

بررسی ارتباط بین مشارکت همسران در مراقبت‌های دوران بارداری با سلامت روان زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۲

سهیلا ربیعی پور^۱، علیرضا خدائی^{۲*}، مولود رادفر^۳، حمیدرضا خلخالی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۱۲/۰۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۳/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تأمین سلامت روان در زنان باردار از عوامل مهم در ثبات و پایداری خانواده و جامعه می‌باشد که یکی از استراتژی‌های مهم برای سلامت جسمی و روانی زن در دوران بارداری مشارکت همسران زنان باردار در این امر خطیر می‌باشد. این مطالعه باهدف بررسی ارتباط بین مشارکت همسران در مراقبت‌های دوران بارداری با سلامت روان زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی از نوع هم‌بستگی است که بر روی ۲۷۵ زن باردار که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه سه‌قسمتی اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه مشارکت مردان و پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28) استفاده شد و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی پیرسون برحسب نیاز استفاده شد؛ و با استفاده از برنامه آماری SPSS-20 تجزیه تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در این مطالعه $25/27 \pm 4/2$ بود. میانگین نمره مشارکت همسران $43/05 \pm 5/91$ و میانگین نمره سلامت روان $39/13 \pm 9/518$ بود. رابطه مستقیم و معناداری بین سلامت روان زنان و مشارکت همسران وجود داشت ($P = 0/000$ و $r = 0/294$) و بیشترین ارتباط مربوط به حیطه جسمانی سلامت روان بود ($P = 0/001$ و $r = 0/294$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نقش محوری زنان در تربیت فرزندان، توجه بیش‌ازپیش مسئولان بهداشتی به سلامت روان زنان، از طریق برنامه‌هایی همچون آموزش همسران برای مشارکت در مراقبت‌های دوران بارداری، توجه به بعد روانی زنان باردار در مراقبت‌های دوران بارداری، می‌تواند سلامت روان زنان باردار را ارتقاء دهند.

کلیدواژه‌ها: مشارکت همسران، مراقبت‌های دوران بارداری، سلامت روان، زنان باردار

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره چهارم، پی‌درپی ۶۹، تیر ۱۳۹۴، صص ۳۳۸-۳۴۷

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۴-۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱-۴
Email: khodai.h@umsu.ac.ir

مقدمه

است. لذا تلاش در جهت مشارکت مردان در امور مرتبط با سلامت زنان می‌تواند علاوه بر تقویت روابط درون خانواده، بر کیفیت رابطه زن و مرد در اجتماع نیز مؤثر باشد. دیدگاه دیگر به این موضوع بر اثرات مثبت بهداشتی مشارکت مردان تأکید دارد که از طریق افزایش حمایت اجتماعی برای زنان تأمین می‌شود (۲). از این دیدگاه حضور در مراقبت‌های بارداری فرصت‌های خوبی برای پدران فراهم می‌کند تا نقش مهم و مثبتی در امر سلامت همسر و کودک خود ایفا کنند و برای تطابق با نقش جدید خود به‌عنوان والد، آماده شوند (۳).

یکی از استراتژی‌های مهم برای سلامت جسمی، روحی و روانی زن در دوران بارداری مشارکت و حمایت افراد نزدیک به‌خصوص همسر زنان باردار در این امر خطیر می‌باشد (۱). نقش مردان در امور مربوط به بارداری از موضوعات چالش‌برانگیز است. از یک دیدگاه بارداری و زایمان تجربه‌ای است متعلق به زنان و نقش مردان را به‌طور عمدانه نقشی ثانوی در نظر می‌گیرند و از دیدگاه دیگر بارداری زمان مناسبی برای گفتگو در مورد رابطه دو جنس، توزیع قدرت بین آن‌ها و ارتقای ارتباطی معقول‌تر بین زوجین

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استادیار آمار زیستی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

با توجه به اینکه زنان باردار یکی از گروه‌های حساس بهداشتی هستند و سلامت روان آنان، سلامت خانواده و جامعه را تضمین می‌نماید و این زنان تربیت‌کنندگان فرزندان و نسل آینده می‌باشند و نیز با توجه به مطالعات اندکی که در ایران در مورد مشارکت مردان بر سلامت روان زنان باردار انجام گرفته است، این مطالعه باهدف تعیین ارتباط بین مشارکت همسران در مراقبت‌های دوران بارداری با سلامت روان زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است که بر روی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهدا و شماره ۶ و همچنین پایگاه‌های بهداشتی وکیل‌آباد و اسلام‌آباد ارومیه در سال ۱۳۹۲ انجام شد. ۲۷۵ زن باردار که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس برای مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: علاقه‌مندی به شرکت در پژوهش، بارداری بدون عارضه، عدم مصرف داروهای روانی بود و معیار خروج عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه سه‌قسمتی استفاده شد که شامل؛ ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش، پرسشنامه مشارکت پدران در مراقبت‌های دوران بارداری و نسخه فارسی پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-28) که به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد بود.

پرسشنامه مشارکت پدران در مراقبت‌های دوران بارداری توسط معصومه سیمبر و همکاران ساخته شده و برای سنجش نگرش زنان باردار در مورد مشارکت پدران در مراقبت‌های دوران بارداری بکار می‌رود و شامل ۳۰ سؤال دارای لیکرت ۳ درجه‌ای است و برای گزینه موافق نمره دو، برای بی‌نظر نمره یک و برای مخالف نمره صفر در نظر گرفته شد. نمرات بین ۰-۲۰ مشارکت ضعیف، ۲۱-۴۰ مشارکت متوسط و ۴۱-۶۰ مشارکت خوب طبقه‌بندی می‌گردند. روایی و پایایی آن نیز در مطالعه مذکور تأیید شده بود (۲۷).

پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از ۴ خرده آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن‌ها دارای ۷ سؤال است. این پرسشنامه دو شیوه نمره‌گذاری دارد. یکی روش سنتی است که گزینه‌ها به صورت ۰-۱-۱-۱ نمره داده می‌شوند و حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره‌گذاری، روش نمره‌گذاری لیکرت است. در پژوهش حاضر نحوه نمره‌گذاری

مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان پیامدهای مثبتی را در بر دارد (۸-۴). این مشارکت می‌تواند خطر تولد نوزاد زودرس و با وزن کم و نیز محدودیت رشد داخل رحمی و مرگ‌ومیر نوزادان را کاهش دهد (۹). شواهد اپیدمیولوژیکی و فیزیولوژیکی نشان می‌دهد که مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری باعث کاهش استرس (۶) و پذیرش مراقبت‌های دوران بارداری می‌شود (۱۰، ۱۱) و باعث پذیرش نقش پدر و مادر در مراحل اولیه می‌گردد (۱۵-۱۲).

سلامت روان، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند و عبارت از رفتار هم سو با جامعه، پذیرفتن واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن‌ها است (۱۶). در این میان یکی از گروه‌های حساس جامعه برای ارزیابی وضعیت سلامت روان، زنان باردار هستند. دوران بارداری، اگرچه برای اکثر زنان یک دوره مسرت‌بخش است، اغلب یک دوره پراسترس و همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی نیز به حساب می‌آید. علاوه بر این بروز مجموعه‌ای از ناراحتی‌ها و مشکلات در این دوره نیز اثرات قابل ملاحظه‌ای بر وضعیت روانی آنان خواهد داشت؛ مثل تهوع و استفراغ‌های مکرر، خستگی، دردهای ناگهانی که حتی در یک بارداری طبیعی این‌گونه مشکلات توانایی زن را برای انجام نقش‌های معمول زندگی تغییر می‌دهد (۱۷).

نتایج مطالعات مختلف بیانگر این است که بارداری با تغییرات قابل ملاحظه‌ای در وضعیت سلامت روانی و سلامت فیزیکی زنان همراه است و عملکرد اجتماعی در زنان باردار نسبت به سایر افراد جامعه در سطح پایین تری قرار دارد (۲۱-۱۸). اغلب زنان باردار ترس و نگرانی زیادی دارند و از اینکه چگونه با شرایط خود را وفق دهند دچار اضطراب می‌شوند که این امر در نوع خود مخاطراتی در پی خواهد داشت به طوری که بروز حالت خفگی جنین در زمان تولد بین زنان مضطرب وجود دارد و همچنین الگوهای غیرطبیعی ضربان قلب جنین، نمره آپگار پایین، افزایش مرگ‌ومیر در زمان تولد و تولد نوزاد کم‌وزن از دیگر خطرات همراه اضطراب بارداری می‌باشند (۲۲)، همچنین در یک مطالعه شیوع اختلالات روانی ارتباط معنی داری با کم بودن سن مادر در حاملگی اول، ازدواج کمتر از یک سال، داشتن همسر بدون حمایت و تاریخچه سقط داشته است (۲۳).

تاکنون مطالعات انجام شده در سطح جهان در زمینه مشارکت مردان در مجموع بر محورهایی چون تنظیم خانواده، بیماری‌های مقاربتی و ایدز متمرکز بوده است و به سایر جنبه‌های بهداشت زنان مثل حاملگی و زایمان توجه کافی نشده است (۲۵-۲۴) و این در حالی است که از زمان اجلاس جمعیت و توسعه (۱۹۹۴) بر ترویج بهداشت باروری و سلامت مادران تأکید شده است (۲۶)؛ بنابراین،

¹ General Health Questionnaire

و تمام ابعاد سلامت عمومی استفاده گردید؛ و از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون برحسب نیاز استفاده شد. سطح معناداری کمتر از پنج صدم در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سنی و انحراف معیار زنان شرکت کننده در این مطالعه $25/27 \pm 4/2$ است. میانگین نمره مشارکت همسران $43/05 \pm 5/91$ با دامنه ۲۶-۵۷ بود و میانگین نمره سلامت روان $39/13 \pm 9/518$ با دامنه ۲۰-۶۷ بود. از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین سن مادر و سلامت روان استفاده شد که نشان دهنده این است که رابطه معنی داری بین سلامت روان و سن مادر وجود داشت ($I=0/001$ و $p=0/01$)؛ ولی بین مشارکت همسران و سن پدر رابطه آماری معنی داری وجود نداشت ($I=0/11$ و $p=0/6$).

براساس مدل لیکرت بدین شرح است: برای گزینه الف نمره صفر، گزینه ب نمره یک، گزینه ج نمره دو و گزینه د نمره سه منظور شده است. نمره هر آزمودنی حداقل صفر و حداکثر ۸۴ است. شایان ذکر است در همه گزینه‌ها درجات پایین نشان دهنده سلامتی و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی و اختلال در فرد است. در این پرسشنامه نمرات ۰-۲۲ عدم وجود بیماری، ۲۳-۴۰ بیماری خفیف ۴۱-۶۰ متوسط و ۶۱-۸۴ بیماری شدید طبقه بندی می شود؛ و در همه حیطه‌های سلامت روان نیز نمرات ۰-۶ عدم وجود بیماری، ۷-۱۱ خفیف، ۱۲-۱۶ متوسط و ۱۷-۲۱ شدید طبقه بندی می شود. پایایی و روایی نسخه اصلی (۲۸-۳۱) و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲-۳۳). پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه در مراکز و پایگاه‌های بهداشتی تکمیل شدند و داده‌ها با استفاده از برنامه آماری SPSS-20 تجزیه تحلیل شد. از آمار توصیفی جهت توصیف مشخصات دموگرافیک، توزیع فراوانی و میانگین مشارکت مردان و سلامت روان زنان باردار

جدول (۱): مقایسه میانگین نمرات سلامت روان و مشارکت همسران برحسب برخی از مشخصات فردی مادران باردار

متغیرها	تعداد (درصد)	میانگین و انحراف سلامت روان	نتیجه آزمون	میانگین و انحراف معیار مشارکت همسران	نتیجه آزمون
تعداد حاملگی			**0/000		**0/439
۱	۹۶ (۳۴/۹)	$41/92 \pm 8/601$		$42/63 \pm 5/670$	
۲	۱۴۰ (۵۰/۹)	$36/92 \pm 9/264$		$43/10 \pm 5/918$	
۳	۲۶ (۹/۵)	$38 \pm 10/572$		$44/62 \pm 7/111$	
۴	۴ (۱/۵)	$48/75 \pm 6/292$		$39/50 \pm 1/915$	
۵	۹ (۳/۳)	$42/67 \pm 11/362$		$43/11 \pm 5/231$	
تعداد زایمان			**0/001		**0/459
۰	۹۴ (۳۴/۲)	$40/89 \pm 8/843$		$43/09 \pm 6/092$	
۱	۱۴۶ (۵۳/۱)	$36/99 \pm 9/366$		$43/01 \pm 5/727$	
۲	۲۹ (۱۰/۵)	$42/45 \pm 9/071$		$43/79 \pm 6/461$	
۳	۲ (۰/۷)	$45 \pm 7/071$		$40 \pm 2/828$	
۴	۴ (۱/۵)	$48/75 \pm 11/673$		$38/25 \pm 3/594$	
تعداد فرزندان			**0/003		**0/353
۰	۱۰۲ (۳۷/۱)	$40/45 \pm 8/790$		$43/29 \pm 6/072$	
۱	۱۴۴ (۵۲/۴)	$42 \pm 9/637$		$42/98 \pm 5/604$	
۲	۲۳ (۸/۴)	$47/50 \pm 9/772$		$43/22 \pm 7/292$	
۳	۶ (۲/۲)	$39/13 \pm 9/518$		$38/83 \pm 3/189$	
خواسته بودن حاملگی			*0/477		*0/827
بلی	۲۲۰ (۸۰)	$39/33 \pm 9/553$		$42/99 \pm 6/035$	
خیر	۵۵ (۲۰)	$38/31 \pm 9/420$		$43/18 \pm 5/396$	

ادامه جدول (۱)

خواسته بودن			
جنسیت			
*۰/۹۲۱	*۰/۵۵۱		
۴۳±۵/۹۶۹	۳۸/۳۹±۹/۸۲۲	(/۰/۷۴/۵) ۲۰۵	بلی
۴۳/۰۹±۵/۷۴۸	۳۹/۷۱±۸/۶۰۶	(/۰/۲۵/۵) ۷۱	خیر
سطح تحصیلات			
**۰/۲۲۱	**۰/۱۶۷		
۴۲/۳۹±۵/۲۲۰	۴۲/۳۵±۹/۲۰۸	(/۰/۸/۴) ۲۳	ابتدایی
۴۱/۵۴±۶/۲۱۱	۳۹/۸۴±۱۰/۶۴۴	(/۰/۲۰/۴) ۵۶	راهنمایی
۴۳/۰۴±۵/۲۹۶	۳۸/۹۱±۸/۹۱۹	(/۰/۱۶/۷) ۴۶	متوسطه
۴۳/۷۳±۵/۷۸۰	۳۸/۹۸±۹/۲۸۸	(/۰/۴۶/۲) ۱۲۷	دیپلم و فوق
۴۳/۳۵±۷/۲۵۳	۳۵/۴۳±۸/۷۷۴	(/۰/۸/۴) ۲۳	لیسانس و بالاتر
وضعیت اقتصادی			
**۰/۸۷	**۰/۹		
۴۳/۱۸±۶/۵۷۰	۳۸/۶۶±۸/۵۶۳	(/۰/۱۸/۲) ۵۰	مطلوب
۴۳/۰۶±۵/۸۴۰	۳۹/۲۲±۱۰/۰۲۴	(/۰/۷۲) ۱۹۸	تا حدودی مطلوب
۴۲/۴۸±۵/۲۰۶	۳۹/۳۰±۷/۴	(/۰/۹/۸) ۲۷	نامطلوب
وضعیت شغلی			
*۰/۴۷۶	*۰/۳۷۴		
۴۲/۶۹±۵/۵۳۶	۳۸/۴۷±۹/۵۷۶	(/۰/۳۷/۸) ۱۰۴	شاغل
۴۳/۲۳±۶/۱۲۳	۳۹/۵۳±۹/۴۸۹	(/۰/۶۲/۲) ۱۷۱	خانه‌دار
وضعیت مسکن			
*۰/۹	**۰/۲۵		
۴۲/۸۷±۶/۳۴۳	۳۹/۹۴±۹/۴۷۶	(/۰/۳۲/۷) ۹۰	اجاره
۴۳/۱۶±۵/۸۶	۳۸/۱۸±۹/۲۶۴	(/۰/۴۹/۲) ۱۳۶	مالک
۴۲/۹۲±۵/۳۳	۳۹/۱۳±۹/۵۱۸	(/۰/۱۷/۸) ۴۹	زندگی با خانواده

* آزمون تی مستقل، ** آنالیز واریانس یک‌طرفه

نتایج نشان داد میانگین نمرات سلامت روان مادران باردار برحسب تعداد حاملگی از نظر آماری اختلاف معنادار داشت (p=۰/۰۰). آزمون تعقیبی توکی نشان داد این اختلاف بین حاملگی یک و دو می‌باشد؛ به عبارت دیگر زنانی که برای اولین بار حامله بودند سلامت روان کمتری نسبت به سایر زنان باردار داشتند. در سایر متغیرها علیرغم تفاوت در میانگین نمرات تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ و در تعداد زایمان نیز این اختلاف بین زنان زایمان نکرده با

زنان یک‌بار زایمان کرده مشاهده شد و در سایرین دیدن نشد. همچنین با توجه به نتایج، اختلاف مشاهده‌شده نمره سلامت روان در تعداد فرزندان مربوط به فرزندان یک و سه می‌باشد و در سایر گزینه‌ها اختلاف معناداری مشاهده نشد. در بررسی حیطه‌های پرسشنامه سلامت روان مشخص شد بیشترین میانگین نمره مربوط به اضطراب و اختلال خواب و کمترین مربوط به افسردگی است (جدول شماره ۲).

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف سلامت روان

انحراف	میانگین	مینیمم	ماکزیموم	حیطه‌های سلامت روان
۳/۲۴۶	۱۰/۴۴	۲	۲۰	علائم جسمانی
۳/۰۸۳	۱۱/۰۷	۱۹	۱	اضطراب و اختلال خواب
۳/۰۰۸	۱۰/۲۴	۱۹	۳	اختلال در عملکرد اجتماعی
۲/۸۴۰	۷/۴۱	۲۰	۱	افسردگی
۹/۵۱۸	۳۹/۱۳	۶۷	۲۰	نمره کل

و با توجه به نمره بندی پرسشنامه گلدبرگ مشخص شد که ۳۳/۴۵ درصد زنان دارای اختلالات روانی در حد متوسط و ۴/۷ درصد دارای اختلالات شدید روانی هستند (جدول شماره ۴).

جدول (۳): طبقه‌بندی اختلالات روانی و حیطه‌های آن

شدید		متوسط		خفیف		نیوید بیماری		اختلالات روانی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	حیطه‌های سلامت روان
۳/۶	۱۰	۳۳/۱	۹۱	۵۲	۱۴۳	۱۱/۳	۳۱	علائم جسمانی
۴/۷	۱۳	۴۱/۱	۱۱۳	۴۸	۱۳۲	۶/۲	۱۷	اضطراب و اختلال خواب
۱/۵	۴	۳۰/۵	۸۴	۵۵/۶	۱۵۳	۱۲/۴	۳۴	اختلال در عملکرد اجتماعی
۰/۴	۱	۷/۶	۲۱	۵۲	۱۴۳	۴۰	۱۱۰	افسردگی
۴/۷	۱۳	۳۳/۴۵	۹۲	۴۷/۶	۱۳۱	۱۴/۱	۳۹	اختلال روان کل

نتایج ماتریس همبستگی بین متغیر مشارکت همسران و سلامت روان و ابعاد مختلف آن نشان داد، بین تمام ابعاد سلامت روان و مشارکت همسران همبستگی معناداری وجود دارد (جدول شماره ۴).

جدول (۳): ماتریکس ضرایب همبستگی بین حیطه‌های سلامت روان و مشارکت همسران در بارداری

مشارکت همسران	نمره جمع سلامت روان	افسردگی	اختلال در عملکرد اجتماعی	اضطراب و اختلال خواب	علائم جسمانی	متغیر
					۱	علائم جسمانی
				۱	۰/۵۱۱**	اضطراب و اختلال خواب
			۱	۰/۴۰۰**	۰/۶۵۸**	اختلال در عملکرد اجتماعی
		۱	۰/۵۴۹**	۰/۳۳۷**	۰/۵۰۵**	افسردگی
	۱	۰/۷۲۶**	۰/۸۲۷**	۰/۷۱۲**	۰/۸۵۳**	نمره جمع سلامت روان
۱	-۰/۳۹۴**	-۰/۱۹۵**	-۰/۲۱۹**	-۰/۲۳۱**	-۰/۲۵۹**	مشارکت همسران

* همبستگی در سطح یک درصد معنادار است.

همچنین نتایج نشان داد بین مشارکت مردان با هیچ یک از مشخصات دموگرافیک ارتباط معنی‌داری وجود نداشت؛ اما در مطالعه مرتضوی و همکاران، مردان دارای تحصیلات بالا مشارکت بالاتری نسبت به سایرین داشتند. (۳۴) و نیز در مطالعه مارتین پدران با سطح تحصیلی پایین تر از دبیرستان، در دوران بارداری مشارکت کمتری داشتند، همچنین مردانی که برای اولین بار پدر می‌شد دارای مشارکت بالاتری بودند (۱۰)؛ که با این مطالعه هم خوانی نداشت. ولی در مطالعه بای مجیشیا بین سن، مشارکت همسران اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (۳۶) که با یافته‌های ما هم سو بود.

یافته‌های این مطالعه در مورد سلامت روان زنان باردار نشان داد که ۳۳/۴۵ درصد زنان دارای اختلالات روانی در حد متوسط و ۴/۷ درصد دارای اختلالات شدید روانی هستند. این مطالعه با مطالعه مردانی و همکاران (۳۷) و نیز با مطالعه سپهر منش (۳۸)

بررسی همبستگی بین سلامت روان و مشارکت همسران با ضریب همبستگی پیرسون نشان داد، بین مشارکت همسران و سلامت روان رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. $P=0/000$ و $r=0/294$.

بحث و نتیجه‌گیری

بحث: یافته‌های این پژوهش نشان داد میانگین مشارکت مردان در دوران بارداری در سطح خوبی است که با یافته‌های سیمبر و همکاران (۲۷) و مرتضوی و همکاران (۳۴) و مطالعه کارتر^۱ (۳۵) هم سو بود ولی در مطالعه بای مجیشیا^۲ (۳۶) میزان مشارکت کم بود و با مطالعه هم سو نبود. البته علت تفاوت می‌تواند در ابعاد مشارکت مردان و نیز ابزار اندازه‌گیری باشد.

^۱ Carter

^۲ Byamugisha

هم سو بود؛ و با اختلالات روانی به دست آمده از بررسی‌های فرخنده شریف در شیراز که شیوع اختلالات روانی ۲۲ درصد (۳۹) و مطالعه محمدی در مازندران که ۲۱/۵۲ درصد بود (۴۰)، هم خوانی نداشت. نتایج به دست آمده از مطالعه وان باسیل^۱ حاکی از آن بود که گرچه اختلالات رایج سلامت روان در طی دوران بارداری و بعد از آن شایع است ولی زنان باردار و تازه زایمان کرده در معرض خطر بیشتری نسبت به آن‌ها که باردار نبوده یا زایمان نداشته‌اند، ندارند (۱۷). این مطالعه با مطالعه ما همخوانی داشت. در این مطالعه بین خواسته بودن حاملگی و سلامت روان رابطه معنی‌داری پیدا نشد که با نتایج پژوهش فروزنده که ارتباطی بین حاملگی ناخواسته و سلامت روان مشاهده نکرده بود (۴۱) با مطالعه مردانی هم سو بود (۳۷) ولی با مطالعه مصلی نژاد و همکاران بین خواسته و ناخواسته بودن بارداری با سطح سلامت روان زنان رابطه معنی‌دار مشاهده شد به این صورت که زنان دارای بارداری ناخواسته از سلامت روان پایین‌تری برخوردار بودند (۴۲). در این مطالعه بین سن و سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود نداشت؛ که با مطالعه مردانی و همکاران هم خوانی داشت (۳۷)، ولی در مطالعه چیونگ^۲ و همکاران بین اضطراب مادران باردار و سن آن‌ها رابطه عکس دیده شد یعنی مادران سنین بالاتر اضطراب کمتری داشتند (۴۳) که این مطالعات با مطالعات ما هم خوانی نداشت. سلامت روان با وضعیت اقتصادی پایین ارتباط معنادار نداشت که با نتایج مطالعه صادقی و همکاران (۴۴) هم خوانی داشت و با مطالعه سپهرمنش که شیوع اختلالات روانی در زنان با وضعیت اقتصادی بد را بالا به دست آورده بود (۳۸) و مطالعه فلشر^۳ و همکاران در مکزیک که نشان داده بود علائم افسردگی در زنان با درآمد پایین بیشتر است (۴۵) و کورتن^۴ در استرالیا (۴۶) همخوانی نداشت. در این مطالعه، ارتباط معناداری بین تعداد فرزندان و سلامت روان مشاهده شد؛ و با نتایج تحقیق شریف که نشان داده بود با افزایش تعداد فرزندان درصد افرادی که نمره سلامت عمومی غیر عادی دارند بیشتر می‌شود (۳۹)، غیر همسو بود و در مطالعه صادقی و همکاران رابطه ای بین فرزندان و سلامت روان مشاهده نشد (۴۴)؛ و با مطالعه ما هم سو بود. همچنین نتایج حاصل از بررسی، شیوع اختلالات روانی در ۴ بعد نشان داد که کمترین اختلالات روانی مربوط به بعد مربوط به افسردگی و بیشترین اختلالات مربوط به اضطراب و اختلال خواب می‌باشد. مطالعه سلامت روان زنان کاشان توسط سپهرمنش نشان داد، زنان بیشتر در دو بعد علائم اضطرابی و علائم جسمانی اختلال

روانی دارند و کمترین اختلال مربوط به بعد افسردگی بود (۳۸). مطالعه صادقی و همکاران نشان داد که بیشترین اختلالات روانی مربوط به بعد افسردگی و کمترین اختلال مربوط به بعد کارکرد اجتماعی است (۴۴)؛ و نیز سلامت روان زنان متأهل بروجن که اختلالات روانی در بعد علائم جسمانی و عملکرد اجتماعی بالا بود (۴۷) و با نتایج مطالعه ما متفاوت بود، که این اختلاف می‌تواند ناشی از اختلاف در محیط فرهنگی- اجتماعی، مذهبی و ابزار باشد.

نتیجه مطالعه نشان داد که رابطه معنادار و مستقیمی بین سلامت روان و مشارکت همسران در دوران بارداری وجود دارد که با مطالعات هافت من^۵ (۴۸)، رینی^۶ (۴۹) و هادنت^۷ (۵۰) همخوانی داشت. مطالعه تیتلر^۸ نشان داد که مشارکت پدران بر اتخاذ و تداوم رفتارهای بهداشتی همسران در بارداری مؤثر است (۵۱). در مطالعه مارتین^۹ در آمریکا مشارکت مردان در امور بارداری موجب شروع زودتر مراقبت‌های دوران بارداری و اتخاذ رفتارهای بهداشتی مناسب مثل ترک سیگار در حاملگی شد (۱۰). براساس گزارش در مطالعه دایمر^{۱۰} در آمریکا شرکت‌کننده در کلاس‌های آموزشی دوران بارداری در مقایسه با سایر پدران بیشتر در فعالیت‌های مربوط به حاملگی و مراقبت از نوزاد بیشتر درگیر بوده و ارتباط قوی‌تری با همسر خود برقرار نموده‌اند (۲۰)؛ که با یافته‌های ما هم خوانی داشت.

نتیجه‌گیری: آنچه که یافته‌های این پژوهش را اهمیت دو چندان می‌بخشد نقش محوری و اساسی زنان در تربیت فرزندان و پایداری خانواده و پویایی جامعه است؛ و با توجه به اینکه درصد بیشتری از زنان جامعه مورد پژوهش از سلامت روانی برخوردار نبودند، توجه بیش از پیش مسئولان بهداشتی به سلامت روان زنان را می‌طلبد تا از طریق برنامه‌هایی همچون آموزش همسران برای مشارکت در مراقبت‌های دوران بارداری، توجه به بعد روانی زنان باردار در مراقبت‌های دوران بارداری، آموزش مهارت‌های زندگی، توانمندسازی زنان برای سازش مؤثر با محیط زندگی خود، مهارت‌های مقابله با استرس، بتوانند سلامت روان زنان را ارتقاء دهند. همچنین مطالعات دقیق تر و وسیع تر و با رویکرد مداخله ای برای بررسی دقیق تأثیر مشارکت همسران در مراقبت‌های دوران بارداری بر سلامت روان زنان باردار در آینده پیشنهاد می‌شود.

⁵ Hoffman
⁶ Rini
⁷ Hodnett
⁸ Teitler
⁹ Martin
¹⁰ Diemer

¹ Van Bussel
² Cheung
³ Fleischer
⁴ Korten

تقدیر و تشکر

شهدا و پایگاه‌های بهداشتی وکیل آباد و اسلام‌آباد و نیز از مرکز بهداشتی شماره ۶ ارومیه که انجام این مطالعه بدون همکاری آنان میسر نبود، قدردانی می‌شود.

این مقاله حاصل از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری است. لذا بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه و تمامی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی

References:

1. Leifer G. Maternity Nursing. Elsevier Saunders; 2007.
2. Carter M. Husbands and maternal health matters in rural Guatemala: wives' reports on their spouses' involvement in pregnancy and birth. Soc Sci Med 2002;55(3):437-50.
3. Carter MW, Speizer I. Salvadoran fathers' attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. Revista Panamericana de Salud Pública. 2005;18(3):149-56.
4. Alio AP, Kornosky JL, Mbah AK, Marty PJ, Salihu HM: The impact of paternal involvement on feto-infant morbidity among whites, blacks and Hispanics. Matern Child Health J 2010, 14(5):735-41.
5. Alio AP, Mbah AK, Kornosky JL, Wathington D, Marty PJ, Salihu HM: Assessing the impact of paternal involvement on racial/ethnic disparities in infant mortality rates. J Community Health 2011, 36(1):63-8.
6. Ghosh J, Wilhelm M, Dunkel-Schetter C, Lombardi C, Ritz B. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. Arch Womens Ment Health 2010, 1.13(4):327-38.
7. Ngu E, Cortright A, Blair K: An investigation of paternity status and other factors associated with racial and ethnic disparities in birth outcomes in Milwaukee, Wisconsin. Matern Child Health J 2009, 13(4):467-78.
8. Alio AP, Bond MJ, Padilla YC, Heidelbaugh JJ, Lu M, Parker WJ: Addressing policy barriers to paternal involvement during pregnancy. Matern Child Health J 2011, 15(4):425-30.
9. Feldman PJ, Dunkel-Schetter C, Sandman CA, Wadhwa PD: Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. Psychosom Med 2000, 62(5):715-25.
10. Martin L, McNamara M, Milot A, Halle T, Hair E. The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. Matern Child Health J 2007, 11(6):595-602.
11. Zambrana RE, Dunkel-Schetter C, Scrimshaw S. Factors which influence use of prenatal care in low-income racial-ethnic women in Los Angeles County. Community Health 1991, 16(5):283-95.
12. Dolan A, Coe C. Men, masculine identities and childbirth. Sociol Health Illn 2011, 33(7):1019-34.
13. Kainz G, Eliasson M, von Post I. The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study. Health Care Women Int 2010, 31(7):621-35.
14. Fägerskiöld A. A change in life as experienced by first-time fathers. Scand J Caring Sci 2008, 22(1):64-71.
15. Gungor I, Beji NK. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. West J Nurs Res 2007, 29(2):213-31.
16. Hobel C, Culhane J. Role of psychosocial and nutritional stress on poor pregnancy outcome. J Nutrition 2003;133(5):1709S-17S.
17. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's Mental Health Before, During, and After Pregnancy: A Population - Based Controlled Cohort Study. Birth. 2006;33(4):297-302.

18. Greene ME, Mehta M, Pulerwitz J, Wulf D, Bankole A, Singh S. Involving men in reproductive health: Contributions to development: Millennium Project; 2006.
19. Coleman WL, Garfield C. Fathers and pediatricians: enhancing men's roles in the care and development of their children. *Pediatrics*. 2004;113(5):1406-11.
20. Diemer GA. Expectant fathers: influence of perinatal education on stress, coping, and spousal relations. *Res Nurs Health* 1997;20(4):281-93.
21. Green CP, Chohen SI, Belhadj-El Ghouayel H, Activities UNFFP, Fund UNP. Male involvement in reproductive health, including family planning and sexual health: United Nations Population Fund New York; 1995.
22. Ryding EL, Wirfelt E, WÄNGBORG IB, Sjögren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2007;86(7):814-20.
23. Abiodun O, Adetoro O, Ogunbode O. Psychiatric morbidity in a pregnant population in Nigeria. *General hospital psychiatry* 1993;15(2):125-8.
24. Lee RB. Men's involvement in women's reproductive health projects and programmes in the Philippines. *Reprod Health Matters* 1999;7(14):106-17.
25. Peltzer K, Chao L-W, Dana P. Family planning among HIV positive and negative prevention of mother to child transmission (PMTCT) clients in a resource poor setting in South Africa. *AIDS Behav* 2009;13(5):973.
26. DeJong J. The role and limitations of the Cairo International Conference on Population and Development. *Soc Sci Med* 2000;51(6):941-53.
27. Simbar M, Nahidi F, Tehrani FR, Ramezankhani A. Fathers' Educational Needs about Perinatal Care: A Qualitative Approach. *J Biosoc Sci* 2010; 42(5):633-41.
28. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9(1):131-45.
29. Sterling M. General Health Questionnaire – 28 (GHQ-28). *J Physiotherapy* 2011; 57(4): 259.
30. Williams P, Goldberg DP, Mari J. The validity of the GHQ-28. *Soc Psychiatry*. 1987; 21: 15-8.
31. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27(1): 191-7.
32. Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, Mohammad K. [The Validation of General Health Questionnaire-28 as a Psychiatric Screening Tool]. *Hakim*. 2009; 11(4): 47-53. [Persian]
33. Taghavi SMR. The Normalization of General Health Questionnaire for Shiraz University Students (GHQ-28). *Clin Psychol Person* 2008; 1(28): 1-13. (Persian)
34. Mortazavi F, Mirzaii KH. Concerns and Expectations Towards Male Involvement in Prenatal and Intrapartum Care-a Qualitative Study. *Payesh* 2012;11(1):51-64. (Persian)
35. Carter M. Because He Loves Me': Husbands Involvement in Maternal Health in Guatemala. *Culture, Health & Sexuality* 2002;4(3):259-79.
36. Byamugisha et al. Determinants of male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV programme in Eastern Uganda: a cross sectional survey *Reproductive Health* 2010, 7:12.
37. Mardani M, Ebrahimi E. Mental Health Status of Pregnant Women Referring to Shahinshahr Health Care Centers. *jgbfnm* 2010; 7 (1) 7 (1):27-33.
38. Sepehrmanesh Z. Mental health and its related factors in young women in Kashan city. *Iran J Obstet Gynecol Infertility* 2009; 1 (12): 31 - 41. (Persian)

39. Sharif F, Joulaei H, Kadivar MR, Rajaei - Fard AR. Mental health status and its related demographic variables of families referring to Shiraz health centers. *Armaghane Danesh: J Yasuj Univ Med Sci* 2004. 35 (9): 75-84. (Persian)
40. Mohammadi MR, Bagheri Yazdi SA, Rahgozar M, Mesgarpour B, Barimani F, Taheri SK, Malekzadeh Sh. An epidemiological study of psychiatric disorders in Mazandaran province. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2004. 41 (13): 18 - 23 (Persian)
41. Forouzandeh N, Delaram M, Deris F. The quality of mental health status in pregnancy and its contributing factors in women visiting the health care centers of Shahrekord, 2001 - 02. *Medical J Reproduc Infertility* 2003; 2(4): 146-55. (Persian)
42. Mosalanezhad L, Kheshti A, Gholami E. The Assessing mental Health in pregnancy and relative psychopathologic factor in Jahrom. *Jahrom Med* 2007;5.
43. Cheung W, IP WY, Chan D. Maternal anxiety and feeling of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery* 2007;23(2):123-30.
44. Sadeghi R, Zareipour MA, Akbari H, Khan-Beygi M. Mental Health and Associated Factors amongst Women Referred to Health Care Centers. *J Health Care* 2011;13(4):3-9.
45. Fleischer NL, Fernald LC, Hubbard AE. Depressive symptoms in Low - Income women in rural Mexico. *Epidemiology* 2007. 18(6): 678.
46. Korten A, Henderson S. The Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Common psychological symptoms and disablement. *Br J Psychiatry* 2000;177:325-30.
47. Anaian SH, Parvin N, Kazemian A. The investigation of the relationship between mental health condition and marital satisfaction. *J Hamadan Nurs Midwifery faculty* 2006. 14 (2): 52-8. (Persian)
48. Hoffman S, Hatch MC: Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1996; 10:380.
49. Rini C, Schetter CD, Hobel CJ, Glynn LM, Sandman CA. Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships* 2006;13(2):207-29.
50. Hodnett E, Fredericks S, Weston J: Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 6:CD000198.
51. Teitler JO. Father involvement, child health and maternal health behavior. *Children and Youth Services* 2001; 23: 403-25.

THE RELATIONSHIP BETWEEN HUSBANDS' PARTICIPATION IN PRENATAL CARE AND MENTAL HEALTH OF PREGNANT WOMEN REFERRED TO HEALTH CENTERS IN URMIA, 1392.

Rabeipour S¹, Khodaei AR^{2*}, Radfar M³, Khalkhali HR⁴

Received: 27 Feb, 2015; Accepted: 22 May, 2015

Abstract:

Background & Aims: Mental health in pregnant women is an important factor in the stability of family and society. One of the important strategies for physical and mental health of women during pregnancy is husbands' participation in this important affair. The aim of this study was to investigate the relationship between husbands participation in prenatal care and mental health of pregnant women referred to health centers Urmia, 1392.

Materials & Methods: This study is a descriptive-correlational one that was conducted on 275 pregnant women which were selected through convenience sampling. To collect the data, a three-part questionnaire including demographic information questionnaire, male participation and mental health questionnaire (GHQ-28) was used. Statistical data analysis was performed using descriptive statistics and independent t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficients. The collected data were analyzed by SPSS version 20 software .

Result: The mean age of the women in this study was 27.25 ± 4.2 . Average participation husbands was $43.05 \pm 5/91$ and the average mental health score was 39.13 ± 9.518 . Significant positive correlation were between the mental health of women and husbands participation ($r = 0.294$ AND $P = 0.000$) and the maximum communication was the physical realm of mental health

Conclusion: According to the central role of women in the education of children, health officials attention to women's mental health, through programs such as education husbands to participate in prenatal care is necessary. Attention to the mental aspect of pregnant women in prenatal care can promote the mental health of pregnant women.

Keywords: husbands' participation, prenatal care, mental health, pregnant woman

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

Tel: (+98)4432754961-4

Email: khodai.h@umsu.ac.ir

¹ Assistant Professor, Reproductive Health Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

² MS Student of education Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant professor of Nursing, faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor of Biostatistics, Faculty of Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran