

# بررسی تاثیر مشاوره بر سلامت روان زنان حامله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر ارومیه

فاطمه مقدم تبریزی<sup>1</sup>

تاریخ پذیرش مقاله: 85/9/9

تاریخ دریافت مقاله: 85/7/27

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی  
سال چهارم، شماره دوم، تابستان 1385

## چکیده

**پیش زمینه:** با توجه به اثرات سوء اختلالات سلامت روان بر ارتباطات زن حامله و ارتباط مادر و کودک و زن و شوهر اهمیت شناسایی راه‌های عملی در پیشگیری از این اختلال، ضروری به نظر می‌رسد.

**هدف:** مطالعه به منظور تعیین نقش مشاوره در سلامت روان زنان حامله صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی، 200 زن حامله که در سال‌های 83-1381 جهت مراقبت‌های پره ناتال به مراکز بهداشتی شهر ارومیه مراجعه نموده بودند، به روش تصادفی منظم به دو گروه 100 نفری تقسیم شدند. گروه مورد، در نیمه اول حاملگی تحت مشاوره ماما قرار گرفتند و در نیمه دوم حاملگی با گروه شاهد از نظر سلامت روان به کمک آزمون کای دو مقایسه شدند. داده‌ها با آزمون آماری کای دو، یومن ویتنی و فیشر آنالیز شدند.

**یافته‌ها:** در رابطه با سلامت عمومی نتایج بیانگر آن بود که 81 درصد زنان حامله در گروه مورد، قبل از مشاوره در نیمه اول حاملگی و 80 درصد آنان بعد از مشاوره در نیمه دوم حاملگی در حد معمول قرار داشتند. در حالیکه 97 درصد زنان گروه شاهد در نیمه اول حاملگی و 93 درصد آنان در نیمه دوم حاملگی در حد معمول قرار داشتند ( $p=0/004$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** ارائه مشاوره توسط ماما اختلالات سلامت روان دوران حاملگی را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: مشاوره، زن حامله، سلامت روان

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال چهارم، شماره دوم، ص 86-92، تابستان 1385

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان بسیج، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: 2228818

<sup>1</sup> عضو هیات علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

مقدمه

هر زنی به دنبال حاملگی باید بتواند خود را با موقعیت جدید تطبیق دهد و توانایی پنداشت صحیح در چهار زمینه مادر بودن، پنداشت صحیح از خود در موقعیت جدید و درک خود، پنداشت در مورد شوهر با توجه به حاملگی، شغل و فعالیت‌هایی که فرد به عهده دارد را به دست آورد (3).

پزشک و یا ماما در آغاز حاملگی زمانی که مادران مردد و در مرحله تناقض هستند باید با آموزش آنان، احساسات، خشم و خصومت را در آنان کاهش دهند. به طور کلی عملکرد شوهر، پدر، مادر و ماما در فرآیند پذیرفتن حاملگی موثر است. هر زنی برای تبدیل شدن به مادر نیاز به حمایت و ارتباط صحیح با شوهر، مادر و شناسایی خود به عنوان مادر دارد. زن ماما را به عنوان پناهگاه خود در دوران بارداری، حین زایمان در مقابل مخاطرات می‌داند و ماما مسئول ایجاد آرامش و کاهش دهنده اضطراب و نگرانی دوران بارداری است و با آگاهی از علائم هشدار دهنده بیماری روانی می‌تواند با تشخیص و توجه به موقع از بروز بیماری‌های روانی شدید جلوگیری به عمل آورد (3). با توجه به مطالب یاد شده و اهمیت اختلالات روانی در جامعه و بخصوص در زنان و از آنجا که حدود یک سوم زندگی زن در فاز باروری می‌باشد، همچنین به دلیل عدم انجام پژوهش در این زمینه و نیز اینکه بیشتر پژوهش‌های مورد نظر بیشتر

تعریف سازمان جهانی بهداشت از بهداشت روان عبارتست از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی و عادلانه و مناسب (1).

حاملگی یکی از دوره‌های با اهمیت زندگی است؛ زیرا زن از یک سو احساس مفید بودن کرده و از جهت دیگر با تغییرات جسمی و روحی مواجه می‌شود که نمی‌توان به سادگی از کنار آن گذشت؛ چه بسا تغییرات خفیف این دوران، بیماری‌های شدید روانی را به دنبال داشته باشد؛ زیرا در حاملگی تغییرات مهمی از نظر تشریحی، فیزیولوژی، روانی و اجتماعی به وجود می‌آید. تطابق با این همه تغییرات مشکل است و

می‌توان حاملگی را یک دوره بحران از زندگی زنان به شمار آورد و آن را یک استرس محسوب کرد (2).  
گوتلیب و همکاران با استفاده از معیارهای تشخیصی، تحقیقاتی دریافتند که 10 درصد زنان در دوران بارداری و 7 درصد زنان در دوره پس از زایمان دچار افسردگی می‌شوند. با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک میزان بروز این اختلال در دوران بارداری به 22 درصد و دوره پس از زایمان به 26 درصد افزایش پیدا می‌کرد (2).

در دوره بعد از زایمان بوده است و نیز با توجه به عوارض و پیامدهای ناگوار اختلالات روانی نظیر خودکشی، تصمیم به انجام این پژوهش گرفتیم.

### مواد و روش‌ها

مطالعه از نوع نیمه تجربی می‌باشد، نمونه‌ها شامل زنان حامله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر ارومیه از آذرماه 1381 لغایت بهمن ماه 1383 بوده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشتمل بر دو بخش: بخش اول مشخصات دموگرافیک و بخش دوم سوالات استاندارد سلامت روان GHQ<sup>1</sup> (1) بود. پرسشنامه استاندارد GHQ در چهار زیر مقیاس 1- نشانه‌های بدنی 2- سطح اضطراب و بی خوابی 3- ناسازگاری اجتماعی 4- افسردگی و خیم بوده وضعیت سلامت روان در چهار سطح، اصلاً (28-49)، در حد معمول (49/5-70)، تقریباً بیشتر از حد معمول (70/5-91) به مراتب بیشتر از حد معمول (91/5-112) نمره بندی شد.

حجم نمونه 200 نفر در دو گروه شاهد و مورد در نظر گرفته شد. ابتدا مراکز بهداشتی سطح شهر ارومیه براساس نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند، زنان حامله در نیمه اول حاملگی به عنوان واحدهای مورد پژوهش انتخاب شده و موافقت آنان کسب شد. گروه‌های مورد و شاهد با نمونه‌گیری احتمالی منظم

انتخاب شدند، مشخصات دموگرافیک، آدرس و تلفن گروه شاهد یادداشت گردید. سپس وعده ملاقاتی برای روزهای مشاوره گذاشته شد که به مراکز بهداشتی مربوطه مراجعه می‌کردند. سپس افراد گروه هر کدام به نوبت به اتاق مخصوص هدایت شدند که این اتاق خلوت و ساکت بود.

پژوهشگر با معرفی خود و توضیح در مورد اهداف کلی پژوهش جلسه را شروع کرد و با مهارت‌های ارتباطی مناسب ابتدا سعی بر ایجاد جو مناسبی جهت صحبت با مادر نمود و تنها به گفته‌های وی گوش فرا داد. خانم حامله تشویق می‌شد که در مورد احساسات خود نسبت به حاملگی خود صحبت کند سپس مشاور به سوالات زن حامله در زمینه تغییرات فیزیولوژیک و پاتولوژیک و مشکلات روانی، اجتماعی، جسمی و جنسی زنان حامله پاسخ می‌داد و فرصت‌هایی جهت تبادل اطلاعات بین سایر زنان حامله و مشاور صورت می‌گرفت. محقق سعی نمود تا به مادر اعتماد به نفس بخشد، او را سرزنش نکند، به او اطمینان خاطر بخشد و به روش مثبت کلامی و غیر کلامی او را تایید نماید، در ضمن علاوه بر بررسی مشکلات و ناراحتی‌های مادر بیشترین تمرکز بر چگونگی خود مراقبتی جسمی و عاطفی از مادر و مراقبت از نوزاد بود؛ در مورد نحوه تغذیه نوزاد، مراقبت از نوزاد و چگونگی ایجاد ارتباط عاطفی مناسب بین مادر و نوزاد

<sup>1</sup> General health questionnaire

### یافته‌ها

محدوده سنی خانم‌های مورد مطالعه 18 تا 35 سال بود، میانگین سنی گروه شاهد 22/4+3/02 و گروه مورد 21/4+2/62 بود.

در رابطه با نشانه‌های بدنی نتایج بیانگر آن است که 41 درصد افراد گروه مورد قبل از مشاوره در نیمه اول و 72 درصد آنان بعد از مشاوره در نیمه دوم حاملگی در حد معمول قرار داشتند و 57 درصد زنان گروه شاهد در نیمه اول حاملگی و 64 درصد آنان در نیمه دوم حاملگی در این حد قرار داشتند. در رابطه با تاثیر مشاوره آزمون آماری معنی‌دار نبود ( $p=2$ ).

در رابطه با اضطراب، نتایج بیان می‌دارد که 49 درصد زنان حامله در گروه مورد قبل از مشاوره در نیمه اول حاملگی و 69 درصد از آنان بعد از مشاوره در نیمه دوم حاملگی در حد معمول قرار داشتند و 63 درصد زنان در گروه شاهد در نیمه اول حاملگی و 76 درصد آنان در نیمه دوم حاملگی در حد معمول قرار داشتند. آزمون آماری بیانگر معنی‌دار بودن این آزمون است و نشان می‌دهد که مشاوره در بهبود وضعیت اضطراب زنان حامله تاثیر مثبت داشته است. ( $p<0/003$ ). در رابطه با سازگاری نتایج بیانگر آن است که 54 درصد زنان حامله در گروه مورد قبل از مشاوره در نیمه اول حاملگی و 65 درصد آنان بعد از مشاوره در نیمه دوم حاملگی در حد معمول

و سایر مواردی که مادران مشکلات جسمی یا روحی داشتند صحبت شد و راهنمایی عملی و موثر در این زمینه ارائه گردید. شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از: خانم‌های حامله شوهر دار با سواد که ملیت ایرانی داشتند و ساکن شهر ارومیه بودند. شرایط عدم پذیرش در این مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به بیماری‌هایی که خود باعث بروز افسردگی می‌شدند، مصرف داروهایی که علائم افسردگی ایجاد می‌کردند، مادرانی که به مراقبت‌های ویژه نیاز داشتند، وجود حوادث استرس آور زندگی در طی یک سال گذشته شامل فوت اعضای درجه یک فامیل و وجود بیماری صعب‌العلاج در اعضای درجه یک خانواده، سابقه فامیلی افسردگی پس از زایمان در اقوام درجه یک، نازایی، سابقه سقط جنین و سابقه ناهنجاری نوزاد بود. نمونه‌ها به طور تصادفی به دو گروه شاهد و مورد در واحدهایی که سلامت روان آن‌ها پایین بود، گروه بندی شد. پرسشنامه توسط واحدهای مورد پژوهش در دو گروه شاهد و مورد در نیمه دوم حاملگی مجدداً تکمیل شد.

داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکویر<sup>1</sup>، یومن ویتنی<sup>2</sup> و فیشر<sup>3</sup> تجزیه و تحلیل شد.

<sup>1</sup> kie squire  
<sup>2</sup> mann whitney  
<sup>3</sup> Fisher exact probability Test

داشته است و باعث بهبود وضعیت سلامت عمومی زنان حامله شده بود ( $p=0/001$ ).

جدول شماره 1): توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان حامله بر حسب

جمع	تقریباً بیش از حد معمول	در حد معمول	اصلاً	سلامت عمومی		گروهها
				تعداد	درصد	
100	6	81	13	تعداد		قبل
100	6	81	13	درصد		
100	1	97	2	تعداد	شاهد	
100	1	97	2	درصد		
100	0	80	20	تعداد	مورد	بعد
100	0	80	20	درصد		
100	0	93	7	تعداد	شاهد	
100	0	93	7	درصد		

$$X^2 = 7/236 \quad df=1 \quad p = 0/007$$

$$X^2 = 13/076 \quad df=2 \quad p = 0/001$$

### بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها نشان داد که ارائه اطلاعات و مشاوره توسط ماما، سلامت روان دوران حاملگی را به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهد که این یافته‌ها با سایر مطالعه‌ها مطابقت دارد (4,5,6). مطابق نظر کوک<sup>1</sup> تنها عامل که نقش مهمی را به طور عمده و مداوم در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان و ارتقای سلامت روان ایفا می‌کند حمایت اجتماعی است (7). گنجی می‌نویسد: دوستان، والدین و سازمان‌های اجتماعی می‌توانند برای رو به رو شدن با استرس کمک‌های خوبی باشند. حمایت اطرافیان می‌تواند از شدت استرس‌های زندگی کاسته و بسیاری از رفتاری‌ها را کاهش دهد (8). همچنین به نظر می‌رسد افرادی که

قرار داشتند در حالیکه 72 درصد زنان گروه شاهد در نیمه اول حاملگی و 78 درصد آنان در نیمه دوم حاملگی در حد معمول بودند. در رابطه با سازگاری، آزمون آماری بیانگر آن است که مشاوره در بهبود وضعیت سازگاری زنان حامله تاثیر نداشته است و آزمون آماری معنی‌دار نبود ( $p=0/434$ ).

در رابطه با افسردگی نتایج نشان داد که 8 درصد زنان حامله در گروه مورد قبل از مشاوره در نیمه اول حاملگی و 3 درصد آنان بعد از مشاوره در نیمه دوم حاملگی در حد معمول قرار داشتند؛ در حالیکه 3 درصد زنان گروه شاهد در نیمه اول حاملگی و 1 درصد آنان در نیمه دوم حاملگی در حد معمول بودند. آزمون آماری در رابطه با افسردگی معنی‌دار نبود و مشاوره در بهبود وضعیت افسردگی تاثیر نداشت ( $p=0/195$ ).

در رابطه با سلامت عمومی نتایج بیانگر آن بود که 81 درصد زنان حامله در گروه مورد قبل از مشاوره در نیمه اول حاملگی و 80 درصد آنان بعد از مشاوره در نیمه دوم حاملگی در حد معمول قرار داشتند در حالیکه 97 درصد زنان گروه شاهد در نیمه اول حاملگی و 93 درصد آنان در نیمه دوم حاملگی در حد معمول قرار داشتند. در رابطه با سلامت عمومی آزمون آماری نشان داد که آزمون معنی‌دار است و مشاوره بر سلامت عمومی زنان حامله تاثیر مثبت

<sup>1</sup> Kook

حمایت روحی و روانی که توسط ماما در دوره پس از زایمان ارائه می‌شود و بر احساسات مادران متمرکز است، تاثیر بسیار مفیدی در بهداشت روانی مادران دارد (14).

نتایج تحقیق حاضر نیز نشان داد که در دو گروه شاهد و مورد قبل از مشاوره 59 درصد زنان از زیرمقیاس اضطراب و بی‌خوابی در حد معمول قرار داشتند نگرانی در مورد بارداری و زایمان و وضعیت جنین، پذیرش تعهد و مسئولیت و افزایش سطح استرادیول از دلایل بالا بودن اضطراب در زنان در گروه مورد می‌باشد و از آنجایی که در تحقیق حاضر مشاوره باعث بهبودی سطح اضطراب و بی‌خوابی زنان در گروه مورد می‌شد و از آنجایی که در جلسات مشاوره در مورد بارداری و زایمان و وضعیت جنین، پذیرش نقش مادران و مسئولیت‌های آن از قبیل نحوه شیر دهی و مراقبت از نوزاد آموزش داده می‌شد و در جلسات گروهی این مهارت‌ها توسط زنان به بحث گذاشته می‌شد، به نظر می‌رسد گذاشتن چنین جلسات مشاوره گروهی و فردی در کاهش سطح اضطراب و بی‌خوابی زنان باردار مفید و مثمر ثمر گردد.

در جوامع اولیه به علت بالا بودن میزان ارتباطات خانوادگی و گسترده بودن خانواده‌ها، زنان حامله این آموزش‌ها را از اطرافیان می‌گرفتند ولی امروز به دلیل

از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، استرس کمتری را تجربه می‌کنند و برای کنار آمدن با استرس توانایی بیشتری دارند؛ در نتیجه کمتر به افسردگی و اختلالات روانی مبتلا می‌شوند (9). حمایت اجتماعی توسط راهکار سازگاری حمایت کننده از سلامت فرد کمک می‌نماید (10).

لاوندر<sup>1</sup> و وال‌کین شو<sup>2</sup> گزارش کرده‌اند که حمایت‌های عاطفی ماما در دوره پس از زایمان اضطراب و افسردگی دوره از زایمان را کاهش می‌دهد (11).

ماتنر<sup>3</sup> نیز گزارش کرد که حمایت عاطفی ماما از بروز مشکلات عاطفی مادران جلوگیری می‌نماید و در کمک به مادران افسرده یا در معرض خطر افسردگی پس از زایمان، نقش مهمی دارد (12).

حمایت ماما در برگیرنده اقدام‌های مداخله‌ای است که با کمک آن می‌توان از اثرات زیان بار استرس و افسردگی مادر پیشگیری نمود از قبیل حمایت روحی-روانی، گوش فرا دادن به تجارب زایمانی مادر، تکمیل نمودن تجارب زایمانی، درک و فهم مشکلات و نارحتی مادر، کمک به رفع مشکلات مادر، توجه عاطفی به مادر و ارائه توضیحات کافی و جامع در زمینه مراقبت از مادر و نوزاد (6).

<sup>1</sup> Lavandir  
<sup>2</sup> Valkin show  
<sup>3</sup> Matner

### منابع

1. استوار ج. تنیدگی یا استرس، ترجمه پری رخ دادستان، انتشارات رشد، چاپ اول، 1372، ص 82-81.
2. رایال کجی، کنث جی، رایان راساس، برکووتیز رابرتال، باربیری آندریا دونایف. اصول بیماریهای زنان کیستتر، ترجمه دکتر بهرام قاضی جهانی، نشر انتشارات، چاپ اول، بهار 1375، ص 609-633.
3. نصیری م. بهداشت روانی بارداری و زایمان، نشر و تبلیغ بشری، 1379، ص 20.
4. Logsdon MC, Bir Kimor, W. The link of social support and postpartum depression symptoms in African – American women with low incomes. MCN 2000; 25(5): 262-266.
5. Diane M. Fraster, Margaret A. cooper, Myles Textbook for midwives, CHURCHILL LEVENGSTONE, 2004, p: 955, 658, 659, 656.
6. Hutton C. Gunn J. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. PMC Health serv Res. 2007 May 17; 7:71. Review PMID: 17506904 [pub med – indexed for MEDLINE]
7. Collins KA, Wolfe VV, Fisman S, Depace J, Steele M. managing depression in primary care: community survey. Can fam physician. 2006 Jul; 52:878-879. PMID: 17273488 [Pub Med – indexed for MEDLINE]
8. Wolman, K. Chalmers, M. Nicoden, S. Postpartum depression and companion ship in the clinical birth environment. AMJ Obstet Gyneal 1993; 168(5): B 88.
9. گنجی ح. بهداشت روانی، تهران، نشر ارسباران، زمستان 1376، ص 85.
10. قریشی زاده مع. نقش روانپزشک در کمک به بیماران برای مقابله با استرس. مجله نبض، ش 2، 1372، ص 14.
11. Lavander, F. walkinshaw, N. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? Birth 1998; 25(4): 215.
12. Logsdon, K. winders, A. Guiding mothers of high risk infants in obtaining social support. MCN 1998; 23(4): 198.
13. Henderson, C. Macdonald, S. Mayes' Midwifery A text book for midwives, 13<sup>th</sup> edition 2004, Baillier Tindall, EDInBURGH, LONDON, NEW York, oxford, PHILADELPHIA, p: 278, 730.

صنعتی شدن شهرها و به تبع آن هسته‌ای شدن شکل خانواده، زنان از این منبع حمایتی بی بهره بوده و دچار اضطراب ناشی از فقدان حمایت و عدم آگاهی می‌شوند، لذا وجود منابع حمایتی اجتماعی از قبیل جلسات مشاوره در جایی که مراقبت‌های دوران بارداری انجام می‌گیرد یا ضروری به نظر می‌رسد.

لذا پیشنهاد می‌شود که:

با آموزش دقیق، ماماها را به ارزش و نقش کاری خود واقف کرد و از نیروی سازنده آنان جهت مشاوره و آموزش مادران در دوره حاملگی و پس از زایمان استفاده نمود. مسئولان وزارت بهداشت نیز می‌توانند با برنامه ریزی جهت استفاده بهینه از نیروی مامایی در کشور، خدمات گسترده، مامایی شامل خدمات بهداشتی و روانی در دوره بارداری و پس از زایمان ایجاد نمایند.

### تقدیر و تشکر

از مسئولان مراکز بهداشتی شهر ارومیه که در اجرای این طرح ما را یاری فرمودند صمیمانه تشکر می‌شود.