

بررسی تطبیقی سلامت روان زنان و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در دوره های مختلف بارداری

Comparative Study of Mental Health and its relative Demographic Factors in Different Periods of Pregnancy

Laleh Babanazari
Seyed Moosa Kafi, PhD

لاله بابانظری^۱
دکتر سید موسی کافی^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تطبیقی سلامت روان زنان در دوره های مختلف بارداری و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن بود. بدین منظور گروه نمونه ای به حجم ۲۸۶ نفر از زنان باردار شهر رشت با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه ی سلامت عمومی گلدبرگ و ویلیامز (28-GHQ)، پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک - راست (گریمس) و پرسشنامه اطلاعات فردی بود. نتایج اولیه نشان داد که میزان مشکلات سلامت روان در سه ماهه اول و سوم بالا و در سه ماهه دوم پایین است اما پس از وارد شدن به تحلیل رگرسیون گام به گام این نتایج معناداری خود را از دست داد. تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد سلامت روان دوره ی بارداری به ترتیب با رضایت زناشویی، سطح اجتماعی اقتصادی و شاغل بودن ارتباط معنادار دارد. این یافته ها بر ضرورت طرح برنامه های پیشگیرانه و حمایتی جهت زنان باردار با عوامل جمعیت شناختی یادشده تأکید می ورزد.

Abstract

The main aim of this study is to compare the mental health in different periods of pregnancy and its relationships with demographic factors. A group sample of 286 pregnant women in Rasht city participated in this study. The instruments include Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ), Golombok Rust Inventory of Marital Questionnaire. The results indicated that pregnant women have high mental health in the first and third trimesters comparing to the second trimester. The findings of Stepwise Regression Analysis showed that there is no significant relationship between mental health and different periods of pregnancy. A positive significant relationship, also, was found between pregnancy and marital satisfaction, socioeconomic level, and employment. These findings support WHO criteria about mental health of pregnant women and suggest preventing program according to demographic factors of women pregnancy.

Keywords:

mental Health- different periods of pregnancy- demographic factors

کلید واژه ها:

سلامت روان - دوره های مختلف بارداری - عوامل جمعیت شناختی.

فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی

دوره اول
شماره دوم
تابستان ۱۳۸۶

مقدمه

سلامت روان زنان در تعدادی از کشورها صورت گرفته است. یافته های هماهنگ در تمام این کشورها نشان داده است که در طول سالهای تولید مثل احتمال استفاده ی زنان از خدمات سلامت روان ۲ برابر مردان بوده است (رومنز^۵ و سیمن^۶، ۲۰۰۶). موضوع سلامت روان زنان مورد توجه بسیاری از پژوهشگران، پزشکان و رسانه های گروهی قرار گرفته است. از جمله مسائلی که توجه پژوهشگران این حوزه را به خود معطوف داشته، مسائل روانی مربوط به تولد کودک است. در این میان پژوهشگران و متخصصان بالینی به اختلال های روانی پس از زایمان به ویژه افسردگی پس از زایمان متمرکز شده اما مسائل مربوط به تولد کودک یعنی دوره بارداری مورد غفلت قرار گرفته است (کورید^۷، ۲۰۰۵؛ اسوالو^۸، لیندو^۹،

از نظر سازمان بهداشت جهانی سلامت زنان یکی از شاخص های توسعه یافتگی کشورهاست چراکه زنان به دلیل شرایط ویژه فیزیولوژیک در دوره های مختلف زندگی به ویژه نیازهای جسمی و روحی آنان در ارتباط با تولید مثل و عوارض ناشی از آن در معرض آسیب پذیری بیشتری در مقایسه با مردان هستند. سلامت روان^۳ یکی از جنبه های مفهوم کلی سلامتی است و عبارت از قدرت آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خویشتن، قدرت تصمیم گیری در بحران ها و مقابله موفق با فشارهای روانی است (دیماآتو^۴، ۱۹۹۱: ترجمه کاویانی، ۱۳۷۹). در طول دو دهه ی گذشته زمینه یابی های زیادی در ارتباط با

5 - Romans , S.E.
6 - Seeman , M.V
7 - Currid , T. J.
8 - Swallow .B.L
9 - Lindow.S.W

۱ - کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه گیلان (laleh_babanazari@yahoo.com)
۲ - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه گیلان

3 - mental health
4 - Dimatteo , M.R



سلامت روانی این افراد را مدنظر قرار داده است. در تبیین این تغییرات نیز محققانی چون روف، بلایتنر و لوین (۱۹۹۳) و سولچانی (۲۰۰۳) اظهار داشته‌اند که در طول بارداری تغییرات روان شناختی اساسی رخ می‌دهد. این تغییرات در آغاز دوره بارداری شدید است، چرا که زن باردار علاوه بر این که با تغییرات عصبی هورمونی ناگهانی روبرو می‌شود، در واکنش به باردار شدن شروع به بازاندیشی در دیدگاه خود نسبت به زندگی کرده و به ارزیابی مجدد ابزارها، مهارت و روش زندگی می‌کند و به عبارت دیگر به بازسازی ساختار شناختی در اغلب زمینه‌ها می‌پردازد و بدون شک برای سازگاری با این تغییرات مدت زمان قابل ملاحظه‌ای لازم خواهد بود.

تجارب عاطفی زن در طول سه ماهه‌ی اول اساساً به وسیله این عوامل تعیین می‌شود. این تغییرات نوعی خاصی از استرس‌های روانی را ایجاد می‌کند که به وسیله‌ی تجاربی نظیر تهوع، استفراغ، سرگیجه، سردرد و آشفتگی در اشتها مشخص می‌شود. در سه ماهه‌ی دوم زن باردار به تدریج با وضعیت فیزیولوژیکی و تغییرات روان شناختی خود سازگار می‌شود و استرس روانی ابتدایی و نشانه‌های بدنی همراه با آن کاهش می‌یابد. از سوی دیگر در سه ماهه‌ی دوم با پیشرفت صحیح آستنی، حدود ماه چهارم حرکات جنین به وسیله‌ی مادر احساس می‌شود. این احساس، تجربه‌ای هیجان‌آور و لذت بخش برای اکثر زنان است و غالباً باعث خوشنودی و تطابق بیشتر زن با استرس‌های دوران حاملگی می‌گردد.

با نزدیک شدن زایمان در سه ماهه‌ی سوم، از آنجا که فرآیند زایمان ترس و اضطراب ایجاد می‌کند، استرس روانی دوباره افزایش یافته و زن باردار مجدداً شروع به تجربه‌ی اضطراب و نشانه‌های بدنی همراه با آن می‌نماید. قابل ذکر است هیچ‌کدام از این محققان به طور همزمان تاثیر عوامل روانی اجتماعی زن باردار را که با این تغییرات همراه است مد نظر قرار نداده‌اند. از آنجا که عوامل روانی - اجتماعی نظیر سن، سطح اجتماعی اقتصادی و درآمد خانواده، شغل، میزان تحصیلات، نوبت زایمان، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، سابقه‌ی سقط جنین و یا مرگ فرزند در گذشته و وضعیت زناشویی و نظایر آن بدون شک یک نقش اساسی در تعیین سطح تجربیات عاطفی زن در طول بارداری، اضطراب و سلامت روان او بازی می‌کند، رابطه‌ی هر کدام از این عوامل با سطح اضطراب و سلامت روان زنان باردار در سه ماهه‌ی اول، دوم و سوم ارزیابی می‌شود. عوامل روانی اجتماعی یاد شده به شیوه‌های مختلفی بهداشت روان زن باردار را متاثر می‌سازند. زنان باردار کم‌سن که هنوز به

ماسون^۱ و هی^۲، ۲۰۰۴؛ هایزینک^۳، روبلس دی مدینا^۴، مودر^۵، ویزر^۶ و بوئیستلار^۷، ۲۰۰۰). با وجود این شواهد زیادی در مورد بروز آشفتگی روانی در دوره‌ی قبل از تولد به اندازه‌ی دوره‌ی بعد از تولد و یا شدیدتر از آن وجود دارد (جومین^۸ و مارتین^۹، ۲۰۰۵). علیرغم توجه فراوان به پی آمدهای فیزیولوژیک بارداری، عنایت شایسته‌ای به شرایط روان شناختی و عاطفی دوران بارداری نشده است (سولچانی^{۱۰}، ۲۰۰۳). پژوهشگران بسیاری دوران بارداری را به عنوان یک دوره تغییر شدید عاطفی، بحران روانی زیستی اجتماعی، بروز استرس و انواع بیماری در نظر گرفته‌اند (روف^{۱۱}، بلایتنر^{۱۲} و لوین^{۱۳}، ۱۹۹۳). این تغییرات در یک بارداری طبیعی می‌تواند به اندازه‌ی کافی چالش برانگیز باشد، تا حدی که زنان باردار با مشکلات قابل توجهی نظیر افسردگی، آشفتگی روحی، خشونت خانوادگی، انزوای مشکلات دیگر مربوط به سلامت روان مواجه می‌گردند (هایزینک و همکاران^{۱۴}، ۲۰۰۰). از آنجایی که جنین در رحم مادر رشد می‌کند، دگرگونیهای عاطفی و روانی و بویژه اختلالات روانی مادر می‌تواند روی جنین اثر داشته باشد. با توجه به این واقعیت که حدود ۹۰ درصد زنان حداقل یک بار در زندگی باردار می‌شوند (سولچانی^{۱۵}، ۲۰۰۳) به نظری می‌رسد بررسی تغییرات روانی در طول دوران بارداری ضروری است. با وجود این طی سالهای متمادی، توجه اغلب پژوهشگران بر تغییرات حاصل در روابط بین فردی زنان پس از زایمان و سلامت جسمی مادر و کودک متمرکز بوده است تا بررسی وضعیت روانی آنان در طول دوران بارداری (هایزینک و همکاران^{۱۶}، ۲۰۰۰).

روشن شدن وضعیت سلامت روان زنان در دوره‌ی بارداری و عوامل مرتبط با آن می‌تواند برای متخصصان سلامت روان، متخصصان زنان و زایمان، ماماها و دیگر افرادی که به لحاظ حرفه‌ای با زنان در خلال بارداری و پس از آن سروکار دارند، مفید باشد (جومین و مارتین^{۱۷}، ۲۰۰۵). در همین راستا پژوهش‌های اندکی که در زمینه‌ی تغییرات روانی در طول بارداری صورت گرفته، بیشتر بر وجود نشانه‌های افسردگی و تا حدی اضطراب متمرکز شده است، و کمتر مطالعه‌ای ابعاد

- 1 - Masson, E.A
- 2 - Hay, D.M.
- 3 - Huizink, A.C
- 4 - Robles de medina, P
- 5 - Muder, E.J
- 6 - Visser, G.H.A
- 7 - Buistelaar, J
- 8 - Jomeen, J.
- 9 - Martin, C.R.
- 10 - Solchany, J.E.
- 11 - Rofe, Y
- 12 - Blitner, M
- 13 - lewin, I



است. اما در پژوهش نیاز^۷، ازهار^۸ و بهاتی^۹ (۲۰۰۴) در دوره‌های سه ماهه ی بارداری از نظر سطح اضطراب و افسردگی تفاوت معناداری مشاهده نشد. رابطه ی اضطراب و افسردگی دوره ی بارداری با سن مادر در پژوهش هایی نظیر پژوهش گلزیر و همکاران (۲۰۰۴)، گرین و همکاران (۲۰۰۳) و داکوستا^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۰) منفی و معنادار بود. اما در پژوهش اسمیت^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۴)، روف، بلاپتتر و لوین (۱۹۹۳)، استاتهام^{۱۲}، گرین و کافتسیوس^{۱۳} (۱۹۹۷)، ریزاردو^{۱۴} و همکاران (۱۹۹۸)، پوند^{۱۵} و کمپ^{۱۶} (۱۹۹۲)، و جوزفسون^{۱۷} و همکاران (۲۰۰۱) هیچ رابطه ی معناداری در این زمینه به دست نیامد. نتایج پژوهش هایی نظیر پژوهش مارکوس و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که زنان باردار شاغل سلامت روان بالاتری را در مقایسه با گروه شاهد تجربه می کنند؛ اما در پژوهش گلزیر و همکاران (۲۰۰۴) و استاتهام، گرین و کافتسیوس (۱۹۹۷) هیچ رابطه ی معناداری در این زمینه به دست نیامد. یافته های پژوهش های اسمیت و همکاران (۲۰۰۴)، روف، بلاپتتر و لوین (۱۹۹۳)، رینی^{۱۸} و همکاران (۱۹۹۹) و گلزیر و همکاران (۲۰۰۴) حاکی از آن است که زنان برخوردار از سطح اجتماعی - اقتصادی بالا اضطراب کمتری را تجربه می کنند؛ در حالیکه پژوهش هاوکینز^{۱۹}، دی پیترو^{۲۰} و کوستیگان^{۲۱} (۱۹۹۹) بیانگر آن است که زنان برخوردار از سطح اجتماعی اقتصادی پایین، اضطراب کمتری داشتند. زنان اول زا در پژوهش های روف، لوین و پاده^{۲۲} (۱۹۸۱)، رینی و همکاران (۱۹۹۹) و روف، بلاپتتر و لوین (۱۹۹۳) اضطراب کمتری داشتند، اما در پژوهش هایزینک و همکاران (۲۰۰۰) اضطراب بارداری بیشتری داشتند. در پژوهش های نیاز، ازهار و بهاتی (۲۰۰۴)، کانالز^{۲۳} و همکاران (۲۰۰۲)، اسمیت و همکاران (۲۰۰۴) و ریزاردو و همکاران (۱۹۹۸) نیز هیچ رابطه ی معناداری در این زمینه به دست نیامد.

رابطه ی تحصیلات با تجارب منفی سلامت روان نظیر

بلوغ شناختی نرسیده اند، قادر به پذیرش مسئولیت فرد دیگر نیستند که این امر موجب بروز احساسات دوگانه نسبت به کودک متولد نشده و تجربه ی اضطراب و آشفتگی روحی در آنان خواهد شد (گلزیر و همکاران، ۲۰۰۴). تحصیلات بالا مهارت های عاطفی، شناختی و عقلانی را جهت مواجهه با مشکلات و تغییرات زندگی افزایش می دهد و باعث کاهش خطر بیماری های روانی نظیر اضطراب و افسردگی در موقعیت های مختلف زندگی می گردد (گلزیر و همکاران، ۲۰۰۴؛ گرین و همکاران، ۲۰۰۳). عوامل محیطی فشار زان نظیر حوادث شدید زندگی و مشکلات روان شناختی مزمن مانند اضطراب و افسردگی در بین افرادی که در طبقات اجتماعی اقتصادی پایین زندگی می کنند، بیشتر و دسترس آنها به یک شبکه اجتماعی حمایتی کمتر است (رومنز و سیمن، ۲۰۰۶). از مشکلاتی که ممکن است در نتیجه ی بارداری در برنامه ی شغلی زنان باردار شاغل پیش آید می توان به عنوان عامل موثر در کاهش سلامت روان این قشر یاد نمود (تینکر^۲، ۲۰۰۰). همچنین به نظر می رسد به دلیل باز فعال سازی سوگ و اندوه گذشته در نتیجه ی بارداری مجدد، مشکلات سلامت روان در زنانی که سابقه ی سقط جنین و یا مرگ نوزاد را داشته اند، بیشتر باشد (هوگز^۴ و همکاران، ۱۹۹۹). از سوی دیگر، یکی از مهمترین عوامل موثر در سازگاری زن باردار با فشارهای روانی این دوره، حمایت عاطفی همسر و امن بودن محیط زناشویی است. رابطه ی زناشویی ضعیف باعث می شود زنان در تلاش برای ایفای همزمان دو نقش مادری و همسری فشار زیادی را تحمل کنند. چرا که در موقعیتهای پر فشار فرد به حمایت بیشتر اطرافیان و به خصوص همسر برای کاهش فشار نیاز دارد. سست بودن روابط زن و شوهر در خانواده، فقدان دلبستگی به محیط خانواده و به طور کلی اختلال در روابط زناشویی می تواند باعث انزجار و تنفر از بارداری و به دنبال آن کاهش سلامت روان زن باردار گردد (برنامه سلامت روان تولید مثل، انگلیس - کلمبیا، ۲۰۰۳).

در پژوهش های یاد شده نتایج متناقضی در زمینه سطح اضطراب و افسردگی در دوره بارداری و تاثیر عوامل مختلف روانی اجتماعی بر آن مشاهده می شود. در پژوهش کومار^۵ و رابسون^۶ (۱۹۸۴) بالاترین شیوع اختلال های عاطفی در بین زنان باردار در هفته ی دوازدهم حاملگی (سه ماهه ی اول) بوده

7 - Niaz, S.
8 - Izhar, N.
9 - Bhatti, M.R.
10 - Da Costa, D
11 - Smith, M.V
12 - Statham, H.
13 - Kafetsios, K
14 - Rizzardo, R.
15 - Pond, E.F.
16 - Kemp, V.H.
17 - Josefsson, A
18 - Rini, C.
19 - Hawkins, M.
20 - Dipietro, J.
21 - Costigan, K.
22 - padeh, B.
23 - Canals, J.

1 - Glazier, R.H.
2 - Green, J.M.,
3 - Tinker, A
4 - Hughes, P
5 - Kumar, R
6 - Robson, K.M.



نسخه ۲۸ سالی پرسشنامه استفاده شد. این نسخه برای تمام افراد جامعه طراحی شده و دارای چهار خرده مقیاس است که هر کدام ۷ سؤال دارد.

مقیاس A یا نشانگان بدنی شامل مواردی درباره‌ی احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست. مقیاس B یا اضطراب و بی خوابی شامل مواردی است که با اضطراب و بی خوابی ارتباط دارند. خرده مقیاس C یا نارسا کنش وری اجتماعی گستره‌ی توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آنها را در باره‌ی موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند و بالاخره خرده مقیاس D یا افسردگی، در برگیرنده‌ی موادی است که با افسردگی و خیم و گرایش مشخص فرد به خودکشی ارتباط دارند.

نمره گذاری پرسشنامه‌ی سلامت عمومی به دو صورت متداول است: روش نمره گذاری سنتی گلدبرگ به صورت (۰-۱-۱) و روش دیگر که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، نمره گذاری لیکرت است که به صورت ۰-۱-۲-۳ است؛ یعنی گزینه‌ی الف نمره‌ی صفر، ب نمره‌ی یک، ج نمره‌ی دو و د نمره‌ی سه می‌گیرد.

حداکثر نمره‌ی آزمودنی با این روش ۸۴ خواهد بود. تاکنون بیش از ۷۰ مطالعه درباره‌ی روایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی در نقاط مختلف دنیا انجام شده است (بافنده قرا ملکی، ۱۳۷۹). همچنین به منظور برآورد روایی پرسشنامه سلامت عمومی، این پژوهش‌ها فرا تحلیل شده است که نتایج نشان می‌دهند متوسط حساسیت پرسشنامه‌ی برابر با ۰/۸۴ (بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹) و متوسط ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ (بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵) است (بافنده قرا ملکی، ۱۳۷۹). همچنین این پرسشنامه بر اساس روش لیکرت توسط هومن (۱۳۷۶) در دانشگاه تربیت معلم استاندارد شده است که ضریب همابستگی درونی مربوط به نمرات خام و استاندارد شده بر مبنای فرمول آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳ برآورده شده است. تقوی (۱۳۸۰) نیز پایایی پرسشنامه مذکور را از سه روش دو باره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷، ۰/۹۳ و ۰/۹ گزارش کرده است.

پرسشنامه‌ی وضعیت زناشویی گلوبوگ - راست (گریمس) در این پژوهش جهت بررسی عامل جمعیت شناختی رضایت زناشویی از پرسشنامه‌ی وضعیت زناشویی گلوبوگ - راست (۱۹۸۸) استفاده شد. این پرسشنامه که کیفیت‌های

اضطراب و افسردگی در پژوهش رینی و همکاران (۱۹۹۹)، گلزیر و همکاران (۲۰۰۴)، گرین و همکاران (۲۰۰۳) و مارکوس و همکاران (۲۰۰۳) معنادار و منفی بود. اما در پژوهش استاتهام، گرین و کافتسیوس (۱۹۹۷) و نیاز، ازهار و بهاتی (۲۰۰۴) این تفاوت معنادار نبود.

با توجه به تناقض نتایج پژوهش‌های خارجی در زمینه‌ی سلامت روان زنان باردار، همچنین عدم وجود پژوهش در این زمینه در ایران، انجام پژوهش حاضر و روشن کردن ابعاد مختلف موضوع و عوامل مرتبط با آن می‌تواند سطح دانش پایه ما را از سلامت روان زنان باردار در هر یک از دوره‌های سه ماهه، اول، دوم و سوم ارتقاء بخشد. از سوی دیگر این پژوهش با بررسی همزمان اثر قرار گرفتن فرد در دوره‌های مختلف بارداری و تجربه عوامل روانی اجتماعی، در صدد است که اثر هر کدام را به صورت جداگانه بررسی نماید.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر در برگیرنده‌ی تمامی زنان باردار شهر رشت بوده است که از مرداد ماه تا آذر ماه سال ۱۳۸۴ به مراکز مراقبت‌های پیش از تولد رشت مراجعه نموده‌اند. حجم گروه نمونه در مطالعات همبستگی دست کم صد نفر است (هومن، ۱۳۸۰). از آنجاکه در این پژوهش دوره سه ماهه‌ی بارداری نیز نقش داشت و گروه نمونه شامل هر سه دوره می‌شد، جهت اطمینان بیشتر تعداد صد نفر برای هر دوره سه ماهه و مجموعاً حدود ۳۰۰ نفر به عنوان مبنای گروه نمونه در نظر گرفته شد. پس از بررسی پاسخها، کلیه آزمودنی‌هایی که دارای سابقه‌ی مراجعه به روانپزشک یا روان شناس برای دریافت مداخلات داروئی و غیر داروئی بودند و یا به دلیل بارداری شغل خود را رها کرده بودند از مطالعه کنار گذاشته شدند. بنابراین در نمونه نهائی ۲۸۶ نفر آزمودنی مورد مطالعه قرار گرفتند. از این تعداد ۱۰۲ نفر در سه ماهه اول، ۷۲ نفر در سه ماهه دوم و ۱۱۳ نفر در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند. میانگین سنی آزمودنیها ۲۵/۷ سال $sd = 4/7$ و دامنه سنی ۱۷-۳۹ سال) بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28)

مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پژوهش از



نتایج

جدول شماره (۱) شاخص‌های آماری، میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌ها را بر حسب میزان سلامت روان و مؤلفه‌های مختلف آن در سه دوره سه ماهه بارداری نشان می‌دهد.

جدول (۱): شاخصهای آماری مربوط به پرسشنامه‌ی سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن به تفکیک دوره‌های مختلف بارداری

مقیاس	گروه شاخص	یک تا سه ماهگی		چهار تا شش ماهگی		هفت تا نه ماهگی	
		sd	M	sd	M	sd	M
نشانیگان بدنی	۶/۵۲	۴/۲۴	۳/۶	۳/۰۵	۵/۸۶	۴/۳۲	
اضطراب	۵/۱۳	۳/۳۵	۲/۷۳	۳	۶/۷۰	۴/۲	
نارساکنشوری اجتماعی	۷/۶۵	۲/۷۸	۶/۰۴	۱/۷۹	۶/۷۳	۲/۶۶	
افسردگی	۲/۸۴	۲/۷۵	۰/۳۲	۰/۶۷	۲/۶۴	۳/۳	
سلامت عمومی	۲۲/۴۱	۱۰/۶۷	۱۲/۷	۷/۵۳	۲۱/۹۵	۱۱/۷۷	

برای تحلیل داده‌ها و پاسخ به سوالهای پژوهش، ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه میزان سلامت روان زنان در دوره‌های سه ماهه ی بارداری و سطوح مختلف اجتماعی اقتصادی مورد بررسی قرار گرفت. خلاصه نتایج این آزمونها نشان داد که میزان سلامت روان زنان باردار و خرده مقیاسهای آن به جز خرده مقیاس نارساکنش وری اجتماعی در سه ماهه ی اول و سوم از سه ماهه ی دوم کمتر است و این تفاوت از نظر آماری معنادار است ($F=21/86$ و $P<0/001$ و $df=285$). همچنین میزان سلامت روان در دوره بارداری در گروه بالای اجتماعی به طور معناداری از گروه متوسط و پایین بیشتر است ($F=25/099$ و $P=0/000$ و $df=285$). از سوی دیگر نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که میان سلامت روان دوره بارداری با رضایت زناشویی و میزان تحصیلات همبستگی مثبت و معنادار (به ترتیب $r=0/595$ و $P=0/000$ و $r=0/21$ و $P=0/000$) وجود دارد. همچنین بررسی نتایج آزمونهای t نتایج زیر را در برداشت: افرادی که بارداری ناخواسته را تجربه می‌کنند، به طور معناداری سلامت روان پایین تری دارند ($t=3/35$ و $P=0/001$ و $df=284$). زنان باردار شاغل به طور معناداری از سلامت روان پایینی برخوردار هستند ($t=2/02$ و $P=0/044$ و $df=284$). مادرانی که بارداری چندم را تجربه می‌کنند، به طور معناداری سلامت روان پایین تری از مادران اول زادارند. ($t=3/71$ و $P=0/000$ و $df=284$). همچنین هر چند

جامعی از روابط یک زوج به دست می‌دهد، داری ۲۸ ماده است و در مقابل هر جمله ۴ گزینه مخالف، کاملاً مخالف، موافق، کاملاً موافق قرار داد.

گزینه‌ها بین صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شوند و بنابراین نمره ی کل بین صفر تا ۸۴ می‌تواند باشد. نمره ی بالا نشانه وخیم تر بودن وضعیت زناشویی است. عقاید، نگرش‌ها و احساساتی که توسط پرسشنامه ی وضعیت زناشویی

گلوبوک - راست سنجیده می‌شود عبارتند از:

علاقه مشترک؛ ارتباط‌ها؛ گرمی، عشق و بروز خصومت؛ اعتماد و احترام؛ انتظار نقشها و اهداف؛ تصمیم گیری؛ مقابله با مشکلات و بحران‌ها؛ وابستگی - عدم وابستگی؛ حل تعارض.

راست و همکاران (۱۹۹۰) بیان می‌دارند که با توجه به ویژگی پرسشنامه ی وضعیت زناشویی گلوبوک - راست، روایی محتوای آن بالا است. همچنین روایی

تشخیص این پرسشنامه از طریق مقایسه ی میانگین نمرات آن با تشخیص‌های داده شده به وسیله ی درمانگرها در کلینیک‌های زناشویی بدست آمده است. همبستگی بالای نمرات گرمس با تشخیص‌های درمانگران حاکی از روایی تشخیصی بالای پرسشنامه است. برای بدست آوردن پایایی پرسشنامه از روشهای مختلفی استفاده شده است.

راست و همکاران (۱۹۹۰) آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برای زنان و ۰/۸۵ برای مردان گزارش نموده‌اند. ضریب پایایی باز آزمایی در یک دوره ی ۱۲ ماهه ۰/۸۰ بوده است. همچنین راست و همکاران (۱۹۹۰) از طریق همسانی درونی و روش دو نیمه کردن، پایایی آزمون راسنجیدند. همسانی درونی مقیاس بین ۰/۹۵ برای زن‌ها و ۰/۹۲ برای مردها گزارش شد. پایایی دو نیمه کردن نیز بین ۰/۶۵ برای زنان و ۰/۹۴ برای مردها بود.

پرسشنامه ی اطلاعات فردی

این پرسشنامه که دارای ۱۵ سوال است در برگزیده ی اطلاعاتی در زمینه ی ماه بارداری، سن مادر، شغل مادر و شغل همسر، میزان تحصیلات مادر و همسر، میزان درآمد خانواده، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، و سابقه ی سقط جنین می‌باشد. قابل ذکر است میزان درآمد خانواده، تحصیلات فرد و همسر او و شغل فرد و همسرش برای سنجش سطح اجتماعی اقتصادی فرد مورد استفاده قرار گرفته است.



همزمان سه ماهه ی بارداری و متغیرهای روانی اجتماعی توسط رگرسیون چندمتغیره سنجیده شد، تفاوت سلامت روان در دوره های سه ماهه ی بارداری معناداری خود را از دست داد و تنها متغیرهای سطح اجتماعی اقتصادی، شغل، تحصیلات و رضایت زناشویی توانستند تبیین کننده تغییرات سلامت روان در دوره ی بارداری باشند. این یافته براهمیت فوق العاده ی متغیرهای روانی اجتماعی در ارتباط با سلامت روان دوره ی بارداری صحه می گذارد، زیرا وجود این شرایط تا آنجا بر سلامت روان زن باردار اثر می گذارد که می تواند سبب تعدیل تغییرات عاطفی مورد انتظار این دوره تا حد عدم معناداری تفاوت در سلامت روانی دوره های مختلف بارداری گردد.

با در نظر گرفتن این یافته ها می توان نتیجه گرفت که هرچند با توجه به شواهد یادشده تغییراتی به صورت افزایش، کاهش و سپس افزایش دوباره ی نشانه های اختلال سلامت روان در سه دوره سه ماهه ی بارداری مورد انتظار است، اما قرار داشتن در سطوح بالای اجتماعی اقتصادی، نداشتن اضطراب در مورد از دست دادن شغل و تحصیلات و رضایت زناشویی بالا نقش معنار دار و بسیار مهمتری در تبیین تفاوت سلامت روان دوره ی بارداری ایفا می کند تا قرار داشتن در یک دوره خاص بارداری. این نتیجه بیانگر این موضوع است که قرار داشتن در دوره های مختلف بارداری به طور مستقیم اثر معناداری بر سلامت روانی زن در دوره ی بارداری ندارد و تفاوت سلامت روان در هر دوره سه ماهه با دو دوره دیگر به واسطه ی متغیرهای روانی اجتماعی ایجاد می شود.

در بررسی همسویی و ناهمسویی این پژوهش با سایر پژوهش ها ذکر این نکته ضروری است که (در حد بررسی های پژوهشگر) هیچ کدام از پژوهش های پیشین اثر همزمان دوره های مختلف بارداری را با عوامل روانی اجتماعی بر سلامت روان مورد توجه قرار نداده اند. بعضی از این پژوهش ها صرفاً به بررسی تجارب عاطفی زن باردار و مقایسه ی آن در دوره های مختلف حاملگی پرداخته اند و عوامل روانی اجتماعی را نادیده گرفته و یا همچون بخش اول یافته های این پژوهش هر کدام از این دو مورد را به طور جداگانه آزموده و اثر همزمان آنها را نادیده گرفته اند (روف، بلایتنر و لوین، ۱۹۹۳؛ نیاز، ازهار و بهاتی، ۲۰۰۴). دیگر پژوهشها (برای مثال، کوئین لیوان و همکاران، ۲۰۰۴؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۴؛ گلزیر و همکاران، ۲۰۰۴) اثر یک یا چند عامل روانی اجتماعی را بر سلامت روان دوره ی بارداری مورد توجه قرار داده و اثر قرار

میانگین نمره ی سلامت روان زنان باردار دارای سابقه ی سقط جنین بیشتر از زنان بدون سابقه سقط جنین است اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست ($t = ۰/۷۴۹$ و $P = ۰/۴۵۴$ و $df = ۲۸۴$).

در مرحله بعد برای تعیین سهم هر کدام از متغیرهای فوق در پیش بینی سلامت روان دوره های سه ماهه ی بارداری، سن، سطح اجتماعی اقتصادی، خواسته - ناخواسته بودن بارداری، شغل، چندم زایی و رضایت زناشویی به عنوان متغیرهای پیش بینی و سلامت روان به عنوان متغیر ملاک وارد تحلیل رگرسیون گام به گام شدند که نتایج آن در جدول شماره (۲) ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام سلامت روان دوره بارداری بر مبنای متغیرهای پیش بین روانی- اجتماعی

متغیر	مدلهای پیش بینی	متغیرهای پیش بین	B	Beta	R	R ²	P
سلامت روان	۱	رضایت زناشویی	۰/۶۱۸	۰/۵۹۱	۰/۵۹۱	۰/۳۵	۰/۰۰۰
	۲	رضایت زناشویی	۰/۵۶۴	۰/۵۴	۰/۶۱۴	۰/۳۷۷	۰/۰۰۰
		سطح اجتماعی اقتصادی	-۲/۷۹	-۰/۱۷۵			۰/۰۰۱
سلامت روان	۳	رضایت زناشویی	۰/۵۴۴	۰/۵۲	۰/۶۴	۰/۴۱	۰/۰۰۰
		سطح اجتماعی اقتصادی	-۳/۹۵	۰/۸۹			۰/۰۰۰
		شاغل بودن	۴/۷۷	-۰/۳۲			۰/۰۰۰

ضرایب بتای به دست آمده در جدول با توجه به سطح معناداری نشان می دهد که به ترتیب اولویت تغییر یک واحد در متغیرهای رضایت زناشویی، سطح اجتماعی اقتصادی و شاغل بودن به عنوان متغیرهای پیش بین اثر شدیدی بر متغیر ملاک یعنی سلامت روان دوره ی بارداری می گذارد.

در این تحلیل متغیرهای سه ماهه ی بارداری، میزان تحصیلات، ناخواسته بودن بارداری و چندم زایی نتوانستند به طور معناداری سلامت روان دوره ی بارداری را پیش بینی کنند و از تحلیل رگرسیون خارج شدند.

بحث و نتیجه گیری

تحلیل داده های پژوهش نشان داد که میزان سلامت روان و مولفه های آن یعنی نشانگان بدنی، اضطراب و بی خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی در سه دوره ی سه ماهه ی بارداری به طور معناداری متفاوت بود. اما پس از آن که اثر



بررسی تطبیقی سلامت روان زنان و عوامل ...

لاله بابانظری، سید موسی کافی

پژوهش‌های اسمیت و همکاران (۲۰۰۴)، روف، بلایتنر و لوین (۱۹۹۳) و گلزیر و همکاران (۲۰۰۴) همسواست و نشان می‌دهد که فقر و محرومیت پیش‌بینی‌کنندگان قاطع سلامت روان ضعیف در دوره‌ی بارداری هستند. فشارزاهای محیطی نظیر حوادث شدید زندگی و مشکلات روان‌شناختی مزمن مانند اضطراب و افسردگی در میان افرادی که در طبقات اجتماعی اقتصادی پایین زندگی می‌کنند، بیشتر و دسترسی آنها به یک شبکه اجتماعی حمایتی کمتر است (رومنز و سیمن، ۲۰۰۶). از سوی دیگر برخورداری از حداقل شرایط زندگی برای تولید مثل طبیعی و بر آوردن نیازهای دوران بارداری و بدنبال آن بر آوردن نیازهای اولیه کودک امری اجتناب‌ناپذیر است، و در صورتی که این شرایط تأمین نگردد، ترس از حضور فرد جدید و مخارج احتمالی وی می‌تواند همه‌گونه اختلاف و حتی از هم‌گسختگی را سبب شود که پی‌آمد آن می‌تواند موجب تشدید اضطرابهای مادر و وخامت سلامت روان وی شود.

سومین عامل پیش‌بین سلامت روان زنان باردار، شغل آنان بود که زنان شاغل به‌طور معناداری سلامت روان پایین‌تری را در این دوره داشتند. این نتایج با نتایج پژوهش هاوکینز، دی‌پیترو و کوستیگان (۱۹۹۹) هماهنگ است اما با نتایج پژوهش‌های گلزیر و همکاران (۲۰۰۴) که رابطه‌ی معناداری در این زمینه به دست نیاوردند و پژوهش مارکوس و همکاران (۲۰۰۳) که در آن میزان افسردگی در زنان غیر شاغل بیشتر بود ناهمسو است.

در توجیه این یافته می‌توان به مشکلاتی که ممکن است در اثر بارداری در برنامه‌ی شغلی زنان باردار شاغل پیش‌آید و نگرانی آنها در مورد آینده‌ی شغلی، اشاره نمود. از آنجا که بارداری ممکن است موجب از دست دادن شغل زنان باردار حداقل برای مدتی شود، شاغل بودن می‌تواند از عوامل جمعیت‌شناختی کاهنده‌ی سلامت روان در این دوره باشد. تینکر (۲۰۰۰) نیز از عوامل مزاحم برنامه‌ی شغلی زنان شاغل به‌عنوان کاهندگان سلامت روان این قشر یاد نموده است.

از سوی دیگر همسو با این نتایج پژوهشگرانی چون مک‌براید^۸ (۱۹۹۰) و راسو^۹ (۱۹۹۰) نیز اظهار داشته‌اند که همزمان با افزایش نقش‌های چندگانه‌ای که زنان ایفا می‌کنند، میزان کلی استرس‌های تجربه شده نیز بالا می‌رود و در نتیجه اشتغال مادران می‌تواند به‌طور بالقوه به افزایش تیدگی در آنان منجر شود. اشتغال از طریق ایجاد تعارض بین الزام‌ها و

داشتن در دوره‌های مختلف بارداری را نادیده گرفته‌اند. رضایت زناشویی قوی‌ترین متغیر پیش‌بین سلامت روان در دوره‌ی بارداری بود. یعنی هر چه میزان رضایت زناشویی بالاتر باشد، میزان سلامت روان دوره حاملگی نیز بیشتر است. این رابطه، نقش بسیار موثر همسر، در تعدیل و یا وخامت سلامت روان دوره‌ی بارداری را تأیید می‌کند. این نتایج که بان‌تایچ پژوهش‌های گلزیر و همکاران (۲۰۰۴)، یوهانسون^۱ و همکاران (۲۰۰۰)، رس^۲ و همکاران (۲۰۰۴) و دیمتروفسکی^۳ و همکاران (۲۰۰۲) هماهنگ است، نشان می‌دهد که در زمان حاملگی نقش همسر بسیار مهم و حیاتی است. رابطه استرس آور و یا مورد آزار قرارگرفتن توسط همسر، می‌تواند موجب افزایش خطر برای سلامت روان زن در طی حاملگی شود (رومنز و سیمن، ۲۰۰۶). یک رابطه‌ی زناشویی سازگارانه کمک می‌کند والدین جدید با نیازهای کودک و تغییر بافت خانواده سازگار شوند. در مقابل یک رابطه‌ی زناشویی ضعیف با ثبات‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده‌ی اضطراب و افسردگی و دیگر مسایل سلامت روان در دوره‌ی حاملگی است (اهارا^۴، نیونبر^۵ و زکوسکی^۶، ۱۹۸۴) به نقل از برنامه سلامت روان تولید مثلی بریتیش - کلمبیا^۷، (۲۰۰۳). رابطه‌ی زناشویی ضعیف باعث می‌شود زنان در تلاش برای اداره‌ی هم‌نقش مادری و هم‌نقش زناشویی استرس زیادی تحمل کنند. بنابراین یکی از مهمترین عوامل موثر در سازگاری زن با فشارهای روانی این دوران حمایت عاطفی همسر و امن بودن محیط زناشویی است. چراکه در موقعیت فشارزا فرد به حمایت بیشتر اطرافیان و به خصوص همسر جهت کاهش استرس نیاز دارد. سست بودن روابط زن و شوهر در خانواده، فقدان دل‌بستگی به محیط خانواده و به‌طور کلی اختلال در روابط زناشویی می‌تواند باعث انزجار و تنفراز حاملگی و به دنبال آن کاهش سلامت روان زن باردار گردد (برنامه سلامت روان تولید مثلی انگلیس - کلمبیا، ۲۰۰۳).

دومین عامل پیش‌بین سلامت روان دوره بارداری شرایط اجتماعی اقتصادی بود و میزان سلامت روان در دوره حاملگی در گروه برخوردار از سطح اقتصادی - اجتماعی بالا به‌طور معناداری از گروه متوسط و پایین بیشتر بود. این نتایج با نتایج

- 1- Johanson, R.
- 2 - Rees, W.D
- 3 - Dimitrovsky, L
- 4 - O'Hara, M.W
- 5 - Neunaber, D
- 6 - Zekoski, E.M
- 7 - British Columbia Reproductive care program

8 - McBride, A. B.

9 - Russo, N



British Columbia Reproductive care program. (2003). Mental Illness During the perinatal: principles & Framework. online: <http://www.rcp.gov.bc.ca.htm>.

Canals, J., Griselda, E. Fernandez-Ballart, J.D. (2002). How anxiety levels during pregnancy are linked to personality dimensions and sociodemographic factors. *Personality & Individual Differences*, 33:253-259.

Currid, T. J., (2004). Improving prenatal mental health care. *Nursing standard*, 19(3):40-43.

Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, 59: 31-40.

Dimitrovsky, L., Levy-shiff, R. & Schattner-Zanany, I. (2002). Dimension of depression & perfectionism in pregnant & non pregnant women: their levels & interrelationships & their relationships to marital satisfaction. *The Journal Of Psychology*, 136(6):631-646.

Glazier, R.H., Elgar, F.J. Goed, V. & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support & emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of psychosomatic obstetric Gynecology*, 25: 247-255.

Green, J.M., Kafetsios, k., statham, H.E. & Snowden, C.M. (2003). Factor Structure, Validity and Reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *Journal of health psychology*, 8(6):753-764.

Hawkins, M., Dipietro, J., Costigan, K. (1999). Social class Differences in Maternal stress Appraisal during pregnancy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 439-441.

Huizink, A.C., Robles de medina, P. Muder, E.J.H. Visser, G.H.A & Buistelaar, J. (2000). Is pregnancy anxiety a relatively distinctive syndrom? Submitted. Online: <http://www.Early Human Development.htm>.

Hughes, P. Hopper. P., Turton. E. (1999). Stillbirth as risk factor for depression & anxiety in the subsequent pregnancy cohort study. *British Medical Journal*, 318: 1721-1724.

Johanson, R., Chapman, G., Murray, D., Johanson, I. & Cox, J. (2000). The North staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 21: 93-97.

مقتضیات شغلی و دلواپسی‌ها و نگرانی‌های مربوط به مسایل درون خانواده و مراقبت از بچه منجر به فرسایش وضعیت روانی و جسمانی مادر می‌شود. در همین راستا هاوکینز، دی پیتر و کوستیگان (۱۹۹۹) گستردگی نقش را موجب افزایش برانگیختگی استرس در دوره ی بارداری دانسته‌اند.

در تحلیل رگرسیون گام به گام رابطه ای بین سلامت روان زنان باردار با سن، تحصیلات، خواسته و ناخواسته بودن بارداری، سابقه ی سقط جنین و اول زایا چندم زابودن به دست نیامد. این یافته‌ها بیانگر این مطلب است که به نظر نمی‌رسد سن و تحصیلات پایین، بارداری‌های ناخواسته، سابقه ی سقط و اول زایا چندم زابودن به خودی خود سبب تجربه ی مسائل منفی سلامت روان شود. بلکه سایر مسائل روانی اجتماعی چون رضایت زناشویی ضعیف، قرار داشتن در سطوح اجتماعی اقتصادی پایین تر و نگرانی در مورد آینده ی شغلی می‌تواند در ایجاد تفاوت در میزان سلامت روان زنان اثر گذار باشد.

البته قابل ذکر است که به دلیل غیرقانونی بودن سقط اختیاری در کشور ما و موضع گیری احتمالی آزمودنی‌ها، در پژوهش کنونی علت سقط یا سقط‌های قبلی مورد پرسش قرار نگرفته و ارادی یا غیرارادی بودن آن مشخص نشده است و شاید یکی از دلایل عدم وجود تفاوت در زمینه ی سلامت روان بین زنان دارای سابقه ی سقط جنین با دیگران این امر باشد چرا که به صورت منطقی انتظار نمی‌رود زنانی که با اراده ی خود اقدام به سقط جنین نموده‌اند، در حاملگی‌های بعدی نشانه‌های وخامت سلامت روان را تجربه نمایند، بنابر این پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سلامت روان دوره بارداری، و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و سقط جنین مورد مطالعه قرار گیرد.

منابع

بافنده قراملکی، حسن (۱۳۷۹). مقایسه سلامت عمومی نوجوانان ناشنوا و شنوا. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. دانشگاه تهران.

دیساتنو، رابین (۱۹۹۱). روان شناسی سلامت. ترجمه ی محمد کاویانی (۱۳۷۸) تهران: انتشارات سمت.

هومن، عباس (۱۳۷۶). استانداردسازی پرسشنامه ی سلامت عمومی در میان دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تربیت معلم تهران. پژوهش معاونت امور دانشجویی، مرکز مشاوره ی دانشگاه تربیت معلم تهران.

هومن، حیدرعلی (۱۳۸۰). تحلیل داده‌های چند متغیری در علوم رفتاری. تهران: انتشارات پارسا.



- Jomeen, J. Martin, C.R.** (2005). Self-esteem & mental health during early pregnancy. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9: 92-95.
- Josefsson, A. Berg, G. Nordin, C. Sydsjo, G.** (2001). Prevalence of depressive symptom in late pregnancy & postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80: 251-255.
- Kumar, R & Robson, K.M.** (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of psychiatry*, 144: 35-47.
- Marcus, S.M., Flynn, H.A., Blow, F.C. & Barry, K.L.** (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics setting. *Journal of women's Health*, 12(4): 373-380.
- Mcbride, A. B.** (1990). Mental health effects of women's multiple roles. *Journal of American psychologist*, 45:381-384.
- Niaz, S., Izhar, N & Bhatti, M.R.** (2004). Anxiety & Depression in pregnant women presenting in the OPD of a teaching Hospital. *Pakistan Journal of medical science*, 20(2):117-119.
- Pond, E.F. & Kemp, V.H.** (1992). A comparison between adolescent & adult women on prenatal anxiety and self-confidence. *Maternal child Nursing Journal*, 20: 11-20.
- Quinlivan, J.A, Tan, L.H. Steele, A. & Black, k.** (2004). Impact of demographic factors, early family realationship and depressive symptomology in teenage pregnancy. *Australian & New Zealand Journal of psychiatry*, 38:197-203.
- Rees, W.D. & Lutkins, S.L.** (1971). Parental depression before and after childbirth. An assessment with the Beck Depression Inventory. *Journal of Royal College General Practitioners*, 21:26-31.
- Rini, C. Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P.O., & Sandman, C.A.** (1999). Psychological Adaption & Birth outcomes: the Role of Personal Resources, stress & sociocultural context in Pregnancy. *Health psychology*, 18(4): 333-345.
- Rizzardo, R., Magni, C., Cremonese, C., Talomo Rossi, R., & Cosentino, M.** (1988). Variations in anxiety levels during pregnancy & psychological factors in relation to obstetric complications. *Psychotherapy of Psychosomatics*, 49: 10-76.
- Rofe, Y. Blitner, M. lewin, I.** (1993). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology*, 49(1):3-12.
- Rofe, Y. lewin, I. & padeh, B.** (1987). Emotion During pregnancy & Delivery as a function of Repression-sensitization & number of childbirth. *Psychology of women Quarterly*. 6(2): 163-173.
- Romans, S.E., & Seeman M.V.** (2006) *Women's Mental Health: A Life-Cycle Approach* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins publication.
- Russo, N.** (1990). Overview: Forgoing research priorities for women's mental health. *Journal of American psychologist*, 54:361-373.
- Rust, J., Bennun, I., Grown, M. & Golombok, S.** (1990). The GIRMS: A psychometric instrument for the assessment of marital discord. *Journal Of Family Therapy*, 12,45-54.
- Smith, M.V., Rosenheck, R.A, cavaleri, M.A., Howel, H.B., Poschman, K. & Yonkers, K.A.** (2004). Screening for and Detection of Depression, Panick Disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatric services*, 55(4): 407-414.
- Solchany, J.E.** (2003). *Promoting Maternal Mental Health During Pregnancy. Theory, practice & intervention.* Washington: NCAST-AVENUEW publication seattle.
- Statham, H., Green, J., & Kafetsios, K.** (1997). Which women worry that something might be wrong with their baby? A prospective study of 1072 pregnant women. *Birth*, 24, 4, 223-233.
- Swallow, B.L, Lindow.S.W., Masson.E.A. & Hay, D.M.** (2004). Psychological health in early pregnancy: relationship with nausea & Vomiting. *Journal of obstetrics & Gynaecology*, 24(1): 28-32.
- Tinker, A.** (2000). Women's health: the unfinished agenda. *International Journal of Gynecology & obstetrics*, 70.149-158.
- World Health organization.** (2004) *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, and practice summary Report.* Online: [www.http://library.promoteprevent.org](http://library.promoteprevent.org).