

بررسی تطبیقی اضطراب بارداری در رابطه با دوره‌های مختلف آن، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت‌شناختی

لاله بابانظری*، دکتر سیدموسی کافی**

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تطبیقی اضطراب بارداری در دوره‌های گوناگون آن و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مرتبط با آن بود.

روش: در یک بررسی مقطعی-توصیفی، ۲۸۶ نفر از زنان باردار شهر رشت که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند به کمک پرسش‌نامه اضطراب بارداری (PRAQ)، پرسش‌نامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست (گریمس) و پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بررسی شدند. داده‌های گردآوری شده به کمک روش‌های آماری توصیفی، آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t و تحلیل رگرسیون گام به گام بررسی شدند.

یافته‌ها: میزان اضطراب بارداری در سه ماهه اول و سوم بالا و در سه ماهه دوم پایین بود. اما پس از وارد شدن به تحلیل رگرسیون گام به گام این یافته‌ها معنی‌داری خود را از دست دادند. تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد اضطراب بارداری به ترتیب با رضایت زناشویی ($p < 0/001$)، سن ($p < 0/001$) و میزان تحصیلات ($p < 0/001$) ارتباط معنی‌دار دارد. داشتن سن پایین در هنگام بارداری و تحصیلات و رضایت زناشویی بالا، نقش معنی‌داری در تبیین تفاوت اضطراب بارداری دارد تا قراردادن در یک دوره خاص بارداری.

نتیجه‌گیری: طرح برنامه‌های پیش‌گیرانه و حمایتی برای زنان باردار ضروری است.

کلیدواژه: اضطراب، بارداری، رضایت زناشویی

مقدمه

مادران تغییرات بسیاری را از نظر روان‌شناختی و فیزیولوژیکی تجربه می‌کنند. بیشتر زنان باردار تغییراتی در نشانه‌های بدنی، کار و فعالیت‌های خود، هم‌چنین در روابط با دیگران تجربه می‌کنند. این تغییرات زنان را از نظر روانی آسیب‌پذیر می‌کند

اضطراب به‌عنوان بخشی از زندگی انسان و پاسخی سازش‌یافته به‌شمار می‌رود (کاپلان، سادوک و گرب، ۱۳۸۰). بارداری یک موقعیت بی‌مانند است که طی آن

* دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، مرکز علوم و تحقیقات اهواز. کازرون، کیلومتر ۵ جاده قدیم شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، بخش مامایی و پرستاری.

E-mail: laleh_babanazari@yahoo.com

دورنگار: ۲۲۱۱۲۲۸-۰۷۲۱ (نویسنده مسئول).

** دکترای روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه گیلان.

دانسته و بین اضطراب سه‌ماهه اول و دوم تفاوتی گزارش نکرده‌اند (لیفر^{۳۸}، ۱۹۸۰؛ روف^{۳۹}، بلایتنر^{۴۰} و لوین^{۴۱}، ۱۹۹۳) و گروهی نیز اضطراب بیشتری را در سه‌ماهه دوم و سوم گزارش نموده‌اند (شیچل^{۴۲}، دریسکول^{۴۳}، دیوید^{۴۴} و بورگیت^{۴۵}، ۱۹۹۵). گرجی‌زاده و مکوندی (۱۳۷۸) نیز تفاوتی در میزان اضطراب زنان باردار در ماه‌های مختلف به دست نیاوردند.

پژوهش حاضر اضطراب بارداری را در سه‌ماهه اول، دوم و سوم مقایسه می‌کند. هم‌چنین از آن‌جا که عوامل روانی-اجتماعی مانند سن، سطح اجتماعی-اقتصادی، شغل، میزان تحصیلات، نوبت زایمان، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، سابقه سقط جنین و یا مرگ فرزند در گذشته، وضعیت زناشویی و مانند آن نقش مهمی در تعیین سطح تجربه‌های عاطفی زن در دوران بارداری، اضطراب و سلامت روان او دارند، رابطه هر یک از این عوامل با میزان اضطراب زنان باردار در سه‌ماهه اول، دوم و سوم ارزیابی شده است.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده زنان باردار شهر رشت بود که از مرداد تا آذر ۱۳۸۴ به مراکز مراقبت‌های پیش از تولد رشت مراجعه نموده بودند. از آن‌جا که در این پژوهش سه‌ماهه بارداری نیز نقش داشت و گروه نمونه شامل هر سه دوره می‌شد، برای اطمینان بیشتر صد نفر برای هر دوره

(کانالز^۱، گریسلدا^۲ و فرناندز-بالارت^۳، ۲۰۰۲؛ رومنز^۴ و سیمن^۵، ۲۰۰۶). هلمز^۶ و راهه^۷ (۱۹۶۷) دریافتند که فراز و نشیب‌ها و تغییرات زندگی استرس‌آور هستند، چه سود و امتیاز باشند و چه فقدان و از دست دادن. دوره بارداری دربرگیرنده تغییرات بسیاری است و از این رو استرس‌زا به‌شمار می‌رود (لی^۸، ۱۹۹۵).

نگرانی و استرس بالا در طی بارداری می‌تواند پیامدهای درازمدت برای رویان داشته باشد. تنش درون رحمی موجب نارسایی و زایمان زود هنگام می‌شود که با خطر بالاتر بیماری‌های کروموزومی در بزرگسالی ارتباط دارد (سولچانی^۹، ۲۰۰۳).

از سوی دیگر بسیاری از پژوهشگران برای ارزیابی اضطراب که شایع‌ترین مشکل روانی رایج در دوران بارداری است، مقیاس‌هایی هم‌چون پرسش‌نامه اضطراب حالت-صفت^{۱۱} (STAI) اشپیلبرگر^{۱۱} (۱۹۷۰) و مقیاس اضطراب آشکار^{۱۲} (MAS) تایلور^{۱۳} (۱۹۵۳) را به کار برده‌اند، در حالی که این مقیاس‌ها برای ارزیابی نگرانی دوران بارداری ساخته نشده‌اند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که زنان باردار ممکن است نگرانی‌های شدیدی درباره نارسایی‌های دوره جنینی، نگرانی درباره درد و نگرانی درباره تغییر در زندگی شخصی در نتیجه بارداری و زایمان داشته باشند (دانکل-شتر^{۱۴}، ۱۹۹۸؛ سجویرن^{۱۵}، ۱۹۹۷). در بررسی‌های کمی ترس‌ها و نگرانی‌های ویژه دوران بارداری ارزیابی شده است (هایزینک^{۱۶}، روبلزدمدینا^{۱۷}، مودر^{۱۸}، ویسر^{۱۹} و بویتستلار^{۲۰}، ۲۰۰۰). کاستی‌های مربوط به اندازه‌گیری حالت‌های روانی مادران در دوره بارداری می‌تواند آشفتگی روانی آنان را کمتر از آنچه هست برآورد کند (دی‌پیترو^{۲۱}، گهرا^{۲۲}، کوستیگان^{۲۳} و هاوکینز^{۲۴}، ۲۰۰۴). بنابراین آزمودن نگرانی بارداری و بررسی تغییرات اضطراب ویژه بارداری و هم‌چنین عوامل بالینی مرتبط با آن ضروری به‌نظر می‌رسد.

برخی پژوهشگران بر این باورند که میزان اضطراب زنان باردار که در سه‌ماهه اول بالا است، در سه‌ماهه دوم کاهش می‌یابد اما در سه‌ماهه سوم بارداری و با نزدیک شدن به زمان زایمان دوباره به سطح اولیه برمی‌گردد (لوبین^{۲۵}، گاردنر^{۲۶} و روت^{۲۷}، ۱۹۷۵؛ لدرمن^{۲۸}، ۱۹۹۰؛ شرفسکی^{۲۹} و یارو^{۳۰}، ۱۹۹۳؛ اهمان^{۳۱}، گرونوالد^{۳۲} و والدنستروم^{۳۳}، ۲۰۰۳؛ گرین^{۳۴}، کافتسیوس^{۳۵}، استاتهام^{۳۶} و اسناودون^{۳۷}، ۲۰۰۳). برخی پژوهشگران، سطح اضطراب را تنها در سه‌ماهه سوم بالا

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1- Canals | 2- Griselda |
| 3- Fernandez-Ballart | 4- Romans |
| 5- Seeman | 6- Holmes |
| 7- Rahe | 8- Lee |
| 9- Solchany | |
| 10- State-Trait Anxiety Inventory | |
| 11- Spilberger | 12- Manifest Anxiety Scale |
| 13- Taylor | 14- Dunkel-Schetter |
| 15- Sjogrn | 16- Huizink |
| 17- Robles de Medina | 18- Muder |
| 19- Visser | 20- Buistelaar |
| 21- Dipietro | 22- Ghera |
| 23- Costigan | 24- Hawkins |
| 25- Lubin | 26- Gardner |
| 27- Roth | 28- Lederman |
| 29- Shereshefsky | 30- Yarrow |
| 31- Ohman | 32- Grunewald |
| 33- Waldenstrom | 34- Green |
| 35- Kafetsios | 36- Statham |
| 37- Snowdon | 38- Leifer |
| 39- Rofe | 40- Blitner |
| 41- Lewin | 42- Sichel |
| 43- Driscoll | 44- David |
| 45- Borgeat | |

سه ماهه یعنی ۳۰۰ نفر به عنوان گروه نمونه در نظر گرفته شدند. آزمودنی‌هایی که دارای سابقه مراجعه به روانپزشک یا روانشناس به دلیل ناراحتی‌های روانپزشکی بودند، سابقه مصرف داروهای اعصاب داشتند و یا به دلیل بارداری شغل خود را رها کرده بودند از پژوهش کنار گذاشته شدند و در مجموع ۲۸۶ آزمودنی بررسی شدند. از این تعداد ۱۰۲ نفر در سه ماهه اول، ۷۲ نفر در سه ماهه دوم و ۱۱۳ نفر در سه ماهه سوم بارداری بودند. میانگین سنی آنها ۲۵/۷ سال (انحراف معیار ۴/۷، دامنه=۳۹-۱۷) بود.

گفتنی است که به دلیل ملاحظات اخلاقی از جمله غیرقانونی بودن بچه‌اندازی در کشور ما و موضع‌گیری احتمالی آزمودنی‌ها، در پژوهش کنونی علت بچه‌اندازی یا بچه‌اندازی‌های پیشین پرسیده نشده و خودبه‌خودی و یا ارادی بودن آن مشخص نشده است. این امر می‌تواند در نتیجه نهایی، اخلاص ایجاد کند؛ چرا که به صورت منطقی انتظار نمی‌رود زنانی که با اراده خود اقدام به بچه‌اندازی نموده‌اند، در بارداری‌های بعدی نشانه‌های اضطراب را تجربه نمایند. از سوی دیگر با وجود اشاره آشکار به محرمانه بودن یافته‌های پژوهش، ممکن است برخی از آزمودنی‌ها به پرسش‌های مطرح‌شده در زمینه ناخواسته بودن بارداری و یا سابقه بچه‌اندازی به دلیل بار اخلاقی نسبتاً منفی موجود در آن به درستی پاسخ ندهاد باشند.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

پرسش‌نامه اضطراب بارداری^۱ (PRAQ): این پرسش‌نامه ترس‌ها و نگرانی‌های مربوط به بارداری را می‌سنجد و در سال ۱۹۸۹ به وسیله وندنبرگ^۲ (۱۹۹۰) ساخته شده است. پرسش‌نامه PRAQ دارای ۵۸ ماده است. تحلیل عاملی اکتشافی داده‌های PRAQ پنج عامل را نشان داد: ترس از زایمان (۱۴ ماده)، ترس از زاییدن یک بچه توان‌خواه جسمی یا روانی (۵ ماده)، ترس از تغییر در روابط زناشویی (۱۳ ماده)، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک (۱۶ ماده)، ترس‌های خودمحوارانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر (۷ ماده). همه ماده‌ها دارای بار عاملی بالاتر از ۰/۳ بودند. گفتنی است که سه پرسش آخر حالت‌های عمومی هستند که یک تصویر کلی از بارداری ارائه می‌دهند و در تحلیل گنجانده نشده‌اند. نمره گذاری پرسش‌نامه بسیار ساده است و از جمع کردن نمره‌های هر عبارت به دست می‌آید. نمره هر عبارت بین صفر تا هفت درجه‌بندی شده است. بنابراین نمره اضطراب بارداری می‌تواند بین صفر تا ۴۰۶ باشد

(همان‌جا). هاینیک و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی PRAQ ضریب همبستگی آن را با پرسش‌نامه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر قابل قبول نشان دادند. وندنبرگ (۱۹۹۰) نیز با توجه به ویژگی پرسش‌نامه PRAQ روایی محتوایی آن را بالا گزارش کرده است. در پژوهش هاینیک و همکاران (۲۰۰۰) آلفای کرونباخ همه خرده‌مقیاس‌ها در سراسر دوره بارداری ۰/۷۶ گزارش گردید. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ هریک از مؤلفه‌ها و کل مقیاس در دوران بارداری به این شرح بوده است: ترس از زایمان ۰/۴۷، ترس از به دنیا آوردن یک بچه توان‌خواه جسمی- روانی ۰/۴۱، نگرانی از تغییر در روابط زناشویی ۰/۶۵، نگرانی درباره تغییرات خلق و پیامدهای آن برای کودک ۰/۶۶، احساسات خودمحوارانه یا ترس از تغییرات ۰/۵۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۱.

گفتنی است که برای آماده‌سازی پرسش‌نامه PRAQ نخست، پرسش‌نامه را چندین متخصص روانشناسی و ادبیات انگلیسی به فارسی برگرداندند. هم‌چنین از دو متخصص زبان انگلیسی و دو متخصص زبان فارسی خواسته شد که افزون بر ترجمه آزمون، آن را از نظر ویرایشی مطابق نسخه اصلی، اصلاح کنند. در نهایت ۵۸ عبارت پرسش‌نامه آماده و روایی صوری آن توسط پنج روانشناس بررسی و تأیید شد. سپس در یک بررسی راهنما ابزار یادشده بر روی ۵۶ زن باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان الزهراء (س) رشت اجرا و پرسش‌نامه نهایی آماده گردید. آلفای کرونباخ مربوط به این پرسش‌نامه در بررسی راهنما برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های ترس از زایمان، ترس از نارسایی‌های مادرزادی کودک، نگرانی از تغییر در روابط زناشویی، نگرانی درباره نوسان‌های خلق و پیامدهای آن برای کودک و احساسات خودمحوارانه به ترتیب برابر ۰/۸۹، ۰/۴۵، ۰/۴۷، ۰/۶۸، ۰/۶۵ و ۰/۵۴ بوده که نشان می‌دهد انسجام درونی PRAQ از وضعیت مناسبی برخوردار است.

پرسش‌نامه وضعیت زناشویی گلوبوگ- راست^۳ (GRIMS): برای بررسی رضایت زناشویی، پرسش‌نامه وضعیت زناشویی گلوبوگ- راست به کار برده شد (راست، بنوم^۴، گراون^۵ و گلوبوگ^۶، ۱۹۸۸). این پرسش‌نامه که به

1- Pregnancy Related Anxiety Questionnaire

2- Vandenberg

3- The Golombok Rust Inventory of Marital State

4- Bennun

5- Grown

6- Golombok

ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام تحلیل شدند.

یافته‌ها

جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها را بر حسب میزان اضطراب بارداری و مؤلفه‌های گوناگون آن در سه دوره سه‌ماهه بارداری نشان می‌دهد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری برای مقایسه میزان اضطراب بارداری در دوره‌های سه‌ماهه مربوطه نشان داد که میزان اضطراب بارداری زنان باردار در سه‌ماهه اول و سوم از سه‌ماهه دوم کمتر است و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است ($F=10/133, p<0/001$).

آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری برای مقایسه میزان اضطراب بارداری زنان در سطوح مختلف اجتماعی اقتصادی نیز نشان داد که میزان اضطراب بارداری در گروه بالای اجتماعی به‌طور معنی‌داری از گروه متوسط و پایین بیشتر است ($F=6/94, p<0/01$). بررسی رابطه اضطراب بارداری با رضایت زناشویی به کمک آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که اضطراب بارداری با رضایت زناشویی همبستگی منفی و معنی‌دار دارد ($r=-0/45, p<0/01$). از سوی دیگر آزمون همبستگی پیرسون رابطه میان اضطراب بارداری و میزان تحصیلات را نیز منفی و معنی‌دار نشان داد ($p<0/01$ ، $r=-0/255$). اضطراب بارداری با سن مادر نیز همبستگی منفی و معنی‌دار داشت ($r=-0/167, p<0/005$).

بررسی روابط یک زوج می‌پردازد، دارای ۲۸ ماده چهارگزینه‌ای (مخالف، کاملاً مخالف، موافق، کاملاً موافق) می‌باشد. گزینه‌ها بین صفر تا سه نمره گذاری می‌شوند. از این رو نمره کل بین صفر تا ۸۴ در نوسان است. نمره بالا نشانه وخیم‌تر بودن وضعیت زناشویی است.

راست، بنوم، گراون و گلوبوک (۱۹۹۰) روایی محتوایی این ابزار را با توجه به ویژگی آن بالا می‌دانند. هم‌چنین روایی تشخیصی این پرسش‌نامه به کمک مقایسه میانگین نمرات آن با تشخیص‌های داده شده به وسیله درمانگرها در درمانگاه‌های زناشویی نشان‌دهنده روایی تشخیصی بالای پرسش‌نامه است. راست و همکاران (همان‌جا) در زمینه پایایی این پرسش‌نامه آلفای کرونباخ $0/89$ را برای زنان و $0/85$ را برای مردان گزارش نمودند. ضریب پایایی بازآزمایی در یک دوره ۱۲ ماهه $0/80$ بوده است (همان‌جا). هم‌چنین راست و همکاران (همان‌جا) به روش همسانی درونی، پایایی آزمون را $0/95$ برای زنان و $0/92$ برای مردان و پایایی آن را به روش دو نیمه کردن $0/65$ برای زنان و $0/94$ برای مردان گزارش نمودند.

پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه دارای ۱۵ پرسش و دربرگیرنده اطلاعاتی در زمینه ماه بارداری، سن مادر، شغل مادر و همسر، میزان تحصیلات مادر و همسر، درآمد خانواده، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و سابقه بچه‌اندازی می‌باشد.

داده‌های گردآوری‌شده به کمک روش‌های آمار توصیفی، آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری، آزمون t ،

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره‌های پرسش‌نامه اضطراب بارداری و مؤلفه‌های آن بر حسب دوره‌های بارداری

مقیاس	یک تا سه ماهگی میانگین (انحراف معیار)	چهار تا شش ماهگی میانگین (انحراف معیار)	هفت تا نه ماهگی میانگین (انحراف معیار)	کل میانگین (انحراف معیار)
ترس از زایمان	۳۳/۸۸ (۳/۹۴)	۳۰/۴۶ (۴/۵۳)	۳۷ (۱۵/۴۴)	۳۴/۲۶ (۱۰/۵۳)
اضطراب	۱۶/۱۸ (۶/۱۱)	۱۱/۳ (۵/۱۵)	۱۶/۴ (۸/۹)	۱۶/۴ (۷/۴۵)
نگرانی از تغییر روابط زناشویی	۳۳/۲۳ (۱۱/۴۰)	۳۰/۲۶ (۷/۸۷)	۳۷/۵۵ (۱۶/۰۶)	۳۴/۲ (۱۳/۰۹)
ترس از تغییرات خلق و خو و پیامدهایش بر کودک	۳۵/۰۸ (۱۴)	۲۸/۸۷ (۹/۸)	۳۶/۰۶ (۱۳/۷۴)	۳۳/۹۳ (۱۳/۲۷)
احساسات خودمحرانه (ترس از تغییرات)	۲۲/۴۸ (۸/۸۱)	۲۰/۶ (۹/۱۴)	۲۴/۱۹ (۱۰/۳۳)	۲۲/۶۹ (۹/۵۹)
اضطراب بارداری	۱۴۰/۷۸ (۳۵/۹۴)	۱۲۱/۵۲ (۳۳/۰۲)	۱۹۹/۷۳ (۶۶/۷۲)	۱۴۰/۱۶ (۴۴/۹۹)

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام اضطراب بارداری در سه دوره مورد بررسی بر حسب متغیرهای پیش‌بین روانی- اجتماعی

متغیر ملاک	مدل‌های پیش‌بینی	متغیرهای پیش‌بین	B	Beta	R	*R ^۲
اضطراب بارداری	۱	رضایت زناشویی	۱/۶۷	۰/۴۱۹	۰/۴۱۹	۰/۱۷۶
اضطراب بارداری	۲	رضایت زناشویی سن	۱/۶۶	۰/۲۳	۰/۶۶۴	۰/۲۱۵
		رضایت زناشویی سن	-۱/۸۹	-۰/۱۹۹		
	۳	رضایت زناشویی سن میزان تحصیلات	۱/۴۳	۰/۳۵۸	۰/۸۸۷	۰/۲۱۵
			-۱/۹۶	-۰/۲۰		
			-۱/۸۴	-۰/۱۶		

*p<۰/۰۰۱

و دوم بیشتر بود. پس از آن که اثر هم‌زمان سه‌ماهه بارداری و متغیرهای روانی- اجتماعی به کمک رگرسیون گام به گام سنجیده شد، تفاوت اضطراب بارداری در دوره‌های سه‌ماهه بارداری معنی‌دار نبود و تنها متغیرهای رضایت زناشویی، سن و تحصیلات توانستند تبیین‌کننده تغییرات اضطراب بارداری باشند. این یافته نشان‌دهنده اهمیت این متغیرهای روانی- اجتماعی در ارتباط با اضطراب بارداری هستند.

به‌طور کلی می‌توان گفت هرچند با توجه به یافته‌های این بررسی تغییراتی به‌صورت افزایش، کاهش و سپس افزایش دوباره اضطراب بارداری در سه دوره سه‌ماهه بارداری مورد انتظار است، اما داشتن سن پایین در هنگام بارداری، تحصیلات و رضایت زناشویی بالا نقش معنی‌دار و بسیار مهم‌تری در تبیین تفاوت اضطراب بارداری دارد تا قراردادن در یک دوره خاص بارداری. این یافته‌گویی‌ای آن است که دوره‌های مختلف بارداری به‌طور مستقیم بر اضطراب بارداری تأثیری ندارند.

گفتنی است که در هیچ‌یک از پژوهش‌های پیشین اثر هم‌زمان دوره‌های گوناگون بارداری را با عوامل روانی- اجتماعی بر اضطراب بارداری مورد توجه قرار نداده‌اند. برخی از این پژوهش‌ها صرفاً به بررسی اضطراب بارداری زن باردار و مقایسه آن در دوره‌های گوناگون بارداری پرداخته‌اند و عوامل روانی- اجتماعی را نادیده گرفته و یا هم‌چون بخش اول یافته‌های این پژوهش هر کدام از این دو مورد را به‌طور جداگانه آزموده و اثر هم‌زمان آنها را نادیده گرفته‌اند (هایزنیک و همکاران، ۲۰۰۰؛ گرین و همکاران، ۲۰۰۳؛ کانالز و همکاران، ۲۰۰۲؛ منگلی، رضانی، محمدعلیزاده، ۱۳۸۲؛ گرجی‌زاده و مکوندی، ۱۳۷۸). دیگر پژوهش‌ها (هاو کینز، دی‌پیترو و کوستیگان، ۱۹۹۹؛ پوند^۱ و کمپ^۲، ۱۹۹۲) اثر یک یا چند عامل روانی- اجتماعی را بر اضطراب بارداری مورد

آزمون آماری t نشان داد مادرانی که بارداری چندم را تجربه می‌کنند، به‌طور معنی‌داری اضطراب بالاتری از مادران اول‌زا داشتند (t=۲/۸۶، p=۰/۰۰۴). هم‌چنین هر چند میانگین نمره اضطراب بارداری در زنانی که سابقه بچه‌اندازی داشتند بیش از سایر زنان باردار است؛ اما این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نیست. زنانی که بارداری آنان ناخواسته بود نیز با وجود داشتن میانگین بالاتر نمره اضطراب، تفاوت معنی‌داری از این نظر با سایر زنان نداشتند. بین میانگین نمرات اضطراب بارداری زنان شاغل و خانه‌دار نیز تفاوت معنی‌دار دیده نشد.

در مرحله بعد برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای یادشده در پیش‌بینی اضطراب بارداری، سن، سطح اجتماعی- اقتصادی، میزان تحصیلات، چندم‌زایی و رضایت زناشویی که در یافته‌های اولیه رابطه معنی‌داری با اضطراب بارداری نشان داده بودند، به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و اضطراب بارداری به‌عنوان متغیر ملاک وارد تحلیل رگرسیون گام به گام شدند که نتایج آن در **جدول ۲** ارایه شده است. ضرایب بتای به‌دست‌آمده در جدول با توجه به سطح معنی‌داری آنها نشان می‌دهد که به‌ترتیب اولویت تغییر یک واحد در متغیرهای رضایت زناشویی، سن و میزان تحصیلات به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین اثر شدیدی بر متغیر ملاک یعنی اضطراب بارداری دارد. در این تحلیل متغیرهای سه‌ماهه بارداری، سطح اجتماعی اقتصادی، ناخواسته‌بودن بارداری و چندم‌زایی نتوانستند به‌طور معنی‌داری سلامت روان دوره بارداری را پیش‌بینی کنند و از تحلیل رگرسیون خارج شدند.

بحث

این بررسی نشان داد که میزان اضطراب بارداری زنان باردار و مؤلفه‌های آن در سه‌ماهه اول و سوم به‌طور معنی‌داری از سه‌ماهه دوم بیشتر است؛ به‌جز مؤلفه ترس از تغییر در روابط زناشویی که در سه‌ماهه سوم به‌طور معنی‌داری از سه‌ماهه اول

میزان اضطراب بارداری بیشتر است. این یافته با یافته‌های رینی^{۲۴}، دانکل - شتر، وادهوا^{۲۵} و سندمن^{۲۶} (۱۹۹۹)، گرین و همکاران (۲۰۰۳)، گلزییر و همکاران (۲۰۰۴) و منگلی و همکاران (۱۳۸۲) هماهنگ است؛ اما با پژوهش‌های نیاز و همکاران (۲۰۰۴) و استاتهام، گرین و کافتسیوس (۱۹۹۷) که رابطه معنی داری در این زمینه به دست نیاوردند و پژوهش هاوکینز و همکاران (۱۹۹۹) که در آن تحصیلات بالا با اضطراب بالاتر مربوط بود، ناهم‌سو است. با توجه به این یافته می‌توان گفت تحصیلات بالا به کمک مجموعه‌ای از واسطه‌ها، سلامت روان را در هر دوره از زندگی بهبود می‌بخشد. تحصیلات بالا مهارت‌های عاطفی، شناختی و عقلانی را برای رویارویی با استرس‌ها، مشکلات و تغییرات زندگی افزایش می‌دهد، شبکه اجتماعی فرد را گسترده کرده و باعث کاهش خطر بیماری‌های روانی مانند اضطراب در موقعیت‌های گوناگون زندگی می‌گردد (سازمان جهانی بهداشت^{۲۷}، ۲۰۰۴). بنابراین می‌توان انتظار داشت زنان باردار تحصیل کرده نیز با بهره‌گیری از مهارت‌های یادشده به صورت منطقی‌تری با تغییرات ناشی از بارداری روبه‌رو شده و استرس کمتری در دوره‌های مختلف بارداری تجربه نمایند. افزون بر آن، میزان تحصیلات و آگاهی زن از فرآیند شکل‌گیری و تکامل رویان می‌تواند بر اضطراب‌های دوره بارداری اثر بگذارد. گفتنی است که آگاهی و اطلاعات بیشتر، گاهی زمینه را برای افزایش اضطراب آماده می‌کند، همان‌گونه که ناآگاهی نسبت به پدیده‌ای می‌تواند اضطراب‌زا باشد. این امر می‌تواند علت ناهم‌سو بودن این یافته با سایر پژوهش‌های مرتبط باشد.

تحلیل رگرسیون گام به گام رابطه‌ای بین اضطراب بارداری با سطح اجتماعی - اقتصادی و اول‌زا یا چندم‌زای بودن نشان نداد. شاید بتوان گفت سطح اجتماعی - اقتصادی و چندم‌زای بودن به خودی خود سبب تجربه اضطراب بارداری

توجه قرار داده و اثر دوره‌های گوناگون بارداری را نادیده گرفته‌اند.

این بررسی رضایت زناشویی را قوی‌ترین متغیر پیش‌بین اضطراب بارداری در این دوره نشان داد؛ یعنی هرچه میزان رضایت زناشویی بالاتر باشد، میزان اضطراب بارداری کمتر است. این رابطه قاطعانه گویای نقش بسیار مؤثر همسر در تعدیل و یا وخامت اضطراب بارداری است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های گلزییر^۱، الگار^۲، گود^۳ و هولزایفل^۴ (۲۰۰۴)، جانسون^۵، چپمن^۶، مورای^۷، جانسون و کوکس^۸ (۲۰۰۰) و دیمتروفسکی^۹، لوی - شیف^{۱۰} و شاتنر - زانانی^{۱۱} (۲۰۰۲) هماهنگ است. رابطه استرس‌زا و یا مورد آزار قرار گرفتن توسط همسر، می‌تواند موجب افزایش خطر مشکلات روانی برای زن در طی بارداری شود (رومنز و سیمن، ۲۰۰۶). یک رابطه زناشویی ضعیف باثبات‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده اضطراب و دیگر مسایل سلامت روان در دوره بارداری است (اهارا^{۱۲}، نیونیر^{۱۳} و زکوسکی^{۱۴}، ۱۹۸۴). بنابراین یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در سازگاری زن با فشارهای روانی این دوران حمایت عاطفی همسر و امن بودن محیط زناشویی است. نداشتن دلبستگی به محیط خانواده و به‌طور کلی اختلال در روابط زناشویی می‌تواند باعث افزایش اضطراب، بی‌زاری از بارداری و به دنبال آن کاهش سلامت روان زن باردار گردد (برنامه مراقبت دوران باروری بریتیش کلمبیا^{۱۵}، ۲۰۰۳).

دومین عامل پیش‌بین اضطراب بارداری، سن مادر بود. هرچه سن مادر در هنگام بارداری پایین‌تر باشد، اضطراب بارداری به‌طور معنی‌داری بالاتر است. این یافته با یافته‌های گرین و همکاران (۲۰۰۳)، گلزییر و همکاران (۲۰۰۴)، نیاز^{۱۶}، ازهار^{۱۷} و بهاتی^{۱۸} (۲۰۰۴) و داکوستا^{۱۹}، لاروش^{۲۰}، دریتسا^{۲۱} و برندر^{۲۲} (۲۰۰۰) هماهنگ و با پژوهش منگلی و همکاران (۱۳۸۲) ناهم‌هنگ است و نشان می‌دهد باردارشدن در سن پایین یکی از عوامل تهدیدکننده سلامت روان مادر است. چرا که زنی که خود هنوز وابسته به بستگان و ناتوان در برآوردن نیازهای خود می‌باشد، بی‌گمان در تأمین نیازهای نوزاد خود با مشکل روبه‌رو می‌شود. کارشناسان تحولی، بر این باورند که نوجوانان باردار هنوز به بلوغ عاطفی و شناختی نرسیده‌اند، تکانشی‌اند، توانایی تصمیم‌گیری برای آینده را ندارند و آماده ابتلا به انواع بیماری‌های روانی می‌باشند. این امر موجب بروز احساسات دوگانه نسبت به نوزاد و تجربه اضطراب و آشفتگی روانی در آنان خواهد شد (دیویز^{۲۳}، ۲۰۰۰).

سومین عامل پیش‌بین اضطراب بارداری زنان باردار میزان تحصیلات آنان بود. هرچه میزان تحصیلات پایین‌تر باشد،

- | | |
|--|----------------|
| 1- Glazier | 2- Elgar |
| 3- Goed | 4- Holzapfel |
| 5- Johanson | 6- Chapman |
| 7- Murray | 8- Cox |
| 9- Dimitrovsky | 10- Levy-shiff |
| 11- Schattner-Zanany | 12- O'Hara |
| 13- Neunaber | 14- Zekoski |
| 15- British Columbia Reproductive Care Program | |
| 16- Niaz | 17- Izhar |
| 18- Bhatti | 19- Da Costa |
| 20- Larouche | 21- Dritsa |
| 22- Brender | 23- Davies |
| 24- Rini | 25- Wadhwa |
| 26- Sandman | |
| 27- World Health Organization | |

- Canals, J., Griselda, E., & Fernandez-ballart, J. D. (2002). How anxiety levels during pregnancy are linked to personality, dimensions and socio-demographic 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, 609-621.
- Davies, S. (2000). *Teenage pregnancy, teenage sex-the South African experience*. Available on: www.health_iafrica.com
- Dimitrovsky, L., Levy-shiff, R., & Schattner-Zanany, I. (2002). Dimension of depression & perfectionism in pregnant & non pregnant women: Their levels & inter-relationships & their relationships to marital satisfaction. *Journal of Psychology*, 136, 631-646.
- Dipietro, J. A., Ghera, M. M., Costigan, K., & Hawkins, M. (2004). Measuring the ups & downs pregnancy stress. *Journal of Psychosomatic Obstetric and 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 and 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, 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.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). Holmes-Rahe Life Changes Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

نمی‌شود، بلکه سایر مسایل روانی-اجتماعی چون رضایت زناشویی ضعیف، سن و تحصیلات پایین در ایجاد تفاوت در میزان اضطراب بارداری زنان اثرگذار می‌باشد. هم‌چنین در این پژوهش رابطه بین اضطراب بارداری با عواملی چون شغل، ناخواسته‌بودن بارداری و سابقه بچه‌اندازی به‌دست نیامد. در این پژوهش، علت بچه‌اندازی (های) پیشین مورد پرسش قرار نگرفته و خودبه‌خودی یا ارادی‌بودن آن پرسیده نشده است و شاید یکی از دلایل عدم وجود تفاوت در زمینه اضطراب بارداری بین زنان دارای سابقه بچه‌اندازی با دیگران همین امر باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده اضطراب بارداری، تا حد امکان علت پایان بارداری و ارادی یا خودبه‌خودی‌بودن بچه‌اندازی مشخص شود. رضایت از زندگی نیز می‌تواند دستاورد پختگی باشد که خود سبب کاهش اضطراب می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده رضایت از زندگی به‌عنوان یک متغیر جداگانه در بررسی سطح اضطراب بارداری در نظر گرفته شود.

طولانی‌بودن پرسش‌نامه‌ها، وقت زیادی از مادران باردار را به خود اختصاص می‌داد و با توجه به وضعیت جسمی این دوره، برخی از آنان از ادامه تکمیل آزمون‌ها خودداری می‌کردند. با توجه به این محدودیت، در پژوهش‌های آینده کوشش شود فرم کوتاه‌تری از پرسش‌نامه اضطراب بارداری به کار برده شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۳/۷؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۶/۶/۲۶؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۷/۲۵

منابع

- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین؛ گرب، جک (۱۳۸۰). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه نصرت‌ا... پورافکاری. تهران: انتشارات شهر آب.
- گرگی‌زاده، محمدحسن؛ مکوندی، بهنام (۱۳۷۸). بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در دوران بارداری در شهر اهواز. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۴، ۶۱-۵۶.
- منگلی، معصومه؛ رمضانی، طاهره؛ محمدعلیزاده، سکیته (۱۳۸۲). غربالگری اختلال‌های روانی در دوران بارداری. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هشتم، شماره ۴، ۵۵-۴۵.
- British Columbia Reproductive Care Program. (2003). *Mental illness during the perinatal: Principles & framework*. Available on: <http://www.rcp.gov.bc.ca.htm>.

- Huizink, A. C., Robles de Medina, P., Muder, E. J. H. Visser, G. H. A., & Buistelaar, J. (2000). *Is pregnancy anxiety a relatively distinctive syndrome?* Available on: <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 and 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*. New York: Praeger.
- Lee, R. E. (1995). Woman look at their experience of pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 16, 192-206.
- 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, 117-119.
- O'Hara, M. W., Neunaber, D. J., & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.
- 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, 148-152.
- 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, 333-345.
- Rofe, Y., Blitner, M., & Lewin, I. (1993). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 3-12.
- Romans, S. E., & Seeman, M. V. (2006). *Women's mental health: A life-cycle approach*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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*. Washington: 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-AVENUEW Publication Seattle.
- Spielberger, C. D. (1970). *Manual for the State-trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- 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, 223-233.
- Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285-290.
- Vandenberg, B. (1990). The influence of maternal emotional during pregnancy on fetal & neonatal behavior. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 5, 119-130.
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, and practice summary report*. Available on: [www.http://library.promote-prevent.org](http://library.promote-prevent.org).

Relationship of Pregnancy Anxiety to its Different Periods, Sexual Satisfaction and Demographic Factors

Babanazari, L., & Kafi, S. M. (2008). Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 14*, 206-213.

Abstract

Objectives: The aim of this research was the comparative study of pregnancy anxiety in its different periods and its related demographic factors.

Method: In a descriptive cross-sectional study 286 pregnant women in the city of Rasht, Iran who were selected using convenience sampling, were evaluated using Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ), Golombok-Rust Inventory of Marital Status (GRIMS), and Demographic Information Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, univariate analysis of variance, Pearson correlation coefficient, t-test, and stepwise regression analysis.

Results: The rate of pregnancy anxiety was high in the first and third trimester and low in the second trimester. However, after entering stepwise regression analysis, the data lost their significance. Stepwise regression of analysis showed that pregnancy anxiety has significant association with sexual satisfaction ($p < 0.001$), age ($p < 0.001$), and education ($p < 0.001$). Having a lower age during pregnancy and high education and sexual satisfaction have a more significant role in accounting for differences in pregnancy anxiety than being in a particular trimester.

Conclusion: Planning preventive and supportive programs for pregnant women is necessary.

Key words: anxiety, pregnancy, sexual satisfaction

Laleh Babanazari*,
Seyed Moosa Kafi^a

* Corresponding author: Postgraduate student in General Psychology, Ahvaz Sciences and Research Centre, Azad Islamic University, Kazeroon, Iran, IR.

Fax: +98721-2211228

E-mail: laleh_babanazari@yahoo.com

^a PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Gillan University.