخاشگری)؛ سابقه نازایی (در ابعاد حساسیت در روابط متقابل، اضطراب و سایر)؛ اهمیت جنس نوزاد برای زن باردار (در ابعاد شکایات جسمانی، حساسیت در روابط متقابل،

افسردگی، پرخاشگری و ترس مرضی) اهمیت جنس نوزاد برای همسر (تمام ابعاد به جز روان‌پریشی و سوالات اضافی) نگرانی در مورد زیبایی (در تمام ابعاد)، رویارویی با حادثه استرس‌آور (در تمام ابعاد به جز روان‌پریشی، ترس مرضی و سایر)؛ پرخطر بودن بارداری (در تمام ابعاد به جز شکایات جسمانی، وسواس و اجبار و سایر) و برخوردار نبودن از حمایت اطرافیان (تمام ابعاد به جز ترس مرضی) نیز تفاوت معنی‌داری دیده شد.

بررسی‌های انجام شده به منظور بررسی عوامل مرتبط با وضعیت روانی زن باردار با یافته‌های بررسی حاضر همسویی دارند. چنانچه لوبین^۳، گاردنر^۴ و راس^۵ (۱۹۷۵) ارتباط بین افزایش سطح تحصیلات زن باردار و کاهش اضطراب را تأیید کردند.

وجود تفاوت معنی‌دار در بعد پرخاشگری برحسب متغیرهای رتبه بارداری و تعداد فرزندان احتمالاً با ناخواسته‌بودن بارداری در گروه‌های بارداری دوم و به بعد و یا دارای بیش از یک فرزند در ارتباط است. تفاوت معنی‌دار مشاهده شده در بعد سایر برحسب متغیر سن بارداری را می‌توان با افزایش اختلال‌های خواب در سه ماهه سوم بارداری مرتبط دانست که در بررسی میندل^۶ و جکوبسون^۷ (۲۰۰۰) نیز تأیید شده است (اغلب ماده‌های این بعد مربوط به اختلال‌های خواب می‌باشد). نتایج به دست آمده از این بررسی در مورد متغیرهای شغل زن باردار و سابقه نازایی به ترتیب با یافته‌های پژوهش‌های گرجی‌زاده و مکوندی (۱۳۷۶) و کلاک^۸ و گرینفیلد^۹ (۲۰۰۰) همخوانی ندارد. دلیل چنین مغایرتی احتمالاً به‌نگرش تفاوت فرهنگ‌های مختلف نسبت به شاغل یا خانه‌دار بودن خانم‌ها و مسئله نازایی باز می‌گردد که در جامعه مورد بررسی این پژوهش، زنان شاغل از احترام، ارزش و اعتماد به

1- Lips
3- Lubin
5- Roth
7- Jacobson
9- Greenfeld

2- Barry
4- Gardner
6- Mindell
8- Klock

نفس بالایی برخوردار بوده‌اند و مشکل نازایی برای آن‌ها نارسایی مهم و برجسته‌ای به‌شمار نمی‌رفته است. برخلاف تصور اغلب افراد که بارداری را دورانی آرام و نشاط‌برانگیز می‌دانند، نتایج این بررسی نشان داد که احتمال بروز اختلال‌های روانی در زنان باردار در بسیاری از ابعاد نسبت به سایر گروه‌ها بیشتر می‌باشد و ویژگی‌های فردی اجتماعی در این زمینه نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند. چنین نتیجه‌ای ضرورت ارائه خدمات بهداشت روانی برای این گروه از افراد جامعه و شناخت و بهبود عوامل مرتبط با اختلال‌های روانی دوران بارداری را مطرح می‌سازد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از آقایان دکتر غفاری‌نژاد، دکتر اسلامی، مهندس شهابی و خانم دکتر سجادی که در انجام مراحل مختلف این پژوهش یاریگر پژوهشگران بوده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

احسان منش، مجتبی (۱۳۸۰). همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴، ۶۹-۵۵.

باقری‌یزدی، سیدعباس؛ بوالهری، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۳). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق روستایی میند یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال اول، شماره اول، ۴۱-۳۲.

بداع‌آبادی، مهین؛ بهنام و شابی، حمیدرضا؛ بهنامی‌فر، نسرین؛ اکبری، فاطمه؛ فاخردیزاوندی، میترا؛ جوی پای ناجی، اعظم؛ عباس‌زاده لیلیا؛ رحمانی، فاطمه (۱۳۷۹). بررسی میزان شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در خانم‌های باردار. *مجله بیهق*، سال ششم، شماره ۲، ۳۸-۳۲.

جواشنانی، محمدعلی (۱۳۷۴). *بررسی میزان شیوع بیماری‌های روانی نوروپیک در شهر مسکونی الوند و صنعتی قزوین و رابطه افسردگی زنان، مهاجرت از روستا به شهر و وضع اجتماعی-اقتصادی*. پایان‌نامه درجه تخصصی رشته اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و

انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

صاحب‌کشاف، حمید؛ الماسی، فریبا (۱۳۷۲). *بهداشت دوران بارداری*. تهران: نشر اشارت.

صحتی، فهیمه (۱۳۷۹). بررسی ۴۲ مورد افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های زنان-مامایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۷۷. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی*، ۹۰-۵۴.

قطبی، نادر؛ نیک‌روش، افشین؛ سلیمانی، محمد رضا (۱۳۷۷). *بیماری‌های زنان*. تهران: مؤسسه انتشاراتی تیمور زاده.

گرگی‌زاده، محمد حسن؛ مکوندی، بهنام. بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در دوران بارداری در شهر اهواز در سال ۱۳۷۶. *نشریه علوم پزشکی*، ۷۷-۶۵.

معمدی، هادی؛ نیکیان، یدالله؛ تازری، هادی (۱۳۷۸). تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دوره ششم، شماره ۳، ۱۵۶-۱۴۹.

معمدی، هادی؛ یاسمی، محمدتقی؛ کرباسی، حسن؛ بنی‌واهب، قدسیه (۱۳۷۶). تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دو روستای استان کرمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دوره پنجم، شماره ۱، ۳۶-۳۱.

میرزایی، رقیه (۱۳۵۹). *ارزیابی و اعتبار آزمون SCL-90 در ایران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری دانشگاه تهران.

میلانی‌فر، بهروز (۱۳۷۳). *بهداشت روانی*. تهران: نشر قومس.

نصیری، محمود (۱۳۷۹). *بهداشت روانی دوران بارداری و زایمان*. تهران: نشر و تبلیغ بشری.

Altshuler, L.L., Hendrick, & Cohen, L.S., (1998). Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and post partum period. *Clinical Psychiatry*, 2, 29-33.

Barry, P.D. (1996). *Psychosocial Nursing*, Philadelphia: Lippincott Raven Publisher.

Barufel, E., & Thilmany, M.C. (1993). Anxiety; depression; somatization and alcohol abuse prevalence

- rates in general Belgian community sample. *Acta Psychiatri Belgae*, 93,136-153.
- Brown,C.S.(2001). Depression and anxiety disorders. *Obstetric Gynecology Clinic North American*, 28,241-268.
- Buchley,K.,& Kulb,N.(1993).*High risk maternity nursing manual*,Baltimore:Williams, & Wilkins.
- Burroughs,A.(1997). *Maternity nursing*, Philadelphia: WB Saunders Company.
- Campbell,S.,& Less,C.(2000).Obstetrics by ten teacher .New York: Arnold.
- Casper,R.(1998). *Women's health*, USA: Cambridge University Press.
- Chamberlin,G.,& Simpkins, B.P.(2000). *A practice of obstetrics and gynecology*,Edinburghe: Churchill Living Stone.
- Demyttenare,K.,Lenarettes,H.,Nijs,P.,& Van,F.A.(1995). Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy and post partum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 95-102.
- Dickason,E.J.,Silverman,B.L.& Kaplan,J.A. (1998). *Maternal infant nursing care*, St Louis Mosby.
- Ellsbergh,M.,Pena,R.,Herrera,A.,Liljestrang,J., & Winkivisit,A.(2000). Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science Medicine*, 51, 1595-1610.
- Fava,G.A.,Grandi,S.,Michelacci,L.,Saviotti,F.,Conti, S.,Bovicelli,L.,& Trombini,G.(1990). Hypochonderical fears and belief in pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*,82,70-72.
- Fink,P.,Sorenson,L.,Engberg,M.,Holm, M.,& Jorge.(1999). Somatization in primary care prevalence health care utilization general practioner recognition .*Psychosomatic Researches*, 40, 330-338.
- Furmark,T.,Tillfors,M.,Everz,P.,Marteins,D.,Gefvert, O., & Fredrikson,M.(1998). Social phobia in the general population; prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34, 418-424.
- Grabe,H.J.,Meyer,C.,Hapke,U.,Rumpf,H.J.,Freyberger, H.J.,Dilling,H.& John,U.(2000). Prevalence quality of life and psychosocial function in obsessive compulsive disorder in Northern Germany. *European Archive Psychiatry and Clinical Neurosobiology*, 250, 262-268.
- Haber,J.H.(1997).*Comprehensive psychiatric nursing*, St Louis: Mosby.
- Hunfeld,J.A.,Wlademiroff,J.W.,Verhage,F.,& Passchier,J.(1995). Previous stress and acute psychological defense as prediction prenatal grief: an explanatory study. *Social Science Medicine*,40, 829-835.
- Iancou,I.,Lepkifker,E.,Dannon,P.,&Kotler M. (1995). Obsessive compulsive disorder limited to pregnancy.*Psychotherapy Psychosomatic Researches*, 64, 100-112.
- Kamel,H.S.,Ahmed,H.N.,Eissa,M.A.,& Abol-oyoun, S.M.(1999).Psychological and obstetrical responses of mothers following antenatal fetal sex identification.*Obstetric & Gynecology Research*,25, 43-50.
- Kelley,R.H.,Russo,J.,&Katon,W.(2001).Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics:normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited. *General Hospital Psychiatry*, 23, 107-113.
- Kitamura,T.,Sugawara,M.,Sugawara,K.,Toda,A., & Shima,S.(1996). Psychosocial of depression in early

- pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 168, 732-738.
- Klock,S.C.,& Greenfeld,D.A.(2000). Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study. *Fertility Sterility*, 73, 1159-1164.
- Kurki,T.,Hillesmaa,V.,Raitasalo,R.,Mattila,H., & Ylikorkala,O.(2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 95,487-490.
- Leonard,L.G.(1998). Depression and anxiety disorders during multiple pregnancy and parenthood. *Obstetrics and Gynecology Neonatal Nursing*,27, 329-337.
- Lips,H.M.(1985). A longitudinal study of the reporting of emotional and somatic symptom during pregnancy and after pregnancy. *Social Science Medicine*, 21, 631-640.
- Littlewood.,J.,& Mchugh,N.(1997). *Maternal distress and postnatal depression*, Houndmills: Macmillan Press Ltd.
- Lubin,B.,Gardner,S.H.,& Roth,A.(1975). Mood and somatic symptoms during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*,37(2):136-146.
- Madoux,M.,Prerost,P.,Repellin,F.,Pailleux,J.M., & Couzhnt,N.(1991). Course of chronic paranoid delusions during pregnancy and post partum. *Anniversary Medicine Psychology*,149,730-733.
- May,K.M., & Malmister,I.R.(1994). *Maternal neonatal nursing*, Philadelphia: J-B Lippincott Company.
- Mckee,M.D.,Cunnhngam,M.,Jankowski,K.R.,& Zayas,L.(2001). Health related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi – ethnic population *Obstetrics and Gynecology*, 97, 988-993.
- Mindell,J.A.,& Jacobson,B.J.(2000).Sleep disturbances during pregnancy.*Journal of Obstetrics and Gynecology Neonatal Nursing*,26, 590-597.
- Nikcevic,A.,Kuczmierczyk,A.R.,& Nicolides, K. H.(1998). Personal coping resources, responsibility, anxiety and depression after early pregnancy loss. *Obstetric and Gynecology*,19,145-145.
- Oleary,K. D., Barling, J., Arias, I., Rosenbaum, A., Malone, J., & Tyree, A. (1999). Prevalence and stability of physical aggression between spouses. *Journal of Consulting Clinical Psychology*,57, 263-268.
- Otchet,F.,Carey,M.S., & Adam.L.(1999).General health and psychological symptom status in pregnancy and the perperium: what is normal? *Obstetrics and Gynecology*, 94, 935-941.
- Page,L.A.(2000).*The New midwifery*. Edinburge: Churchill Living Stone.
- Paulselten,J.(1998). Prenatal exposure to maternal stress and subsequent:schizophrenia.*British Journal of Psychiatry*,172, 324-326.
- Seguien,L.(1995). Chronic stressors; social support; and depression during pregnancy.*Obstetric and Gynecology*,85, 533-539.
- Sherwen,L.N.,Soloven,M.A.,& Weingarten,C.T. (1999).*Maternity Nursing*, Stamford:Appleton and Lange.
- Show,C.M.,Creed,F.,Tomenson,B.,Rister,L., & Cruhckshank, J. K. (1999). Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behavior in African Caribbean and white Europeans:two phase general population survey. *British Medical Journal*,30, 302-305.
- Smith,L.E.,Dent,D.Z.,Coles,C.D.,& Falek,A. (1992). A comparison study of treated and untreated preg-

- nant and post partum cocaine-abusing women. *Substance Abuse Treatment*, 9, 343-348.
- Steiner, M. (1998). Perinatal mood disorders: position paper. *Psychopharmacology Bulletin*, 34, 301-306.
- Xu, P.F. (1994). Study of the psychological character of pregnant women. *Zhong Hua hulization*, 29, 515-518.
- Youngkin, E.Q., & Davis, M.S. (1998). *Women's health: primary care clinical guide*, Stanford: Appleton and Lange.