

بررسی وضعیت اضطراب مادران باردار در سه ماهه سوم بارداری و عوامل مرتبط با آن در مراجعه کنندگان به بیمارستان های شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۱

نرگس صادقی^۱، شیلان عزیزی^{۲*}، میترا ملائی نژاد^۳

۱. دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۲. کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.
۳. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۳/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۲۲

خلاصه

مقدمه: اضطراب، از شایع ترین اختلالات روانی در طول بارداری به ویژه در سه ماهه سوم بارداری می باشد و عوامل مختلفی در بروز این اختلال نقش دارند. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت اضطراب مادران باردار در سه ماهه سوم بارداری و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش کار: این مطالعه طولی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۷۵ مادر باردار مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان های شهر بندرعباس جهت مراقبت های معمول بارداری انجام شد. داده ها از طریق پرسشنامه اضطراب اشمپیل برگر در سه نوبت (هفته های ۳۲-۲۹، ۳۶-۳۳ و ۴۲-۳۷ بارداری) و پرسشنامه اطلاعات فردی گردآوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون های آنالیز واریانس، تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: نتایج مطالعه نشان داد، حدود نیمی از مادران، دارای نمرات متوسط به بالای اضطراب آشکار (۴۲/۶٪) و پنهان (۴۵/۳٪) بودند. ولی بین میانگین اضطراب آشکار و پنهان مادران در سه نوبت اندازه گیری تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/107$ ، $p=0/16$). همچنین ارتباط معنی داری بین سن، تحصیلات مادر، وضعیت اشتغال، تعداد زایمان ها و سقط، نوع بارداری و جنسیت نوزاد با اضطراب آشکار و پنهان آن ها در سه ماهه سوم بارداری مشاهده نشد ($p>0/05$).

نتیجه گیری: اضطراب مادران باردار در سه ماهه سوم بارداری در سطح بالایی است. بنابراین تدوین برنامه های مربوط به ارزیابی سلامت روانی مادران در مراقبت های دوران بارداری منطقی به نظر می رسد.

کلمات کلیدی: اضطراب، بارداری، عوامل خطر

* نویسنده مسئول مکاتبات: شیلان عزیزی؛ دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران. تلفن: ۰۹۱۷۷۶۷۴۳۸۶؛ پست الکترونیک: azizi.sh23@yahoo.com



مقدمه

در جامعه رو به رشد کنونی که انسان‌ها بیش از گذشته در برابر شرایط نامساعد و فشارآور زندگی قرار گرفته‌اند، افزایش مشکلات، پیچیدگی و آمیختگی آن‌ها با یکدیگر، افراد را در شرایطی قرار می‌دهد که به طور دائم انواع فشارهای روانی را تجربه می‌کنند. اضطراب، یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها و مهم‌ترین اختلالات عصبی روانی است که برخی روان‌پزشکان و روان‌کاوان، بخش اعظم اختلالات روانی را در آن جستجو می‌کنند (۱).

شواهد نشان می‌دهد رویداد های آسیب‌زای زندگی و فشارهای روانی، در سبب شناسی اختلالات اضطرابی اهمیت دارند (۲). بارداری، یکی از دوره‌های با اهمیت زندگی و یک دوره آسیب‌پذیر در زندگی زنان به شمار می‌رود که زنان در این دوران در معرض شرایط جسمی، روانی و اجتماعی ناسازگاری قرار می‌گیرند و نیازهای جسمی و عاطفی آنان افزایش می‌یابد. از این رو یک فرصت منحصر به فرد برای بروز اضطراب و افسردگی که از شایع‌ترین اختلالات روانی دوران بارداری محسوب می‌شوند، فراهم می‌شود (۳، ۴).

مطالعات متعددی در زمینه اختلالات روانی از جمله اضطراب دوران بارداری انجام شده است و شیوع متفاوتی از اضطراب گزارش شده است. به عنوان مثال شیوع اضطراب در سوئد ۲۲٪ (۵)، در بنگلادش ۲۹٪ (۶)، در پاکستان ۲۰/۴٪ (۷)، در برزیل ۵۹/۵٪ (اضطراب آشکار) و ۴۵/۳٪ (اضطراب پنهان) (۸) و در ایران، در بابل ۲۶/۶٪ (اضطراب آشکار) (۹)، در لار ۳۸٪ (اضطراب آشکار) و ۴۳٪ (اضطراب پنهان) (۱۰)، در ساری ۳۳٪ (اضطراب آشکار) و ۴۴٪ (اضطراب پنهان) (۱۱) و در قم ۴۰/۴٪ (اضطراب پنهان) و ۳۲/۷٪ (اضطراب آشکار) (۱۲) گزارش شده است. برخی پژوهشگران بر این باورند که میزان اضطراب در زنان باردار که در سه ماهه اول بالا است، در سه ماهه دوم کاهش می‌یابد، اما در سه ماهه سوم بارداری و با نزدیک شدن به زمان زایمان دوباره به سطح اولیه بر می‌گردد (۱۳). برخی دیگر معتقدند که شیوع اضطراب

در سه ماهه سوم بارداری نسبت به سه ماهه اول و دوم بارداری بیشتر است (۱۴، ۱۵).

زنان در سه ماهه اول بارداری احساس خستگی شدید می‌کنند و افزایش سطح استروژن، باعث بی‌ثباتی خلق در آن‌ها می‌شود. تهوع، استفراغ و ترس از سقط، مشکلاتی را ایجاد می‌کند، ولی اکثر زنان با آن خو می‌گیرند. سه ماهه دوم بارداری برای زنان، بیشتر پاداش‌دهنده است، زیرا با رفع مشکل تهوع، استفراغ، بازگشت نیروی قلبی و احساس حرکات جنین، احساس راحتی و هیجان می‌کنند (۲). سه ماهه آخر بارداری، فشارآورتر و مضطرب‌کننده تر است (۱۶)، با وارد شدن تدریجی زن به سه ماهه سوم بارداری و رشد جنین به همراه بزرگ شدن شکم و اضافه شدن وزن، فشار بر روی کمر و اعصاب پا بیشتر شده و حرکت و فعالیت مادر کند می‌شود و فکر رسیدن زمان زایمان، زن باردار را دچار اضطراب می‌کند. مشکلات جسمی و اضطراب، باعث کاهش خواب در ماه‌های آخر می‌شود و نگرانی‌هایی که در سه ماهه دوم کاهش یافته بود، در این دوره مجدداً افزایش می‌یابد (۱۷).

همچنین برداشت زن از بارداری و درد های زایمانی، ترس از زایمان (۱۷)، سن، میزان تحصیلات و رضایت زناشویی پایین (۱۳)، سطح سواد مادر، وضعیت اقتصادی پایین، حمایت ناکافی، ارتباط ضعیف با همسر و خشونت جسمی از جانب همسر نیز با اضطراب دوران بارداری ارتباط تنگاتنگی دارند (۶).

به گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸)، بارداری در نوجوانی، بارداری ناخواسته، سابقه قلبی فرزند مرده یا سقط مکرر، نخست‌زا بودن، بارداری در اثر تجاوز جنسی، روابط ضعیف و نامناسب با اعضاء فامیل و زانی که ازدواجشان به ثبت نرسیده یا جدا شده‌اند، از عوامل خطر در بروز اضطراب دوران بارداری می‌باشد (۳).

شواهد فراوانی از مشکلات سلامت روان در طول بارداری خصوصاً پیرامون زایمان وجود دارد که بر بهبودی، تعادل روانی، نگرش مادران و سازگاری با وظایف مراقبت از فرزند تأثیر می‌گذارد (۳)، اما عوارض اضطراب در سه ماهه سوم بارداری، تنها معطوف به خود مادر نیست، بلکه باعث بروز پیامدهایی نظیر

اختلال در تکامل سیستم عصبی (۱۸)، اختلال در سلامت جسمی و روانی نوزاد (۱۹) و اختلالات رفتاری مانند مشکلات توجه و رفتارهای پرخاشگری در دختران می‌شود (۲۰).

امروزه در مراکز بهداشتی درمانی کشور، به مراقبت های دوران بارداری در زمینه بهداشت روان مادران کمتر پرداخته شده است، در حالی که سلامت جسم، در گرو سلامت روان و سلامتی روان مادر، ضامن سلامت خانواده و فرزند است که بزودی متولد خواهد شد (۱۴، ۱۹) و مطالعاتی که در این زمینه انجام گرفته، آن را تأیید می‌کند.

با توجه به نقش عوامل مختلف در تعیین سطح تجربه های عاطفی زن در دوران بارداری، اضطراب و سلامت روان وی، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت اضطراب مادران باردار در سه ماهه سوم بارداری و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش کار

در این مطالعه طولی، مادران بارداری که بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی نیمه اول بارداری در هفته ۳۲-۲۹ بارداری قرار داشتند و در سال ۱۳۹۱ جهت مراقبت های معمول بارداری به درمانگاه زنان بیمارستان های شهر بندرعباس مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه در این مطالعه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۰/۹۵ و دقت ۰/۱۱ و با استفاده از فرمول حجم نمونه، ۷۵ نفر به دست آمد.

با توجه به طولانی بودن روند انتخاب نمونه ها و محاسبه میزان احتمالی ریزش نمونه در ماه اول، ۱۱۰ مادر انتخاب شدند که تنها ۷۵ نفر از آن ها تا انتهای مطالعه باقی ماندند. در این مطالعه، اضطراب مادران در سه نوبت (هفته ۳۲-۲۹، هفته ۳۶-۳۳ و هفته ۴۲-۳۷ بارداری) در طول زمان اندازه گیری شد و ارتباط بین میانگین اضطراب سه نوبت با متغیرهای فردی مادر بررسی شد. محیط پژوهش در این مطالعه را درمانگاه زنان بیمارستان های دکتر شریعتی، خلیج فارس و خاتم الانبیاء شهر بندرعباس از مجموع پنج بیمارستان

دارای درمانگاه زنان (تنها سه بیمارستان اجازه انجام پژوهش را دادند) تشکیل می داد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ملیت ایرانی، عدم سابقه بیماری اختلال خلق یا تفکر شناخته شده، عدم مصرف داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی و قرار داشتن در هفته ۳۲-۲۹ بارداری بود. مادرانی که به هر دلیل پرسشنامه را ناقص تکمیل کردند، از مطالعه حذف شدند. نمونه‌گیری از اواسط مرداد تا اواخر آذر ماه سال ۱۳۹۱ ادامه یافت. یکی از ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه اطلاعات فردی بود و شامل اطلاعاتی نظیر: سن تقویمی مادر، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، تعداد زایمان‌ها، سابقه سقط جنین، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و جنسیت نوزاد بر اساس سونوگرافی بود که پس از بیان اهمیت و اهداف پژوهش برای نمونه‌ها و کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان توسط آن‌ها تکمیل می‌شد. اضطراب آشکار و پنهان مادران توسط پرسشنامه اضطراب صفت و حالت اشیپیل برگر سنجیده شد که مشتمل بر ۴۰ سؤال است که ۲۰ سؤال مربوط به اضطراب آشکار و ۲۰ سؤال مربوط به اضطراب پنهان می‌باشد و در طیف ۴ گزینه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ و در مقیاس کلی ۲۰ تا ۸۰ نمره سنجیده می‌شود. اضطراب آشکار، احساس اضطراب را در یک مقطع زمانی می‌سنجد و در آن پاسخ هر سؤال به صورت چهار گزینه ای (اصلاً، تا حدی، متوسط و خیلی زیاد) می‌باشد، اما اضطراب پنهان، احساس کلی و همیشگی را در بر می‌گیرد و در واقع شخصیت مضطرب را نشان می‌دهد و دارای پاسخ‌های چهار گزینه ای (تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه) می‌باشد. در این مطالعه، از نسخه ترجمه شده به زبان فارسی آن استفاده شد (۲۱). از این پرسشنامه در مطالعات مختلف برای تعیین اضطراب مادران باردار استفاده شده است (۹، ۱۲، ۲۲، ۳۳). جهت تعیین پایایی ابزار، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، پایایی ۰/۸۱ برای سؤالات اضطراب آشکار و ۰/۸۶ برای اضطراب پنهان محاسبه شد. مادران مورد مطالعه پس از تکمیل کردن پرسشنامه اطلاعات فردی، نسبت به تکمیل پرسشنامه اضطراب اقدام می‌کردند.

یافته ها

نتایج مطالعه حاضر در مورد ۷۵ مادر شرکت کننده در مطالعه نشان داد که میانگین سنی مادران مورد مطالعه $28/28 \pm 6/59$ سال و در محدوده ۱۷-۴۲ سال بود. ۲۱ نفر (۲۸٪) آن ها نخست زای و ۵۷ نفر (۷۶٪) بدون سابقه سقط بودند. بارداری در اکثر مادران (۷۳/۳٪) خواسته بود و ۱۲ نفر (۱۶٪) از آن ها تحصیلات دانشگاهی داشتند.

توزیع فراوانی مادران باردار با شدت های مختلف نمره اضطراب نشان داد که ۳۲ نفر (۴۲/۶٪) از افراد مورد مطالعه دارای اضطراب آشکار متوسط و شدید و ۳۴ نفر (۴۵/۳٪) دارای اضطراب پنهان متوسط و شدید بودند. اضطراب آشکار و پنهان آزمودنی ها بر اساس نمرات به دست آمده در ۳ سطح خفیف (۲۰-۴۲)، متوسط (۴۲-۵۲) و شدید (بیشتر یا مساوی ۵۳) مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت های مختلف نمره اضطراب آشکار و پنهان مادران باردار در سه ماهه سوم بارداری

شدت	نمره اضطراب	
	آشکار (درصد) تعداد	پنهان (درصد) تعداد
خفیف	۴۳ (۵۷/۳)	۴۱ (۵۴/۶)
متوسط	۱۹ (۲۵/۳)	۱۹ (۲۵/۳)
شدید	۱۳ (۱۷/۳)	۱۵ (۲۰)
جمع	۷۵ (۱۰۰)	۷۵ (۱۰۰)

بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه های تکراری برای مقایسه میانگین اضطراب در سه نوبت از سه ماهه سوم بارداری، بین میانگین اضطراب آشکار و پنهان مادران در سه نوبت تفاوت معنی داری وجود نداشت ($p=0/107$, $p=0/16$) (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین اضطراب آشکار و پنهان مادران در سه نوبت از سه ماهه سوم بارداری

زمان اندازه گیری	میانگین \pm انحراف معیار	نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه های تکراری
هفته ۲۹-۳۲	$39/38 \pm 11/46$	اضطراب آشکار
هفته ۳۳-۳۶	$42/05 \pm 8/92$	
هفته ۳۷-۴۲	$37/77 \pm 16/68$	
	$F=0/92$	اضطراب پنهان
	$p=0/16$	
هفته ۲۹-۳۲	$40/58 \pm 8/55$	
	$F=2/58$	
	$p=0/107$	
	$42/05 \pm 10/15$	
	$36/35 \pm 18/66$	

از جمله عوامل مداخله گر احتمالی که می بایست به آن اشاره کرد این است که به دلیل بی اطلاعی برخی مادران باردار از میزان اهمیت مطالعه حاضر، ممکن بود برخی مادران نسبت به تحقیق بی تفاوت بوده و این امر در پاسخگویی آنان مؤثر باشد که پژوهشگر با تشریح اهمیت پژوهش و اهداف آن، سعی در به حداقل رساندن این معضل کرد. اما رفع کامل آن که در صحت اطلاعات کسب شده از مادران باردار بی تأثیر نیست، از عهده پژوهشگر خارج بود. برخی دیگر از عوامل مداخله گر به روش حذف کردن کنترل شدند. از جمله متغیرهای حذف شده می توان به ملیت غیر ایرانی، سابقه اختلال خلق یا تفکر شناخته شده و مصرف داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی، بروز حوادث ناگوار شدید در طی مطالعه مانند مرگ عزیزان و یا از دست دادن جنین اشاره کرد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و روش های آمار توصیفی مانند شاخص های توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت بررسی میانگین اضطراب مادر در سه مرحله از آزمون آنالیز واریانس با اندازه های تکراری، جهت بررسی ارتباط اضطراب آشکار و پنهان مادر با نوع بارداری، وضعیت اشتغال مادر و جنسیت نوزاد، از آزمون تی تست و جهت بررسی ارتباط سایر عوامل مانند میزان تحصیلات، سن مادر، تعداد زایمان، دفعات سقط با اضطراب آشکار و پنهان مادر از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. در این مطالعه جهت محفوظ ماندن نام شرکت کنندگان، از کد استفاده شد و به آن ها اطمینان داده شد که در هر مرحله از تحقیق در مورد انصراف از ادامه همکاری مختار می باشند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج آزمون تی تست برای برخی عوامل فردی مادران نشان داد بین جنسیت نوزاد، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و خانه دار یا شاغل بودن مادر با اضطراب آشکار و پنهان مادران و نتایج آزمون آنالیز واریانس برای برخی دیگر از متغیرهای فردی مادران مانند سن

تقویمی، میزان تحصیلات، تعداد زایمان ها و تعداد سقط ها نشان داد ارتباط معنی داری بین هیچ کدام از عوامل با اضطراب آشکار و پنهان مادران باردار در سه ماهه سوم بارداری وجود نداشت ($p > 0.05$) (جدول ۳).

جدول ۳- بررسی ارتباط متغیرهای فردی مادران با اضطراب آشکار و پنهان آن ها در سه ماهه سوم بارداری

متغیرها	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	اضطراب آشکار میانگین \pm انحراف معیار	اضطراب پنهان میانگین \pm انحراف معیار	سطح معنی داری
جنسیت نوزاد	پسر	۴۴	۴۱/۲۲ \pm ۱۲/۱۳	۴۱/۰۴ \pm ۹/۰۶	*.۰/۶۶
	دختر	۳۱	۴۰/۹۳ \pm ۱۲/۱۱	۴۱/۵۱ \pm ۱۰/۷۴	**۰/۹۱
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۴۰	۴۳/۳۰ \pm ۱۱/۱۳	۴۳/۸۷ \pm ۸/۸۵	
	دیپلم	۲۳	۳۶/۰۹ \pm ۱۰/۹۵	۳۶/۲۲ \pm ۸/۹۱	*.۰/۳۶
	فوق دیپلم	۵	۴۷/۴۰ \pm ۱۸/۳۹	۴۵/۰۰ \pm ۱۳/۲۰	**۰/۰۵۴
	لیسانس و بالاتر	۷	۳۹/۸۵ \pm ۱۲/۰۴	۳۹/۲۸ \pm ۹/۷۹	
وضعیت اشتغال	شاغل	۷	۳۴/۲۸ \pm ۵/۰۸	۳۳/۲۸ \pm ۶/۲۶	*.۰/۵۴
	خانه دار	۶۸	۴۱/۱۷ \pm ۱۲/۰۸	۴۲/۰۷ \pm ۹/۶۸	**۰/۲۵
تعداد زایمان	۰	۲۱	۴۰/۵۷ \pm ۱۲/۹۹	۳۹/۲۳ \pm ۹/۱۲	
	۱	۲۷	۴۰/۲۵ \pm ۹/۰۵	۴۱/۹۶ \pm ۸/۶۶	*.۰/۵۱
	۲	۱۴	۴۲/۳۰ \pm ۱۲/۶۴	۴۱/۴۶ \pm ۱۱/۰۵	**۰/۴۸
	۳ و بالاتر	۱۳	۴۲/۵۳ \pm ۱۵/۶۸	۴۲/۷۶ \pm ۱۱/۹۳	
تعداد سقط	۰	۵۷	۴۱/۳۹ \pm ۱۱/۹۲	۴۰/۸۹ \pm ۱۰/۱۹	
	۱	۱۴	۳۸/۴۲ \pm ۱۱/۹۴	۴۱/۲۱ \pm ۸/۶۹	*.۰/۹۱
	۲	۳	۴۵/۶۶ \pm ۱۸/۴۴	۴۴/۳۳ \pm ۶/۱۱	**۰/۶۹
	۳ و بالاتر	۱	۴۹/۰۰ \pm ۰	۵۲/۰۰ \pm ۰	
نوع بارداری	خواسته	۵۵	۳۹/۷۹ \pm ۱۰/۶۴	۳۹/۷۲ \pm ۸/۷۹	*.۰/۶۳
	ناخواسته	۲۰	۴۴/۶۳ \pm ۱۴/۹۲	۴۵/۲۰ \pm ۱۱/۲۲	**۰/۵۱
سن مادر	۲۰ سال و کمتر	۹	۴۵/۸۱ \pm ۱۳/۵۱	۴۵/۳۷ \pm ۹/۳۳	
	۲۱-۲۵	۱۸	۴۱/۵۸ \pm ۹/۹۷	۴۲/۲۷ \pm ۹/۷۲	*.۰/۳۷
	۲۶-۳۰	۱۹	۳۹/۱۴ \pm ۱۰/۲۳	۳۸/۰۷ \pm ۱۳/۸۳	**۰/۳۴
	۳۱-۳۵	۱۹	۴۲/۰۳ \pm ۱۰/۸۷	۴۲/۶۱ \pm ۱۲/۷۶	
	بیشتر از ۳۵	۱۰	۴۱/۵۶ \pm ۸/۶۶	۴۱/۵۶ \pm ۱۰/۵۰	

p مربوط به اضطراب آشکار*

p مربوط به اضطراب پنهان**

بحث

در این مطالعه ۴۲/۶ درصد از افراد مورد مطالعه دارای اضطراب آشکار متوسط به بالا و ۴۵/۳ درصد دارای اضطراب پنهان متوسط به بالا بودند. این یافته ها در راستای تأیید نتایج به دست آمده از مطالعاتی است که نشان دهنده شیوع بالای اضطراب در زنان باردار ایرانی می باشند (۱۰-۱۲). به گزارش سازمان جهانی

بهداشت، شیوع اختلالات روانی مادران باردار در کشورهای با درآمد پایین و متوسط به طور معنی داری بیشتر بوده و حدود ۴۲-۱۲/۵ درصد می باشد (۳). پژوهشگران بر این باورند که شیوع بالای اضطراب در مادران مورد مطالعه می تواند به دلیل شرایط محیطی فرهنگی- اجتماعی و عدم آشنایی تمام مادران در طول بارداری با فیزیولوژی بارداری، زایمان و سایر مسائل پس

از آن، از جمله مراقبت از نوزاد می باشد. این مشکل به ویژه در سه ماهه سوم بارداری به دلیل نزدیکی به زمان زایمان، بیشتر نمود پیدا می کند.

در این مطالعه نتایج مقایسه اضطراب آشکار و پنهان مادران در سه نوبت تعیین شده از سه ماهه سوم بارداری با یکدیگر نشان داد بین میانگین اضطراب آشکار و پنهان مادران در سه نوبت تفاوت معنی داری وجود ندارد. در این مطالعه افزایش اضطراب آشکار و پنهان در هفته ۳۶-۳۳ بارداری نسبت به هفته ۳۲-۲۹ مشاهده شد، ولی در هفته ۴۲-۳۷ کاهشی در میانگین اضطراب مشاهده شد که مقایسه میانگین ها از نظر آماری معنی دار نبود. این یافته ها با نتایج مطالعه دیویس و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت که تفاوتی در میزان اضطراب هفته ۲۵، ۳۱ و ۳۷ بارداری مشاهده نکردند. آن ها که اضطراب را در ۵ مرحله طی سه ماهه دوم و سوم اندازه گیری کردند، اظهار داشتند اضطراب مادر در همه مراحل تقریباً ثابت است (۲۴). همچنین مطالعه باس و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که با پیشرفت سن بارداری، میزان اضطراب آشکار کاهش می یابد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۲). البته آن ها به اندازه گیری اضطراب پنهان نپرداختند.

نتایج مطالعه حاضر در راستای بررسی ارتباط اضطراب مادران در سه ماهه سوم بارداری با عوامل فردی مادران نشان داد، هیچ کدام از عوامل فردی مادران باردار ارتباط معنی داری با نمره اضطراب آشکار و پنهان آن ها نداشتند.

در مطالعه باس و همکاران (۲۰۱۱) نیز بین اضطراب آشکار مادر با جنسیت نوزاد و در مطالعه کیم و همکاران (۲۰۱۱) بین اضطراب پنهان مادر با جنسیت نوزاد ارتباط معنی داری مشاهده نشد (۲۲، ۲۳). در مطالعه حاضر نیز بین اضطراب آشکار و پنهان مادر با جنسیت نوزاد (۵۸/۷٪ پسر و ۴۱/۳٪ دختر) ارتباطی مشاهده نشد.

در مطالعه حاضر حدود نیمی از مادران (۵۳/۳٪) تحصیلات زیر دیپلم و تنها ۱۶٪ آن ها تحصیلات دانشگاهی داشتند و بین سطح تحصیلات و اضطراب

مادران ارتباطی وجود نداشت. برخی محققان بین اضطراب آشکار مادران و میزان تحصیلات آن ها ارتباط معنی داری گزارش کردند (۱۰، ۱۲) و عقیده داشتند که مادران با سطح تحصیلات پایین تر، اضطراب آشکار و پنهان بالاتری را در دوران بارداری تجربه می کنند (۸). همچنین در مطالعه ناسرین و همکاران (۲۰۱۱) مادران روستایی بنگلادش از نظر دارا بودن یا نبودن سواد خواندن و نوشتن در دو دسته جای گرفتند که ارتباط شدیدی بین اضطراب و سطح سواد مشاهده شد (۶). اما در دیگر مطالعات نتایج متفاوتی مشاهده شد که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی داشت (۵، ۷، ۱۴).

در مطالعه حاضر میانگین نمره اضطراب آشکار و پنهان در مادران خانه دار کمی بالاتر از مادران شاغل بود ولی بر اساس نتایج آزمون تی تست، ارتباطی بین اضطراب آشکار و پنهان مادران با وضعیت اشتغال آن ها وجود نداشت. در مطالعه علی و همکاران (۲۰۱۲) و بابا نظری و همکار (۲۰۰۸) نیز نتایج مشابه به دست آمد (۷، ۱۳). اگرچه برخی پژوهشگران در مطالعات خود به ارتباط بین وضعیت شغلی و اضطراب بارداری دست یافتند و بیان کردند که زنان شاغل، اضطراب کمتری را نسبت به زنان خانه دار تجربه می کنند که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۵، ۹).

در مطالعه حاضر بارداری در اکثر مادران (۷۳/۳٪) خواسته و در ۲۰ نفر (۲۶/۷٪) نیز ناخواسته بود، ولی ارتباطی بین خواسته یا ناخواسته بودن بارداری مشاهده نشد که با نتایج سایر مطالعات همخوانی داشت (۱۳، ۱۴).

در مطالعه حاضر ۲۸٪ از مادران نخست زا بودند و ۵۴/۷٪ از مادران، بارداری دوم و سوم خود را می گذراندند و ۱۷/۳٪ از مادران، ۳ بار و بیشتر زایمان داشتند، ولی ارتباطی بین اضطراب آشکار و پنهان مادران و تعداد زایمان ها یافت نشد. که با نتایج مطالعات ناسرین و همکاران (۲۰۱۱) که ۲۸ درصد از مادران نخست زا بودند، فروزنده و همکاران (۲۰۳۳) و بابانظری و همکار (۲۰۰۸) همخوانی داشت (۱۳، ۱۴، ۱۳، ۱۴). در مطالعه حاضر ۱۲٪ از مادران، زیر ۲۰ سال و ۱۳٪ بالای ۳۵ سال سن داشتند و بالاترین میانگین

اضطراب آشکار و پنهان در مادران زیر ۲۰ سال مشاهده شد. با این حال نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد بین سن مادر در زمان بارداری و اضطراب آشکار و پنهان ارتباطی وجود نداشت. در مطالعات مشابه که ۷۰ درصد مادران در محدوده سنی ۲۰-۳۵ سال و سایر مادران زیر ۲۰ سال بودند نیز بین سن مادر و اضطراب مادر ارتباط معنی داری مشاهده نشد (۱۲،۶). ولی مطالعه علی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد سن بالای مادر با اضطراب و افسردگی در بارداری ارتباط دارد (۷، ۲۵).

در مطالعه حاضر ۵۷ نفر از افراد، سابقه‌ای از سقط جنین نداشتند و در مقابل، ۲۴ درصد از آنان سابقه حداقل یک بار سقط را داشتند، ولی میانگین نمره اضطراب آشکار و پنهان در مادرانی که سابقه سقط داشتند بالاتر از مادران بدون سابقه سقط بود که با نتیجه مطالعه بابانظری و همکار (۲۰۰۸) همخوانی داشت (۱۳). در عین حال بین دفعات سقط با اضطراب آشکار و پنهان مادران ارتباط معنی داری مشاهده نشد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه ناسرین و همکاران (۲۰۱۱) از نظر فراوانی سابقه از دست دادن فرزند (سقط و فرزند مرده متولد شده) و نوع ارتباط همخوانی داشت (۶). این در حالی است که برخی دیگر از مطالعات نشان دادند که سابقه سقط مکرر، از عوامل خطر در بروز اضطراب بارداری است (۳، ۸، ۲۶).

از نقاط قوت این مطالعه این است که پرسشنامه‌ها در سه نوبت زمانی از سه ماهه سوم بارداری تکمیل شد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم بررسی حمایت عاطفی و اجتماعی از سوی خانواده و جامعه بود که می‌تواند در ایجاد اضطراب دخیل باشد.

از آنجایی که پژوهشگران عقیده دارند احتمالاً عوامل دیگری وجود دارد که بر بروز اضطراب در سه ماهه

سوم بارداری نقش دارند. بنابراین انجام مطالعات بیشتر با نمونه‌های بزرگتر جهت بررسی تأثیر عوامل مختلف در بروز اضطراب که در این مطالعه به آن پرداخته نشد، پیشنهاد می‌شود.

نتیجه گیری

هیچ کدام از عوامل دموگرافیک مادر که در این پژوهش به آن پرداخته شد، با اضطراب آشکار و پنهان مادران باردار ارتباطی نداشت و سطح اضطراب در طول سه ماهه سوم بارداری تغییر چندانی نکرد اما اضطراب مادران باردار در این دوره در سطح بالایی بود. لذا پیشنهاد می‌شود در مراقبت‌های دوران بارداری، مادران از نظر وضعیت روانی با پرسشنامه‌های معتبر دیگری مورد غربالگری قرار گیرند تا در صورت وجود اضطراب، روش‌های تعدیل و مقابله با عوامل اضطراب زاء جهت ارتقا بهداشت روان مادران باردار آموزش داده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به شماره ۲۳۸۱۰۴۰۳۹۰۲۰۱۸ مورخ ۱۳۹۱/۴/۲۲ می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، معاونت پژوهشی و کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، ریاست محترم بیمارستان‌های شریعتی، خاتم الانبیاء و خلیج فارس بندرعباس، تمام مادران باردار و کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند قدردانی می‌شود.

- Koshan M, Vagei S. Psychiatric Nursing. Tehran: Rafi Publication; 2011.p. 22-23.
- Sadock B, Sadock V, Kaplan H. Synopsis of psychiatry behavioral sciences. [Rezaie F, trans] .10th ed. Tehran: Arjmand Publication; 2010.p. 150-1.
- World Health Organization Report. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Geneva: WHO; 2008.39p.
- Bodecs T, Horvath B, Szilagyi E, Gonda X, Rihmer Z, Sandor J. Effects of depression, anxiety, self-esteem, and health behaviour on neonatal outcomes in a population-based Hungarian sample. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2011; 154(1):45-50.
- Claesson IM, Josefsson A, Sydsjo G. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. *BMC Public Health* 2010; 10(1):766.
- Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health* 2011; 11(2):22.
- Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum Gh, Moin SS. Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnantwomen: A Hospital-based cross-sectional study. *The ScientificWorld Journal* 2012; 2012:1-9.
- Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health* 2007; 10(1): 25-32.
- Nasiri Amiri F, Salmalian H, Hajiahmadi M, Ahmadi AM. Association between prenatal anxiety and spontaneous preterm birth . *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2009; 11(4): 42-8. (Persian).
- Bazrafshan MR, Mahmoudi Rad AR. The effect of pregnant women's anxiety on apgar score and birth weight of newborns . *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty* 2009; 17(1-2):58-62. (Persian).
- Shahhosseini Z, Abedian K, Azimi H. Role of anxiety during pregnancy in preterm delivery. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2008; 16 (63):85-92. (Persian).
- Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety during pregnancy: a risk factor for neonatal physical outcome?. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2010; 9(1):30-38. (Persian).
- Babanazari L, Kafi SM. Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14(2):206-13. (Persian).
- Foruzandeh N, Delaram M, Deris F. Mental health status and its determinant factors in women who referred to health centers in Shahrekord 2001-2002 . *Journal of Reproduction & Infertility* 2003; 4(2):146-55. (Persian)
- Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* 2007; 110 (5):1102-12.
- Hyde JSh. Half the human experience: the psychology of women. [Khamse A, trans]. Tehran: Arjmand Publication; 2010.p. 364-65.
- Nassiri M. Mental health pregnancy and childbirth. Isfahan: Boshra Pablication 2000. (Persian)
- Hernández-Martínez C, Arijia V, Balaguer A, Cavalle P, Canals J. Do the emotional states of pregnant women affect neonatal behaviour?. *Early Human Development.* 2008; 84(11):745-50.
- Shayeghian Z, Rasolzadeh Tabatabaey SK. Effect of maternal anxiety during third trimester on pregnancy outcomes and infants' mental health. *Hayat* 2009; 14(4):57-64. (Persian)
- T.C.E. de Bruijn A, Van Bakel HJA, Van Baar AL. Sex differences in the relation between prenatal maternal emotional complaints and child outcome. *Early Human Development* 2009; 85(5):319-24
- Dehdari T. Design and evaluation of theory-based educational Program for reducing patients` anxiety after CABG. [Ph.D thesis]. Tehran: Medical Sciences Faculty Tarbiat Modares University; 2007.
- Buss C, Davis EP, Hobel CJ, Sandman CA. Maternal pregnancy-specific anxiety is associated with child executive function at 6-9 years age. *Stress* 2011; 14(6): 665-76.
- Keim SA, Daniels JL, Dole N, Herring AH, Siega-Riz AM, Scheidt PC. A prospective study of maternal anxiety, perceived stress, and depressive symptoms in relation to infant cognitive development. *Early Hum Dev* 2011; 87(5):373-80.
- Davis EP, Glynn LM, Waffarn F, Sandman CA. Prenatal maternal stress programs infant stress regulation. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52(2):119-29.
- Ghanei R, rezaei K, Mahmoodi R. The Relationship between Preoperative Anxiety and Postoperative Pain after Cesarean Section. *The Iranian Journal Obstetrics, Gynecology and Infertility* Feb 2013; 15(39):16-22.(Persian).
- Hall WA, Stoll K, Hutton EK, Brown H. A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12(1):78.