

شیوع افکار خودکشی و عوامل مؤثر بر آن در زنان باردار سال ۱۴۰۱

ملیحه درویشی^۱، مهین طاطاری^۲، دکتر رحمان بردی اوزونی دوجی^۳، دکتر فاطمه سیفی^{۴*}

۱. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۲. دانشجوی دکتری علوم آماری، دپارتمان علوم آماری، دانشگاه ساپینزای رم، ایتالیا.
۳. دکتری مشاوره، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۴. استادیار گروه مامایی، دکتری مدیریت آموزش عالی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۰۷

خلاصه

مقدمه: افکار خودکشی، یک عامل پیش‌بینی کننده مهم برای اقدام به خودکشی است. اقدام به خودکشی یکی از علل مرگ‌ومیر مادران باردار است و شناسایی عوامل خطر آن می‌تواند بر سیاست‌گذاری در راستای کاهش این مشکل مؤثر باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع افکار خودکشی و عوامل مؤثر بر آن در زنان باردار انجام شد.

روش کار: مطالعه مقطعی با رویکرد توصیفی- تحلیلی به صورت سرشماری در سال ۱۴۰۱ بر روی ۵۱۵ زن باردار تحت پوشش ۱۰ مرکز خدمات جامع سلامت شهری شهرستان علی‌آباد کنترل انجام گرفت. مقیاس فارسی اندیشه‌پردازی خودکشی بک، پرسشنامه فارسی سلامت عمومی گلدبرگ و فرم غربالگری خشونت خانگی HITS، ابزارهای مطالعه بودند و با استفاده از آنها، شیوع افکار خودکشی و ارتباط آن با سلامت روان، سلامت جسمی، خشونت خانگی، اختلال خواب و اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۳) و آزمون همبستگی اسپیرمن، کای اسکوئر، دقیق فیشر و رگرسیون لجستیک چندگانه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه شیوع افکار خودکشی ۷/۹٪ بود. سطح افکار خودکشی زنان باردار کم بود. سلامت روان زنان باردار در دسته علائم مرضی قرار داشت. سن کمتر از ۲۵ سال، ناخواسته بودن بارداری، بارداری بیش از ۴ بار، زایمان بیش از ۴ بار، داشتن ۴ فرزند و بیشتر و رفتارهای پرخطر همسر، ارتباط آماری معناداری با افکار خودکشی نشان دادند ($p=0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به پایین بودن سلامت روان زنان باردار، برنامه‌ریزی‌هایی جهت انجام مداخلات لازم و غربالگری‌های مداوم زنان باردار جهت ارتقاء و تأمین سلامت روانی زنان باردار به خصوص زنان دچار خشونت خانگی ضرورت پیدا می‌کند.

کلمات کلیدی: افکار خودکشی، زنان باردار، شیوع

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فاطمه سیفی؛ مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. تلفن: ۰۱۷-۳۲۴۵۶۹۰۰؛ پست الکترونیک: f_seifi2016@yahoo.com

مقدمه

خودکشی، یکی از علل مرگومیر مادران باردار محسوب می‌شود و مرگومیر مادران باردار، یک معضل مهم بهداشتی است (۱). افکار خودکشی، یک عامل پیشگویی کننده مهم برای اقدام به خودکشی و تکمیل آن است (۱، ۲). خودکشی، اقدامی آگاهانه در آزار به خود است که به مرگ منجر می‌شود. افکار خودکشی به‌عنوان افکار خودگزارش‌دهی درباره خودکشی در دامنه‌ای از یک میل مبهم برای مردن تا نقشه کامل خودکشی تعریف می‌شود. پیشگیری از اقدام به خودکشی به‌دلیل عواقب بلندمدت آن مانند افزایش خطر مرگومیر ضروری است (۲).

شیوع افکار خودکشی و اقدام به آن در زنان باردار جنوب اسیایی در مطالعه بلت و همکاران (۲۰۲۱) به‌ترتیب ۱۱/۸٪ و ۲/۷٪ بود (۳). در مطالعه گریشر و همکاران (۲۰۱۷) درباره مرگ در اثر خودکشی در افراد مبتلا به بیماری روانی در فرانسه نشان داد که اقدام به خودکشی در زنان باردار ۱۱/۹۸٪ بوده و خودکشی در دوره قبل از زایمان ۳/۷۱٪ و بعد از زایمان ۷/۹۷٪ بوده است (۴). در مطالعه اسپر و همکاران (۲۰۱۶) که در سوئد انجام شد، خودکشی در دوره پری‌ناتال را در زنان ۵۰-۱۶ ساله ۲٪ و در زنان ۳۰-۲۰ ساله ۴٪ گزارش کردند (۵). در مطالعه شیرالی و همکار (۲۰۱۹) در شیراز، افکار خودکشی در ۸۸/۸٪ از جمعیت تحت مطالعه از نظر افکار خودکشی کم‌خطر، در ۹٪ دارای خطر متوسط و در ۲/۲٪ پرخطر محسوب می‌شد (۶).

مرگ مادر در طی بارداری و پس از زایمان به‌دلیل خودکشی و آسیب به خود در شاخص مرگ مادر باردار محاسبه می‌شود (۷). شاخص مرگومیر مادران به‌دلیل عوارض بارداری و زایمان، از مهم‌ترین شاخص‌هایی است که نشان‌دهنده توسعه کشورهاست (۴). در سال ۲۰۱۰ شاخص مرگ مادر باردار در ایران ۲۷ و در سال ۲۰۱۵ این شاخص ۲۵ بوده است (۷). بارداری برای بسیاری از زنان استرس‌زا است و اختلالات مربوط به بی‌خوابی و افسردگی در طول این دوره بسیار شایع است (۸). با توجه به بررسی‌های سلامت روان در زنان و به‌ویژه در طول بارداری، ۲۰-۱۵٪ از زنان باردار، یک اختلال روانی

دارند (۹). شیوع اختلالات روانی در زنان باردار ۲۶/۷٪ گزارش شده است (۱۰). در ایجاد افکار خودکشی در بارداری، عوامل خطر متعدد فردی، باروری، عوامل اقتصادی-اجتماعی (۳) و فرهنگی نقش دارند. اختلالات شخصیتی، فرزند چهارم و بالاتر بودن، بارداری نامشروع (۵)، محدودیت دسترسی به خدمات سلامت روان (۱۱)، سقط جنین (۱۲)، افسردگی و سن پایین مادر، از جمله عوامل همراه با افکار خودکشی بوده‌اند (۱۳).

در مطالعه بداسو و همکاران (۲۰۲۱)، ۲۰ مقاله ارتباط بین حمایت پایین اجتماعی، افسردگی، اضطراب با اقدام به خودکشی را به‌طور قوی نشان دادند (۱۴). خشونت فیزیکی و روانی نیز با افکار خودکشی ارتباط نزدیکی دارد. در مطالعه لنجا و همکاران (۲۰۱۹)، میزان شیوع خشونت‌های خانگی علیه زنان توسط شریک نزدیک در طول زندگی ۵۹٪، شیوع خشونت جسمی ۲۰/۳٪، خشونت جنسی ۳۶/۳٪ و خشونت روانی عاطفی ۳۳٪ بود (۱۵). برآوردهای منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که در سراسر جهان حدود ۱ زن از هر زن ۳ (۳۰٪) در سراسر جهان در طول زندگی خود مورد خشونت فیزیکی و/یا جنسی از طرف شریک صمیمی یا خشونت جنسی غیرشریک قرار گرفته‌اند. بیشتر این خشونت‌ها، خشونت شریک جنسی است. در سراسر جهان، تقریباً یک سوم (۲۷٪) از زنان ۱۵-۴۹ ساله که در یک رابطه بوده‌اند، گزارش می‌دهند که مورد خشونت فیزیکی و/یا جنسی توسط شریک صمیمی خود قرار گرفته‌اند (۱۶).

بنابر آنچه تاکنون مطرح شد، خودکشی یکی از مشکلات اجتماعی و بهداشتی جوامع است و به سبب افزایش موارد خودکشی در جهان و کشور، بررسی آن از جنبه‌های مختلف ضروری است. تحقیقات در زمینه خودکشی به شرط شناسایی عوامل زمینه‌ساز آن می‌تواند از بروز این مشکل پیشگیری نمایند. از این گذشته بررسی میزان شیوع افکار خودکشی و شناخت عوامل خطر در بارداری می‌تواند زمینه‌ساز برنامه‌ریزی برای اقدامات بهداشتی پیشگیرانه گردد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در

زنان باردار تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان علی‌آباد کتول در سال ۱۴۰۱ انجام گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر مقطعی با رویکرد توصیفی - تحلیلی بود که پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان به صورت سرشماری بر روی زنان باردار تحت پوشش ۱۰ مرکز خدمات جامع سلامت شهری شهرستان علی‌آباد کتول در سال ۱۴۰۱ پس از بررسی شرایط ورود به مطالعه و ارائه توضیح در مورد اهداف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه انجام شد. از تعداد کل ۶۲۸ نفر زن باردار در زمان انجام مطالعه، ۲۰ مادر کوچ کردند، ۵۶ مادر غیرایرانی بودند و ۳۷ مادر هم در این شهرستان مهمان بودند. بنابراین از ۵۱۵ زن باردار باقی‌مانده، ۴۰۴ نفر در مطالعه شرکت کردند و به صورت خوداظهاری پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. اطلاعات زنان باردار شرکت نکرده در مطالعه (۱۱۱ نفر) نیز از طریق اطلاعات ثبت شده در سامانه ناب (نرم‌افزار اطلاعات بهداشتی) جمع‌آوری شد. جمعیت ساکن در شهرستان علی‌آباد کتول، ثبت مادر به‌عنوان باردار در سامانه الکترونیک مرکز بهداشت با هر تعداد مراقبت و در هر هفته بارداری و ایرانی بودن مادران به‌عنوان معیارهای ورود به مطالعه و مهمان بودن در شهرستان، جزء معیار خروج از مطالعه تعریف شدند.

برای هر زن باردار فرم اطلاعات دموگرافیک، نسخه فارسی پرسشنامه‌های سلامت عمومی گلدبرگ، مقیاس اندیشه‌پردازی خودکشی بک (BSSL) و فرم غربالگری خشونت خانگی توسط خود افراد تکمیل گردید.

فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل ۱۸ سؤال از جمله سن، سطح تحصیلات، محل سکونت، نوع شغل، تعداد بارداری، سابقه سقط، تعداد زایمان، تعداد فرزند زنده، شغل همسر، نوع سکونت و استفاده از فضای مجازی، سابقه بیماری و بارداری پرخطر بودند.

پرسشنامه غربالگری خشونت خانگی (HITS): یک ابزار کوتاه برای بررسی خشونت خانگی است که در آمریکا توسط شرین و همکاران (۱۹۹۸) طراحی شده

است (۱۷). این پرسشنامه دارای ۴ سؤال با تمرکز بر خشونت کلامی و فیزیکی می‌باشد که هر سؤال ۵ گزینه برای پاسخ دارد و دامنه امتیازها بین ۴ تا ۲۰ می‌باشد. امتیاز بالاتر از ۱۰ مثبت تلقی می‌شود و وجود خشونت را تأیید می‌کند. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط شیرزادی و همکاران (۲۰۲۰) مورد بررسی قرار گرفت که این مطالعه نشان داد که حساسیت آن ۹۱/۴٪، ویژگی ۹۴/۳٪ و ضریب آلفای کرونباخ حدود ۷۵٪ بود (۱۸).

نسخه فارسی مقیاس اندیشه‌پردازی خودکشی بک (BSSI^۲): یکی از پرسشنامه‌های سنجش افکار خودکشی مقیاس اندیشه‌پردازی بک (BSSI) است. این پرسشنامه به‌منظور بررسی افکار خودکشی توسط آرون بک (۱۹۶۱) ساخته شد (۱۹). مقیاس اندیشه‌پردازی بک، یک پرسشنامه خودسنجی ۱۹ سؤالی است که به‌منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. پرسشنامه دارای ۵ سؤال غربالگری است. در صورتی که پاسخ‌دهنده به‌ویژه به پرسش شماره ۵ پاسخ مثبت یعنی ۱ یا ۲ بدهد، لازم است که ۱۴ سؤال باقی‌مانده را پاسخ دهد. در غیر این صورت نیازی به ادامه نیست (نمره صفر به‌معنای هیچ، نمره ۱ به‌معنای تا حدودی و نمره ۲ به‌معنای زیاد است). ارزیابی افکار خودکشی در فرد بر اساس نمره کسب شده توسط افراد به‌صورت فاقد افکار خودکشی (نمره ۰ تا ۳)، دارای افکار خودکشی کم (نمره ۴ تا ۱۱) و دارای افکار خودکشی پرخطر (نمره ۱۲ و بیشتر) خواهد بود. روایی و پایایی آن توسط انیسی و همکاران (۲۰۰۵) بر روی سربازان نیروی زمینی انجام شد. روایی هم‌زمان مقیاس افکار خودکشی بک با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ بود (۲۰). این پرسشنامه در دوران بارداری توسط اکبرزاده و همکاران (۲۰۰۹) برای بررسی شیوع علائم اضطراب و غم پس از زایمان و عوامل مؤثر بر آن در زنان دارای حاملگی پرخطر استفاده شده است (۲۱).

² scale for suicidal ideation Baek

¹ Hurt, Insults, Treaaten. Screens

نسخه فارسی پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ ۲۸ سؤالی (GHQ)^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ طراحی شد. نسخه اصلی ۶۰ سؤال دارد، اما در پژوهش‌ها فرم کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی استفاده می‌شود. در این تحقیق از فرم کوتاه شده ۲۸ سؤالی استفاده گردید. پرسشنامه ۲۸ سؤالی مرکب از ۴ خرده آزمون است. آیتم‌های ۱ تا ۷ نشانه‌های جسمانی، آیتم‌های ۸ تا ۱۴ اضطراب و بی‌خوابی، آیتم‌های ۱۵ تا ۲۱ اختلال در کارکرد اجتماعی و آیتم‌های ۲۲ تا ۲۸ افسردگی را اندازه‌گیری می‌کنند. هر آیتم ۴ گزینه دارد. برای نمره‌گذاری دو روش وجود دارد. در روش اول، گزینه‌ها به صورت ۰، ۱، ۰، ۱، ۰، ۱ ارزیابی می‌شوند و نمره فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. در روش دوم، پاسخ‌ها بر اساس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۰، ۱، ۲، ۳) و در نتیجه نمره هر فرد از صفر تا ۸۴ در نوسان است. در هر دو شیوه، نمره پایین‌تر نشان‌دهنده بهداشت روانی مطلوب‌تر است. در این پژوهش از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شد. نمرات به ترتیب الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است.

گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸) پایایی به روش دو نیمه‌کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود، ۰/۹۵ گزارش کردند (۲۲، ۲۳). همچنین ویلیامز و همکاران در کشور انگلیس با انجام فراتحلیل بر ۴۳ تحقیق که این ابزار را به کار برده بودند، به حساسیت ۰/۸۴ و ویژگی ۰/۸۲ اشاره نمودند (۲۴). یعقوبی و همکاران (۱۹۹۵) نیز حساسیت ۰/۸۶/۵، ویژگی ۰/۸۲ و همچنین پایایی ۰/۸۶/۵ را به روش بازآزمایی برای این پرسشنامه گزارش کردند (۲۵). این پرسشنامه توسط گلشانی و همکاران (۲۰۱۴) در بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در دوران بارداری بر سلامت روان مادران باردار در تبریز مورد استفاده قرار گرفت (۲۶). داده‌ها بعد از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۳) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابتدا نرم‌الیته متغیرهای کمی با آزمون کولموگروف-

اسمیرنوف سنجیده شد. با توجه به عدم نرم‌الیته متغیرهای کمی، ارتباط متغیرهای کمی با آزمون همبستگی اسپیرمن و ارتباط متغیرهای کیفی با آزمون کای اسکوئر و آزمون دقیق فیشر سنجیده شد. رگرسیون لجستیک چندگانه نیز جهت پیش‌بینی عوامل مرتبط بر افکار خودکشی به کار رفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه که به صورت سرشماری انجام شد، ۵۱۵ زن باردار تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهری شهرستان علی‌آباد کتول که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، وجود داشتند. از این تعداد، ۴۰۴ زن باردار با اعلام آمادگی شرکت در مطالعه، وارد مطالعه شدند و ۱۱۱ زن باردار از شرکت در مطالعه خودداری کردند. نرخ پاسخ‌گویی زنان باردار ۷۸٪ بود. بنابراین محقق اطلاعات دموگرافیک و سوابق بارداری زنان باردار شرکت نکرده در مطالعه را از طریق سامانه ناب (نرم‌افزار اطلاعات بهداشتی) جمع‌آوری نمود.

نتایج نشان داد که از ۴۰۴ نفر زنان باردار، ۳۲ نفر (۷/۹٪) افکار خودکشی داشتند. میانگین نمره افکار خودکشی در زنان باردار در این مطالعه $4/6 \pm 3/25$ با دامنه نمره ۱-۱۵ بود و بر طبق دسته‌بندی نمره افکار خودکشی، زنان باردار دارای افکار خودکشی کم (نمره ۱-۴) حاصل از پرسشنامه) بودند. میانگین نمره سلامت روان $10/3 \pm 55/17$ با دامنه نمره ۲۵-۷۹ بود. مطابق با راهنمای ابزار و نمره کسب شده، زنان باردار از نظر بهداشت روان در دسته علائم مرضی (نمره کل بالاتر از ۲۲) قرار داشتند و افکار خودکشی با سلامت روان ارتباط معکوس داشت، اما این ارتباط معنادار نبود ($p=0/8$, $r=-0/05$).

بر اساس نتایج، ۱۴۵ نفر (۳۵/۹٪) از زنان باردار کمتر از ۲۵ سال و ۵۹ زن باردار (۱۴/۶٪) نیز بالای ۳۵ سال سن داشتند. ۳۷۸ نفر (۹۳/۶٪) از زنان باردار در شهر زندگی می‌کردند و سطح تحصیلات ۸۱ نفر (۲۰/۱٪) از زنان باردار نیز دانشگاهی بود. ۳۷۳ نفر (۹۲/۳٪) از زنان باردار خانه‌دار بودند. وضعیت اقتصادی - اجتماعی زنان

¹ General Health Questionair

باردار بر طبق اظهارات خود آنها در ۵۴ نفر (۱۳/۴٪) خوب بود. قومیت ۳۱۱ نفر (۷۷٪) از زنان باردار فارس بود. بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر، گروه سنی و قومیت، ارتباط آماری معناداری با افکار خودکشی نداشت (جدول ۱).

جدول ۱- ارتباط متغیرهای دموگرافیک با افکار خودکشی زنان باردار شرکت کرده در مطالعه

متغیر	سطح متغیر	افکار خودکشی		کل	سطح معنی داری
		بله	خیر		
گروه سنی (سال)	۱۵-۱۹	-	۵۹ (۱۰۰)	۵۹ (۱۴/۶)	* / ۰.۳
	۲۰-۲۴	۱۲ (۱۴)	۷۴ (۸۶)	۸۶ (۲۱/۳)	
	۲۵-۳۹	۱۰ (۱۰)	۹۰ (۹۰)	۱۰۰ (۲۴/۸)	
	۳۰-۳۴	۶ (۶)	۹۴ (۹۴)	۱۰۰ (۲۴/۸)	
محل زندگی	۳۵ و بالاتر	۴ (۶/۸)	۵۵ (۹۳/۲)	۵۹ (۱۴/۶)	* / ۰.۱۵
	شهر	۲۸ (۷/۴)	۳۵۰ (۹۲/۶)	۳۷۸ (۹۳/۶)	
تحصیلات	روستا	۴ (۱۵/۴)	۲۲ (۸۴/۶)	۲۶ (۶/۴)	* / ۰.۱۳
	بی سواد	۴ (۱۴/۳)	۲۴ (۸۵/۷)	۲۸ (۶/۹)	
	سیکل	۱۶ (۸/۱)	۱۸۱ (۹۱/۹)	۱۹۷ (۴۸/۸)	
	دیپلم	۱۰ (۱۰/۲)	۸۸ (۸۹/۸)	۹۸ (۲۴/۳)	
شغل زن	دانشگاهی	۲ (۲/۵)	۷۹ (۹۷/۵)	۸۱ (۲۰/۱)	** ۱
	خانه دار	۳۰ (۸)	۳۴۳ (۹۲)	۳۷۳ (۹۲/۳)	
وضعیت اقتصادی و اجتماعی	کارمند	۲ (۶/۵)	۲۹ (۹۳/۵)	۳۱ (۷/۷)	* / ۰.۰۷
	ضعیف	۱۲ (۱۳/۵)	۷۷ (۸۶/۵)	۸۹ (۲۲)	
	متوسط	۱۸ (۶/۹)	۲۴۳ (۹۳/۱)	۲۶۱ (۶۴/۶)	
قومیت	خوب	۲ (۳/۷)	۵۲ (۹۶/۳)	۵۴ (۱۳/۴)	* / ۰.۴۷
	فارس	۲۰ (۶/۴)	۲۹۱ (۹۳/۶)	۳۱۱ (۷۷)	
	ترکمن	۲ (۷/۱)	۲۶ (۹۲/۹)	۲۸ (۶/۹)	
	بلوچ/سیستانی	۱۰ (۱۵/۴)	۵۵ (۸۴/۶)	۶۵ (۱۶/۱)	

* آزمون کای اسکوئر، ** آزمون دقیق فیشر. اعداد بر اساس تعداد (درصد) بیان شده اند.

نیز در هفته بارداری ۲۵ و بیشتر به سر می بردند. در ۳۹۶ نفر (۹۸٪) از زنان باردار، نتیجه آزمایش غربالگری جنین نرمال بود، ۱۴ نفر (۱۹/۲٪) از زنان بارداری که حاملگی ناخواسته داشتند، دارای افکار خودکشی بودند که این رقم در زنان باردار با حاملگی خواسته به طور معناداری کمتر بود. افکار خودکشی در زنان باردار با ۴ بار بارداری و بیشتر، تعداد ۴ بار زایمان، تعداد فرزند ۴ و بیشتر به طور معناداری بالاتر بود (جدول ۲).

وضعیت حاملگی زنان باردار در ۳۳۱ نفر (۸۱/۹٪) موارد هم خود زن باردار و هم همسر آنها به صورت بارداری خواسته بود. تعداد بارداری ۷۵ نفر (۱۸/۶٪) از زنان ۴ مورد و بیشتر از آن بود. ۱۰۴ نفر (۲۵/۸٪) از زنان باردار سابقه سقط داشتند. ۱۴۲ نفر (۳۵/۱٪) نیز نخست زایا بودند. ۲۴۲ نفر (۵۹/۹٪) از زنان نیز ۳-۱ فرزند زنده داشتند. ۸۸ نفر (۲۱/۸٪) از زنان باردار در ۱-۱۲ هفته بارداری بودند و ۱۸۱ نفر (۴۴/۸٪) از زنان

جدول ۲- ارتباط افکار خودکشی با عوامل بارداری زنان باردار شرکت کرده در مطالعه

سطح معنی داری	کل	افکار خودکشی		سطح متغیر	متغیر
		خیر	بله		
* < ۰/۰۰۱	۳۳۱ (۸۱/۹)	۳۱۳ (۹۴/۶)	۱۸ (۵/۴)	خواسته	وضعیت حاملگی
	۷ (۱۸/۱)	۵۹ (۸۰/۸)	۱۴ (۱۹/۲)	ناخواسته	
* ۰/۰۰۲	۱۰۸ (۲۶/۷)	۱۰۶ (۹۸/۱)	۲ (۱/۹)	۱	تعداد بارداری
	۲۲۱ (۵۴/۷)	۲۰۳ (۹۱/۹)	۱۸ (۸/۱)	۲-۳	
	۷۵ (۱۸/۶)	۶۳ (۸۴)	۱۲ (۱۶)	۴ و بیشتر	
* ۰/۳۸	۳۰۰ (۷۴/۳)	۲۷۸ (۹۲/۷)	۲۲ (۷/۳)	ندارد	تعداد سقط
	۹۴ (۲۳/۳)	۸۴ (۸۹/۴)	۱۰ (۱۰/۶)	۱-۲	
	۱۰ (۲/۵)	۱۰ (۱۰۰)	-	۳ و بیشتر	
* ۰/۰۴	۱۴۲ (۳۵/۱)	۱۳۲ (۹۳)	۱۰ (۷)	ندارد	تعداد زایمان
	۲۴۶ (۶۰/۹)	۲۲۸ (۹۲/۷)	۱۸ (۷/۳)	۱-۳	
	۱۶ (۴)	۱۲ (۷۵)	۴ (۲۵)	۴ و بیشتر	
* ۰/۰۳	۱۴۶ (۳۶/۱)	۱۳۴ (۹۱/۸)	۱۲ (۸/۲)	ندارد	تعداد فرزند زنده
	۲۴۲ (۵۹/۹)	۲۲۶ (۹۳/۴)	۱۶ (۶/۶)	۱-۳	
	۱۶ (۴)	۱۲ (۷۵)	۴ (۲۵)	۴ و بیشتر	
* ۰/۲۹	۸۸ (۲۱/۸)	۸۴ (۹۵/۵)	۴ (۴/۵)	۱-۱۲	هفته حاملگی
	۱۳۵ (۳۳/۴)	۱۲۱ (۸۹/۶)	۱۴ (۱۰/۴)	۱۳-۲۴	
	۱۸۱ (۴۴/۸)	۱۶۷ (۹۲/۳)	۱۴ (۷/۷)	۲۵ و بیشتر	
۱**	۳۹۶ (۹۸)	۳۶۴ (۹۱/۹)	۳۲ (۸/۱)	نرمال	نتیجه آزمایش
	۸ (۲)	۸ (۱۰۰)	-	غیر نرمال	غربالگری

* آزمون کای اسکوئر، ** آزمون دقیق فیشر. اعداد بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

اساس نتایج آزمون، ۶ نفر (۲۰٪) از زنان باردار با بارداری پرخطر دارای افکار خودکشی بودند و ۴ نفر (۵۰٪) از زنان باردار با سابقه بیماری روانی نیز دارای افکار خودکشی بودند؛ به گونه‌ای که بارداری پرخطر و داشتن سابقه بیماری روانی، ارتباط آماری معناداری با افکار خودکشی نشان دادند (جدول ۳).

بر اساس نتایج ۱۸۲ نفر (۴۵٪) از زنان باردار ۱ ساعت در روز و تقریباً ۵۲ نفر (۱۳٪) از زنان ۳ ساعت و بیشتر از فضای مجازی مانند تلگرام، واتساپ، اینترنت و غیره استفاده می‌کردند. ۲۴ نفر (۵/۹٪) از زنان دارای سابقه بیماری جسمی، ۳۰ نفر (۷/۴٪) دارای سابقه بارداری پرخطر و ۸ نفر (۲٪) از زنان سابقه بیماری روانی داشتند و هیچ‌کدام از زنان سابقه اقدام به خودکشی نداشتند. بر

جدول ۳- ارتباط افکار خودکشی با سوابق بیماری زنان باردار شرکت کرده در مطالعه

سطح معنی داری	کل تعداد (درصد)	افکار خودکشی		سطح متغیر	متغیر
		خیر	بله		
* ۰/۲۴	۱۴۴ (۳۵/۶)	۱۳۰ (۹۰/۳)	۱۴ (۹/۷)	ندارد	استفاده از فضای مجازی
	۱۸۲ (۴۵)	۱۶۶ (۹۱/۲)	۱۶ (۸/۸)	۱ ساعت	
	۲۶ (۶/۴)	۲۶ (۱۰۰)	-	۲ ساعت	
	۵۲ (۱۲/۹)	۵۰ (۹۶/۲)	۲ (۳/۸)	۳ ساعت و بیشتر	
** ۰/۱۱	۲۴ (۵/۹)	۲۰ (۸۳/۳)	۴ (۱۶/۷)	دارد	بیماری جسمی
	۳۸۰ (۹۴/۱)	۳۵۲ (۹۲/۶)	۲۸ (۷/۴)	ندارد	

بارداری پر خطر	دارد	۶ (۲۰)	۲۴ (۸۰)	۳۰ (۷/۴)	*۰/۰۱
	ندارد	۲۶ (۷)	۳۴۸ (۹۳)	۳۷۴ (۹۲/۶)	
بیماری روانی	دارد	۴ (۵۰)	۴ (۵۰)	۸ (۲)	**۰/۰۰۲
	ندارد	۲۸ (۷/۱)	۳۶۸ (۹۲/۹)	۳۹۶ (۹۸)	

* آزمون کای اسکوتر، ** آزمون دقیق فیشر. اعداد بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

اسکوتر و دقیق فیشر، ۱۶ نفر (۴/۴٪) از زنان بارداری که همسر آنها کتک زده بود، ۱۰ نفر (۳٪) از زنان بارداری که همسر آنها به آنها توهین کرده بود، ۱۰ نفر (۴۵/۵٪) از زنان بارداری که از طرف همسر خود تهدید به آسیب رساندن شده بودند و ۲۴ نفر (۱۵/۳٪) از زنان بارداری که همسر آنها بر سر آنها فریاد زده بود، به‌طور معناداری دارای افکار خودکشی بودند (جدول ۴).

در خانواده ۶ نفر (۱/۵٪) از زنان باردار، رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده گزارش شده بود. ۳۸ نفر (۹/۴٪) از زنان باردار اظهار کردند که همسر آنها، آنها را کتک زده است، ۶۷ نفر (۱۶/۶٪) نیز بیان کردند که همسر آنها توهین کرده است، ۲۵ نفر (۶/۲٪) از زنان باردار توسط همسرانشان تهدید به آسیب دیدن شده بودند و ۱۵۹ نفر (۳۹/۴٪) بیان کردند که همسران آنها بر سر آنها فریاد زده است. بر اساس نتایج آزمون کای

جدول ۴- ارتباط افکار خودکشی با رفتارهای پرخطر همسران زنان باردار شرکت کرده در مطالعه

سطح معنی‌داری	افکار خودکشی			سطح متغیر	متغیر
	کل	خیر	بله		
**۱	تعداد (درصد)				
	۳۹۸ (۹۸/۵)	۳۶۶ (۹۲)	۳۲ (۸)	خیر	سابقه رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده در خانواده
* < ۰/۰۰۱	۶ (۱/۵)	۶ (۱۰۰)	-	بله	
	۳۶۶ (۹۰/۶)	۳۵۰ (۹۵/۶)	۱۶ (۴/۴)	خیر	کتک زدن همسر
* < ۰/۰۰۱	۳۸ (۹/۴)	۲۲ (۵۷/۹)	۱۶ (۴۲/۱)	بله	
	۳۳۷ (۸۳/۴)	۳۲۷ (۹۷)	۱۰ (۳)	خیر	توهین کردن همسر
* < ۰/۰۰۱	۶۷ (۱۶/۶)	۴۵ (۶۷/۲)	۲۲ (۳۲/۸)	بله	
	۳۷۹ (۹۳/۸)	۱۲ (۵۴/۵)	۱۰ (۴۵/۵)	خیر	تهدید به آسیب رساندن
* < ۰/۰۰۱	۲۵ (۶/۲)	۳۶۰ (۹۴/۲)	۲۲ (۵/۸)	بله	
	۲۴۵ (۶۰/۶)	۱۳۳ (۸۴/۷)	۲۴ (۱۵/۳)	خیر	فریاد زدن
* < ۰/۰۰۱	۱۵۹ (۳۹/۴)	۲۳۹ (۹۶/۸)	۸ (۳/۲)	بله	

* آزمون کای اسکوتر، ** آزمون دقیق فیشر. اعداد بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

متوسط بودند و ۹۶ نفر (۸۶/۵٪) از زنان باردار نیز دارای قومیت فارس بودند. فراوانی زنان باردار کمتر از ۲۵ سال در گروه زنان باردار شرکت کرده در مطالعه به‌طور معناداری بیشتر از زنان باردار شرکت کرده در مطالعه بود. محل زندگی و شغل همسر زنان باردار شرکت کرده در مطالعه در مقایسه با زنان بارداری که در مطالعه شرکت نکردند و اطلاعات آنها از سامانه ناب استخراج شده بود، تفاوت معناداری با هم داشت، اما زنان باردار دو گروه از نظر سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و قومیت تفاوت آماری معناداری نداشتند (جدول ۵).

مشخصات جمعیت‌شناختی ۱۱۱ زن باردار تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهری شهرستان علی‌آباد کتول شرکت نکرده در مطالعه در این مطالعه ۳۷ نفر (۳۳/۳٪) از زنان باردار زیر ۲۵ سال سن و ۳۶ نفر (۳۲/۴٪) بیشتر از ۳۵ سال سن داشتند. تقریباً تمامی زنان باردار در شهر زندگی می‌کردند. ۳۳ نفر (۲۹/۷٪) از زنان باردار دارای تحصیلات دانشگاهی و ۱۰۱ نفر (۹۱٪) خانه‌دار بودند. شغل همسر زنان باردار در ۸۲ نفر (۷۳/۹٪) آزاد بود و ۶ نفر (۶۶/۷٪) از زنان باردار بر طبق آنچه در سامانه ثبت شده بود، دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی

جدول ۵- مقایسه مشخصات دموگرافیک زنان باردار شرکت کرده در مطالعه با زنان باردار شرکت نکرده

سطح معنی‌داری	گروه زنان باردار		سطح متغیر	متغیر
	شرکت نکرده	شرکت کرده		
* < .001	۵ (۴/۵)	۵۹ (۱۴/۶)	۱۵-۱۹	گروه سنی
	۳۲ (۲۸/۸)	۸۶ (۲۱/۳)	۲۰-۲۴	
	۲۴ (۲۱/۶)	۱۰۰ (۲۴/۸)	۲۵-۳۹	
	۱۴ (۱۲/۳)	۱۰۰ (۲۴/۸)	۳۰-۳۴	
	۳۶ (۳۲/۴)	۵۹ (۱۴/۶)	۳۵ و بالاتر	
** .02	۱۱۰ (۹۹/۱)	۳۷۸ (۹۳/۶)	شهر	محل زندگی
	۱ (۰/۹)	۲۶ (۶/۴)	روستا	
* .08	۳ (۲/۷)	۲۸ (۶/۹)	بی سواد	تحصیلات
	۴۹ (۴۴/۱)	۱۹۷ (۴۸/۸)	سیکل	
	۲۶ (۲۳/۴)	۹۸ (۲۴/۳)	دیپلم	
	۳۳ (۲۹/۷)	۸۱ (۲۰)	دانشگاهی	
* .069	۱۰۱ (۹۱)	۳۷۳ (۹۲/۳)	خانه‌دار	شغل زن
	۱۰ (۹)	۳۱ (۷/۷)	شاغل	
* .002	۱۲ (۱۰/۸)	۱۰ (۲/۵)	بیکار	شغل همسر
	۹ (۸/۱)	۳۵ (۸/۷)	کارمند	
	۸ (۷/۲)	۴۱ (۱۰/۱)	کشاورز	
	۸۲ (۷۳/۹)	۳۱۸ (۷۸/۷)	آزاد	
* .042	۳ (۳۳/۳)	۸۹ (۲۲)	ضعیف	وضعیت اقتصادی و اجتماعی
	۶ (۶۶/۷)	۲۶۱ (۶۴/۶)	متوسط	
	-	۵۴ (۱۳/۴)	خوب	
* .08	۹۶ (۸۶/۵)	۳۱۱ (۷۷)	فارس	قومیت
	۶ (۵/۴)	۲۸ (۶/۹)	ترکمن	
	۹ (۸/۱)	۶۵ (۱۶/۱)	بلوچ/سیستانی	

* آزمون کای اسکوتر، ** آزمون دقیق فیشر. اعداد بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

زنان باردار شرکت نکرده از نظر وضعیت حاملگی تفاوت معناداری با هم داشتند؛ به‌گونه‌ای که ۱۸۱ نفر (۴۴/۸٪) از زنان باردار شرکت کرده در مطالعه، در هفته حاملگی بالای ۲۵ هفته بودند که این رقم در زنان شرکت نکرده، ۳۵ نفر (۳۱/۵٪) بود که این رقم به‌طور معناداری کمتر بود. زنان باردار شرکت کرده در مطالعه با زنان باردار شرکت نکرده از نظر وضعیت حاملگی، تعداد بارداری، تعداد سقط، تعداد زایمان، تعداد فرزند زنده و نتیجه آزمایش غربالگری تفاوت آماری معناداری نداشتند (جدول ۶).

وضعیت حاملگی تنها ۹ نفر در سامانه ثبت شده بود که از بین آنها، ۱ نفر (۱۱/۱٪) دارای حاملگی ناخواسته بود. ۶۱ نفر (۵۵٪) از زنان باردار دارای تعداد بارداری ۲-۳ مورد بودند. ۲۸ نفر (۲۵/۲٪) از زنان ۱-۲ مورد سقط داشتند و ۶۱ نفر (۵۵٪) از زنان ۱-۳ بار زایمان کرده بودند. ۶۰ نفر (۵۴/۱٪) از زنان ۱-۳ فرزند زنده داشتند و ۵۹ نفر (۵۳/۲٪) از زنان در هفته حاملگی ۱۳-۲۴ هفته بودند. ۱۰۶ نفر (۹۵/۵٪) از زنان که آزمایش غربالگری انجام داده بودند، نتیجه آزمایش نرمال داشتند. زنان باردار شرکت کرده در مطالعه با

جدول ۶- مقایسه مشخصات بارداری زنان باردار شرکت کرده در مطالعه با زنان باردار شرکت نکرده

سطح معنی داری	گروه زنان باردار		سطح متغیر	متغیر
	شرکت نکرده	شرکت کرده		
**۱	۸ (۸۸/۹)	۳۳۱ (۸۱/۹)	خواسته	وضعیت حاملگی
	۱ (۱۱/۱)	۷۳ (۱۸/۱)	ناخواسته	
*۰/۶۷	۳۳ (۲۹/۷)	۱۰۸ (۲۶/۷)	۱	تعداد بارداری
	۶۱ (۵۵)	۲۲۱ (۵۴/۷)	۲-۳	
*۰/۵۶	۱۷ (۱۵/۳)	۷۵ (۱۸/۶)	۴ و بیشتر	تعداد سقط
	۸۲ (۷۳/۹)	۳۰۰ (۷۴/۳)	ندارد	
*۰/۴۷	۲۸ (۲۵/۲)	۹۴ (۲۳/۳)	۱-۲	تعداد زایمان
	۱ (۰/۹)	۱۰ (۲/۵)	۳ و بیشتر	
*۰/۴۷	۴۶ (۴۱/۴)	۱۴۲ (۳۵/۱)	ندارد	تعداد زایمان
	۶۱ (۵۵)	۲۴۶ (۶۰/۹)	۱-۳	
*۰/۴۹	۴ (۳/۶)	۱۶ (۴)	۴ و بیشتر	تعداد فرزند زنده
	۴۷ (۴۲/۳)	۱۴۶ (۳۶/۱)	ندارد	
*۰/۴۹	۶۰ (۵۴/۱)	۲۴۲ (۵۹/۹)	۱-۳	تعداد فرزند زنده
	۴ (۳/۶)	۱۶ (۴)	۴ و بیشتر	
*۰/۰۰۱	۱۷ (۱۵/۳)	۸۸ (۲۱/۸)	۱-۱۲	هفته حاملگی
	۵۹ (۵۳/۲)	۱۳۵ (۳۳/۴)	۱۳-۲۴	
*۰/۱۱۷	۳۵ (۳۱/۵)	۱۸۱ (۴۴/۸)	۲۵ و بیشتر	نتیجه آزمایش غربالگری
	۱۰۶ (۹۵/۵)	۳۹۶ (۹۸)	نرمال	
	۵ (۴/۵)	۸ (۲)	غیر نرمال	

* آزمون کای اسکوئر، ** آزمون دقیق فیشر. اعداد بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

فراوانی سابقه بیماری جسمی و بیماری روانی در زنان باردار شرکت کرده در مطالعه به‌طور معناداری کمتر از زنان شرکت نکرده در مطالعه بود. ساعات استفاده از فضای مجازی، سابقه بارداری پرخطر و سابقه رفتار پرخطر جنسی خانواده در بین زنان باردار دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت (جدول ۷).

بر اساس نتایج، ۴ نفر (۰/۴۴/۴) از زنان باردار یک ساعت از فضای مجازی استفاده می‌کردند. ۲۳ نفر (۰/۲۰/۷) از زنان باردار دارای سابقه بیماری جسمی، ۷ نفر (۰/۶/۳) سابقه بارداری پرخطر و ۷ نفر (۰/۶/۳) سابقه بیماری روانی داشتند و هیچ زن بارداری سابقه رفتار پرخطر جنسی محافظت نشده در خانواده خود نداشت.

جدول ۷- مقایسه سوابق بیماری زنان باردار شرکت کرده در مطالعه با زنان باردار شرکت نکرده

سطح معنی داری	گروه زنان باردار		سطح متغیر	متغیر
	شرکت نکرده	شرکت کرده		
*۰/۲۲	۳ (۳۳/۳)	۱۴۴ (۳۵/۶)	ندارد	استفاده از فضای مجازی
	۴ (۴۴/۴)	۱۸۲ (۴۵)	۱ ساعت	
	۲ (۲۲/۲)	۲۶ (۶/۴)	۲ ساعت	
*۰/۰۰۱	-	۵۲ (۱۲/۹)	۳ ساعت و بیشتر	بیماری جسمی
	۲۳ (۲۰/۷)	۲۴ (۵/۹)	دارد	
*۰/۶۹	۸۸ (۷۹/۳)	۳۸۰ (۹۴/۱)	ندارد	بارداری پرخطر
	۷ (۶/۳)	۳۰ (۷/۴)	دارد	
	۱۰۴ (۹۳/۷)	۳۷۴ (۹۲/۶)	ندارد	

	۷ (۶/۳)	۸ (۲)	دارد	بیماری روانی
*۰/۰۲	۱۰۴ (۹۳/۷)	۳۹۶ (۹۸)	ندارد	
	-	۶ (۱/۵)	دارد	رفتار پرخطر جنسی
**۰/۳۵	۱۱۱ (۱۰۰)	۳۹۸ (۹۸/۵)	ندارد	خانواده

* آزمون کای اسکوتر، ** آزمون دقیق فیشر. اعداد بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

بر اساس نتایج آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه، متغیرهای جمعیت‌شناختی، سوابق بارداری و بیماری زنان باردار بررسی شده در این مطالعه توانست ۹۸-۴۲٪ پراکندگی واریانس افکار خودکشی را تبیین نماید، با این وجود هیچ‌کدام از این شاخص‌های جمعیت‌شناختی، بارداری و سوابق بیماری زنان باردار تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهری شهرستان علی‌آباد کتول زمانی که اثر سایر متغیرها کنترل شده بود، اثر معناداری بر افکار خودکشی نداشتند ($p > 0.05$).

بحث

خودکشی، یکی از علل مرگ مادر باردار محسوب می‌گردد و افکار خودکشی، زمینه‌ساز خودکشی است. شیوع افکار خودکشی در مطالعه حاضر ۷/۰۹٪ بود. در جنوب اتیوپی ۱۱/۸٪ (۱۱)، کشور اتیوپی ۱۳/۳٪ (۲۷)، جنوب آفریقا ۱۲٪ (۲۸)، مصر ۲۰/۴٪ (۲۹) و در برزیل بر روی زنان باردار با درآمد کم شیوع افکار خودکشی ۸/۱٪ بیان شده بود که بیشتر از شیوع به‌دست آمده در این مطالعه بیشتر بود (۳). شیوع افکار خودکشی در زنان باردار سه ماهه اول کشور اسپانیا ۲/۶٪ (۲۵)، چین ۶/۷٪ (۱) و آمریکا ۴/۶٪ (۳۰) بود که از شیوع مطالعه حاضر کمتر بود، لذا به‌نظر می‌رسد در کشورهای کم توسعه‌یافته و یا توسعه‌نیافته، شیوع افکار خودکشی بیشتر از کشورهای با درآمد بالا است. همانطور که فقر در قالب ناامنی غذایی، احتمال افزایش افکار خودکشی را ایجاد می‌کند و عاملی برای پیش‌بینی SIB بوده است (۲۸)، در این مطالعه نیز مشاهده شد که فراوانی وجود افکار خودکشی در زنان باردار با وضعیت اقتصادی - اجتماعی ضعیف بیشتر است که این می‌تواند مؤید این موضوع باشد که افکار خودکشی در زنان بارداری که در شرایط ناملازم زندگی می‌کنند، شیوع بالایی داشته باشد (۲۸).

بر اساس نتایج دیگر مطالعه حاضر، زنان باردار با سابقه بیماری روانی، بیشترین افکار خودکشی را داشتند و افکار خودکشی با سلامت روان ارتباط معکوس نشان داد؛ بدین‌معنا که هرچه زن باردار از نظر سلامت روان سالم‌تر باشد، دارای افکار خودکشی کمتر است. در یافته‌های مطالعات دیگر نیز افسردگی و اضطراب به‌عنوان عامل خطر افکار خودکشی شناخته شده است (۱، ۳، ۲۵، ۳۱) که با یافته مطالعه حاضر همسو بود. دلیل احتمالی ممکن است وجود تغییرات هورمونی در دوران بارداری باشد که می‌تواند خطر به ابتلاء افسردگی را افزایش دهد. بارداری، دوره حساس‌تری برای زنان است و از نظر جسمی یا روحی آزار دهنده می‌شود. بارداری تا تولد نوزاد می‌تواند زنان را در شرایطی قرار دهد که باعث اضطراب در مورد سلامت نوزاد، ترس از زایمان یا نگرانی در مورد افزایش وزن و فرم بدن شود، بنابراین اضطراب ممکن است یک علت بالقوه باشد که منجر به رفتارهای خودکشی شود (۲۷). همچنین این پژوهش ارتباط افکار خودکشی با انواع همسرآزاری را مورد بررسی قرار داد و نشان داد که کتک زدن زن باردار، توهین کردن به زن باردار، تهدید به آسیب رساندن و فریاد زدن بر سر زن باردار، افکار خودکشی را افزایش می‌دهد. در مطالعه مصطفی و همکاران (۲۰۱۹) خطر خودکشی زنان بارداری که در معرض خشونت و پرخاشگری شریک زندگی قرار گرفته بودند، بیشتر بود (۲۹). در مطالعه اسد و همکاران (۲۰۱۰) بر روی زنان باردار پاکستانی نیز رابطه قوی بین افکار خودکشی با آزار کلامی، فیزیکی و جنسی نشان داده شد (۳۲). همچنین مطالعه الحسین و همکاران (۲۰۱۵)، ارتباط قوی بین خشونت شریک صمیمی با افزایش خطر افکار خودکشی در زنان باردار در طول بارداری را در ایالات متحده نشان داد (۳۳). این مطالعات

این مورد اشاره کرد که تمامی زنان باردار ساکن شهرستان به مراکز جامع سلامت مراجعه نمی‌نمایند و این مطالعه بر روی زنان باردار تحت پوشش مراکز شهری انجام گرفت، لذا این مطالعه نمی‌توانست تمامی زنان باردار شهری را مورد مطالعه قرار دهد. همچنین تعدادی از مادران باردار تحت پوشش مراکز شهری نیز در حین مطالعه از این شهرستان کوچ کردند و دیگر در دسترس نبودند.

نتیجه‌گیری

زنان باردار این مطالعه دارای سطح کمی از افکار خودکشی بودند. بهداشت روان زنان باردار در دسته علائم مرضی قرار دارد و افکار خودکشی با سلامت روان ارتباط معکوس دارد. سن کمتر از ۲۵ سال، وضعیت اقتصادی و اجتماعی ضعیف، قومیت، ناخواسته بودن بارداری، بارداری‌های مکرر، تعداد زایمان‌های زیاد، تعداد فرزندان بیشتر، داشتن بارداری پرخطر و رفتارهای پرخطر همسران زنان باردار، از عوامل مرتبط برای وجود افکار خودکشی بودند. وجود بیماری روانی همراه با سایر عوامل خطر اجتماعی جمعیت‌شناختی آسیب‌پذیری بالای این زنان را نشان می‌دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد اخلاق IR.GOUMS.REC.1401.004 از دانشگاه علوم پزشکی گلستان می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه، سرپرست مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی و کارشناس آن مرکز، کارکنان مراکز جامع سلامت شهری شهرستان علی‌آباد کتول و زنان باردار شرکت‌کننده تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

هیچ‌کدام از نویسندگان مطالعه تعارض منافع ندارند.

از ارتباط بین خشونت شریک صمیمی (IPV)^۱ و افکار خودکشی حمایت می‌کنند. این ممکن است به این دلیل باشد که IPV روابط ناامن با نزدیکان آنها ایجاد می‌کند و به توسعه افکار خودکشی کمک می‌کند (۲۸). بنابراین، باید تلاش‌هایی برای پرداختن به چنین عواملی از طریق ارائه پروتکل‌های غربالگری و مدیریت IPV و همچنین روش‌های مشاوره درمانی انجام شود.

مطالعه حاضر نشان داد که فراوانی افکار خودکشی در زنان باردار با سن بارداری کمتر از ۲۵ سال، حاملگی ناخواسته، تعداد فرزند بیشتر، زایمان زیاد و بارداری پرخطر مرتبط است و افکار خودکشی در زنان باردار با تحصیلات دانشگاهی کم است که این نتایج با مطالعاتی که در سال‌های ۲۰۱۱ و ۲۰۱۷ که ناخواسته بودن بارداری را یک عامل خطر برای افکار خودکشی می‌دانست (۳۴-۳۶)، همسو بود. گروه‌های سنی جوان‌تر به شدت در برابر اقدام به خودکشی آسیب‌پذیر هستند (۳۵، ۳۷) و در سن ۱۸-۲۴ سال بیشترین اقدام به خودکشی را دارند (۳۴).

مطالعه حاضر شیوع بالای افکار خودکشی را در بین زنان بارداری که در شرایط ناملازم زندگی می‌کنند، نشان داد. پیشنهاد می‌شود که مداخلات بهداشت عمومی و اجتماعی برای زنان آسیب‌پذیر در دوره بارداری انجام گردد. توسعه ابزارهای تشخیص و غربالگری اختلالات سلامت روان با هدف پرداختن به نیازهای زنان باردار آسیب‌پذیر کمک می‌کند. سلامت روان زنان قبل از بارداری، اپیزودهای افسردگی و اضطراب قبل از بارداری، اختلالات اضطرابی یا عود یا تداوم آن، افسردگی یا اضطراب از بارداری تا پس از آن و دوره زایمان به‌طور خاص مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی جهت بررسی شیوع افکار خودکشی در زنان باردار تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهری و روستایی استان‌های کشور و بررسی ارتباط افکار خودکشی با خشونت همسران در زنان باردار انجام شود. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان اشاره کرد که تاکنون در ایران بر روی زنان باردار، افکار خودکشی مورد بررسی قرار نگرفته است. از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به

¹ intimate partner violence

حمایت مالی

حمایت مالی این پژوهش بر عهده معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

۱- هماهنگی و اخذ مجوز از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی گلستان جهت ارائه معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه به مراکز مورد نظر و ورود به محیط پژوهش صورت پذیرفت. ۲- توضیح در مورد هدف و روش انجام مطالعه برای مسئولین مراکز و شرکت‌کنندگان داده شد. ۳- در بازنگری و بررسی متون رعایت صداقت و امانت در نظر گرفته شد. ۴- به گروه هدف در خصوص محرمانه بودن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد. ۵- حق خروج از پژوهش برای هر یک از شرکت‌کنندگان محفوظ بود. ۶- قبل از ورود به پژوهش از واحدهای پژوهش رضایت آگاهانه کتبی با درج روش اجرای پژوهش، فواید و مضرات و داوطلبانه بودن شرکت نمونه در مطالعه، اخذ گردید. ۷- هیچ‌زیانی (جسمی، روحی، اجتماعی، قانونی و اقتصادی) در این طرح پژوهشی برای آزمودنی‌ها وجود نداشت. ۸- موارد در چارچوب مندرجات پروپوزال مصوب شده در شورای پژوهشی دانشگاه عمل گردید. ۹- در برخورد با سوژه‌های انسانی مطابق موازین شرعی و اخلاقی اسلامی رفتار گردید. ۱۰- مجری پایان‌نامه در مورد انتشار نتایج تحقیق تعهد اخلاقی داشته و خود را موظف دانسته که نتایج پژوهش خود را در دسترس عموم قرار دهد و مسئول کامل بودن و صحت گزارش‌های خود باشد. ۱۱- در صورتی که امتیاز فرد از

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۳ و بالاتر بود، به روان‌پزشک ارجاع داده می‌شد. ۱۲- در صورتی که امتیاز فرد از پرسشنامه افکار خودکشی از امتیاز ۲ بیشتر بود، به روان‌پزشک ارجاع گردید. ۱۳- نتایج حاصل از مطالعه پس از تأیید پایان‌نامه جهت اطلاع به معاونت بهداشتی ارسال می‌گردد؛ به‌خصوص نتایج افرادی که در مطالعه شرکت نکردند بیش از افرادی که در مطالعه شرکت کردند، مهم بوده و در معرض خطر می‌باشند؛ چراکه دلیل عدم شرکت آنها ممکن است با افکار خودکشی بیشتر همراه باشد که در غالب نامه‌ای به معاونت محترم بهداشتی جهت پیگیری گزارش خواهد شد.

کد اخلاق

این پایان‌نامه با عنوان بررسی فراوانی افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهری شهرستان علی آباد کتول در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در دانشگاه علوم پزشکی گلستان بررسی و با شناسه اخلاق IR.GOUMS.REC.1401.004 مصوب گردید. نسخه آنلاین مصوبه در آدرس زیر موجود و در معرض دید عموم است.

<https://ethics.research.ac.ir/IR.GOUMS.REC.1401.004>

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان مقاله در نگارش و انجام امور مربوط به مقاله مشارکت داشته‌اند.

منابع

- Zhang L, Yang Y, Li M, Zhou X, Zhang K, Yin X, et al. The prevalence of suicide ideation and predictive factors among pregnant women in the third trimester. BMC pregnancy and childbirth 2022; 22(1):266.
- Goldman-Mellor SJ, Caspi A, Harrington H, Hogan S, Nada-Raja S, Poulton R, et al. Suicide attempt in young people: a signal for long-term health care and social needs. JAMA psychiatry 2014; 71(2):119-27.
- Belete K, Kasew T, Demilew D, Amare Zeleke T. Prevalence and correlates of suicide ideation and attempt among pregnant women attending antenatal care services at public hospitals in southern Ethiopia. Neuropsychiatric disease and treatment 2021: 1517-29.
- Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NM, Sutter-Dallay AL. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. Journal of Psychiatric Research 2017; 84:284-91.
- Esscher A, Essen B, Innala E, Papadopoulou FC, Skalkidou A, Sundström-Poromaa I, et al. Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. The British Journal of Psychiatry 2016; 208(5):462-9.

6. Shiraly R, Kokabi E. Prevalence and factors Associated with suicidal ideation in General population of Shiraz, 2017. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2019; 27(3):27-36.
7. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Health profile 2015. Islamic Republic of Iran. Available from: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROP_UB_2016_EN_19265.pdf?ua=1.
8. Kalmbach DA, Cheng P, Ong JC, Ciesla JA, Kingsberg SA, Sangha R, et al. Depression and suicidal ideation in pregnancy: exploring relationships with insomnia, short sleep, and nocturnal rumination. *Sleep medicine* 2020; 65:62-73.
9. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. British Psychological Society and Gaskell; 2008.
10. Noorbala AA, Afzali HM, Abedinia N, Akhbari M, Moravveji A, Vaseghi F, et al. Mental health status and marital satisfaction of pregnant women referring to health centers in Kashan, Iran. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research* 2018; 16(3).
11. Rezaian MK, Jarahi L, Moharreri F, Afshari R, Motamedalshariati SM, Okhravi N, et al. Epidemiology of suicide attempts in Khorasan Razavi Province, 2014-2015. *Iranian journal of epidemiology* 2017; 13(2).
12. Sullins DP. Affective and substance abuse disorders following abortion by pregnancy intention in the United States: a longitudinal cohort study. *Medicina* 2019; 55(11):741.
13. MosaFarkhany, Khooban, EftekhariGol, KhosraviAsl. Suicide in Iran: a systematic review of successful suicide rate. *Beyhagh* 2015; 18(1):38-43.
14. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health* 2021; 18:1-23.
15. Lencha B, Ameya G, Baresa G, Minda Z, Ganfure G. Intimate partner violence and its associated factors among pregnant women in Bale Zone, Southeast Ethiopia: A cross-sectional study. *PloS one* 2019; 14(5):e0214962.
16. World Health Organization. Violence against women. Key facts. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women; 2017>.
17. Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine-Kansas City* 1998; 30:508-12.
18. Shirzadi M, Fakhari A, Tarvirdizadeh K, Farhang S. Psychometric properties of hits screening tool (Hurt, insult, threaten, scream) in detecting intimate partner violence in Iranian women. *Shiraz E Medical Journal* 2020; 21(3):e91924.
19. Khodabande F, Nourbala A, Kahani S, Bagheri A. A study on the factors that associated with attempting suicide in middle and old age. *Health Psychology* 2012; 1(1):81-92.
20. Anisi J, Fathi AA, Salimi S, Ahmadi NK. Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers. *Journal of Military Medicine* 2005; 7(1):33-37.
21. Akbarzadeh MA, Sharif FA, Zare NA, Ghodrati F. Prevalence of symptoms post-partum anxiety and baby blues and factors effective upon it in women with high risk pregnancies. *Journal of Family Research* 2009; 5(1):57-71.
22. Nazifi M, Mokarami HR, Akbaritabar AK, Faraji Kujerdi M, Tabrizi R, Rahi A. Reliability, validity and factor structure of the persian translation of general health questionnaire (ghq-28) in hospitals of kerman university of medical sciences. *Journal of advanced biomedical sciences* 2013; 3(4):336-42.
23. Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of shiraz university. *J psychol* 2002; 5(4):381-98.
24. Williams P, Wilkinson G, Rawnsley K, editors. *The scope of epidemiological psychiatry: Essays in honour of Michael Shepherd*. Routledge; 2018.
25. Yaghubi N, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental disorders in urabn and rural areas of Sowmaesara-Gillan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 1995; 1(4):55-60.
26. Golshani F, Gholmohammad NG, Aghdasi AN. The Effectiveness of Teaching Life Skills During Pregnancy on Pregnant Mothers' mental Health. *Journal of Educational Sciences* 2014; 7(26):89-101.
27. Anbesaw T, Negash A, Mamaru A, Abebe H, Belete A, Ayano G. Suicidal ideation and associated factors among pregnant women attending antenatal care in Jimma medical center, Ethiopia. *PLoS one* 2021; 16(8):e0255746.
28. Onah MN, Field S, Bantjes J, Honikman S. Perinatal suicidal ideation and behaviour: psychiatry and adversity. *Archives of women's mental health* 2017; 20:321-31.
29. Moustafa MA, Youssef UM, Sleem NF, Mohamed El-Hanafy RH. Prevalence and associated factors of suicide among pregnant women At Zagazig University Hospitals. *Zagazig University Medical Journal* 2019; 25(2):216-26.
30. Tabb KM, Gavin AR, Faisal-Cury A, Nidey N, Chan YF, Malinga T, et al. Prevalence of antenatal suicidal ideation among racially and ethnically diverse WIC enrolled women receiving care in a Midwestern public health clinic. *Journal of affective disorders* 2019; 256:278-81.
31. Reid HE, Pratt D, Edge D, Wittkowski A. Maternal suicide ideation and behaviour during pregnancy and the first postpartum year: a systematic review of psychological and psychosocial risk factors. *Frontiers in psychiatry* 2022; 13:765118.

32. Asad N, Karmaliani R, Sullaiman N, Bann CM, McClure EM, Pasha O, et al. Prevalence of suicidal thoughts and attempts among pregnant Pakistani women. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 2010; 89(12):1545-51.
33. Alhusen JL, Frohman N, Purcell G. Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Archives of women's mental health* 2015; 18:573-8.
34. Mojibian M, Mirhoseini H, Asadpour M, Pourrashidi Boshrabadi A, Hosseinpour S, Rezahosseini O, et al. Frequency of suicidal thoughts and attempt in pregnant women referred to four hospitals of Yazd City, Iran in 2011. *J Sci Technol* 2014; 4(1):31-8.
35. Benute GR, Nomura RM, Jorge VM, Nonnenmacher D, Fráguas Junior R, Lucia MC, et al. Risk of suicide in high risk pregnancy: an exploratory study. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2011; 57:583-7.
36. Oreizi H. A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions on postpartum depression in Iran, considering to the moderating role of therapeutic intervention. *Advances in Nursing & Midwifery* 2017; 26(95):33-43.
37. Ayehu M, Solomon T, Lemma K. Socio-demographic characteristics, clinical profile and prevalence of existing mental illness among suicide attempters attending emergency services at two hospitals in Hawassa city, South Ethiopia: a cross-sectional study. *International journal of mental health systems* 2017; 11:1-9.

Prevalence of suicidal thoughts and factors affecting it in pregnant women, 2022

Malihe Darvishi¹, Mahin Tatari², Rahman Berdi Ozouni-Davaji³, Fatemeh Seifi^{4*}

1. M.Sc of Midwifery Counselling, Counseling and Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
2. Ph.D. student in Statistical Sciences, Department of Statistical Sciences Sapienza University of Rome, Italy.
3. Ph.D of Counseling, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Midwifery, Ph.D of Higher Education Management, Counseling and Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Received: Mar 25, 2024 Accepted: Jun 27, 2024

Abstract

Introduction: Suicidal thought is an important predictive factor for committing suicide. One of the causes of the death of pregnant women is attempting suicide, so identifying its risk factors can be effective on policies aimed at reducing this problem. Therefore, the present study was conducted with aim to investigate the prevalence of suicidal thoughts and the factors influencing it in pregnant women.

Methods: A cross-sectional study with a descriptive-analytical approach was conducted through a census in 2022 on 515 pregnant women under the care of 10 urban comprehensive health service centers in Aliabad Katoul city. The Persian version of Beck's Suicide Ideation Scale, the Persian version of the Goldberg General Health Questionnaire, and the HITS domestic violence screening form were the study tools. Using these instruments, the prevalence of suicidal thoughts and its relationship with mental health, physical health, domestic violence, sleep disorders, anxiety, and depression was examined. Data analysis was performed using SPSS statistical software (version 23) and included Spearman correlation, Chi-square tests, Fisher's exact test, and multiple logistic regressions. A p-value of less than 0.05 was considered significant.

Results: The prevalence of suicidal ideation was 7.9%. The level of suicidal ideation of pregnant women was low. Mental health of pregnant women was in the category of morbid symptoms. Age less than 25 years old, unwanted pregnancy, pregnancy more than 4 times, childbirth more than 4 times, having 4 or more children and high risk behavior of the spouse showed a statistically significant relationship with suicidal ideation ($p=0.05$).

Conclusion: Considering the low mental health of pregnant women, there is a need for planning to carry out necessary interventions and continuous screenings of pregnant women in order to promote and ensure the mental health of pregnant women, especially women suffering from domestic violence.

Keywords: Pregnant women, Prevalence, Suicidal ideation

► Please cite this article as:

Darvishi M, Tatari M, Berdi Ozouni-Davaji R, Seifi F. Prevalence of suicidal thoughts and factors affecting it in pregnant women, 2022. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2024; 27(4):41-55. DOI: 10.22038/ijogi.2024.73931.5799

