



بررسی تطبیقی اضطراب حاملگی در رابطه با دوره های مختلف بارداری ، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت

شناختی

لاله بابانظری^x - دکتر سید موسی کافی^x

مقدمه

اضطراب به منزله ی بخشی از زندگی هر انسان در همه افراد در حد اعتدال آمیز وجود دارد و در این حد به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می شود. اضطراب را در واقع همه انسانها تجربه می کنند. اضطراب از همراهان طبیعی رشد، تغییر یافتن، تجربه ی چیزی جدید و امتحان نشده و یافتن هویت جدید در زندگی است (کاپلان، سادوک و گرب، 1380). حاملگی یک موقعیت جدید و منحصر به فرد است که طی آن هر مادر آبستنی تغییرات بسیاری هم از نظر روان شناختی و هم از نظر فیزیولوژیکی تجربه می کنند. بیشتر زنان حامله تغییراتی در نشانه های بدنی، ظاهر، تغییر در کار یا دیگر فعالیت هایشان و تغییراتی در روابط با دیگران تجربه می کنند. این تغییرات زنان را در خطر آسیب پذیری روانی و تجربه ی اضطراب بسیار قرار می دهد (کانالز^x، گریسلدا^x و فرناندز-بالارت^x، 2002؛ رومنز^x و سیمن^x، 2006). اضطراب واسترس بالا در طی بارداری می تواند پیامدهای طولانی مدت برای بچه داشته باشد. اضطراب و تنش درون رحمی موجب نارسایی و زایمان پیش از موعد می شود که با خطر بالاتر بیماریهای کرونری در بزرگسالی مربوط شده است (سولچانی^x، 2003). از سوی دیگر بیشتر پژوهشگران برای ارزیابی اضطراب که شایعترین مشکل روانی رایج در حاملگی است، از مقیاسهای عمومی اضطراب نظیر پرسشنامه ی اضطراب حالت - صفت^x اشپیلبرگر^x (1970) و مقیاس اضطراب آشکار^x تاپلور^x (1953) استفاده کرده اند و نتایج خود را بر اساس عبارت های این مقیاسها ذکر کرده اند. در حالی که این مقیاس ها برای ارزیابی اضطراب و نگرانی مخصوص حاملگی، طراحی نشده اند. مطالعات مختلف توصیفی و تبیینی مطرح کرده اند که زنان حامله ممکن است اضطراب های شدید و خاصی



نظیر ترس از نقص جنین ، نگرانی درباره درد ، فقدان کنترل در طول بارداری ، ترس و اضطراب برای زندگی خود و زندگی کودکان ، نگرانی درباره تغییر در زندگی شخصی در نتیجه ی حاملگی و تولد بچه داشته باشند (دانکل - شتر^x، 1998 ، اس جورج^x، 1997). مطالعات کمی به صورت منظم ترس ها و نگرانی های خاص مربوط به بارداری را ارزیابی کرده و ساختار اضطراب حاملگی را آزموده اند (هایزینک^x و همکاران ، 2000). ناقص بودن اندازه گیری حالات روانی مادران در دوره بارداری می تواند آشفتگی روحی آنان را کمتر از حد برآورد کند (دی پیتر^x و همکاران، 2004). بنابراین آزمودن اضطراب حاملگی به عنوان یک سازه ی منحصر به فرد و بررسی تغییرات اضطراب خاص حاملگی در طول بارداری و همچنین عوامل بالینی مرتبط بآن ضروری به نظر می رسد. در این پژوهش علاوه بر سنجش اضطراب عمومی زنان باردار با استفاده از پرسشنامه ی سلامت عمومی، انواع اضطراب خاص حاملگی نیز به صورت تطبیقی در سه دوره ی سه ماهه ی بارداری ارزیابی می شود. این کار می تواند اضطراب زنان باردار را در سطح نزدیک تری به واقعیت برآورد کرده و علاوه بر آن در زمینه ی تناقض پژوهش ها در مورد سطح اضطراب زنان باردار در سه دوره ی سه ماهه ی حاملگی روشننگری های بیشتری ارائه دهد. بعضی محققان معتقدند سطح اضطراب زنان باردار که در سه ماهه ی اول بالا است ، در سه ماهه ی دوم کاهش یافته اما در سه ماهه ی سوم بارداری و با نزدیک شدن به زمان زایمان دوباره به سطح اولیه برمی گردد. این محققان نگرانی های زنان در دوره ی بارداری را مانند حرف U دانسته اند که در اواسط حاملگی کاهش می یابد (لویین^x، گاردنر^x و روت^x، 1975؛ لدرمن^x، 1990 و شرشفسکی^x و یارو^x، 1993، اهامان^x، گرونوالد^x و والدنستروم^x، 2003، گرین، کافتسیوس، استاتهام و اسناودون^x، 2003). بعضی دیگر سطح اضطراب را تنها در سه ماهه ی سوم بالا دانسته و بین اضطراب سه ماهه ی اول و دوم تفاوتی قائل نشده اند (لیفر^x، 1980) و برخی پژوهش های دیگر سطح بالایی از اضطراب در سه ماهه ی دوم و سوم گزارش نموده اند (شیچل^x و همکاران ، 1995).

پژوهش حاضر انواع خاص اضطراب بارداری را در سه ماهه ی اول ، دوم و سوم مورد مقایسه قرار می دهد تا اطلاعات بیشتری در این زمینه فراهم نماید. همچنین از آنجا که عوامل روانی - اجتماعی نظیر سن ، سطح اجتماعی



اقتصادی و درآمد خانواده، شغل، میزان تحصیلات، نوبت زایمان، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، سابقه 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 می کند، رابطه ی هر کدام از این عوامل با سطح اضطراب زنان باردار در سه ماهه ی اول، دوم و سوم ارزیابی می شود.

2- روش

2-1- جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه ی آماری پژوهش حاضر در بر گیرنده ی تمامی زنان باردار شهر رشت بوده است که از مرداد تا آذر 1384 به مراکز مراقبت های پیش از تولد رشت مراجعه نموده اند. حجم گروه نمونه در مطالعات همبستگی دست کم صد نفر است. (هومن، 1380). از آنجا که در این پژوهش سه ماهه ی بارداری نیز نقش داشت و گروه نمونه شامل هر سه دوره می شد، جهت اطمینان بیشتر تعداد صد نفر از هر سه ماهه یعنی در حدود 300 نفر به عنوان مبنای گروه نمونه در نظر گرفته شد. پس از بررسی پاسخ آزمودنی هایی که دارای سابقه ی مراجعه به روانپزشک یا روان شناس به دلیل ناراحتی های روحی و یا سابقه ی مصرف داروهای اعصاب بودند و یا به دلیل بارداری شغل خود را رها کرده بودند از مطالعه کنار گذاشته شدند و در مجموع 286 آزمودنی مورد مطالعه قرار گرفتند. از این تعداد 102 نفر در سه ماهه اول، 72 نفر در سه ماهه دوم و 113 نفر در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند. میانگین سنی آزمودنی ها 25/7 سال (sd = 4/7)، دامنه = 17-39) بود.

2-2- ابزار سنجش

2-2-2- پرسشنامه ی اضطراب حاملگی

پرسشنامه ی اضطراب های مربوط به حاملگی (PRAQ)^x یک پرسشنامه ی هلندی است که ترس ها و نگرانی های مربوط به بارداری را می سنجد. این پرسشنامه در سال 1989 به وسیله بیا وندنبرگ^x ساخته شد. پرسشنامه ی PRAQ مجموعه ای متشکل از 58 ماده است. تحلیل عاملی اکتشافی داده های PRAQ، که به وسیله ی ون دنبرگ (1990)



انجام گرفته، پنج عامل را نشان داده است: ترس از زایمان (14 ماده)، ترس از زائیدن یک بچه معلول جسمی یا روانی (5 ماده)، ترس از تغییر در روابط زناشویی (13 ماده)، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک (16 ماده)، ترس های خودمحو رانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر (7 ماده). همگی ماده ها دارای بار عاملی بالاتر از 0/3 بودند. قابل ذکر است سه سؤال آخر حالت های عمومی هستند که یک تصویر کلی از حاملگی ارائه می دهند و در تحلیل گنجانده نشده اند. نمره گذاری پرسشنامه بسیار ساده و از طریق جمع کردن نمرات هر عبارت به دست می آید. هر عبارت بین 0 تا 7 درجه بندی شده است. بنابراین نمره اضطراب حاملگی می تواند بین 0 تا 406 باشد.

وندنبرگ (1990) ذکر نموده است که با توجه به ویژگی پرسشنامه PRAQ روایی محتوایی آن بالاست. در پژوهش هایزینیک و همکاران (2000) آلفای کرونباخ همه خرده مقیاسها در سراسر حاملگی بالای 0/76 بود.

در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ هریک از مؤلفه ها و کل مقیاس در طول حاملگی به شرح زیر بوده است:

ترس از زایمان 0/47، ترس از زائیدن یک بچه معلول جسمی- روانی 0/41، نگرانی از تغییر در روابط زناشویی 0/65، نگرانی درباره تغییرات خلق و پیامدهایش برای کودک 0/66، احساسات خودمحو رانه یا ترس از تغییرات بین 0/51 و برای کل مقیاس 0/81.

قابل ذکر است که پرسشنامه ی PRAQ طی مراحل ذیل برای پژوهش اصلی آماده گردید: پرسشنامه توسط چندین متخصص روان شناسی و ادبیات انگلیسی به فارسی برگردانده شد. همچنین از 2 متخصص زبان انگلیسی و دو متخصص زبان فارسی خواسته شد که علاوه بر ترجمه ی آزمون اصلاحات نحوی و صوری را مطابق نسخه ی اصلی به عمل آورند. در نهایت 58 عبارت پرسشنامه آماده شد و روایی صوری آن توسط پنج روان شناس بررسی و تأیید شد. سپس در یک مطالعه ی مقدماتی مقیاس PRAQ بر روی 56 زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان الزهراء رشت اجرا گردید. پس از اجرای مقدماتی، پرسشنامه ی نهایی آماده گردید و کار اصلی پژوهش آغاز شد. لازم به ذکر است آلفای کرونباخ مربوط به این پرسشنامه در اجرای مقدماتی برای کل مقیاس و مؤلفه های ترس از زایمان، ترس از نقص بچه، نگرانی از تغییر در روابط زناشویی، نگرانی درباره تغییرات خلق و پیامدهایش برای کودک و احساسات خودمحو رانه به



ترتیب برابر 0/89، 0/45، 0/47، 0/68، 0/65 و 0/54 بوده که نشان می دهد انسجام درونی PRAQ از وضعیت مناسبی برخوردار است.

2-2-2- پرسشنامه ی وضعیت زناشویی گلوبوگ - راست (گریمس)

در این پژوهش جهت بررسی عامل جمعیت شناختی رضایت زناشویی از پرسشنامه ی وضعیت زناشویی گلوبوگ - راست^x استفاده شد (راست و همکاران، 1988). این پرسشنامه که کیفیت های جامعی از روابط یک زوج به دست می دهد، دارای 28 ماده است و در مقابل هر جمله 4 گزینه مخالف، کاملاً مخالف، موافق، کاملاً موافق قرار داد. نمره ی بالا نشانه وخیم تر بودن وضعیت زناشویی است.

راست^x و همکاران (1990) ذکر نموده اند که با توجه به ویژگی پرسشنامه ی وضعیت زناشویی گلوبورک - راست روایی محتوای آن بالاست. همبستگی بالای نمرات گریمس با تشخیص های درمانگری حاکی از روایی تشخیصی بالای پرسشنامه است. برای بدست آوردن پایایی پرسشنامه از روشهای مختلفی استفاده شده است. راست و همکاران (1990) آلفای کرونباخ 0/89 برای زنان و 0/85 برای مردان گزارش نموده اند. ضریب پایایی بازآزمایی در یک دوره ی 12 ماهه 0/80 بوده است. پایایی دو نیمه کردن نیز بین 0/65 برای زنان و 0/94 برای مردها بود.

3- نتایج

جدول شماره 1 شاخص های آماری، میانگین و انحراف استاندارد نمره های آزمودنی ها را بر حسب میزان اضطراب حاملگی و مؤلفه های مختلف آن در سه دوره سه ماهه بارداری نشان می دهد.

جدول 1- شاخص های آماری مربوط به پرسشنامه ی اضطراب حاملگی و مؤلفه های آن به تفکیک دوره های

مختلف بارداری

کل		هفت تا نه ماهگی		چهار تا شش ماهگی		یک تا سه ماهگی		مقیاس گروه و شاخص
sd	M	sd	M	sd	M	sd	M	



10/53	34/26	15/44	37	4/53	30/46	3/94	33/88	ترس از زایمان
7/45	16/4	8/9	16/4	5/15	11/3	6/11	16/18	اضطراب
13/09	34/2	16/06	37/55	7/87	30/26	11/40	33/23	نگرانی از تغییر روابط زناشویی
13/27	33/93	13/74	36/06	9/8	28/87	14	35/08	ترس از تغییرات خلق و خو و پیامدهایش بر کودک
9/59	22/69	10/33	24/19	9/14	20/6	8/81	22/48	احساسات خودمحورانه (ترس از تغییرات)
44/99	140/16	66/72	199/73	33/02	121/52	35/94	140/78	اضطراب حاملگی

برای تحلیل داده ها و پاسخ به سوالهای پژوهش ، ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای مقایسه میزان اضطراب حاملگی در دوره های سه ماهه ی بارداری مورد بررسی قرار گرفت. خلاصه نتایج ای آزمونها نشان داد که میزان اضطراب حاملگی زنان باردار در سه ماهه اول و سوم از سه ماهه ی دوم کمتر است و این تفاوت از نظر آماری معنادار است ($P < 0/001$ $F(286) = 10/133$).

آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای مقایسه میزان اضطراب حاملگی زنان در سطوح مختلف اجتماعی اقتصادی نیز صورت گرفت و نشان داد میزان اضطراب حاملگی در گروه بالای اجتماعی به طور معناداری از گروه متوسط و پایین بیشتر است ($P = 0/001$ و $F = 6/94$). برای بررسی رابطه اضطراب حاملگی با رضایت زناشویی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که اضطراب حاملگی با رضایت زناشویی همبستگی منفی و معنادار دارد ($P = 0/000$ و $r = - 0/45$). از سوی دیگر آزمون همبستگی پیرسون رابطه میان اضطراب حاملگی و میزان تحصیلات را نیز منفی و معنادار نشان داد ($P = 0/000$ و $r = -0/255$). اضطراب حاملگی با سن مادر نیز همبستگی منفی و معنادار نشان داد ($P < 0/005$ و $r = - 0/167$).

بررسی نتایج آزمونهای t مستقل نیز به طور خلاصه نتایج زیر را در بر داشت: مادرانی که بارداری چندم را تجربه می کنند، به طور معناداری اضطراب بالاتری از مادران اول زا دارند. ($P = 0/004$ و $t = 2/86$). همچنین هر چند میانگین نمره ی اضطراب حاملگی در زنانی که سابقه ی سقط جنین داشتند بیش از سایر زنان باردار است؛ اما این تفاوتها از نظر آماری معنادار نیست (به ترتیب $t = 0/846$ و $P = 0/388$). زنانی که بارداری ناخواسته ای را تجربه می کردند نیز با وجود داشتن میانگین بالاتر نمره اضطراب، تفاوت معناداری از این نظر با سای زنان نداشتند ($t = 1/47$ و $P = 0/142$).



بین میانگین نمرات اضطراب حاملگی زنان باردار شاغل و خانه دار نیز تفاوت معنادار مشاهده نشد ($t = 0/835$ و $P = 0/405$).

در مرحله بعد برای تعیین سهم هر کدام از متغیرهای فوق در پیش بینی اضطراب حاملگی؛ سه ماهه ی بارداری، سن، سطح اجتماعی اقتصادی، میزان تحصیلات، چندم زایی و رضایت زناشویی که در یافته های اولیه رابطه معناداری با اضطراب حاملگی نشان داده بودند؛ به عنوان متغیرهای پیش بین و اضطراب حاملگی به عنوان متغیر ملاک وارد تحلیل رگرسیون گام به گام شدند که نتایج آن در جدول 2 ارائه شده است.

جدل 2: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام اضطراب حاملگی دوره بارداری برحسب متغیرهای پیش بین روانی - اجتماعی

متغیر ملاک	مدلهای پیش بینی	متغیرهای پیش بین	B	Beta	R	R ²	P
اضطراب حاملگی	1	رضایت زناشویی	1/67	0/419	0/419	0/176	0/000
اضطراب حاملگی	2	رضایت زناشویی	1/66	0/23	0/664	0/215	0/000
		سن	-1/89	-0/199			0/000
	3	رضایت زناشویی	1/43	0/358	0/887	0/215	0/000
		سن	-1/96	-0/20			0/000
		میزان تحصیلات	-1/84	-0/16			0/000

ضرایب بتای به دست آمده در جدول با توجه به سطح معناداری شان نشان می دهد که به ترتیب اولویت تغییر یک واحد در متغیرهای رضایت زناشویی، سن و میزان تحصیلات به عنوان متغیرهای پیش بین اثر شدیدی بر متغیر ملاک یعنی اضطراب حاملگی می گذارد.

در این تحلیل متغیرهای سه ماهه ی بارداری، سطح اجتماعی اقتصادی، 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



همان طور که گفته شد، تحلیل های اولیه این پژوهش نشان داد که میزان اضطراب حاملگی زنان باردار و مولفه های آن در سه ماهه ی اول و سوم به طور معناداری از سه ماهه ی دوم بیشتر بود به جز مولفه ی ترس از تغییر در روابط زناشویی که در سه ماهه ی سوم به طور معناداری از سه ماهه ی اول و دوم بیشتر بود. پس از آن که اثر همزمان سه ماهه ی بارداری و متغیر های روانی اجتماعی توسط رگرسیون گام به گام سنجیده شد، تفاوت اضطراب حاملگی در دوره های سه ماهه ی بارداری معناداری خود را از دست داد و تنها متغیرهای رضایت زناشویی، سن و تحصیلات توانستند تبیین کننده تغییرات اضطراب حاملگی باشند. این یافته براهمیت فوق العاده ی این متغیرهای روانی اجتماعی در ارتباط با اضطراب حاملگی صحنه می گذارد. چه وجود این شرایط تا آنجا بر اضطراب حاملگی اثر می گذارد که می تواند سبب تعدیل تغییرات مورد انتظار این دوره تا حد عدم معناداری تفاوت اضطراب حاملگی در سه ماهه های مختلف آن گردد.

با در نظر گرفتن این یافته ها در حدخطوط کلی می توان گفت هرچند با توجه به شواهد یادشده تغییراتی به صورت افزایش، کاهش و سپس افزایش دوباره ی اضطراب حاملگی در سه دوره ی سه ماهه ی بارداری مورد انتظار است، اما داشتن سن پایین در هنگام بارداری و تحصیلات و رضایت زناشویی بالا نقش معنار دار و بسیار مهمتری در تبیین تفاوت اضطراب حاملگی ایفا می کند تا قرار داشتن در یک دوره ی خاص بارداری. این نتیجه بیانگر این موضوع است که قرار داشتن در دوره های مختلف بارداری به طور مستقیم اثر معناداری بر اضطراب حاملگی ندارد و تفاوت اضطراب حاملگی در هر سه ماهه با دیگر سه ماهه ها به واسطه ی متغیرهای روانی اجتماعی ذکر شده 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 اضطراب حاملگی مورد توجه قرار نداده اند. بعضی از این پژوهش ها صرفاً به بررسی اضطراب حاملگی 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 (هایزنیک



و همکاران، 2000؛ گرین و همکاران، 2003؛ کانالز و همکاران، 2002؛ ریزاردو و همکاران، 1998؛ گرجی زاده و مکوندی، 1378). دیگر پژوهش ها (هاو کینز^x، دی پیتر و کوستیان^x، 1999؛ پوند^x و کمپ^x، 1992؛ تئوت^x و همکاران، 1998) اثریک یا چند عامل روانی اجتماعی را بر اضطراب حاملگی مورد توجه قرار داده و اثر قرار داشتن در دوره های مختلف بارداری را نادیده گرفته اند.

رضایت زناشویی قوی ترین متغیر پیش بین اضطراب حاملگی در دوره ی بارداری بود. یعنی هرچه میزان رضایت زناشویی بالاتر باشد، میزان اضطراب حاملگی کمتر است. این رابطه قاطعانه بر نقش بسیار موثر همسر را در تعدیل و یا وخامت اضطراب حاملگی صحنه می گذارد. این نتایج که با نتایج پژوهش های گلزیر^x و همکاران (2004)، یوهانسون^x و همکاران (2000) و دیمتروسکی^x و همکاران (2002) هماهنگ است، نشان می دهد که در زمان حاملگی نقش همسر بسیار مهم و حیاتی است. رابطه ی استرس آور و یا مورد آزار قرار گرفتن توسط همسر، می تواند موجب افزایش خطر برای سلامت روان زن در طی حاملگی شود (رومنز و سیمن، 2006). یک رابطه ی زناشویی سازگارانگانه کمک می کند والدین جدید با نیازهای کودک و تغییر بافت خانواده سازگار شوند. در مقابل یک رابطه ی زناشویی ضعیف با ثبات ترین متغیر پیش بینی کننده ی اضطراب و دیگر مسایل سلامت روان در دوره ی حاملگی است (اهارا^x، نیونیر^x و زکوسکی^x، 1984). رابطه ی زناشویی ضعیف باعث می شود زنان در تلاش برای اداره ی هم نقش مادری و هم نقش 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. چرا که در موقعیت استرس زا 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 به طور کلی اختلال در روابط زناشویی می تواند باعث افزایش اضطراب، انزجار و تنفراز حاملگی و به دنبال آن کاهش سلامت روان زن باردار گردد (برنامه سلامت روان تولید مثلی انگلیس-کلمبیا، 2003).

دومین عامل پیش بین اضطراب حاملگی، سن مادر بود. هرچه سن مادر در هنگام بارداری پایین تر باشد، اضطراب حاملگی به طور معناداری بالاتر بود. این نتایج با نتایج پژوهش های انجام شده توسط گرین و همکاران (2003)، گلزیر



و همکاران (2004) نیاز^x، ازهار^x و بهاتی^x (2004) و داکوستا^x و همکاران (2000) هماهنگ است و نشان می دهد باردارشدن در سن پائین یکی از عوامل تهدیدکننده ی آشفتگی روان مادر است. چراکه زنی که خودهنوز درگیر وابستگی به اطرافیان و ناتوان در برآوردن نیازهای خودمی باشد، بدون شک در تأمین نیازهای نوزاد تازه به دنیا آمده با مشکل مواجه می شود. صاحب نظران تحولی معتقدند از آنجا که نوجوانان حامله هنوز به بلوغ عاطفی و شناختی نرسیده اند، تکانشی اند و قادر به تصمیم گیری برای آینده نیستند، مستعد بروز انواع بیماری های روانی هستند. زنان حامله ی کم سن که خود هنوز به بلوغ شناختی نرسیده اند، قادر به پذیرش مسئولیت یک فرد دیگر نیستند و این امر موجب بروز احساسات دوگانه نسبت به کودک متولد نشده و تجربه ی اضطراب و آشفتگی روحی در آنان خواهد شد. (دیویز^x، 2000).

سومین عامل پیش بین اضطراب حاملگی زنان باردار میزان تحصیلات آنان آنان بود. هرچه میزان تحصیلات پایین تر باشد، میزان اضطراب حاملگی بیشتر است. این نتایج با نتایج پژوهش های رینی^x و همکاران (1999)، گرین و همکاران (2003)، گلزیر و همکاران (2004) و هماهنگ است. اما با پژوهش های نیاز، ازهار و بهاتی (2004)، استاتهام، گرین و کافتسیوس (1997) و وو و همکاران (2002) که رابطه ی معناداری در این زمینه به دست نیاوردند و پژوهش هاوکینز، دی پیترو و کوستیگان (1999) که در آن تحصیلات بالا با اضطراب بالاتر مربوط بود، ناهمسو است.

با توجه به این یافته می توان گفت تحصیلات بالا از طریق مجموعه ای از واسطه ها، سلامت روان را در هر دوره از زندگی بهبود می بخشد. تحصیلات بالا مهارت های عاطفی، شناختی و عقلانی را جهت مواجهه با استرسها، مشکلات و تغییرات زندگی افزایش می دهد، شبکه ی اجتماعی فرد را گسترده کرده و باعث کاهش خطر بیماری های روانی نظیر اضطراب در موقعیت های مختلف زندگی می گردد (سازمان جهانی بهداشت، 2004). بنابراین می توان انتظار داشت زنان باردار تحصیل کرده نیز با بهره گیری از مهارت های یادشده به صورت منطقی تری با تغییرات ناشی از بارداری مواجه شده و اضطراب و استرس کمتری در دوره های مختلف بارداری تجربه نمایند. علاوه بر آن، میزان تحصیلات و آگاهی زن از فرآیند شکل گیری و تکامل جنین می تواند بر اضطراب های دوره حاملگی اثر بگذارد. قابل ذکر است



آگاهی و اطلاعات بیشتر، گاهی زمینه را برای افزایش اضطراب مهیا می کند، همانگونه که نا آگاهی نسبت به پدیده ای می تواند اضطراب را بشود و این امر می تواند علت ناهمسو بودن این یافته با سایر پژوهش های مرتبط باشد.

در تحلیل رگرسیون گام به گام رابطه ای بین اضطراب حاملگی با سطح اجتماعی اقتصادی و اول زا یا چندم زا بودن به دست نیامد. این یافته ها بیانگر این مطلب است که به نظر نمی رسد سطح اجتماعی و چندم زا بودن به خودی خود سبب تجربه ی اضطراب حاملگی شود. بلکه سایر مسائل روانی اجتماعی چون رضایت زناشویی ضعیف، سن و تحصیلات پایین می تواند در ایجاد تفاوت در میزان اضطراب حاملگی زنان اثرگذار باشد. همچنین در این پژوهش رابطه ای بین اضطراب حاملگی با عواملی چون شغل، ناخواسته بودن بارداری و سابقه سقط جنین به دست نیامد. البته همان طور که در بخش روش اشاره شد به دلیل غیرقانونی بودن سقط اختیاری در کشور ما و موضع گیری احتمالی آزمودنی ها، در پژوهش کنونی علت سقط یا سقط های قبلی مورد پرسش قرار نگرفته و خودبخودی و یا ارادی بودن آن مشخص نشده است و شاید یکی از دلایل عدم وجود تفاوت در زمینه ی اضطراب حاملگی بین زنان دارای سابقه ی سقط جنین با دیگران این امر باشد چرا که به صورت منطقی انتظار نمی رود زنانی که با اراده ی خود اقدام به سقط جنین نموده اند، در حاملگی های بعدی نشانه های اضطراب را تجربه نمایند بنابر این پیشنهاد می شود در بررسی های بعدی اضطراب حاملگی، تا حد امکان علت ختم حاملگی و ارادی یا خودبخودی بودن سقط مشخص شود. رضایت از زندگی نیز می تواند حاصل پختگی باشد که در نتیجه اضطراب را نیز کاهش می دهد. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی رضایت از زندگی به عنوان یک متغیر جداگانه در بررسی سطح اضطراب حاملگی در نظر گرفته شود.

از جمله محدودیت های این پژوهش این امر بود که طولانی بودن پرسشنامه ها وقت زیادی از مادران باردار را به خود اختصاص می داد و با توجه به وضعیت جسمی این دوره، بعضی از آنان از ادامه تکمیل آزمون ها خودداری می کردند. با توجه به این محدودیت سعی شود در پژوهش های آینده از شکل کوتاه فرم پرسشنامه اضطراب حاملگی استفاده شود.

منابع و مأخذ

- منابع فارسی



کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین و گرب، جک. (1380). خلاصه روانپزشکی. ترجمه ی نصرت الله پورافکاری. تهران: انتشارات شهر آب.

هومن، حیدرعلی (1380). تحلیل داده های چند متغیری در علوم رفتاری. تهران: انتشارات پارسا.

- منابع لاتین

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.

Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W .(1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety & pregnancy specific stress. *Journal Of Psychosomatic Research*, 47(6):609-621.

Davies, S. (2000). Teenage pregnancy, teenage sex - the South African experience. Online: www.health_iafrica.com

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.

Dipietro, J.A. ,Ghera, M.M. ,Costigan, k. & Hawkins , M.(2004). Measuring the ups & downs f pregnancy stress. *Journal Of Psychosomatic Obstetric Gynecology*, 25:189-201.

Dunkel-schetter, C. (1998). Maternal Stress and Preterm delivery. *Prenatal and Neonatal Medicine*. 3:39-42.

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. & Snowdon, 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.
- Heron, J., O'Connor, T., Evans, J., Golding J., & Glover, V. (2004). The course of depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective disorder*, 80:65-73.
- 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>.
- 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.
- Lederman, P.R (1990). Woman look at their experience of pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 16, 129-139.
- Leifer, M. (1980). Psychological effects of motherhood: a study of first pregnancy. Newyork: Praeger.
- Lubin, B., Gardner, S. H., & Roth, A. (1975). Mood and somatic symptoms during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 37, 136-146.
- 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.
- O'Hara, M.W., Zekoski, E.M., [Ohman, S.G.](#), [Grunewald, C.](#), [Waldenstrom, U.](#) (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 17(2):148-52.
- 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.

- 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.
- Rofe, Y. Blitner, M. Lewin, I. (1993). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology*, 49(1):3-12.
- Romans, S.E., & Seeman M.V. (2006). *Women's Mental Health: A Life-Cycle Approach*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins publication.
- 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.
- Rust, J., Bennun, I., Grown, M. & Golombok, S. (1988). *The Golombok Rust Inventory of Marital State*. Windsor: Neer-Nelson.
- Shereshefsky, P.M. & Yarrow, L. (1993). *Promoting Maternal Role Attainment & Attachment in pregnancy: the parent child communication coaching program*. American psychiatric press.
- Sichel D, Driscoll J.W; David, H. & Borgeat, F. (1995). *Women's Moods*. New York, NY: William Morrow & Co;
- Sjogrn, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic obstetrics and Gynaecology*, 18:266-272.
- Solchany, J.E. (2003). *Promoting Maternal Mental Health During Pregnancy*. Theory, practice & intervention. Washington: NCAST- AVENUW 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.
- Vandenberg, B. (1990). The influence of maternal emotional during pregnancy on fetal & neonatal behaviour. *Pre-and Peri-natal psychology Journal*, 5, 119-130.
- World Health organization. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, and practice summary Report*. Online: [www.http://library.promoteprevent.org](http://library.promoteprevent.org).