

وضعیت سلامت روان و رضایت زناشویی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کاشان

احمدعلی نوربالا: استاد، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
حسین ملک افصلی: استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمارزیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
نسرین عابدی نیا: دکتری پژوهشی، گروه کودکان، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات مادر جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
ایران - نویسنده رابط: Nasrin.Abedinia@yahoo.com

مرضیه اخباری: پزشک عمومی، گروه سلامت روان، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
علیرضا مروجی: دانشیار، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
فاطمه واثقی: کارشناس ارشد، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
زهرا نخعی: پزشک عمومی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
مامک شریعت: استاد، گروه کودکان، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
مریم میرزایی نیستانی: کارشناس ارشد، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
فاطمه السادات قریشی: استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۵/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: استرس در دوران بارداری می تواند یک اثر ماندگار در سلامت روان زنان پس از زایمان داشته باشد. آمارها نشان می دهد که حدود ۱۸٪ زنان باردار در دوران بارداری افسردگی عمده یا جزئی دارند، اما بسیاری از آنها غربالگری و درمان نشده اند. فقدان درمان می تواند پیامدهای جدی برای مادر و فرزندش داشته باشد. این پژوهش با هدف بررسی وضعیت سلامت روان و رضایت زناشویی مادران باردار در شهرستان کاشان در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی-تحلیلی است. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۲۰۲ زن باردار از چهار مرکز بهداشتی درمانی شهری در شهرستان کاشان وارد مطالعه شدند. در جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire 28)، مصاحبه تشخیصی و پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست (Golombok Rust Inventory of Marital State) استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA)، آزمون کای اسکور (χ^2)، آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون لجستیک انجام گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که ۲۶/۷٪ از زنان باردار اختلالات روانی داشتند و بیشترین اختلال مربوط به جسمانی سازی و کمترین میزان مربوط به افسردگی بوده است. در حدود ۸۰٪ رضایت زناشویی بسیار خوبی گزارش شد. همچنین نتایج نشان داد که میان افسردگی با سن، اضطراب، بی خوابی با طول مدت ازدواج، رضایت زناشویی با نوع زایمان و سلامت روان با رضایت زناشویی ارتباط معنی داری وجود دارد. علاوه بر آن رضایت زناشویی رابطه معنی دار و معکوس با تحصیلات داشت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: بنظر می رسد می بایستی یک مدل مراقبتی، درمانی روانشناختی برای مادران باردار با ریسک اختلالات روانی در دوران بارداری و پس از زایمان در سیستم سلامت و بهداشت ایران ادغام شود.

واژگان کلیدی: سلامت روان، زنان باردار، رضایت زناشویی

مقدمه

در طول حیات هر زن مراحل وجود دارد که تأثیرات عمیقی بر زندگی او برجای می‌گذارد؛ از جمله دوره حاملگی و پس از آن با تغییرات فیزیولوژیک و روانشناختی بسیار مهمی همراه است، که علیرغم احساس لذت مادر شدن گاهی با تغییرات پاتولوژیک نیز همراه می‌گردد. سلامت روان موضوع بسیار با اهمیتی است که می‌تواند منجر به مشکلات فراوانی در دوران بارداری شود. دوران حاملگی پرسترس‌ترین دوران زندگی زن می‌باشد و شدت این استرس در سه ماهه سوم بیشتر است؛ حتی استرس ناشی از تولد اولین فرزند در جداول استرس روانی-اجتماعی، جزء استرس‌های شدید طبقه بندی می‌شود. بنابراین، در این دوران امکان بروز حالت‌هایی مانند نوروز، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و اختلال وسواس زیاد است (Foruzande and Dasht Bozorgi 2000). شیوع اختلالات روانی ۲۷/۶٪ و افسردگی ۱۹/۱٪ در دوران بارداری گزارش شده است و در برخی از گزارشات برآورد می‌شود ۲۵-۳۵٪ از زنان باردار علائم افسردگی داشته، که از این تعداد ۲۰٪ مبتلا به اختلال افسردگی عمده بوده اند (Pajulo et al. 2001; Pinheiro et al. 2005; Alvik et al. 2006).

در مطالعه ای میزان شیوع اختلالات روانی با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) در سه ماهه اول حاملگی ۱۷٪ و سه ماهه سوم ۱۳٪ و شیوع افسردگی و اضطراب در طی بارداری از ۱۳/۵٪ تا ۴۲٪ گزارش شد (Paulson and Bazemor 2010). بنا به گزارشات متعدد، شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در دوران بارداری افسردگی و اضطراب می‌باشد که با زایمان‌های قبل از موعد، فشار خون بالا و افسردگی‌های پس از زایمان ارتباط دارد (Da-Silva et al. 1998; Patel and Kleinman 2003; Herson et al. 2004; Ryan et al. 2005).

اغلب زنان متوجه تغییرات خلق و الگوی خوابشان می‌شوند و نسبت به تولد و نگهداری فرزند احساس دوگانه دارند و از زایمان و به دنیا آوردن کودک ناپه‌نجان و از اینکه

نتوانند مادر خوبی باشند ترس دارند. بدون حمایت کافی از سوی اعضاء خانواده و فامیل یا اعضاء کمیته پزشکی این ترس‌ها افزایش می‌یابد یا اغراق آمیز شده و منجر به افسردگی و اضطراب می‌گردد (Harris et al. 1996). افسردگی در دوران بارداری برای مادر و جنین خطر بیشتری دارد و علائم آن شامل: خلق افسرده، از دست دادن علاقه یا لذت، یاس، پوچی و احساس بی‌ارزشی است. گاهی افسردگی آنچنان عمیق می‌شود که بیمار خود را بی‌پناه و آینده خود را تاریک و ناامید کننده می‌انگارد و در چنین بحرانی است که ممکن است که منجر به مرگ مادر یا کودک گردد (Saduk et al. 2002; Pazande et al. 1996). همچنین تبعات افسردگی در دوران بارداری عبارتند از: زایمان زودرس، تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، تولد نوزاد بیقرار و تحریک پذیر، روی آوردن زن باردار به سیگار و مواد مخدر، عدم توجه به توصیه‌های مراقبت‌های دوران بارداری، اختلال در خواب و تغذیه، افسردگی پس از زایمان و از همه مهمتر خودکشی می‌باشد. (Llewellyn et al. 1997; Kelly et al. 2001; Hamilton et al. 2007; Correia and Linhares 2007).

اضطراب نیز بصورت احساس دلشوره منتشر، ناخوشایند و مبهم جلوه گر شده که اغلب علائم تحریک سیستم عصبی خودکار را به همراه دارد (Mojtahedi et al. 1986) ترس و نگرانی زیاد در زنان باردار در نوع خود مخاطراتی در پی خواهد داشت، به طوری که بروز حالت خفگی جنین در زمان تولد بین زنان مضطرب وجود دارد و همچنین الگوهای غیر طبیعی ضربان قلب جنین، نمره آپگار پایین، افزایش مرگ و میر در زمان تولد و تولد نوزاد کم وزن از دیگر خطرات همراه اضطراب بارداری می‌باشد (Ryding et al. 2007). به علاوه، وجود اضطراب، باعث پاسخ‌های نامناسب مادر نسبت به جنین در بارداری شده و باعث کاهش دلبستگی مادر به نوزاد می‌گردد. در نتیجه مادرانی که دلبستگی کمتری به جنین خود دارند، میزان اضطراب و افسردگی بیشتری دارند که این مشکلات می‌تواند منجر به عوارض نامطلوب بارداری شود (Alhusen 2008). از دیگر سو، زنانی که در طول

امروزه در مراکز بهداشتی درمانی کشور، مراقبت‌های دوران بارداری تنها به مراقبت‌های جسمی محدود است و بهداشت روان مادران به دست فراموشی سپرده شده است؛ در حالی که سلامت جسم در گرو سلامت روان و سلامتی روان مادر ضامن سلامت خانواده و فرزندی است که بزودی متولد خواهد شد (Foruzande and Dasht Bozorgi 2000). مراقبین بهداشتی از جمله افرادی هستند که قبل از زایمان آشنایی کاملی با مشکلات مادر باردار دارند و می‌توانند وضعیت سلامت روان آنان را بررسی نمایند؛ بنابراین لازم است در ابتدای حاملگی علاوه بر شرح حال بارداری، از نظر مسائل روانی نیز شرح حال تهیه شود تا زنان در معرض خطر در مراحل زودرس شناسایی شوند (Karimzadeh 1993). بنابراین با توجه به مسائل مطرح شده و عنایت به آن که زنان باردار یکی از گروه‌های حساس بهداشتی و سلامت روان آنان، سلامت خانواده و جامعه را تضمین می‌نماید و این زنان تربیت‌کنندگان فرزندان و نسل آینده می‌باشند، بررسی وضعیت سلامت روانی زنان باردار بسیار حائز اهمیت است. هدف از مطالعه حاضر، تعیین وضعیت سلامت روان در مراقبت‌های دوران بارداری بوده است. نتایج این تحقیق می‌تواند پایه‌ای برای تحقیقات بعدی باشد تا با مداخلات به هنگام در جهت پیشگیری از اختلالات روانی و بهبود کیفیت زندگی زنان باردار، گامی در جهت سلامت روان کودکان و آینده‌سازان کشور برداشته باشیم.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی - مقطعی (Cross Sectional) است، بررسی وضعیت سلامت روان مادران باردار در نظام مراقبت‌های اولیه و پوشش همگانی سلامت، در سال ۱۳۹۴ بمدت یک سال انجام گرفت. برای انجام این مطالعه، چهار مرکز بهداشتی درمانی شهری در شهرستان کاشان به عنوان محل اجرای پژوهش انتخاب شد. ملاک انتخاب این مراکز تعداد مولید کافی، وجود داوطلبین سلامت فعال و کارکنان سلامت علاقمند و مجرب بود. از

بارداری اضطراب را تجربه کنند؛ بعد از زایمان در معرض خطر عدم تعادل هیجانی قرار می‌گیرند که می‌تواند بر ارتباط آنها با نوزادشان اثر منفی بگذارد و سلامت روانی کودکان آنان را در دوران‌های تکاملی بعدی متاثر نماید تا آن‌جا که این کودکان را با مشکلات سلامت روانی در بزرگسالی مواجه خواهد نمود که این امر می‌تواند تأثیر عمیق بر سلامت روان کل زندگی آنان داشته باشد (Symon and Dobb 2008). محققین معتقدند که بارداری همراه با اختلال در سلامت روان، موجبات ابتلای کودک به اسکیزوفرنی و اختلالات عاطفی را در آینده فراهم می‌سازد و خطر مشکلات رفتاری را در دوران اولیه کودکی افزایش می‌دهد (Liu et al. 2013). از نگاهی دیگر، سلامت روانی مادر باردار تأثیر زیادی بر سلامتی جنین دارد و توجه نداشتن به وضعیت روانی مادر بارداری می‌تواند با عواقب وخیمی همراه باشد، چنانچه افسردگی در مادر باردار می‌تواند با مرده زایی، تصمیم به خودکشی و احتمال تولد نوزاد کم وزن همراه گردد. افزون بر آن، اختلال در سلامت روان مادر باردار، مانع مراقبت کامل او از خودش و جنین می‌گردد؛ لذا همه عوامل ذکر شده، می‌تواند توانایی زن را برای انجام دادن نقش‌های روزمره زندگی مختل نماید و کیفیت زندگی و سلامت روانی وی را تحت تأثیر قرار دهد (Divney et al. 2012; Karami and Mardani 2014). بعضی از عوامل از قبیل تحصیلات پایین، وضعیت اقتصادی-اجتماعی ضعیف، تعداد حاملگی، بارداری ناخواسته، سابقه سندرم پیش از قاعدگی (PMS)، کمبود حمایت اجتماعی؛ بروز حوادث ناگوار را در ایجاد افسردگی در دوران بارداری موثر می‌دانند. همچنین در یک مطالعه شیوع اختلالات روانی ارتباط معنی‌داری با کم بودن سن مادر در حاملگی اول، ازدواج کمتر از یکسال، داشتن همسر بدون حمایت و دارای علائم روانپزشکی، سابقه افسردگی و سقط داشته است (Abiodun et al. 1993; Kitamura et al. 1996; Altshuler and Hendriek 1998; Milgrom et al. 2008).

است. نمرات هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه و پس از آن نمرات مقیاسها باهم جمع و نمره کلی بدست می آید (Noorbala et al. 2009).

پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست (GRIMS) به بررسی روابط یک زوج می پردازد، دارای ۲۸ ماده چهار گزینه ای براساس مقیاس لیکرت است. گزینه ها مشکلات موجود در روابط زناشویی زوجین از صفر تا سه در زمینه میزان حساسیت و توجه زوجین نسبت به نیازهای یکدیگر، تعهد، وفاداری، مشارکت، همدردی، ابراز محبت، اعتماد، صمیمیت و همدلی زوجین می سنجد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۸۴ خواهد بود.

نمره بالا نشانه وخیم تر بودن وضعیت زناشویی است. راست، بنوم، گراون و گلوبوک روایی محتوایی این ابزار را با توجه به ویژگی آن بالا می دانند. هم چنین روایی تشخیص این پرسش نامه به کمک مقایسه میانگین نمرات آن با تشخیص های داده شده به وسیله درمانگرها در درمانگاه های زناشویی نشان دهنده روایی تشخیصی بالای پرسش نامه است. راست و همکاران در زمینه پایایی این پرسش نامه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای زنان و ۰/۸۵ را برای مردان گزارش نمودند. ضریب پایایی بازآزمایی در یک دوره ۱۲ ماهه ۰/۸۰ بوده است. همچنین راست و همکاران به روش همسانی درونی، پایایی آزمون را ۰/۹۵ برای زنان و ۰/۹۲ برای مردان و پایایی آن را به روش دو نیمه کردن ۰/۶۵ برای زنان و ۰/۹۴ برای مردان گزارش نمودند. Besharat et al. (2006).

در تقسیم بندی زنان باردار به گروه های کم خطر، خطر متوسط و پر خطر در صورتیکه نمره پرسشنامه GHQ فرد بیش از ۲۳ (فرد سالم) یا از نظر سابقه بیماری روانی یا افراد درجه ۱ خانواده اختلال روانی وجود نداشت یا کمتر از ۶ علامت روانی خفیف مشاهده شد، مادر باردار در گروه کم خطر قرارگرفت، در صورتیکه نمره پرسشنامه GHQ مادر باردار بالای ۴۰ و کمتر از ۶۰ بود یا سابقه روانی در خود فرد یا افراد درجه یک خانواده مثبت بود یا حداقل ۶ و حداکثر ۸ علامت خفیف روانی داشت در گروه خطر متوسط تقسیم بندی

میان کلیه زنان باردار که در ۱۰-۶ هفتگی بارداری به مراکز بهداشتی درمانی جهت معاینه مراجعه می کردند، با استفاده از روش نمونه گیری آسان و در دسترس تعداد ۲۰۲ زن باردار، پس از توجیه، آگاهی از مطالعه و اخذ رضایت نامه وارد مطالعه شدند. معیار ورودی در این پژوهش شامل کلیه زنان باردار که تمایل به حضور در مطالعه داشتند و بدون بیماریهای جدی جسمانی (دیابت، فشارخون و اعتیاد) بودند و همچنین برای بررسی وضعیت سلامت روان زنان باردار از پرسشنامه سلامت روان (General Health Questionnaire-28)، مصاحبه (ارزیابی علائم روانی، بررسی سابقه اختلالات روانی در فرد یا خانواده درجه یک) استفاده شد و بر این اساس ۳ گروه کم خطر، خطر متوسط و پر خطر تقسیم بندی شدند و همچنین برای بررسی رضایت زناشویی زنان باردار از پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست (Golombok Rust Inventory of Marital State) استفاده شد (جدول ۱).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) ۲۸ سئوالی دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس-های مذکور عبارتند از مقیاس علائم جسمانی شامل مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود، احساس خستگی آنها همراه با نشانه های جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب شامل مواردی که با بیخوابی و اضطراب مرتبط اند، مقیاس کارکرد اجتماعی توانایی افراد را درمقابل با خواسته های حرفهای و مسایل زندگی روزمره می سنجد و مقیاس علائم افسردگی شامل موارد افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی است. که برای هر مقیاس فرعی یک نمره وجود دارد و یک نمره هم مربوط به نمره کلی افراد می باشد. اعتبار همسانی درونی GHQ با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ می باشد. ضریب اعتبار خرده آزمونها بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱، حساسیت این آزمون ۰/۸۶ و ویژگی آن ۰/۸۲ گزارش شده است. روش نمره گذاری GHQ بدین ترتیب است که از گزینه الف تا د نمره ۳، ۲، ۱، ۰، تعلق می گیرد در نتیجه نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاسها از ۰ تا ۲۱ و در کل ۰ تا ۸۴

شدید روانی داشتند (جدول ۳). همچنین در حدود ۷٪ (۷ نفر) علائم روانی متوسط و شدید تواما براساس مصاحبه بالینی و پرسشنامه سلامت عمومی گزارش دادند. (جدول ۴) در بررسی رضایت زناشویی زنان باردار براساس پرسشنامه گلوبوک نتایج نشان داد که در حدود ۸۰٪ (۶۲ نفر) رضایت زناشویی خوب (عالی تا بیش از متوسط)، در حدود ۶٪ (۱۳ نفر) رضایت زناشویی متوسط و در حدود ۱۱٪ (۲۷ نفر) رضایت زناشویی نامناسبی (ضعیف تا وخیم) داشتند. براساس نتایج بدست آمده بنظر می‌رسد اکثریت زنان باردار رضایت زناشویی خوبی برخوردار بودند و تعداد کمی از آنها زناشویی مناسب نداشتند (جدول ۵)

در بررسی فراوانی و درصد اختلالات روانی براساس پرسشنامه سلامت روان (GHQ) نتایج نشان داد که در حدود ۳۷/۸٪ (۷۶ نفر) اختلال جسمانی سازی، ۲۶/۷٪ (۴۸ نفر) اختلال اضطراب و بی خوابی، ۲۶٪ (۵۲ نفر) اختلال در کارکرد اجتماعی، ۲۱/۸٪ (۴۴ نفر) اختلال افسردگی داشتند و در مجموع ۲۶/۷٪ (۵۴ نفر) اختلال روانی در مادران باردار گزارش شد. چنانچه بیشترین و کمترین اختلال به ترتیب جسمانی سازی و افسردگی به ترتیب بدست آمد (جدول ۶) در بررسی ارتباط میان رضایت زناشویی و سایر متغیرها با استفاده از آزمون کای اسکور χ^2 ، نتایج نشان داد که رابطه معنی داری میان رضایت زناشویی با نوع زایمان وجود دارد ($\chi^2 = 9/956$; $df=2$; $p = 0/007$). همچنین با استفاده از روش تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA)، رابطه معنی-داری میان اضطراب و بی خوابی با طول مدت ازدواج ($f = 6/13$; $p = 0/014$) افسردگی با سن ($p = 0/007$)؛ بدست آمد. در بررسی ارتباط میان سلامت روان و رضایت زناشویی از روش همبستگی پیرسون استفاده شد نتایج نشان داد که ارتباط مثبت و معنی داری میان رضایت زناشویی با جسمانی سازی ($r = 0/151$; $p = 0/033$)، کارکرد اجتماعی ($r = 0/144$; $p = 0/042$)، افسردگی ($p = 0/007$)؛ ($r = 0/189$) و سلامت روان ($p > 0/0001$) وجود دارد.

شد، همچنین زمانی که نمره مادر باردار بر اساس پرسشنامه GHQ مادر باردار ۶۱ و بالاتر بود یا تعداد علائم خفیف روانی ۹ و بالاتر از آن بود یا سابقه بیماری روانی در فرد یا افراد درجه یک وجود داشت یا سابقه بیماری روانی در فرد یا افراد درجه یک وجود داشت و علاوه بر آن نمره پرسشنامه GHQ مادر باردار بالای ۲۳ و کمتر از ۴۵ بود. مادر باردار در گروه پر خطر قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 20 (spss, Inc, Chicago, Il, USA) صورت گرفت. اطلاعات بدست آمده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA)، آزمون کای اسکور (χ^2)، آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون لجستیک انجام گرفت.

نتایج

دراین مطالعه تعداد ۲۰۲ مادر باردار وارد مطالعه شدند، در بررسی خصوصیات دموگرافیک مادران باردار شرکت کننده در مطالعه، میانگین و انحراف معیار سنی مادران $27/14 \pm 5/67$ ، سن ازدواج $4/38 \pm 19/91$ و طول مدت ازدواج $7/19 \pm 5/19$ بوده است. همچنین در بررسی میزان تحصیلات مادران باردار ۳۳٪ (۷۴ نفر) تحصیلات کمتر از دیپلم، در حدود ۴۳٪ (۸۶ نفر) دیپلم و در حدود ۲۱٪ (۴۲ نفر) تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. در بررسی وضعیت اشتغال زنان باردار نتایج نشان داد که ۹۶٪ (۱۹۴ نفر) خانه دار و ۴٪ (۸ نفر) شاغل بوده اند (جدول ۲). برای ارزیابی و طبقه بندی علائم روانشناختی مادران باردار، از مصاحبه تشخیصی و پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. مادران براساس مصاحبه تشخیصی و پرسشنامه GHQ تعداد ۹۸ نفر (۴۸/۵۱٪) بدون اختلالات روانپزشکی و به تعداد ۱۰۴ نفر (۵۱/۴۹٪) دارای اختلالات روانپزشکی خفیف تا شدید بودند. از تعداد ۱۰۴ مادر که دارای اختلالات روانپزشکی بودند، آنها به سه گروه تقسیم بندی شدند. چنانچه در حدود ۶۵٪ (۶۸ نفر) علائم خفیف، ۱۹٪ (۲۰ نفر) علائم متوسط و تقریباً ۱۵٪ (۱۶ نفر) علائم

گزارشات سازمان بهداشت جهانی کمتر نیست بطوریکه این میزان در تحقیق داویدیان در رودسر ۱۷٪، باقری یزدی در میبد یزد ۱۲/۵٪، یعقوبی در گیلان ۲۳/۸٪، بهادرخان در گناباد خراسان ۱۶/۶٪، قاسمی در اصفهان ۱۹/۹٪، نوربالا در تهران ۲۱/۵٪ و احمدوند در کاشان ۲۹٪، محمدی در سمنان ۱۸/۵۸٪ گزارش گردیده است (Davidian et al. 1974; Bagheri Yazdi et al. 1994; Yaghoubi et al. 1995; Bahadorkhan 1998; Ghasemi et al. 1996; Noorbala et al. 1999; Ahmadvand et al. 2007; Mohammadi et al. 2004).

در مطالعه همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در کاشان نتایج نشان داد که شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان است. بطوری که زنان ۳۵/۵٪ و مردان با ۲۱/۲٪ دارای اختلال بودند. شواهد نشان می دهد که شیوع بالاتر اختلالات روانی در زنان نسبت به مردان می تواند بیشتر به محدود بودن زنان در مشارکت های اجتماعی، عوامل بیولوژیکی، استرس های محیطی باشد (Ahmadvand et al. 2007). همچنان تحقیقات شیوع افسردگی و اضطراب در سه ماهه های بارداری را از ۱۳/۵٪ تا ۴۲٪ گزارش کرده است، که این تفاوت می تواند ناشی از اختلاف محیط فرهنگی-اجتماعی باشد. در بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در سه ماهه های بارداری براساس پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28) در شهر کرد نتایج نشان داد که ۳۶/۶٪ اختلالات روانپزشکی در زنان باردار وجود داشت که شیوع اختلالات در سه ماهه سوم بیشتر گزارش شد. همچنین یافته های این مطالعه نشان داد علاوه بر افسردگی و اضطراب، اختلال جسمانی و عملکرد اجتماعی زنان باردار نسبت به زنان غیرباردار بیشتر گزارش شد. به عبارت دیگر زنان بارداری که اضطراب و افسردگی یا هر دو اختلال را به طور همزمان داشتند، به طور قابل ملاحظه ای شکایات جسمانی بیشتری را گزارش کردند و علاوه بر آن زنان باردار

جهت بررسی پیش بینی و تاثیر متغیرهای مخدوشگر یک سری متغیرهای مستقل با متغیرهای وابسته (سلامت روان و رضایت زناشویی) از رگرسیون لجستیک استفاده شد. رضایت زناشویی رابطه معنی دار و معکوس با تحصیلات داشت. هرچه تحصیلات بیشتر باشد رضایت زناشویی کمتر است ($p=0.036$; $B=-0.477$; $OR=0.620$).

بحث

هدف از مطالعه حاضر، تعیین شیوع اختلالات روانی و رضایت زناشویی در زنان باردار بوده است. در مطالعه حاضر با بررسی ۲۰۲ زن باردار با استفاده از پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28) و پرسشنامه رضایت زناشویی گلوبوک نتایج نشان داد که ۲۶/۷٪ زنان باردار اختلالات روانپزشکی و ۸۰٪ رضایت زناشویی داشتند. در بررسی زیر مجموعه های سلامت روان به ترتیب از بیشترین تا کمترین اختلال جسمانی سازی، اضطراب و بی خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی گزارش شد، شیوع بالای اختلالات جسمانی سازی ممکن است با شرایط جسمانی زنان باردار ارتباط داشته باشد.

مطابق با گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) در مطالعات همه گیر شناسی در کشورهای مختلف نتایج نشان داد که حدود ۲۵٪ مردم اختلال روانی قابل تشخیص دارند (WHO 1996). پژوهش های انجام گرفته در زمینه اپیدمیولوژی اختلالات روانی در نقاط مختلف ایران نشان می دهد که میزان شیوع اختلالات از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۹ بین ۱۱ تا ۲۳/۸٪ در نوسان بوده است. مرور مطالعات اپیدمیولوژیک اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان از جمله ایران نشان دهنده این است که میزان شیوع اختلالات به علت متنوع بودن ابزار مورد استفاده، تفاوت در روش نمونه گیری، متفاوت بودن تکنیکهای مصاحبه و طبقه بندی تشخیصی بسیار متفاوت برآورد شده است. اطلاعات بدست آمده از این مطالعات نشان می دهد که شیوع این اختلالات در ایران از آمار سایر کشورها و

Fairbrother و همکاران شیوع اضطراب ۱۵/۸٪ و افسردگی را ۳/۹٪ و Varela و همکاران شیوع افسردگی در دوران بارداری را ۱۲٪ گزارش کردند (Fairbrother et al. 2016; Varela et al. 2017). با توجه به نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر و در مقایسه با مطالعات انجام گرفته در داخل کشور، بنظر می رسد که شیوع اختلالات روانی در زنان باردار در مناطق مختلف کشورمان متفاوت می باشد، ولی آنچه که مسلم هست اختلالات روانی در دوران بارداری در ایران در مقایسه با سایر کشورها از شیوع بالاتری برخوردار است. که این امر می بایستی مورد توجه سیاست گذاران کشوری در بررسی علل و پیشگیری از اختلالات روانی در این برهه زندگی زنان کشورمان قرار گیرد. سلامت روانی مادر نه تنها در جسم جنین تاثیر می گذارد بلکه می تواند در رشد و تکامل نوزاد نیز موثر باشد. بنابراین باید به سلامت روانی مادر توجه زیادی کرد. بیشترین عواقب بی توجهی به سلامت روانی مادر در دوران بارداری متوجه نوزادان می شود و کودک در مراحل مختلف زندگی صدمه های زیادی می بیند. سابقه بیماری افسردگی و اختلالات روانی در طول مدت بارداری بسیار تاثیرگذار است و می تواند مشکلاتی را برای جنین ایجاد کند. دانستن این تغییرات و مداخله در مورد نیازهای خاص زن حامله باعث بهبود نتیجه حاملگی برای مادر و نوزاد وی می شود. مداخله مؤثر در طی حاملگی؛ باعث جلوگیری از ایجاد تظاهرات روانی در دوران نفاس؛ که زمان پرخطری برای تشدید افسردگی اساسی؛ اختلال خلقی دوقطبی، اسکیزوفرنی، اختلال پانیک، اختلال وسواسی- جبری و اختلالات غذا خوردن است؛ می شود. ویژگیهای پره ناتال فرصت مناسبی برای تعیین زودرس علایم و درمان مناسب آنها می باشد.

این مطالعه دارای برخی از محدودیت ها بوده است که مهمترین محدودیت این طرح نمونه گیری در دسترس (تصادفی نبودن نمونه گیری) بوده است. لذا توصیه می شود در مطالعات بعدی از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شود که میزان تعمیم پذیری مطالعه به جامعه را افزایش خواهد داد

افسرده دارای عملکرد پایین تری نسبت به زنان غیرافسرده داشتند (Forouzandeh 2003).

مطالعه ای به بررسی سلامت روان و عوامل مرتبط با شدت علائم روانی در زنان باردار شهر تهران پرداخت. این تحقیق به شکل یک مطالعه پیمایشی و مقطعی در ۴ مرکز بهداشتی- درمانی از مراکز بهداشت شمال، جنوب، شرق و غرب تهران بر روی ۱۴۵۲ زن باردار انجام گرفت. برای ارزیابی وضعیت سلامت روان از پرسشنامه خودایفای SCL-90-R استفاده شد. نتایج نشان داد که علائم روانی متوسط تا شدید در خانم های باردار به ترتیب شیوع 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 اجبار (۵/۴٪)، فوبیا (۴/۷٪) و افکار پسیکوتیک (۳/۲٪) بوده است. هر چند شیوع بالای اختلالات روانی در خانم های 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 داده شود (Ghasemi et al. 2002). در بررسی Truijens و همکاران در ارتباط با شدت علائم افسردگی در تریمیسترهای (سه ماهه) بارداری بر ۱۸۱۳ زن باردار، نتایج نشان داد که با توجه به تریمیسترهای بارداری در حدود ۱۰ تا ۱۵٪ علائم افسردگی در هر سه ماهه بارداری نسبت به سه ماهه قبلی بارداری افزایش یافت (Truijens et al. 2017).

همچنین بیش از ۴٪ علائم پایدار افسردگی در دوران بارداری گزارش شد. افسردگی زنان باردار با سابقه مشکلات سلامت روان، وقایع مهم زندگی، بارداری ناخواسته و چندزایی در ارتباط بود (Truijens et al. 2017).

بزرگ همچون تهران، لذا پیشنهاد می‌گردد در آینده تحقیقی درباره مشکلات روانشناختی زنان باردار در شهرهای بزرگ انجام شود.

حتی می‌توان از شاخص‌های خروجی کمتر در مطالعه استفاده نمود.

نتیجه‌گیری

شیوع اختلالات روانی در خانم‌های باردار ۲۶/۷٪ بدست آمد. بیشترین اختلال مربوط به جسمانی سازی و کمترین میزان مربوط به افسردگی بوده است. همچنین نتایج نشان داد که میان افسردگی با سن، اضطراب، بی‌خوابی با طول مدت ازدواج، رضایت زناشویی با نوع زایمان و سلامت روان با رضایت زناشویی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. رضایت زناشویی رابطه معنی‌دار و منفی با تحصیلات داشت. پس براساس یافته‌های پژوهش ایجاد برنامه‌های حمایتی و آموزشی در طی حاملگی و بعد از زایمان برای مادر و اطرافیان، تهیه شرح حال مناسب دوران بارداری، انجام مشاوره‌های روانشناختی، آموزش همسر و اطرافیان در جهت حمایت مادر و حفظ بهداشت روان در خانواده، شناسایی مادران تحت استرس و آموزش چگونگی تعدیل و مقابله با استرس‌های دوران بارداری از جمله مواردی است که باید در برنامه‌های ارتقاء بهداشت روان مادران باردار گنجانیده شود. با توجه به اینکه این مطالعه در شهرستان کاشان انجام شده است به لحاظ اهمیت و مشکلات روانشناختی عدیده زنان باردار در شهرهای

تشکر و قدردانی

این مطالعه با همکاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد و دفتر سلامت، جمعیت و خانواده اجرا گردید. بدینوسیله از پژوهشگران دانشگاه علوم پزشکی کاشان و خانم دکتر سیده الهام شرفی، فلوشیپ سایکوسوماتیک و عضو مرکز تحقیقات پزشکی روان تنی دانشگاه علوم پزشکی تهران و نیز دکتر عباسعلی ناصحی، استادیار موسسه آموزش علمی کاربردی هلال احمر ایران مراتب تشکر و قدردانی خویش را اعلام می‌دارند. همچنین از زحمات کلیه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود. این طرح به شماره ۱۵۸۹۵ در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان به تصویب رسیده است و بودجه این طرح از سوی دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد و دفتر سلامت، جمعیت و خانواده پرداخت گردید.

جدول ۱- ارزیابی سلامت روان در هفته ۱۰-۶ بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کاشان

عنوان	موضوعات
سابقه بیماری	سابقه بیماری روانی، درمان یا بستری در بیمارستان بخصوص در بارداری های قبلی(۱) سابقه بیماری روانی در خانواده درجه اول(۲)
اختلالات خفیف	کم تحرکی(۱)، خستگی(۲)، احساس ضعف(۳)، احساس ترس و نگرانی(۴)، احساس بی ارزشی(۵)، نوسانات عاطفی(۶)، گریه غیر معمول(۷)، کم حوصله‌گی(۸)، روحیه افسرده(۹)، بی تفاوتی(۱۰)، اختلال خواب(۱۱)، بی‌اشتهایی(۱۲)، تحریک پذیری و عصبانیت(۱۳)، افکار مزاحم(۱۴)، رفتار وسواسی(۱۵)، کاهش تمرکز(۱۶)
اختلالات شدید	تحریک پذیری و پرخاشگری شدید(۱)، بی خوابی شدید(۲)، بی‌اشتهایی شدید(۳)، پراشتهایی شدید(۴)، اختلال شدید در روابط زناشویی(۵)، پر حرفی(۶)، تلفن زدن زیاد(۷)، بی توجهی بارز به نظافت شخصی و آراستگی(۸)، آرایش شدید و زیاد(۹)، بی تحرکی(۱۰)، پر فعالیت(۱۱)، خروج مکرر از منزل(۱۲)، فرار از منزل(۱۳)، ولخرجی بارز(۱۴)، امتناع از غذا و دارو خوردن(۱۵)، حرف نزدن(۱۶)، انجام رفتارهای پرخطر از قبیل مصرف مواد مخدر و الکل(۱۷) رانندگی خطرناک(۱۸)، ارتباطات غیر معمول و خارج از عرف و شرع با دیگران(۱۹)، احساس نومیدی شدید(۲۰)، احساس گناه شدید(۲۱)، افکار مرگ و خودکشی(۲۲)، اقدام به خودکشی(۲۳)، میل شدید به از بین بردن جنین(۲۴)، آسیب شدید به جنین به منظور سقط(۲۵)، افکار و یا اقدام به آسیب زدن و یا از بین بردن دیگران(۲۶)، توهم (درک بدون محرک)(۲۷)، هذیان (باور غلط غیر قابل اصلاح با استدلال)(۲۸)

جدول ۲- خصوصیات دموگرافیک مادران شرکت کننده در مطالعه وضعیت سلامت روان و رضایت زناشویی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کاشان

متغیرها	تعداد (درصد)
تحصیلات	نهضت و ابتدایی ناکامل ۸ (۴)
	ابتدایی کامل و راهنمایی ۳۳ (۱۶/۳)
	راهنمایی کامل و دبیرستان ناکامل ۳۳ (۱۶/۳)
	دیپلم ۸۶ (۴۲/۶)
شغل	دانشگاهی ۴۲ (۲۰/۸)
	خانه دار ۱۹۴ (۹۶)
	شاغل کمتر از ۲۰ ساعت در هفته ۵ (۲/۵)
	شاغل بیشتر از ۲۰ ساعت در هفته ۳ (۱/۵)
تعداد بارداری	سابقه سقط جنین ۳۷ (۱۸/۶)
	یک بار ۸۷ (۴۳/۳)
	دو بار ۷۱ (۳۵/۳)
	سه بار ۳۲ (۱۵/۹)
تعداد زایمان	چهار بار ۱۱ (۵/۵)
	نداشتن زایمان ۶ (۳)
	یک بار ۹۸ (۴۹)
	دو بار ۷۱ (۳۵/۵)
تمایل برای زایمان	سه بار ۲۵ (۱۲/۵)
	سزارین ۵۸ (۲۹/۳)
	طبیعی ۱۴۰ (۷۰/۷)

جدول ۳- طبقه بندی علائم روانشناختی مادران شرکت کننده در مطالعه وضعیت سلامت روان و رضایت زناشویی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کاشان

تعداد (درصد)	شرح علائم	طبقه بندی علائم
۶۸ (۶۵/۴)	سابقه بیماری روانی در فرد یا افراد درجه یک خانواده وجود ندارد و GHQ کمتر یا مساوی ۲۳ با حداکثر ۵ علامت خفیف روانی	علائم خفیف
۲۰ (۱۹/۲)	سابقه بیماری روانی در فرد یا افراد درجه یک خانواده دارد < 60 GHQ < 23 با علامت مساوی و بین ۶ تا ۸	علائم متوسط
۱۶ (۱۵/۴)	تعداد علائم خفیف روانی مساوی یا بیشتر از ۹ با وجود یک علامت اختلال شدید ، مساوی یا بالاتر از GHQ ۶۱ یا فرد در حال حاضر تحت درمان است	علائم شدید

جدول ۴- طبقه بندی علائم روانشناختی براساس شدت آن در زنان باردار شرکت کننده در مطالعه وضعیت سلامت روان و رضایت زناشویی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کاشان

تعداد (درصد)	تعداد علائم	طبقه بندی علائم
۹۴ (۹۰/۴)	۰-۵	علائم خفیف
۷ (۶/۷)	۶-۸	
۳ (۲/۹)	۹- بیشتر	
۹۷ (۹۳/۳)	بدون علائم	علائم متوسط و شدید
۴ (۳/۸)	یک مورد	
۲ (۱/۹)	دو مورد	
۱ (۱)	چهار مورد	

جدول ۵ - فراوانی و درصد رضایت زناشویی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کاشان براساس پرسشنامه گلوبوک

تعداد (درصد)	درجه بندی رضایت زناشویی
۸۱ (۴۰/۱)	عالی
۳۸ (۱۸/۸)	خیلی خوب
۲۱ (۱۰/۴)	خوب
۲۲ (۱۰/۹)	بالای متوسط
۱۳ (۶/۴)	متوسط
۱۴ (۶/۹)	ضعیف
۷ (۳/۵)	بد
۶ (۳)	وخیم

جدول ۶ - فراوانی و درصد اختلالات روانی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کاشان با زیر مجموعه‌های آن براساس پرسشنامه سلامت روان (GHQ)

تعداد (درصد)	طبقه بندی درجات اختلال	موارد
۱۲۵ (۶۲/۲)	بدون علائم	جسمانی سازی
۵۹ (۲۹/۳)	خفیف	
۱۵ (۷/۵)	متوسط	
۲ (۱)	شدید	
۱۳۲ (۷۳/۳)	بدون علائم	اضطراب و بی خوابی
۴۰ (۲۲/۲)	خفیف	
۷ (۳/۹)	متوسط	
۱ (۰/۶)	شدید	
۱۴۸ (۷۴)	بدون علائم	کارکرد اجتماعی
۳۹ (۱۹/۵)	خفیف	
۱۰ (۵)	متوسط	
۳ (۱/۵)	شدید	
۱۵۸ (۷۸/۲)	بدون علائم	افسردگی
۳۰ (۱۴/۹)	خفیف	
۱۱ (۵/۴)	متوسط	
۳ (۱/۵)	شدید	
۱۴۸ (۷۳/۲)	بدون علائم	مجموع نمرات (GHQ)
۴۹ (۲۴/۳)	خفیف	
۵ (۲/۵)	متوسط	

References

- Abiodun, OA., Adetoro, OO. and Ogunbode, OO, 1993. Psychiatric morbidity in a pregnant population in Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry*, 15(2), pp. 125-128.
- Ahmadvand, A., Sepehrmanesh, Z., Ghoreyshi, FS., Assarian, F., Moosavi Gh., A. and Etesam, F., 2007. Prevalence of Mental Disorders in General Population of Kashan City. *Iranian Journal of Epidemiology*, 2(6), pp. 16-24. [In Persian]
- Alhusen, JL., 2008. A literature update on maternal- fetal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 7(3), pp. 315-328.
- Altshuler, LL. and Hendrick, V., 1998. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum period. *J Clin Psychiatry*, 59(2), pp. 29-33.
- Alvik, A., Heyerdahl, S., Haldorsen, T. and Lindemann, R., 2006. Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(11), pp.1292-1298.
- Bagheri Yazdi, SA., Bolhari, J. and Shah Mohammadi, D., 1994. An epidemiological study of psychological disorders in a rural areas (Meibod Yazd) in Iran. *Andisheh va Raftar*, 1, pp. 32-41. [In Persian]
- Bahadorkhan, J., 1998. *Epidemiology of mental disorders in rural areas of Gonabad KHorasan*. Master's thesis. Tehran psychiatric institute, Tehran, Iran. [In Persian]
- Besharat, MM., Tashk, A. and Rezazadeh, MR., 2006. Explaining the role of coping styles in marital satisfaction and mental health. *Contemporary Psychology*, 1(1), pp.48-56. [In Persian]
- Correia, LL. and Linhares, MB., 2007. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), pp. 677-83.
- Da-Silva, VA., Moraes-Santos, AR., Carvalho, MS., Martins, ML. and Teixeira, NA., 1998. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*, 31(6), pp.799-804.
- Davidian, H., Izadi, S., NehaPtian, V. and Motabar, M., 1974. A pilot study on the Prevalence of mental diseases in the Caspian sea area in Roudsar. *Iran health J*, 3, pp. 145-56. [In Persian]
- Divney, AA., Sipsma, H., Gordon, D., Niccolai, L., Magriples, U. and Kershaw, T., 2012. 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*, 25(3), pp. 201-207.
- Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, MM., Tucker, E. and Young, AH., 2016. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *J Affect Disord*, 200, pp.148-55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.082>.
- Forouzandeh, N., Delaram, M. and Deris, F., 2003. The quality of mental health status in pregnancy and it's contributing factors on women visiting the health care centers of Shahrekord, (2001-2002). *J Reprod Infertil*. 4(2), pp.146-155. [In Persian]
- Foruzande, N. and Dasht Bozorgi, B., 2000. Prevalence and predisposing factors of post-partum depression among women referred to the health care centers of Shahrekord, 1996. *J Shahrekord Univ Med Sci*, 2(1), pp. 43-51. [In Persian]
- Ghasemi, A., Taghipoor Anvari, R., Birashk, B. and Moradi Lakeh, M., 2003. Assessing Psychological State of Pregnant Women Admitted to Health Centers in Tehran (2002). *RJMS*, 10(36), pp. 585-596. [In Persian]
- GHasemi, GHR., Asadollahi, GHA., Ahmadzadeh, GHH., Najmi, B. and PALahang, H., 1996. Prevalence of mental disorders in Esfahan city, *research in medicine sciences J*, 4, pp. 190-194. [In Persian]
- Hamilton, BE., Martin, JA. and Ventura, SJ., 2007. Births: Preliminary Data for

2005. National Vital Statistics Report, Vol 55. Atlanta, Ga, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Harris, B., Lovett, L., Smith, J. and Read, G., 1996. Cardiff puerperal mood and hormone study III, postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum and its hormonal correlates across the prepartum period. *Br J Psychiatry*, 168(6), pp.739-44.
- Herson, J., O'Connor, TG., Evans, J., Golding, J. and Glover, V., 2004. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*, 80(1), pp. 65-73.
- karami, Kh. and Mardani, A., 2014. Relationship between Mental Health and Quality of Life in Pregnant Women, *J health Breeze*, 2(1), pp. 10-17. [In Persian]
- Karimzadeh, MR., 1993. Maternity and mental health. *Medical and Community Magazine*, 9(2), pp. 9-25. [In Persian]
- Kelly, RH., Russo, Y. and Katon, W., 2001. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry*, 23(3), pp.101-103.
- Kitamura, T., Sugawara, M. and Toda, Ma., 1996. Clinical and psychosocial correlates of antenatal depression. *Psychother psychosom*, 65(3), pp. 117-123.
- Liu, L., Setse, R., Grogan, R., Powe, NR. and Nicholson, WK., 2013. The effect of depression symptoms and social support on blackwhite differences in health-related quality of life in early pregnancy: the health status in pregnancy (HIP) study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 3(13), P.125. doi: 10.1186/1471-2393-13-125.
- Llewellyn, AM., Stowe, ZN. and Nemeroff, CB., 1997. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 58(15), pp. 26-32.
- Milgrom, J., Gemmill, AW., Bilzsta, JL., Hayes, B. and Barnett, B., 2008. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), pp. 147-157.
- Mohammadi, MR., Bagheri Yazdi, SR., Rahgozar, M., Mesgarpour, B., Behnam, B., Imani, E., Hasanzadeh, AR., Ghanbari, H. and Farzaneh, KH., 2001. An epidemiological study of psychiatric disorders in Semnan province in year 2001. *Koomesh*, 5(1), pp.7-18. [In Persian]
- Mojtahedi, SY., Kiani, K. and Ghanbarpour Moghadam, R., 1986. *Psychiatry*. Tehran, Shahab Publication. pp. 126-239. [In Persian]
- Noorbala, AA. and Bagheriyazdi, SA., 1999. Prevalence of psychiatric disorders in Tehran city, *Hakim J*, 2, pp. 212-24. [In Persian]
- Noorbala, AA., Bagheri Yazdi, SA. and Mohammad, K., 2009. The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. *Hakim*, 11(4), pp. 47-53. [In Persian]
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H. and Piha, J., 2001. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disord*, 65(1), pp. 9-17.
- Patel, V. and Kleinman, A., 2003. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*, 81(8), pp.609-615.
- Paulson, JF. and Bazemore, SD., 2010. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*, 303(19), pp.1961-1969.
- Pazande, F., Toomians, J., Afshar, F. and Valaei, N., 2002. Prevalence of depression in parturients referring university hospitals in Tehran in 1999. *Feyz*, 6(1), pp. 66-70. [In Persian]
- Pinheiro, SN., Laprega, MR. and Furtado, EF., 2005. Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service. *Rev Saude Publica*, 39(4), pp. 593-598.

- Ryan, D., Milis, L. and Misri, N., 2005. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician*, 51(8), pp. 1087-1093.
- Ryding, EL., Wirefelt, E., Wangborg, IB., Sjogren, B. and Edman, G., 2007. Personality and fear of childbirth. *Acta obstet Gynecol Scand*, 86(7), pp.814-820.
- Saduk, V., Kaplan, H. and Saduk, BJ., 1996. *Synopsis Psychiatry Behavioral Sciences*. Translation of Nusratalah Pour Afkari, Tehran, Shahab Publication, pp. 45-50.
- Symon, AG. and Dobb, BR., 2008. An exploratory study to assess the acceptability of an antenatal quality-of-life instrument (the Mother-generated Index). *Midwifery*, 24(4), pp. 442-50.
- Truijens, SEM., Spek, V., Van Son, MJM., Guid Oei, S. and Pop, VJM., 2017. Different patterns of depressive symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 20(4), pp. 539-546. doi: 10.1007/s00737-017-0738-5. Epub 2017 Jun 8.
- Varela,P., Spyropoulou, AC., Kalogerakis, Z., Vousoura, E., Moraitou, M. and Zervas, IM., 2017. Association between gestational diabetes and perinatal depressive symptoms: evidence from a Greek cohort study. *Prim Health Care Res Dev*, 18(5). pp. 1-7. doi: 10.1017/S1463423617000317. [Epub ahead of print]
- WHO., 1996. Public Mental Health: Guideline for the elaboration and management of National Mental Health programs. Geneva, WHO.
- Yaghoubi, N., Nasr, M. and Shahmohammadi, D., 1995. Epidemiology of mental disorders in urban and rural areas of Sowmaesara Gilan. *Andisheh va raftar*, 2, pp. 55-65. [In Persian]

Mental Health Status and Marital Satisfaction of Pregnant Women Referring to Health Centers in Kashan, Iran

Noorbala, A.A., MD. Professor, Department of Psychiatry, Psychosomatic Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Malek Afzali, H., MD. Professor, Department of Epidemiology and Statistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abedinia, N., Ph.D. Research Psychologist, Family Health Research, Maternal, Fetal and Neonatal Health Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran-Corresponding Author: Nasrin.Abedinia@gmail.com

Akhbari, M., MD. Department of Mental Health, Health Deputy, Kashan University of Medical Science, Kashan, Iran

Moravveji, A., MD. Associated Professor, Health Deputy, Kashan University of Medical Science, Kashan, Iran

Vaseghi, F., MSc. Health Deputy, Kashan University of Medical Science, Kashan, Iran

Nakhi, Z., MD. Health Deputy, Kashan University of Medical Science, Kashan, Iran

Shariat, M., MD. Professor, Department of Pediatrics, Institute of Family Health, Maternal, Fetal and Neonatal Health Research Center, Tehran University of medical sciences, Tehran, Iran

Mirzaeeneyestani, M., MSc. Health Deputy, Kashan University of Medical Science, Kashan, Iran

Ghoreishi, FS., MD. Assistant Professor, Department of Psychiatry, Kashan University of Medical Sciences and Health Services, Iran

Received: Sep 1, 2017

Accepted: Aug 5, 2018

Abstract

Background and Aim: Stress during pregnancy can have a lasting effect on the mental health of women after childbirth. Statistics show that about 18% of pregnant women have major or partial depression during pregnancy, but many have not been screened or treated. Lack of treatment can have serious consequences for the mother and her child. The purpose of this study was to determine the mental health status and marital satisfaction of pregnant mothers in Kashan city, Iran in 2015.

Materials and Methods: This was an analytical cross-sectional study. Using the convenience sampling method 202 pregnant women were selected from four urban health centers in Kashan, Iran and entered the study. Data were collected using a Diagnostic Interview, the General Health-28 Questionnaire and the Golombok Rust Inventory of Marital State. Descriptive statistics was used for data analysis, the statistical tests being one-way ANOVA, chi-square test, Pearson correlation test and logistic regression.

Results: The results showed that 26.7% of the pregnant women were suffering from psychiatric disorders, the most and least serious disorders being related to physical activity and depression, respectively. About 80% of the women expressed very good marital satisfaction. Further analysis of the data showed statistically significant associations between depression and age and anxiety, insomnia and duration of marriage, marital satisfaction and delivery type, and mental health and marital satisfaction. Furthermore, marital satisfaction had a negative association with education. ($p < 0.05$).

Conclusion: It seems that it is essential to develop and implement a therapeutic, psychiatric and health care model for women at risk of psychiatric disorders during pregnancy and after childbirth in the health service delivery system in Iran.

Keywords: Mental Health, Pregnant Women, Marital Satisfaction