ORIGINAL ARTICLE

Assessment of Mental Health in Pregnant Women Attending Health Centers in Sari, Iran

Khadije Maajani[1],
Farzane Afkhaminia[2],
Akbar Mohammadi[3],
Seyed Abolhassan Naghibi[4]

[1] MSc in Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] MSc Student in Biostatistics, Student Research Committee, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] BSc in Public Health, Student Research Committee, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Public Health, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received Januiary 20, 2018 ; Accepted June 8, 2018)

Abstract

Background and purpose: Pregnancy is one of the factors that affect the mental and physical health of women. The aim of this study was to determine mental health in pregnant women and its related factors.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted in 834 pregnant women in health centers in Sari, Iran, 2017. The Persian version of Symptoms checklist-90-R was used. Data analysis was done in SPSS V22 using independent T test, One-way ANOVA, and Chi-square. Kruskal–Wallis test was applied in absence of normality assumption.

Results: The mean age of participants was 25.5±507 years and the mean gestational age was 23 weeks. Among the subjects 689 (82.6%) were healthy, 141 (16.9%) were found with moderate disorders and 4 (0.5%) had moderate to severe disorders. Somatization (28.6%) and hostility (17%) were the highest and lowest prevalent disorders, respectively. Comparing the mean scores of the nine aspect of the Symptoms checklist-SCL-90-R showed significant differences between different age groups, educational level, occupation, gestational age, and problems in previous pregnancies ($P<0.05$).

Conclusion: Current findings indicated a mild to moderate prevalence of psychiatric disorders in pregnant women. The severity of each mental health disorder was linked to demographic characteristics, gestational age, problems in previous pregnancies, and unwanted pregnancies.

Keywords: mental health, pregnancy, Symptoms checklist-90-R

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (162): 77-85 (Persian).

*** Corresponding Author: Seyed Abolhassan Naghibi -** Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: anaghibi1345@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۲ تیر سال ۱۳۹۷ (۸۵-۷۷)

بررسی سلامت روان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر ساری

خدیجه ماجانی[۱]
فرزانه افخمی[۲]
اکبر محمدی[۳]
سید ابوالحسن نقیبی[۴]

چکیده

سابقه و هدف: یکی از عوامل تاثیرگذار بر سلامت جسمی و روانی در زنان، بارداری است. لذا هدف از این مطالعه بررسی وضعیت سلامت روانی زنان باردار در شهر ساری و عوامل مرتبط با آن می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی- تحلیلی مقطعی بر روی ۸۳۴ خانم باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری در سال ۱۳۹۶ انجام شد. ارزیابی وضعیت سلامت روانی با پرسشنامه ۹۰ سوالی SCL-90-R انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آماری T مستقل و آنالیز واریانس و در صورت عدم برقراری فرض نرمالیتی از آزمون‌های آماری غیر پارامتریک با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سن افراد مورد بررسی ۵/۷± ۲۵/۵ سال و میانگین سن بارداری آنان ۲۳ هفته بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸۹ نفر (۸۲/۶ درصد) از افراد سالم، ۱۴۱ نفر (۱۶/۹ درصد) دارای اختلالات خفیف و ۴ نفر (۰/۵ درصد) دارای اختلالات متوسط تا شدید بودند. در این بررسی، بیش‌ترین و کم‌ترین میزان شیوع به ترتیب مربوط به ابعاد شکایات جسمانی (۲۸/۶ درصد) و پرخاشگری (۱۷ درصد) بود. در مقایسه میانگین نمرات ابعاد ۹ گانه روانی پرسشنامه SCL-90-R، بر حسب متغیرهای گروه‌های مختلف سنی، میزان تحصیلات، شغل، سن بارداری، مشکلات در بارداری‌های قبلی تفاوت معنی‌داری دیده شده است ($p < ۰/۰۵$).

استنتاج: یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده‌ی شیوع خفیف تا متوسط اختلالات روانی در خانم‌های باردار می باشد. شدت هر کدام از اختلالات روانی به خصوصیاتی نظیر تحصیلات، سن بارداری، شغل، مشکلات در بارداری‌های قبلی و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری در ارتباط بود.

واژه های کلیدی: سلامت روانی، بارداری، SCL-90-R

مقدمه

اختلالات روانی دارای شیوع بالایی در همه مناطق جهان بوده وقسمت عمده‌ای از بار زیستی، اجتماعی و مالی بیماری‌ها را موجب می‌شوند. طبق شواهد و برآوردهای بار جهانی بیماری‌ها در سال ۱۹۹۰، روند دیرپا و جهانی تغییرات شیوع بیماری‌های روانی- از جمله افسردگی- از سال ۱۹۹۰ تاکنون و پیش‌بینی آن تا سال ۲۰۳۰ به

مولف مسئول: سید ابوالحسن نقیبی-ساری: کیلومتر ۱۸ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت E-mail: anaghibi1345@yahoo.com
۱. کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آمار زیستی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. کارشناسی بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴*. استادیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۶/۱۰/۳۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۶/۱۱/۱۵ تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۳/۱۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

صورت افزایشی است(۲،۱). در همه کشورها از جمله ایران، شیوع افسردگی در زنان تقریباً دو برابر مردان می‌باشد(۳). بالاتر بودن شیوع بیماری در زنان، هم ناشی از تداوم بیش‌تر و عود بیش‌تر بیماری در مقایسه با مردان است و هم این که بروز بیماری نیز در زنان حدود دو برابر مردان است(۴). فرضیه‌های مختلف به عواملی متفاوتی مانند وضعیت اشتغال، سطح درآمد، فقر، تفاوت‌های بیولوژیک و عدم استقلال مالی در زنان اشاره کرده است. یکی از عوامل تاثیرگذار برسلامت جسمی و روانی در زنان، بارداری است. حدود ۱۰ درصد از زنان باردار در ایالات متحده آمریکا دارای معیارهای تشخیصی افسردگی اساسی می‌باشند(۷-۵). از جمله عوامل خطر ایجاد افسردگی در طول بارداری می‌توان به مشکلات زناشویی، بارداری ناخواسته و سابقه قبلی یا خانوادگی ابتلا به افسردگی اشاره کرد(۸،۵). این عوامل خطر به همراه عدم درمان افسردگی در دوران بارداری موجب ایجاد خطراتی نظیر خود مراقبتی ضعیف، تغذیه‌ی نامناسب، اختلالات خواب، کمبود مراقبت‌های قبل از زایمان، افزایش مصرف الکل و مواد مخدر و خطر خودکشی می‌گردد(۹،۵). بنابراین با توجه به تاثیر مشکلات سلامت روان بر فرآیند و پیامدهای بارداری ضروری است تا در برنامه مراقبت‌های دوران بارداری غربالگری ماردان باردار از نظر سلامت روان نیز مد نظر قرار گیرد. علی‌رغم اهمیت این موضوع، مطالعات اندکی در مورد بررسی سلامت روان در دوران بارداری در کشور صورت گرفته است و اطلاعات در این زمینه اندک می‌باشد، بنابراین در این پژوهش، وضعیت روانی خانم‌های باردار در شهر ساری وعوامل موثر برآن مورد بررسی قرارگرفته است.

مواد و روش ها

به منظور بررسی وضعیت سلامت روانی خانم‌های باردار، مطالعه به روش توصیفی-تحلیلی مقطعی طراحی گردید. تمام زنان باردار بدون محدودیت سنی که تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان ساری بوده‌اند و جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه‌کرده بودند، وارد مطالعه شدند.

در این مطالعه، ۸۳۴ خانم باردار مراجعه‌کننده به ۲۰ مرکز بهداشتی درمانی در سطح شهرستان ساری در سال ۱۳۹۶ به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. پس از اطمینان دادن به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه از ایشان و همچنین ذکر توضیحات کافی در مورد نحوه‌ی پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها (به صورت خود ایفاد) و با نظارت پژوهشگران مطالعه، پرسشنامه بدون ذکر نام در اختیار مادران باردار قرار گرفت.

در نهایت تعداد ۸۳۴ خانم باردار با پرسشنامه SCL-90-R و پرسشنامه دموگرافیک مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش تمامی خانم‌های باردار مراجعه‌کننده بدون توجه به سن حاملگی برای شرکت در این مطالعه انتخاب شدند و خانم‌هایی که تمایل به تکمیل پرسشنامه نداشتند و یا آن را تکمیل نکرده بودند، از مطالعه خارج شدند. پرسشنامه دموگرافیک ۱۵ سوالی شامل سن، سطح سواد، شغل، سن ازدواج، سن بارداری، نوع بارداری، تعداد بارداری، فاصله بارداری، سابقه بارداری ناخواسته، روش‌های پیشگیری از بارداری و مدت استفاده از این روش‌ها، و مشکلات در بارداری های قبلی و ... بوده است. یکی از پرسشنامه‌های غربالگری افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات روانی که در ایران بیش‌تر به کار برده می‌شود و اعتبار سنجی نیز شده است(۱۰)، نسخه بازبینی شده فرم ۹۰ سوالی فهرست وارسی علایم (SCL-90-R) یا پرسشنامه Derogatis می‌باشد(۱۱). این ابزار در ۹ بعد روانی موارد زیر را مورد سنجش قرار می‌دهد: ۱- شکایت‌های جسمانی، ۲- وسواس و اجبار، ۳- حساسیت در روابط متقابل، ۴-افسردگی، ۵- اضطراب، ۶-پرخاشگری، ۷-ترس مرضی، ۸-افکار پارانوئید و ۹-روان پریشی. این پرسشنامه میزان شدت نشانه‌ها و شکایت‌های معمولی روانی را به صورت لیکرت در ۵ سطح (هیچ، کمی، تاحدی، زیاد و به

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

شدت) طبقه‌بندی می‌کند، بنابراین نمره قابل کسب برای هر سوال بین صفر تا ۴ است. این پرسشنامه بدون نام بوده و خانم‌های باردار بعد از ارائه توضیحات لازم در مورد این طرح و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و رضایت کامل وارد این پژوهش شدند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها از مراکز مختلف، اطلاعات وارد رایانه گردید و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین و خطای معیار) برای هریک از ابعاد ۹ گانه مورد بررسی، محاسبه گردید. برای بررسی ارتباط هریک از ابعاد ۹ گانه روانی مورد بررسی و متغیرهای مورد نظر از آزمون T مستقل، آنالیز واریانس و مجذور کای استفاده شد در صورت عدم برقراری فرض نرمالیتی از آزمون‌های غیر پارامتریک من- ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه، در مجموع تعداد ۸۳۴ خانم باردار در شهرستان ساری با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R از نظر سلامت روانی مورد بررسی قرار گرفتند.

متوسط سن زنان باردار ۵/۷۲± ۲۵/۵ سال با حداقل سن ۱۵ و حداکثر ۴۴ سال بود. از نظر وضعیت تحصیلی، ۱۱/۶ درصد افراد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۸/۹ درصد دارای سیکل و ۴۴/۴ درصد دارای مدرک دیپلم بودند. ۲۲/۵ درصد نمونه‌ها دارای تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۱/۶ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. ۵۰/۷ درصد درصد خانم‌های باردار مورد بررسی، پرایمی گراوید (نخستین بارداری) بودند. از بین زنان باردار مراجعه‌کننده، ۱۷ درصد بارداری ها ناخواسته گزارش شده بود (جدول شماره ۱).

در جدول شماره ۲، توزیع پراکندگی شاخص شدت علائم در ۹ بعد مورد بررسی (مجموع نمره در هر بعد تقسیم بر تعداد سوالات مربوط به آن بعد) نشان داده شده است. هم‌چنین برای تخمین شیوع اختلالات ۹ گانه، نمرات برش ۱ (خفیف)، ۲ (متوسط) و ۳ (شدید) در نظر گرفته شدند. به طور کلی بر اساس آزمون SCL-90-R، ۶۸۹ نفر (۸۲/۶ درصد) از شرکت کنندگان فاقد اختلال روانی (نمره صفر تا یک)، ۱۴۱ نفر (۱۶/۹ درصد) دارای اختلال روانی خفیف (نمره ۱ تا ۲) و ۴ نفر (۰/۵ درصد) دارای اختلال روانی متوسط (نمره ۲ تا ۳) بودند. میزان اختلال روانی شدید (نمره ۳ تا ۴) صفر بود. بر اساس یافته‌های جدول شماره ۲، شیوع علائم روانی (نمره یک یا بالاتر) در خانم های باردار به ترتیب شکایات جسمانی (۲۸/۶ درصد)، وسواس (۲۷/۳ درصد)، افکار پارانوئید (۲۴/۱ درصد)، روان پریشی (۲۱/۸ درصد)، ترس مرضی (۱۹/۵ درصد)، افسردگی (۱۹/۵ درصد)، حساسیت در

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی در شهر ساری در سال ۱۳۹۶

مشخصات	تعداد (درصد)	مشخصات	تعداد (درصد)
گروه سنی (سال)		وضعیت اشتغال	
کم تر از ۲۰ سال	۱۲۱ (۱۴/۵)	کارمند	۱۳۲ (۱۵/۸)
۲۴-۲۰ سال	۲۵۵ (۳۰/۵)	خانه دار	۵۱۲ (۶۱/۳)
۲۹-۲۵ سال	۲۷۵ (۳۲/۹)	آزاد	۸۱ (۹/۷)
۳۴-۳۰ سال	۱۲۰ (۱۴/۴)	دانشجو	۸۹ (۱۰/۷)
۳۹-۳۵ سال	۴۷ (۵/۶)	سایر	۲۰ (۲/۳)
بیش تر از ۴۰ سال	۱۶ (۱/۹)	مشکلات در بارداری قبلی	
وضعیت تحصیلی		سقط	۹۶ (۱۱/۵)
ابتدایی	۹۷ (۱۱/۶)	اکلامپسی و پراکلامپسی	۵۷ (۶/۸)
سیکل	۱۵۸ (۱۸/۹)	دیابت	۲۵ (۳)
دیپلم	۳۷۰ (۴۴/۳)	خونریزی	۵۴ (۶/۵)
کاردانی و کارشناسی	۱۹۶ (۲۳/۵)	سایر	۲۳ (۲/۸)
ارشد و بالاتر	۱۳ (۱/۶)	بدون مشکل	۵۷۹ (۶۹/۴)
		نوع بارداری	
		خواسته	۶۹۲ (۸۳)
		ناخواسته	۱۴۲ (۱۷)

جدول شماره ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار و شدت علائم روانی در خانم های باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ساری

	M	S.D.	0<S<1 (عادی)	1<S<2 (خفیف)	2<S<3 (متوسط)	3<S<4 (شدید)
			تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
پرخاشگری	۰/۵۰	۰/۴۸	۶۹۲ (۸۳)	۱۲۷ (۱۵/۲)	۱۴ (۱/۷)	۰ (۰)
اضطراب	۰/۵۳	۰/۴۸	۶۹۱ (۸۲/۸)	۱۲۷ (۱۵/۲)	۱۶ (۱/۹)	۰ (۰)
وسواس	۰/۶۳	۰/۵۳	۶۰۶ (۷۲/۷)	۲۳۱ (۲۵/۵)	۱۳ (۱/۸)	۰ (۰)
حساسیت فکری	۰/۵۳	۰/۴۹	۶۷۱ (۸۰/۵)	۱۵۵ (۱۸/۶)	۷ (۰/۸)	۰ (۰)
شکایات جسمانی	۰/۸۳	۰/۵۱	۵۹۵ (۷۱/۴)	۲۱۸ (۲۶/۲)	۱۹ (۲/۲)	۰ (۰)
روان پریشی	۰/۵۰	۰/۵۲	۶۵۱ (۷۸)	۱۷۳ (۲۰/۸)	۹ (۱/۱)	۰ (۰)
تصورات پارانوئیدی	۰/۵۶	۰/۵۳	۶۳۳ (۷۵/۹)	۱۸۳ (۲۲)	۱۶ (۱/۹)	۰ (۰)
افسردگی	۰/۵۷	۰/۵۱	۶۷۱ (۸۰/۵)	۱۴۵ (۱۷/۴)	۱۶ (۱/۹)	۰ (۰)
ترس مرضی	۰/۴۸	۰/۴۹	۶۷۳ (۸۰/۷)	۱۵۳ (۱۸/۳)	۷ (۰/۸)	۰ (۰)
GSI	۰/۵۸	۰/۴۳	۶۸۹ (۸۲/۶)	۱۴۱ (۱۶/۹)	۳۳ (۰/۴)	۰ (۰)

* M : میانگین؛ S.D: انحراف معیار

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

روابط متقابل (۱۹/۵ درصد)، اضطراب (۱۷/۲ درصد) و پرخاشگری (۱۷/۰۲ درصد) گزارش شد. شاخص شدت کلی (GSI) در ۱۷/۴ درصد از خانم‌های باردار، بیش تر از ۱ (حالت مرضی) به دست آمد.

باتوجه به یافته‌های جدول شماره ۳، بین شدت شاخص درابعاد اضطراب (p=۰/۰۴)، وسواس (p=۰/۰۰۴)، حساسیت بین فردی (p=۰/۰۱)، روان‌پریشی (p=۰/۰۰۳) و ترس مرضی (p=۰/۰۱) در گروه‌های سنی مختلف تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت. با این حال بین هیچ یک از ابعاد ۹ گانه روانی با گروه‌های سنی همبستگی خطی معنی‌داری وجود نداشت، به عبارت دیگر با فزایش سن، تغییر جهت داری مشاهده نشد. هم‌چنین در این مطالعه، شدت علائم روانی برحسب تحصیلات بررسی شده است. با توجه به یافته‌ها، شدت علائم روانی در ابعاد وسواس(p=۰/۰۰۹)، حساسیت بین فردی (p=۰/۰۳۲)، روان پریشی (p=۰/۰۱)، تصورات پارانوئیدی (p=۰/۰۰۲) و افسردگی (p=۰/۰۲) در بین گروه‌های مختلف تحصیلی به‌طور معنی‌داری متفاوت بود، با این حال این تفاوت با افزایش تحصیلات در یک جهت تغییر نمی‌کرد. هم‌چنین متوسط شدت علائم روانی برحسب تجربه‌ی مشکلات در بارداری‌های قبلی نیز بررسی شد. با توجه به یافته‌های این مطالعه، بین همه‌ی ابعاد ۹ گانه و مشکلات در بارداری‌های قبلی (سقط، اکلامپسی یا پره‌اکلامپسی، دیابت بارداری و خونریزی) ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد (p=۰/۰۰۱). در بررسی ارتباط بین شدت علائم روانی در خانم‌های باردار به تفکیک سن بارداری در زمان مراجعه در تمام ابعاد نه گانه از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۱) (جدول شماره ۴). هم‌چنین در بررسی ارتباط شاخص شدت علائم روانی در همه ابعاد به غیر از بعد افسردگی (p=۰/۰۵۴) ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت(p=۰/۰۵). با توجه به نتایج آماره کای دو بین نوع بارداری ناخواسته و وجود علائم روانی در دوران بارداری همبستگی آماری معنی‌داری گزارش شده است(p=۰/۰۲۱).

جدول شماره ۳: شاخص شدت علائم روانی بر اساس گروه های مختلف سنی در خانم های باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ساری در سال ۱۳۹۶

	<20		۲۰-۲۴		۲۵-۲۹		۳۰-۳۴		۳۵-۳۹		>۴۰		سطح معنی داری
	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	
پرخاشگری	۰/۵۱	۰/۰۳	۰/۵۳	۰/۰۲	۰/۵۲	۰/۰۳	۰/۴۱	۰/۰۴	۰/۴۴	۰/۰۶	۰/۴۵	۰/۱	۰/۱
اضطراب	۰/۵	۰/۰۳	۰/۵۷	۰/۰۳	۰/۵۶	۰/۰۳	۰/۴۱	۰/۰۴	۰/۵۲	۰/۰۷	۰/۵۵	۰/۱۶	۰/۰۴
وسواس	۰/۶۲	۰/۰۴	۰/۶۸	۰/۰۳	۰/۶۶	۰/۰۳	۰/۴۵	۰/۰۵	۰/۵۸	۰/۰۷	۰/۶۸	۰/۱۷	۰/۰۰۴
حساسیت فکری	۰/۵۵	۰/۰۳	۰/۵۴	۰/۰۲	۰/۵۵	۰/۰۳	۰/۳۹	۰/۰۵	۰/۵	۰/۰۶	۰/۵۷	۰/۱۵	۰/۰۱
شکایات جسمانی	۰/۷۳	۰/۰۳	۰/۷۴	۰/۰۳	۰/۷۸	۰/۰۳	۰/۶۰	۰/۰۵	۰/۶۷	۰/۰۸	۰/۷۹	۰/۲	۰/۰۸
روان پریشی	۰/۴۷	۰/۰۳	۰/۵۶	۰/۰۳	۰/۵۲	۰/۰۳	۰/۳۷	۰/۰۵	۰/۳۸	۰/۰۶	۰/۶۱	۰/۱۸	۰/۰۰۳
تصورات پارانوئیدی	۰/۵	۰/۰۳	۰/۶	۰/۰۳	۰/۵۹	۰/۰۳	۰/۴۶	۰/۰۶	۰/۵۶	۰/۰۷	۰/۴۵	۰/۱۳	۰/۰۶
افسردگی	۰/۵۳	۰/۰۳	۰/۶	۰/۰۳	۰/۵۸	۰/۰۳	۰/۴۶	۰/۰۴	۰/۵۸	۰/۰۸	۰/۷۲	۰/۱۴	۰/۰۹
ترس مرضی	۰/۴۸	۰/۰۳	۰/۵۲	۰/۰۲	۰/۵	۰/۰۳	۰/۳۴	۰/۰۴	۰/۴	۰/۰۶	۰/۵۱	۰/۱۷	۰/۰۱۵
GSI	۰/۵۶	۰/۰۳	۰/۶۱	۰/۰۲	۰/۶۰	۰/۰۲	۰/۴۵	۰/۰۴	۰/۵۴	۰/۰۵	۰/۶۱	۰/۱۱	۰/۰۰۶

* M : میانگین؛ S.D: انحراف معیار

جدول شماره ۴: توزیع شدت مشکلات روانی به تفکیک سن بارداری در خانم های باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ساری در سال ۱۳۹۶

	۶-۱۰ هفته		۱۱-۱۵ هفته		۱۶-۲۰ هفته		۲۱-۲۵ هفته		۲۶-۳۰ هفته		۳۱-۳۴ هفته		۳۵-۳۷ هفته		۳۸-۴۱ هفته		سطح
	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	معنی داری
پرخاشگری	۰/۴۰	۰/۰۴	۰/۴۴	۰/۰۵	۰/۵۲	۰/۰۳	۰/۶۰	۰/۰۴	۰/۵۲	۰/۰۳	۰/۵۳	۰/۰۵	۰/۴۰	۰/۰۵	۰/۲۹	۰/۰۸	۰/۰۰۲
اضطراب	۰/۴۴	۰/۰۳	۰/۴۷	۰/۰۴	۰/۵۷	۰/۰۴	۰/۶۰	۰/۰۳	۰/۵۳	۰/۰۳	۰/۵۵	۰/۰۶	۰/۵۲	۰/۰۷	۰/۳۷	۰/۰۹	۰/۰۱۶
وسواس	۰/۴۷	۰/۰۵	۰/۵۳	۰/۰۵	۰/۶۶	۰/۰۳	۰/۷۵	۰/۰۳	۰/۶۷	۰/۰۴	۰/۶۴	۰/۰۵	۰/۵۴	۰/۰۷	۰/۳۹	۰/۰۹	۰/۰۰۱
حساسیت فکری	۰/۴۶	۰/۰۴	۰/۴۹	۰/۰۴	۰/۵۶	۰/۰۳	۰/۶۱	۰/۰۳	۰/۵۲	۰/۰۳	۰/۵۲	۰/۰۵	۰/۴۶	۰/۰۶	۰/۳۴	۰/۰۸	۰/۰۲۱
شکایات جسمانی	۰/۶۷	۰/۰۵	۰/۶۴	۰/۰۴	۰/۷۷	۰/۰۳	۰/۷۸	۰/۰۳	۰/۷۴	۰/۰۳	۰/۷۸	۰/۰۶	۰/۶۷	۰/۰۸	۰/۵۷	۰/۱	۰/۰۳۸
روان پریشی	۰/۳۶	۰/۰۵	۰/۴۳	۰/۰۴	۰/۵۵	۰/۰۴	۰/۵۹	۰/۰۳	۰/۵۳	۰/۰۴	۰/۴۸	۰/۰۵	۰/۵۱	۰/۰۷	۰/۲۶	۰/۰۸	۰/۰۰۱
تصورات پارانوئیدی	۰/۴۲	۰/۰۴	۰/۴۷	۰/۰۴	۰/۶۰	۰/۰۴	۰/۶۶	۰/۰۴	۰/۵۷	۰/۰۴	۰/۵۸	۰/۰۶	۰/۴۴	۰/۰۶	۰/۴۶	۰/۱۱	۰/۰۱۸
افسردگی	۰/۴۹	۰/۰۵	۰/۵۲	۰/۰۵	۰/۵۸	۰/۰۴	۰/۶۷	۰/۰۳	۰/۵۸	۰/۰۴	۰/۵۴	۰/۰۵	۰/۴۷	۰/۰۵	۰/۴۳	۰/۰۹	۰/۰۰۷
ترس مرضی	۰/۴۲	۰/۰۴	۰/۴۱	۰/۰۴	۰/۴۹	۰/۰۳	۰/۵۴	۰/۰۳	۰/۵۶	۰/۰۴	۰/۴۶	۰/۰۵	۰/۳۶	۰/۰۵	۰/۳۲	۰/۱	۰/۱
GSI	۰/۴۸	۰/۰۴	۰/۵۰	۰/۰۴	۰/۶۱	۰/۰۳	۰/۶۶	۰/۰۳	۰/۵۹	۰/۰۳	۰/۵۸	۰/۰۵	۰/۵۲	۰/۰۶	۰/۴۱	۰/۰۸	۰/۰۰۱

* M : میانگین؛ S.D: انحراف معیار

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که شیوع کلی اختلالات روانی در خانم‌های باردار ۲۱/۶ درصد به دست آمده است که در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده در خانم‌های باردار در کشور که شیوع اختلالات روانی را ۳۲ و ۴۳ درصد گزارش کرده‌اند، پایین‌تر بوده است(۱۳،۱۲). هم‌چنین در مطالعه‌ای که در تایلند در سال ۲۰۰۸ انجام شد، شیوع اختلالات روانی در خانم‌های باردار را ۱۷/۳ درصد گزارش کرده بود که نسبت به نتایج مطالعه ما پایین‌تر است. شیوع اختلالات روانی در سایر گروه‌های جمعیتی در ایران در مطالعه بیانی و همکاران در سال ۱۳۸۶، ۱۸/۹ درصد گزارش شده بود(۱۴) که نسبت به نتایج این مطالعه کم‌تر بود. دلایل کم‌تر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در این مطالعه نسبت به سایر مطالعات در خانم‌های باردار در کشور را می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی و قومیت‌های مختلف در مطالعات نسبت داد.

هم‌چنین بیش‌تر بودن شیوع اختلالات روانی در خانم‌های باردار در این مطالعه نسبت به سایر گروه‌های جمعیتی می‌تواند به دلایل بالاتر بودن مشکلات روانی در زنان(۱۵،۳) و هم‌چنین به پدیده‌ی بارداری که موجب تغییر و تحولات هورمونی و بیوشیمیایی(۱۶)، احساس انزوا و کاهش فعالیت‌های اجتماعی می‌شود نسبت داد(۱۲). از آن‌جایی‌که خانم‌های باردار جزو افراد متاهل محسوب می‌شوند و در ایران افراد متاهل به دلایل گوناگونی از سلامت روان بهتری نسبت افراد مجرد برخوردار نیستند، لذا متاهل بودن را می‌توان یکی دیگر از دلایل بیش‌تر بودن مشکلات روانی در این گروه برشمرد(۱۷).

در این مطالعه شایع‌ترین بعد روانی، شکایات جسمانی با میزان ۲۸/۶ درصد بود که نسبت به رقم به دست آمده از شیوع این اختلال در جمعیت عمومی در بررسی بیانی(۱۴)، رئسیون(۱۸) و Fink et al (۱۹) بیش‌تر می‌باشد. اما نتایج بررسی Guarch-Rubio (۲۰)، منگلی(۱۳) و قاسمی(۲۱) این تفاوت را تایید می‌کند. این یافته با توجه به تغییراتی که در دوران بارداری از لحاظ هورمونی، فیزیولوژیک، روانی و ظاهری رخ می‌دهد قابل توجیه است. هم‌چنین شیوع وسواس در این مطالعه ۲۷/۳ درصد به دست آمده که نسبت به شیوع آن در مطالعات رئسیون(۱۸) و مطالعه Amerio و همکاران در سال ۲۰۱۵ که بین ۱۷-۵/۵ درصد در جمعیت عمومی گزارش شد، بالاتر بود(۲۲). هم‌چنین در یک مطالعه متاآنالیز که در سال ۲۰۱۳ بر روی زنان باردار انجام شد، میزان شیوع وسواس از ۰/۴ تا ۲/۵ درصد گزارش شده بود که کم‌تر از یافته‌های مطالعه ما بود(۲۳). بیش‌تر بودن این اختلال در زنان باردار نسبت به سایر گروه‌های جمعیتی را می‌توان به دلیل بالاتر بودن هورمون‌های گنادی به اندازه ۱۰ تا ۵۰ برابر آن در دوره‌های عادی قاعدگی دانست که از طریق مسیرهای انتقال دهنده‌های عصبی چندگانه بر روی خلق و خو تاثیر می‌گذارند(۲۵- ۲۳).

در این پژوهش میزان شیوع افکار پارانوئیدی، ۲۴/۱ درصد گزارش شد. در پژوهش‌هایی که توسط منگلی و مصلی‌نژاد در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ بر روی زنان باردار انجام شد، میزان شیوع افکار پارانوئیدی به ترتیب ۳۵/۳ درصد و ۲۲/۹ درصد گزارش شد که با یافته‌های مطالعه ما همخوانی دارد(۱۳،۱۲). اما در مقایسه با پژوهش‌های تبریزی زاده و همکاران در سال ۱۳۹۰ (۲۶) و معتمدی و همکاران در سال ۱۳۷۶ (۲۷) که در جمعیت‌های دانشجویی انجام شده بود، کم تر بود. دلیل کم‌تر بودن افکار پارانوئیدی در زنان باردار نسبت به سایر گروه‌های جمعیتی می‌تواند به علت افزایش نیاز و وابستگی به دیگران در این دوران دانست(۱۳).

در این پژوهش، میانگین شدت علائم روانی در تمام ابعاد ۹ گانه مورد بررسی در گروه‌های مختلف تحصیلی معنی‌دار شده است. به این معنی که در گروه تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر، میانگین علائم روانی نسبت به خانم‌های باردار دارای سیکل و تحصیلات پایین‌تر، کم‌تر گزارش شده است. در این صورت، تحصیلات رابطه معکوسی با شدت علائم روانی در خانم‌های باردار

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

دارد. در یک پژوهش انجام شده در کشور در سال ۱۳۸۰، شیوع افسردگی اساسی در بی‌سوادان بالاترین مقدار و در افراد دارای تحصیلات عالی، کم‌ترین مقدار را به خود اختصاص داده است(۱۵،۳) که با نتایج پژوهش ما همخوانی دارد. هم‌چنین در مطالعاتی که در زنان باردار انجام شده است مانند مطالعات Lubin و منگلی همکاران(۲۸،۱۳) و قاسمی و همکاران در ایران(۲۱)، ارتباط بین افزایش سطح تحصیلات در خانم‌های باردار و کاهش مشکلات روانی را تایید کرده اند. می‌توان اظهار کرد که تحصیلات به علت افزایش توانایی‌های شناختی فرد از مشکلات دوران بارداری، کاهش استرس‌ها و برقراری ارتباط مناسب باهمسر و افزایش حمایت اجتماعی، باعث کاهش چشمگیر عوارض روحی و جسمی در این دوران می‌گردد(۳۱-۲۹).

در این پژوهش، میانگین شدت علائم روانی در ابعاد ۹ گانه به تفکیک سن حاملگی نشان داد که میانگین مشکلات با افزایش سن حاملگی افزایش قابل توجهی پیدا می‌کند، اما در همه ابعاد، میانگین شدت مشکلات روانی در هفته آخر بارداری کاهش قابل توجهی یافته است. به‌طوری که نتایج مطالعه ما با یافته‌های مطالعه قاسمی و همکاران(۲۱) در مورد اثرات محافظت‌کننده در برابر شدت علائم روانی همسو می‌باشد. این مسئله می‌تواند به دلیل حمایت‌های عاطفی بیش‌تر از سوی خانواده در هفته‌های آخر بارداری و تطابق بیش‌تر زنان حامله با وضعیت جدید باشد.

در بررسی ارتباط بین میانگین شدت ابعاد روانی ۹ گانه بر حسب مشکلات در بارداری‌های قبلی مشخص شد که در همه ابعاد ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. در بین این مشکلات، داشتن دیابت بارداری نسبت به سایر مشکلات دارای میانگین بالاتری در همه ابعاد روانی بود. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۲ نیز انجام شده بود، داشتن سابقه‌ی سقط به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار بر روی سلامت روانی اشاره شده است(۲۱). هم‌چنین در تمام ابعاد ۹ گانه، میانگین شدت مشکلات در بارداری‌های ناخواسته بالاتر از بارداری‌های خواسته به دست آمده است. یافته‌های سایر مطالعات نیز این یافته را تایید می‌کنند(۲۱). تاثیرات ناشی از بارداری ناخواسته بر روی سلامت روانی می‌تواند به دلیل آماده نبودن مادر برای برای بارداری و پذیرش تغییرات در نقش‌های خانوادگی و اجتماعی باشد که منجر به مشکلات جسمی و روحی برای خانم های باردار خواهد شد.

از محدودیت‌های این مطالعه، استفاده از پرسشنامه SCL-90-R به تنهایی در شناسایی مشکلات روانی در خانم‌های باردار بود. هم‌چنین محدود بودن نمونه های مورد بررسی به مراجعه‌کنندگان مراکز بهداشتی درمانی نیز یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد، چرا که ممکن است برخی از خانم‌های باردار برای دریافت مراقبت‌های این دوران به مراکز خصوصی مراجعه کنند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده شیوع خفیف تا متوسط اختلالات روانی در خانم‌ها در دوران بارداری و ارتباط شدت هر کدام از اختلالات روانی با توجه خصوصیاتی نظیر تحصیلات،سن بارداری، شغل، مشکلات در بارداری‌های قبلی و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری می‌باشد. در نتیجه لزوم ارائه آموزش صحیح به کسانی که قصد بارداری دارند و ارائه خدمات و مراقبت‌های روانی مورد نیاز این دوران ضروری به نظر می‌رسد. هم‌چنین می‌توان با غربالگری و شناسایی خانم‌هایی که مستعد مشکلات روانی هستند، خدمات مناسب به آن‌ها را در دوران بارداری و پس از زایمان ارائه داد.

References

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3(11): e442.
2. Murray CJ, Lopez AD; Organization WHO. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary. WHO Org; 1996.
3. Yavari P, Akbarin H, Sharifi H. Epidemiology textbook of Prevalent Disease in Iran. Tehran: Gap; 2015. p 535 (Persian).
4. Horwath E, Cohen RS, Weissman MM. Epidemiology of depressive and anxiety disorders. 2nd ed. Textbook in psychiatric epidemiology. 2002. p. 389-426.
5. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. Science 1995; 269(5225): 799- 801.
6. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. J Women's Health (larchmt) 2003; 12(4): 373-380.
7. Smith MV, Shao L, Howell H, Wang H, Poschman K, Yonkers KA. Success of mental health referral among pregnant and postpartum women with psychiatric distress. Gen Hosp Psychiatry 2009; 31(2): 155-162.
8. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women1. Psychol Med 1993; 23(4): 967-975.
9. American Psychological Association (APA). American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006: American Psychiatric Pub; 2006.
10. Baghery yazdi SA, Bolhari J, Shahmohammadi D. The epidemiological study of mental disorders in the rural population of Meybod Yazd. Iran J Psychiatry Clin Psychol (AndeesheVa Raftar) 1994; 1: 32-41 (Persian).
11. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in validation of a new self-reported scale. Br J Psychiatry 1976 (125): 280-289.
12. Mosalanefad L, Kheshti A, Gholami A. The Assessing mental Health in pregnancy and relative psychopathologic factors in Jahrom. J Jahrom Univ Med Sci 2007; 5(5): 22-29 (Persian).
13. Mangoli M, Ramezani T, Mohammad Alizadeh S. Screening Mental Disorders in Pregnancy. Iran J Psychiatr Clin Psychol 2003; 8(4): 45-55 (Persian).
14. Bayany AA, Koocheky AM, Koocheky Ghm. An inquiry into teacher's mental health by using the symptom checklist (SCL.90) questionnaire in Golestan province. J Gorgan Univ Med Sci 2007; 9(2): 39-44 (Persian).
15. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clin pract Epidemiol Ment Health 2005; 1(1): 16.
16. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. Indian J Psychiatry 2015; 57(Suppl 2): S216-S221.
17. Noorbala A. Psychosocial Health and Strategies for improvement. Iran J Psychiatr Clin Psychol (IJPCP) 2011;17(2): 151-156 (Persian).
18. Raeisoon MR, Miri MR, Dastjerdi R, Sharifzadeh GR. Prevalence of mental disorders in Birjand – 2010. J Birjand Univ Med Sci 2012; 19(1): 81-87 (Persian).
19. Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. Psychosomatics 1999; 40(4): 330-338.
20. Guarch Rubio M, Manzanero A. Psychological disorders in women in long-term forced displacement in the Sahrawi refugee camps. Levista de Victimologia 2017; 151-170.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

21. Ghasemi A, Taghipoor Anvari R, Birashk B, Moradi Lakeh M. Assessing Psychological State of Pregnant Women Admitted to Health Centers in Tehran(2002). Razi J Med Sci 2003; 10(36): 585-596 (Persian).
22. Amerio A, Stubbs B, Odone A, Tonna M, Marchesi C, Ghaemi SN. The prevalence and predictors of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2015; 186: 99-109.
23. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. J Clin Psychiatry 2013; 74(4): 377-385.
24. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. Compr Psychiatry 2003; 44(3): 234-246.
25. Douma SL, Husband C, O'Donnell ME, Barwin BN, Woodend AK. Estrogen-related mood disorders: reproductive life cycle factors. ANS Adv Nurs Sci 2005; 28(4): 364-375.
26. Tabrizizadeh M, Yasini Ardakani SM, Rostamzade P, Zare M. The Mental Health Status of Students of Medicine and Dentistry; A Study in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. J Strides Dev Med Educ 2013; 9(2): 153-161 (Persian).
27. Moetamedi SH, Nikiyan Y, Tazari H. Determination of the point prevalance of psychotic disorders among students of Kerman university of madical sciences. J Kerman Univ Med Sci 1999; 6(3): 149- 156 (Persian).
28. Lubin B, Gardner SH, Roth A. Mood and somatic symptoms during pregnancy. Psychosom Med 1975; 37(2): 136-146.
29. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Archives of General Psychiatry 2008; 65(7): 805-815.
30. Cynthia L, Cook L, Louise H. Psychiatric disorder in pregnancy, prevalence in WIC sample. Am J Obstet Gynecol 2001; 182(3): 142-152.
31. Viguera A, Riley L. Mood disturbance in pregnancy and made of delivery. Am J obstet Gynecol 2002; 187(4): 864-867.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]