



## بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در دوران بارداری در شهر اهواز

دکتر محمد حسن گرجی زاده\*، بهنام مکوندی\*\*

### چکیده

هدف از اجرای این پژوهش، تعیین میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در دوران بارداری در شهر اهواز می‌باشد. برای این منظور ۳۶۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاهها، بیمارستانهای دولتی و مطب‌های خصوصی در فاصله دی ماه ۱۳۷۶ تا خرداد ۱۳۷۷ که به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده بودند و ۶۰ نفر زن غیر باردار از میان مراجعه کنندگان به مراکز بهداشت، مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و مامایی و بیمارستانهای دولتی به عنوان گروه گواه برگزیده شده بودند به کمک پرسشنامه چند وجهی شخصیتی مینه‌سوتا مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های بدست آمده به کمک روشهای آمار توصیفی و آزمون خی دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که هیچگونه تفاوت معنی‌داری از نظر افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری وجود ندارد. همچنین بین دو گروه آزمایشی (زنان باردار) و گروه گواه (زنان غیر باردار) تفاوت معنی‌داری از نظر افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در تمام دوره دیده نشد.

Andeeshbeh  
Va  
Raftar  
اندیشه‌ورفتار

۵۶

کلید واژه: افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، بارداری، سلامت روانی، MMPI

بارداری برای بیشتر خانمها لذت بخش است ولی در برخی با تشویش، نگرانی، افسردگی، اضطراب و دیگر اختلالات روانی همراه است (همان جا) بررسی این اختلالات در این مقاله مورد توجه قرار گرفته است. بسیاری از خانمها نگران طبیعی بودن فرزند خود می‌باشند. به ویژه

تأمین بهداشت زنان باردار نه تنها بعد جسمی بلکه ابعاد روانی و اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد. در ایران بهداشت روانی در دوران بارداری به اندازه مسایلی مانند برنامه تنظیم خانواده، واکسیناسیون، بهداشت کودکان و هموفیلی، مورد توجه و بررسی قرار نگرفته است (افشاری منفرد، بوالهروی، باقری یزدی، ۱۳۷۶). از آنجا که دوران

\* متخصص زنان و مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز. اهواز، کیان پارس، فلکه سوم، خیابان سوم غربی، پلاک ۷۰.  
\*\* کارشناس ارشد روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. اهواز کمپلو، خیابان لشکر، خیابان اعتصامی، پلاک ۴۴/۱.

اگر احتمال ناهنجاری مادرزادی نیز وجود داشته باشد (مسایلی مانند مصرف دارو یا تابش اشعه ایکس در دوره بارداری). همچنین با نزدیک شدن دوران زایمان ممکن است تصور زن از بدن خود تغییر یافته نگران زیبایی ظاهری خود شود. مسایل دیگری مانند درد زایمان، نگهداری از بچه و تغییرات مربوط به نوع زندگی جدید می‌تواند نگرانیهای یاد شده را افزایش دهد (شلدون<sup>(۱)</sup> و آروین<sup>(۲)</sup>، ۱۹۹۱).

در پژوهشی که بوسیله ایکسو<sup>(۳)</sup> (۱۹۹۴) انجام گرفت، بهداشت روانی ۸۱ زن در ۴ تا ۹ ماهگی بارداری و ۹۱ زن غیر باردار به کمک مقیاس SCL-90-R مورد سنجش قرار گرفت. نتایج نشان داد که زنان باردار دارای وسواس، حساسیت در روابط متقابل، استرس، خصومت، ترس مرضی، لجاجت و عوامل روانشناختی بیشتری نسبت به زنان غیر باردار بودند. بطور کلی این بررسی نشان داد که زنان باردار از سلامت روانی خوبی برخوردار نبوده‌اند. از سوی دیگر برخی از پژوهشها نشان داده‌اند که به هنگام آگاهی زنان از بارداری خود، دچار اضطراب و حالت دوگانگی عاطفی می‌گردند (نوتمن<sup>(۴)</sup> و نادلسون<sup>(۵)</sup>، ۱۹۸۱ و تورنر<sup>(۶)</sup> و آیزی<sup>(۷)</sup>، ۱۹۷۸).

در پژوهشی که توسط کولینس<sup>(۸)</sup>، دانکل<sup>(۹)</sup>، لوبل<sup>(۱۰)</sup> و اسکریمشاو<sup>(۱۱)</sup> (۱۹۹۳) در مورد تأثیر حمایت اجتماعی در دوران بارداری انجام گرفت نشان داده شد، زنانی که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کردند افسردگی و مشکلات کمتری را در دوران بارداری تجربه می‌کردند. نتایج پژوهش دیمیتنایری<sup>(۱۲)</sup>، لئارتس<sup>(۱۳)</sup>، نیجس<sup>(۱۴)</sup> و ون - آسج<sup>(۱۵)</sup> (۱۹۹۵) نشان داد که کمبود حمایت اجتماعی باعث افسردگی در شش ماه نخست بارداری شده است. کوهن<sup>(۱۶)</sup>، سیچل<sup>(۱۷)</sup>، فاراوان<sup>(۱۸)</sup>، روبرتسون<sup>(۱۹)</sup>، دیموک<sup>(۲۰)</sup> و روزن بام<sup>(۲۱)</sup> (۱۹۹۶) نشان دادند که برخی از زنان در طول دوره بارداری هراس را تجربه می‌کنند. آریایس<sup>(۲۲)</sup>، کومار<sup>(۲۳)</sup>، باروس<sup>(۲۴)</sup> و فایگویرید<sup>(۲۵)</sup> (۱۹۹۶) درباره میزان افسردگی در زنان در طول دوره بارداری و پس از زایمان در کشور پرتغال

پژوهشی انجام دادند و دریافتند که زنان در طول بارداری بیشتر از همسرانشان حالات افسردگی را تجربه می‌کنند. همچنین پارلبرگ<sup>(۲۶)</sup>، ونیجرهوتس<sup>(۲۷)</sup>، پاسچیر<sup>(۲۸)</sup>، هینین<sup>(۲۹)</sup> و ذکر<sup>(۳۰)</sup> (۱۹۹۶) نشان دادند که عوامل روانی - اجتماعی پیش بینی کننده سلامت مادر و پیامدهای بارداری است. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در دوران بارداری بوده و بر پایه فرضیه‌های زیر اجرا گردیده است. ۱- میزان شیوع افسردگی در مراحل مختلف بارداری متفاوت است.

۲- میزان شیوع اضطراب در مراحل مختلف بارداری متفاوت است.

۳- میزان شیوع ترس مرضی در مراحل مختلف بارداری متفاوت است.

## روش

این پژوهش از نوع پژوهشهای مقطعی - توصیفی است. جمعیت آماری پژوهش را زنان باردار مراجعه کننده به مراکز پزشکی و بهداشت اهواز تشکیل می‌دهند. آزمودنیهای پژوهش را ۳۶۰ زن باردار که با روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای از چهار بیمارستان دولتی، چهار مرکز بهداشت، چهار مطب خصوصی (متخصص زنان و

1-Sheldon	2-Irwin
3-Xu	4-Notman
5-Nadelson	6-Turner
7-Izzi	8-Collins
9-Dunkell	10-Lobel
11-Scrimshaw	12-Dem
13-Lenaerts	14-Nijs
15-Van Assche	16-Cohen
17-Sichel	18-Faraone
19-Robertson	20-Dimock
21-Rosenbaum	22-Areias
23-Kumar	24-Barros
25-Figueiredo	26-Parlberg
27-Vingerhoets	28-Passchier
29-Heinen	30-Dekker

مامایی)، ۳۰ نفر از هر مرکز (۱۰ نفر از بین زنان باردار ۱-۳ ماهه، ۱۰ نفر ۳-۶ ماهه و ۱۰ نفر ۹-۶ ماهه) انتخاب شدند، تشکیل می‌داد. همچنین ۶۰ نفر زن غیر باردار از میان زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت، مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و مامایی و بیمارستانهای دولتی به عنوان گروه گواه برای مقایسه میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در زنان باردار و غیر باردار بصورت تصادفی انتخاب شدند.

برای گردآوری داده‌های پژوهش پرسشنامه MMPI<sup>(۱)</sup> به کار گرفته شد (اخوت، شاملو و نوع پرست، ۱۳۵۳، به نقل از اخوت و دانشمند، ۱۳۵۷). این پرسشنامه دارای سه مقیاس روانی "L" (صداقت آزمودنی در پاسخگویی به آزمون)، "F" (فهم سؤالات، عدم همکاری و اضطراب آزمودنی) و "K" (مقاومت آزمودنی در برابر سؤالات آزمون) و هشت خرده مقیاس بالینی است. از آزمودنیها خواسته شد تا به پرسشنامه پاسخ دهند. همچنین سن، سطح تحصیلات، شغل، شغل همسر، بارداری چندم، شمار فرزندهای زنده، شمار زایمان‌های قابل زنده ماندن و آخرین زایمان آزمودنی‌های گروه گواه و آزمایشی تعیین شد. داده‌های پژوهش به کمک آزمون خی دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جهت رعایت راز داری و اطمینان خاطر آزمودنی‌ها، از آنان خواسته شد که نام و نام خانوادگی خود را روی پرسشنامه ننویسند، همچنین به آنان اطمینان داده شد که به هیچ وجه اطلاعات بصورت خام و مشخص در اختیار دیگران قرار داده نخواهد شد.

### یافته‌ها

برای تعیین میزان تأثیر سن بر خرده مقیاس‌های آزمون MMPI، دو گروه آزمایش و گواه به دو گروه سنی زیر ۲۵ سال و بالای ۲۵ سال تقسیم شدند. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش تفاوت معنی داری در آزمودنیهای دو گروه پژوهش از نظر سطح تحصیلات، شغل، شغل همسر آنان نشان نداد.

## بطور کلی بیماری روانی در دوران بارداری کمتر بروز می‌کند به ویژه در زنان بارداری که از حمایت اجتماعی برخوردار می‌باشند. نوع بیماری روانی بیشتر بر اساس تاریخچه زندگی بیمار تعیین می‌شود تا بارداری به تنهایی.

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین، انحراف معیار و واریانس شمار بارداریها به ترتیب ۲/۲۲، ۱/۳۸ و ۱/۹۲ و در مورد بارداریهای منجر به سقط به ترتیب ۰/۱۷۶، ۰/۴۷۱ و ۰/۲۲۲ بوده است. این ارقام در مورد شمار فرزندان زنده به ترتیب ۱/۷۶، ۱/۰۶۳ و ۱/۱۳ گزارش گردید. آزمون خی دو تفاوت معنی داری را از نظر میزان علاقه‌مندی به بارداری در سه دوره اول، دوم و سوم بارداری نشان نداد (جدول ۱).

جدول ۱- فراوانی و درصد آزمودنیهای گروه آزمایشی بر حسب میزان علاقه مندی به بارداری (N=۳۶۰).

میزان علاقه مندی	فراوانی	درصد
در حد نفرت	۲۹	۸/۱
کم	۳۴	۹/۴
متوسط	۱۰۷	۲۹/۷
زیاد	۶۸	۱۸/۹
خیلی زیاد	۱۲۲	۳۳/۹

نتایج بدست آمده نشان داد که میزان علاقه مندی در شمار بیشتری از آزمودنیها در حد متوسط (جمعاً ۱۰۷ مورد) قرار دارد. نفرت از بارداری در سه ماهه اول ۴ مورد، سه ماهه دوم ۱۰ مورد و سه ماهه سوم ۱۵ مورد بود. به بیان دیگر هر چه فرد به زمان زایمان نزدیک تر شده میزان نفرت وی از بارداری بیشتر شده است (جدول ۲).

جدول ۲- فراوانی و درصد آزمودنیهای گروه آزمایشی بر حسب میزان علاقه‌مندی به بارداری در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری (N=۳۶۰).

میزان علاقه‌مندی	سه‌ماهه اول		سه‌ماهه دوم		سه‌ماهه سوم		جمع
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
در حد نفرت	۴	۱/۱	۱۰	۲/۸	۱۵	۴/۲	۲۹
کم	۱۱	۳/۱	۱۵	۴/۲	۸	۲/۲	۳۴
متوسط	۳۰	۸/۳	۴۱	۱۱/۴	۳۶	۱۰	۱۰۷
زیاد	۳۱	۸/۶	۱۵	۴/۲	۲۲	۶/۱	۶۸
خیلی زیاد	۴۴	۱۲/۲	۳۹	۱۰/۸	۳۹	۱۰/۸	۱۲۲

مورد تأیید قرار نگرفته است.

آزمون خی دو در دو سطح کم و متوسط (بهنجار) و زیاد (مرضی) در دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد (جدول ۴).

جدول ۴- خلاصه نتایج آزمون خی دو و نمره آزمون فیشر در دو سطح کم و متوسط (بهنجار) و زیاد (مرضی) در خرده مقیاس‌های بالینی D و Pt آزمون MMPI در دو گروه آزمایشی و گواه (N=۴۲۰).

خرده مقیاسها	نمره خی دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	نمره آزمون
D	۰/۳۰۶	۱	N.S.	۰/۷۵۳
Pt	۰/۱۱۵	۱	N.S.	۰/۸۹۸

### بحث در یافته‌ها

هدف این بررسی تعیین میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در زنان باردار در شهر اهواز بود. آزمون خی دو نشان داد که در سه ماه اول، دوم و سوم بارداری از نظر میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس مرضی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین این بررسی نشان داد که بین دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری از نظر میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس مرضی بجز در خرده مقیاس Pa (پارانویا) دیده نشد.

1-Depression(D)                      2-Psychasthenia(Pt)

نتایج بدست آمده همچنین نشان داد که ۷ نفر (۱/۷٪) از آزمودنی‌ها پیش از بارداری مبتلا به اختلال‌های روانی بوده‌اند و ۴۱۳ نفر (۹۸/۳٪) اختلال روانی نداشته‌اند.

آزمون خی دو در سه ماهه اول، دوم و سوم در سه سطح کم، متوسط و زیاد (مرضی) در خرده مقیاس‌های D و Pt آزمون MMPI تفاوت معنی‌داری نشان نداد.

آزمون خی دو بطور جداگانه روی داده‌های پژوهشی گروه آزمایشی در بعدهای افسردگی، اضطراب و ترس مرضی (D<sup>(۲)</sup>, Pt<sup>(۳)</sup>) و گروه گواه در خرده مقیاس‌های مربوطه اجرا گردید.

همچنین مقایسه دو گروه آزمایشی و گواه در خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و ترس مرضی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.

آزمون خی دو در سه سطح کم، متوسط و زیاد (مرضی) در خرده مقیاس‌های D و Pt آزمون MMPI بین دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری نشان نداد. همانطوری که در جدول ۳ دیده می‌شود هیچ یک از ۳ فرضیه پژوهش

جدول ۳- نتایج آزمون خی دو در سه ماهه اول، دوم و سوم در دو سطح کم و متوسط (بهنجار) و زیاد (مرضی) در خرده مقیاس‌های بالینی D و Pt آزمون MMPI (N=۳۶۰).

خرده مقیاس‌های نمره خی دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	بالینی MMPI
۰/۵۲۵	۲	N.S.	D
۱/۳۵۶	۲	N.S.	Pt

بنابراین هیچ یک از سه فرضیه پژوهش که بر اساس خرده مقیاس‌های آزمون MMPI تدوین شده بودند تأیید نگردید. دلیل این امر را شاید حمایت‌های خانواده (همسر و اطرافیان) از زنان باردار دانست. از سوی دیگر بارداری در فرهنگ ما به عنوان یک تحول و رویداد خوشایند تلقی می‌شود و زنان باردار مشکلات این دوره را به دلیل همکاری خوب اطرافیان تحمل می‌کنند. یافته‌های بدست آمده از این پژوهش با نتایج پارلبرگ و همکاران (۱۹۹۶) که نشان دادند نشانه‌های افسردگی در هنگام بارداری با متغیرهای منفی اجتماعی - روانی به ویژه ناخشنودی از حمایت‌های اجتماعی همراه می‌باشد، همخوانی دارد. بطور کلی بیماری روانی در دوران بارداری کمتر بروز می‌کند به ویژه در زنان بارداری که از حمایت اجتماعی برخوردار می‌باشند. نوع بیماری روانی بیشتر بر اساس تاریخچه زندگی بیمار تعیین می‌شود تا بارداری به تنهایی. خانمهایی که با سابقه بیماری‌های روانی شدید باردار می‌شوند در صورتی که در مرحله بهبود موقتی بیماری باشند یا بیماری آنها بخوبی شناسایی و درمان شده باشد معمولاً اختلالات روانی آنها شدت نمی‌یابد و در طول بارداری دوباره عود نمی‌کند.

نبودن یک گروه گواه خارج از مراکز درمانی یکی از محدودیت‌های پژوهش بوده است که امید می‌رود در پژوهش‌های آینده مورد توجه قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود با استفاده از ابزارهای دیگری از جمله SCL-90-R جامعه پژوهش مورد بررسی قرار گیرد و آزمودنی‌های بیشتری در گروه گواه مورد بررسی قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود شیوع اختلالات روانی در مراحل گوناگون بارداری با روش پژوهش‌های طولی مورد بررسی قرار گیرد.

### سپاسگزاری

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اهواز به خاطر همکاری و حمایت مالی در اجرای پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

### منابع

- اخوت، ولی ... و دانشمند، لقمان (۱۳۵۷). *ارزشیابی شخصیت*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- افشاری منفرد، ژاله؛ بوالهری، جعفر؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۷۶). بررسی همه‌گیری اختلالات روانی از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان. *مجله طب و تزکیه*، شماره ۲۶، ۱۱-۱۰.
- Areias, M. E., Kumarr, r., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidenc of depression in women and men, during pregnancy and after child birth. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.
- Cohen, L. S., Sichel, D. A., Faraone, S. V., Robertson, L., Dimmock, J. A., & Rosenbaum, J. F. (1996). Course of Panic disorder during pregnancy and the psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 39, 950-54.
- Collins, N. L., Dunkel, S. C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy. *Journal of Personality and Social-Psychology*, 65, 1243-1258.
- Demyttenaere, K., Lenaerts, H., Nijs, P., & Van Assche, F. A. (1995). Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy and predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *American Journal of Psychiatry*, 91(2) 95-102.
- Notman, M. T., & Nadelson, C. C. (1981). Reproductive crisis. In A. Brodsky, R. Hare Mustin (Eds.) *Women and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Paarlberg, K. M., Vingerhoets, A., Passchier, J., Heinen, A. G., & Dekker, G. A. (1996). Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy related complaints. *American Journal of Psychology*, 17, 93-102.
- Scheldon, H. C., Irwin, R. M. (1991). *Complications of*

*Pregnancy: Medical, surgical, gynecologic, psychosocial and perinatal.* New York: Williams and Wilkins.

Turner, M. F., Izzi, M. H. (1978). The cope story: Service to pregnancy and postpartum and women. In C. C., Nadelson, M. Notman (Eds.) *The woman patient, medical and psychological interfaces. Sexual and productive aspects of women,s health.* New York: Plenum Press.

Xu, P. F. (1994). Study on the psychological characters of pregnant women and nursing aplications: *Chung-Hua-Hu-LJ-Tsa-Chih* 5:29 515-518.

## داروهای نورولپتیک غیر معمول و رایج: کیفیت زندگی از دید بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

در این بررسی بیماران تحت درمان با داروهای غیر معمول کیفیت زندگی خود را (شامل کیفیت عمومی، سلامت جسمانی، زندگی اجتماعی و زندگی روزمره) بطرز چمبگیری بالاتر از کسانی دانستند که با داروهای رایج تحت درمان بودند. کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با کلوزاپین یا رسپریدون بالاتر از کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با آنتی پسیکوتیکهای کلاسیک گزارش گردیده است.

British Journal or Psychiatry (1997)