

بررسی رابطه نگرانی‌های دوران بارداری، کیفیت زندگی و افسردگی با سلامت عمومی زنان باردار

آیت اله فتحی^۱، سهیلا گلک خیبری^۲

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۹/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۱/۲۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه نگرانی‌های دوران بارداری، کیفیت زندگی و افسردگی با سلامت عمومی زنان باردار بود. **مواد و روش کار:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه زنان باردار شهر تبریز که از اول تیر تا آخر مرداد ۱۳۹۵ به مطب متخصصان زنان و زایمان، بیمارستان‌ها و دفتر کار مامایی این شهر مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دادند که تعداد آن‌ها ۴۲۰ نفر بودند. نمونه آماری تعداد ۲۰۰ زن باردار است که به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس جدول مورگان از مطلب‌های متخصصین زنان و زایمان انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سلامت عمومی گلدبرگ، نگرانی‌های دوران بارداری آلدردسی و لین، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و افسردگی بک استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون (هم‌زمان) انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که متغیر سلامت جسمی کیفیت زندگی قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی است. افسردگی با سلامت عمومی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. نگرانی درباره هیجان بارداری نیز قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی است. از سویی نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای افسردگی، نگرانی‌های دوران بارداری و کیفیت زندگی قادر به پیش‌بینی متغیر سلامت عمومی در زنان باردار می‌باشند. **بحث و نتیجه‌گیری:** سلامت عمومی زنان باردار یکی از مسائل مهم دوران بارداری است و نتایج این پژوهش می‌تواند مورد استفاده پزشکان و متخصصان حوزه بارداری قرار گیرد.

کلمات کلیدی: سلامت عمومی، نگرانی‌های دوران بارداری، کیفیت زندگی، افسردگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۱۰۱، اسفند ۱۳۹۶، ص ۹۴۹-۹۳۹

آدرس مکاتبه: تهران، پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تلفن: ۰۹۱۴۲۵۹۷۶۳۹

Email: a.fathi64@gmail.com

مقدمه

پس از زایمان و حتی در دوران سالمندی گریبان‌گیر و مبتلا سازد (۲).

دوران بارداری که یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی یک زن است، اگرچه برای اکثریت زنان یک دوره لذت‌بخش است؛ ولی اغلب یک دوره پراسترس و همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی نیز به شمار می‌آید، به طوری که بروز یک رشته ناراحتی‌ها و مشکلات در این دوره شایع است و این مشکلات اثرات قابل‌ملاحظه‌ای بر وضعیت روانی آنان خواهد گذاشت، مثل تهوع و استفراغ‌های مکرر، خستگی، دردهای ناگهانی که حتی در یک بارداری طبیعی نیز این‌گونه مشکلات توانایی زن را برای انجام نقش‌های معمول زندگی تغییر می‌دهد (۳). بارداری با تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای در وضعیت سلامت روانی و سلامت فیزیکی زنان همراه است و عملکرد اجتماعی در زنان

بارداری و زایمان به‌عنوان یک رویداد طبیعی در چرخه زندگی زنان مطرح می‌باشد. با این حال اگرچه بارداری یک عملکرد طبیعی برای زنان به حساب می‌آید، ولی در عین حال تجربه‌ای پراسترس تلقی می‌شود. این تجربه با تغییرات گسترده روانی و جسمی در مادران باردار همراه می‌باشد (۱). سطح آگاهی مادران جامعه از دستورالعمل‌ها و مراقبت‌های ویژه دوران بارداری پایین می‌باشد. از طرف دیگر ضعف جسمانی ناشی از کم‌تحرکی و افزایش وزن بیش‌ازحد باعث می‌شود تا در پاره‌ای از موارد، دوران بارداری و زایمان با تحمل اضطراب، سختی‌ها و پیامدهای منفی غیرقابل‌انتظاری همراه گردد. این امر می‌تواند مادران را تا سال‌ها

۱. دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه تبریز و استادیار پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا (نویسنده مسئول)

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و کارشناس مامایی

تصويربديني، سلامت عمومي زنان را تحت تأثير قرار داده و به ايجاد مشکلات رواني مانند افسردگي و اضطراب منجر مي‌شود (۱۲). بر اين اساس نگراني‌هاي دوران بارداري که ماهيتي تقريباً ثابت و تنش-زا دارند، مي‌توانند با ايجاد تنيدگي، به کاهش سلامت رواني منجر شود.

يکي ديگر از متغيرهائي که نقش مهمي در سلامت عمومي زنان باردار دارد، کيفيت زندگي است. تحقيقات نشان داده‌اند که عملکرد جسماني بدن، به‌عنوان يکي از ابعاد کيفيت زندگي در طول دوره بارداري طبيعي، کاهش مي‌يابد (۱۳). هاوستن و کاسيک-ميلر (۱۴) در يک مطالعه‌اي بر روي زنان سفيدپوست با بارداري طبيعي، دريافتند که در دوران بارداري، درد بدن بيشتري، عملکرد جسماني ضعيف‌تر و محدوديت‌هاي عملکردي، به دليل مشکلات جسماني، بيشتري مشاهده مي‌شود؛ ولي در جنبه رواني کيفيت زندگي تغييری مشاهده نشد، اين مطالعه همچنين نشان داد که عوامل اجتماعي-جمعيته مانند شغل، ميزان درآمد و حضور حمايت‌هاي همسر يا والدين، تأثير اندکي روي کيفيت زندگي مي‌گذارد و وضعيت سلامت جسماني با سن بارداري ارتباط معکوس دارد. در خصوص معني کيفيت زندگي تعاريف و تعابير مختلفی ارائه شده است. برخي آن را توانايي فرد براي اداره زندگي از ديد خود مي‌دانند (۱۵). دونالد (۱۶) نيز کيفيت زندگي را اصطلاحي توصيفي عنوان مي‌کند که به سلامت و ارتقاء عاطفي، اجتماعي و جسمي افراد و توانايي آن‌ها براي انجام وظائف روزمره اشاره دارد. از سويي در دوران بارداري تغييرات زيستي، شيميائي، فيزيولوژيک و آناتوميک زيادي در بدن زنان رخ مي‌دهد که زنان باردار را درگير مي‌کنند و مي‌توانند توانايي يک زن را براي انجام نقش‌هاي معمول زندگي تغيير دهند و کيفيت زندگي او را تحت تأثير قرار دهند (۱۷). اين تغييرات فراتر از کنترل مادران است و اولين تغييراتي محسوب مي‌شود که آن‌ها را هم از نظر روحي و هم از نظر جسمي آسيب‌پذير مي‌کند. حتي در بارداري‌هاي طبيعي نيز اين تغييرات مي‌توانند توانايي هر زن را براي انجام دادن نقش-هاي معمول زندگي تغيير دهند. به‌عبارت ديگر در دوره بارداري سلامت جسمي روحي، اجتماعي و درمجموع کيفيت زندگي زنان باردار دچار تغييرات زيادي مي‌شود (۱۸). تحقيقي ديگر نشان داد که بارداري و دوره نفاس با تغييرات قابل‌ملاحظه‌اي، هم در وضعيت سلامت رواني و هم در سلامت جسماني، همراه هستند و همچنين عملکرد اجتماعي و سرزنده بودن، در زنان باردار طبيعي، کمتر از بقيه افراد جامعه است (۱۹).

اغلب زنان باردار ترس و نگراني زيادي دارند و از اينکه چگونه با شرايط خود را وفق دهند دچار افسردگي مي‌شوند. به‌طوري که گوسزکوسکا و همکاران (۲۰) در پژوهشي نشان دادند که بين سلامت رواني زنان باردار با ميزان افسردگي آن‌ها رابطه وجود دارد.

باردار نسبت به ساير افراد جامعه در سطح پايين‌تري قرار دارد (۴). از ديگر سو، زنانی که در طول بارداری اضطراب را تجربه کنند؛ بعد از زایمان در معرض خطر عدم تعادل هیجانی قرار می‌گیرند که می‌تواند بر ارتباط آن‌ها با نوزادشان اثر منفی بگذارد و سلامت روانی کودکان آنان را در دوران تکاملی بعدی متأثر نماید تا آنجا که این کودکان را با مشکلات سلامت روانی در بزرگسالی مواجه خواهد نمود که این امر تأثیر عمق مقوله سلامت روان را بر کل زندگی آنان نشان می‌دهد (۵).

در این میان یکی از مواردی که نقش مهمی در سلامت عمومی زنان باردار دارد، نگرانی‌های دوران بارداری است. رویکردهای جدید به موضوع سلامت عمومی زنان باردار، مطرح می‌کنند که نگرانی وابسته به دوره بارداری، نوع خاصی از نگرانی است که به ترس‌ها و نگرانی‌های مادرانه مرتبط با بارداری اشاره دارد و دربرگیرنده نگرانی‌ها درباره سلامتی جنین، نشانه‌های جسمانی، فرزندپروری، روابط با دیگران و زایمان می‌باشد (۶). دسته‌ای از پژوهش‌ها پیشنهاد کرده‌اند که نگرانی اختصاصی دوره بارداری در مقایسه با نگرانی ناشی از منابع نامرتب با بارداری، ممکن است علت پیامدها و عوارض مربوط به بارداری و زایمان باشد، به‌طوری که قوشچیان چوبمسجدي و همکاران (۷) در پژوهشی نشان دادند که متغیرهای نگرانی از زایمان، فاجعه‌سازی درد و شناخت در انتخاب زایمان معنی‌دار بودند، ولی در متغیرهای ترس از درد افسردگي، اضطراب و استرس رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین هاریش و همکاران (۸) در پژوهش خود نشان دادند که فرایندهای شناختی و افکار منفی همانند فاجعه‌آمیز کردن درد به‌عنوان یکی از عوامل شناختی همبسته با نگرانی از درد و تجربه آن محسوب می‌شود. در این زمینه، زنان باردار با مجموعه‌ای از نگرانی‌های صحیح و حتی غلط روبرو می‌شوند که باعث کاهش سلامت عمومی آن‌ها می‌شود (۹). یافته‌های مختلف نشان می‌دهند که اضطراب و نگرانی به‌صورت یک رابطه U شکل ظاهر می‌شود؛ به‌طوری که در سه‌ماهه‌ی اول و سوم، میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد. این اضطراب گاهی به‌عنوان یک مکانیزم طبیعی، برای مقابله با نگرانی ذهنی مادر درباره بچه‌دار شدن تلقی می‌شود که می‌تواند مادر را برای بارداری و تغییرات همراه آن آماده سازد؛ اما نگرانی، اضطراب و سایر اختلالات روانی می‌تواند شکل بیمارگونه به خود گرفته و چنان شدت یابد که سلامت عمومی مادر باردار را تحت تأثیر قرار دهد (۱۰). نتایج پژوهش کی و همکاران (۱۱) نشان می‌دهد که فشارهای روانی و نگرانی حاصل از دوران بارداری بر عملکرد فیزیولوژیکی بدن اثر مستقیم به‌جا گذاشته و درنهایت باعث کاهش سلامت عمومی در زنان باردار می‌شود. از طرفی شواهد پژوهشی فراوان وجود دارد که نشان می‌دهند حوادث نامطبوع زندگی، نگرانی درباره تولد و فرزند و نگرانی درباره وزن و

درواقع زنان باردار افسرده از میزان سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند. کینگستون و همکاران (۲۱) در پژوهشی نشان دادند که زنان باردار، مستعد آسیب‌پذیری از انواع تنش‌ها هستند. به طوری که در این گروه از زنان، نسبت به دیگر زنان، میزان افسردگی و اضطراب سه برابر است. همچنین سنگ و همکاران (۲۲) در پژوهشی نشان دادند که بارداری یک دوره بحرانی برای زنان است که در این دوران مشکلات مرتبط با سلامت روان آنان می‌تواند نمود پیدا کنند، درواقع زنانی که دارای اضطراب بالایی هستند و بارداری را یک دوره بحرانی در نظر می‌گیرند، از سلامت روانی پایینی نیز برخوردارند.

با این حال زنان تربیت‌کنندگان فرزندان و نسل آینده می‌باشند، بررسی وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی زنان باردار بسیار حائز اهمیت است و نتایج این تحقیق می‌تواند پایه‌ای برای تحقیقات بعدی باشد تا با مداخلات به هنگام در جهت پیشگیری از اختلالات روانی، کاهش نگرانی‌های دوران بارداری و بهبود کیفیت زندگی زنان باردار گام برداشت و نسل آینده سالم‌تری داشت. از این رو، با توجه به مبانی نظری و پیشینه تجربی پژوهش سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا بین نگرانی‌های دوران بارداری، کیفیت زندگی و افسردگی با سلامت عمومی زنان باردار رابطه وجود دارد؟

مواد و روش کار

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری کلیه زنان باردار شهر تبریز که از اول تیر تا آخر مرداد ۱۳۹۵ (دو ماه) به مطب متخصصان زنان و زایمان، بیمارستان‌ها و دفتر کار مامایی این شهر مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دادند که تعداد آن‌ها ۴۲۰ نفر هستند. نمونه آماری تعداد ۲۰۰ زن باردار است که به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس جدول مورگان از مطلب‌های متخصصین زنان و زایمان انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی: قبل از اجرای تست‌ها اهداف پژوهش برای آزمودنی‌ها تشریح گردید و رضایت آزمودنی‌ها اخذ گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش: داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن ملاک خروج از پژوهش: داشتن بیماری‌های روانی برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه نگرانی‌های دوران بارداری: این پرسشنامه توسط آلدردسی و لین (۶) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال می‌باشد که سؤالات ۱ تا ۵ مربوط به نگرانی درباره تولد و فرزند، سؤالات ۶ تا ۸ مربوط به نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی و سؤالات ۹ تا ۱۲ مربوط به نگرانی درباره هیجان‌ها است. این پرسشنامه به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و برای

سنجش نگرانی‌های اختصاصی دوران بارداری به کار رفته است. این پرسشنامه ابتدا توسط یوسفی به فارسی برگردانده شد، سپس این نسخه توسط یک متخصص زبان انگلیسی با مدرک دکتری تخصصی ترجمه معکوس شد و نواقص ترجمه اصلاح گردید. در نهایت پس از مشورت با سه نفر متخصص روان‌شناسی در مورد نسخه فارسی، ابزار برای اجرا آماده شد. پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری روایی ملاکی، پایایی بازآزمایی و همسانی درونی خوبی را نشان داد. همچنین مقایسه دو گروه از زنان باردار (اولین بارداری در برابر چندمین بارداری) نشان داد، زنان با بارداری اول در مقایسه با زنان با چندمین بارداری، نمرات بالاتری را در پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری کسب کردند (۲۳). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای نگرانی درباره تولد و نوزاد، نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی و نگرانی درباره هیجان‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۸ و ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی: این آزمون توسط گلدبرگ (۲۴) ساخته شده و دارای ۲۸ سؤال است و به بررسی سلامت عمومی فرد می‌پردازد که با مقیاس ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است. در این آزمون اگر فرد در هر زیر مقیاس‌ها از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا را به دست می‌آورد بیانگر علائم مرضی بود. در پژوهشی (۲۵) ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق اعتبار بازآزمایی ۰/۷۲ گزارش کرده است. روایی پرسشنامه با استفاده هم‌زمان از پرسشنامه بیمارستان میدلسکس ۰/۵۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۷ به دست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی به منظور ارزیابی کیفیت زندگی ساخته شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه ۲۶ سؤال دارد و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ۲۴ سؤال به صورت ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. در این پرسشنامه ۷ سؤال مربوط به سلامت جسمانی، ۶ سؤال مربوط به سلامت روانی، ۳ سؤال مربوط به روابط اجتماعی و ۸ سؤال مربوط به سلامت محیطی است. که حداقل و حداکثر نمره به ترتیب در سلامت جسمانی ۷ و ۲۸، در سلامت روانی ۶ و ۲۴، در روابط اجتماعی ۳ و ۱۲ و در سلامت محیطی ۸ و ۳۲ است. دو سؤال در هیچ‌یک از دامنه‌ها نیستند و در نمره‌گذاری وارد نمی‌شوند. نصیری و جوکار (۲۶) ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کردند. همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیط و نمره کل کیفیت زندگی به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۰، ۰/۸۴، ۰/۶۷ و ۰/۷۰ به دست آمد.

با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۷). در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۹ به دست آمد. برای توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف استاندارد استفاده شده است. همچنین به منظور تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

پرسشنامه افسردگی: این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی و توسط بک ساخته شده است. این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده است و هر پرسش دارای ۴ جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از خیلی کم (نمره صفر) تا خیلی زیاد (نمره سه) نشان می‌دهد. برای تحلیل، نمرات با هم جمع و اگر نمره فرد بین ۰ تا ۹ باشد بدون افسردگی، نمره ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف، ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط و ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود. این آزمون پایایی و روایی بالایی برای سنجش افسردگی دارد و سهولت اجرا از مزایای آن است. نمره کلی هر فرد با جمع نمرات در تمام جنبه‌ها به دست می‌آید. پایایی این مقیاس

جدول (۱): آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین
سلامت عمومی	۲۲/۵۷	۳/۹۰	۰/۲۷
افسردگی	۲۵/۸۱	۴/۹۲	۰/۳۴
نگرانی‌های دوران بارداری	۴۱/۵۵	۵/۶۰	۰/۳۹
نگرانی درباره تولد و نوزاد	۱۶/۷۵	۲/۸۲	۰/۱۹
نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی	۱۰/۵۶	۲/۱۳	۰/۱۵
نگرانی درباره هیجان‌ها	۱۴/۲۴	۵	۰/۳۵
کیفیت زندگی	۵۹/۴۶	۶/۹۶	۰/۴۹
سلامت جسمانی	۱۷/۱۷	۳/۱۰	۰/۲۱
سلامت روانی	۱۴/۶۷	۲/۸۵	۰/۲۰
روابط اجتماعی	۹/۱۳	۲/۷۴	۰/۱۹
سلامت محیطی	۱۸/۴۷	۳/۱۸	۰/۲۲
سن	۳۳	۵/۶۶	۰/۳۲

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین سلامت عمومی، ۲۲/۵۷، نگرانی‌های دوران بارداری ۴۱/۵۵، کیفیت زندگی ۵۹/۴۶ و افسردگی ۲۵/۸۱ است.

جدول (۲): آزمون معنی‌دار کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	Z کلموگروف-اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
سلامت عمومی	۲۲/۵۷	۳/۹۰	۱/۲۹	۰/۰۶
نگرانی‌های دوران بارداری	۴۱/۵۵	۵/۶۰	۱/۰۱	۰/۲۵
کیفیت زندگی	۵۹/۴۶	۶/۹۶	۰/۸۸	۰/۴۱
افسردگی	۲۵/۸۱	۴/۹۲	۰/۸۴	۰/۴۷

فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است؛ لذا توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌گردد. در این آزمون هر چه سطح معنی‌داری

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد که مقدار سطح معنی‌داری در آزمون

به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، توزیع داده‌ها نرمال است. بنابراین با توجه به اینکه توزیع نرمال است؛ لذا می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

برای بررسی اینکه بین کیفیت زندگی با سلامت عمومی زنان باردار رابطه وجود دارد، از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج در جداول ذیل ارائه شده است.

جدول (۳): خلاصه یافته‌های حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان برای پیش‌بینی سلامت عمومی از روی متغیرهای

مدل	R	R2	خطای استاندارد میانگین	F	سطح معنی‌داری
هم‌زمان	۰/۲۰	۰/۰۴	۳/۸۵	۲/۱۵	۰/۰۵

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که متغیرهای کیفیت زندگی قادرند (سلامت عمومی) را به‌طور معنی‌داری در زنان باردار پیش‌بینی کنند.

در جدول ۴ سهم هر یک از متغیرهای کیفیت زندگی در سلامت عمومی زنان باردار نشان داده شده است.

جدول (۴): ضرایب رگرسیونی متغیرهای وارده شده به معادله برای پیش‌بینی سلامت عمومی از روی متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن

مدل	B	خطای استاندارد	β	t	سطح معنی‌داری
ضریب ثابت	۲۸/۳۷	۲/۴۳	-	۱۱/۶۴	۰/۰۰۱
نمره سلامت روان کیفیت زندگی	-۰/۰۶	۰/۰۹	-۰/۰۴	-۰/۶۲	۰/۵۳
نمره سلامت جسمی کیفیت زندگی	-۰/۲۳	۰/۰۸	-۰/۱۸	-۲/۵۹	۰/۰۱
نمره سلامت محیطی کیفیت زندگی	-۰/۰۱	۰/۰۸	-۰/۰۱	-۰/۱۹	۰/۸۴
نمره سلامت اجتماعی کیفیت زندگی	-۰/۰۷	۰/۱۰	-۰/۰۴	-۰/۶۷	۰/۴۹

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، در تحلیل رگرسیون به روش هم‌زمان، طی چهار گام، متغیرهای سلامت روانی، جسمی، محیطی و اجتماعی کیفیت زندگی برای پیش‌بینی سلامت عمومی وارد معادله رگرسیون شده‌اند. به ترتیب همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، متغیر سلامت جسمی کیفیت زندگی با ضریب بتای استاندارد $\beta = -۰/۱۸$ نیرومندترین متغیر در پیش‌بینی و دارای ۱۸ درصد سهم در تبیین سلامت عمومی زنان باردار نقش دارند. سایر متغیرهای کیفیت زندگی قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی نبودند.

جدول (۵): آزمون همبستگی بین افسردگی با سلامت عمومی زنان باردار

متغیر	سلامت عمومی
افسردگی	$r = ۰/۲۰$
	$p = ۰/۰۰۵$

همچنین برای بررسی اینکه بین افسردگی با سلامت عمومی زنان باردار رابطه وجود دارد، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول ۶ نشان داده شده است.

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که رابطه افسردگی با سلامت عمومی در زنان باردار از نظر آماری مثبت و معنی‌دار است ($t = ۰/۲۰$) و با توجه به جهت همبستگی مثبت و مستقیم می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش افسردگی، بر سلامت عمومی (اختلال)

برای بررسی اینکه بین افسردگی با سلامت عمومی زنان باردار رابطه وجود دارد، از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج در جداول ذیل ارائه شده است.

برای بررسی اینکه بین نگرانی‌های دوران بارداری با سلامت عمومی زنان باردار رابطه وجود دارد، از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول (۶): خلاصه یافته‌های حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان برای پیش‌بینی سلامت عمومی از روی متغیر نگرانی‌های

دوران بارداری					
مدل	R	R ²	خطای استاندارد میانگین	F	سطح معنی‌داری
هم‌زمان	۰/۲۷	۰/۰۷	۳/۷۷	۵/۵۳	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۶ نشان می‌دهد که متغیر نگرانی‌های دوران بارداری قادر است سلامت عمومی را به‌طور معنی‌داری در زنان باردار پیش‌بینی کنند.

در جدول ۷ سهم هر یک از متغیرهای نگرانی‌های دوران بارداری در سلامت عمومی زنان باردار نشان داده شده است.

جدول (۷): ضرایب رگرسیونی متغیرهای وارده شده به معادله برای پیش‌بینی سلامت عمومی از روی متغیرهای افسردگی

مدل	B	خطای استاندارد	β	t	سطح معنی‌داری
ضریب ثابت	۱۹/۹۳	۲/۵۴	-	۷/۸۳	۰/۰۰۱
نمره نگرانی درباره تولد و نوزاد	-۰/۱۴	۰/۰۹	-۰/۱۰	۱/۴۵	۰/۱۴
نمره نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی	۰/۱۹	۰/۱۳	۰/۱۰	۱/۴۵	۰/۱۴
نمره نگرانی درباره هیجان	۰/۲۰	۰/۰۵	۰/۲۶	۳/۷۴	۰/۰۰۱

سلامت عمومی زنان باردار نقش دارند. سایر متغیرهای نگرانی‌های دوران بارداری قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی نبودند. برای بررسی اینکه چقدر متغیرهای نگرانی‌های دوران بارداری، کیفیت زندگی و افسردگی می‌توانند تغییرات سلامت عمومی را در زنان باردار پیش‌بینی کنند از روش تحلیل رگرسیون (هم‌زمان) استفاده شد. نتایج در جدول ۸ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۷ نشان داده شده است، در تحلیل رگرسیون به روش هم‌زمان، طی سه‌گام، متغیرهای نگرانی درباره تولد و نوزاد، نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی و نگرانی درباره هیجان برای پیش‌بینی سلامت عمومی وارد معادله رگرسیون شده‌اند. متغیر نگرانی درباره هیجان بارداری با ضریب بتای استاندارد $\beta = ۰/۲۶$ نیرومندترین متغیر در پیش‌بینی و دارای ۲۶ درصد سهم در تبیین

جدول (۹): خلاصه یافته‌های حاصل از تحلیل رگرسیون به روش هم‌زمان برای پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس نگرانی‌های دوران

بارداری، کیفیت زندگی و افسردگی					
مدل	R	R ²	خطای استاندارد میانگین	F	سطح معنی‌داری
هم‌زمان	۰/۳۶	۰/۱۳	۳/۷۳	۷/۰۰۷	۰/۰۰۱

پیش‌بین قادر است تغییرات متغیر ملاک (سلامت عمومی) را در زنان باردار پیش‌بینی کند. در جدول ۹ سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین (نگرانی‌های دوران بارداری، کیفیت زندگی و افسردگی) در سلامت عمومی زنان باردار نشان داده شده است.

مندرجات جدول ۸ نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین (نگرانی‌های دوران بارداری، کیفیت زندگی و افسردگی) قادرند ۹ درصد از تغییرات متغیر ملاک (سلامت عمومی) را به‌طور معنی‌داری در زنان باردار پیش‌بینی کنند و چون F محاسبه‌شده (۷/۰۰۷) در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار است؛ نشان می‌دهد که یکی از متغیرهای

جدول (۹): ضرایب رگرسیونی متغیرهای وارده شده به معادله برای پیش‌بینی سلامت عمومی از روی متغیرهای نگرانی‌های دوران بارداری،

کیفیت زندگی و افسردگی					
مدل	B	خطای استاندارد	β	t	سطح معنی‌داری
ضریب ثابت	۱۸/۶۷	۳/۳۳	-	۵/۶۰	۰/۰۰۱
نگرانی‌های دوران بارداری	۰/۱۲	۰/۰۴	۰/۱۸	۲/۶۴	۰/۰۰۹
کیفیت زندگی	-۰/۰۹	۰/۰۳	-۰/۱۶	-۲/۳۵	۰/۰۰۲
افسردگی	۰/۱۵	۰/۰۵	۰/۱۹	۲/۹۰	۰/۰۰۴

همان‌طور که در جدول ۹ نشان داده شده است، در تحلیل رگرسیون به روش هم‌زمان، طی سه‌گام، متغیرهای نگرانی‌های دوران بارداری، کیفیت زندگی و افسردگی برای پیش‌بینی سلامت عمومی وارد معادله رگرسیون شده‌اند. متغیر افسردگی با ضریب بتای استاندارد $\beta = ۰/۱۹$ نیرومندترین متغیر در پیش‌بینی و دارای ۱۹ درصد سهم و پس‌از آن متغیر نگرانی‌های دوران بارداری با $\beta = ۰/۱۸$ ، ۱۸ درصد سهم و در نهایت متغیر کیفیت زندگی با $\beta = -۰/۱۶$ ، ۱۶ درصد سهم، در تبیین سلامت عمومی زنان باردار نقش دارند. بنابراین بررسی ضرایب بتا نشان می‌دهد به ترتیب افسردگی، نگرانی‌های دوران بارداری و کیفیت زندگی قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی زنان باردار هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته اول پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی با سلامت روانی در زنان باردار رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. در واقع با توجه به جهت همبستگی منفی و معکوس می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش کیفیت زندگی، از میزان سلامت روانی زنان باردار کاسته می‌شود (با توجه به این‌که نمرات بالا در پرسشنامه‌ی سلامت عمومی نشان‌دهنده‌ی اختلال روانی بیشتری است، ارتباط منفی بین این دو متغیر نشان می‌دهد با افزایش نمرات کیفیت زندگی، نمرات پرسشنامه‌ی سلامت روانی (اختلال روانی) کاهش یافته و این مسئله نشان‌دهنده‌ی سلامت روانی بهتر در زنان دارای کیفیت زندگی بالاتر می‌باشد).

این یافته با نتایج پژوهش‌های کرمی و مردانی (۵)، لوگسدون و همکاران (۲۸) مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سلامت روان زنان در دوران بارداری تحت تأثیر اثر عواملی مثل: احساس در مورد هویت زنانگی، زندگی زناشویی، ارتباط با خانواده همسر و احساس زن در مورد توافقات و تضادها، ارتباط جنسی و خواستن و نخواستن کودک قرار می‌گیرد. همچنین بارداری و زایمان همچون حلقه‌های زنجیر به هم پیوسته است و جسم و روان زن را به‌طور اجتناب‌ناپذیری تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵).

وقتی افراد نمی‌خواهند که احساسات و افکار ناخوشایند نداشتند باشند که معمولاً ناخواسته بوده و تحت اراده فرد نیست، شروع به انتقاد از خود کرده و خود را به خاطر داشتن اضطراب مورد سرزنش قرار می‌دهند. این حالت سرزنش خود باعث افزایش تجارب درونی ناخوشایند مانند اضطراب می‌شود. بخشی از آسیب‌شناسی، زنان باردار به این دلیل است که افراد مدام در گذشته و آینده زندگی می‌کنند. به عبارتی یا مدام افکار ناخوشایند مربوط به گذشته را مرور می‌کنند و یا از آینده‌ای که هنوز نیامده نگران و مضطرب هستند. در این شرایط فرد زندگی کنونی خود را از دست می‌دهد. مثلاً یک مادر مضطرب مدام نگران وضعیت سلامتی، عملکرد تحصیلی و آینده اعضای خانواده خود است یعنی مدام در آینده زندگی می‌کند. اگرچه این مادر به فکر اعضای خانواده خود هست، اما همین نگرانی باعث می‌شود نتواند نسبت به همین لحظه‌ای که در کنار آن‌هاست، آگاهی داشته باشد و از آن لذت ببرد. این مادر مضطرب ممکن است به بهای نگرانی برای فرزندان خود حتی از امور مهم زندگی خود بازماند. یعنی نسبت به وضعیت سلامتی، روابط اجتماعی و حتی فرزندپروری مناسب عملکرد مناسبی نداشته باشد. بنابراین این عامل باعث کاهش سلامت عمومی در زنان باردار شده و میزان کیفیت زندگی نیز کاهش می‌یابد (۲۸).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین افسردگی با سلامت عمومی در زنان باردار رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. در واقع با توجه به جهت همبستگی مثبت و مستقیم می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش افسردگی، بر سلامت عمومی (اختلال روانی) زنان باردار افزوده می‌شود. (نمره بالاتر در پرسشنامه سلامت عمومی نشان‌دهنده اختلال بیشتر است؛ لذا با توجه به رابطه مثبت، با افزایش افسردگی، میزان سلامت عمومی (اختلال روانی) نیز افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش‌های مردانی حموله و ابراهیمی (۲۹) و سمیل و همکاران (۳۰) مطابقت دارد. به‌طوری‌که مردانی-حموله و ابراهیمی (۲۹) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که ۴۴/۸ درصد زنان باردار مشکوک به اختلالات روانی بوده‌اند که به ترتیب شامل اختلال عملکرد اجتماعی ۲۶ درصد، اختلال اضطرابی ۱۸ درصد، اختلال جسمانی‌سازی ۱۷ درصد و اختلال افسردگی ۱۶

با سلامت روان آنان می‌توانند نمود پیدا کنند. در واقع زنانی که دارای اضطراب بالایی است و بارداری را یک دوره بحرانی در نظر می‌گیرند، از سلامت روانی پایینی نیز برخوردارند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که متغیرهای پیش‌بین (نگرانی- های دوران بارداری، کیفیت زندگی و افسردگی) قادرند ۹ درصد از تغییرات متغیر ملاک (سلامت عمومی) را به‌طور معنی‌داری در زنان باردار پیش‌بینی کنند. بررسی ضرایب بتا نشان می‌دهد به ترتیب افسردگی، نگرانی‌های دوران بارداری و کیفیت زندگی قادر به پیش- بینی سلامت عمومی زنان باردار هستند.

زنان مبتلا به اختلال‌های روانی و دارای نگرانی بیشتر الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخ‌دهی به محیط را یاد گرفته‌اند و همچنین فاقد راهبردهای مقابله‌ای مؤثر هستند. زنان مبتلا به اضطراب (که نگرانی جزء همیشگی آن است) به خاطر اینکه به‌جای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخ اجتنابی و ناتوانی هستند، از نگرانی و اضطراب مفرط رنج می‌برد. بعد از سال‌ها شناسایی تهدیدهای بالقوه و پاسخ‌دهی به‌صورت اضطراب، نگرانی و اجتناب، این مراجعان الگوهای پاسخ‌دهی خودکار و مداوم را پیدا می‌کنند. افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی مداوم و تکرار شونده هستند، بنابراین در نهایت این زن‌چیره کاملاً خارج از آگاهی قرار می‌گیرد. با توجه به این‌که اصلی‌ترین ملاک اختلال اضطراب عامل نگرانی می‌باشد و نظر به اینکه اضطراب اختلالی است که از تعامل مؤلفه‌های فیزیولوژی، شناختی و رفتاری به وجود می‌آید؛ بنابراین نگرانی و کیفیت زندگی پایین، باعث کاهش سلامت عمومی در زنان می‌شود (۳۲).

افسردگی ممکن است در پاسخی به استرس‌های روانی- اجتماعی ناشی از مشکلات روان‌شناختی باشد. ضرورت محدودیت در رژیم غذایی و نخوردن بسیاری از غذاها و انجام دادن تمرینات فیزیکی ممکن است برای زن باردار همراه با اضطراب و نگرانی بوده، که این عوامل ممکن است ریشه روانی- اجتماعی را تبیین کند، از سوی دیگر به نظر می‌رسد افزایش عوارض ناشی از بارداری و شدت افسردگی را در بیماران افزایش دهد. بنابراین این نگرانی و اضطراب و افسردگی باعث کاهش سلامت عمومی در زنان باردار می‌شود (۳۳).

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجایی که یافته‌های پژوهش بر اساس پرسشنامه بود و ممکن است به دلیل ناخودآگاه شرکت‌کنندگان در پژوهش از پاسخ دادن طفره روند و این ممکن است نتایج پژوهش را به مخاطره بی‌اندازد و قابل تعمیم نباشد. این پژوهش بر روی زنان باردار شهر تبریز انجام گرفته است که در تعمیم‌یافته‌ها برای زنان و شهرهای دیگر با محدودیت مواجه است. بنابراین پیشنهاد می‌شود با توجه به وجود اختلالات روانی در میان زنان باردار، لزوم اهمیت مراقبت‌های روانی دوران بارداری هم‌راستای

درصد می‌شد. بین سلامت روانی زنان باردار با یافته‌های دموگرافیک آنان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. سمپل و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان دادند که سطح بالاتر شناخت‌های غیرمنطقی مربوط به مادر شدن در زنان محتمل‌ترین توضیح برای عملکرد توأم با مشکلات روان‌شناختی آنان از جمله تجربه اضطراب و نگرانی می‌باشد و می‌تواند تأثیر نامطلوبی بر سلامت روانی آنان داشته باشد.

در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که زنان باردار ممکن است تصور کنند که حوادث و رویدادها سخت‌تر از آن چیزی که واقعاً هست، می‌باشد که این خود باعث افزایش استرس، اضطراب می‌شود. از سویی سلامت عمومی بالا به زنان باردار در ایجاد احساسی از آرامش در رویارو شدن با تکالیف دشوار و فعالیت‌ها کمک می‌کند. پس افسردگی پایین به یک منبع مهم برای احساس شادی تبدیل می‌گردد و باعث افزایش سلامت روانی می‌شود (۳۰). در واقع افسردگی پایین در زنان باردار، سلامت شخصی، توانایی انجام تکالیف و کارها را به طرق متعدد، افزایش می‌دهد؛ افرادی که به قابلیت‌های خود اطمینان دارند تکالیف مشکل را به‌عنوان چالش در نظر می‌گیرند که باید بر آن تسلط یابند، به‌جای این‌که آن را تهدید- آمیز ببینند و از آن اجتناب کنند، اهداف چالش‌انگیز را انتخاب می‌کنند و قویاً متعهد باقی می‌مانند تا آن را به انجام برسانند. آن‌ها اطمینان دارند که قادرند تهدیدهای بالقوه را تحت مهار خود درآورند، به‌خوبی با شرایط، سازگاری پیدا کنند و اضطراب کمتر و سلامت روانی بالاتری را تجربه کنند (۳۰).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین نگرانی‌های دوران بارداری با سلامت عمومی در زنان باردار رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. در واقع با توجه به جهت همبستگی مثبت و مستقیم می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش نگرانی‌های دوران بارداری، بر نمره سلامت عمومی (اختلال روانی) زنان باردار افزوده می‌شود. (نمره بالاتر در پرسشنامه سلامت عمومی نشان‌دهنده اختلال بیشتر است؛ لذا با توجه به رابطه مثبت، با افزایش نگرانی‌های دوران بارداری، میزان سلامت عمومی (اختلال روانی) نیز افزایش می‌یابد.

این یافته با نتایج پژوهش‌های شاه‌حسینی و همکاران (۳۱)، سنگ و همکاران (۳۲) همسو است. در تبیین این یافته شاه‌حسینی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی خود به این نتیجه دست یافتند که این اضطراب آشکار با زایمان قبل از موعد با و بین اضطراب پنهان با زایمان قبل از موعد با ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشته است. با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود که سنجش و کنترل عوامل روحی، روانی در مراقبت‌های دوران بارداری همانند سایر عوامل بیولوژیکی و طبی گنجانده شود.

سنگ و همکاران (۳۲) نیز در پژوهشی نشان دادند که بارداری یک دوره بحرانی برای زنان است که در این دوران مشکلات مرتبط

در جهت حفظ سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی آنان بکوشند و در این راستا جدیت بیشتری داشته باشند؛ زیرا همه این اقدامات در نهایت به ارتقای سلامت جامعه خواهد انجامید.

تشکر و قدردانی

در این پژوهش از کلیه آزمودنی‌های پژوهش و متخصصان زنان و زایمان که اجازه همکاری جهت انجام پژوهش را دادند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

مراقبت‌های جسمی آنان برای ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها، محرز می‌گردد تا با شناسایی مادران مستعد به این‌گونه اختلالات از بروز آن‌ها طی مراحل مختلف بارداری پیشگیری نمود. بروز اختلالات روانی در دوران بارداری پیشگویی‌کننده خوبی جهت این اختلالات در مرحله بعد از زایمان است. بنابراین دوران بارداری زمان مطلوبی برای غربالگری و تشخیص‌های مربوط در این خصوص می‌باشد و بر تمامی کارکنان خدمات بهداشتی و درمانی واجب است تا با مداخلات به‌موقع و راهنمایی‌های لازم به یاری زنان باردار بشتابند و

References

1. Kugu N, Akyuz G. Psychological state in pregnancy. *J Fac Med Cumhuriyet Univ* 2001; 23(1): 61-4.
2. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2003; 42(Pt 2): 111-31.
3. Eurenus E, Lindkvist M, Sundqvist M, Ivarsson A, Mogren I. Maternal and paternal self-rated health and BMI in relation to lifestyle in early pregnancy: the Salut Programme in Sweden. *Scand J Public Health* 2011; 39(7): 730-41.
4. Naseem K, Khurshid S, Khan SF, Moeen A. Health related quality of life in pregnant women: a comparison between urban and rural populations. *J Pak Med Assoc* 2011; 61(3): 308-12. (Persian)
5. Karami KH, Mardani A. The relationship between mental health and quality of life in pregnant women. *J health Breeze*, 2(1): 12-17.. (Persian)
6. Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the Prenatal Distress Questionnaire. *Midwifery* 2001; 27(4): 553-9.
7. Ghooshchian S, Dehghani M, Khorsandi M, Farzad V. The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor. *Arak Medi Uni J*. 2011; 14 (3): 45-54. (Persian)
8. Hirsh AT, George SZ, Riley III. JL, Robinson ME. An evaluation of the measurement of pain catastrophizing by the coping strategies questionnaire. *Euro J Pain* 2007; 11(1): 75-81.
9. Williams A. Pregnancy without stress. 2013.
10. Arch JJ. Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Compr Psychiatr* 2013; 54(3): 217-28.
11. Keye W R, Chang RJ, Rebar RW, & Soules M R. Infertility. Evaluation and Treatment. Philadelphia: WB Saunders, 1995.
12. Segerstrom S, Miller G. Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psycho Bulletin* 2004, 130: 610-30.
13. Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstetrics Gynecol* 1999; 94: 935-41.
14. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract* 1998;47(3):209-12.
15. Phillips D. Quality of life: concept, policy and practice. 2nd ed. London: Routledge, 2006.
16. Donald A. What is quality of life? Available at: www.jr2.ox.ac.uk, 2001.
17. Gordon MC. Maternal physiology. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics: Normal*

- and Problem Pregnancies. 5th Ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone: chap 3, 2007.
18. Zahedi M, Deris F. The quality of life in pregnant women in Farokhshahr city, 2012. *J Clin Nurs Midwifery* 2014; 3 (3): 63-9. (Persian)
 19. Abaszadeh F, Bageri A, Mehran N. Quality of life in pregnant women. *Payesh* 2009; 9(1): 69-75. (Persian)
 20. Guskowska M, Langwald M, Zaremba A, Dudziak D. The correlates of mental health of well-educated Polish women in the first pregnancy. *J Ment Health* 2016; 23 (6): 328-32.
 21. Kingston D, Janes-Kelley S, Tyrrell J, Clark L, Hamza D, Holmes P, et al. An integrated Web-based mental health intervention of assessment-referral-care to reduce stress, anxiety, and depression in hospitalized pregnant women with medically high-risk pregnancies: a feasibility study protocol of hospital-based implementation. *JMIR Res Protoc* 2015; 4(1): e9.
 22. Seng JS, D'Andrea W, Ford JD. Complex Mental Health Sequelae of Psychological Trauma Among Women in Prenatal Care. *Psychol Trauma* 2014;6(1):41-9.
 23. Yusefi R. psychometric properties of the Prenatal Distress Questionnaire (PDQ). *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015; 13 (3): 215-225. (Persian)
 24. Goldberg D P. The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of Non- Psychotic Psychiatric Illness. London: Oxford University press, 1972.
 25. Taghavi MA. Evaluate the validity and reliability of public health. *J Psych* 2001; 20: 81-9. (Persian)
 26. Nasiri H, Jokar B. Meaning in life expectancy, life satisfaction and mental health in women. *Res women* 2008; 6: 157-176. (Persian)
 27. Sadeghyan E, Heidarian pour A. Avamele estresza va ertebate an ba salamate ravanye daneshjooyane daneshgahe oloom pezehshkye Hamedan. *Nurs Midwfy Fac J Tehran Univ Medi Sci* 2009; 15(1): 71-81. (Persian)
 28. Logsdon MC, McBride AB, Birkimer JC. Social support and postpartum depression. *Hayat* 2009; 15(1): 41-8.
 29. Mardanihamule M, Ebrahimi E. Mental health status of pregnant women referring to shahinshahr health care centers. *Bouyeh J Gorgan Univ Med Sci* 2010;7(17):27-33. (Persian)
 30. Semple RJ, Reid EFG, & Miller LF. Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *J Cogn Psychother* 2005, 19, 387-400.
 31. Shahhosseini Z, Abedian K, Azimi H. Role of anxiety during pregnancy in preterm delivery. *ZUMS* 2008; 16 (63): 85-92. (Persian)
 32. Seng JS, D'Andrea W, Ford JD. Complex Mental Health Sequelae of Psychological Trauma Among Women in Prenatal Care. *Psychol Trauma* 2014;6(1):41-9.
 33. Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Biliński P, Paprzycki P. Physical activity among women at reproductive age and during pregnancy (Youth Behavioural Polish Survey - YBPS and Pregnancy-related Assessment Monitoring Survey - PrAMS) - epidemiological population studies in Poland during the period 2010-2011. *Ann Agric Environ Med* 2011; 18(2): 365-74.

THE RELATIONSHIP BETWEEN PRENATAL CONCERNS, DEPRESSION, QUALITY OF LIFE AND GENERAL HEALTH OF PREGNANT WOMEN

Ayatolah Fathi¹, Sohila Golakeh Khibari²

Received: 2 Dec, 2017; Accepted: 17 Feb, 2018

Abstract

Background & Aims: The aim of this study was the relationship between prenatal concerns, depression and quality of life with general health of pregnant women.

Material & Methods: The study was descriptive and correlation. The population of all pregnant women in the city Tabriz that from May to July 2016 had been referred to the office of obstetricians and Gynecologists, the number of which 420 are formed. The sample of 200 pregnant women with available samples and based on Morgan table of content of gynecologists were selected and studied. To collect the data, general health, Alderdice & Lynn Prenatal Distress Questionnaire, World Health Organization Quality of Life and Beck Depression Inventory were used. Data analysis was performed using Pearson correlation and regression analysis.

Results: The results showed that there is a significant negative relationship between the quality of life and general health of pregnant women. Also there is a significant negative relationship between public health, concerns and depression during pregnancy. In addition, results of regression analysis showed that depression, anxiety and quality of life during pregnancy can predict the general health of pregnant women are variable.

Conclusion: General health of pregnant women is one of the important issues of pregnancy and the results of this study can be used by doctors and specialists in the field of pregnancy.

Keyword: general health, prenatal concerns, quality of life, depression

Address: Tehran, Research Institute of Police Science and social studies NAJA

Tel: +98 9142597639

Email: a.fathi64@gmail.com

¹ PhD of Pedagogical Psychology, University of Tabriz and Assistant Professor of the Institute of Police and Social Sciences of Naja (Corresponding Author)

² Master of Clinical Psychology and Midwifery Expert