

دغدغه سلامت جنین: تبیین تجارب مادران از نگرانی‌های دوران بارداری

دکتر نرجس سادات برقی^۱، دکتر علی تقی‌پور^{۲*}، دکتر رباب لطیف‌نژاد رودسری^۳

۱. دکترای تخصصی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۲. دکترای تخصصی اپیدمیولوژی اجتماعی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دکترای تخصصی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۷/۲۲

خلاصه

مقدمه: مادران در طول دوران بارداری با نگرانی‌های متعددی روبرو هستند و با شناسایی مواردی که موجب نگرانی آنها می‌شود، می‌توان به یافتن راهبردهایی جهت کاهش این نگرانی‌ها در دوران بارداری امیدوار بود. لذا مطالعه کیفی حاضر با هدف تبیین تجارب مادران ایرانی از نگرانی‌های دوران بارداری انجام شد.

روش کار: در این مطالعه کیفی که به روش آنالیز محتوا انجام شد، ۲۰ مادر باردار و ۳ پدر و ۳ مامای با تجربه به روش هدفمند از مراکز بهداشتی درمانی شهر گرگان انتخاب و مورد مصاحبه نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. برای رسیدن به حداکثر تنوع در نمونه‌ها، مادران باردار از گروه‌های مختلف قومیتی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی مختلف انتخاب شدند. مصاحبه‌ها طی یک سال (۹۴-۱۳۹۳) انجام شد. همه مصاحبه‌ها دست‌نویس شده و تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای گراندهیم و لاندمن (۲۰۰۴) و با استفاده از نرم افزار MAXQDA انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به ایجاد ۸۴۹ کد شد. این کدها در چهار طبقه: دغدغه سلامت جنین، تشویش گذر سالم از زایمان، ناتوانی در پذیرش نقش والدینی و تهدید زندگی زناشویی قرار گرفتند و دغدغه سلامت جنین، نگرانی غالب آنان را تشکیل می‌داد.

نتیجه‌گیری: آنچه اکثر مادران را در دوران بارداری نگران می‌کند، دغدغه سلامت جنین است و حتی یکی از دلایل انتخاب زایمان سزارین نیز می‌تواند به دلیل حفاظت جنین از تروماهای حین زایمان می‌باشد.

کلمات کلیدی: اضطراب، بارداری، سلامت روان، نگرانی بارداری

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر علی تقی‌پور؛ مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۵۱-۳۸۵۱۵۱۱۸؛ پست الکترونیک: TaghipourA@mums.ac.ir

مقدمه

بارداری برای مادران، علی‌رغم انجام مراقبت‌های مربوطه، همواره توأم با چالش روانی بوده است که بر وضعیت روحی-روانی آنان بسیار تأثیرگذار است. با بهبود تجارب مادران در طول بارداری می‌توان وضعیت سلامتی روحی- روانی آنان را ارتقاء داد (۱). مطالعه بر روی نگرانی‌های مادران در دوران بارداری در علم مامایی از اهمیت خاصی برخوردار است؛ چراکه بین وضعیت روحی و روانی مادران باردار و پیامدهای بارداری و رشد جنین، همچون کم وزنی هنگام تولد و سزارین ارتباط وجود دارد (۲-۵). اغلب مادران از جنبه‌های اجتماعی و پزشکی خود در طول دوران بارداری نگران هستند که این نگرانی در اواخر بارداری افزایش می‌یابد و در این راستا تفاوت در تجارب مادر با توجه به شرایط محیطی ایجاد می‌شود (۱). این اضطراب و نگرانی‌ها وضعیت خواب و کیفیت زندگی مادران را تحت تأثیر قرار داده و می‌تواند پیامدهای روانی چون افسردگی بعد از زایمان را به دنبال داشته باشد (۶). با وجود اینکه برخی مطالعات کمی انجام شده نشان داده‌اند که سلامت جنین مهم‌ترین عامل نگرانی زنان باردار است (۷-۹)، ولی اکثر مطالعات انجام شده در حیطه نگرانی و اضطراب در دوران بارداری در ایران بر عامل ترس از زایمان تأکید کرده‌اند (۵، ۱۰-۱۴) و کمتر به مضمون مصادیق نگرانی زنان در دوران بارداری به صورت کیفی پرداخته شده است. در مطالعه کیفی کوت (۲۰۰۱) که به صورت آنالیز محتوا در مورد عواطف مادرانی که اخیراً سقط داشته‌اند انجام شد، نگرانی از سلامت جنین آینده، یکی از هشت طبقه اصلی به دست آمده بود (۱۵). ولی اغلب مطالعات در مورد نگرانی‌های دوران بارداری به صورت کمی با ابزار غیر بومی انجام شده است (۱۶-۲۱)، مانند مطالعه کمی یوسفی و کردی (۲۰۱۵) که در مورد نگرانی‌های بارداری زنان ایرانی با ابزار کمبریج انجام شد (۱۸، ۲۱). این ابزار در بافت فرهنگی انگلیس، سوئد و آلمان دارای روایی و پایایی خوبی بوده است (۱۶، ۱۹-۲۰). مطالعات نشان داده‌اند با توجه به اینکه نگرانی‌های مادران در دوره بارداری دارای ابعاد فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و پزشکی است، اختلافات فرهنگی در زمینه نگرانی‌های

بارداری مؤثر است و به عنوان اولین گام در راه شناخت این مفهوم، انجام مطالعات کیفی در زمینه فرهنگی خاص هر منطقه ضروری است، زیرا مطالعات کیفی منجر به کسب اطلاعات عمیق و ژرفی می‌شود که می‌تواند ابعاد گوناگون و ناشناخته پدیده‌های پیچیده انسانی همچون نگرانی‌های دوران بارداری را روشن‌تر نماید. شهر گرگان با تنوع گروه‌های قومی فارس، ترکمن، سیستانی و فرهنگ‌های متفاوت، محیط مناسبی جهت انجام این مطالعه است. همچنین با دانستن مصادیق نگران‌کننده مادران در دوره بارداری، می‌توان به راهکارهایی برای بهبود سلامت و کیفیت زندگی مادران باردار و نیز بهبود تجارب آنان در بارداری دست یافت و برای برنامه‌ریزی در مراقبت‌های دوران بارداری نه تنها برای پیشگیری از خطر، بلکه برای ارتقاء سلامت مادران استفاده کرد (۲۲، ۸). لذا با توجه به اهمیت سلامت جسمی و روانی زنان بارداری و تأثیرات منفی نگرانی‌های زنان باردار بر بارداری و پیامدهای آن و نیز عدم وجود مطالعه کیفی در این زمینه در بافت فرهنگی شهر گرگان، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب مادران از نگرانی‌های دوران بارداری انجام شد.

روش کار

در این مطالعه کیفی به روش آنالیز محتوا انجام شد، ۲۰ مادر باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر گرگان که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، مورد مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. محور سؤالات مصاحبه بر اساس هدف مطالعه بر نگرانی‌های دوران بارداری استوار بود مانند: لطفاً نگرانی‌های خود را در دوران بارداری بیان کنید، وقتی کلمه نگرانی در بارداری را می‌شنوید چه چیزی به ذهنتان خطور می‌کند؟ مصاحبه با یک سؤال وسیع و کلی در مورد تجارب زندگی روزانه آنان شروع شد و سپس سؤالات اکتشافی برای تشویق شرکت‌کننده و دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر پرسیده شد. هر مصاحبه به طور متوسط ۹۰-۶۰ دقیقه طول می‌کشید و بر اساس تمایل مادر محل مصاحبه تعیین می‌شد (منزل، مرکز بهداشت). با توجه به دامنه تجربیات و ادراک مشارکت‌کنندگان، فرآیند گزینش نمونه‌ها ادامه پیدا کرد و ۳ نفر از همسران

مادران باردار و ۳ مامای با تجربه نیز مورد مصاحبه قرار گرفتند؛ تا هنگامی که در جریان کسب اطلاعات هیچ داده جدیدی پدیدار نشد و به عبارتی داده‌ها به اشباع رسیدند. مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت کنندگان ضبط و بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه، متن مصاحبه‌ها به صورت کلمه به کلمه پیاده شد و چندین بار مرور گردید تا محقق به یک حس کلی در مورد متن دست یابد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا داده‌ها کلمه به کلمه خوانده شده و فرآیند کدگذاری سطح اول با تأکید بر محتوای آشکار و ضمنی به وسیله شناسایی و پررنگ کردن جملات و پاراگراف‌های واحد تحلیل آغاز شد. به هر واحد تحلیل یک کد داده شد. تعداد ۸۴۹ کد در این مرحله به دست آمد، سپس کدها بر اساس تفاوت‌ها و تشابهات به زیر طبقه تقبیل یافت. بسته به ارتباط بین زیر طبقات، تعداد زیادی از زیر طبقات در طبقات دیگری سازمان‌دهی شد. در فرآیند کدگذاری، کدها به صورت مکرر توسط تیم تحقیق کنترل و در صورت تضاد، با بحث و گفت‌وگو این عدم هماهنگی برطرف شد تا ارتباط بین زیر طبقات شناسایی و در نهایت چهار طبقه اصلی: دغدغه سلامت جنین، تشویش گذر سالم از زایمان، تهدید زندگی زناشویی و ناتوانی در پذیرش نقش والدینی مشخص شد (۲۴).

جهت تأیید روایی و دقت تحقیق، معتبر بودن، اطمینان‌پذیری و قابلیت تأیید داده‌ها مورد توجه قرار گرفت (۲۵). برای تضمین معتبر بودن، از درگیر شدن طولانی با مشارکت‌کنندگان، نظرات همکاران و نظرات مشارکت‌کنندگان استفاده شد. داده‌های حاصل از مطالعه توسط دو تن از اساتید صاحب نظر تأیید شد. پژوهشگران با حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش، قابلیت اعتماد به این مطالعه را تضمین کردند. علاقمندی پژوهشگران به پدیده مورد مطالعه، تماس دراز مدت با داده‌ها و همچنین تلاش برای کسب نظرات دیگران در این زمینه، از عوامل تضمین‌کننده قابلیت تأیید بود. علاوه بر این، مطالعه حاضر با راهنمایی و نظارت دو تن از صاحب نظران تحقیقات کیفی مرور و بازبینی شد که هم اطمینان‌پذیری داده‌ها و هم قابلیت تأیید را امکان‌پذیر می‌نمود.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از شروع مصاحبه، شرکت‌کنندگان از اهداف و اهمیت مطالعه آگاه شده و با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند. همچنین از آن‌ها برای استفاده از ضبط صوت در مصاحبه اجازه گرفته و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست آمده صرفاً در جهت اهداف مطالعه مورد استفاده قرار می‌گیرد و در اختیار افرادی غیر از گروه پژوهش قرار نگرفته و مشخصات آنان در طول مطالعه و بعد از آن به صورت محرمانه است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی و مطابق با روش استقرائی همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و به روش تحلیل محتوای مرسوم معرفی شده توسط گراند هیم و لاندمن (۲۰۰۴) (۲۳) و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA انجام شد. تحلیل محتوای کیفی نوعی از روش تحقیق است که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی به کار می‌رود. در این روش از طریق فرآیند طبقه‌بندی سیستماتیک، کدها، زیرطبقات و طبقات شناسایی می‌شوند. تحلیل محتوا، از استخراج محتوای عینی برگرفته از داده‌های متنی فراتر می‌رود؛ به این معنی که از طریق آن می‌توان مضمون‌ها و الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه نمایان ساخت (۲۳).

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰ مادر در محدوده سنی بین ۱۶-۴۲ سال و با سابقه ۱-۴ بارداری و تحصیلات راهنمایی تا فوق لیسانس و از همه اقوام سیستانی، ترکمن، فارس و از طیف خانه‌دار تا شاغل شرکت داشتند. ۳ نفر از شوهران زنان مشارکت‌کننده، همزمان با همسرانشان مورد مصاحبه قرار گرفتند که در دو مورد مصاحبه مجدد انجام شد. ماما‌های شرکت‌کننده در مصاحبه، دارای سابقه کار ۲۱-۳۰ سال در مراکز دولتی بودند که دو نفر از آن‌ها دارای مطب مامایی نیز بوده و یک نفر نیز بازنشسته شده بود. بر اساس نتایج جدول ۱ در مطالعه حاضر، نگرانی زنان باردار شرکت‌کننده در چهار طبقه اصلی قرار گرفت که در ذیل به شرح آن‌ها پرداخته می‌شود.

جدول ۱- مشخصات زمینه‌ای مشارکت‌کنندگان در مطالعه

		مشارکت‌کننده	
متغیرهای مورد بررسی	زن باردار	شوهر	ماما
سن	۱۶-۴۲ سال	۳۲-۳۴ سال	۴۵-۵۹ سال
مدت ازدواج به سال	۱-۸ سال	۲-۶ سال	۱۰-۳۲ سال
شغل (تعداد)	خانه دار (۱۲) شاغل (۸)	کارمند (۳)	کارمند (۳)
تحصیلات (تعداد)	ابتدایی و راهنمایی (۲) دیپلم و فوق دیپلم (۵) لیسانس (۱۲) فوق لیسانس (۱)	لیسانس (۳)	لیسانس (۳)
قومیت (تعداد)	فارس (۱۱) سیستانی (۴) ترکمن (۲) غیره (۳)	فارس (۲) محلی (۱)	فارس (۳)

- دغدغه سلامت جنین

اغلب مادران مشارکت‌کننده در این مطالعه به محض باردار شدن، خود را در معرض خطر می‌دیدند و اعتقاد داشتند که بارداری یک واقعه استرس‌زاست و لحظه لحظه آن را موجب نگرانی و دلواپسی می‌دانستند. یکی از مادران که سابقه سقط داشت چنین می‌گفت:

"در بارداری هر روز و هر لحظه‌اش می‌تونه استرس‌زا باشه. من هر روز که از خواب پا می‌شم، باید منتظر بشم تا تکون‌های بچم شروع بشه و من خیالم راحت شه که دیشب خوابیدم؛ اذیت نشده یا بهش فشار نیومده باشه. صبح با اضطراب از خواب پا می‌شم که حالا چی می‌شه؟ نکنه اتفاقی افتاده باشه! نکنه چیزی شده باشه؟ نگران بودم چه اتفاقی می‌خواد برای من و بچه بیفته؟ بچه می‌مونه؟ من می‌تونم نگهش دارم یا نه؟" (مادر باردار ۲۸ ساله، معلم).

الف- پذیرفتن مسئولیت سلامت جنین

بنا به اظهار مشارکت‌کنندگان در مطالعه، مهم‌ترین عامل نگرانی در طی بارداری، مواجهه با دغدغه سلامت جنین است و اغلب مادران بر این باورند که چون جنین در داخل بدن آن‌ها رشد می‌کند، پس آن‌ها وظیفه مستقیم سلامت نوزاد را بر عهده دارند، لذا یکی از وظایف مهم خود را تحویل نوزاد سالم به خانواده خود دانسته و مسئولیت تولد نوزاد ناهنجار را به عهده می‌گیرند:

"زن تمام تلاششو تو دوران بارداری می‌کنه تا یک بچه سالم به دنیا بیاره، چون تنها کاریه که از دستش برمیاد، ولی مشکلات مادرزادی که دست مادر نیست، هست؟" (مادر باردار ۲۸ ساله، فوق لیسانس).

"بارداری سخت‌تره. همش حالت نگرانی داری، بچه سالم باشه یا نه، اینا خیلی مهمه، همش تو بارداری نگرانی. اینکه بچه رشد خوبی داشته باشه، همش حالت نگرانی داری، بچه سالم باشه یا نه، اینا خیلی مهمه، وقتی که دنیا اومد، یعنی اصلاً طپش قلب شدید داشتیم که اصلاً بچه سالم هست؟ موقعی که دیدمش، واقعاً آرامش خاصی بهم دست داد" (مادر باردار ۱۶ ساله، خانه‌دار، راهنمایی).

ب- نگرانی مضاعف در ازدواج فامیلی

گاهی نگرانی از سلامت جنین موجب تأخیر در بارداری می‌شود. یکی از زنان بارداری که ازدواج فامیلی داشته و در سابقه تولد کودک ناهنجار در خانواده را ذکر می‌کرد، بارداری خود را شش سال عقب انداخته بود تا از سلامت جنینش مطمئن شود:

"چون ازدواج فامیلی داشتیم و در اطرافیان هستند که با شوهرشان فامیل بودند و بچه مشکل‌دار دارن، با وجود اینکه آزمایش ژنتیک دادیم یعنی همه مراحل را طی کردیم و خاطر جمعی دادند که هیچ مشکلی نیست ولی حرف دیگران؟! حواست باشه‌ها! مواظب باشی‌ها! آزمایش‌ها را دادین؟ حواست هست. به همین خاطر

گفتم ولش کن و بردایم رو شش سال عقب انداختم" (مادر باردار ۲۶ ساله، هنرمند، لیسانس).

ج- نگرانی فزاینده به هنگام سابقه ناهنجاری در خانواده

نتایج مطالعه حاکی از آن بود که نگرانی از سلامت جنین هم برای مادران و هم برای پدران ایجاد استرس می‌کند، خصوصاً در مواردی که سابقه ناهنجاری در خانواده وجود داشته باشد:

"فقط استرس سالم بودن بچه. این استرس واقعاً توی این ۹ ماه برام سخت بود. خیلی اذیت شدم که بچه بعد از اینکه به دنیا میاد چه جوریه، معلول نباشه. چیزیش نباشه. بهم سخت گذشت توی این ۹ ماه. حتی بعد از سونوگرافی ۷۰-۶۰٪ بهش اعتقاد داشتم ولی خب اون ۳۰٪ آخرش؟ مهم‌ترین چیز برای پدر و مادر اینه که بچشون سالم باشه" (شوهر ۳۳ ساله، لیسانس).

مادر باردار دیگری نگران مشکلات عقلی و دوجنسی بودن فرزند خود بود، چنین می‌گفت:

"من قبل از غربالگری خیلی می‌ترسیدم، نکنه بچه دو جنسی باشه. ولی بعدش گفتن اگه غربالگری سالم باشه، دیگه بچه کاملاً سالمه، از نظر عقلی و ... چون من یکی از خواهرام از نظر عقلی مشکل داره، می‌ترسیدم به اون بره. ولی گفتن اگه بچه کوچک‌ترین مشکلی داشته باشه، تو غربالگری نشون می‌ده و من هم که دیدم غربالگری خوبه، دیگه گفتم همه چیز دیگه به خدا بستگی داره" (مادر باردار ۲۸ ساله، شاغل، فوق لیسانس).

۲- تشویش گذر سالم از زایمان

الف- فوبیای ریشه‌دار از بلوغ تا زایمان

واقعیت مهم و تلخ این است که اغلب زنان از موقعی خود را می‌شناسند، از همه مسائلی که مربوط به زنانگی خود باشد تشویش و واژه دارند. مراحل مختلف زندگی همچون بلوغ، ازدواج و مادر شدن و زایمان برای آنان همواره دلهره‌آور است. این دغدغه‌ها، سال‌ها با آنان عجین بوده و فقط مختص به بارداری نیست، ولی آن چیزی که در بارداری این نگرانی را بیشتر می‌کند، زایمان است. یکی از این ماماهاى بازنشسته در مورد ریشه این فوبیا چنین می‌گوید:

"یک سری مشکلات روحی روانی که مادرا با خودشون آوردن از قبل، یک ترسی همیشه در وجودش هست. اصلاً ترس مثل همون که حتی ما قبل از ازدواج داریم، مشکل شروع مقاربت رو داریم. همینطوری ترس رو با خودش آورده. شما اگه این مادرها مثلاً میان مطب، همین‌جوری اینا رو به مرور من دارم. وقتی ازدواج کرده از مقاربت ترسیده. باردار می‌شه، از بارداری ترسیده، از زایمان یا حتی از سزارین می‌ترسه. ولی باز ترجیح می‌ده سزارین بشه، اما اون درد زایمان رو حس نکنه" (ماما، بازنشسته).

ب- ترس از محیط‌های بیمارستانی

برخی مادران نه‌تنها از زایمان طبیعی یا سزارین، بلکه حتی از ورود به محیط بیمارستان دچار تشویش و واژه می‌شوند. اغلب این‌گونه ترس‌ها ریشه در دوران کودکی دارد و به مرور زمان تقلیل می‌یابد، ولی مواردی وجود دارد که به مرور زمان که فرد بالغ می‌شود، این ترس‌ها شکل پیچیده‌تری به خود گرفته و به شکل یک فوبیای پاتولوژیک بروز می‌کند:

"محیط بیمارستان برای من خیلی سخته. نه خودم تنهایی میرم درمانگاه و نه می‌تونم همراه کسی برم درمانگاه. متأسفانه!! بچه بودم بهتر بودم و هر چه بزرگ‌تر می‌شم، انگار ترسم بیشتر می‌شه" (مادر باردار ۲۷ ساله، خانه‌دار، لیسانس).

ج- بی‌اطلاعی از چگونگی زایمان

برخی مادران از روند زایمان طبیعی و درد زایمان اطلاع چندانی ندارند و در این مورد نگران هستند. گاهی مادر با ناآگاهی تمام، روش زایمان خود را انتخاب می‌کنند و حتی سعی نمی‌کنند تا با جستجو به دنبال منابع علمی معتبر باشند و به صورت کورکورانه تصمیم به زایمان طبیعی یا سزارین می‌گیرند و در این شرایط حتی ممکن است مادر از زایمان خود ناراضی و پشیمان باشد:

"نمی‌دونستم زایمان چه جوریه؟ هنوز ندیده بودم. فقط دیده بودم خانم‌هایی که می‌ومدند برای زایمان و می‌رفتن تو اتاق زایمان، بعد هم که بچه به دنیا می‌ومد و همه چی تمام می‌شد. من از درد بعدش اصلاً خبر نداشتم یا اون لحظه‌ای که دارن بخیه می‌زنن، اینا رو نمی‌دونستم" (مادر زایمان کرده ۲۰ ساله، خانه‌دار، دیپلم).

ی- احساس متناقض در مورد درد زایمان: ترسیدنی یا دوست داشتنی

اغلب مادران در دوراهی تمایل به زایمان طبیعی و در عین حال ترس از آن گرفتار می‌شوند. یکی از مادران تحصیل کرده در این مورد چنین اظهار می‌نمود:

"من خودم چون از زایمان طبیعی می‌ترسم، می‌گم اول سزارین تو الویتمه. اگه تونستم طبیعی رو حتماً انجام می‌دم، ولی اگه نتونستم، یک درصد هم تردید نمی‌کنم و سریع میرم سراغ سزارین" (مادر باردار ۲۸ ساله، فوق‌لیسانس).

جالب است که مادران با توجه به تجارب و باورهای خود دارای حساسات متناقضی در مورد درد زایمان هستند و عده‌ای آن را ترسیدنی و برخی دیگر درد زایمان را دوست داشتنی می‌پندارند:

"الان نسبت به اینکه زایمان طبیعی هم داشته باشم خیلی احساس خوبی دارم. فکر می‌کنم خیلی سریع زایمان می‌کنم. فکر نمی‌کنم خیلی درد بکشم. با اینکه خیلی‌ها می‌گن: نه درد داره و میخوان به من انرژی‌های منفی بفرستن ولی من در وجود خودم این احساسو به هیچ عنوان ندارم" (مادر باردار ۲۸ ساله، شاغل، لیسانس).

و- ترس از آسیب به جنین طی زایمان طبیعی

در نهایت آنچه اغلب مادران سزارینی بر آن صحه می‌گذارند این بود که آن‌ها به دلیل ترس از آسیب به جنین حین زایمان طبیعی، سزارین را انتخاب کرده بودند؛ چراکه درد زایمان در اذعان عمومی به عنوان درد غیر قابل تحمل مطرح شده و اغلب مادران می‌پندارند این درد که برای آن‌ها این‌گونه سخت و زجرآور هست، و حتماً به بچه آسیب خواهد زد:

"می‌ترسیدم بچه موقع زایمان صدمه ببینه، فکر می‌کردم سزارین بهتره. اون حس رو داشتم که بگم ای کاش منم طبیعی بچه بیارم ولی از دردش و از اینکه به بچه آسیب نرسه. اتفاقاً همونجا که زایمان کردم یک هم اتافی داشتم بچه دومش رو طبیعی آورده بود. موقع کشیدن بچه، مهره‌های کمرش آسیب دیده بود و بچه‌اش فلج شده بود. من یک لحظه فکر کردم چه کار خوبی کردم که سزارین کردم" (مادر باردار ۲۵ ساله، فوق‌دیپلم).

ولی برخی مادران هم بودند که بدون هیچ‌گونه اطلاعات و آگاهی وارد فاز زایمان طبیعی شده و از زایمان طبیعی خود راضی بودند: "نه، پشیمون نشدم. گفتم زودتر دنیا بیاد، دردم تمام بشه (خنده)" (مادر باردار ۲۶ ساله، خانه‌دار، سیستانی).

د- شنیده‌های رعب‌آور

مسئله مهم این است که مادران در دوران بارداری علی‌رغم وجود القائات منفی محیطی، مثبت فکر کنند. لذا از مادری که دوست داشت درد زایمان را تجربه کند، پرسیدم: کسی بهت گفته بود که درد زایمان خوبه؟

"نه، در مورد درد زایمان، چیز خوبی شنیده بودم. خصوصاً دوستام که می‌گفتن تو نمی‌تونی از پشش بر بیای، برو و سزارین کن. تو تحمل درد زایمان رو نداری، چون جثه ضعیفی داشتم" (مادر باردار ۲۱ ساله، خانه‌دار، دیپلم).

با وجود این که در مورد زایمان طبیعی شنیده‌های خوبی وجود ندارد، ولی با این حال برخی مادران تصمیم به زایمان طبیعی گرفته و با تفکر مثبت درد زایمان را برای خود لذت‌بخش نموده و از این تجربه شیرین لذت می‌برند:

"نمی‌دونم واقعاً چرا؟ ولی واقعاً دردشو دوست داشتم و همیشه به دردش فکر می‌کردم. با اینکه چیزهای خوبی از زایمان شنیده بودم و از زایمان می‌ترسیدم، ولی زایمان طبیعی رو دوست داشتم. این دردشو دوست داشتم" (مادر باردار ۲۸ ساله، خانه‌دار، تحصیلات ابتدایی).

ه- ترس از هر دو روش زایمان طبیعی و سزارین

از طرفی همیشه اینطور نیست که مادر منحصراً از زایمان طبیعی ترس داشته باشد، بلکه اغلب مادرها از هر دو روش می‌ترسند و اغلب مجبور به انتخاب یکی از دو راه ترسناک می‌شوند:

"من از سزارین می‌ترسم، از طبیعی هم می‌ترسم. ولی بیهوشی سزارین را دیدم؛ مثلاً زن داداشم سزارین شده بود و دیدم بعد از عمل چه جوری بوده و چقدر درد کشیده، از سزارین بیشتر می‌ترسم" (مادر باردار ۲۶ ساله، خانه‌دار، لیسانس، ترکمن).

نکته قابل توجه در این مطالعه این بود که اغلب مادران می‌دانستند برای مادر شدن درد کشیدن یک اصل مهم و گریز ناپذیر است و درد بعد از سزارین بیشتر است تا زایمان طبیعی، و اغلب آن‌ها در مورد فواید زایمان طبیعی مطالب زیادی شنیده و خوانده‌اند ولی اینکه چرا نهایتاً تصمیم به سزارین می‌گیرند، اغلب به دلیل حفاظت از سلامت جنین است:

"می‌دونم درد بعد از سزارین بیشتره. ولی خب من از ترس این کار رو کردم (خنده). ولی خب خودمم حس می‌کنم طبیعی بهتره. ولی می‌ترسیدم به بچم فشار زیاد بیاد." (مادر باردار ۳۴ ساله، خانه‌دار).

۳- تهدید زندگی زناشویی

الف- مشکلات جنسی حل نشده قبل از بارداری

برخی از مادران، خصوصاً افرادی که تازه ازدواج کرده و سریع باردار شده‌اند، اغلب هنوز با موضوع ارتباط جنسی در رابطه زناشویی خود کنار نیامده و مسائل خود را حل نکرده‌اند که بارداری هم به آن اضافه شده و مسئله کمی شکل پیچیده‌تری به خود می‌گیرد:

"تا حالا ارضاء نشدم و شنیدم که اگه زنی ارضاء نشه افسرده می‌شه، دکترهای متعددی رفتم. چون از افسردگی‌ش نگرانم ولی تا حالا نتیجه‌ای نداشته و راهکارهای دکتر و ماماها هم نتونسته مشکل منو حل کنه. فقط تا حد عصبانی شدن می‌رسم، ولی ارضاء نمی‌شم" (مادر باردار ۲۶ ساله، شاغل).

ب- کاهش ارتباطات جنسی در بارداری

شوهران در بارداری اغلب به دلیل مراعات بیشتر، مقاربت خود را کاهش می‌دهند و نه میل کمتر به مقاربت با همسر. که این مسئله نگرانی خانم را به دنبال دارد، ولی گاهی دلیل مقاربت کمتر، وجود مشکل در رابطه جنسی است، خصوصاً در اوایل ازدواج، وجود درد به‌هنگام نزدیکی شایع است، معمولاً شوهر با مشاهده درد و ناراحتی همسر خود میزان مقاربت خود در بارداری را کاهش می‌دهد و این مسئله گاهی باعث نگرانی مادران تازه عروس می‌شود:

"شوهرم می‌گه: من می‌بینم تو درد داری، من دوست ندارم درد کشیدنت رو ببینم. من هم از همین می‌ترسم،

چون به خاطر درد من، شوهرم با من کم ارتباط داره" (مادر باردار ۲۱ ساله، دیپلم).

ج- نگرانی از دست دادن زندگی زناشویی

گاهی این مادران نگران از دست رفتن زندگی مشترک به دلیل وجود کاهش ارتباط جنسی در طول بارداری هستند. اغلب شوهران به دلیل مراعات همسر خود در بارداری، مقاربت خود را کاهش می‌دهند که این مسئله گاهی موجب نگرانی زنان باردار می‌شود:

"بخاطر ارتباط کم بین ما نگران هستم که زندگی به این خوبی از دست بره" (مادر باردار ۲۹ ساله، شاغل، لیسانس).

۴- ناتوانی در پذیرش نقش والدینی

الف- عدم آمادگی برای ایفای نقش والدینی

گاهی برخی زوجین برای آماده کردن شرایط و امکانات مناسب برای فرزند خود، سال‌ها بارداری خود را به تعویق می‌اندازند و سعی می‌کنند تا تمام اقدامات و آمادگی‌های لازم را برای بارداری کسب کنند:

"به خودم گفتم می‌رم تو این چند سال تحقیق می‌کنم، سؤال می‌کنم و تجربه می‌کنم، خاطر جمع بشه، بعد بچه‌دار بشم. توی این چند سال هم دائم در حال پرسیدن و کتاب خوندن و اینترنت و تلویزیون بودم" (مادر باردار ۲۶ ساله، شاغل).

گاهی افراد بارداری خود را به خاطر کسب دانش مورد نیاز برای پرورش صحیح و تربیت مناسب کودک به تعویق می‌اندازند:

"من می‌خواستم تجربه کسب کنم. چه بهتره که آدم این چیزها رو قبلش بدونه تا وقتی بچه به دنیا آمد و توی این شرایط قرار گرفت، بلد باشه چه جور باهاش رفتار کنه. از نوزادی حتی از صدای گریه بچه بفهمه که چی می‌خواد و چی نمی‌خواد؟ به‌نظرم آدم بهتره در مورد کودک و تربیت آن از قبلش بدونه" (مادر باردار ۲۶ ساله، خانه‌دار، لیسانس).

ب- عدم اطمینان از کفایت لازم برای تربیت فرزند

مادران باردار بعد از گذشتن از نیمه بارداری و تثبیت حاملگی، نگران تربیت کودک آینده خود هستند. گویا برای ایفای نقش والدینی که تربیت کودک مهم‌ترین بخش آن است، آمادگی لازم را در خود نمی‌بینند. اغلب

می‌ترسیدم از تربیت بچه، که این بچه چه جوری می‌خواد تربیت بشه؟" (شوهر ۳۴ ساله، لیسانس).

ج- عدم آمادگی مالی برای بارداری

گاهی برخی مادران در طی بارداری دچار مشکلات مالی شدید هستند و توانایی تأمین حداقل نیازهای تغذیه‌ای این دوران را ندارند و اغلب این مادران دارای این حس هستند که چون تغذیه خوبی نداشته‌اند، لذا توانایی کافی برای رویارویی با مسائل بارداری یا زایمان را نیز ندارند:

"مسئله مالی هم یک قسمت قضیه است. خیلی‌ها هستن که توی بارداری‌هاشون واقعاً ندارن. یعنی توانایی حتی خریدن گاهی یک فرسولفات هم ندارن و می‌گن: نه من نمی‌تونم و من حال ندارم. همش نگرانم و می‌گه: من چه جوری می‌خوام این دوران رو طی کنم؟" (کارشناس مامایی ۲۵ سال، سابقه کار).

مادرانی که با آمادگی کمی وارد بارداری می‌شوند، ممکن است بدون اینکه عمیقاً به نقش خود در آینده کودک، تصمیم به بارداری گرفته و اکنون به‌طور جدی‌تر به نقش خود نظر می‌اندازند و دچار تردید و نگرانی می‌شوند:

"با خودم می‌گفتم شاید واقعاً منم نتونم یه مادری باشم که بچه خودمو به‌خوبی تربیت کنم. از این فکر، خوب وقتی کم کم که وسطاش بود، دلواپس و نگران شده بودم. (مادر باردار ۲۸ ساله، شاغل، لیسانس).

در این خصوص یکی از پدران ابراز می‌کرد که به دلیل مشکلات تربیتی کودک آینده خود، بارداری همسرش را به تأخیر انداخته بود:

"من فکر می‌کنم مهم‌ترین دلیل تأخیر ۵ ساله از ازدواج تا بارداری همسرم، تربیت بچه بود. من به‌شخصه خیلی



نمودار ۱- چهار طبقه اصلی و زیرطبقات حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به نگرانی اصلی مادران در بارداری

ولی مطالعه لوین (۱۹۹۱) در نگراس که بر روی ۲۶۶ زن باردار انجام شد، نشان داد سلامت جنین دغدغه اصلی آن‌ها نبوده، بلکه آن‌ها از مشکلات بارداری و زایمان و بستری شدن نگران بوده‌اند (۲۶). اغلب مادران به دلیل نگرانی از سلامت جنین تصمیم می‌گیرند تا آمادگی لازم را برای بارداری خود کسب کنند؛ بنابراین می‌توان گفت که نگرانی‌های مرتبط با بارداری، قبل از بارداری آغاز می‌شود. بعد از غلبه بر مشکلات قبل از بارداری، هنگامی که بارداری مادر تأیید شد، مادر وارد مرحله پر استرس

بحث

بر اساس مطالعه حاضر چهار دغدغه اصلی مادران مشارکت‌کننده، دغدغه سلامت و جنسیت جنین، تثویب گذر سالم از زایمان، تهدید زندگی زناشویی و ناتوانی در پذیرش نقش والدینی بود، ولی سلامت جنین دغدغه اصلی مادران مورد بررسی در مطالعه حاضر بود. نگرانی از سلامت جنین در دوران بارداری یک نگرانی جهانی است که در تمام ملیت‌ها مشاهده می‌شود (۸)،

بارداری می‌شود. در مطالعه هنا (۲۰۰۲)، ۷۸٪ مادران در طول بارداری در مورد بارداری و زایمان خود احساس نگرانی و اضطراب داشتند که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۷). اگرچه در مطالعات متعددی، دلیل عمده نگرانی مادر باردار، ترس از زایمان و درد زایمان است (۱۲-۱۴)، ولی در مطالعه حاضر، نگرانی غالب مادران، سلامت جنین بود. در خصوص این نگرانی مطالعه پناکوبا (۲۰۱۱) بر روی مادران باردار اسپانیایی نشان داد که سلامت جنین، دغدغه اصلی مادران باردار است و مادران نولی‌پار و یا افرادی که بارداری ناخواسته داشته و یا دارای سابقه سقط بودند، نگرانی بیشتری از سلامت جنین خود داشتند (۸). نتیجه مطالعه اهن (۲۰۰۳) بر روی مادران باردار سوئدی نشان داد که سلامت جنین اولین دغدغه مادران باردار است و این که آیا بارداری‌شان به زایمان ختم می‌شود یا بچه سقط خواهد شد که این نگرانی‌ها مربوط به پیامدهای بعدی بارداری است (۱۹). شوهران نیز در طی بارداری همسر خود نگران سلامت جنین هستند، ضمن اینکه دغدغه سلامت همسر خود را نیز به دوش می‌کشند (۲۷). ولی با توجه به اینکه مصرف مواد غذایی و دارو توسط مادر تأثیرات مهمی بر سلامت جنین می‌گذارد (۲۸)، مادران خود را مسئول مستقیم سلامت جنین می‌دانند و گاهی این مسئولیت تا جایی پیش می‌رود که مادر ناهنجاری جنین را کاملاً به خود منتسب می‌داند و وظیفه خود را تحویل دادن نوزاد سالم به همسر تلقی می‌کند؛ بدون اینکه برای شوهر خود کوچک‌ترین مسئولیتی قائل باشد و این مسئله بار روانی زیادی را برای مادر به همراه دارد و نگرانی مادر را افزون خواهد نمود.

در مطالعه حاضر، تشویش گذر سالم از زایمان، عامل عمده دیگری از نگرانی‌های مادر باردار به شمار می‌رفت، ولی نگرانی از سلامت جنین بیش از گذر سالم از زایمان باعث نگرانی مادران باردار شده بود که با نتایج مطالعه اهن (۲۰۰۳) در سوئد هم‌خوانی داشت (۱۹). درک مسئولیت و وظایف سنگین مادری، احساسات متضاد شور و نشاط از یک طرف و نگرانی و تشویش از طرف دیگر، حالات ناپایداری را در زن باردار ایجاد می‌کند. اکثر زنان از بارداری و زایمان ترس و وحشت دارند و به تصور اینکه زایمان غیرطبیعی و سخت داشته باشند و یا

این که نوزاد بعد از وضع حمل به دلیل نقص عضو و یا بیماری‌های دیگر تلف شود؛ بیم و هراس دارند (۲۹). بیشتر مطالعات انجام شده در ایران، ترس از زایمان را به عنوان عامل اصلی نگرانی مادر عنوان کرده‌اند. در مطالعه رعنائی (۲۰۰۶) در کرمانشاه، شایع‌ترین دلیل ذکر شده برای انتخاب سزارین ترس (۴۸/۳٪) و سپس حفظ سلامت جنین (۱۸/۳٪) بود (۱۳). مطالعه نگاهبان و همکار (۲۰۰۸) در رفسنجان بر روی علل ترس از زایمان نشان داد که ۳۰٪ مادران از آسیب به جنین و ۶۸/۳٪ نیز از درد زایمان می‌ترسیدند و ۵۱/۴٪ زنان باردار نولی‌پار از درد زایمان نمی‌ترسیدند و یا کمی می‌ترسیدند و بیشتر نگران آن بودند و در نهایت ۲۲/۳٪ از مادران نیز عنوان کردند که فوق العاده زیاد می‌ترسند (۱۲). تنها مطالعه یافت شده که میزان نگرانی از سلامت جنین و درد زایمان را تقریباً برابر اعلام کرد، مطالعه سلمانی (۲۰۰۷) بر روی عوامل مؤثر بر زایمان در شهر یزد بود که ۵۰٪ مادران از درد زایمان، ۴۸٪ مادران احتمال آسیب به جنین و ۴۵٪ مادران نیز در رابطه با فرآیند زایمان طبیعی نگران بودند (۱۴). نتایج مطالعه طولی سزارین در مادران نخست‌زا با توجه به سن آنها متفاوت است و اغلب مادران کم سن به دلایل اجتماعی و روانی تمایل به سزارین دارند و این در حالی است که مادران مسن‌تر به دلایل پزشکی سزارین می‌شوند (۳۰).

این که مادران باردار از زایمان و درد آن هراس دارند، واقعیتی غیر قابل انکار است، ولی در راستای کاهش این فوبیا راهکارهای مختلفی ارائه شده است. برخی محققین معتقدند که ماماها نقش مهمی در کاهش نگرانی‌های مادران در طول دوران بارداری بر عهده دارند (۳۱). لذا با توجه به اینکه نگرانی‌ها و استرس‌های دوران بارداری تأثیرات مخربی مانند افسردگی بعد از زایمان بر مادران برجای می‌گذارد (۳۱) و با توجه به اینکه مطالعات نشان می‌دهند که اضطراب و نگرانی در پدران و مادران که برای بار اول بارداری را تجربه می‌کنند، بیشتر است (۲)، لذا می‌توان بر اهمیت نقش آموزش ماماها در کاهش ترس و نگرانی‌های دوران بارداری زوجین، خصوصاً افرادی که برای اولین بار بارداری را تجربه می‌کنند، پی

والدینی بود. این مسئله در مطالعه رنکرت و همکار (۲۰۰۱) نیز مورد توجه قرار گرفته بود. آنها طی مطالعه فوکوس گروپ خود بر روی مادران استرالیایی به این نتیجه رسیدند که مادران باردار علی‌رغم شرکت در کلاس‌های بارداری، از نقش‌ها و وظایف خود بعد از زایمان اطلاعات کافی ندارند، زیرا به‌خاطر محدودیت زمانی کلاس‌های بارداری و به‌دلیل اضطراب طبیعی و کنجکاوی در مورد زایمان، محتوای کلاس‌ها به مسائلی در مورد بارداری و زایمان محدود می‌شود و آموزش‌های مهمی چون مهارت‌های تربیتی-والدینی پوشش داده نمی‌شود (۳۹). لذا باید به آموزش مهارت‌های والدینی در طی آموزش‌های دوران بارداری توجه بیشتری مبذول نمود تا موجبات کاهش نگرانی‌های مادران را فراهم کرد. چنانچه مشاهده شد مشکلات مالی از دیگر نگرانی‌های مادران باردار به شمار می‌رفت که این مسئله مختص به مادران مورد مطالعه حاضر نبود و مسائل مالی از نگرانی‌های عمده مادران باردار سوئدی نیز محسوب می‌شد (۱۹).

در مطالعه اهن (۲۰۰۳) که بر روی ۲۰۰ مادر باردار سوئدی انجام شد، تعداد کمی از مادران در مورد این‌که آیا همسر آنها به هنگام زایمان حضور خواهد داشت و یا خیر؟ نگران بودند (۱۹). با توجه به اینکه هنوز حضور همسر طی زایمان در کشور ما به خوبی نهادینه نشده، لذا هیچ کدام از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه در مورد حضور یا عدم حضور همسر خود در طی زایمان نگرانی خاصی را ذکر نکردند.

اغلب مطالعات در مورد نگرانی‌های مادران باردار به صورت کمی و با استفاده از ابزار نگرانی کمبریج بوده است (۱۶، ۱۹). در مطالعه یوسفی (۲۰۱۵) نیز که بر روی نگرانی‌های دوران بارداری مادران تبریزی با استفاده از پرسشنامه کمبریج انجام گرفت، نشان داد که نگرانی‌های مادران در دوره بارداری در این مقیاس به خوبی بررسی شده و سه دسته نگرانی‌های مربوط به جنین و تولد و نیز نگرانی از تصویر بدنی و افزایش وزن و در نهایت هیجان‌ها و روابط به خوبی در این ابزار مشاهده شده است (۲۱). ولی با مقایسه گویه‌های ابزار کمبریج و یافته‌های این مطالعه دریافت می‌شود که مادران باردار در این مطالعه نگرانی‌های مهم‌تری داشتند که کمتر

برد. البته مطالعه شقاقی (۲۰۱۲) در تهران نشان داد افزایش اضطراب در حد غیر آسیب‌زا در بارداری باعث تمرکز بیشتر مادر بر جنین شده و مشابه مدل اضطراب امتحان عمل می‌کند و باعث اثرات مطلوبی در جنین همچون بهتر شدن وضعیت شاخص‌های تن‌سنجی نوزاد می‌شود (۲۹).

با توجه به اینکه دوران بارداری با تغییرات جسمانی و روان‌شناختی همراه است، یکی دیگر از نگرانی‌های عمده مادران در مطالعه حاضر مشکلات جنسی ایجاد شده در دوران بارداری بود. معمولاً زوجین با شروع بارداری برای حفاظت از سلامت جنین و حفظ بارداری، تغییراتی را در الگو و تعداد رفتارهای جنسی خود انجام می‌دهند (۳۲). اگرچه در مطالعه اهن (۲۰۰۳) در سوئد تعداد کمی از مادران در مورد ارتباط با همسرشان نگران بودند (۱۹). ولی اکثر مطالعات انجام شده، کاهش دفعات رابطه جنسی در بارداری را نشان داده‌اند (۳۲-۳۴). در مطالعه بایرامی (۲۰۰۸) در تبریز که بر روی عملکرد جنسی مردان در دوران بارداری همسران انجام شد، ۶۴/۹٪ مردان تعداد رابطه جنسی خود را در طی بارداری همسرشان کاهش داده بودند که در ۴۶/۶٪ موارد، به دلیل ترس از آسیب به جنین بود (۳۵). کاهش روابط جنسی گاهی موجب نگرانی مادران باردار نخست‌زای جوان‌تر می‌شود. در تأیید این مطلب مطالعه کارآموزیان (۲۰۱۵) در کرمان نشان داد مادران باردار علاوه بر ترس از زایمان و ترس از وضعیت سلامت جنین، از تغییرات روابط زناشویی و تغییرات ظاهری دچار اضطراب می‌شوند که این ترس در زنان نخست‌زا بیشتر است، زیرا برای اولین بار با این مسئله مواجه می‌شوند (۳۶). متأسفانه با وجود مشکلات جنسی متعدد در بارداری، اغلب زنان از مشاوره جنسی دوران بارداری استفاده نمی‌کنند و اگر بتوان با آموزش و مشاوره مشکلات جنسی مادران را کاهش داد، مطمئناً رضایت زناشویی زوجین افزایش خواهد یافت (۳۷). همچنین مطالعه تقی‌پور و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که رضایت زناشویی در ارتقاء سلامت روان مادران باردار تأثیر شگرفی دارد (۳۸).

از دیگر مواردی که برای مشارکت‌کنندگان در این مطالعه ایجاد نگرانی کرده بود، نگرانی در پذیرش نقش

مصاحبه کند و از نقاط ضعف این مطالعه این بود که نظرات متخصصین محترم زنان در این مطالعه لحاظ نشد. این مقاله در کمیته منطقه ای اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید و تمامی ملاحظات اخلاقی از قبیل اخذ رضایت آگاهانه از مادران مشارکت‌کننده در این مطالعه رعایت شده است.

نتیجه‌گیری

مادران باردار ایرانی با توجه به بافت فرهنگی مذهبی کشور ایران، نگرانی‌های خاص خود را دارند، لذا پیشنهادات می‌شود از نتایج این مطالعه جهت طراحی ابزار بومی نگرانی دوران بارداری استفاده شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکترای تخصصی بهداشت باروری به شماره ۹۲۱۴۸۸ مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد، لذا از معاونت محترم پژوهشی مشهد و نیز تمامی مادران و ماماها مشارکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

مورد توجه قرار گرفته است. آنها اگرچه نگران روابط زناشویی با همسر خود در بارداری بودند، ولی مؤلفه سوم مقیاس پیشگفت، یعنی هیجان‌ها و روابط با سایرین با توجه به فرهنگ جامعه مورد مطالعه ما، موجبات نگرانی مادران را فراهم نکرده بود و نیز مؤلفه دوم یعنی افزایش وزن و تصویر بدنی نیز از نگرانی‌های مادران مورد مطالعه ما نبود و اغلب مادران به هدف رشد مناسب جنین تغذیه مناسب و در حد توان خود انجام داده و در مورد تصویر بدنی یا افزایش وزن خود، نگران نبودند. ولی نگرانی از آینده و نقش‌ها و وظایف و نیز نگرانی‌های مرتبط با روابط زناشویی در مقیاس کمبریج مشاهده نشده است و مسائل مرتبط با سلامت جنین و زایمان نیز خیلی مختصر و در حد یک گویه پرداخته شده که در مطالعه ما بسیار با اهمیت و قابل توجه بود.

از نقاط قوت این مطالعه این بود که تجارب سه گروه مهم یعنی زنان باردار، همسران و ماماها از نگرانی دوران بارداری و به روش کیفی مورد بررسی قرار گرفت.

از محدودیت‌های این مطالعه این بود که همسران زنان باردار به سختی شرکت در مصاحبه را پذیرفتند و محقق در نهایت مجبور شد تا با شوهران در حضور همسرانشان

منابع

1. Jomeen J, Martin CR. The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period. *J Eval Clin Pract* 2008; 14(3):391-8.
2. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord* 2003; 74(2):139-47.
3. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(4):289-95.
4. van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *J Affect Disord* 2009; 114(1-3):232-42.
5. Bastani F, Hidarnia A, Montgomery KS, Aguilar-Vafaei ME, Kazemnejad A. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes? a randomized controlled trial. *J Perinat Neonatal Nurs* 2006; 20(2):138-46.
6. Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: a literature review. *Clin Effect Nurs* 2004; 8(3):143-55.
7. Georgsson Öhman S, Saltvedt S, Grunewald C, Waldenström U. Does fetal screening affect women's worries about the health of their baby? A randomized controlled trial of ultrasound screening for Down's syndrome versus routine ultrasound screening. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(7):634-40.
8. Penacoba-Puente C, Monge FJ, Morales DM. Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90(9):1030-5.
9. Statham H, Green JM, Kafetsios K. Who worries that something might be wrong with the baby? A prospective study of 1072 pregnant women. *Birth* 1997; 24(4):223-33.
10. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth* 2012; 25(3):e37-43.
11. Beebe KR, Lee KA, Carrieri-Kohlman V, Humphreys J. The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36(5):410-8.

12. Negahban T, Ansari A. Does Fear of Childbirth Predict Emergency Cesarean Section in Primiparous Women? *Hayat* 2009; 14(3-4):73-81.
13. Ranae F. Reasons for choosing cesarean section among women referred to Bea'sat hospital of Sanandaj. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2006; 10(3):277-86.
14. Salmani N. Studying the viewpoint of pregnant mothers about factors affecting in select of giving birth in the Yazd Shohadaye Kargar Hospital. *J Urmia Nurs Midwifery Facul* 2007; 5(4):77-89.
15. Côté-Arsenault D, Bidlack D, Humm A. Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *MCN Am J Maternal Child Nurs* 2001; 26(3):128-34.
16. Green JM, Kafetsios K, Statham HE, Snowdon CM. Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *J Health Psychol* 2003; 8(6):753-64.
17. Melender RL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002; 29(2):101-11.
18. Kordi M, Riyazi S, Lotfalizadeh M, Shakeri MT, Jafari Suny H. Comparing the effects of group and individual education on worry and anxiety of pregnant women about fetal chromosomal disorders screening tests. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(157):1-10.
19. Öhman SG, Grunewald C, Waldenström U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scand J Caring Sci* 2003; 17(2):148-52.
20. Petersen JJ, Paulitsch MA, Guethlin C, Gensichen J, Jahn A. A survey on worries of pregnant women--testing the German version of the Cambridge Worry Scale. *BMC Public Health* 2009; 9(1):490.
21. Yousefi R. Psychometric properties of Persian version of prenatal distress questionnaire(PDQ). *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci* 2015; 13(3):215-25.
22. Puente CP, Monge FJC, Abellán IC, Morales DM. Effects of personality on psychiatric and somatic symptoms in pregnant women the role of pregnancy worries. *Psychol Women Quart* 2011; 35(2):293-302.
23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2):105-12.
24. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9):1277-88.
25. Schwandt TA, Lincoln YS, Guba EG. Judging interpretations: but is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *N Direct Evalu* 2007; 2007(114):11-25.
26. Levin JS. The factor structure of the pregnancy anxiety scale. *J Health Soc Behav* 1991; 32(4):368-81.
27. Golian Tehrani S, Bazzazian S, Dehghan Nayeri N. Pregnancy experiences of first-time fathers in Iran: a qualitative interview study. *Iran Red Crescent Med J* 2015; 17(2):e12271.
28. Lorente C, Cordier S, Goujard J, Ayme S, Bianchi F, Calzolari E, et al. Tobacco and alcohol use during pregnancy and risk of oral clefts. *Occupational Exposure and Congenital Malformation Working Group. Am J Public Health* 2000; 90(3):415-9.
29. Shaghagi F, Tara F, Amiri M, Mirza Aghasi R, Mirzamoradi M. The relationship between mother non-harmful anxiety and neonatal anthropometric indices during pregnancy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(7):9-16.
30. Zasloff E, Schytt E, Waldenström U. First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(11):1328-36.
31. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2000; 21(4):219-24.
32. Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Arch Sex Behav* 1991; 20(1):35-45.
33. Naim M, Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *J Pak Med Assoc* 2000; 50(1):38-44.
34. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999; 47(1):27-49.
35. Bayrami R, Sattarzade N. Male sexual behavior and its relevant factors during the partner's pregnancy. *J Ardabil Univ Med Sci* 2008; 8(4):356-63.
36. Karamozian M, Asgarizade G, Darehkordi A. The impact of prenatal group stress management therapy on anxiety in mothers and newborns' physiological parameters. *Dev Psychol Iran Psychol* 2015; 11(43):259-71.
37. Mangeli M, Ramezani T, Mangeli S. The effect of educating about common changes in pregnancy period and the way to cope with them on marital satisfaction of pregnant women. *Iran J Med Educ* 2009; 8(2):305-13.
38. Taghipour A, Sadat Borghei N, LatifNejad Rodsari R, Keramat A, Jabari Noghahi H. Psychological empowerment model in Iranian pregnant women. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2016; 4(4):339-51.
39. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int* 2001; 16(4):381-8.