

Comparing Health Condition Between Wanted and Unwanted Pregnancy of Women in Hamadan City

Fatemeh Shobeiri¹, Parastoo Ahang Poor^{2*}, Parisa Parsa³, Saeid Yazdi-Ravandi^{4,5}

1. Professor, Department of Midwifery, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Msc., Department of Midwifery, Student Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Associate Professor, Department of Mother and Child Care, Chronic Diseases Home Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. PhD, Young Researchers and Elite Club, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
5. PhD, Behavioral Disorders and Substance Abuse Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

Received: 2018/02/13
Accepted: 2018/06/03
Published Online: 2019/05/22

DOI: 10.30699/sjnmf.27.2.82

Original Article

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Introduction: Women need to be well prepared for a healthy pregnancy, childbirth, and childcare. However, confronting unplanned pregnancy and disagreement with pregnancy can cause fear, anxiety and worry during the pregnancy, and may lead to many problems for mother and baby. The aim of this study was to compare health condition between wanted and unwanted pregnancy of women under the guise of health centers in Hamadan city, Iran.

Methods: This cross-sectional study is a case-control study. The statistical population of this study included all pregnant women referred to Hamadan health centers in 2016. The sample consisted of 140 people (70 cases of wanted pregnancies and 70 cases of unwanted pregnancies) referred to Hamadan health centers. After collecting data, a demographic questionnaire and a mental health questionnaire (SCL-90R) were used for data collection. The data were analyzed by descriptive statistics and t-student test and Chi-square. Two independent and single groups were analyzed. For this purpose SPSS 18 was used with a significance level of less than 0.05.

Results: The results of this study showed that there is a significant difference between obsessive-compulsive scales, physical complaints, interpersonal sensitivity, anxiety, aggression, anxiety and psyllopathy in both wanted and unwanted pregnancy groups ($P < 0.01$). However, there was no significant difference between the result for depression in two groups of wanted and unwanted pregnancies ($P > 0.05$).

Conclusion: According to the results, it is necessary to use screening tools to diagnose mental problems, counseling and support for these women, along with the usual care during and after delivery.

Keywords: Mental Health, Pregnancy, Unwanted Pregnancy

Corresponding Information

Parastoo Ahang Poor, Msc., Department of Midwifery, Student Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: parastooahangpor2001@yahoo.com.

Copyright © 2019, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Shobeiri F, Ahang Poor P, Parsa P, Yazdi Ravandi S. Comparing Health Condition Between Wanted and Unwanted Pregnancy of Women in Hamadan City. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2019; 27(2):82-88

مقایسه وضعیت سلامت روان در زنان با بارداری خواسته و ناخواسته در شهر همدان

فاطمه شبیری^۱، پرستو آهنگ پور^{۲*}، پریسا پارسا^۳، سعید یزدی راوندی^۴

۱. استاد، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. کارشناس ارشد، گروه مامایی، مرکز تحقیقات دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. دانشیار، گروه بهداشت مادر و کودک، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۵. دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوءمصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: بارداری ناخواسته این دوران را با ترس، نگرانی و اضطراب بیشتر همراه کرده است و مشکلات زیادی برای مادر و جنین ایجاد می‌کند. هدف این پژوهش مقایسه وضعیت سلامت روان بین دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته در زنان باردار زیر پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۹۵ است.</p> <p>روش کار: این پژوهش مقایسه‌ای از نوع مورد شاهدهی و جامعه آماری آن همه زنان بارداری بود که در سال ۱۳۹۵ به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۴۰ نفر بود که به صورت در دسترس در دو گروه (۷۰ زن با بارداری خواسته و ۷۰ زن با بارداری ناخواسته) قرار گرفتند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد سلامت روانی SCL-90R استفاده و داده‌های جمع‌آوری شده با آمار توصیفی، آزمون t-استیودنت دو گروه مستقل و مجذور کای تجزیه و تحلیل شد. برای این منظور از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ استفاده شد.</p> <p>یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان می‌دهد بین نمرات وسواس جبری، افکار پارانوییدی، شکایت‌های جسمانی، حساسیت بین‌فردی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و نمرات روان‌پریشی در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$)، اما بین نمره افسردگی در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$).</p> <p>نتیجه‌گیری: استفاده از ابزارهای غربالگری برای تشخیص مشکلات روانی، مشاوره و حمایت‌های روانی از این زنان در کنار مراقبت‌های معمول در دوره بارداری و پس از زایمان تأکید می‌شود.</p> <p>کلیدواژه‌ها: سلامت روان، بارداری، بارداری ناخواسته</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۱۱/۲۴</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۳</p> <p>انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۳/۰۱</p> <p>نویسنده مسئول: پرستو آهنگ پور</p> <p>گروه مامایی، مرکز تحقیقات دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران</p> <p>پست الکترونیک: parastoahangpor2001@yahoo.com</p>

مقدمه

بارداری بدون برنامه شامل بارداری نابه‌هنگام و بارداری ناخواسته است. به بارداری‌هایی که زودتر از زمان تمایل فرد رخ داده باشد، بارداری نابه‌هنگام و به بارداری‌هایی که فرد اساساً تصمیمی برای بچه‌دار شدن در آینده نداشته باشد بارداری ناخواسته گفته می‌شود [۱]. شیوع بارداری ناخواسته در بیشتر جوامع بسیار بالا گزارش شده است [۲]. بر اساس آمار موجود از هر ۱۷۵ میلیون بارداری که همه‌ساله در دنیا به وقوع می‌پیوندد، ۷۵ میلیون بارداری ناخواسته است که ۴۵ میلیون آن به سقط منجر می‌شود [۳]. در کشور ما نیز آمارهای متفاوتی از بارداری ناخواسته وجود دارد و همه آن‌ها شیوع بالای بارداری ناخواسته را در ایران (۲۷/۸ درصد) نشان می‌دهد [۴].

مشهودی بر سلامت جنین، موفقیت در زایمان و شیردهی دارد [۵]. با این حال بارداری ناخواسته بر روند افزایش مشکلات ناشی از بارداری تأثیر می‌گذارد. بارداری ناخواسته نه تنها باعث افزایش شاخص بارداری‌های پرخطر و کاهش فاصله بین تولدها می‌شود، بلکه خطر مرگ‌ومیر مادران و کودکان را هم افزایش می‌دهد [۶]. همچنین بارداری‌های ناخواسته زنان را در برابر فشارهای روانی آسیب‌پذیر می‌کند و ممکن است زنان درجات بالایی از اضطراب و افسردگی را تجربه کنند. به علاوه بارداری ناخواسته با افزایش سقط عمدی، زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد همراه است [۷].

مادران با بارداری ناخواسته در طول بارداری، به علت نوع بارداری‌شان، با عوامل خطر زیادی مواجه هستند. تأخیر، کاهش و یا مراجعه نکردن برای دریافت مراقبت‌های

$$n = \frac{(S_1^2 + S_2^2)(Z_{\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

$$\beta = 0/2\beta = 0/2\alpha = 0/05\alpha = 0/05$$

$$\bar{x}_1 = 80/82$$

$$\bar{x}_2 = 62/03$$

$$S_1 = 43/79$$

$$S_2 = 34/68$$

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: باردار بودن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن مشکلات روانی؛ و معیارهای خروج شامل نداشتن تمایل به ادامه همکاری و بروز عوارض بارداری بود. برای دستیابی به اهداف پژوهش از پرسشنامه‌ای استفاده شد که دو بخش داشت. بخش اول مربوط به مشخصات دموگرافیک و بخش دوم پرسشنامه استاندارد سلامت روانی SCL-90R بود. پژوهشگر مشخصات دموگرافیک پرسشنامه را طراحی و با نظر اساتید راهنما و مشاور اصلاح، بازبینی و تأیید نهایی شد. این پرسشنامه ۱۰ عبارت دموگرافیک برای افراد شرکت کننده در پژوهش داشت.

قسمت دوم پرسشنامه استاندارد سلامت روانی SCL-90R بود. این پرسشنامه ۹۰ سؤال دارد و در مقیاس پنج‌قسمتی (هیچ، کمی، تاحدی، زیاد و خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه برای درجه هیچ نمره صفر، کمی ۱، تا حدی ۲، زیاد ۳، و خیلی زیاد ۴ داده می‌شود. در مجموع نمره دریافتی فرد در دامنه بین ۰ تا ۳۲۰ قرار دارد که هرچه نمره بیشتر باشد مشکل فرد بیشتر است. Divney و همکاران (۲۰۱۲) فرم نهایی پرسشنامه علائم روانی را تهیه کردند. دیونی بیشترین ضرایب همبستگی برای افسردگی را ۰/۹۵ و کم‌ترین آن برای روان‌پریشی‌گرایی را ۰/۷۷ گزارش کرده است [۱۰].

روایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از روش اعتبار محتوا و بر اساس نظرات ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان تعیین شد. نوربالا و همکاران میزان حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه این پرسشنامه استاندارد سلامت روانی SCL-90R را به ترتیب برابر با ۸۰/۹، ۹۲/۷ و ۱۰ درصد گزارش کرده‌اند. در محاسبه پایایی به شیوه بازآزمایی بر ۹۴ بیمار روانی، پس از یک هفته از اجرای ضرایب همبستگی، بین ۰/۷۸ برای پرخاشگری تا ۰/۹۰ برای ترس مرضی به دست آمده است. در مورد پایایی

بهداشتی دوران بارداری (مصرف اسیدفولیک و قرص آهن، تشخیص و درمان سل و مالاریا، واکسن کزاز، تشخیص و مراقبت از اکلامپسی و غربالگری و درمان سیفلیس)، افزایش خشونت‌های فیزیکی و جنسی علیه آن‌ها، ابتلا به فشارهای فیزیکی و روانی مانند افسردگی (افسردگی طی بارداری و افسردگی پس از زایمان)، میل به خودکشی، مصرف داروهای مختلف برای سقط، بی‌توجهی به پیشگیری یا درمان صحیح بیماری‌های زنان بارداری، اضطراب طی بارداری و حمایت اجتماعی کم از جمله این عوامل خطر هستند که در نهایت میزان مرگ مادر را افزایش می‌دهد [۸].

پژوهشگران معتقدند که بارداری همراه با اختلال در سلامت روان باعث ابتلای کودک به اسکیزوفرنی و اختلالات عاطفی در آینده می‌شود و خطر مشکلات رفتاری را در دوران اولیه کودکی افزایش می‌دهد [۹]. در مجموع سلامت روانی مادر باردار تأثیر زیادی بر سلامتی جنین دارد و توجه نداشتن به وضعیت روانی مادر باردار عواقب وخیمی به همراه دارد [۱۰]. بر اساس تجارب پژوهشگر نکته بسیار مهم این است که اگرچه در مراکز بهداشتی درمانی کشور مراقبت‌های دوران بارداری انجام می‌شود، اما مرکز توجه این مراقبت‌ها بر مسائل جسمی زنان باردار است و در این مراکز کمتر به مسائل روانی زنان با بارداری ناخواسته می‌پردازند. لذا هدف این پژوهش مقایسه وضعیت سلامت روانی در زنان با بارداری خواسته و ناخواسته زیر پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۹۵ است.

روش بررسی

روش این پژوهش مقایسه‌ای از نوع مورد شاهدهی و جامعه آماری همه زنان بارداری بود که به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده بودند. از میان خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند پس از گرفتن رضایت‌نامه کتبی ۱۴۰ نفر (۷۰ زن با بارداری خواسته و ۷۰ زن با بارداری ناخواسته) به صورت در دسترس انتخاب شدند و برای کنترل عوامل مداخله‌گر از همسان‌سازی (سن، سن ازدواج، سن بارداری، تحصیلات، شغل، دریافت مراقبت بارداری، وسیله پیشگیری از بارداری) استفاده شد. با استفاده از مقاله Simbar و همکاران (۲۰۱۲) حجم نمونه در هر گروه ۷۰ نفر به دست آمد [۸].

کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته و بررسی نرمالیتی داده‌های کمی با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov انجام شد. اگر $P > 0.05$ باشد توزیع آن متغیر نرمال و اگر $P < 0.05$ باشد غیرنرمال است.

یافته‌ها

بیشترین فراوانی مربوط به سنین ۲۰ تا ۳۰ سال با تحصیلات متوسطه و همچنین شغل اکثر آن‌ها خانه‌داری بود. دو گروه از نظر فراوانی سن، تحصیلات، اشتغال، درآمد خانواده، تعداد زایمان و نوع زایمان تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و همگن بودند ($P > 0.05$ ؛ جدول ۱).

جدول ۲ نشان می‌دهد بین نمرات وسواس جبری ($P = 0.002$)، افکار پارانوئیدی ($P = 0.047$)، شکایت‌های جسمانی ($P < 0.001$)، حساسیت بین‌فردی ($P < 0.001$)، اضطراب ($P < 0.001$)، پرخاشگری ($P < 0.001$)، ترس مرضی ($P < 0.001$) و روان‌پریشی ($P < 0.001$) در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در حالی که بین نمرات افسردگی در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P = 0.213$).

آزمون در پژوهش‌های مختلف بیشترین همبستگی برای علائم افسردگی ۰/۷۳ و کم‌ترین آن برای علائم ترس مرضی ۰/۳۶ گزارش شده است. بیشتر ضرایب بازآزمایی پیرامون ۰/۸۰ قرار دارد. همچنین پایایی آزمون که از طریق آزمون آزمون مجدد در دامنه معنی‌داری از ۰/۷۷ برای روان‌رنجورخوبی تا ۰/۹۰ برای افسردگی در نوسان بود پایایی نسبتاً خوبی برای این مقیاس و ابعاد آن را نشان می‌دهد [۱۱]. در پژوهش کاظمی پایایی این آزمون برابر ۰/۷۸ گزارش شده است [۱۲]. همچنین مقدار آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در این پژوهش ۰/۸۹ به دست آمد.

برای گردآوری اطلاعات ابتدا از بین خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان پس از گرفتن رضایت‌نامه در مورد هدف و روش تحقیق توضیح داده، بر محرمانه‌بودن اطلاعات تأکید و فرم رضایت آگاهانه برای پژوهش تکمیل شد. سپس پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد سلامت روانی SCL-90R را تکمیل کردند. در نهایت پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد. اطلاعات گردآوری‌شده را نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ با آزمون‌های تی مستقل و مجذور کای تجزیه و تحلیل کرد. سطح معنی‌داری

جدول ۱. توزیع فراوانی نسبی برخی مشخصات دموگرافیک در واحدهای پژوهش

P	χ^2	مشخصات دموگرافیک	
		گروه بارداری خواسته N = ۷۰ فراوانی (درصد)	گروه بارداری ناخواسته N = ۷۰ فراوانی (درصد)
۰/۱۷۵	۳/۴	کمتر از ۲۰	۲۳(۳۲/۹)
		۲۰ تا ۳۰ (سال)	۳۵(۵۰/۰)
		بالای ۳۰	۱۲(۱۷/۱)
۰/۵۶۱	۱/۱	ابتدایی	۹(۱۲/۹)
		متوسطه	۳۳(۴۷/۱)
		دیپلم و بالاتر	۲۸(۴۰/۰)
۰/۴۳۲	۰/۱	خانه‌دار	۴۱(۵۸/۸)
		شاغل	۲۹(۴۱/۴)
		کمتر از یک میلیون	۲۰(۲۸/۶)
۰/۴۴۲	۱/۶	۱ تا دو میلیون	۳۰(۴۲/۹)
		بیشتر از دو میلیون	۲۰(۲۸/۶)
		بار اول	۳۲(۴۵/۷)
۰/۱۶۴	۵/۰۷	بار دوم	۳۱(۴۴/۳)
		بار سوم	۹(۱۲/۹)
		بیش از ۳ بار	۳(۴/۳)
۰/۰۸۳	۲/۳	طبیعی	۴۷(۶۷/۱)
		سزارین	۲۳(۳۲/۹)

جدول ۲. مقایسه نمرات متغیرهای بررسی شده در گروه‌های پژوهش

P	T مستقل	گروه بارداری ناخواسته N = ۷۰		گروه بارداری خواسته N = ۷۰		متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۲	۷/۶۲	۷/۰۶	۲۲/۷۲	۹/۲۵	۱۸/۳	وسواس - جبری
۰/۰۴۷	۲/۰۰	۴/۴۲	۱۸/۴۷	۶/۲۲	۱۷/۳۰	افکار پارانوئیدی
۰/۰۰۱	۱۰/۸۲	۸/۵۳	۳۸/۶۸	۶/۷۱	۲۴/۵۷	شکایت‌های جسمانی
۰/۲۱۳	۱/۲۵	۹/۱۵	۳۴/۱۷	۱۰/۲۷	۳۶/۲۲	افسردگی
۰/۰۰۱	۷/۷۶	۶/۶۹	۵۶/۷۸	۶/۶۵	۴۰/۱۱	حساسیت بین فردی
۰/۰۰۱	۸/۳۹	۱۰/۱۱	۳۷/۳۰	۸/۳۶	۲۴/۱۴	اضطراب
۰/۰۰۱	۶/۸۵	۱۲/۳۵	۳۲/۸۸	۷/۳۸	۲۱/۰۸	پرخاشگری
۰/۰۰۱	۶/۸۸	۱۱/۳۸	۳۲/۰۰	۷/۴۵	۲۰/۸۱	ترس مرضی
۰/۰۰۱	۹/۷۱	۹/۶۶	۳۵/۴۲	۷/۳۹	۲۱/۳۰	روان‌پریشی

بحث

نشان داد زنان با بارداری ناخواسته در مقایسه با زنان با بارداری خواسته حساسیت و مراقبت کمتری دارند [۱۵]. همچنین این میزان در پژوهش Karmaliani و همکاران (۲۰۰۹) ۴۲ درصد گزارش شده است [۱۶]. نتایج پژوهش Pourhaidari و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد زنان با بارداری ناخواسته در مقایسه با زنان با بارداری خواسته میزان اضطراب بالایی دارند [۱۷]. همچنین Enayati و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند [۱]. این پژوهش‌ها هم‌راستا با پژوهش کنونی است.

نتیجه به دست آمده مبنی بر برتری سلامت روانی در زنان با بارداری خواسته در مقایسه با بارداری ناخواسته پژوهش Enayati و Abdorrahmi در سال (۲۰۰۸) نشان داد بین سلامت روانی زنان با بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به این صورت که گروه زنان با بارداری خواسته از گروه زنان با بارداری ناخواسته سلامت روانی بالاتری دارند [۱]. همچنین پژوهش Pamela و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد زنانی که با بارداری ناخواسته بودند سلامت روانی پایینی داشتند [۱۸]. در پژوهشی دیگر Cynthia و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند بین بارداری ناخواسته با افسردگی و اضطراب رابطه معنی‌داری وجود دارد [۱۹]. نتایج پژوهش‌های انجام شده تأییدکننده این پژوهش است.

در پژوهشی که Ishida و همکاران (۲۰۱۰) گزارش کرده‌اند زنان با بارداری ناخواسته در مقایسه با زنان با بارداری خواسته اختلالات عمومی روانی بیشتری دارند [۲۰]. نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان می‌دهد بین نمرات

نتایج این پژوهش، که با هدف مقایسه وضعیت سلامت روان بین دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته در زنان باردار زیر پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۹۵ انجام شد، نشان می‌دهد بین وضعیت همه متغیرهای سلامت روان (وسواس جبری، افکار پارانوئیدی، شکایت‌های جسمانی، حساسیت بین فردی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و روان‌پریشی)، به جز افسردگی، در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد.

در این پژوهش میانگین نمرات وسواس جبری، افکار پارانوئیدی، شکایت‌های جسمانی، حساسیت بین فردی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، روان‌پریشی در گروه بارداری ناخواسته بیشتر از گروه بارداری خواسته بود که از لحاظ آماری این تفاوت معنی‌دار بود. در پژوهش Molina و همکاران (۲۰۱۲) در خصوص زنان با بارداری ناخواسته گزارش کرده‌اند که زنان با بارداری ناخواسته مشکلات روانی اجتماعی بیشتری دارند [۱۴، ۱۳]. همچنین Enayati و همکاران (۲۰۰۹) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که میانگین نمرات وسواس جبری در گروه زنان با بارداری ناخواسته بیشتر از گروه زنان با بارداری خواسته بود [۱]. در پژوهش Simbar و همکاران (۲۰۱۲) در خصوص مقایسه سلامت روانی در زنان با بارداری خواسته و ناخواسته نشان دادند که زنان با بارداری ناخواسته مشکلات بیشتری گزارش کرده‌اند [۸]. نتایج این پژوهش‌ها با پژوهش کنونی هم‌راستا است.

نتایج پژوهش Abbaszadeh و همکاران (۲۰۱۰)

ناخواسته بود.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد بارداری ناخواسته مشکلات روان‌شناختی بسیاری در زنان باردار به وجود می‌آورد و به تبع آن سلامت روانی آن‌ها را به خطر می‌اندازد که این عامل علاوه بر مادر برای جنین نیز مشکلات زیادی ایجاد می‌کند. بر این اساس به استفاده از ابزارهای غربالگری برای تشخیص مشکلات روانی، مشاوره و حمایت‌های روانی از این زنان، همپای مراقبت‌های معمول در دوره بارداری و پس از زایمان، تأکید می‌شود.

سیاسگذاری

این مقاله نتیجه طرح پژوهشی دانشجویی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان، با شماره مجوز IR.UMSHA.REC.1395.51 است که با حمایت مالی معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، مرکز پژوهش دانشجویان و همچنین از واحدهای مورد پژوهش و حمایت همه کسانی که به نحوی در انجام این پژوهش ما را یاری رسانده‌اند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تعارض درمنافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

افسردگی دو گروه با بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. نتایج به‌دست‌آمده با پژوهش‌های Zangeneh و همکاران (۲۰۰۹) و Sehhatieshafaeci و همکاران (۲۰۰۸) مبنی بر بالا بودن افسردگی در زنان با بارداری ناخواسته در مقایسه با زنان با بارداری خواسته ناهمخوان بود [۲۱، ۲۲]. این نتیجه به دلیل بالابودن میزان افسردگی به‌ویژه افسردگی دوران بارداری در هر دو گروه پژوهشی است. چنانچه نتایج پژوهش Zareipour و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد میزان شیوع افسردگی در زنان باردار ۳۱/۷ درصد است [۲۳] که این پژوهش‌ها با پژوهش کنونی هم‌راستا است.

با توجه به شیوع بالای بارداری ناخواسته در جامعه، ناسازگاری عمده مادران، حتی پس از زایمان، و اثرات این نوع بارداری بر سلامت روان مادران بر استفاده از ابزارهای غربالگری برای تشخیص مشکلات روانی، مشاوره و حمایت‌های روانی از این زنان در کنار مراقبت‌های معمول در دوره بارداری و پس از زایمان تأکید می‌شود. از محدودیت این پژوهش نمونه‌گیری در حجم نمونه کم است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در حجم نمونه زیاد بررسی شود. ترس برخی از مادران از اعلام ناخواسته‌بودن بارداری‌شان محدودیت دیگر این پژوهش است که پس از اطمینان آنها از محرمانه‌بودن اطلاعاتشان همکاری بیشتری کردند. نقطه قوت این طرح بررسی سلامت روان بین بارداری خواسته و

References

- Enayaty MS, Abdorrahmi F. Mental health and marital satisfaction compared to women with a wanted pregnancy and women with unwanted pregnancy In Ahwaz. *The New Psychology* 2008; 2(6):66-80.
- Finer LB, Henshaw SK. Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual Reproductive Health*. 2006; 38(2):90-6. PMID:16772190
- Sanaianasab H, Rashidi jahan H, Tavakoli R, Tavakoli H, Amin shokravi F. Correlates of Unwanted Pregnancy among Pregnant Women attending Medical and Health Centers in Semnan, Iran. *Hayat*. 2009; 15(2):81-94.
- Mohammad beygi A, Mohammad Salehi N, Bayati A. Prevalence of unintended pregnancy and its related factors in Arak. *Koomesh*. 2009; 10(3):201-206.
- Avni-Barron O, PS W. Understanding the Causes to Make Better Treatment Decisions. *PsychiatrTimes*. 2011; 47-50.
- Moghadam Banaem L, Eftekhari ardebili H, Majlesi F, Rahimi A, Taamoli S, Aminimanesh A. Comparison risk of preeclampsia in wanted and unwanted pregnancy a cohort study. *Payesh*. 2008; 7(1):29-33.
- Boroumandfar Kh, Saghafi Z, Abedi H, Bahadoran P. Unwanted pregnancy outcomes. *Nursing and midwifery research journal*. 2005; 29:25-35.
- Simbar M, Khajehpoor M, Jannesari Sh, Alavi Majd H. Comparing the health status of women with wanted and unwanted pregnancy. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2012; 14(1):113-120.
- Liu L, Setse R, Grogan R, Powe NR, Nicholson WK. The effect of depression symptoms and social support on black-white differences in health-

- related quality of life in early pregnancy: the health status in pregnancy (HIP) study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013; 13(1):125-129.
10. Divney AA, Sipsma H, Gordon D, Niccolai L, Magriples U, Kershaw T. Depression during pregnancy among young couples: the effect of personal and partner experiences of stressors and the buffering effects of social relationships. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012; 25(3):201-207.
 11. Anessa J, Akbari F, Majedian M, Ghorbani V. Standardization of mental disorders Symptoms Checklist 90 Revised (SCL-90 -R) in Army Staffs. *Journal of Military Psychology*. 2011; 2(5):29-37.
 12. Kazemi K. Comparison of personality and psychological characteristics and parenting styles of parents of suicidal subjects and parents of normal people. Master thesis. Ardabil: Islamic Azad University, Ardabil Branch; 2014.
 13. Molina RC, Roca CG, Zamorano GS, Araya EG. Family planning and adolescent pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2012; 24(2), 209-222.
 14. Mahoori KH, Amirian M. Unwanted pregnancies and its related factors in pregnant women referred to health centers in Bandar Abbas. *Medical journal of Hormozgan University*. 2009; 13(1):25-32.
 15. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran A. Quality of life in pregnant women. *Payesh Health Monit*. 2010; 9(1):69-75.
 16. Karmaliani R, Asad N, Bann CM, Moss N, McClure EM, Pasha O, et al. Prevalence of Anxiety, Depression and Associated Factors among Pregnant Women of Hyderabad, Pakistan. *Int J Soc Psychiatry*. 2009; 55(5):414-424.
 17. Pourhaidari M, Soozani A, Shamaian Razavi N. Prevalence of unwanted pregnancy Determining factors in the Shahrood city. *Payesh*. 2007; 6(1):63-70.
 18. Pamela H, Jenny H, Kamil S, Irina M. The Implications of Unintended Pregnancies for Mental Health in Later Life. *Am J Public Health*. 2016; 106(3):421-429.
 19. Cynthia H. Rada D, Junjia Z, Kristen K. Unintended Pregnancy and Postpartum Depression Among First-Time Mothers. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013; 22(5):412-416.
 20. Ishida K, Stupp P, Serbanescu F, Tullo E. Perinatal risk for common mental disorders and suicidal ideation among women in Paraguay. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010; 110(3):235-240.
 21. Zangeneh M, Shams Alizadeh N, Kaamrvamesh M, Rezaie M, Pormehr S. Postpartum depression and its relation to baby gender and unplanned pregnancy. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2009; 14(2):65-71.
 22. Sehhatie shafaei F, Ranjbar koochaksariie F, Ghojzadeh M, Mohamadrezai Zh. Study of Relationship between Some Predisposing Factors and Postpartum Depression. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2008; 8(1):54-61.
 23. Zareipour M, Sadaghianifar A, Amirzehni J, Parsnezhad M, Ayuoghi Rahnema V. Exploring of Depression, Anxiety and Stress in Pregnant Women Referred to Health Centers of Urmia. *Rahavard Salamat Journal*. 2017; 3(2):19-30.