

بررسی استرس، اضطراب و افسردگی در زنان باردار شهر یزد و ارتباط آن ها با برخی از عوامل دموگرافیک در سال

۱۴۰۳

محدثه قاسمخانی<sup>۱</sup>، دکتر علی نظری<sup>۲</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد یزد، یزد، ایران

۲. عضو هیات علمی دانشگاه آزاد واحد یزد، یزد، ایران

### چکیده

مقدمه: بارداری نخستین، دوره‌ای پر از تغییرات فیزیولوژیک و روان‌شناختی است که می‌تواند با افزایش پریشانی روان‌شناختی همراه باشد. هدف این پژوهش، بررسی شیوع استرس، اضطراب و افسردگی در زنان باردار شهر یزد و ارزیابی ارتباط آن با عوامل دموگرافیک منتخب بود.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۶۱ زن نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر یزد انجام شد. داده‌ها از طریق پرسشنامه جمعیت‌شناختی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱) (جمع‌آوری گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (آزمون کای‌دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان  $4.2 \pm 25.7$  سال بود. نتایج نشان داد که شیوع استرس، اضطراب و افسردگی در نمونه مورد مطالعه بالا بود. آزمون کای‌دو هیچ ارتباط آماری معناداری را بین سطح کلی پریشانی روان‌شناختی با متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی (مانند سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، گروه خونی، و مصرف سیگار/قلیان) نشان نداد.

نتیجه‌گیری: زنان باردار شهر یزد در معرض خطر بالای پریشانی روان‌شناختی قرار دارند. با این حال، عوامل دموگرافیک به تنهایی قادر به تبیین این وضعیت نیستند. این یافته بر ضرورت توجه به عوامل روان‌شناختی و اجتماعی، و ارائه مداخلات حمایتی جامع در دوران بارداری نخست تأکید می‌کند.

**واژگان کلیدی:** پریشانی روان‌شناختی، استرس، اضطراب، افسردگی، زنان باردار، بارداری، سلامت روان

## مقدمه

بارداری یکی از دوره‌های مهم زندگی می‌باشد که تغییرات فیزیولوژیکی، روانشناختی، هورمونی و اجتماعی در آن رخ می‌دهد که این تغییرات احتمال ایجاد مشکلات روانشناختی را در زنان باردار افزایش می‌دهند [۱]. دوران بارداری برای بسیاری از زنان باردار با استرس زیادی همراه می‌باشد به همین دلیل بروز مشکلات روانشناختی در این دوران شایع می‌باشد [۲]. در طی ایجاد تغییرات دوران بارداری بسیاری از زنان باردار به پریشانی روانشناختی مبتلا می‌شوند که طیف وسیعی از علائم استرس، اضطراب و افسردگی را در بر می‌گیرد [۳]. پریشانی روانشناختی یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران بارداری می‌باشد که می‌تواند پیامدهای ناگواری از خود برجای بگذارد [۴]. استرس، اضطراب، افسردگی و ترس از زایمان برای زن باردار و کودک می‌تواند مشکلات جدی مانند تاخیر در رشد کودک، زایمان زودرس، وزن کم نوزاد هنگام تولد و عدم سلامت روان در مادر و کودک ایجاد کند [۵]. بارداری باعث ایجاد تغییرات عصبی-غددی، قلبی عروقی و ایمنولوژیکی می‌شود که در مجموع یک "آزمون استرس" روانشناختی ایجاد می‌کنند که بر سلامت روان مادر تأثیر می‌گذارد. هم سلامت خود مادر و هم سلامت جنین تحت تأثیر این استرس روانشناختی قرار می‌گیرند که می‌توان آن را به عنوان عدم تعادلی تعریف کرد که مادر احساس می‌کند نمی‌تواند با خواسته‌های بارداری کنار بیاید، عدم تعادلی که هم در سطح فیزیولوژیکی و هم در سطح رفتاری آشکار می‌شود [۳]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۱۹، حدود ۲۸۰ میلیون نفر (۵٪ از کل بزرگسالان) از افسردگی رنج می‌بردند. رایج‌ترین معیارهای تشخیصی برای افسردگی، چه در عمل بالینی و چه در تحقیقات، معیارهایی هستند که توسط طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مرتبط با سلامت (ICD) و راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) ارائه شده‌اند [۴]. در محیط‌های بالینی و تحقیقاتی، افسردگی پس از زایمان معمولاً به عنوان وجود علائم افسردگی که ظرف ۱۲ ماه پس از زایمان رخ می‌دهد، تعریف می‌شود، نه به عنوان پایبندی به معیارهای محدودتر DSM-۵ [۵]. پیامدهای عاطفی آن یک ویژگی منحصربه‌فرد دارد: می‌تولند نه تنها مادر، بلکه کودک را نیز از نظر عاطفی تحت تأثیر قرار دهد و بر دلبستگی و پیوند مادر و کودک تأثیر بگذارد. معمولاً در ماه اول پس از زایمان بروز می‌کند و بین ۸ تا ۱۲ هفته پس از تولد به اوج خود می‌رسد [۶]. مطالعات گزارش می‌دهند که بیش از ۱۰٪ از زنان در دوران بارداری و/یا اندکی پس از زایمان دچار افسردگی می‌شوند [۷]. در اسپانیا، تخمین زده می‌شود که ۱۰ تا ۱۵ درصد از زنان بین هفته چهارم تا هشتم پس از زایمان علائم افسردگی را تجربه می‌کنند و زنان پرخطر میزان بروز ۲۵ تا ۳۵ درصد را نشان می‌دهند [۸]. وضعیت افسردگی می‌تواند بیشتر یا تمام روز، تقریباً هر روز و حداقل به مدت دو هفته ادامه داشته باشد. در این مدت، فرد مبتلا ممکن است از اختلالات خواب، کاهش اشتها، کاهش وزن، فقدان لذت و کاهش عزت نفس، همراه با افکار مداوم در مورد مرگ و ناامیدی رنج ببرد. علاوه بر این، ممکن است احساس خستگی کند و در تمرکز مشکل داشته باشد [۷،۹].

اضطراب، از دیدگاه ذهنی، حالتی از ناراحتی، تنش، بی‌قراری و هشدار است که فرد را آشفته می‌کند. این احساس زمانی ایجاد می‌شود که افراد تهدیدها را، چه خارجی و چه داخلی، درک می‌کنند. در این وضعیت، سیستم سمپاتیک فعال می‌شود و آدرنالین ترشح می‌شود و علائم معمول اضطراب را ایجاد می‌کند [۱۰]. زنان باردار بیشتر در معرض استرس فیزیولوژیکی مانند اضطراب در مورد نوزادان و سبک زندگی جدید خود قرار می‌گیرند [۱۱]. آنها نقش‌های متعددی از جمله نقش جدید و ناآشنای مادری را بر عهده می‌گیرند که می‌تواند منجر به اضافه بار عاطفی شود. تخمین زده می‌شود که ۴٪ از جمعیت جهان از اختلال اضطراب رنج می‌برند و آن را به شایع‌ترین اختلال سلامت روان در سراسر جهان تبدیل می‌کند [۱۲]. اضطراب مرتبط با بارداری (که گاهی اوقات به عنوان اضطراب قبل از تولد یا حین تولد شناخته می‌شود) حالت پریشانی شدیدی است که برخی از زنان باردار، به ویژه بر وضعیت خود، تجربه می‌کنند. این اضطراب ممکن است به صورت ترس‌های مداوم در مورد سلامت نوزاد، اضطراب در مورد زایمان، پریشانی در مورد عوارض احتمالی یا حتی تردید در مورد توانایی مادر شدن خود را نشان دهد. برخلاف سایر اختلالات اضطرابی،

این اضطراب به عنوان یک دسته مستقل در کتابچه های راهنمای تشخیصی مانند DSM-۵ طبقه بندی نشده است. با این حال، مطالعات متعدد اهمیت آن را برجسته می کنند، زیرا با افزایش ۵۰ تا ۶۰ درصدی خطر افسردگی پس از زایمان همراه است و ممکن است منجر به عوارض پزشکی در دوران بارداری شود [۱۳]. اختلال اضطراب عمومی (GAD) با نگرانی بیش از حد و مداوم در مورد حوزه های مختلف زندگی (مانند سلامت، کار، خانواده یا امور مالی) که حداقل شش ماه طول می کشد، مشخص می شود. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) علائم جسمی و روانی از جمله بی قراری، خستگی، مشکل در تمرکز، تنش عضلانی، تحریک پذیری و اختلالات خواب را تجربه می کنند. برخلاف پریشانی دوران بارداری که به طور خاص زنان را در دوره بارداری تحت تأثیر قرار می دهد، اختلال اضطراب فراگیر (GAD) به هیچ مرحله خاصی از زندگی مرتبط نیست و می تواند هم مردان و هم زنان را در هر نقطه ای از زندگی شان تحت تأثیر قرار دهد [۱۳ و ۵].

استرس، واکنش فیزیولوژیکی و روانی طبیعی بدن به موقعیت هایی است که به عنوان طاقت فرسا یا تهدیدآمیز تلقی می شوند. این مکانیسم هشدار، سیستم هایی از جمله محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) و سیستم عصبی سمپاتیک را فعال می کند و باعث آزاد شدن هورمون هایی مانند کورتیزول و آدرنالین می شود که ارگانیسم را برای پاسخ به خطر درک شده آماده می کنند. سازمان بهداشت جهانی، استرس را به عنوان مجموعه ای از تغییرات فیزیولوژیکی تعریف می کند که باعث اقدام می شوند. با این حال، هنگامی که این پاسخ طولانی می شود، دیگر سازگار نیست و ممکن است سلامت جسمی و عاطفی را مختل کند. استرس مثبت (استرس مثبت) به عنوان یک انگیزه دهنده افزایش عملکرد عمل می کند، در حالی که پریشانی (استرس منفی) زمانی رخ می دهد که فشار مزمن و شدید باشد و در نهایت کیفیت زندگی را کاهش دهد [۱۵]. عوامل متعددی در این تغییرات عاطفی نقش دارند. این عوامل شامل سن بالای مادر (نوجوانی یا پیشرفته)، بیماری های زمینه ای مانند روان رنجوری یا روان پریشی، و سابقه شخصی/خانوادگی افسردگی یا اقدام به خودکشی است. علاوه بر این، عوامل روانی-اجتماعی نیز نقش دارند: نگرش منفی نسبت به بارداری، اختلافات والدین، عدم حمایت شریک زندگی یا وقایع آسیب زای زندگی [۱۶].

افسردگی در دوران بارداری خطر زایمان زودرس و پره اکلامپسی را افزایش می دهد. علاوه بر این، می تواند مانع از نظارت و کنترل بارداری شود، توجه به مراقبت از خود را کاهش دهد و حتی منجر به اقدام به خودکشی شود. علاوه بر این، افسردگی مادر ممکن است رشد عصبی جنین را تغییر دهد و در نتیجه نمره آپگار پایین ایجاد کند. کودکان مدرسه ای که مادرانشان در دوران بارداری دچار افسردگی بوده اند، بیشتر احتمال دارد رفتارهای پرخاشگرانه از خود نشان دهند و از مشکلات یادگیری رنج ببرند [۱۷]. به همین ترتیب، زنان بارداری که علائم افسردگی قبل از زایمان دارند، در معرض خطر مشکلات در حوزه اجتماعی، انزوای عاطفی و نگرانی بیش از حد در مورد توانایی خود در انجام نقش مادری خود در آینده هستند [۱۸].

ارزیابی اضطراب و افسردگی دوران بارداری به دلیل همراهی مکرر آنها و تأثیر قابل توجهی که می توانند بر مادر و فرزندش داشته باشند، بسیار مهم است. این شرایط با عواقب طولانی مدت در کودکان، مانند علائم افسردگی و اضطراب در ۱۴ تا ۱۵ سالگی و همچنین اختلال کمبود توجه/بیش فعالی (ADHD) بین ۸ تا ۹ سالگی مرتبط بوده است [۱۹]. برای افسردگی در دوران بارداری، دو درمان اصلی وجود دارد: روان درمانی (شامل تکنیک های آرام سازی، درمان شناختی رفتاری و درمان حمایتی) و دارودرمانی (مانند داروهای ضد افسردگی). اگر وضعیت افسردگی خفیف باشد، روان درمانی اولین انتخاب درمانی است، اما وقتی متوسط تا شدید باشد، معمولاً درمان دارویی درخواست می شود [۲۰]. در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط، پرسنل بهداشتی ممکن است روان درمانی ارائه دهند و این نوع مداخله کاملاً مؤثر بوده است [۲۱].

لذا با توجه به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر با هدف بررسی استرس، اضطراب و افسردگی در زنان باردار شهر یزد و ارتباط آن ها با برخی از عوامل دوگرافیک در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

## روش اجرا

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان باردار شهر یزد که در سه ماهه سوم بارداری به سر می‌برند می‌باشد. حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای انجام تجزیه و تحلیل آماری شامل ۶۱ نفر از زنان باردار که در سه ماهه سوم بارداری هستند و برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری در سال ۱۴۰۳ به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد مراجعه کرده اند می‌باشد. روش نمونه گیری در این پژوهش تصادفی طبقه ای<sup>۱</sup> بود که ابتدا شهر یزد را بر اساس وضعیت اجتماعی-اقتصادی به سه منطقه (مرفه، متوسط، ضعیف) تقسیم شد سپس به روش تصادفی ساده از هر منطقه یک مرکز بهداشت انتخاب شد. شرکت کنندگان در هر مرکز به شیوه غیر تصادفی برای بررسی معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و آن دسته از شرکت کنندگان که معیارهای ورود را دارا بودند وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل علاقه به شرکت در پژوهش، نخست زای بودن، قرار داشتن در سه ماهه سوم بارداری، داشتن سن بارداری بین ۲۵ تا ۴۰ هفتگی، تحصیلات حداقل در سطح ابتدایی بود و معیارهای خروج از پژوهش شامل: ابتلا به بیماریهای مزمن روانی یا جسمانی، معلولیت‌های پزشکی، مصرف داروی اعصاب و روان، بارداری پرخطر، سقط مکرر و سابقه نابرووری بود. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) لوویبوند و لوویبوند (۱۹۹۵)، و فرم کوتاه ۲۱ سوالی استفاده شد. در فرم کوتاه ۲۱ گویه‌ای DASS، سازه افسردگی دارای ۷ گویه، سازه اضطراب شامل ۷ گویه و سازه استرس نیز دارای ۷ گویه است. نمره گذاری این مقیاس براساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا سه (زیاد) می‌باشد. حداقل و حداکثر امتیاز قابل کسب در هر سازه (افسردگی، اضطراب و استرس) به ترتیب ۰ و ۲۱ می‌باشد. پایایی و روایی این آزمون در مطالعات متعدد خارجی و داخلی مورد تایید قرار گرفته است. آنتونی<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۸) پایایی مقیاس DASS را از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ گزارش نمودند. هنری و کرافورد<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) فرم کوتاه مقیاس DASS را به لحاظ روایی سازه مورد مطالعه قرار دادند و وجود یک عامل عمومی و سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس در این مقیاس اشاره نمودند. همچنین این پژوهشگران ضریب پایایی این عوامل را برای نمره کل ۰/۸۸ و برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ گزارش نمودند. در ایران، پایایی این ابزار در یک نمونه از جمعیت عمومی شهر مشهد (۴۰۰ نفر) برای میزان افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶، و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. در پژوهش نجفی کلیانی، پورجم، جمشیدی، کریمی و نجفی کلیانی (۱۳۹۲) پایایی این مقیاس از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۶ و ۰/۸۵ بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ ۲۱-DASS نمونه‌هایی از جمعیت عمومی برای افسردگی ۰/۸۷، برای اضطراب ۰/۸۵، برای استرس ۰/۸۹ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است و این ضریب در نمونه‌های بالینی برای افسردگی ۰/۸۹، برای اضطراب ۰/۹۱، برای استرس ۰/۸۷ و برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش شد. برای بررسی اعتبار ملاک ۲۱-DASS، از اجرای همزمان پرسشنامه‌های افسردگی بک<sup>۴</sup>، اضطراب زانگ<sup>۵</sup> و استرس

<sup>۱</sup> Stratified Randomization

<sup>۲</sup> Anthony

<sup>۳</sup> Henry and Crawford

<sup>۴</sup> Beck

<sup>۵</sup> Zang

ادراک شده استفاده شد. همبستگی خرده مقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، همبستگی خرده مقیاس اضطراب DASS با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و همبستگی خرده مقیاس تنیدگی DASS با آزمون استرس ادراک شده ۰/۴۹ بدست آمد. جهت اجرای پژوهش آن معرفی نامه‌هایی برای مراکز بهداشتی درمانی مذکور از قسمت پژوهش دانشگاه تهیه شدند. در زمان مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی با اخذ اجازه از بخش مدیریت هر مرکز و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها به روش در دسترس به زنان باردار شد. در مسیر جمع آوری داده‌ها سعی بر این بود که تمامی ملاحظات اخلاقی اعم از اخذ رضایت آگاهانه شرکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش، محافظت از اطلاعات شخصی شرکت کنندگان، توضیح اهداف مطالعه، رعایت موازین اجتماعی، دینی و فرهنگی، پاسخگویی در صورت داشتن هر گونه سوال یا ابهام به شرکت کنندگان و نداشتن بار مالی برای شرکت کنندگان در پژوهش رعایت شود. پس از گردآوری داده‌ها از نمونه مورد مطالعه به وسیله پرسشنامه، داده‌ها کدگذاری و وارد کامپیوتر شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS استفاده شد. داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی (جدول فراوانی برای اطلاعات جمعیت شناختی و میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی برای هر یک از متغیرها) و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. برای هر آزمون  $p\text{-value} < 0.05$  به لحاظ آماری معنی دار و ضریب تعیین پیشنهادی برای مدل مفهومی بایستی حداقل ۰/۲۵ می بود که با توان آماری ۰/۸۰ و برای حجم نمونه ۶۱، صحیح و معتبر باشد.

## یافته ها

در این مطالعه ۶۱ زن باردار مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس نمرات کسب شده از پرسشنامه DASS-۲۱، میانگین نمره کلی پریشانی روان شناختی برابر با  $13.5 \pm 4.8$  بود. سطح کلی پریشانی روان شناختی شرکت کنندگان نسبتاً بالا است. فاصله زیاد بین حداقل و حداکثر و نیز انحراف معیار نسبتاً بزرگ، نشان دهنده تفاوت قابل توجه بین افراد از نظر میزان پریشانی است. بر اساس این یافته‌ها، اکثریت شرکت کنندگان (۴۸ نفر (۷۸.۷٪)) دچار افسردگی در سطح شدید هستند و تنها حدود یک پنجم در سطح متوسط قرار دارند. این موضوع بیانگر شیوع بالای علائم افسردگی شدید در نمونه مورد مطالعه است. تقریباً تمامی شرکت کنندگان (۶۰ نفر) دچار اضطراب در سطح شدید هستند. تنها یک نفر اضطراب متوسط دارد. این یافته نشان می‌دهد اضطراب شدید در این جمعیت بسیار شایع است و به‌عنوان مهم‌ترین بعد پریشانی روان شناختی مطرح می‌شود. بیش از چهار پنجم (۴۹ نفر (۸۰.۳٪)) شرکت کنندگان استرس را در سطح شدید تجربه می‌کنند و حدود یک پنجم در سطح متوسط هستند. این نتایج حاکی از سطح بالای استرس در میان افراد مورد مطالعه است (جدول ۲). ۲۵ نفر (۴۱ درصد) از زنان باردار در محدوده سنی ۱۵ تا ۲۵ سال، ۳۰ نفر (۴۹/۲ درصد) از آن‌ها در محدوده سنی ۲۶ تا ۳۵ سال و ۶ نفر (۹/۸ درصد) از آن‌ها در محدوده ۳۶ تا ۴۵ سال قرار دارند که این آمار نشان دهنده آن است که بیشتر زنان باردار در محدوده سنی ۲۶ تا ۳۵ سال و تعداد اندکی از آن‌ها در محدوده سنی ۳۶ تا ۴۵ سال قرار دارند. ۲۱ نفر (۳۴/۴ درصد) از زنان باردار شاغل، ۳۲ نفر (۵۲/۵ درصد) از آن‌ها خانه دار و ۸ نفر (۱۳/۱ درصد) از آن‌ها دانشجو می‌باشند که این آمار نشان دهنده آن است که بیشتر زنان باردار خانه دار و تعداد اندکی از آن‌ها دانشجو می‌باشند. ۲۰ نفر (۳۲/۸ درصد) از زنان باردار دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۸ نفر (۱۳/۱ درصد) از آن‌ها دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم، ۲۹ نفر (۴۷/۵ درصد) از آن‌ها دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۴ نفر (۶/۶ درصد) از آن‌ها دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس می‌باشند که این آمار نشان دهنده آن است که بیشتر زنان باردار دارای مدرک تحصیلی لیسانس و تعداد اندکی از آن‌ها دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس می‌باشند. ۱۵ نفر (۲۴/۶ درصد) از زنان باردار سابقه سقط جنین را دارند و ۴۶ نفر (۷۵/۴ درصد) از آن‌ها سابقه سقط جنین ندارند که این آمار نشان دهنده آن است که بیشتر زنان باردار سابقه سقط جنین نداشته اند و فقط تعداد اندکی از آن‌ها سابقه سقط جنین در گذشته داشته اند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان

| متغیر       | کد/طبقه           | فراوانی | (%) درصد |
|-------------|-------------------|---------|----------|
| شغل         | شاغل              | ۲۱      | ۳۴.۴     |
|             | خانه دار          | ۳۲      | ۵۲.۵     |
|             | بیکار             | ۸       | ۱۳.۱     |
| گروه خونی   | A                 | ۱۰      | ۱۶.۴     |
|             | B                 | ۲۱      | ۳۴.۴     |
|             | AB                | ۶       | ۹.۸      |
|             | O                 | ۲۴      | ۳۹.۳     |
| تحصیلات     | راهنمایی          | ۲۰      | ۳۲.۸     |
|             | دیپلم             | ۸       | ۱۳.۱     |
|             | کاردانی           | ۲۹      | ۴۷.۵     |
|             | کارشناسی و بالاتر | ۴       | ۶.۶      |
| تعداد فرزند | یک                | ۲۳      | ۳۷.۷     |
|             | دو                | ۱۹      | ۳۱.۱     |
|             | سه                | ۱۹      | ۳۱.۱     |
| سن بارداری  | کمتر از ۲۰        | ۱۵      | ۲۴.۶     |
|             | ۲۰ سال و بیشتر    | ۴۶      | ۷۵.۴     |
| سیگار       | عدم مصرف          | ۶۱      | ۱۰۰.۰    |

|      |    |           |               |
|------|----|-----------|---------------|
| ۴.۹  | ۳  | مصرف کنند | استعمال قلیان |
| ۹۵.۱ | ۵۸ | عدم مصرف  |               |

جدول ۲: توصیف وضعیت نمره کل پرسشنامه پریشانی روانشناختی و زیر مقیاس های آن

| تفسیر کیفی زیر مقیاس ها |       | انحراف معیار | میانگین | حداکثر | حداقل | نمره کل پرسشنامه پریشانی روانشناختی |
|-------------------------|-------|--------------|---------|--------|-------|-------------------------------------|
|                         |       | ۱۳.۵         | ۴۶.۸    | ۸۳     | ۲۷    |                                     |
| تعداد(درصد)             | نتیجه |              |         |        |       |                                     |
| ۱۳(۲۱.۳)                | متوسط | ۵.۲          | ۱۴.۷    | ۲۸     | ۷     | زیر مقیاس افسردگی                   |
| ۴۸(۷۸.۷)                | شدید  |              |         |        |       |                                     |
| ۱(۱.۶)                  | متوسط | ۵            | ۱۵      | ۲۸     | ۷     | زیر مقیاس اضطراب                    |
| ۶۰(۹۸.۴)                | شدید  |              |         |        |       |                                     |
| ۱۲(۱۹.۷)                | متوسط | ۴.۷          | ۱۶.۸    | ۲۸     | ۱۰    | زیر مقیاس استرس                     |
| ۴۹(۸۰.۳)                | شدید  |              |         |        |       |                                     |

برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و سطح پریشانی روان شناختی، از آزمون های آماری مناسب برای داده های کیفی استفاده شد. نتایج نشان داد که هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی، ارتباط معناداری با پریشانی روان شناختی نداشتند ( $p < 0.05$ ). به عبارت دیگر، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، تعداد فرزند، محل سکونت و سابقه سقط جنین نتوانستند تفاوت آماری معناداری در میزان پریشانی روان شناختی زنان نخست زای ایجاد کنند. این یافته نشان می دهد که پریشانی روان شناختی در این گروه، پدیده ای نسبتاً فراگیر بوده و احتمالاً بیش از آنکه تحت تأثیر متغیرهای دموگرافیک ساده قرار گیرد، با عوامل دیگری مانند نگرانی های مربوط به تجربه نخست بارداری، آمادگی روانی برای زایمان، حملیت خانوادگی، و ادراک فرد از بارداری مرتبط است (جدول ۳). بر اساس داده های موجود به بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و «پریشانی روان شناختی» (که در این متن به معنای کلی استرس، اضطراب و افسردگی در نظر گرفته می شود) مربوط است، نتایج نشان می دهد که بین هیچ یک از متغیرهای

دموگرافیک مورد بررسی (اشتغال، گروه خونی، تحصیلات، تعداد فرزند، سن بارداری، مصرف سیگار، مصرف قلیان و محل سکونت) با سطوح استرس، اضطراب و افسردگی، ارتباط آماری معناداری در سطح معنی داری  $p > 0.05$  مشاهده نشد. مقادیر p-value برای تمامی این متغیرها بزرگتر از ۰.۰۵ بود (جدول ۴).

جدول ۳: تحلیل های آماری ارتباط متغیرهای دموگرافیک با نمره کل مقیاس پریشانی

| وضعیت معناداری | اندازه اثر (Cramer's V) | P-value مقدار | متغیر دموگرافیک |
|----------------|-------------------------|---------------|-----------------|
| غیرمعنادار     | ۰.۱۹۸                   | ۰.۲۹۹         | وضعیت اشتغال    |
| غیرمعنادار     | ۰.۲۸۰                   | ۰.۱۸۷         | میزان تحصیلات   |
| غیرمعنادار     | ۰.۱۹۹                   | ۰.۲۹۵         | تعداد فرزند     |
| غیرمعنادار     | ۰.۱۸۴                   | ۰.۳۳۱         | محل سکونت       |
| غیرمعنادار     | ۰.۰۴۷                   | ۰.۹۴۱         | سابقه سقط جنین  |

جدول ۴: مقایسه سطوح استرس، اضطراب و افسردگی بر اساس متغیرهای دموگرافیک در آزمون کای دو

| متغیر  | استرس (p-value) | اضطراب (p-value) | افسردگی (p-value) |
|--------|-----------------|------------------|-------------------|
| اشتغال | ۰.۶۶۳           | ۰.۶۶۲            | ۰.۶۶۳             |

|       |       |       |             |
|-------|-------|-------|-------------|
| ۰.۸۸۹ | ۰.۸۸۹ | ۰.۸۸۹ | گروه خونی   |
| ۰.۳۱۴ | ۰.۳۱۵ | ۰.۳۱۵ | تحصیلات     |
| ۰.۳۴۵ | ۰.۳۴۵ | ۰.۳۴۵ | تعداد فرزند |
| ۰.۷۶۹ | ۰.۷۶۹ | ۰.۷۷۰ | سن بارداری  |
| ۱     | ۱     | ۱     | سیگار       |
| ۱     | ۱     | ۱     | قلیان       |
| ۱     | ۱     | ۱     | محل سکونت   |

## بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که شیوع پریشانی روان‌شناختی شامل استرس، اضطراب و افسردگی در زنان باردار شهر یزد بالا است، اما بین این مؤلفه‌ها و متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد. این الگو چند پیام اصلی دارد: نخست آنکه تجربه بارداری می‌تواند با آسیب‌پذیری روانی قابل توجهی همراه باشد؛ دوم آنکه عوامل دموگرافیک ساده، دست‌کم در این نمونه، توضیح‌دهنده کافی برای شدت پریشانی نیستند؛ و سوم آنکه برای فهم بهتر این وضعیت باید به عوامل روان‌شناختی، زایمانی، حمایتی و فرهنگی توجه بیشتری شود.

بارداری نخست برای بسیاری از زنان با ابهام، ترس از درد زایمان، نگرانی درباره سلامت جنین، ترس از ناتوانی در ایفای نقش مادری و تجربه ناشناخته فرایند زایمان همراه است. این شرایط می‌تواند زمینه‌ساز افزایش استرس، اضطراب و حتی علائم افسردگی شود. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که اختلالات هیجانی در دوران بارداری شایع‌اند و می‌توانند پیامدهای نامطلوبی برای مادر و جنین ایجاد کنند، از جمله افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش پایداری به مراقبت‌های دوران بارداری، اختلال در خواب، کاهش کیفیت زندگی و دشواری در سازگاری با نقش مادری [۱-۳]. پرسشنامه ۲۱-DASS که در این مطالعه برای سنجش پریشانی روان‌شناختی استفاده شده، ابزاری معتبر برای ارزیابی سه بعد اصلی استرس، اضطراب و افسردگی است و در مطالعات مختلف بارداری نیز به کار رفته است [۴،۵]. یافته‌های بالا بودن سطح پریشانی در این گروه، با این دیدگاه هم‌خوانی دارد که بارداری

نخستین، به خصوص در شرایطی که فرد تجربه قبلی از زایمان ندارد، با افزایش احساس عدم قطعیت و کاهش احساس کنترل همراه می شود. این وضعیت می تواند از طریق فعال سازی مداوم پاسخ های استرسی و نگرانی های شناختی، سطح استرس و اضطراب را بالا ببرد [۶].

نتایج این پژوهش نشان داد که متغیرهایی مانند اشتغال، گروه خونی، تحصیلات، تعداد فرزند، سن بارداری، مصرف سیگار، مصرف قلیان و محل سکونت ارتباط معناداری با پریشانی روان شناختی نداشتند. این یافته از چند منظر قابل تفسیر است. نخست، ممکن است در این نمونه، ویژگی های دموگرافیک قدرت تبیین کافی برای پیش بینی استرس، اضطراب و افسردگی نداشته باشند. بسیاری از مطالعات جدید نشان می دهند که عوامل روان شناختی مانند ترس از زایمان، سابقه اختلالات روانی، کیفیت حمایت همسر، نگرش به بارداری، تجربه خشونت، و کیفیت رابطه زناشویی نقش مهم تری از متغیرهای دموگرافیک ساده در بروز پریشانی دارند [۷-۱۰]. دوم، ممکن است یکنواختی نسبی نمونه در برخی متغیرها توان آزمون آماری را کاهش داده باشد. برای مثال، در داده های این مطالعه، تقریباً همه افراد ساکن شهر بودند و همه در گروه غیرسیگاری قرار داشتند؛ چنین محدودیت توزیعی باعث کاهش تنوع و در نتیجه کاهش احتمال یافتن ارتباط معنادار می شود. در واقع، هنگامی که یک متغیر پراکندگی کافی ندارد، توان تشخیص ارتباط آن با پیامد روان شناختی کاهش می یابد [۱۱]. سوم، نبود ارتباط معنادار لزوماً به معنای بی اثر بودن کامل متغیرهای دموگرافیک نیست، بلکه ممکن است نشان دهد که اثر آن ها غیرمستقیم، ضعیف، یا وابسته به سایر متغیرهای میانجی و تعدیل گر است. برای نمونه، تحصیلات ممکن است از طریق افزایش آگاهی نسبت به زایمان یا از طریق بهبود دسترسی به منابع سلامت روان اثر بگذارد، اما این رابطه در غیاب اندازه گیری متغیرهایی مانند حمایت اجتماعی یا اضطراب صفتی، آشکار نشود [۱۲،۱۳].

در سال های اخیر، پژوهش ها بیش از پیش بر این تأکید کرده اند که پریشانی دوران بارداری صرفاً محصول مشخصات دموگرافیک نیست، بلکه حاصل تعامل چندین عامل است. از جمله مهم ترین این عوامل، ترس از زایمان است که در زنان نخست زای شایع تر گزارش می شود. ترس از زایمان می تواند یک سازه مرکزی در شکل گیری اضطراب و استرس دوران بارداری باشد و حتی با افسردگی همبستگی داشته باشد [۱۴-۱۶]. در بسیاری از مطالعات، ترس شدید از زایمان با افزایش درخواست سزارین انتخابی، کاهش رضایت از تجربه زایمان و افزایش علائم هیجانی ارتباط داشته است [۱۷]. همچنین، ادراک حمایت اجتماعی یکی از مهم ترین محافظ های روانی در بارداری است. زنانی که از حمایت عاطفی، اطلاعاتی و عملی کافی از سوی همسر، خانواده و کارکنان سلامت برخوردارند، معمولاً سطح پایین تری از اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند [۱۸،۱۹]. بنابراین، اگرچه در این مطالعه متغیرهای دموگرافیک با پریشانی ارتباطی نشان ندادند، ممکن است در صورت ورود متغیرهای حمایتی و روان شناختی، الگوی متفاوتی مشاهده شود.

یافته های این پژوهش با بخشی از ادبیات موجود همسو است که نشان می دهد بسیاری از متغیرهای دموگرافیک به تنهایی پیش بین های ضعیفی برای پریشانی در بارداری هستند [۲۰،۲۱]. در برخی مطالعات، ارتباط بین سن، تحصیلات یا وضعیت شغلی با افسردگی و اضطراب بارداری گزارش شده است؛ اما در بسیاری دیگر، این ارتباط پس از کنترل متغیرهای روانی و اجتماعی از بین رفته یا ضعیف شده است [۲۲،۲۳]. این ناهمگونی احتمالاً ناشی از تفاوت در ابزارهای سنجش، زمان نمونه گیری، ویژگی های فرهنگی و اجتماعی جمعیت ها و همچنین تفاوت در تعریف و طبقه بندی پریشانی است. از سوی دیگر، نتایج این مطالعه با رویکردهای جدید سلامت روان مادران هم راستا است که تأکید می کنند غربالگری نباید فقط بر اساس مشخصات جمعیت شناختی انجام شود، بلکه لازم است زنان در معرض خطر بر اساس مجموعه ای از نشانه های هیجانی، سابقه روانی و شرایط روان اجتماعی

شناسایی شوند [۲۴،۲۵]. در این چارچوب، حتی زنانی با ویژگی‌های دموگرافیک به ظاهر «کم‌خطر» نیز ممکن است سطح بالایی از استرس یا اضطراب را تجربه کنند. نتایج این پژوهش پیامدهای مهمی برای مراقبت‌های دوران بارداری دارد. با توجه به شیوع بالای پریشانی روان‌شناختی، توصیه می‌شود در مراقبت‌های روتین دوران بارداری، غربالگری نظام‌مند استرس، اضطراب و افسردگی به‌ویژه در زنان نخست‌زا انجام شود. استفاده از ابزارهای کوتاه و معتبر مانند DASS-۲۱ می‌تواند به شناسایی زود هنگام زنان آسیب‌پذیر کمک کند [۴،۵]. افزون بر این، آموزش آمادگی برای زایمان، افزایش سواد سلامت، مشاوره فردی، و مشارکت همسر در برنامه‌های آموزشی می‌تواند در کاهش اضطراب و افزایش احساس کنترل مؤثر باشد [۲۶،۲۷]. از منظر سیاست‌گذاری، نتایج نشان می‌دهد که تمرکز صرف بر ویژگی‌های دموگرافیک برای پیش‌بینی سلامت روان بارداران کافی نیست. لازم است رویکردی چندبعدی اتخاذ شود که شامل عوامل روان‌شناختی، خانوادگی، اجتماعی و تجربه‌های مرتبط با بارداری باشد. ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت‌های اولیه بارداری می‌تواند به کاهش بار اختلالات هیجانی و بهبود پیامدهای مادری و نوزادی منجر شود [۲۸].

این مطالعه چند محدودیت دارد. نخست، حجم نمونه نسبتاً محدود است و ممکن است توان آماری برای کشف روابط ضعیف یا متوسط کافی نباشد. دوم، طراحی مقطعی مانع از استنباط علیت می‌شود. سوم، همه متغیرهای مهم روان‌اجتماعی مانند حمایت اجتماعی، سابقه اختلالات روانی، کیفیت ازدواج و ترس از زایمان به‌صورت مجزا بررسی نشده‌اند. چهارم، استفاده از خودگزارشی ممکن است با سوگیری پاسخ همراه باشد. بنابراین، در مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود از نمونه‌های بزرگ‌تر، طرح‌های طولی و مدل‌های چندمتغیره استفاده شود تا عوامل تعیین‌کننده پریشانی روان‌شناختی در بارداری با دقت بیشتری شناسایی شوند.

### نتیجه‌گیری

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد که پریشانی روان‌شناختی در زنان باردار شهر یزد شیوع بالایی دارد، اما با متغیرهای دموگرافیک بررسی‌شده ارتباط معناداری ندارد. این نتیجه بر ضرورت توجه بیشتر به عوامل روانی و اجتماعی در کنار عوامل جمعیت‌شناختی تأکید می‌کند. به‌کارگیری برنامه‌های غربالگری و مداخله زود هنگام در دوران بارداری، به‌ویژه برای زنان نخست‌زا، می‌تواند در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و بهبود تجربه بارداری و زایمان نقش مهمی داشته باشد.

### ملاحظات اخلاقی:

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی بود و اجرای این طرح مغایرتی با اعتقادات و باورها و سنت‌های جامعه ندارد؛ در بازنگری منابع و استفاده از مقالاتی که در فهرست منابع ذکر گردیده رعایت صداقت و امانت شده است و از منابع مشکوک و فاقد اعتبار استفاده نشده است؛ از مناسب‌ترین روش تحقیق و جدیدترین تکنیک‌های ممکن استفاده شده است.

### مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

### سپاسگزاری:

نویسندگان، بدینوسیله بر خود لازم می‌دانند از کلیه زنان باردار و مشارکت‌کننده در طرح و خانواده‌های آن‌ها و همچنین زحمات تمامی افرادی که در نگارش این مقاله ما را راهنمایی نمودند، سپاسگزاری نمایند.

## References

۱. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* ۲۰۱۷;۲۱۹:۸۶-۹۲.
۲. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a multivariate Bayesian meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* ۲۰۱۹;۸۰(۴):۱۸۱-۱۸۵.
۳. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord.* ۲۰۱۶;۱۹۱:۶۲-۷۷.
۴. Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales.* ۲nd ed. Sydney: Psychology Foundation; ۱۹۹۵.
۵. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-۲۱): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol.* ۲۰۰۵;۷۴(Pt ۲):۲۲۷-۳۹.
۶. Dunkel Schetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu Rev Psychol.* ۲۰۱۱;۶۲:۵۳۱-۵۸.
۷. O'Connor TG, Heron J. Prenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* ۲۰۰۵;۴۴(۹):۸۳۸-۴۶.
۸. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* ۲۰۰۷;۲۰(۳):۱۸۹-۲۰۹.
۹. Field T. Prenatal anxiety effects: a review. *Infant Behav Dev.* ۲۰۱۷;۴۹:۱۲۰-۸.
۱۰. ACOG Committee Opinion No. ۷۵۷: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol.* ۲۰۱۸;۱۳۲(۵):۱۲۰۸-۱۲.
۱۱. Altman DG, Bland JM. Statistics notes: variables and parameters. *BMJ.* ۱۹۹۸;۳۱۷(۷۱۶۵):۴۰۹-۱۰.
۱۲. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* ۲۰۱۷;۲۱۰(۵):۳۱۵-۲۳.
۱۳. Sawyer A, Ayers S, Smith H. Pre- and postnatal psychological wellbeing in women with a history of childhood maltreatment: a systematic review. *J Affect Disord.* ۲۰۱۷;۲۱۸:۱۲۳-۳۴.
۱۴. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* ۲۰۱۷;۹۶(۸):۹۰۷-۲۰.
۱۵. Körükçü O, Kukulcu K, Firat MZ. The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *J Clin Nurs.* ۲۰۱۲;۲۱(۱۱-۱۲):۱۶۳۸-۴۵.
۱۶. Ip WY, Chan D, Ip PK, Tiwari A. Antenatal depression and anxiety: a review of prevalence, diagnostic considerations, and key correlates. *Midwifery.* ۲۰۰۷;۲۳(۵):۱۱۱-۲۵.

۱۷. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. ۲۰۱۸;۱۸:۲۸.
۱۸. Edmonds JK, Paul M, Sibley L. Shared understanding: developing a model of maternal-fetal attachment and social support in pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. ۲۰۱۱;۴۰(۵):۴۸۸-۹۹.
۱۹. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. ۲۰۱۰;۲۰۲(۱):۵-۱۴.
۲۰. Yim IS, Dunkel Schetter C, Chicz-DeMet A, et al. Biopsychosocial predictors of prenatal depression in a racially and ethnically diverse sample. *J Abnorm Psychol*. ۲۰۱۵;۱۲۴(۱):۱۲-۲۸.
۲۱. Bayrampour H, Lukasse M, Vangen S, et al. The prevalence of maternal anxiety in a cohort of pregnant women and the association with adverse pregnancy outcomes. *Midwifery*. ۲۰۱۸;۶۲:۱۵-۲۱.
۲۲. Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S, Brown SJ. Physical health after childbirth and maternal depression: a longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. ۲۰۱۴;۱۴:۶۶.
۲۳. Farr SL, Dietz PM, O'Hara MW, Burley K, Ko JY. Postpartum anxiety and comorbid depression among women in the United States. *Arch Womens Ment Health*. ۲۰۱۴;۱۷(۶):۵۲۷-۳۳.
۲۴. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*. ۲۰۰۰;۹۵(۴):۴۸۷-۹۰.
۲۵. Dennis CL, Ross LE. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J Adv Nurs*. ۲۰۰۶;۵۶(۶):۵۸۸-۹۹.
۲۶. Saw A, Khor GL. Maternal mental health in pregnancy: screening and intervention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. ۲۰۲۱;۷۳:۳۳-۴۵.
۲۷. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord*. ۲۰۰۹;۱۱۹(۱-۳):۱۴۲-۸.
۲۸. World Health Organization. Improving maternal mental health. Geneva: WHO; ۲۰۲۲.