بررسی میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارومیه

مرادعلی زارعی پور: دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت ارتقاء سلامت، مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. zareipour_m@umsu.ac.ir

علی صدقیانی فر: پزشک عمومی، MPH، مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. zareipour_m@umsu.ac.ir

جلیله امیرذهنی: کارشناسی ارشد مامایی، مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. JalilehAmirzehni@gmail.com

مریم پارس نژاد: کارشناس مامایی، مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.mary@yahoo.com

__وحید عیوقی رهنما:__ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (مولف مسئول). vahidayuoghi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: حاملگی و مادر شدن، از وقایع لذت‌بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می‌شود و اغلب هم با استرس، اضطراب و افسردگی همراه است. با توجه به پیامدهای نامطلوب این عوامل بر روی مادر و جنین این مطالعه باهدف بررسی میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارومیه انجام گردید.

روش کار: این پژوهش به صورت توصیفی-تحلیلی انجام گرفت. نمونه مورد بررسی شامل ۳۵۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۵ بودند. نمونه گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه دوقسمتی که شامل اطلاعات دموگرافیک و سؤالات مربوط به پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS 21) بود. پرسش‌نامه‌ها پس از توضیح اهداف پژوهش و رضایت نمونه‌ها توسط زنان باردار و با راهنمایی پرسشگر و به‌صورت خود گزارشی تکمیل گردید. داده‌ها پس از گردآوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ شد و با استفاده از آزمون‌های مجذور کای و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: یافته‌های این مطالعه نشان داد که میزان افسردگی، اضطراب و افسردگی در افراد مورد بررسی به ترتیب ۳۱/۷٪، ۳۲/۵٪ و ۴۹/۱٪ بود. در بین متغیرهای دموگرافیک، تحصیلات، شغل و سن حاملگی با میزان افسردگی، اضطراب و استرس ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. همچنین همبستگی مستقیم و معناداری بین افسردگی، اضطراب، استرس مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت که حمایت اجتماعی به عنوان یکی از عوامل مهم در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی می‌باشد.

کلید واژه ها: استرس، اضطراب، افسردگی، زنان باردار

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

مقدمه:

سلامت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌های صحیح روانی و عاطفی با محیط خودسازگاری بوده و راه‌های بهتری را برای حل مشکلاتشان انتخاب نمایند (۱). در صورت تداوم فشارهای روانی، فرد شادابی، نیرو و توانایی خود در انجام مسئولیت‌های اجتماعی را از دست می‌دهد (۱). سطح آگاهی مادران جامعه از دستورالعمل‌ها و مراقبت‌های ویژه دوران بارداری پایین می‌باشد. از طرف دیگر ضعف جسمانی ناشی از کم‌تحرکی و افزایش وزن بیش از حد باعث می‌شود تا در برخی از موارد، دوران بارداری و زایمان با تحمل اضطراب، سختی‌ها و پیامدهای منفی غیرقابل انتظاری همراه گردد که این امر می‌تواند مادران را تا سال‌ها پس از زایمان و حتی در دوران سالمندی گریبان گیر و مبتلا سازد (۲). دوران بارداری می‌تواند به حدی نگرانی ایجاد کند که بیماری‌های روانی را برانگیزد (۳). در یک مطالعه انجام شده در سوئد نشان داده شده است که میزان شیوع اختلالات روانی در دوران بارداری ۱۴ درصد است که از این میزان ۳/۳ درصد مربوط به افسردگی شدید، ۶/۹ درصد افسردگی خفیف و ۶/۶ درصد مربوط به اختلالات اضطرابی بوده است (۳).

حاملگی و مادر شدن، از وقایع لذت‌بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می‌شود ولی اغلب با استرس و اضطراب همراه می‌باشد (۴, ۵). زنان در طی بارداری، متحمل تغییرات ناخواسته زیادی می‌شوند که این تغییرات، نیازهای جسمی و روحی آنان را دگرگون می‌سازد (۶). در واقع این دوران، حاصل تغییرات و سازگاری‌های فیزیولوژیکی و انطباق‌های روان‌شناختی بوده و مستلزم توجهات ویژه می‌باشد (۷). بارداری طیف وسیعی از پریشانی و احساسات کاملاً متفاوت زندگی یک زن می‌باشد (۸). زنان در دوران بارداری بیشتر در معرض اختلالات روانی قرار دارند که از جمله این موارد می‌توان به استرس، اضطراب و افسردگی اشاره کرد. استرس بارزترین علامت در رفتارها و نشانه‌های بالینی زنان باردار است که می‌تواند باعث پیامدهای نامطلوبی برای مادر، نوزاد و جنین شود (۹). امروزه ثابت شده است که موقعیت‌های استرس‌زا در زندگی از جمله تعارضات زناشویی، مشکلات شغلی، نگرانی درباره مشکلات بارداری و ارتباط با همسر می‌تواند در تغییرات روانی مادران باردار نقش داشته باشد (۱۰). همچنین اضطراب نیز یکی از شایع‌ترین علامت‌های همراه در مادران باردار است (۱۱). اضطراب در طول دوران بارداری ثابت نبوده و در سه ماه اول، افزایش و در سه ماه دوم کاهش و مجدداً در شروع سه ماه سوم افزایش می‌یابد و در هنگام زایمان به حداکثر می‌رسد (۱۲). میزان شیوع اضطراب در زنان باردار ایرانی ۱۵ درصد گزارش شده است (۱۳). افسردگی اختلال شایع دیگری است که مادران باردار با آن مواجه هستند که می‌تواند سلامت مادر و جنین را تحت تأثیر قرار دهد. افسردگی در دوران بارداری می‌تواند باعث عدم مراقبت مادر از خود، بی‌اشتهایی، تغذیه ناکافی، مصرف سیگار و مصرف دارو شود که در نتیجه آن افزایش میزان شیوع کم‌وزنی نوزادان و تولد زودرس اتفاق می‌افتد (۱۴, ۱۵). متأسفانه افسردگی زنان در دوران بارداری به طور جدی مورد توجه قرار نمی‌گیرد و در بیشتر مواقع به علت تشابه علائم افسردگی با علائم جسمانی بارداری، تشخیص داده نمی‌شود (۱۶). همچنین استفاده از داروهای ضد افسردگی با محدودیت همراه بوده و عوارض منفی زیادی در رشد جنین ایجاد می‌کند (۱۷). با توجه به اهمیت موضوع و نبود مطالعه‌ای جامع در این زمینه در شهرستان ارومیه، این مطالعه با هدف بررسی میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارومیه انجام شده است.

Email:rsj@iums.ac.ir

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

روش کار:

این مطالعه به توصیفی -تحلیلی انجام گرفت. نمونه مورد بررسی شامل ۳۵۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان ارومیه بودند. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی بود که با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهر ارومیه در سه ماهه چهارم سال ۱۳۹۵ انجام شد. از کل مراکز موجود (۳۵ مرکز) در مناطق مختلف ۱۰ مرکز یا خوشه انتخاب شد و بعد داخل هر خوشه به‌طور تصادفی ساده ۳۵ نفر زن باردار از بین زنانی که در آن مرکز پرونده خانوار داشتند انتخاب شدند که در مجموع ۳۵۰ نفر بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: حاملگی، سن بارداری ۱ تا ۹ ماهه، دارای پرونده بهداشتی در مراکز بهداشتی و رضایت و همکاری زنان باردار بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه دوقسمتی که شامل اطلاعات دموگرافیک و سؤالات مربوط به پرسشنامه استاندارد استرس، افسردگی و اضطراب استرس DASS 21 (Depression, Anxiety, Stress) بود. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال با مقیاس لیکرتی می‌باشد که ۷ سؤال آن مربوط به استرس، ۷ سؤال مربوط به اضطراب و ۷ سؤال مربوط به افسردگی می‌باشد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات انجام‌گرفته، حدود ۷۰ درصد

افسردگی، ۶۶ درصد اضطراب، ۷۶ درصد استرس برآورد گردیده است (۱۸). پرسش‌نامه‌ها پس از توضیح اهداف پژوهش و رضایت نمونه‌ها توسط زنان باردار و با راهنمایی پرسشگر و به صورت خود گزارشی تکمیل گردید. در مورد زنان بی‌سواد پرسش‌نامه‌ها

توسط بهورزان مرکز و از طریق مصاحبه تکمیل گردید. داده‌ها پس از گردآوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ شد و با استفاده از آزمون‌های مجذورکای دو و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها:

بیشترین نمونه‌های مورد مطالعه ۱۰۳ نفر (۲۹/۴٪) مربوط به گروه سنی ۲۵-۲۰ سال، خانه‌دار ۲۹۹ نفر (۸۵/۴٪) و بقیه شاغل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۲۶ نفر (۷/۴٪) بی‌سواد، ۱۲۰ نفر (۴۳/۳٪) ابتدایی و ۱۲۶ نفر (۳۶٪) راهنمایی و ۷۸ نفر (۲۲/۳٪) دیپلم و بالاتر بودند. از نظر سن حاملگی ۷۱ نفر (۲۰/۳٪) در سه ماه اول بارداری، ۱۲۳ نفر (۳۵/۱٪) در سه ماهه دوم و ۱۵۶ نفر (۴۴/۶٪) در سه ماهه سوم حاملگی قرار داشتند. همچنین از لحاظ اقتصادی بیشتر افراد ۲۲۱ (۶۳/۱٪) وضعیت اقتصادی متوسط داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد که ۱۱۱ نفر (۳۱/۷٪) از زنان باردار دارای افسردگی (۲۰٪ افسردگی متوسط و ۱۱/۷٪ افسردگی شدید)، ۱۱۳ نفر (۳۲/۵٪) دارای اضطراب (۲۳/۱٪ اضطراب متوسط و ۹/۴٪ اضطراب شدید) و ۱۷۲ نفر (۴۹/۱٪) دارای استرس (۳۱/۴٪ استرس متوسط و ۱۷/۷٪ استرس شدید) می‌باشند. ارتباط متغیرهای دموگرافیک با افسردگی، اضطراب و استرس با استفاده از آزمون کای دو بررسی شد. نتایج نشان داد که افسردگی، اضطراب و استرس با تحصیلات، شغل، سن حاملگی ارتباط آماری معناداری دارد؛ بدین صورت که در زنان خانه‌دار و افراد با تحصیلات پایین، بیشتر بود. همچنین میزان افسردگی، اضطراب و استرس در سه ماه دوم حاملگی به طور معنی‌داری از بقیه سنین حاملگی پایین‌تر بود و از نظر آماری معنادار بود. میزان افسردگی و اضطراب در زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند بیشتر بوده است. اضطراب و استرس در افراد با سن کمتر از ۲۰ سال به طور معنی‌داری از بقیه سنین بالاتر بود و از لحاظ آماری معنادار بودند (جدول ۱).

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول شماره ۱: ارتباط متغیرهای دموگرافیک با افسردگی، اضطراب، استرس در زنان باردار مورد مطالعه

اطلاعات دموگرافیک		افسردگی			اضطراب			استرس		
		دارد	ندارد	p	دارد	ندارد	p	دارد	ندارد	P
سن	کمتر از ۲۰	۱۲(۲۵)	۳۶(۷۵)	۰/۳۳	۳۹(۸۱/۲)	۹(۱۸/۸)	۰/۰۰۹	۳۳(۶۹/۶)	۱۵(۳۰/۴)	۰/۰۱
	۲۰-۲۵	۳۰(۳۰/۱)	۷۲(۶۹/۹)		۴۶(۴۴/۷)	۵۷(۵۵/۳)		۶۱(۵۹/۲)	۴۲(۴۰/۸)	
	۲۵-۳۰	۳۶(۳۷/۹)	۵۹(۶۲/۱)		۲۷(۲۸/۴)	۶۸(۷۱/۶)		۴۲(۴۴/۲)	۵۳(۵۵/۸)	
	۳۰-۳۵	۱۶(۲۵/۸)	۴۶(۷۴/۲)		۱۶(۲۵/۸)	۴۶(۷۴/۲)		۲۴(۳۸/۷)	۳۸(۶۱/۳)	
	بیشتر از ۳۵	۱۶(۳۸/۱)	۲۶(۶۱/۹)		۱۶(۳۸/۱)	۲۶(۶۱/۹)		۱۳(۳۱/۹)	۲۹(۶۸/۱)	
تحصیلات	بی‌سواد	۸(۳۰/۸)	۱۸(۶۹/۲)	۰/۰۰۱	۱۰(۳۸/۵)	۱۶(۶۱/۵)	۰/۰۶	۱۲(۴۶/۲)	۱۴(۵۳/۸)	۰/۰۰۲
	ابتدایی	۵۴(۴۵)	۶۶(۵۵)		۴۹(۴۰/۸)	۷۱(۵۹/۲)		۷۶(۶۳/۳)	۴۴(۳۶/۷)	
	راهنمایی	۳۴(۲۷)	۹۲(۷۳)		۳۶(۲۸/۶)	۹۰(۷۱/۴)		۵۰(۳۹/۷)	۷۶(۶۰/۳)	
	دیپلم و بالاتر	۱۵(۱۹/۲)	۶۳(۸۰/۸)		۱۹(۲۴/۴)	۵۹(۷۵/۶)		۳۴(۴۳/۶)	۴۴(۵۶/۴)	
شغل	خانه‌دار	۱۰۲(۳۴/۱)	(۶۵/۹) ۱۹۷	۰/۰۱	۱۰۳(۳۴/۴)	۱۹۶(۶۵/۶)	۰/۰۴	(۴۹/۲) ۱۴۷	(۵۰/۸) ۱۵۲	۰/۵
	بیرون خانه	۹(۱۷/۶)	۴۲(۸۲/۴)		۱۱(۲۱/۶)	۴۰(۷۸/۴)		۲۵(۴۹)	۲۶(۵۱)	
سن حاملگی	سه‌ماهه اول	۴۵(۶۳/۴)	۲۶(۳۶/۶)	۰/۰۰۱	۴۹(۶۹)	۲۲(۳۱)	۰/۰۰۲	۴۱(۵۷/۷)	۳۰(۴۲/۳)	۰/۰۰۳
	سه ماهه دوم	۴۱(۳۳/۳)	۸۲(۶۶/۷)		۴۳(۳۵)	۸۰(۶۵)		۵۴(۴۳/۹)	۶۹(۵۶/۱)	
	سه ماهه سوم	۱۱۲(۷۱/۸)	۴۴(۲۸/۲)		۱۰۷(۶۸/۶)	۴۹(۳۱/۴)		۸۳(۵۳/۲)	۷۳(۴۶/۸)	
سابقه سقط و مرده زایی	دارد	۱۹(۳۰/۲)	۴۴(۶۹/۸)	۰/۴	۱۵(۲۳/۸)	۴۸(۷۶/۲)	۰/۰۶	۳۱(۴۹/۲)	۳۲(۵۰/۸)	۰/۵
	ندارد	۹۲(۳۲/۱)	(۶۷/۹) ۱۹۵		۹۹(۳۴/۵)	۱۸۸(۶۵/۵)		(۴۹/۱) ۱۴۱	(۵۰/۹) ۱۴۶	

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

زایمان قبلی	طبیعی	۵۹(۳۶/۶)	(۶۳/۴) ۱۰۲	/۰۸ ۰	۵۶(۳۴/۸)	۱۰۵(۶۵/۲)	۰/۳۳	(۴۸/۷) ۱۵۲	(۵۱/۳) ۱۶۰	۰/۳
	سزارین	۲۰(۲۶/۷)	۵۵(۷۳/۳)		۲۹(۳۸/۷)	۴۶(۶۱/۳)		۲۰(۵۲/۶)	۱۸(۴۷/۴)	
نوع حاملگی	خواسته	۹۱(۲۹/۲)	(۷۰/۸) ۲۲۱	۰۰۴ ۰/	۹۶(۳۰/۸)	۲۱۶(۶۹/۲)	۰/۰۳	۸۵(۵۲/۸)	۷۶(۴۷/۲)	۰/۲
	ناخواسته	۲۰(۵۲/۶)	۱۸(۴۷/۴)		۱۸(۴۷/۴)	۲۰(۵۲/۶)		۳۶(۴۸)	۳۹(۵۲)	
وضعیت اقتصادی	خوب	۱۵(۲۷/۳)	۴۰(۷۲/۷)	/۳۷ ۰	۱۵(۲۷/۳)	۴۰(۷۲/۷)	۰/۲۲	۲۵(۴۵/۵)	۳۰(۵۴/۵)	۰/۸
	متوسط	۷۶(۳۴/۴)	۱۴۵(۶۵/۶)		۶۹(۳۱/۲)	۱۵۲(۶۸/۸)		(۵۰/۲) ۱۱۱	(۴۹/۸) ۱۱۰	
	ضعیف	۲۰(۲۷)	۵۴(۷۳)		۳۰(۴۰/۵)	۴۴(۵۹/۵)		۳۶(۴۸/۶)	۳۸(۵۱/۴)	

همچنین آنالیز بر اساس شدت افسردگی، اضطراب و افسردگی نیز صورت گرفت. از نظر میزان افسردگی، ۶۸ درصد دارای وضعیت نرمال، ۲۰ درصد متوسط و ۱۱/۷ درصد دارای افسردگی شدید بودند. از نظر میزان اضطراب، ۶۷/۴ درصد وضعیت نرمال، ۲۳/۱ درصد متوسط و ۹/۴ درصد دارای اضطراب شدید بودند. از نظر میزان استرس، ۵۰/۹ درصد وضعیت نرمال، ۳۱/۴ درصد متوسط و ۱۷/۷ درصد دارای افسردگی شدید بودند (جدول ۲).

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۲: وضعیت افسردگی، اضطراب، استرس زنان باردار شرکت کننده در مطالعه

وضعیت افسردگی، اضطراب، استرس		فراوانی	درصد	میانگین و انحراف معیار
افسردگی	نرمال	۲۳۹	۶۸/۳	۶/۹۲ ±۳/۱۸
	متوسط	۷۰	۲۰	
	شدید	۴۱	۱۱/۷	
اضطراب	نرمال	۲۳۶	۶۷/۴	۶/۸۸ ±۳/۳
	ضعیف	۸۱	۲۳/۱	
	شدید	۳۳	۹/۴	
استرس	نرمال	۱۷۸	۵۰/۹	۷/۴۳ ±۴/۵۵
	ضعیف	۱۱۰	۳۱/۴	
	شدید	۶۲	۱۷/۷	

در پژوهش حاضر بین سازه‌های افسردگی، اضطراب، استرس همبستگی مثبت و معنادار مشاهده شد بدین ترتیب که با افزایش افسردگی، اضطراب و استرس افزایش می‌یابد (جدول شماره ۳).

جدول ۳- همبستگی بین افسردگی، اضطراب، استرس در زنان باردار

متغیرها	افسردگی	اضطراب	استرس
افسردگی	-	r=۰/۷۲ **p=۰/۰۰۱**	r=۰/۷۶ **p=۰/۰۰۱**
اضطراب	r=۰/۷۲ **p=۰/۰۰۱**	-	r=۰/۷۳ **p=۰/۰۰۱**
استرس	r=۰/۷۶ **p=۰/۰۰۱**	r=۰/۷۳ **p=۰/۰۰۱**	-

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

بحث :

نتایج این مطالعه نشان داد که ۳۱/۷٪ از زنان باردار دارای افسردگی، ۳۲/۵٪ دارای اضطراب و ۴۹/۱٪ دارای استرس بودند. در بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک نیز مشاهده شد که میزان افسردگی، استرس و اضطراب با متغیرهایی مانند سن، تحصیلات، شغل، سن حاملگی و نوع حاملگی دارای ارتباط معنی‌داری بودند.

در مطالعه انجام شده توسط زارعی پور و همکاران شیوع افسردگی و اضطراب در زنان باردار کوهدشت به ترتیب ۴۲/۴٪ و ۲۵/۶ گزارش شده است (۱۹). در مطالعه انجام شده توسط احمدزاده میزان افسردگی در زنان باردار نسبت به کل زنان ۱۳٪-۷٪ بیشتر به دست آمد که نشان می‌دهد زنان در دوران بارداری بیشتر در معرض بیماری افسردگی هستند. طبق نتایج مطالعات قبلی بیان می‌کند که حاملگی، زنان حامله را در مقابل افسردگی محافظت نمی‌کند و با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه شیوع افسردگی خفیف در سه ماهه اول، دوم و سوم به ترتیب ۲۴/۳٪، ۱۴/۶٪ و ۲۴/۹٪ و افسردگی متوسط تا شدید به ترتیب ۵/۴٪، ۲/۲٪ و ۳/۳٪ بوده است (۲۰). در مطالعه انجام شده توسط محمدی و همکاران شیوع افسردگی ماژور در زنان اصفهان ۵/۵۷٪ گزارش شده است (۲۱). همچنین در مطالعه دیگر توسط قاسمی و همکاران شیوع افسردگی ماژور در زنان شهر اصفهان ۷/۴٪ گزارش گردیده است (۲۲). در مطالعه انجام شده توسط منگلی و همکاران شیوع افسردگی ۳۴/۳ درصد به دست آمده بود. همچنین شیوع موارد مشکوک به اضطراب در این بررسی ۴۲/۸ درصد به دست آمده بود. نگرانی در مورد بارداری، زایمان و وضعیت جنین، پذیرش تعهد و مسئولیت و افزایش سطح استرادیول از دلایل بالا بودن اضطراب در زنان باردار می‌باشد (۲۳).

در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی افسردگی در زنان بارداری گزارش شد که از نظر وضعیت اقتصادی در طبقات پائین جامعه زندگی می‌کردند و برعکس کمترین افسردگی در بین طبقات بالای اقتصادی جامعه مشاهده گردید. این یافته با نتایج سایر مطالعات که وضعیت اقتصادی را به‌عنوان یک عامل مهم در بروز افسردگی می‌دانند همسو می‌باشد (۲۴, ۲۵). در مطالعه صادقی و همکاران ۴۴/۹ درصد از زنان کرمانشاه دارای افسردگی و ۴۲/۹ درصد اضطراب بودند (۹). در مطالعه عزیزی و همکاران نیز ۴۲/۶ درصد از زنان باردار مورد مطالعه دارای اضطراب آشکار متوسط به بالا و ۴۵/۳ درصد دارای اضطراب پنهان متوسط به بالا بودند (۲۶). این یافته‌ها در راستای تائید نتایج به دست آمده از مطالعاتی است که نشان دهنده شیوع بالای اضطراب در زنان باردار ایرانی می‌باشند (۲۰, ۲۷). علاوه بر آن از سایر یافته‌ها نیز می‌توان نتیجه گرفت که شیوع بالای میزان افسردگی در کشورهای فقیر ممکن است به دلیل مواجهه بیشتر این افراد با عوامل خطری مانند فقر، حمایت اجتماعی پایین، خشونت خانگی (۲۸, ۲۹)، ایدز (۳۰)، تعداد بارداری زیاد، بارداری ناخواسته، سقط‌های غیر ایمن، ناباروری و عوارض حاملگی باشد (۳۱, ۳۲).

در دوران بارداری، استرس مادر می‌تواند با پیامدهایی مانند تولد زودرس، وزن کم هنگام تولد و خطر ابتلا به فشاری خون حاملگی همراه باشد (۳۳, ۳۴). برخی از محققان استرس را به‌عنوان یک بخش اساسی از فشار روانی در دوران بارداری و عامل مهم در افزایش سرعت تغییرات بیوشیمیایی بدن مادر در نظر می‌گیرند؛ این محققان یک رابطه نزدیک بین استرس مادر در طی بارداری و برخی از نتایج منفی تولد به دست آورده‌اند (۱۹). استرس اصولاً با آسیب‌های روانی همراه است (۳۵)، از آن جایی که بارداری نیز نوعی استرس محسوب می‌شود، طبیعی است که با افسردگی

Email:rsj@iums.ac.ir

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

همبستگی متوسطی داشته باشد. پژوهش‌های موجود نشان می‌دهند ۵۰ تا ۸۰ درصد افراد افسرده، در مقایسه با ۲۰ تا ۳۰ درصد افراد غیر افسرده؛ تا ۶ ماه قبل از افسردگی، استرس‌هایی در زندگی تجربه کرده بودند (۱۸). این در حالی است که تعدادی از نمونه پژوهش در طی دوران بارداری خود مشکلاتی مانند مرده زایی، سقط جنین یا نازایی داشتند که این خود زمینه مناسبی برای بروز یا ایجاد افسردگی ایجاد می‌کند.

از یافته‌های دیگر مطالعه حاضر ارتباط معنی‌دار بین افسردگی، اضطراب و استرس با تحصیلات، شغل، نوع حاملگی و سن حاملگی بود. در مطالعه احمدزاده و همکاران نیز بین ناخواسته بودن بارداری و افسردگی، اضطراب و استرس رابطه آماری معنی‌داری مشاهده شد که همسو با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد ولی در سایر موارد ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۲۳). همچنین در مطالعه سجادی و همکاران بین تحصیلات و افسردگی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد به‌طوری که بیشترین میزان افسردگی در زنان بارداری گزارش شد که تحصیلات پائینی داشتند (۲۷). یکی از دلایل احتمالی این یافته این است که اکثریت زنان کم‌سواد از نظر اقتصادی نیز متعلق به طبقات ضعیف و متوسط جامعه می‌باشند. البته در این رابطه نمی‌توان از نقش پراهمیت آگاهی و دانش بیشتر افراد تحصیل‌کرده به‌عنوان عامل محافظ چشم‌پوشی نمود. بررسی افراد از نظر وضعیت اشتغال زنان باردار نیز نشان داد که زنان باردار خانه‌دار میزان افسردگی بیشتری نسبت به زنان باردار شاغل دارند.

اختلاف میزان شیوع افسردگی در مطالعات ایران با سایر مطالعات جهانی می‌تواند تحت تأثیر عواملی چون متغیرهای فرهنگی بر ابعاد روان‌شناختی افسردگی، شرایط نامناسب اقتصادی، عدم دریافت آموزش‌های لازم برای شناخت و تطابق با روند بارداری، سطوح پایین پوشش خدمات بیمه‌ای و تأمین اجتماعی و وجود نگرانی‌های مالی برای زنان باردار، فقدان خدمات مشاوره روانی و تأکید و تمرکز سیستم‌های ارائه‌دهنده مراقبت و کارکنان آن‌ها بر مراقبت صرفاً جسمانی از زنان باردار ایجاد شده باشد.

نتیجه‌گیری:

بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌توان بیان کرد که میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان باردار بالا می‌باشد. عواملی مانند تعدد حاملگی، وضعیت اقتصادی نامناسب، تحصیلات پائین، خانه‌دار بودن، ناخواسته بودن بارداری و حمایت عاطفی و روانی نامناسب و ناکافی همسر از مهم‌ترین عوامل خطر افسردگی زنان باردار محسوب می‌شوند. مسئولین و سیاست‌گذاران بهداشتی باید در برنامه‌های خود بیشتر به این موارد توجه کنند.

تشکر و قدر دانی:

نویسندگان بر خود لازم می دانند مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه افراد مورد پژوهش که در اجرای مراحل مختلف مطالعه همکاری داشته اند اعلام نمایند.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

منابع

۱. Zareipour M, EftekharArdabili H, Azam K EM. Study of Mental health and its Relationship with Family Welfare in Pre-university Students in Salmas City in 2010. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery. 2012;9(1):84-93.

۲. Bloch T, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk Factors for early postpartum depressive symptoms. General hospital psychiatry 2006; (28): 3-8.

۳. Salary p, Banafshe E Hebrani P, Jabbarinooghabi H. the relationship between maternal fatigue and postpartum depression. Journal of fundamentals of mental health 2010;11(4):302-11.

۴. Cunningham FG. Leveno KJ, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams obstetrics.23rd edition .2010 .Newyork :MCGraw-Hill.

۵. Simpson KR, Creehan PA. AWHONN's Perinatal Nursing. 4th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. 2013. p. 117-89.

۶. Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effect on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. Hum Reprod.May ۷۷,-۸۶۹:(۳)۲۲;۲۰۰۷

۷. Berek JS. Berek & novak's gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

۸. Torshizi M, Sharifzadeh Gh. [Maternal-fetal attachment and associated factors in pregnant women referred to Birjand health centers]. J Birjand Univ Med Sci. 2013;20(3):279-87. Persian.

۹. Sadeghi R, Zareipour MA, Akbari H, Khan-Beygi M. Mental Health and Associated Factors amongst Women Referred to Health Care Centers. Journal of Health And Care. 2011;13(4):0.-

۱۰. sadegi n, Sheylan A, Mollai Nezad M. Anxiety Study of Pregnant Mothers in Third Trimester of Pregnancy and Its Related Factors in Patients Referring to Bandar Abbas Hospitals in 1391. Iranian Journal of Women, Midwifery and Infertility2014;17(122):15-8. (Persian.(

۱۱. Bazrafshan MR ,Mahmoudi Rad AR. The effect of pregnant women's anxiety on apgar score and birth weight of newborns . Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty 2009; 17(1-2):58-62. (Persian.(

۱۲. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety during pregnancy: a risk factor for neonatal physical outcome?. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2010; 9(1):30-38. (Persian.(

۱۳. Ahmadzade GH, Sadeghizadeh A, Amanat S, Omranifard V, Afshar H. Prevalence of depression in pregnant women and its relationship with some socioeconomic factors. Med J Hormozgan Univ. 2007;10(4):329-34.

۱۴. Ajala E, Olorunsaiye D. An evaluative study of the impact of intervention strategies of non-governmental organisations (ngos) on social well-being, economic empowerment and

Email:rsj@iums.ac.ir

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

health of the aged in oyo state, Nigeria. International Journal of African & African-American Studies. 2009;5(2):1-12.

۱۵. Divney A A, Sipsma H, Gordon D, Niccolai L, Magriples U, Kershaw T. Depression during pregnancy among young couples: the effect of personal and partner experiences of stressors and the buffering effects of social relationships. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2012; 25 (3): 201-7. .

۱۶. Ali FA, Israr SM, Ali BS, Janjua NZ. Association of various reproductive rights, domestic violence and marital rape with depression among Pakistani women. BMC Psychiatry. 2009;9(1):77. .

۱۷. Zhang Y, Zou S, Cao Y. Relationship between domestic violence and postnatal depression among pregnant Chinese women. Int J Gynaecol Obstet. 2012;116(1):26-30. .

۱۸. Gasemi G, Asadolahi G, Ahmadzadeh G, Najmi B, Palahang H. Prevalence of mental disorders in Isfahan city. Research in medical sciences 1999; (16):194-190.

۱۹. Zareipour M, Sadeghi R, Bazvand E. Mental Health and its Related Factors in Pregnant Women in Health Centers of Kuhdasht, Iran. Journal of Health and Development. 2012;1(2):56-65.

۲۰. Ahmad zadeh GH, Sadegi zadeh A, Amanat S, Omrani fard V, Afshar H. Prevalence of depression in pregnant women and its relation with some socioeconomic factors. Hormozgan Medical Journal 2006; 10(4):334-329. (Persian).

۲۱. Stein A, Krebs G, Richter L, Tomkins A, Rochat T, Bennish ML. Babies of a pandemic. Arch Dis Child. 2005;13 (2):116-8. .

۲۲. Rees DI, Sabia JJ. The relationship between abortion and depression: new evidence from the fragile families and child wellbeing study. Med Sci Monit. 2007;13(10):CR430-6. .

۲۳. Mangoli M, Ramezani T, Mohammad Alizadeh S. Screening mental disorders in pregnancy. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2003;8(4):45-55.

۲۴. Christensen A L, Stuart E A, Perry D F, Le H N. Unintended pregnancy and perinatal depression trajectories in low-income, high-risk Hispanic immigrants. Prev Sci. 2011;19(3):289-99. .

۲۵. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ .A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(10):1012-24. .

۲۶. Shishehgar S, Mahmoodi A, Dolatian M, et al. The Relationship of Social Support and Quality of Life with the Level of Stress in Pregnant Women Using the PATH Model. Iran Red Crescent Med J. 2013;15(7):560.

۲۷. Sajadi H, Vamgi M, Setare fruzan A, Rafiye H, Mohggi Kamal H, Nosrat Abadi M. A systematic review of studies on pregnancy-related depression in Iranian studies. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences Summer2013;5(2): 521-530.

۲۸. Pillitteri A. Maternal &child health nursing care of the childbearing family .4th edition 2003.Philadelphia : Lippincoot.

۲۹. Janati Y, Khaki N. Psychiatric in midwifery. 2005.Tehran :jame negar pub.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

depression in women referred to health centers in Isfahan, a master's degree thesis, Department of Medicine.

.۳۴ Bale TL, Baram TZ, Brown AS, Goldstein JM, Insel TR, McCarthy MM, et l. Early life programming and neurodevelopment disorders. Biol Psychiatry. 2010;68(4):314-19. .

.۳۵ Mohamadi M, Rahgozar M, Bageriye Yazdi A, Asgarpor B, Torabi A, Nasiri H. The Prevalence of Psychiatric Disorders in Isfahan Province. Behavioral Sciences Research 2003; (2): 7-1. (Persian).

.۳۰ Kelly, R.H., Russo, J., Katon, W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? General Hospital Psychiatry; 2001:23, 107–113.

.۳۱ O' Hara , M, Stuart, S. Gorman, L. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for post partum Depression. Arch General Psychiatry;2000: (57) , 1039-1047.

.۳۲ Spinelli, M, Endicott, J. Controlled clinical trial of interpersonal psychoptherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. American Journal of psychiatry;(2003) :160(3) , 555-562. .

.۳۳ Khodadostan.M. (1376). The relationship between factors of postpartum

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]

Exploring of Depression, Anxiety and Stress in Pregnant Women Referred to Health Centers of Urmia

Morad Ali Zareipour: PhD student in Health Education and Health Promotion, Urmia Health Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. zareipour_m@umsu.ac.ir

Ali Sadaghianifar: MD, MPH, Urmia Health Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

JalilehAmirzehni: MSc in midwifery, Urmia Health Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, JalilehAmirzehni@gmail.com

Maryam Parsnezhad: PhD student in health education and health promotion, School of Health, student Research committee, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran. Iran. sm_he91@yahoo.com

* **Vahid Ayuoghi Rahnema:** Msc Clinical Psychology, Urmia Health Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (*Corresponding author). zare.farima@yahoo.com

Abstract

Introduction: Pregnancy and being mother, is one of the enjoyable and evolutionary life of women and often is within stress and depression. Regarding to these undesirable consequences on mother and fetus, this research has been done in the goal of "Exploring of Depression, Anxiety and Stress in Pregnant Women Referred to Health Centers of Urmia.

Material and method: this research has been in descriptive-analytic form. Sample members are 350 of pregnant women who referred to rural health centers of Urmia in 2016, Sampling has been done by random cluster sampling. Collection information tool was questioner in two parts, demography and questions of depression, anxiety, and stress (DASS 21). Questioner was distributed between pregnant women and they answered without any intervention of author except of they had been guided about goals of research. Data were transformed to SPSS16 software and analyzed by Chi-square tests and Pearson correlation coefficient. Meaningful level was in 0.05.

Results: findings of research show that depression, anxiety, and stress rate is 31.7%, 32.5%, 49.1%, respectively. There is a positive and significance relation between demographic T education, job, and pregnant age with depression, anxiety, and stress rate. Also, there is direct and significance correlation between depression, anxiety, and stress.

Discussion and conclusion: according to results of current research, social support is one of the main factors in decreasing of depression, anxiety, and stress.

Keywords: Stress; Depression; Anxiety; Pregnant women

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2024-03-29]