

بررسی اضطراب ناشی از بیماری کرونا بر روی سلامت روانی زنان باردار در شرف زایمان

سمیه نخعی^۱، اسما سمنانی^۲، عاطفه شیبانی اصل^۳، فریده حیدری کرباسکی^۴

^۱استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی زابل

^۲دانشجوی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی زابل

^۳دانشجوی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی زابل

^۴دانشجوی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی زابل

نام نویسنده مسئول:

سمیه نخعی

چکیده

سابقه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اضطراب ناشی از بیماری کرونا بر روی سلامت روانی زنان باردار در شرف زایمان می‌باشد. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش شناسی در زمره پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی قرار دارد. مواد و روش ها: نمونه مورد مطالعه شامل ۵۰ زن باردار در شرف زایمان مراجعه کننده به بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان در فرودین ماه، ۱۳۹۹ می‌باشد. تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش در دو بخش یافته‌های توصیفی و استنباطی انجام شد. در این پژوهش سه پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها به کار رفت: ۱- پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی، فهرست علائم نود سوالی (SCL-90-R) که پایایی و روایی در پژوهش‌های متعددی تایید شده است، همچنین جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا روی سلامت روانی زنان باردار در شرف زایمان در این پژوهش با استفاده از پرسشنامه ایرانی سنجش اضطراب [1] استفاده شده است. که شامل ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰.۹۱۹) به دست آمده است. نتایج مقادیر T با آماره ۴۵/۴۵ نشان داد، میزان زیاد تاثیر اضطراب ناشی از کرونا بر روی سلامت روان زنان باردار در شرف زایمان می‌باشد. بررسی شدت علائم روانی زنان باردار با تاکید بر ویروس کرونا در نمونه موردی بر شدت اکثر شاخص‌های (شکایات جسمی (جسمی-سازی)، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل (واکنش‌های بین فردی)، فوبیا و یا ترس مرضی، پرخاشگری، روان‌پریشی، اضطراب، افسردگی و نگرش پارانوییدی) دلالت دارد. نتایج و نتیجه گیری: در نهایت نتایج مطالعه حاضر نشان داد که، بین اضطراب ناشی از بیماری کرونا و سلامت روان زنان باردار در شرف زایمان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

واژگان کلیدی: اضطراب، کرونا، سلامت روانی، زنان باردار در شرف زایمان، بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان.

مقدمه

در طول حیات هر زن مراحل وجود دارد که تاثیرات عمیقی بر زندگی او برجای می گذارد؛ از آن جمله دوره حاملگی می باشد که با تغییرات فیزیولوژیک و روانشناختی بسیار مهمی همراه است که علیرغم احساس لذت مادرشدن گاهی با تغییرات پاتولوژیک نیز همراه می گردد [2]. دوران بارداری دربرگیرنده برخی تغییرات روانی و اجتماعی است که هر فرد به صورت متفاوتی با آن برخورد می کند. به طور کلی بارداری خود دوره ای پراضطراب است و میزان تاثیرپذیری زن باردار نسبت به اضطراب های متفاوت زندگی در این دوره افزایش پیدا می کند [3]. دوران حاملگی پراسترس ترین دوران زندگی زن می باشد و شدت این استرس در سه ماهه سوم بیشتر است؛ حتی استرس ناشی از تولد اولین فرزند در جداول استرس روانی - اجتماعی، جزء استرس های شدید طبقه بندی می شود [2]. در این میان مهمترین عاملی که بر اساس نظریه تحلیل روانی علت تمام بیمارهای روان محسوب می شود اضطراب است [4]. امروزه مشخص شده است که بسیاری از بیمارهای رایج بیشتر به نداشتن سازگاری با اضطراب مربوط می شود تا به حوادث ناشی از میکروبها، ویروسها، مواد زیان بخش یا هرگونه عامل خارجی دیگر [5]. اضطراب آسیب پذیرترین افراد را هدف قرار می دهد [4].

در این میان همه گیری بیماری کرونا و اجرای قرنطینه، اثرات مختلفی بر جنبه های روانی و اجتماعی افراد جامعه گذاشته است [6]. در دسامبر ۲۰۱۹ میلادی انتشار یک بیماری ویروسی در شهر ووهان چین گزارش شد. عامل این بیماری یک نوع ویروس جدید و تغییر ژنتیک یافته از خانواده کرونا ویروسها با عنوان SARS-CoV-2 بود که بیماری کووید-۱۹ نام گذاری گردید [7]. متأسفانه، این ویروس به دلیل قدرت سرایت بسیار بالا به سرعت در کل جهان انتشار پیدا کرد و تقریباً طی زمانی اندک (کمتر از چهار ماه) تمامی کشورهای جهان را آلوده نمود [8,9]. بیماری کووید-۱۹ که عامل آن یک ویروس RNA دار است بیشتر دستگاه تنفسی افراد مبتلا به بیماری را تحت تاثیر قرار داده و به طور فاجعه آمیزی در حال گسترش است [10]. این ویروس کشور ایران را همچون سایر کشورهای جهان آلوده کرده و مبارزه با این ویروس به طور سراسری و همه جانبه در کل کشور در حال انجام است. گرچه با توجه به جدید بودن این ویروس و میزان اطلاعات موجود در مورد بیماری زایی ویروس SARS-CoV-2 و همچنین روشهای کنترل و درمان این بیماری محدود بوده ولی در حال حاضر مهمترین روش مقابله با آن پیشگیری و جلوگیری از انتشار ویروس است [11]. با توجه به وضعیت عالمگیر (پاندمی) بیماری کووید-۱۹ که تقریباً تمامی جنبه های مهم اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و حتی نظامی تمامی کشورهای جهان را تحت تاثیر قرار داده، و به عبارت دیگر فلج کرده، بحث آثار روانشناختی این بیماری ویروسی بر روی بهداشت سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه از اهمیت به سزایی برخوردار است [12]. با توجه به خصوصیت بیماری زایی این ویروس، سرعت انتشار و همچنین درصد مرگ و میر ناشی از آن ممکن است این بیماری وضعیت بهداشت سلامت روان افراد در سطوح مختلف بخصوص زنان باردار در شرف زایمان را به نوعی متفاوت در معرض مخاطره قرار دهد [13,14].

شیوع کووید-۱۹ یکی از عواملی است که می تواند باعث افزایش سطح اضطراب و استرس در زنان باردار شود. بر اساس یافته های مطالعات، افزایش سطح نگرانی و استرس در طی حاملگی باعث افزایش مسمویت بارداری، افسردگی بارداری، میزان تهوع و استفراغ در دوران بارداری، زایمان زودرس، ایجاد بچه کم وزن و حتی نمره اپگار پایین می گردد. طرح فاصله گذاری اجتماعی و برخی محدودیت های تردد و قرنطینه های از دلایل اصلی است که میزان اضطراب و نگرانی را در اغلب مادران باردار در طی انتشار بیماری کووید-۱۹ افزایش می دهد [15]. مطابق یافته های تحقیقی که در کشور چین انجام شده افسردگی زنان باردار در طول شیوع بیماری کووید-۱۹ افزایش یافته بود [16]. از طرفی مادران باردار که نیاز به حمایت های عاطفی بیشتری دارند ممکن است به دلیل محدودیت های اعمال شده به دلیل شیوع ویروس کووید-۱۹ این حمایت ها را به دلیل کاهش ارتباط با خویشاوندان خود از دست بدهند. همچنین به دلیل تشدید و استفاده زیاد از مواد بهداشتی و شوینده ها امکان مسمویت در این افراد افزایش می یابد. حتی در مواردی برخی از مادران باردار به دلیل ترس از ابتلا به کووید-۱۹ ممکن است برای پیگیری وضعیت خود و جنین به متخصص مربوطه مراجعه نمایند. از این رو در مواردی گزارش شده است که به دلیل نگرانی ها و اضطراب بیش از اندازه، برخی از مادران باردار خواستار ختم بارداری و سزارین انتخابی هستند. نهایتاً، برخی از مادران باردار نگران فرزندان خود پس از زایمان برای غربالگری و واکسیناسیون در شرایط شیوع بیماری کووید-۱۹ می باشند [15].

بنابراین نتایج این پژوهش که با هدف بررسی اضطراب ناشی از بیماری کرونا بر روی سلامت روانی زنان باردار در شرف زایمان صورت می گیرد، تا میزان اضطراب ناشی از بیماری کرونا در این دوران و عوامل موثر بر آن را مشخص سازد و با توجه به اولویت پیشگیری بر درمان این مطالعه می تواند گامی مؤثر در جهت ارتقاء بهداشت روان مادران باردار در شرف زایمان باشد.

پیشنه پژوهش

شهید و محمدی [17] در پژوهشی با عنوان آثار روانشناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری، پرداختند و به این نتایج رسیدند که گسترش کووید-۱۹ به دلیل سرعت انتقال آن منحصر به فرد بوده، که باعث ایجاد یک وضعیت اورژانس در بهداشت جهانی طی کمتر از چند ماه در سراسر کشورهای جهان شد. این بیماری نه تنها سبب نگرانی‌های سلامت همگانی می‌گردد بلکه سبب بروز تعدادی از بیماری‌های روانشناختی می‌شود، که شامل اضطراب، ترس، افسردگی، برچسب‌زنی، رفتارهای اجتنابی، تحریک‌پذیری، اختلال خواب، و اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد.

علیزاده فرد و صفاری نیا [6] در پژوهشی با عنوان پیش بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا، پرداختند و این نتایج نشان دهنده بروز اثرات مثبت و منفی روانی و اجتماعی در زمان قرنطینه بوده و دارای تلویحات کاربردی در تدوین مداخلات بحران در زمان همه‌گیری بیماری کرونا است.

استرآبادی [3] در پژوهشی به بررسی اثربخشی تمرینات یوگا بر کاهش اضطراب زایمان و افزایش سلامت روان زنان باردار پرداخته است. نتایج به دست آمده از تحلیل کواریانس روی سلامت روان کلی نشان داد تمرین یوگا باعث بهبود سلامت روان گروه مداخله در پس آزمون شده است. همچنین نتایج تحلیل کواریانس روی مولفه‌های سلامت روان نشان داد تمرین‌های یوگا روی مولفه‌های اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی در سطح (۰.۰۱) و روی مولفه‌های حساسیت بین فردی، هراس و روان پریشی در سطح (۰.۰۵) معنی دار است.

بدای و همکاران [18] در پژوهشی با عنوان نقش معنویت و حمایت اجتماعی در نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس زنان باردار، پرداختند و به این نتایج رسیدند که اضطراب، افسردگی و استرس در زنان باردار رابطه معکوسی با معنویت و حمایت اجتماعی دارد که پیشنهاد می‌شود به حمایت اجتماعی و معنویت در زنان باردار دارای نشانه‌های اضطراب و افسردگی توجه گردد. شمس آبادی و همکاران [19] در پژوهشی با عنوان اثر بخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر اضطراب زنان باردار، پرداختند و به این نتایج رسیدند که آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب (حالت و صفت) زنان باردار اثر دارد.

حسن‌زاده لیف شاگرد و همکاران [20] در پژوهشی با عنوان اثربخشی ایمن سازی در مقابل استرس بر استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری، پرداختند و به این نتایج رسیدند که با توجه به اثرات زیان بار فشارروانی بر روی جنین اهمیت آموزش ایمن سازی در مقابل فشارروانی برای بهبود سلامت روانی مادران جهت پیش‌گیری از اثرات منفی بر جنین آشکار می‌گردد.

جباری و همکاران [21] در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان باردار، پرداختند و به این نتایج رسیدند که درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس می‌تواند به عنوان شیوه درمانی انتخابی در جهت کاهش استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری به کار گرفته شود با این حال برای افزایش میزان اثربخشی مداخله باید علاوه بر توجه به افکار ناکارآمد، توجه ویژه‌ای به بارورهای هسته‌ای و فرض‌های زیربنایی افراد شود.

کاواهارادا [22] در پژوهشی با عنوان تأثیر برنامه آموزش ایمن سازی در برابر فشار روانی را بر استرس خدمتکاران در ژاپن، پرداختند و به این نتایج رسیدند که پس از انجام سه جلسه مداخله، میانگین استرس گروه مداخله، به طور معنی‌داری کاهش نیافت.

روش تحقیق

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش شناسی در زمره پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی قرار دارد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده و از بین زنان بارداری انجام گرفت. نمونه مورد مطالعه شامل ۵۰ زن باردار در شرف زایمان مراجعه کننده به بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان در فرودین ماه، ۱۳۹۹ می‌باشد. تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش در دو بخش یافته‌های توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش توصیفی از درصد، فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در بخش استنباطی نیز جهت بررسی پایایی ابزار با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-22 انجام گرفت.

جهت انجام پژوهش حاضر از ابزار زیر استفاده شد:

در این پژوهش سه پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها به کار رفت: ۱- پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی مربوط به زنان باردار، ۲- فهرست علائم نود سوالی (SCL-90-R) که پایایی و روایی آن در ایران توسط میرزایی، و باقری یزدی، بوالهروی و شاه-محمدی [23] گزارش گردید. آزمون SCL-90-R شامل ۹۰ ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای شامل (۰=هیچ، ۱- کمی، ۲= تا حدی، ۳-

زیاد، ۴ = به شدت) می‌باشد. این ابزار نه بعد اختلال‌های روانی در برگیرنده شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت و پرخاشگری، هراس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی می‌باشد. امروزه SCL-90-R به عنوان یکی از مهمترین پرسشنامه‌های استاندارد ارزیابی روانی-رفتاری مورد توجه قرار گرفته است. در آزمون SCL-90-R گروه علائم و ابعاد روانی مورد بررسی می‌گیرند که عبارتند از: شکایات جسمی (جسمی‌سازی)، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل (واکنش‌های بین فردی)، فوبیا و یا ترس مرضی، پرخاشگری، روان‌پریشی، اضطراب، افسردگی و نگرش پارانوئیدی. ۳- همچنین جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در این پژوهش پرسشنامه ایرانی سنجش اضطراب [1] می‌باشد. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه ای لیکرت (هرگز = ۰، گاهی اوقات = ۱، بیشتر اوقات = ۲ و همیشه = ۳)، نمره گذاری می‌شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره ای که افراد پاسخ دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول (۰.۸۷۹) و برای عامل دوم (۰.۸۶۱) و کل پرسشنامه (۰.۹۱۹) به دست آمده است [1]. داده‌های لازم نیز توسط افراد آموزش‌دیده و آگاه پرسشنامه (کارشناسی ارشد پرستاری، کارشناس روان‌شناسی بالینی، و کارشناس پرستاری) و به کمک مصاحبه در مراکز ارائه دهنده به مراکز خدمات بهداشتی درمانی زنان و زایمان بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع)، شهرستان (زاهدان) گردآوری شد.

یافته‌های تحقیق

یافته‌های توصیفی

بر طبق یافته‌های توصیفی تحقیق، بر اساس اطلاعات به دست آمده از جامعه نمونه از (زنان باردار بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع)، شهر (زاهدان) که بر اساس نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۵۰ نفر بوده است، افراد مورد مطالعه از لحاظ سن بارداری به ۳ گروه سنی، ۱۵ تا ۲۵ سال، ۲۶ تا ۳۵ سال، ۳۶ تا ۴۵ سال، تقسیم‌بندی شده است. با توجه به نتایج به دست آمده بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۶ تا ۳۵ سال است که شامل ۳۴ نفر بوده که حدود (۰/۶۸) را به خود اختصاص داده است و کمترین فراوانی نیز مربوط به گروه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال با مقدار فراوانی ۳ نفر و (۰/۶) می‌باشد. افزون بر این، در ارتباط با میزان تحصیلات افراد مورد مطالعه، افراد در ۳ گروه زیردیپلم، دیپلم و لیسانس فوق لیسانس و دکتری طبقه‌بندی شده است. بر اساس نتایج بیشترین میزان پاسخگویان مربوط به گروه زیر دیپلم با تعداد ۲۷ نفر و حدود (۰/۵۴) می‌باشد و کمترین میزان مربوط به گروه دکتری با فراوانی (۰) است. همچنین توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب شغل به ۲ گروه تقسیم بندی شده است. گروه‌هایی شامل (شاغل، خانه‌دار) می‌باشند. بر اساس نتایج بیشترین میزان پاسخگویان مربوط به گروه شغلی خانه‌دار با مقدار فراوانی ۴۴ و مقدار (۰/۸۸)، می‌باشد. همچنین توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب فاصله بارداری فعلی تا زایمان قبل به ۳ فاصله تقسیم بندی شده است. بر اساس نتایج بیشترین میزان پاسخگویان مربوط به فاصله زمانی ۳ سال بیشتر با مقدار فراوانی ۲۷ و مقدار (۰/۵۴)، می‌باشد. همچنین توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب سابقه نازایی و سابقه سقط تقسیم بندی شده است بر اساس نتایج بیشترین میزان پاسخگویان در سابقه سقط با مقدار فراوانی و مقدار ۰/۵۸ می‌باشد.

یافته‌های استنباطی

هدف اول: شناسایی اضطراب ناشی از کرونا

شایان ذکر است که برای تجزیه و تحلیل پرسشنامه (آمار استنباطی) از آزمون T تک نمونه‌ای استفاده شده است. فرض اصلی در این پژوهش اینگونه بود که: اضطراب ناشی از کرونا بر روی سلامت روان زنان باردار در شرف زایمان زیاد می‌باشد.

جدول (۱): بررسی اضطراب ناشی از کرونا بر روی سلامت روان زنان باردار در شرف زایمان با استفاده از آماره آزمونی T

حد متوسط (۳): میانگین فرضی					
فاصل اطمینان تفاوت ۰/۹۵		معناداری (۲ دامنه)	T	میانگین	گویه‌ها
پایین	بالا				
۲/۹۵	۳/۲۰	۰/۰۰۰	۴۹/۵۵۱	۳/۰۸	فکر کردن به کرونا مرا مضطرب می‌کند؟
۳/۴۳	۳/۶۷	۰/۰۰۰	۵۸/۵۰۹	۳/۵۵	وقتی درباره تهدید کرونا فکر می‌کنم احساس تنش می‌کنم؟
۳/۸۱	۴/۰۷	۰/۰۰۰	۵۸/۰۲۸	۳/۹۴	درباره شیوع کرونا به شدت نگرانم؟
۳/۴۸	۳/۷۰	۰/۰۰۰	۶۴/۶۹۸	۳/۵۹	می‌ترسم کرونا بگیرم؟
۳/۴۳	۳/۶۶	۰/۰۰۰	۵۹/۸۱۴	۳/۵۴	فکر می‌کنم هر لحظه ممکن است کرونا بگیرم؟
۳/۵۱	۳/۷۵	۰/۰۰۰	۶۸/۵۹۳	۳/۶۶	با کوچک‌ترین علائم فکر می‌کنم کرونا گرفتن و خود را واری می‌کنم؟
۳/۵۴	۳/۸۷	۰/۰۰۰	۶۷/۷۶۴	۳/۶۷	من نگران سرایت کرونا به اطرافیانم هستم؟
۳/۵۵	۳/۷۶	۰/۰۰۰	۵۸/۶۰۰	۳/۶۳	اضطراب مربوط به کرونا فعالیت‌های مرا مختل کرده است؟
۳/۶۷	۳/۹۸	۰/۰۰۰	۱۱/۸۷۱	۳/۸۲	توجه رسانه‌ها به کرونا مرا نگران می‌کند؟
۳/۷۸	۴/۰۳	۰/۰۰۰	۱۱/۱۲۳	۳/۹۳	فکر کردن به کرونا خواب مرا مختل کرده است؟
۳/۶۸	۳/۹۵	۰/۰۰۰	۱۰/۹۹۸	۳/۸۵	فکر کردن به کرونا مرا بی‌اشتها کرده است؟
۳/۶۷	۳/۹۷	۰/۰۰۰	۹/۲۳۴	۳/۸۸	وقتی به کرونا فکر می‌کنم دچار سردرد می‌شوم؟
۳/۶۵	۳/۹۶	۰/۰۰۰	۱۰/۸۸۹	۳/۸۸	وقتی به کرونا فکر می‌کنم تنم می‌لرزه؟
۳/۷۸	۴/۰۴	۰/۰۰۰	۱۱/۹۹۱	۳/۹۱	وقتی به کرونا فکر می‌کنم موه‌های تنم سیخ می‌شود؟
۳/۶۵	۳/۹۴	۰/۰۰۰	۹/۸۸۷	۳/۸۱	کرونا برای من یک کابوس تبدیل شده است؟
۳/۷۹	۳/۱۴	۰/۰۰۰	۹/۲۳۱	۳/۹۸	به خاطر ترس از کرونا فعالیت بدنی‌ام کم شده است؟
۳/۰۱	۳/۴۵	۰/۰۰۰	۸/۶۵۴	۳/۲۱	صحبت کردم درباره کرونا با دیگران برایم دشوار است؟
۳/۷۸	۴/۱۳	۰/۰۰۰	۸/۴۳۱	۳/۹۴	وقتی درباره کرونا فکر می‌کنم تپش قلب می‌گیرم؟

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

با توجه به آزمون T تک نمونه‌ای، با توجه به مثبت بودن شاخص‌ها، هر چه میزان میانگین شاخص‌ها بیشتر از حد متوسط عدد ۳ باشد، میزان اضطراب ناشی از کرونا در سلامت روان زنان باردار در شرف زایمان زیاد است. هر چه میزان میانگین شاخص‌ها کمتر از حد متوسط عدد ۳ باشد، میزان تاثیر اضطراب ناشی از کرونا بر روی سلامت روان زنان باردار در شرف زایمان کم است. بنابراین با توجه به نتایج جدول، می‌توان این گونه برداشت نمود، میزان اضطراب ناشی از کرونا به دلیل زیاد بودن میانگین شاخص‌ها در حد متوسط عدد ۳، بر روی سلامت روان زنان باردار در شرف زایمان زیاد است.

جدول (۲): تاثیر اضطراب ناشی از کرونا بر روی سلامت روان زنان باردار در شرف زایمان

سازه	بار عاملی	آماره t	سطح معناداری	R(SA)	AVE	پایایی کرونباخ	پایایی ترکیبی
تاثیر اضطراب ناشی از کرونا بر روی سلامت روان زنان باردار	۰/۵۴۳	۴۵/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۵۴۳	۰/۴۴۲	۰/۶۴۳	۰/۶۱۳

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

همانطور که در جدول (۲)، ملاحظه می‌شود، مقادیر بار عاملی در سطح ۰/۰۰۰ معنی‌دار هستند. همچنین مقادیر T با آماره ۴۵/۴۵ نشان دهنده میزان زیاد تاثیر اضطراب ناشی از کرونا بر روی سلامت روان زنان باردار در شرف زایمان می‌باشد، همچنین میزان پایایی کرونباخ و همچنین پایایی ترکیبی نیز نشان دهنده مقدار زیاد پایایی این مولفه می‌باشد.

هدف دوم: شدت علائم روانی زنان باردار با تاکید بر ویروس کرونا

در ادامه نیز به شدت علائم روانی زنان باردار در شرف زایمان مراجعه کننده به بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع)، در شهر زاهدان در فروردین سال ۱۳۹۹، پرداخته شده است.

جدول (۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی اختلالات روانی، میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان ۰/۹۵ در گروه مورد بررسی

مقیاس	شیوع (درصد)	فاصله اطمینان	میانگین	انحراف معیار
شکایات جسمانی	۳۹/۸	۳۴/۳۲-۹/۵	۱/۴۵	۰/۵۶۴
وسواس و اجبار	۰/۳۴	۲۳/۳۴-۵/۹	۱/۵۶	۰/۴۶۷
حساسیت در روابط متقابل	۴۲/۵	۳۲/۴۳-۷/۷	۱/۶۷	۰/۴۹۸
افسردگی	۴۱/۶	۲۹/۲۵-۷/۸	۱/۸۹	۰/۴۷۳
اضطراب	۴۱/۹	۳۱/۴۲-۵/۸	۱/۹۳	۰/۵۱۲
پرخاشگری	۲۶/۷	۳۶/۴۳-۷/۹	۱/۵۶	۰/۴۵۱
ترس مرضی	۳۲/۹	۴۲/۳۴-۸/۶	۱/۹۲	۰/۵۳۲
افکار پارانوئیدی	۱۷/۸	۳۲/۲۳-۷/۷	۱/۷۸	۰/۴۷۶
روان پریشی	۴۲/۸	۳۷/۴۱-۸/۹	۱/۹۴	۰/۶۷۱
سایر	۳۲/۶	۴۳/۶۵-۵/۸	۱/۸۴	۰/۵۴۳
GSI	۲۷/۸	۴۱/۳۴-۶/۷	۱/۷۴	۰/۶۵۷
PST	-	-	۳۲/۴۳	۱۸/۱۶۵
PSDI	-	-	-	-

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

جدول (۴): توزیع فراوانی شدت اختلال روانی بر اساس شاخص کلی علائم مرضی (GSI) در گروه مورد بررسی

علائم مرضی	فراوانی	درصد
سالم (<۱)	۳۲	۰/۶۴
خفیف (۱-۱/۹۹)	۵	۰/۱۰
متوسط (۲-۲/۲۲)	۷	۰/۱۴
شدید (۳ یا بزرگتر از آن)	۶	۰/۱۲
مجموع	۵۰	۰/۱۰۰

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

بحث

هدف از مطالعه حاضر، تعیین اضطراب ناشی از کرونا بر روی سلامت روان زنان باردار در شرف زایمان بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) در شهر زاهدان بوده است. مطابق با گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) در مطالعات همه‌گیر شناسی در کشورهای مختلف نشان داد که حدود ۰/۲۵ مردم اختلال روانی قابل تشخیص دارند (WHO, 1996). پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه سلامت روان، در نقاط مختلف ایران نشان می‌دهد که میزان شیوع این بیماری از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۹ بین ۱۱ تا ۲۳/۸ در نوسان بوده است. همچنین مرور مطالعات سلامت روان در کشورهای مختلف جهان از جمله ایران نشان دهنده این است که میزان شیوع اختلالات روانی به علت متنوع بودن ابزار مورد استفاده، تفاوت در روش نمونه‌گیری، متفاوت بودن تکنیک‌های مصاحبه و طبقه‌بندی تشخیصی بسیار متفاوت برآورده شده است. اطلاعات به دست آمده از این مطالعات نشان می‌دهد که شیوع این اختلالات در ایران از آمار سایر کشورها و گزارش سازمان بهداشت جهانی کمتر نیست به طوریکه این میزان در تحقیق داویدیان در رودسر ۰/۱۷، باقری یزدی در میبد یزد ۱۲/۵، یعقوبی در گیلان ۲۳/۸، بهادرخان در گناباد خراسان ۱۶/۶، قاسمی در اصفهان ۱۹/۹، نوربالا در تهران ۲۱/۵، گزارش گردیده است. بر این اساس، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، شیوع شکایات جسمانی (۳۹/۸)، می‌باشد. قابل ذکر است که نسبت رقم به دست آمده از شیوع این اختلال در جمعیت عمومی (۰/۳۰) در بررسی فینیک، سورنسون، انگبرگ، هولم و یورج (۱۹۹۹)، بیشتر می‌باشد. نتایج بررسی فاوا و همکاران [24] نیز این تفاوت را تایید می‌کند. این یافته با توجه به تغییرات فیزیولوژیک، هورمونی و روانی دوران بارداری قابل توجیه است. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده وسواس و اجبار ۰/۳۴ به دست آمد. این یافته نیز با نتایج بررسی‌های ایانکو، لپکیفکر، دانون و کوتلر [25] و آلتشولر، هندریک و کوهن (۱۹۹۸) همسویی دارد.

شیوع اختلال حساسیت در روابط متقابل ۴۲/۵ می‌باشد. نتایج به دست آمده با مطالعات ایکسو (۱۹۹۴) نیز شیوع بیشتر این اختلال در زنان باردار تایید می‌کند. این شیوع با توجه به تغییرات تصویر ذهنی از بدن خویشستن و نوسان‌های خلقی زنان در این دوران توجیه‌پذیر است [26]. و اما گویه شیوع افسردگی در این بررسی ۴۱/۶، می‌باشد. نتایج به دست آمده نیز با نتایج استینز [27] بروان [28] نیز در بررسی‌های خود به میزان بالاتر افسردگی در دوران بارداری دست یافتند. اثرات سرکوب‌کننده پوژسترون روی سامانه عصبی مرکزی، اختلال در روابط جنسی، تغییرات جسمی و محدودیت حرکات زن باردار در ایجاد این اختلال نقش دارند [29].

شیوع موارد مشکوک به اضطراب، در این مطالعه ۴۱/۹، می‌باشد. نگرانی در مورد بارداری در وضعیت بیماری کرونا، و وضعیت جنین، پذیرش تعهد و مسئولیت و افزایش سطح استرادیول از دلایل بالا بودن اضطراب در زنان باردار می‌باشد [30]. شیوع پرخاشگری در نیز در پژوهش حاضر ۲۶/۷، با نتایج الزبرگ، پنا، هرا، لیلیجستراند و وینک ویزیت [31]، شیوع این اختلال را در ۰/۳۱ زنان باردار و معتمدی و همکاران [32] در ۱۵/۵ دانشجویان گزارش می‌کنند. اوتچت، کاری و آدام [33] نیز در بررسی خودشان بالاتر بودن شیوع پرخاشگری در زنان باردار را نسبت به سایر گروه‌ها گزارش کردند. نوسان‌های خلقی و عصبانیت‌های این دوران را می‌توان دلیلی بر این امر شمرد.

ترس مرضی، در این بررسی ۳۲/۹، می‌باشد. چمبرلین و سیم کینز [34] بر این باورند که ترس مرضی در دوران بارداری افزایش می‌یابد. ترس از پیامدهای جسمی، اقتصادی و اجتماعی بارداری و زایمان را می‌توان از دلایل افزایش این اختلال‌ها در این دوران دانست [35]. میزان شیوع افکار پارانوئیدی در این بررسی ۱۷/۸، می‌باشد. نتایج این پژوهش با مطالعات مادوکس، پری روست ریلین، پیلوکس و کوژنت (۱۹۹۹)، نیز در بررسی خود به کاهش افکار پارانوئیدی در دوران بارداری دست یافتند. افزایش نیازهای وابستگی در دوران بارداری و جنسیت آزمودنی‌ها را می‌توان از دلایل این کاهش برشمرد (هابر، ۱۹۹۷).

شیوع اختلال روان‌پریشی در این بررسی ۲۷/۸، با نتایج بررسی کاسپر (۱۹۹۸)، کمبل و ولس (۲۰۰۰)، مطابقت دارد. این محققان معتقدند که اختلال روان‌پریشی در دوران بارداری کاهش می‌یابد. آنها دلیل این را تحریک‌گیرنده‌های بلوک کننده دو پامین به دنبال افزایش سطح استرادیول در دوره بارداری می‌دانند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که این نتایج با نظریه شناختی رفتاری و نظریه بیماری‌های روان تنی (Psychosomatic theory) مربوط به تاثیر فشار روانی بر سلامت همسو می‌باشد که در صورت بالا بودن میزان فشار روانی فرد در معرض خطر بیماری‌های جسمی و روانی قرار می‌گیرد. در واقع یکی از مهمترین عواملی که سلامت افراد را به مخاطره می‌اندازد، فشار روانی زیاد و همراهی با تحمل کم افراد است و به باور دیدگاه‌های شناختی رفتاری وقتی زن باردار با فشار روانی مواجه می‌شود از سه مرحله (هشدار)، (مقاومت) و فروپاشی عبور می‌کند [36] و فردی که قادر به رویارویی مناسب با انواع عوامل استرس‌زا نیست، تا سر حد آشفتگی و فروپاشی در سلامتی جسمی و روانی ممکن است پیش رود. به طور خلاصه تجربه فشار روانی برای مدتی طولانی می‌تواند سیستم ایمنی بدن انسان را تضعیف کرده [14] و فرد را نسبت به بیماری‌های آسیب‌پذیر سازد که از نمونه‌های کوچک مانند سرماخوردگی تا موارد جدی‌تر مانند کووید -۱۹ را شامل می‌شود.

با وجودی که این پژوهش از لحاظ زیربنای نظری دارای نوآوری است، اما با محدودیتی نیز مواجه گردید، اول آن که این پژوهش تنها بر روی مراجعه‌کنندگان به بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع)، در شهر زاهدان، انجام گرفت، بنابراین نمی‌توان در خصوص تعمیم نتایج به سایر مناطق جغرافیایی اظهار نظر کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که، بین اضطراب ناشی از بیماری کرونا و سلامت روان زنان باردار در شرف زایمان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

سپاسگزاری

این پژوهش بدون همکاری مدیریت و کادر درمانی، بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع)، در شهر زاهدان در جهت دستیابی به نمونه های افراد مورد مطالعه انجام نمی گرفت. همچنین از جانب سازمان فوق حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است..

مراجع

۱. علی پور، احمد، قدمی، ابوالفضل، علیپور، زهرا، عبدالله زاده، حسن، (۱۳۹۸)، اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی، علوم تربیتی و روانشناسی، روانشناسی سلامت، دوره ۸، شماره ۳۲، صص ۱۶۳-۱۷۵.
۲. فروزنده، نسیرین، دل آرام، معصومه، دریس، فاطمه، (۱۳۸۲)، وضعیت سلامت روان دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرکرد سال ۸۱-۸۰، فصلنامه باروری و ناباروری، شماره ۱، صص ۱۴۶-۱۵۵.
۳. استرآبادی، مریم، (۱۳۹۵)، اثربخشی تمرینات یوگا بر کاهش اضطراب زایمان و افزایش سلامت روان زنان باردار، کنفرانس ملی فقه، حقوق و روانشناسی، مرکز توسعه آموزش های نوین ایران (متانا).
4. Vandenberg, B. (2005). High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14 and 15 years-olds. *Neurosci Biobehavior*.
5. Antony, K. (2002). *Psychological aspect of pregnancy* Longman. London: SAUN GERS: 12.
۶. علیزاده فرد، سوسن، صفاری نیا، مجید، (۱۳۹۸)، پیش بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا، پژوهش های روان شناسی اجتماعی، شماره ۳۶، صص ۱۲۹-۱۴۱.
7. Zhu H, Wei L, Niu P. (2020), the novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Global health research and policy*. pp; 5:6.
8. Remuzzi A, Remuzzi G. (2020), COVID-19 and Italy: what next? *Lancet* (London, England).
9. Zangrillo A, Beretta L, Silvani P, Colombo S, Scandroglio AM, Dell'Acqua A, et al. (2020), Fast reshaping of intensive care unit facilities in a large metropolitan hospital in Milan, Italy: facing the COVID-19 pandemic emergency. *Critical care and resuscitation: journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine*.
10. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. (2020), Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID 19): The epidemic and the challenges. *International journal of antimicrobial agents*. 55(3):105924.
11. Liu X, Na RS, Bi ZQ. (2020), [Challenges to prevent and control the outbreak of Novel Coronavirus Pneumonia (COVID-19)]. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi*. 41(0):E029.
12. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. (2020), The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users.; 17(6).
13. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L.(2020), 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet* (London, England). 2020; 395 (10224): e37-e8.
14. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. (2020), Mental health care for medical staff in China during the Covid-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4): 15-6.
15. Fakari FR, Simbar M. (2020), Coronavirus Pandemic and Worries during Pregnancy; a Letter to Editor. *Archives of Academic Emergency Medicine*. 2020; 8(1):21.
16. Wu Y-T, Zhang C, Liu H, Duan C-C, Li C, Fan JX, et al. (2020), Perinatal Depression of Women Along with Novel Coronavirus Breakout in China.
۱۷. شهیداد، شیماء، محمدی، محمدتقی، (۱۳۹۹)، آثار روانشناختی گسترش بیماری کووید-۹۱ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری، مجله طب نظامی، دوره ۲۲، شماره ۲، صص ۱۸۴-۱۹۲.
۱۸. بدایق، الهه، علی پور، فرشید، بدایق، مظاهر، نوری، ربابه، پیمان، نوشین، سعیدپور، صابر، (۱۳۹۵)، نقش معنویت و حمایت اجتماعی در نشانه های اضطراب، افسردگی و استرس زنان باردار، سلامت جامعه، دوره ۱۰، شماره ۲.
۱۹. شمس آبادی، نوشین، خواجوند، افسانه، حسن زاده، رمضان، (۱۳۹۴)، اثر بخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه ی شناختی رفتاری بر اضطراب زنان باردار، ویژه نامه بهداشت روان، مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی، دوره ۱۲، شماره ۳، صص ۱۹-۲۹.
۲۰. حسن زاده لیف شاگرد، منیره، ترخان، مرتضی، تقی زاده، محمد احسان، (۱۳۹۲)، اثربخشی ایمن سازی در مقابل استرس بر استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری، پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۲۳، شماره ۷.
۲۱. جباری، زهرا، هاشمی، حسن، حقایق، سیدعباس، (۱۳۹۱)، بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان باردار، مجله تحقیقات نظام سلامت، سال ۸، شماره ۷.
22. Kawaharada M, Yoshioka E, Saijo Y, Fukui T, Ueno T, Kishi R. (2009), The Effects of a Stress Inoculation training Program for Civil Servants in Japan: a Pilot Study of a Nonrandomized Controlled trial. *Ind Health*. 2009 Apr. 47 (2). pp: 173-82.

۲۳. باقری یزدی، سید عباس، بوالهری، جعفر، شاه محمدی، داوود، (۱۳۷۳)، بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق

روستایی میبد یزد، روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۱، شماره ۱، صص ۳۲-۴۱.

24. Fava, G.A., Grandi, S., Michelacci, L., Saviotti, F., Conti, S., Bovicelli, L., & Trombini, G. (1990). Hypochondriacal fears and belief in pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 70-72.
25. Iancou, I., Lepkifker, E., Dannon, P., & Kotler, M. (1995). Obsessive compulsive disorder limited to pregnancy. *Psychotherapy Psychosomatic Researches*, 64, 100-112.
26. Youngkin, E.Q., & Davis, M.S. (1998). *Women's health: primary care clinical guide*, Stanford: Appleton and Lange.
27. Steiner, M. (1998). Perinatal mood disorders: position paper. *Psychopharmacology Bulletin*, 34, 301-306.
28. Brown, C.S. (2001). Depression and anxiety disorders. *Obstetric Gynecology Clinic North American*, 28, 241-268.
29. Sherwen, L.N., Soloveno, M.A., & Weingarten, C. T. (1999). *Maternity Nursing*, Stamford: Appleton and Lange.
30. May, K. M., & Malmister, I. R. (1994). *Maternal neonatal nursing*, Philadelphia: J-B Lippincott Company.
31. Ellsbergh, M., Pena, R., Herrera, A., Liljestrand, J., & Winkivisit, A. (2000). Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science Medicine*, 51, 1595-1610.

۳۲. معتمدی، هادی؛ یاسمی، محمدتقی؛ کرباسی، حسن؛ بنیواهب، قدسیه، (۱۳۷۸)، تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دو

روستای استان کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره ۳۱-۳۶، شماره ۵.

33. Otchet, F., Carey, M.S., & Adam, L. (1999). General health and psychological symptom status in pregnancy and the peripartum: what is normal? *Obstetrics and Gynecology*, 94, 935-941.
34. Chamberlin, G., Simpkins, B.P. (2000). *A practice of obstetrics and gynecology*, Edinburgh: Churchill Living Stone.
۳۵. قطبی، نادر؛ نیکروش، افشین؛ سلیمانی، محمد رضا، (۱۳۷۷)، بیماریهای زنان. تهران: مؤسسه انتشاراتی تیمورزاده.
36. Huang L, rong Liu H. (2020), Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. *medRxiv*. 2020; 1:4-9.