

## بررسی عوامل تنش‌زای دوران بارداری

پروین سالاری - محبوبه فیروزی<sup>۱</sup> - دکتر علی صاحبی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

نویسنده مسئول: پروین سالاری - مشهد - چهارراه دکترا - دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

E-mail: Parvin\_salari@yahoo.com

وصول: ۸۳/۸/۱۸ اصلاح: ۸۴/۶/۲۳ پذیرش: ۸۴/۷/۱۶

### چکیده

**زمینه و هدف:** حاملگی رویدادی بالقوه تنش‌زاست که می‌تواند موجب بروز یا تشدید عوارضی چون تهوع، بی‌خوابی، زایمان زودرس، پره‌اکلامپسی و غیره شود. به دلیل ویژگی‌های خاص کشورهای در حال توسعه و ضعف اطلاعاتی در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل تنش‌زای دوران بارداری انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد. برای تهیه ابزار شناسایی عوامل تنش‌زای متناسب با وضعیت فرهنگی و اجتماعی جامعه‌ی ما، ابتدا پژوهشی با رویکرد کیفی از طریق مصاحبه نیمه باز با افراد صاحب نظر در حرفه مامایی و ۳۰ مادر باردار که از نظر سن، تعداد بارداری، تحصیلات و... در شرایط متفاوتی بودند، انجام شد. اعتبار آن به شیوه اعتبار محتوا و اعتماد آن با استفاده از ضریب آلفای کراباخ (۷۵ درصد) تعیین شد. سپس به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای و از طریق مصاحبه ساختاری با استفاده از پرسشنامه نیمه باز با ۱۶۵ زن باردار واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز مراقبت‌های قبل از تولد درمانگاه‌ها و مطب‌های خصوصی شهر مشهد، داده‌ها در چهار بخش مشخصات فردی، باروری، عوامل تنش‌زا و حمایت اجتماعی جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های تحلیل عاملی، مجذور کای و... با استفاده از نرم‌افزار SPSS و ضریب اطمینان ۹۵ درصد انجام گرفت.

**یافته‌ها:** ۵۱ عامل تنش‌زای دوران بارداری در شش حوزه شناسایی شدند که به ترتیب عبارت بودند از: ۱- سلامت ۲- تصور دیگران نسبت به فرد ۳- محیطی ۴- شخصی و خانوادگی ۵- مذهبی ۶- مالی. شدیدترین عوامل تنش‌زا عبارت بودند از تنش ناشی از تولد نوزاد بیمار یا ناقص‌الخلقه، درد زایمان، لطمه به سلامت مادر در بارداری و زایمان، تغییر حرکات جنین، بخیه زایمان و انتخاب روش مناسب پیشگیری از بارداری پس از زایمان. به علاوه نتایج در رابطه با شدت تنش مادران باردار نشان داد که ۱۶/۷ درصد مادران تنش شدید و ۱۳/۶ درصد تنش خفیف را تجربه کرده‌اند. همچنین بین نمره تنش با سطح تحصیلات مادر، میزان رضایت از ازدواج، رتبه حاملگی، تعداد زایمان، میزان رضایت از حاملگی، حمایت اجتماعی و حمایت همسر رابطه معنی‌دار وجود داشت ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اهمیت سلامت روانی مادران باردار و ارتباط تنش با بعضی عوارض دوران بارداری، نتایج این پژوهش به شناسایی افراد در معرض خطر و عوامل مؤثر در ایجاد تنش مادران باردار کمک نموده و توجه به جنبه‌های بهداشت روانی مادر را از طریق آموزش و حمایت لازم از وی پیشنهاد می‌نماید. (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۲/ شماره ۳/ ۴۰-۳۴)

**واژه‌های کلیدی:** بارداری؛ تنش‌زا؛ سلامت؛ حمایت اجتماعی.

**مقدمه**

استرس بخش جدایی‌ناپذیر زندگی روزمره ماست (۱). نیروها و فشارهای روانی-اجتماعی وقتی به شکل رخدادها یا موقعیت‌های خاص تعادل شخص را بر هم زند، استرس نامیده می‌شود. تنش‌های روانی هم نوعی استرس است. در این مورد، عامل مولد استرس را استرس‌زا می‌نامند (۲). امروزه نقش استرس در بروز اختلالات جسمی و روانی و یا لااقل در روند، پیش‌آگهی و عاقبت آن‌ها به اثبات رسیده است. مطالعات موجود بیانگر این واقعیت است که ۷۰ تا ۸۰ درصد بیماری‌های جسمی، ناشی از تنش و نگرانی‌های روحی است (۳). در موقعیت‌های استرس‌زا، زنان بیش از مردان نسبت به استرس واکنش نشان می‌دهند و این یکی از دلایل متعددی است که شیوع بیشتر عوارض استرس در زنان را مطرح می‌کند به طوری که طبق آمار سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۳) شیوع افسردگی ناشی از استرس، در زنان ۲ برابر مردان بوده و خانم‌های سنین باروری بیشترین خطر را دارند (۴). حاملگی و زایمان دوره‌هایی از زندگی زن می‌باشند که تغییرات جسمی و روانی خاصی را پدید می‌آورند، در واقع برای بسیاری از زنان، بارداری دوره پُراسترسی بوده و نیازمند نوعی سازگاری روانی است (۵). شاید بتوان گفت بزرگ‌ترین استرس در زندگی هر زن، حاملگی است (۳). هولمز و راهه نیز بارداری را از وقایع استرس‌آور به شمار آورده‌اند و در یک پیوستار صفر تا صد به آن امتیاز ۴۰ داده‌اند (۳).

فشارهای روانی در شرایط بارداری، زایمان و شیردهی می‌توانند با نتایج و عواقب ناگواری از جمله سقط جنین، تهوع و استفراغ، پره‌اکلامپسی، کاهش وزن، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد (۶،۷)، مهار سیستم ایمنی و در نتیجه افزایش عفونت‌های اپی‌زیاتومی و عفونت‌های نوزادی و نیز درجاتی از اختلالات روانی پس از زایمان (۸،۹) همراه باشند.

علیرغم پیشرفت‌های علمی در زمینه درمان

مشکلات جسمی دوران بارداری، مشکلات روانی همچنان موضوع مهمی در بهداشت زن به شمار می‌آید (۱۰). از طرفی یک مانع بزرگ برای اعتبار بیرونی مطالعات کلینیکی در رابطه با طبیعت تجربیات استرس‌آور، عدم توجه به استرس‌های خاص حاملگی و توجه محدود به استرس به عنوان حوادث زندگی است که اولین بار توسط هولمز و راهه در پرسشنامه حوادث استرس‌آور اندازه‌گیری شده است، گرچه این ابزار سؤالاتی را درباره تغییر شغل، مرگ همسر، تولد کودک و... شامل می‌شود اما فاقد حساسیت به بسیاری از واقعیت‌های فشارآور و اغلب آندمیک زندگی کم درآمد، مشکلات تولد کودک، وضعیت‌های نامناسب زندگی و... بوده و ممکن است جهت کاربرد در کشورهای در حال توسعه مناسب نباشد (۶).

در راستای شناخت تنش‌های مادران باردار در فرهنگ‌های گوناگون که نیازمند ابزار خاص مطابق با ویژگی‌های آن جامعه است، پژوهشی با هدف تعیین عوامل تشن‌زای دوران بارداری در مادران باردار شهر مشهد انجام شد.

**مواد و روش‌ها**

مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد که برای تعیین عوامل تشن‌زای دوران بارداری و مشخص نمودن شدت این عوامل و ارتباط آن با حمایت اجتماعی، مشخصات فردی و باروری زنان باردار انجام گرفته است. به علت عدم وجود ابزار بررسی عوامل تشن‌زای دوران بارداری در زنان باردار ایرانی، ابتدا پژوهشی با رویکرد کیفی انجام شد. بدین ترتیب که ابتدا منابع معتبر مرتبط مورد مطالعه قرار گرفته و با مشخص شدن عوامل تشن‌زای احتمالی، با روان‌پزشکان، روان‌شناسان، متخصصان زنان و زایمان و ماماها مصاحبه به عمل آمد.

پس از آن با ۳۰ تن از زنان باردار که از نظر سن، تعداد بارداری، سن بارداری، سطح تحصیلات، موقعیت

اجتماعی، نگرش و... متفاوت بودند، به شیوه نیمه باز مصاحبه شد و در نهایت ۶۳ عامل در شش حوزه استرس‌زا شامل حوزه سلامت، شخصی - خانوادگی، مالی، محیطی، تصور دیگران نسبت به فرد و حوزه مذهبی شناسایی و دسته‌بندی شدند. شدت تنش‌زایی این ۶۳ عامل در پیوستار صفر تا بیست تعیین شد. اعتبار ابزار به شیوه اعتبار محتوا و اعتماد آن با استفاده از ضریب آلفای کراباخ (۷۵ درصد) تعیین گردید.

روش نمونه‌گیری به شیوه چند مرحله‌ای بود. ابتدا جدیدترین نقشه شهر مشهد به پنج ناحیه با احتمال حضور طبقات اقتصادی اجتماعی متفاوتی در آن‌ها تقسیم گردید. پس از آن به روش خوشه‌ای، ۳۲ مرکز بهداشتی درمانی و مطب‌های مجاور آن انتخاب شدند و در هر مرکز به تناسب مادران باردار مراجعه‌کننده، تعداد واحدهای مورد پژوهش به روش مبتنی بر هدف برگزیده شدند. با ۱۶۵ مادر باردار که اولین ازدواجشان بود، دارای جنین تک قلو با سیر حاملگی طبیعی بودند و سابقه‌ای از بیماری مزمن طبی و روانی و یا داشتن همسر و کودک معلول یا بیمار را ذکر نمی‌کردند و از شش ماه قبل نیز حادثه مهمی به غیر از حاملگی برایشان اتفاق نیفتاده بود؛ در شرایط تقریباً یکسان با پرسشنامه نیمه باز مورد مصاحبه قرار گرفتند که اطلاعات در چهار بخش مشخصات فردی، باروری، شش حوزه عوامل تنش‌زا با تعیین شدت و بررسی میزان حمایت اجتماعی دسته‌بندی شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی برای تعیین میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی مانند کای اسکوتر، آنالیز واریانس و تحلیل عاملی و... با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

## یافته‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده در مصاحبه با ۱۶۵ مادر باردار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تعیین ارتباط عوامل تنش‌زا در داخل هر حوزه از تحلیل عاملی استفاده شد

و بر این اساس از ۶۳ عامل تنش‌زا در فرم اولیه، ۱۲ عامل به دلیل نسبت واریانس کوچک و عدم همبستگی با عوامل داخل حوزه‌ها حذف و تعدادی از عوامل داخل حوزه‌ها به حوزه مناسب منتقل شدند. نتایج نشان داد که بر اساس میانگین نمره هر حوزه، الویت تنش‌زایی حوزه‌ها و تعداد مؤلفه‌های آن عبارتند از: ۱- حوزه سلامت شامل ۲۴ عامل تنش‌زا و حوزه تصور دیگران نسبت به فرد شامل ۶ عامل تنش‌زا (جدول شماره ۱). ۲- حوزه مذهبی شامل ۵ عامل تنش‌زا و حوزه مالی شامل ۳ عامل تنش‌زا (جدول شماره ۲). ۳- حوزه محیطی شامل ۷ عامل تنش‌زا و حوزه شخصی - خانوادگی شامل ۶ عامل تنش‌زا (جدول شماره ۳).

تجزیه و تحلیل داده‌ها همچنین نشان داد که شدیدترین عوامل تنش‌زا در بین ۵۱ عامل به ترتیب اهمیت عبارتند از نگرانی مادر در رابطه با به دنیا آوردن نوزاد بیمار یا ناقص الخلقه، درد زایمان، سلامت مادر در حاملگی و زایمان، تغییر حرکات جنین، بخیه شدن و روش پیشگیری از بارداری پس از زایمان. همچنین یافته‌ها نشان داد که ۱۶/۷ درصد از زنان در معرض تنش شدید و ۱۳/۶ درصد تنش خفیف دارند و بین نمره تنش در بارداری و متغیرهایی نظیر تحصیلات مادر، میزان رضایت از ازدواج، میزان رضایت از حاملگی ( $p=0/002$ )، رتبه حاملگی، تعداد زایمان، حمایت اجتماعی و حمایت همسر ارتباط معنی‌داری وجود دارد ( $P<0/05$ ).

## بحث

همچنان که مرور پیشینه پژوهش نشان داد، در رابطه با شناسایی عوامل تنش‌زای دوران بارداری در کشور ما پژوهشی انجام نشده است و مطالعه حاضر با هدف شناسایی این عوامل گامی در جهت توجه به جنبه‌های روحی و روانی حاملگی بوده و ساخت ابزار سنجش عوامل تنش در بارداری انجام شده است به گونه‌ای که قابل اعتماد جهت کاربرد در زنان ایرانی باشد و با تعیین

می‌کنند زمانی که اثر استرس مادر بر عاقبت حاملگی در کشورهای در حال توسعه بررسی می‌شود، ارزیابی تماس وی با استرس مزمن نسبت به تجارب حاد ممکن است مناسب‌تر باشد (۶).

عوامل تنش‌زا و شدت آن در دوره حاملگی و شناسایی مادران آسیب‌پذیر و کمک به آنان در پیشگیری از عوارض ناشی از استرس در مدت زمان طولانی بارداری مفید خواهد بود چرا که اثرات یک استرس مزمن از استرس حاد، اثرگذارتر و مخرب‌تر می‌باشد. محققین پیشنهاد

جدول ۱: عوامل تنش‌زای حوزه‌های سلامت و تصور دیگران نسبت به فرد

حوزه	عوامل مورد بررسی	میانگین نمره	انحراف معیار
سلامت	۱ تصور دیگران نسبت به فرد	۱۱/۴۴	۷/۱۹
	۲ نگرانی درباره حرکات جنین	۷/۲۵	۷/۸۳
	۳ ترس از زایمان زودرس	۴/۲۲	۶/۸۴
	۴ ترس از سقط جنین	۳/۸۲	۶/۷۶
	۵ نگرانی از تولد نوزاد کم وزن	۳/۶۵	۶/۲۵
	۶ عدم حضور پزشک مورد نظر	۳/۴۷	۶/۸۷
	۷ آسیب به جنین در اثر ضربه به مادر	۳/۳۶	۶/۳۶
	۸ به موقع نرسیدن به بیمارستان	۱/۹۸	۵/۲۳
	۹ ترس از پارگی زودرس کیسه آب	۱/۸۱	۴/۹۴
	۱۰ ترس از درد زایمان	۹/۵	۸/۶
	۱۱ نگرانی در مورد سلامت گذراندن سلامت حاملگی و زایمان	۸/۶	۷/۶۴
	۱۲ ترس از بخیه شدن هنگام زایمان	۵/۵۳	۷/۹
	۱۳ نگرانی درباره روش پیشگیری پس از زایمان	۵/۴۸	۸/۰۶
	۱۴ ترس از زایمان سزارین	۴/۱۱	۷/۱۰
	۱۵ نگرانی درباره قرار غیرطبیعی جنین در رحم	۳/۷۳	۶/۳
	۱۶ ترس از بیهوشی ضمن سزارین	۲/۷۶	۶/۳
	۱۷ نگرانی از شب بیداری پس از زایمان	۲/۲	۶/۱۶
	۱۸ نگرانی در مورد مصرف دارو در بارداری	۱/۶۷	۴/۹۷
	۱۹ نگرانی از احساس خستگی در بارداری	۱/۰۶	۴/۰۸
	۲۰ نگرانی درباره ویا حاملگی	۰/۸۸	۳/۳۸
	۲۱ نگرانی درباره ترشحات واژینال	۰/۶۸	۲/۸
	۲۲ نگرانی در رابطه با مصرف قرص آهن	۰/۴۷	۲/۰۹
	۲۳ نگرانی از ایجاد بیوست	۰/۴۲	۲/۴۵
	۲۴ نگرانی از پیدایش یا تشدید بواسیر	۰/۱۶	۱/۶۶
جمع حوزه		۳/۱۰	۲/۲۹
فرد تصور دیگران نسبت به	۱ نگرانی درباره لکه‌های صورت	۳/۶۸	۶/۷۳
	۲ ترس از چاق شدن زیاد	۳/۶	۶/۴۸
	۳ نگرانی درباره قیافه ظاهری نوزاد	۲/۲۸	۵/۳۲
	۴ نگرانی از ایجاد ترک‌های بدن	۱/۷۲	۴/۷۸
	۵ نگرانی در مورد نوع رفتار جنین زایمان	۲/۴۸	۵/۵۳
	۶ نگرانی در مورد قضاوت اطرافیان	۱/۷۰	۴/۵۵
جمع حوزه		۲/۵۸	۳/۰۹

جدول ۲: عوامل تنش زای حوزه‌های مذهبی و مالی

انحراف	میانگین	عوامل مورد بررسی	حوزه
معیار	نمره		
۵/۳۷	۲/۵۲	حضور آقایان در محیط کاری یا منزل (غیر محارم)	مذهبی
۴/۹۳	۲/۱۴	محدودیت در تماس‌های اجتماعی و رفتن به تفریحات	
۵/۶	۲/۳۶	حضور پزشک و دانشجوی مرد هنگام زایمان	
۵/۲۶	۲/۲۲	لباس و پوشش نامناسب در بیمارستان	
۴/۶۷	۱/۷۲	انجام فریضه نماز در حاملگی و پس از زایمان	
۲/۷۸	۲/۲۲	جمع حوزه	
۶/۳۹	۳/۱۸	نگرانی در مورد پرداخت هزینه زایمان	مالی
۵/۱۲	۲/۲۲	افزایش مخارج خانواده پس از تولد نوزاد	
۴/۱۵	۱/۱۵	نگرانی در مورد تهیه وسایل نوزاد	
۴/۲۱	۲/۱۸	جمع حوزه	

جدول ۳: عوامل تنش زای حوزه‌های محیطی و شخصی خانوادگی

انحراف	میانگین	عوامل مورد بررسی	حوزه
معیار	نمره		
۶/۰۲	۳/۰۳	برخورد پرسنل بیمارستان با مادر هنگام زایمان	خانوادگی
۶/۲۳	۲/۹۸	ترس از محل زایمان	
۵/۶۲	۲/۲۸	تنهایی و عدم وجود همراهی هنگام زایمان	
۶/۹۵	۴/۴۹	نگرانی درباره وضعیت نامناسب مسکن	
۵/۴۶	۲/۲۵	ترس از تأثیر مواد سمی محیط بر سلامت نوزاد	
۵/۰۹	۱/۸۶	انتخاب محل اقامت در روزهای اول پس از زایمان	
۲/۷۴	۰/۵۶	نگرانی درباره مشکلات شلوغی محیط	
۳/۰۶	۲/۵۳	جمع حوزه	
۶/۷	۴/۳۳	نگرانی در مورد رابطه جنسی در حاملگی	جنسی
۶/۹	۴/۱۰	ترس از تأثیر نوزاد بر فرزند قبلی	
۶/۶۴	۳/۹۲	نگرانی در مورد نگهداری و تربیت نوزاد	
۴/۲۱	۱/۴۴	امور منزل و بچه‌ها در مدت اقامت در بیمارستان	
۳/۹۳	۱/۳۵	نگرانی در مورد جنس نوزاد	
۳/۰۹	۰/۵۹	احساس همسر و خانواده نسبت به فرزند حاملگی	
۲/۹۳	۲/۳۳	جمع حوزه	

دوران بارداری می‌تواند زمینه‌ساز اختلالات روانی در زنان باردار باشد.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که حوزه سلامت و حوزه تصور دیگران نسبت به فرد، رتبه‌های اول و دوم را در بین حوزه‌های تنش داشتند که مشابه با پژوهش چانگ‌هی می‌باشد (۱۳)؛ علیرغم تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ۱۶/۷ درصد از زنان مورد مطالعه در معرض استرس شدید هستند. گمبل و لس شیوع کلی اختلالات روانی در زنان باردار را ۱۵ درصد (۱۱) و صحتی شیوع اضطراب در زنان باردار ایرانی را ۱۵ درصد گزارش می‌کند (۱۲). این همخوانی نزدیک می‌تواند بیانگر این باشد که استرس شدید در

مذهبی در این دو جامعه، نتایج در این مورد یکسان است. به علاوه یافته‌ها نشان داد که تنش‌زاترین عوامل، در حوزه سلامت قرار داشته و عبارتند از نگرانی درباره سلامت جنین یا نوزاد، سلامت مادر، درد زایمان، بخیه شدن و روش پیشگیری پس از زایمان که مشابه یافته‌های چانگ هی کالوین و جنیفر و ویجما بود (۶,۱۳,۱۴) که در بررسی تحقیقات متعدد گزارش نمودند، استرس‌های خاص حاملگی مثل ترس و اضطراب در رابطه با عواقب حاملگی، تجربه زایمان، سلامت نوزاد، توانایی برای مراقبت از کودک جدید، ساختار مهم و مستقل در ارزیابی جامع استرس و ارتباط آن با طول مدت بارداری می‌باشد.

یافته‌های پژوهش نشان داد بین نمره تنش با حمایت همسر و میزان رضایت از ازدواج تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). گریفول نیز در پژوهش خود نتیجه گرفت که حمایت همسر، رفتار خوب کارکنان بیمارستان با مادر، نداشتن ترس و قبول مثبت زایمان از جمله فاکتورهایی هستند که همبستگی منفی با میزان اضطراب آشکار در حاملگی، زایمان و ۲ روز بعد از زایمان نشان می‌دهد، گرچه ارتباطی بین اضطراب با تعداد زایمان، تجربه قبلی از زایمان و سن حاملگی در زمان زایمان مشاهده نشد (۱۵).

یافته‌های پژوهش تفاوت معنی‌داری را بین نمره تنش با تعداد حاملگی نشان می‌دهد، به‌طوری که از حاملگی اول تا پنجم نمره تنش کاهش می‌یابد. جینادو و همکاران دریافتند که شیوع مشکلات روانشناختی با

افزایش تعداد حاملگی (از اول تا هفتم) کاهش می‌یابد (۱۷ در مقایسه با ۱۰/۳) (۹). بین نمره تنش با تعداد زایمان نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ( $P < 0/001$ ) به‌طوری که بیشترین نمره تنش در زنان بدون سابقه زایمان بود که البته از زایمان پنجم به بعد، نمره تنش مجدداً افزایش می‌یابد. ویلسون نیز می‌نویسد: هر چه فاصله بین بچه‌ها و تعداد آن‌ها بیشتر باشد، پذیرش حاملگی ساده‌تر است (۱۶). در جامعه پژوهش، این مسأله تا زایمان پنجم صدق می‌کند و بعد از آن احتمالاً تحت تأثیر عواملی همچون افزایش سن مادر، فاصله با زایمان قبلی، عوامل اقتصادی و مشکلات ناشی از نگهداری کودکان متعدد، نمره تنش مجدداً افزایش می‌یابد.

تفاوت بین نمره تنش با میزان رضایت از حاملگی نیز معنی‌دار بود ( $P < 0/01$ ). مارجوری و دوبره نیز مطرح می‌کنند که نگرش مادر نسبت به حاملگی، یک استرسور روانی اجتماعی است و سطح استرس دریافتی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷).

نتایج این پژوهش به شناسایی عوامل تنش‌زا و افراد در معرض تنش شدید و نیز عوامل مؤثر بر میزان تنش کمک نموده و از یافته‌های آن می‌توان در جهت آگاه ساختن دست‌اندرکاران حرفه مامایی و نیز خانواده و جامعه جهت حمایت مادران باردار در مقابله با این تنش‌ها و کاهش یا حذف اثرات ناخواسته آن بر سلامت مادر و خانواده و نهایتاً جامعه استفاده نمود.

## منابع

- ۱- حسینی داوود، وحدانی علی. دانستنی‌های علمی و ضروری درباره بیماری‌های روانی و درمان‌های آن‌ها. چاپ اول، تهران: نشر فرهنگ سازان، ۱۳۸۰، صفحه ۴۸.
- ۲- پیرلو، هنری لو، استرس دائمی، مترجم: دکتر عباس قریب، چاپ اول، مشهد: نشر درخشش، تابستان ۱۳۷۱، صفحه ۲۷.
- ۳- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک، ویرجینیا. خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی. مترجمین: حسن رفیعی، خسرو سبحانیان، ویراست نهم. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند. ۱۳۸۲، ص ۲۶۹ و ۳۷۵.
- ۴- کرکه‌آبادی مریم. بررسی مقایسه‌ای میزان افسردگی در مادران شاغل و خانه‌دار شهر مشهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. مشهد: دانشکده پرستاری مامایی مشهد. ۱۳۷۷. صفحه ۳-۴.

5. Youngkin EQ, Davis M.S. Women's Health: primary care clinical guide, Stanford: Appleton and lange 1998.
  6. Calvin Hobel, Jennifer Culhane. Role of Psychosocial and nutritional stress on poor Pregnancy outcome. The Journal of nutrition 2003; 133(5): 1709-17.
  7. Marjorie R Sable, Deborah Schild Wilkinson. Impact of perceived stress, major life events and pregnancy Attitudes on low birth weight. Family planning Perspectives 2000; 32(6): 288-94.
  8. Jinadu M.K, Daramola S.M. Emotional changes in pregnancy and early puerperium among the Yoruba women of Nigeria. The international Journal of social psychiatry 1990; 36(2): 93-8.
  9. Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. Nurs Res. 2004; 53(4) 216-24.
  10. Bjelica A, Kapor-Stanlovic N. pregnancy as a psychological event. Med pregl. 2004; 57(3-4)144-8.
  11. Champbell S & Less Ch. Obstetrics by ten teachers. 17<sup>th</sup> Edition. England: Gutenberg Press Ltd: 2000.
- ۱۲- صحتی شفایی، فهیمه. بررسی ۴۲ مورد افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های زنان - مامایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان. پاییز و زمستان ۱۳۷۹: شماره ۱۳ و ۱۴، صفحات ۵۵-۵۸.
13. Chung- Hey Chen, Huei-Mein chen & The-Huei Huang. Stressors associated with pregnancy as perceived by pregnant women during three trimesters. Kaohsiung J med sci 1989; 5: 505-9.
  14. Wijma K. why focus on feat of childbirth? Journal of psychosomatic obstetric and Gynecology 2003; 24(3): 141-3.
  15. Grifol. R, Martinz. Benlloch I, Seqarra J, Soriano J et al. The factors associated with anxiety during pregnancy. Clin. Invest. Gynecol. Obstet 1995; 22(2): 61-4.
- ۱۶- ویلسون، روبرت. مامایی و بیماری های زنان. مترجم: دکتر داریوش کاظمی، چاپ دوم. تهران: انتشارات دانش پژوه، ۱۳۷۴.