

بررسی وضعیت روانی زنان حامله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران

در سال ۸۱-۱۳۸۰

چکیده

پژوهشهای متعددی که در بسیاری از نقاط دنیا و همچنین ایران صورت گرفته است، نشان دهنده بالاتر بودن اختلالات روانی در زنان نسبت به مردان می باشد اما لازم به ذکر است که این تحقیقات به شکل کلی انجام شده و به خانمهای باردار اختصاص ندارد. این مطالعه به منظور تعیین وضعیت سلامت روان در خانمهای باردار شهر تهران و عواملی که با شدت علائم روانی در آنها در ارتباط هستند، صورت گرفت. این تحقیق به شکل یک مطالعه پیمایشی و مقطعی در ۴ مرکز بهداشتی - درمانی از مراکز بهداشت شمال، جنوب، شرق و غرب تهران و مرکز بیمارستانی شهید اکبرآبادی روی ۱۴۵۲ خانم باردار انجام شد. برای ارزیابی وضعیت سلامت روان، پرسشنامه خود ایفای SCL-90-R به شکل فردی و در حضور یک راهنما تکمیل می شد. سپس متوسط نمره فرد در هر یک از ابعاد مورد بررسی به عنوان شاخص شدت علائم محاسبه می گردید. شیوع اختلالات مختلف براساس نمره برش، ۱ (خفیف)، ۲ (متوسط) و ۳ (شدید) برآورد شد و برای بررسی عواملی که در ارتباط با شدت علائم روانی هستند از روش رگرسیون لجستیک استفاده گردید. علائم روانی متوسط یا شدید (نمره ۲ یا بالاتر) در خانمهای باردار به ترتیب شیوع عبارت بودند از: جسمی سازی (۱۰/۶٪)، افسردگی (۱۰/۵٪)، نگرش پارانویید (۱۰/۱٪)، اضطراب (۹/۵٪)، حساسیت در روابط بین فردی (۸/۸٪)، پرخاشگری (۶/۶٪)، وسواس و اجبار (۵/۴٪)، فوبیا (۴/۷٪) و افکار پسیکوتیک (۳/۲٪). شاخص شدت کلی در ۵٪ از بیماران، بزرگتر از ۲ (شاخص متوسط یا شدید) به دست آمد. از بین فاکتورهای مربوط به باروری، عاملی که بیشترین ارتباط را با شدت علائم روانی داشت، سابقه ناباروری بود (Adjusted OR=۳/۵۲، ۹۵٪ CI: ۱/۹۵-۶/۳۶). قرار گرفتن در سه ماهه سوم و دوم نسبت به سه ماهه اول دارای اثر محافظت کننده در برابر اختلالات روانی بودند. هر چند بالابودن شیوع اختلالات روانی در خانمهای باردار می تواند ناشی از علل متعددی نظیر خصوصیات سنی و جنسی در این جمعیت خاص باشد اما بخشی از آن را می توان به مسئله بارداری نسبت داد. این مسئله بویژه در افرادی که دارای عوامل خطرزایی نظیر سابقه ناباروری هستند، اهمیت بیشتری دارد. در هر حال، دوره بارداری یک فرصت بسیار مناسب برای ارزیابی خانمها از نظر سلامتی (از جمله سلامتی روانی) است که شاید در طول عمر بسیاری از خانمها هرگز فراهم نشود، بنابراین در این رابطه، اضافه کردن مشاوره روان پزشکی به برنامه معمول مراقبتهای بارداری پیشنهاد می گردد.

*دکتر افسانه قاسمی I

دکتر رویا تقی پور انوری II

دکتر بهروز بیرشک III

دکتر مازیار مرادی لاکه IV

کلیدواژه ها: ۱- بارداری ۲- وضعیت روانی ۳- سلامت روانی

این مقاله خلاصه ای است از پایان نامه دکتر رویا تقی پور انوری جهت دریافت مدرک دکترای تخصصی بیماریهای زنان و زایمان به راهنمایی دکتر افسانه قاسمی و مشاوره دکتر بهروز بیرشک و دکتر مازیار مرادی لاکه سال ۱۳۸۱. همچنین این مطالعه تحت حمایت مالی و پشتیبانی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است (شماره ثبت: ۴۶۱).

I) استادیار بیماریهای زنان و زایمان، بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (*مؤلف مسئول).

II) دستیار بیماریهای زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

III) دانشیار روان شناسی بالینی، انسیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

IV) دستیار پزشکی اجتماعی، عضو موسسه پژوهشگران بدون مرز، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

مقدمه

پدیده گذر اپیدمیولوژیک و تغییر الگوی بیماریها در طول سالهای اخیر، اهمیت بیماریهای غیرواگیر، بویژه اختلالات روانی را افزایش داده است (۱).

بر اساس برآورد انجام شده در مطالعه بار جهانی بیماریها (سازمان جهانی بهداشت) اختلال افسردگی در سال ۲۰۲۰ بیشترین سهم را در از دست دادن سالهای عمر به علت ناتوانی (DALY) در کشورهای در حال توسعه و در میان بیماریهای مختلف خواهد داشت (۲).

برخورد با مشکلات روانی که در آینده نزدیک ابعاد گستردهتری پیدا خواهد کرد، نیازمند شناسایی گروههای در معرض خطر و برنامه‌ریزی برای پیشگیری از این بیماریها و عوارض آنها (در تمامی سطوح پیشگیری) است. مطالعات متعددی که در سایر نقاط دنیا و ایران صورت گرفته است نشان‌دهنده بالاتر بودن اختلالات روانی در زنان می‌باشد (۳-۵).

در تمام مطالعاتی که در سطح ملی در کشورهای ایالات متحده آمریکا، پورتوریکو، کانادا، فرانسه، ایسلند، تایوان، کره، آلمان و هنگ‌کنگ انجام شده، میزان شیوع افسردگی شدید در زنان بیش از مردان بوده است (۵).

در طرح ملی سلامت و بیماری در ایران نیز نسبت شیوع اختلالات روانی جسمی‌سازی، اضطراب و افسردگی در زنان بطور مشخص بالاتر از مردان بوده است (۳ و ۴).

برای این تفاوت جنسی، فرضیه‌های مختلفی مطرح شده که در آنها به عواملی از جمله تفاوت‌های بیولوژیک (۶)، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و عدم استقلال مالی در زنان (۷ و ۸) اشاره شده است.

یکی از تفاوت‌های جنسی در زنان و مردان، بارداری و اثرات آن بر زندگی زن و شوهر است.

بارداری پدیده‌ای است که تغییرات عمده‌ای را هم از نظر جسمی (فیزیولوژیک و آناتومی) و هم از نظر روحی و روانی در زن ایجاد می‌کند. اما در ارتباط با ابعاد روحی روانی این تغییرات، نسبت به تغییرات جسمی در حاملگی، مطالعات کمتری صورت گرفته است.

بارداری با وجود لذت بخش بودن، برای اغلب زنان اضطراب‌آور است و بر اساس نظریه Cates (۱۹۸۹)، سلامت روانی ۲۰-۱۵٪ از زنان باردار دچار مشکلاتی می‌شود که باید نسبت به درمان آنها اقدام نمود (۹).

Weissman (۱۹۹۵) معتقد است حدود ۱۰٪ زنان باردار دارای معیارهای افسردگی شدید می‌باشند و این مسئله می‌تواند عوارض مختلفی را برای مادر و جنین ایجاد نماید (۱۰).

در کشور ما تا کنون اختلالات روانی در دوران بارداری به صورت اختصاصی مورد بررسی گسترده قرار نگرفته است و اطلاعات در این مورد اندک و منتشر نشده (بطور عمده به شکل پایان نامه) می‌باشد.

با توجه به این مطلب در این پژوهش وضعیت روانی خانمهای باردار در شهر تهران و عوامل مربوط به آن مورد بررسی قرار گرفت، تا از نتایج طرح در تصمیم‌گیری برای تغییر در برخورد با مشکلات روانی در زنان بویژه در دوره بارداری استفاده گردد.

روش بررسی

به منظور دستیابی به اهداف طرح، مطالعه‌ای از نوع مشاهده‌ای - مقطعی با اهداف توصیفی و تحلیلی انجام شد. پیش از نمونه‌گیری با معاونت‌های پژوهشی و بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهیدبهبشتی هماهنگی به عمل آمد.

مرحله اول نمونه‌گیری به شکل سهمیه‌ای بود، بطوری که از بین مراکز بهداشتی - درمانی شهری در شمال، جنوب، غرب و شرق، مراکزی انتخاب شدند. همچنین این نمونه‌گیری در مرکز آموزشی - درمانی شهید اکبرآبادی (درمانگاه مراقبت‌های پیش از زایمان) انجام شد.

حجم نمونه بین مراکز نام برده شده به شکل تقریباً مساوی تقسیم گردید.

در داخل هر مرکز، نمونه‌گیری به روش مستمر و با همکاری کارشناسان بهداشت خانواده یا مامایی شاغل در مرکز یا خارج آن جهت توزیع، تکمیل و جمع‌آوری

پرخاشگری، روان‌پریشی (تفکرات پسیکوتیک)، اضطراب، افسردگی و نگرش پارانوئیدی.

هر یک از پرسش‌های این پرسش‌نامه براساس شدت پریشانی تجربه شده توسط پاسخ دهنده، نمره‌ای بین صفر تا ۴ را به خود اختصاص می‌دهد. متوسط نمره پاسخ دهنده در مجموع سؤالات مربوط به یک بعد، شاخص شدت علائم روانی در آن بعد محسوب می‌گردد. در این مطالعه همچنین از شاخص Global Severity Index (GSI) به عنوان بهترین نشان‌دهنده سطح و عمق اختلالات، استفاده شد که برای محاسبه این شاخص مجموع نمره پاسخ دهنده در کل پرسش‌نامه بر ۹۰ تقسیم می‌گردد.

پرسشگران در هر مرکز، پس از معرفی ساده و مختصر تحقیق و اهداف آن و جلب همکاری خانم‌های باردار برای پاسخ‌دهی، به ارائه پیش پرسش‌نامه و آزمون SCL-90-R می‌پرداختند.

کار تکمیل پرسش‌نامه در مورد افراد بی‌سواد یا کم سواد با همکاری پرسشگر صورت می‌گرفت و مدت زمان مصاحبه برای هر بیمار ۳۰-۲۰ دقیقه بود. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها از مراکز مختلف و کدگذاری و محاسبه نمره هر بعد، اطلاعات وارد رایانه گردید و داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در مورد هر یک از ابعاد ۹ گانه مورد بررسی، شاخصهای مرکزی و پراکندگی (میانگین و خطای معیار) محاسبه گردید.

این محاسبات در مورد هر یک از سطوح یا طبقات مورد نیاز نیز به عمل آمد.

برای بررسی ارتباط بین هر یک از ابعاد روانی مورد ارزیابی با متغیرهای دموگرافیک از آزمون کای دو و آزمون غیرپارامتریک مان-ویتنی و برای حذف اثر متغیرهای مخدوش کننده از روش پردازش چند متغیره رگرسیون لجستیک (به روش Stepwise) استفاده شد. پیش از این آزمون، نمره افراد در هر بعد براساس نقطه برش ۱ به یک متغیر دوحالتی تبدیل گردید.

پرسش‌نامه‌ها از خانم‌های باردار صورت گرفت. در این رابطه آموزش‌های لازم برای جمع‌آوری داده‌ها به پرسشگران داده شده بود. بطور کلی وضعیت روانی ۱۴۵۲ خانم باردار با استفاده از پرسش‌نامه SCL-90-R مورد بررسی قرار گرفت. آزمون SCL-90-R (Symptom Checklist 1990 Revised) یک فهرست ۹۰ موضوعی است که در آن پاسخگو به میزان پریشانی تجربه شده در محدوده وسیعی از علائم اشاره می‌کند.

این لیست همچنین می‌تواند به عنوان شاخص آسیب‌شناسی در اختلالات روانی و برای تعیین مقادیر کمی در ۹ بعد مختلف روانی به کار برده شود.

یک جنبه مهم در هر آزمون بالینی روان‌سنجی، مدت زمانی است که بیمار برای پاسخ دادن به سؤالات، آن زمان را به خاطر می‌آورد. این زمان در این مطالعه ۷ روز بوده است که ۷ روز قبل از انجام تست تا روز انجام تست را در بر می‌گرفت.

امروزه SCL-90-R به عنوان یکی از بهترین پرسش‌نامه‌های استاندارد ارزیابی روانی - رفتاری مورد توجه قرار گرفته است.

در ایران نیز مطالعاتی برای ارزیابی و اعتباربخشی آن انجام شده است (۱۱). میرزایی (۱۳۵۹) این آزمون را روی ۲۲۴۱ آزمودنی در بیماران روانی، معتاد و افراد سالم اجرا کرد.

پایایی آزمون در این بررسی در تمام مقیاسها بجز پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانوئیدی بیشتر از ۰/۸ بوده است و اعتبار سازه و تشخیص به دست آمده همگی نشان دهنده آن بود که می‌توان آزمون را به عنوان وسیله غربالگری و تشخیص بیماری‌های روانی در ایران به کار برد (۱۲).

در آزمون SCL-90-R، ۹ گروه علائم و ابعاد روانی مورد بررسی می‌گیرند که عبارتند از: شکایات جسمی (جسمی‌سازی)، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل (واکنش‌های بین فردی)، فوبیا یا ترس مرضی،

نتایج

۵۳/۹٪ از افراد نولی‌پار، ۳۱/۹٪ پرمی‌پار و بقیه (۱۴/۲٪) مولتی‌پار بودند، حداکثر تعداد زایمان در مجموعه خانم‌های مورد بررسی ۵ بود. سابقه نازایی در ۴/۵٪ و سابقه سقط نیز ۱۸/۸٪ از خانم‌های مورد بررسی وجود داشت. توزیع پراکندگی شاخص شدت علائم در ۹ بعد مورد بررسی (مجموع نمره در هر بعد تقسیم بر تعداد سوالات مربوط به آن بعد) در جدول شماره ۱ نشان داده شده است، همچنین می‌توان با مراجعه به ستون درصد تجمعی در جدول شماره ۲ برآوردی از شیوع اختلال روانی در هر بعد را در خطوط برش (cut of point) ۲، ۱ و ۳ که به ترتیب اختلال خفیف یا بالاتر، متوسط یا بالاتر و شدید را نشان می‌دهند، ملاحظه کرد.

در این مطالعه، در مجموع ۱۴۵۲ خانم باردار در شهر تهران از نظر سلامت روانی و با استفاده از پرسش‌نامه SCL-90-R مورد بررسی قرار گرفتند. سن بیماران بطور متوسط ۲۵/۳ سال با حداقل سن ۱۵ و حداکثر ۴۷ سال بود. از نظر وضعیت تحصیلی، ۷/۱٪ از پاسخ دهندگان بی‌سواد و ۱۸/۵٪ دارای سواد ابتدایی یا در حد خواندن و نوشتن بودند. ۲۳/۵٪ و ۳۸/۲٪ از خانم‌های مورد بررسی به ترتیب تحصیلات دوره راهنمایی و دبیرستان (یا دیپلم) و بقیه (۱۲/۷٪)، تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانه تعداد حاملگی افراد مورد بررسی، ۲ بود که حداکثر به ۹ (در یکی از پاسخ دهندگان) می‌رسید؛ ۴۵/۹٪ از خانم‌های باردار مورد بررسی، پرمی‌پار بودند.

جدول شماره ۱- توزیع پراکندگی علائم روانی در خانم‌های باردار (تهران، ۱۳۸۱)

GSI	جسمی‌سازی	وسواس و اجبار	حساسیت IP	فوبیا	پرخاشگری	افکار پسیکوتیک	اضطراب	افسردگی	نگرش پارانوئید
۱/۰۹	۰/۸۲	۰/۹۴	۰/۶۶	۰/۷۴	۰/۵۷	۰/۹۲	۱/۰۷	۰/۶۵	۰/۹۲
۰/۶۵	۰/۶۱	۰/۶۹	۰/۶۵	۰/۶۵	۰/۵۷	۰/۷۱	۰/۷۱	۰/۷۳	۰/۶۲
۰/۰۱۷	۰/۰۱۶	۰/۰۱۸	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۵	۰/۰۱۹	۰/۰۱۹	۰/۰۱۹	۰/۰۱۷

حساسیت IP: حساسیت در روابط متقابل

جدول شماره ۲- توزیع شدت علائم روانی در خانم‌های باردار (تهران، ۱۳۸۱)

	جسمی‌سازی		وسواس و اجبار		حساسیت IP		فوبیا		پرخاشگری	
	درصد	درصد تجمعی	درصد	درصد تجمعی	درصد	درصد تجمعی	درصد	درصد تجمعی	درصد	درصد تجمعی
۰ < S < ۱	۵۱/۲	۱۰۰	۶۷/۵	۱۰۰	۵۸/۹	۱۰۰	۷۱/۹	۱۰۰	۶۸/۹	۱۰۰
۱ < S < ۲	۳۸/۱	۴۸/۸	۲۷/۰	۳۲/۴	۲۳/۳	۴۱/۱	۲۳/۴	۲۸/۱	۲۴/۴	۳۱/۱
۲ < S < ۳	۹/۵	۱۰/۶	۴/۵	۵/۴	۷/۰	۸/۸	۱/۴	۴/۷	۵/۸	۶/۶
۳ < S < ۴	۱/۱	۱/۱	۰/۸	۰/۸	۱/۸	۱/۸	۰/۶	۰/۶	۰/۸	۰/۸

	افکار پسیکوتیک		اضطراب		افسردگی		نگرش پارانوئید		GSI	
	درصد	درصد تجمعی	درصد	درصد تجمعی	درصد	درصد تجمعی	درصد	درصد تجمعی	درصد	درصد تجمعی
۰ < S < ۱	۷۹/۲	۱۰۰	۶۱/۱	۱۰۰	۵۱/۸	۱۰۰	۵۵/۷	۱۰۰	۶۴/۹	۱۰۰
۱ < S < ۲	۱۷/۷	۲۰/۸	۲۹/۴	۳۸/۹	۳۸/۴	۴۸/۹	۳۴/۲	۴۴/۳	۳۰/۱	۳۵/۱
۲ < S < ۳	۲/۸	۳/۲	۷/۹	۹/۵	۹/۰	۱۰/۵	۸/۴	۱۰/۱	۴/۴	۵/۰
۳ < S < ۴	۰/۴	۰/۴	۱/۷	۱/۷	۱/۵	۱/۵	۱/۷	۱/۷	۰/۶	۰/۶

*درصد تجمعی از پایین به بالا محاسبه شده است.

همان طور که در جدول شماره ۴ دیده می‌شود شاخص شدت علائم در هر یک از ابعاد نه گانه، همبستگی مثبت و معنی داری با ابعاد دیگر داشت. بیشترین ضریب همبستگی با GSI را شاخص بعد "افسردگی" ($r=0/89$)، "اضطراب" ($r=0/86$) و "روابط بین فردی" ($r=0/83$) داشتند و کمترین ضریب همبستگی مربوط به "فوبیا" ($r=0/68$) بود.

هیچ یک از شاخصهای شدت علائم روانی، همبستگی خطی معنی داری با سن بیماران نداشتند. به عبارت دیگر با افزایش سن، در یک جهت تغییر دیده نشد. با وجود این، شاخص شدت در ابعاد "فوبیا"، "افکار پسیکوتیک" و "اضطراب" در گروههای سنی مختلف تفاوت آماری بالارزشی داشت (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- شاخص شدت علائم روانی براساس گروههای مختلف سنی در خانمهای باردار(تهران، ۱۳۸۱)

گروه سنی	جسمی سازی		وسواس و اجبار		حساسیت IP		فوبیا		پرخاشگری	
	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین
کمتر از ۲۰	۰/۵۴	۱/۵۶	۰/۰۵	۰/۸۵	۰/۰۵	۰/۹۷	۰/۰۴	۰/۶۰	۰/۰۵	۰/۷۲
۲۰-۲۴	۰/۰۳	۱/۱۴	۰/۰۳	۰/۸۲	۰/۰۳	۰/۹۸	۰/۰۳	۰/۶۵	۰/۰۳	۰/۷۶
۲۵-۲۹	۰/۰۳	۱/۰۸	۰/۰۳	۰/۸۲	۰/۰۳	۰/۹۴	۰/۰۳	۰/۷۶	۰/۰۳	۰/۷۴
۳۰-۳۴	۰/۰۵	۱/۰۸	۰/۰۴	۰/۸۵	۰/۰۵	۰/۹۷	۰/۰۵	۰/۶۶	۰/۰۵	۰/۷۴
۳۵-۳۹	۰/۱۰	۱/۱۵	۰/۰۷	۰/۷۹	۰/۰۹	۰/۸۶	۰/۰۹	۰/۵۶	۰/۰۹	۰/۹۵
۴۰ یا بیشتر	۰/۲۹	۱/۳۸	۰/۲۳	۱/۰۸	۰/۱۸	۱/۰۰	۰/۲۱	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۷۵
P-value	۰/۰۹		۰/۷۶		۰/۶۶		<۰/۰۰۱		۰/۱۰	
گروه سنی	افکار پسیکوتیک		اضطراب		افسردگی		نگرش پارانوئید		GSI	
	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین
کمتر از ۲۰	۰/۰۴	۰/۵۷	۰/۰۵	۰/۸۹	۰/۰۶	۱/۰۷	۰/۰۶	۰/۸۵	۰/۰۴	۰/۸۲
۲۰-۲۴	۰/۰۳	۰/۵۷	۰/۰۳	۰/۹۶	۰/۰۳	۱/۱۳	۰/۰۳	۰/۹۹	۰/۰۲	۰/۹۳
۲۵-۲۹	۰/۰۳	۰/۶۲	۰/۰۳	۰/۹۴	۰/۰۳	۱/۰۵	۰/۰۴	۰/۹۲	۰/۰۳	۰/۹۲
۳۰-۳۴	۰/۰۴	۰/۵۳	۰/۰۵	۰/۹۳	۰/۰۵	۱/۰۸	۰/۰۵	۰/۹۴	۰/۰۶	۰/۹۸
۳۵-۳۹	۰/۰۹	۰/۵۹	۰/۱۱	۰/۸۸	۰/۰۹	۱/۰۴	۰/۱۲	۰/۹۶	۰/۰۸	۰/۹۲
۴۰ یا بیشتر	۰/۱۸	۰/۵۵	۰/۲۲	۱/۳۸	۰/۳۵	۱/۲۵	۰/۴۴	۱/۴۲	۰/۱۹	۱/۰۷
P-value	۰/۰۳		۰/۰۰۴		۰/۳۷		۰/۲۲		۰/۳۶	

جدول شماره ۴- همبستگی شاخص شدت بین ابعاد نه گانه روانی در خانمهای باردار(تهران، ۱۳۸۱)

GSI	جسمی سازی	وسواس و اجبار	حساسیت IP	فوبیا	پرخاشگری	افکار پسیکوتیک	اضطراب	افسردگی	نگرش پارانوئید
۰/۷۲	۰/۴۹	۰/۵۶	۰/۶۵	۰/۴۴	۰/۵۷	۰/۶۴	۰/۵۶	۰/۶۱	-
۰/۸۹	۰/۶۱	۰/۷۲	۰/۷۴	۰/۵۲	۰/۶۶	۰/۶۷	۰/۷۳	-	-
۰/۸۶	۰/۶۲	۰/۶۸	۰/۶۷	۰/۶۱	۰/۶۵	۰/۷۰	-	-	-
۰/۸۰	۰/۴۹	۰/۶۴	۰/۶۶	۰/۶۲	۰/۶۱	-	-	-	-
۰/۷۴	۰/۴۸	۰/۶۳	۰/۵۸	۰/۴۶	-	-	-	-	-
۰/۶۸	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۵۶	-	-	-	-	-	-
۰/۸۳	۰/۵۴	۰/۷۰	-	-	-	-	-	-	-
۰/۸۳	۰/۵۹	-	-	-	-	-	-	-	-
۰/۷۴	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*اعداد داخل جدول، ضریب همبستگی اسپیرمن را نشان می‌دهد؛ همبستگی در تمام موارد در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

در جدول شماره ۶، شدت علائم روانی بر حسب سه ماهه بارداری نشان داده شده است؛ و براساس آن تنها ابعادی که در طول سه ماهه اول تا سوم بارداری بطور منظم تغییر کرده بودند، نمره "وسواس جبری"، "تفکرات پسیکوتیک" و "اضطراب" بوده است. با وجود این در مورد هیچ یک از ابعاد نه‌گانه و GSI، تفاوت آماری با ارزشی بین خانمهایی که در سه ماهه مختلف بارداری بودند، در پردازش دو متغیره مشاهده نشد. اما در پردازش چند متغیره وضعیت به گونه دیگری بود که به آن اشاره خواهد شد.

جدول شماره ۵، متوسط شدت علائم در هر یک از ابعاد مورد بررسی و نیز شاخص عمومی شدت (GSI) را به تفکیک تحصیلات پاسخ‌دهندگان نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، شدت "جسمی‌سازی" و "اضطراب" با افزایش تحصیلات فرد مورد بررسی بطور معنی‌داری افزایش یافته بود (در هر دو مورد $p < 0.001$). اگر چه شدت در ابعاد "پرخاشگری"، "فوبیا"، "افسردگی" و "نگرش پارانوئید" بین گروههای مختلف تحصیلی بطور معنی‌داری متفاوت بود اما با افزایش تحصیلات پاسخ‌دهندگان، در یک جهت تغییر نمی‌کرد.

جدول شماره ۵- شاخص شدت علائم روانی افراد باردار به تفکیک میزان تحصیلات (تهران، ۱۳۸۱)

تحصیلات	جسمی‌سازی		وسواس و اجبار		حساسیت IP		فوبیا		پرخاشگری	
	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین
بی‌سواد	۰/۰۶	۰/۸۶	۰/۰۷	۰/۷۸	۰/۰۸	۱/۰۳	۰/۰۹	۰/۶۹	۰/۰۵	۰/۴۴
ابتدایی	۰/۰۴	۱/۰۹	۰/۰۵	۰/۸۴	۰/۰۶	۱/۰۷	۰/۰۵	۰/۵۹	۰/۰۵	۰/۷۷
راهنمایی	۰/۰۴	۱/۱۱	۰/۰۳	۰/۷۶	۰/۰۴	۰/۸۹	۰/۰۳	۰/۵۹	۰/۰۳	۰/۷۱
دبیرستان و دیپلم	۰/۰۳	۱/۱۵	۰/۰۳	۰/۸۷	۰/۰۳	۰/۹۴	۰/۰۳	۰/۶۹	۰/۰۳	۰/۸۰
دانشگاهی	۰/۰۵	۱/۱۶	۰/۰۴	۰/۸۴	۰/۰۵	۰/۹۰	۰/۰۵	۰/۷۸	۰/۰۴	۰/۷۸
P-value	<۰/۰۰۱		۰/۰۸		۰/۲۷		۰/۰۰۱		<۰/۰۰۱	
تحصیلات	افکار پسیکوتیک		اضطراب		افسردگی		نگرش پارانوئید		GSI	
	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین
بی‌سواد	۰/۰۶	۰/۴۹	۰/۰۷	۰/۷۳	۰/۰۷	۰/۹۳	۰/۰۷	۰/۷۸	۰/۰۶	۰/۷۸
ابتدایی	۰/۰۴	۰/۶۰	۰/۰۵	۰/۸۸	۰/۰۶	۱/۱۹	۰/۰۶	۱/۰۴	۰/۰۴	۰/۹۴
راهنمایی	۰/۰۳	۰/۵۴	۰/۰۴	۰/۹۰	۰/۰۴	۰/۹۹	۰/۰۴	۰/۹۲	۰/۰۵	۰/۹۲
دبیرستان و دیپلم	۰/۰۳	۰/۶۰	۰/۰۳	۰/۹۹	۰/۰۳	۱/۱۴	۰/۰۳	۰/۹۸	۰/۰۳	۰/۹۵
دانشگاهی	۰/۰۳	۰/۵۹	۰/۰۶	۱/۰۰	۰/۰۵	۱/۰۵	۰/۰۵	۰/۹۵	۰/۰۴	۰/۹۲
P-value	۰/۰۶		<۰/۰۰۱		۰/۰۰۱		۰/۰۴		۰/۰۲	

* درصد تجمعی از پایین به بالا محاسبه شده است.

جدول شماره ۶- شاخص شدت علائم روانی مختلف در خانمهای باردار براساس سن حاملگی

سه‌ماهه حاملگی	جسمی‌سازی		وسواس و اجبار		حساسیت IP		فوبیا		پرخاشگری	
	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین
اول	۰/۰۷	۱/۱۷	۰/۰۷	۰/۷۹	۰/۰۹	۱/۰۰	۰/۰۸	۰/۶۷	۰/۰۷	۰/۷۳
دوم	۰/۰۳	۱/۰۲	۰/۰۳	۰/۸۰	۰/۰۳	۰/۸۸	۰/۰۳	۰/۶۳	۰/۰۳	۰/۷۵
سوم	۰/۰۳	۱/۱۳	۰/۰۲	۰/۸۳	۰/۰۳	۰/۹۷	۰/۰۳	۰/۶۶	۰/۰۳	۰/۷۲
P-value	۰/۳۵		۰/۳۱		۰/۳۹		۰/۹۱		۰/۸۱	
سه‌ماهه حاملگی	افکار پسیکوتیک		اضطراب		افسردگی		نگرش پارانوئید		GSI	
	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین
اول	۰/۰۷	۰/۶۴	۰/۰۹	۰/۹۷	۰/۰۹	۱/۱۲	۰/۰۹	۱/۰۰	۰/۰۷	۰/۹۵
دوم	۰/۰۳	۰/۵۹	۰/۰۴	۰/۹۲	۰/۰۳	۱/۰۴	۰/۰۳	۰/۹۰	۰/۰۴	۰/۹۰
سوم	۰/۰۲	۰/۵۳	۰/۰۳	۰/۹۱	۰/۰۳	۱/۰۹	۰/۰۳	۰/۹۷	۰/۰۲	۰/۹۱
P-value	۰/۲۰		۰/۸۹		۰/۸۵		۰/۹۲		۰/۸۳	

سقط بودند بطور معنی‌داری بالاتر از سایرین بود ($P=0/004$).

شدت علائم در تمام ابعاد نه‌گانه در خانمهای بارداری که سابقه نازایی داشتند، بالاتر بود (جدول شماره ۸). تفاوت این افراد با کسانی که فاقد سابقه نازایی بودند، بجز در مورد "فوبیا" از نظر آماری معنی‌دار بود، GSI نیز در زنان دارای سابقه نازایی بالاتر بود ($p<0/001$).

بررسی شدت علائم افراد به تفکیک وجود یا عدم وجود سابقه سقط نشان داد که در تمام ابعاد نه‌گانه، شاخص شدت در افرادی که دارای سابقه سقط بودند، بالاتر بود. با وجود این تفاوت مشاهده شده در مورد "جسمی‌سازی" و "افسردگی" از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول شماره ۷). شاخص کلی شدت (GSI) نیز در افرادی که دارای سابقه

جدول شماره ۷- شاخص شدت علائم روانی بر حسب وجود یا عدم وجود سابقه سقط در خانمهای باردار (تهران، ۱۳۸۱)

سابقه سقط	جسمی‌سازی		وسواس و اجبار		حساسیت IP		فوبیا		پرخاشگری	
	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین
دارد	0/04	1/16	0/04	0/90	0/05	1/08	0/04	0/73	0/04	0/84
ندارد	0/02	1/10	0/02	0/81	0/02	0/92	0/02	0/65	0/02	0/72
P-value	0/23		0/05		<0/001		0/05		0/01	
سابقه سقط	افکار پسیکوتیک		اضطراب		افسردگی		نگرش پارانوئید		GSI	
	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین
دارد	0/04	0/64	0/05	1/05	0/04	1/13	0/05	1/03	0/05	1/05
ندارد	0/02	0/56	0/02	0/91	0/02	1/08	0/02	0/94	0/02	0/89
P-value	0/006		0/004		0/08		0/03		0/004	

جدول شماره ۸- شاخص شدت علائم روانی بر حسب وجود یا عدم وجود سابقه نازایی در خانمهای باردار (تهران، ۱۳۸۱)

سابقه نازایی	جسمی‌سازی		وسواس و اجبار		حساسیت IP		فوبیا		پرخاشگری	
	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین
دارد	0/08	1/45	0/07	1/00	0/10	1/20	0/07	0/69	0/07	0/94
ندارد	0/02	1/09	0/02	0/83	0/02	0/96	0/02	0/68	0/02	0/73
P-value	<0/001		0/003		0/01		0/42		0/001	
سابقه نازایی	افکار پسیکوتیک		اضطراب		افسردگی		نگرش پارانوئید		GSI	
	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین
دارد	0/07	0/84	0/09	1/21	0/08	1/37	0/11	1/30	0/06	1/17
ندارد	0/02	0/56	0/02	0/93	0/02	1/09	0/02	0/94	0/02	0/92
P-value	<0/001		0/001		<0/001		<0/001		<0/001	

اختلاف مشاهده شده در مورد "حساسیت در روابط بین فردی"، "فوبیا"، "افکار پسیکوتیک"، "افسردگی" و نیز "شاخص عمومی شدت" از نظر آماری معنی‌دار بود.

رابطه بین فاکتورهایی که با باروری بیمار در ارتباط هستند (سابقه ناباروری، سابقه سقط، پریمی گراویتی، نولی پاریتی و سن حاملگی) و شدت اختلال روانی (GSI) با استفاده از رابطه رگرسیون لجستیک مورد بررسی قرار گرفت (جدول شماره ۱۰).

همان‌طور که در جدول شماره ۱۱ مشاهده می‌شود سابقه ناباروری بیشترین ارتباط را با GSI داشت. عامل دیگری که با شدت علائم رابطه داشت، قرار گرفتن در سه ماهه سوم بارداری بود. اثر قرار گرفتن در سه ماهه سوم بارداری بر GSI، از نوع محافظت‌کننده بوده است.

شاخص شدت علائم در برخی از ابعاد روانی مورد بررسی (حساسیت در روابط بین فردی، افکار پسیکوتیک، اضطراب، افسردگی، نگرش پارانوئیدی و نیز شاخص عمومی شدت) با افزایش درآمد خانوادگی افراد باردار، کاهش یافته بود (جدول شماره ۹). اما تفاوت بین گروه‌های مختلف از نظر درآمد تنها در ابعاد "افکار پسیکوتیک"، "حساسیت در روابط بین فردی" و "پرخاشگری"، از نظر آماری معنی‌دار بود. شاخص شدت در هیچ یک از ابعاد روانی مورد بررسی در خانمهای متولد تهران و افراد مهاجر، تفاوت معنی‌داری نداشت. بجز دو بعد "جسمی سازی" و "پرخاشگری"، شاخص شدت علائم در سایر ابعاد روانی مورد بررسی در خانمهای بارداری که ساکن منزل اجاره‌ای بودند، بالاتر از خانمهایی بود که در منزل شخصی زندگی می‌کردند.

جدول شماره ۹- شاخص شدت علائم روانی برحسب درآمد خانوادگی افراد باردار (تهران، ۱۳۸۱)

پرخاشگری		فوبیا		حساسیت IP		وسواس و اجبار		جسمی سازی		درآمد
SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	
۰/۰۵	۰/۷۳	۰/۰۵	۰/۶۶	۰/۰۶	۱/۱۷	۰/۰۴	۰/۸۵	۰/۰۵	۱/۲۸	بسیار کم
۰/۰۲	۰/۷۸	۰/۰۳	۰/۷۰	۰/۰۲	۰/۹۶	۰/۰۳	۰/۸۷	۰/۰۲	۱/۱۸	کم
۰/۰۳	۰/۷۱	۰/۰۳	۰/۶۲	۰/۰۳	۰/۸۴	۰/۰۲	۰/۷۸	۰/۰۲	۱/۱۰	متوسط و بالاتر
<۰/۰۵		۰/۲۶		۰/۰۰۱		۰/۲۳		۰/۷۳		P-value
GSI		نگرش پارانوئید		افسردگی		اضطراب		افکار پسیکوتیک		درآمد
SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	SE	میانگین	
۰/۰۴	۰/۹۹	۰/۰۶	۱/۰۵	۰/۰۵	۱/۱۹	۰/۰۵	۰/۹۷	۰/۰۴	۰/۶۶	بسیار کم
۰/۰۲	۰/۹۷	۰/۰۳	۱/۰۱	۰/۰۳	۱/۱۲	۰/۰۳	۰/۹۶	۰/۰۲	۰/۶۱	کم
۰/۰۲	۰/۸۵	۰/۰۳	۰/۸۷	۰/۰۳	۱/۰۲	۰/۰۳	۰/۸۸	۰/۰۲	۰/۴۹	متوسط و بالاتر
۰/۱۷		۰/۰۷		۰/۲۰		۰/۲۵		۰/۰۴		P-value

جدول شماره ۱۰- ارتباط بین وجود اختلال روانی (GSI > ۱) با متغیرهای باروری در خانمهای باردار شهر تهران (۱۳۸۱) براساس پردازش چند متغیره

GSI		Adj. OR	β(SE)	فاکتور
%۹۵CI				
۱/۹۵-۶/۳۶	۳/۵۲	۱/۲۶(۰/۳۰)	سابقه ناباروری	
۰/۸۷-۱/۹۱	۱/۲۹	۰/۲۶(۰/۲۰)	سابقه سقط	
۰/۸۰-۲/۱۵	۱/۳۱	۰/۲۷(۰/۲۵)	پریمی گراویتی	
۰/۵۱-۱/۲۵	۰/۸۰	-۰/۲۳(۰/۲۳)	نولی پاریتی	
۰/۳۹-۰/۸۰	۰/۵۶	-۰/۵۸(۰/۱۸)	سه ماهه دوم	
۰/۳۱-۰/۷۳	۰/۵۳	-۰/۶۳(۰/۱۶)	سه ماهه سوم	

جدول شماره ۱۱- میانگین و انحراف معیار شدت اختلال در ابعاد نه‌گانه آزمون SCL-90-R در مطالعات انجام شده در ایران

مجرى طرح	جامعه مورد بررسی	جنس	جسمی‌سازی	وسواس و اجبار	حساسیت	فوبیا	پرخاشگری
باقری، بواله‌ری، شاه‌محمدی	روستاییان میبد یزد (۱۳۷۱)	مرد	(۰/۳۶)۰/۳۱	(۰/۲۸)۰/۲۱	(۰/۲۴)۰/۲۵	(۰/۲۶)۰/۱۴	(۰/۳۱)۰/۴۶
بهادرخان	روستاییان گناباد (۱۳۷۲)	مرد	(۰/۴۴)۰/۳۱	(۰/۳۸)۰/۳۲	(۰/۴۴)۰/۳۰	(۰/۲۹)۰/۱۴	(۰/۳۸)۰/۲۱
جاویدی	روستاییان مرودشت (۱۳۷۲)	هر دو جنس	۰/۳۰	۰/۲۳	۰/۳۲	۰/۱۳	۰/۱۳
کوکبه	روستاییان آذرشهر تبریز (۱۳۷۲)	هر دو جنس	۰/۲۱	۰/۲۲	۰/۲۳	۰/۰۶	۰/۱۴
مجرى طرح	جامعه مورد بررسی	جنس	افکار پسیکوتیک	اضطراب	افسردگی	نگرش پارانوئید	GSI
باقری، بواله‌ری، شاه‌محمدی	روستاییان میبد یزد (۱۳۷۱)	مرد	(۰/۲۳)۰/۱۵	(۰/۳۱)۰/۳۸	(۰/۲۲)۰/۲۸	(۰/۲۸)۰/۳۲	(۰/۲۶)۰/۲۹
بهادرخان	روستاییان گناباد (۱۳۷۲)	مرد	(۰/۳۴)۰/۲۱	(۰/۳۸)۰/۲۱	(۰/۴۶)۰/۳۳	(۰/۵۱)۰/۳۸	(۰/۳۴)۰/۲۸
جاویدی	روستاییان مرودشت (۱۳۷۲)	هر دو جنس	۰/۱۲	۰/۱۵	۰/۲۱	۱/۴۰	۰۰/۲۲
کوکبه	روستاییان آذرشهر تبریز (۱۳۷۲)	هر دو جنس	۰/۱۰	۰/۱۶	۰/۱۹	۰/۲۴	۰/۱۸

*آمار تفکیکی در دسترس نبود.

**اعداد داخل جدول نشان‌دهنده میانگین(انحراف معیار) است.

بحث

خانمهای باردار بیش از جمعیت‌های مورد بررسی قبلی بوده است. این تفاوتها را می‌توان به عوامل مختلفی نظیر تفاوت‌های فرهنگی - اجتماعی (مطالعات قبلی، روی روستاییان انجام شده بود)، تفاوت در دوره بررسی (Period effect)، تفاوت در گروه سنی، تفاوت در وضعیت تأهل و نیز باردار بودن جمعیت مورد بررسی در این مطالعه نسبت داد.

از نظر سنی تمام مطالعات قبلی در گروه بالای ۱۵ سال انجام شده بود و از نظر حداکثر سن محدودیتی وجود نداشت اما در این مطالعه محدود به سن باروری بوده که شیوع اختلالات روانی در این سن بیشتر است (۱۳، ۱۴).

تاکنون مطالعات متعددی در زمینه بررسی سلامت روان در گروه‌های مختلف جمعیتی در ایران انجام شده است اما تفاوت موجود بین روش اجرا، ابزار اندازه‌گیری و گروه هدف، مقایسه آنها با نمونه مورد بررسی در این مطالعه را دشوار می‌سازد. همچنین در هیچ‌یک از این مطالعات، خانمهای باردار بطور خاص مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند.

جدول شماره ۱۱ میانگین و انحراف معیار شدت علائم در ابعاد نه‌گانه آزمون SCL-90-R را در مطالعات قبلی نشان می‌دهد.

مقایسه جدول شماره ۱۲ با جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که شدت تمام ابعاد نه‌گانه روانی در

نابرابری درآمد کمتر است، افراد دارای درآمد پایین‌تر بیشتر دچار اختلالات ذهنی و روانی می‌گردند (۲۰).

با توجه به اینکه خانمهای مورد بررسی در این مطالعه همه از مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی - درمانی یا بیمارستانهای دولتی بودند، پراکندگی درآمدی در آنها کمتر بوده است. بنابراین یافته حاصل از این مطالعه (پایین‌تر بودن شدت اختلالات روانی در گروه دارای درآمد بالاتر) با مطالعه Weich همخوانی دارد.

در این مطالعه برخلاف برخی از مطالعات پیشین (از جمله طرح سلامت و بیماری)، شاخص شدت علائم در ابعاد "جسمی سازی"، "فویبا"، "اضطراب" و "پرخاشگری" در گروههایی که تحصیلات بالاتری داشتند، بیشتر بود. این مسئله را می‌توان به بالاتر بودن نسبت اشتغال در گروههای دارای تحصیلات بیشتر و تأثیر آن بر وضعیت سلامتی روان خانمهای باردار نسبت داد.

در این مطالعه (پس از تعدیل متغیرهای مربوط به بارداری با استفاده از پردازش چند متغیره) نقش سابقه ناباروری در شدت علائم روانی بارز بود. با وجود آنکه در پردازش دو متغیر، سابقه سقط نیز ارتباط معنی‌داری با شدت علائم روانی مورد بررسی داشت اما در پردازش چند متغیر ارتباط آن معنی‌دار نبود.

قرار گرفتن در سه ماهه سوم بارداری اثر محافظت‌کننده در برابر شدت علائم روانی داشت. این مسئله می‌تواند تا حدودی به علت حمایت‌های عاطفی بیشتر از سوی خانواده در ماههای آخر بارداری و تطابق تدریجی خانم باردار با شرایط جدید باشد که این مطلب لزوم توجه به وضعیت سلامت روان زنان در ماههای نخست بارداری را روشن می‌سازد.

در تعدادی از مطالعات گذشته از جمله مطالعه باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۱) و طرح سلامت و بیماری (۱۳۷۸)، میزان شیوع اختلالات روانی در افراد متأهل نسبت به مجرد بالاتر بوده است (۱۱، ۱۵).

با توجه به اینکه تمام جامعه مورد بررسی در این مطالعه، متأهل بودند می‌توان بخشی از بالاتر بودن اختلالات روانی آن را به وضعیت تأهل آنها نسبت داد.

در این مطالعه، متغیرهای سطح درآمد خانوار، تحصیلات، محل تولد و مهاجرت به عنوان متغیر جایگزین برای وضعیت اقتصادی - اجتماعی به کار رفت.

نکته جالب توجه در مورد سطح درآمد خانوار آن بود که در مورد تمامی ابعاد نه‌گانه مورد بررسی، کمترین شاخصهای شدت، مربوط به گروهی بود که درآمد بالاتری داشتند. همچنین پایین بودن شاخص شدت علائم در تمام ابعاد (بجز جسمی‌سازی) در گروهی که منزل شخصی داشتند، تأیید دیگری بر نقش وضعیت اقتصادی در سلامت روانی خانمهای باردار است.

این مسئله در مطالعات دیگر مانند مطالعه: Hezler (۱۹۸۶)، Kessler (۱۹۹۴) و Macran (۱۹۹۶) و Ostler (۲۰۰۱) نیز مورد توجه قرار گرفته است که بر بالاتر بودن اختلالات روانی در افرادی که از درآمد پایین‌تری برخوردار هستند، تأکید کرده است (۱۹-۱۶).

Weich و همکاران وی (۲۰۰۱) به اثر متقابل بین نابرابری درآمد در یک منطقه و میزان درآمد افراد در رابطه با اختلالات روانی در آنها اشاره کرده‌اند.

در مناطقی که نابرابری درآمد بیشتر است، افراد دارای درآمد بالاتر، بیشتر به اختلالات ذهنی و روانی مبتلا می‌شوند، در حالی که در مناطقی که

ظاهری خانم باردار، ملاحظات و حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی ویژه‌ای در مورد آنها صورت می‌گیرد. با توجه به یافته‌های این مطالعه، توجه بیشتر به وضعیت سلامت روان زنان باردار در ماه‌های نخست بارداری بویژه در مورد زنان نولی پار توصیه می‌گردد.

۴- با توجه به محدودیت‌های پژوهش فعلی، پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده، وضعیت روانی زنان باردار و غیر باردار مقایسه شود و مراجعه کنندگان به مراکز خصوصی نیز مورد بررسی قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود عواملی نظیر برنامه ریزی قبلی برای بارداری مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بدین وسیله از همکاری آقای دکتر جلال‌الدین رحیمی (به علت همکاری در مراحل مختلف پژوهش)، خانم دکتر نگار نادرپور (به علت همکاری در گردآوری منابع)، آقای دکتر عباس باقری یزدی (مرکز مدیریت بیماریها)، مسئولان و کارشناسان معاونت‌های پژوهشی و بهداشتی دانشگاه‌های ایران (بویژه خانم مالیر، خانم دکتر اصغری و خانم دکتر جوادی)، تهران (آقای دکتر محسنی، خانم دکتر ثمرخواه و خانم معارف) و شهید بهشتی در مراحل مختلف تحقیق و نیز خانمها مریم بخشنده، نفیسه آشتیانی، بهارک جمشیدی، فاطمه کریمی، متولی و سعیدی (به علت همکاری در گردآوری داده‌ها) تقدیر و تشکر می‌نمایند.

منابع

- 1- World Health Organization: World Health Report 2002-Reducing risks, Promoting healthy life, www.who.int, accessed by 2002.
- 2- Murray CJ, Lopez AD: Alternative projections of mortality and disability

به عنوان یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت اختلالات روانی در خانمهای باردار از شیوع بالایی برخوردار است که بخشی از آن ناشی از وضعیت سنی و جنسی بوده و در زنان غیرباردار در سنین باروری نیز قابل انتظار می‌باشد. با وجود این و به احتمال قوی، بارداری و برخی از سوابق بارداری فرد (بویژه سابقه نازایی و سقط) نیز بر آن موثر هستند.

سه ماهه سوم و دوم بارداری نسبت به سه ماهه اول نقش محافظت کننده در برابر اختلالات روانی دارند.

با توجه به این مطالعه پیشنهاداتی در این رابطه مطرح می‌شود که عبارتند از:

۱- دوره بارداری فرصت بسیار مناسبی برای ارزیابی وضعیت عمومی سلامتی در خانمها است، زیرا اغلب آنها در این دوره به صورت اجباری و در چندین نوبت به مراکز ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی مراجعه می‌کنند. با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی در خانمها، استفاده از این فرصت برای ارزیابی، شناسایی و درمان مناسب اختلالات روانی (در دوره بارداری یا در صورت لزوم پس از پایان آن) توصیه می‌گردد. در این راستا می‌توان مشاوره روان‌پزشکی را به عنوان بخشی از مراقبت‌های دوره بارداری، به برنامه معمول آن اضافه کرد.

۲- خانمهایی که پس از تجربه یک دوره ناباروری، باردار می‌شوند نیاز به توجه ویژه ای از نظر سلامتی روان دارند که این مسئله در مورد افرادی که سابقه قبلی سقط دارند نیز تا حدودی صادق است. بنابراین خانمهای باردار که دارای سابقه ناباروری یا سقط هستند بطور ویژه نیازمند مشاوره و اقدامات حمایتی روان‌پزشکی در طول دوره بارداری می‌باشند.

۳- روند طبیعی بارداری به گونه‌ای است که با نزدیک شدن به ماههای آخر بارداری و تغییرات

اندیشه و رفتار، ۱۳۷۵، سال اول، شماره ۱: ۴۱-۳۲.

۱۲- میرزایی - رقیه، ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۵۹: ۶۵.

۱۳- کویکبه - فرخ، بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۱: ۷۴.

۱۴- جاویدی - حجتا...، بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۲، ۱۱۶.

۱۵- نوربالا - احمد علی، محمد - کاظم، باقری یزدی - سید عباس، یاسمی - محمد تقی، نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران. چاپ اول، تهران، انتشارات مولف، ۱۳۸۰: صفحه ۸۸-۶۶.

16- Helzer, J. E., The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *American Journal of Social Psychiatry*, 1986, 4: 59-71.

17- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB., Hughes M., Eshleman S., et al., Lifetime and 12 month prevalence of DSM-111-R psychiatric disorders in the United States, *Archives of General Psychiatry*, 1994, 51: 8-19.

18- Macran S, Clarke L, Joshi H, Women's health: dimensions and differentials, *Social Science and Medicine*, 1996, 42(9): 1203-1216.

19- Ostler K., Influence of socioeconomic deprivation on the prevalence of depression in primary care, *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178: 7-12.

20- Weich S, Income inequality and the prevalence of common mental disorders in

by cause 1990-2020: *Global Burden of Disease Study, the Lancet*, 1997, 349: 1498-1504.

۳- نوربالا - احمدعلی، محمد - کاظم، گزارش طرح ملی بررسی سلامت و بیماری در ایران - کل کشور، چاپ اول، تهران، مرکز تحقیقات علوم پزشکی کشور، ۱۳۸۰، صفحه: ۱۵۴-۱۴۹.

۴- نوربالا - احمد علی، محمد - کاظم، باقری یزدی - سید عباس، یاسمی - محمد تقی، بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ ساله و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله حکیم، ۱۳۸۱، دوره ۵، شماره ۱: ۱۰-۱.

5- Piccinelli M, Homen F G: Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. First edition, Geneva: World Health Organization, General. 1997, PP: 7-10.

6- World Health Organization: Women's Mental Health: An evidence based review, Geneva, WHO/ MSD/MDP/00.1, www.who.int, Accessed by 2002.

7- Okojie CEE. Gender inequalities of health in the third world. *Social Science and Medicine*, 1994, 39: 1237-1247.

8- Patel V, Araya R., de Lima M, Ludermir A., Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine*, 1999, 49: 1461-1471.

9- Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research, *Sciences*, 1995; 269: 799-801.

10- Glover V. Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child, *British J of Psychiatry*, 1997, 171: 105-6.

۱۱- باقری یزدی - سید عباس، بوالهروی - جعفر، شاه‌محمدی - داوود. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد.

Britain, British Journal of Psychiatry, 2001, 178:
228-33.

ASSESSING PSYCHOLOGICAL STATE OF PREGNANT WOMEN ADMITTED TO HEALTH CENTERS IN TEHRAN(2002)

^I *A. Ghasemi, MD ^{II} R. Taghipoor Anvari, MD ^{III} B. Birashk, Ph.D ^{IV} M. Moradi Lakeh, MD, MPH

ABSTRACT

Multiple studies have demonstrated more common psychological disorders in women than in men, but it is worth mentioning that these studies have been done generally and they are not specific to pregnant women. This study was conducted to assess psychological state of pregnant women and its related factors. It was carried out as a cross-sectional survey in 4 health centers (under supervision of north, south, west and east health centers of Tehran) and in Shahid Akbarabadi Hospital center on 1452 pregnant women. Psychological evaluations were performed using SCL-90-R self-administered questionnaire. The mean score of each dimension was calculated and respondents were classified as having no, mild, moderate or severe symptoms. To determine the related factors, logistic regression method was applied. The moderate or severe symptoms (cut off >2) in pregnant women were ranked, due to their prevalence, as somatization (10.6%), depression (10.5%), paranoid view (10.1%), anxiety (9.5%), interpersonal sensitivity (8.8%), hostility (6.6%), obsession & compulsion (5.4%), phobia (4.7%) and psychotic thinking (3.2%). The prevalence of moderate to severe mental disorders (GSI > 2) was estimated 5%. Among fertility factors (gravity, nulliparity, history of abortion and history of infertility) infertility was the most relevant factor with mental symptoms. Although prevalence of psychological disorders among pregnant women can be due to several factors like age and sex, part of it may be due to their pregnancy state. This is especially important in high-risk cases with a history of infertility or abortion. In general, pregnancy provides an appropriate opportunity for evaluation and screening of mental disorders in women who have not referred to any medical centers for this purpose. Therefore, integration of psychological counseling in prenatal care programs is recommended.

Key Words: 1) Pregnancy 2) Psychological state 3) Mental health

This article is the summary of the thesis of R. Taghipoor, MD for the degree of specialty in Gynecology under supervision of A. Ghassemi, MD and consultation with B. Birashk, Ph.D and M. Moradi Lakeh, MD, 2002. Also This research is conducted under financial support of undersecretary of research of Iran University of Medical Sciences and Health Services (No:461).

I) Assistant professor of Obstetrics and Gynecology, Akbar Abadi Hospital, Molavi Ave, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran (*Corresponding author)

II) Resident of Obstetrics and Gynecology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

III) Ph.D, Associate professor of clinical psychology, Tehran psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

IV) Resident of community medicine, member of Frontierless Researchers Committee, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.