

بسم الله الرحمن الرحيم

پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

اثربخشی آموزش برنامه آمادگی برای والدشدن درطول دوران بارداری بر اضطراب، افسردگی و سلامت روان زنان نخست باردار

Effectiveness of Training with “Towards Parenthood Program” During Pregnancy on Anxiety, Depression and Mental Health of Primipara Women

پژوهشگر : مهرناز صفرزائی

استاد راهنما : جناب آقای دکتر جواد صالحی فدردی

استاد مشاور : سرکارخانم دکتر زهره سپهری شاملو

۱۳۹۱

فهرست.....	صفحه
چکیده.....	۷
فصل اول: کلیات پژوهش	
بیان مساله	۸
اهداف پژوهش.....	۱۰
ضرورت و اهمیت پژوهش.....	۱۰
فرضیه های پژوهش.....	۱۲
فرضیات اصلی تحقیق.....	۱۲
فرضیات فرعی تحقیق.....	۱۲
تعاریف عملیاتی مفاهیم و واژه ها.....	۱۲
تعریف نظری افسردگی.....	۱۲
تعریف عملیاتی افسردگی.....	۱۳
تعریف نظری اضطراب.....	۱۳
تعریف عملیاتی اضطراب.....	۱۳
تعریف نظری سلامت روان.....	۱۳
تعریف عملیاتی سلامت روان.....	۱۳
تعریف نظری برنامه به سوی والد شدن.....	۱۳
تعریف عملیاتی برنامه به سوی والد شدن.....	۱۳
متغیر های پژوهش.....	۱۳
فصل دوم: موضوع گیری نظری و مواضع پژوهشی	
بارداری.....	۱۶
تعریف بارداری و مراحل آن.....	۱۶
تغییرات فیزیولوژیک بارداری.....	۱۶
تغییرات هیجانی و روانشناختی دوران بارداری.....	۱۹
تغییرات جسمانی و روانی در مراحل مختلف بارداری.....	۲۱
اختلالات خلقی دوران بارداری.....	۲۳
اضطراب.....	۲۵
تعریف اضطراب.....	۲۵
عوامل بوجود آورنده اضطراب.....	۲۶
علائم اضطراب.....	۲۶
انواع اختلالات اضطرابی.....	۲۷
علل اضطراب.....	۲۹
تاریخچه مطالعه اضطراب.....	۲۹
تفسیر اختلال اضطراب و درمان آن.....	۳۰
نظریه زیست شناختی.....	۳۰
نظریه روان کاوی.....	۳۲
نظریه رفتاری.....	۳۴

۳۵	نظریه پدیدارشناختی و وجودی
۳۷	نظریه شناختی
۳۸	اضطراب بارداری
۳۹	همه گیرشناسی اضطراب بارداری
۳۹	شیوع اضطراب در دوره های مختلف بارداری
۴۰	سبب شناسی اضطراب بارداری
۴۰	عوامل جمعیت شناختی و اضطراب بارداری
۴۲	تاثیر اضطراب بر روند بارداری
۴۲	تاثیر اضطراب بارداری بر زایمان
۴۳	تاثیر اضطراب بارداری بر کودک
۴۵	اضطراب بارداری و رضایت زناشویی
۴۵	افسردگی
۴۵	تعریف افسردگی
۴۶	علائم افسردگی
۴۷	انواع افسردگی
۴۹	علل افسردگی
۵۰	تاریخچه مطالعه افسردگی
۵۰	تفسیر اختلال افسردگی و درمان آن
۵۰	نظریه زیست شناختی
۵۰	نظریه روان کاوی
۵۱	نظریه رفتاری
۵۱	نظریه انسان گرایی و وجودی
۵۱	نظریه شناختی
۵۲	الگوی تحریف شناختی بک
۵۲	درماندگی آموخته شده
۵۳	الگوی فشار زندگی
۵۳	تحلیل پردازش اطلاعات
۵۳	افسردگی دوران بارداری
۵۴	همه گیرشناسی افسردگی دوران بارداری
۵۴	شیوع افسردگی در دوره های مختلف بارداری
۵۴	سبب شناسی افسردگی بارداری
۵۵	عوامل جمعیت شناختی و افسردگی بارداری
۵۶	تاثیر افسردگی بر روند بارداری
۵۷	تاثیر افسردگی بارداری بر زایمان
۵۷	تاثیر افسردگی مادر در دوران بارداری بر کودک
۵۸	افسردگی بارداری و رضایت زناشویی
۵۹	سلامت روان

۵۹	تعریف سلامت روان
۵۹	ابعاد سلامت روان
۶۰	تاریخچه مطالعات سلامت روان
۶۲	مفهوم سلامت روان در دیدگاه‌های مختلف
۶۲	دیدگاه پزشکی و روانپزشکی
۶۲	دیدگاه روانکاوی
۶۴	دیدگاه رفتاری
۶۴	دیدگاه انسان‌گرایی
۶۹	دیدگاه شناختی
۷۰	سلامت روان در دوران بارداری
۷۰	همه‌گیرشناسی اختلالات سلامت روان در دوران بارداری
۷۰	شیوع اختلالات روانی در دوره‌های مختلف بارداری
۷۲	عوامل جمعیت‌شناختی و سلامت روان دوران بارداری
۷۳	تاثیر اختلالات سلامت روان بر روند بارداری
۷۳	سلامت روان دوران بارداری و رضایت زناشویی
۷۴	مراقبت‌های روانشناختی دوران بارداری
۷۷	برنامه آمادگی برای والد شدن
۷۸	تحقیقات داخلی در خصوص مداخلات روانشناختی دوران بارداری
	فصل سوم: روش پژوهش
۸۳	روش و نوع پژوهش
۸۳	جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری
۸۳	ابزارهای اندازه‌گیری
۸۳	پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ
۸۴	پرسشنامه افسردگی بک
۸۵	پرسشنامه اضطراب بک
۸۶	روش اجرا و گردآوری داده‌ها
۸۶	روش آماری تجزیه و تحلیل داده‌ها
	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها
۸۹	مقدمه
۸۹	بررسی جمعیت‌شناختی
۹۳	بررسی توصیفی متغیرها
۹۴	تجزیه و تحلیل استنباطی فرضیه‌های تحقیق
	فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری
۱۰۰	بحث
۱۰۳	نتیجه‌گیری
۱۰۴	پیشنهاد‌های پژوهش
۱۰۴	محدودیت‌های پژوهش

۱۰۷.....	منابع.....
۱۲۱.....	پیوست یک- برنامه آمادگی برای والدشدن.....
۱۳۸.....	پیوست دو- برنامه تغذیه سالم.....
۱۵۳.....	پیوست سه- فرم پایلوت محقق ساخته.....
۱۵۴.....	پیوست چهار- فرم مصاحبه اولیه.....

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تاثیر آموزش برنامه آمادگی برای والدشدن بر اضطراب، افسردگی و سلامت روان زنان نخست باردار بود. روش پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان نخست باردار ۲۰ تا ۳۵ ساله بودند که در هفته های ۲۸ تا ۳۰ بارداری قرار داشتند و برای معاینات دوران بارداری در سال ۱۳۹۱ به مراکز بهداشتی شهر مشهد مراجعه کردند. تعداد ۳۲ نفر از این زنان داوطلب، انتخاب، و به دو گروه ۱۶ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برای زنان گروه آزمایش برنامه به سوی والد شدن و برای زنان گروه کنترل برنامه تغذیه سالم آموزش داده شد. هر دو گروه در طی دو مرحله پیش آزمون - پس آزمون پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب بک را تکمیل نمودند. داده های جمع آوری شده با آزمون تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت و نتایج نشان داد که آموزش این برنامه، اضطراب، افسردگی و سلامت روان را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود بخشید.

کلید واژه ها: آموزش برنامه به سوی والدشدن، اضطراب، افسردگی، سلامت روان و بارداری.

فصل اول:

کلیات پژوهش

بیان مسئله

بارداری^۱ یا حاملگی، به وضعیتی گفته می‌شود که زن در رحم خود دارای رویان یا جنین باشد. به دوران بارداری «دوره آبستنی» نیز گفته می‌شود؛ این دوره با به دنیا آمدن نوزاد (زایمان) به پایان می‌رسد (معین، ۱۳۷۵). سازمان بهداشت جهانی مدت عادی حمل را بین ۳۷ تا ۴۲ هفته معین می‌کند.

بلوغ، یائسگی و بارداری سه مرحله مهم و بحرانی در زندگی زنان است. اهمیت دوران بارداری از آن جهت است که تمام ابعاد زندگی زن و اطرافیان او را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بارداری باعث تغییرات در ابعاد جسمانی و روانی، روابط زناشویی، روابط اجتماعی، کار و دیگر ابعاد زندگی زنان و همچنین اطرافیان آنها می‌شود. همچنین کیفیت دوران بارداری تاثیر مستقیمی بر رشد جنین دارد. دوران بارداری یک زن بسیار حساس و مهم است. روزهای بارداری با دیگر روزهای زندگی بسیار متفاوت می‌باشد. هر زنی، بی شک روزی بارداری را تجربه خواهد کرد و به امید مادر شدن این سختی‌ها را به جان خواهد خرید، لیکن آنچه مهم می‌نماید این است که بهداشت جسمانی و روانی خاص این دوران باید رعایت شود.

ازلحاظ جمعیت شناختی، زنان نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند، بنابراین پرداختن به موضوعات مختلف مربوط به آنها چه از لحاظ جسمانی و چه از لحاظ روانی و تامین نیازهای مختلف مربوط به آنها در چرخه‌ها و بحرانهای رشدی از جمله دوران بارداری اهمیت دارد. چنانکه تحقیقات نشان می‌دهد، وضعیت روانی و جسمانی مادر و محیطی که او در نتیجه این وضعیت در دوران بارداری برای فرزندش مهیا می‌کند، در دوره رشد جنینی و متعاقب آن در سلامتی و سازگاری کودک در آینده تاثیر بسیار مهمی دارد (معین، ۱۳۸۰).

در دوران بارداری، تغییرات زیستی شیمیایی، فیزیولوژیک و آناتومیک زیادی در بدن زنان رخ می‌دهد. این تغییرات، اولین تغییراتی محسوب می‌شوند که آنها را، هم از نظر جسمی و از هم از نظر روحی، آسیب پذیر می‌کند. به عبارت دیگر، در دوره بارداری، سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع، کیفیت زندگی زنان باردار دچار تغییرات زیادی می‌شود (عباس زاده و باقری و مهران، ۱۳۸۸). بهداشت روانی^۲ دوران بارداری از مسائلی است که امروزه توجه زیادی به آن شده است زیرا ثابت شده است که از ابتدای بارداری، اضطراب و هیجانات زن باردار تاثیر مستقیمی بر روی جنین خواهد داشت (معین، ۱۳۸۰). ارتباط تنگاتنگ بهداشت روانی با بهداشت جسمانی در رابطه با بارداری ضرورت بکارگیری مکانیزمهایی در جهت برقراری بهداشت جسمانی و روانی در کنار یکدیگر را در این دوران نمایان می‌سازد (معین، ۱۳۸۰).

عدم اطلاع یا اطلاعات غلط و ناقص زنان در خصوص بارداری و تغییرات آن نیز می‌تواند موجب بروز هیجانات و آشفتگی‌های روانی شده و تغییر خلق، تغییر اشتها، استفراغهای گاه و بیگاه، تغییر علائق و سلائق و بالاخره دهها شکل دیگر از این قبیل را ایجاد کند. عبارت بهداشت مادر به مراقبتهای ارتقایی، پیشگیری یا درمان و باز توانی برای مادران اطلاق می‌شود. هدف نهایی خدمات بهداشت مادر و کودک سلامتی در همه زندگی است. در این میان، اصل اساسی برای مراقبت بهداشتی مادر و کودک این است که در جریان رشد انسانی،

^۱. Pregnancy.

^۲. Mental Health.

احتیاجات اساسی بیولوژیک و روانی باید در نظر گرفته شود تا بتوان ادامه حیات مادر در طول دوران بارداری و زایمان و سپس مراقبتهای او از کودک را در طول زندگی تامین نمود (معین، ۱۳۸۸).

طبق تقسیم بندی (DSM-IV) اختلالات عمده خلق و خو، اختلالات اضطرابی و شخصیتی در رأس مشکلات مربوط به زنان باردار است. دوران بارداری پراستر س 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 استرسهای شدید طبقه بندی می شود. بنابراین در این دوران امکان بروز حالتیهای مانند نوروز، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و اختلال وسواس زیاد است (فروزنده، ۱۳۷۶).

حدود ۲ تا ۶ درصد از زنان باردار دچار علائم حاد و شدید اعصاب و روان می گردند به گونه ای که یک زن در طول بارداری و پس از زایمان نسبت به دو سال قبل از بارداری حدود دویست برابر بیشتر از سایر اوقات نیاز به بستری شدن بدلیل اختلالات روانی را دارد (مصلی نژاد، ۱۳۸۳؛ به نقل از مصلی نژاد، خشتی و غلامی، ۱۳۸۶).

باتوجه به مشکلات عمده ای که زنان باردار با آن روبرو هستند، نقش مراقبتهای جسمانی و روانی در دوران بارداری برجسته می شود. بیشتر تلاشها در حوزه مراقبتهای بارداری مربوط به مراقبتهای جسمانی است و به مراقبتهای روانشناختی و سلامت روان زنان باردار کمتر توجه شده است.

در کشور ایران، نسبت به کشورهای توسعه یافته مانند کشورهای اروپایی، آمریکا، استرالیا که کلاسها و دوره های آموزشی زیادی برای زنان باردار وجود دارد، به این امر کمتر توجه و پرداخته شده است. بسیاری از زنان باردار ایرانی، مخصوصا آن دسته که اولین بارداری خود را می گذرانند و هیچ تجربه شخصی از بچه دار شدن ندارند، اطلاعات خود در خصوص بارداری و زایمان را از والدین اطرافیان خود کسب می کنند که بسیاری از این اطلاعات علمی نیستند. همچنین بسیاری از زنان باردار از تغییرات روحی و روانی این دوران آگاهی ندارند و در نتیجه نمی توانند با آنها سازگار شوند. تحقیقاتی که در زمینه آموزش های روانشناختی دوران بارداری در ایران انجام شده است اندک هستند. از آن جمله می توان به تحقیق بهرامی، عربان و بهرامی (۱۳۸۷) با عنوان بررسی تأثیر آموزش های دوران بارداری بر افسردگی پس از زایمان در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول اشاره کرد که به آموزش تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیک، تغذیه، عوارض شایع دوران بارداری، بهداشت روان و مهارتهای ارتباطی، آشنایی با مراحل زایمان، روشهای زایمان و کاهش درد، تمرین های عصبی و عضلانی، آموزش وضعیت های مختلف حین لیبر^۱ (درد زایمان) و زایمان، نحوه تنفس صحیح در دوران بارداری، لیبر و زایمان و آرام سازی، بهداشت پس از زایمان، مراقبت از نوزاد، تغذیه با شیر مادر و تنظیم خانواده پرداخته است و نتایج تحقیق آنها نشان می دهد که این آموزشها تأثیر معناداری بر کاهش افسردگی پس از زایمان داشته است. همچنین در تحقیق دیگری که توسط منگلی، رضانی و منگلی (۱۳۸۷) با عنوان تأثیر آموزش تغییرات طبیعی دوران بارداری و نحوه سازگاری با آنها بر رضایت مندی زناشویی زنان باردار انجام گرفته است به تأثیر مثبت آموزش در مورد تغییرات دوران بارداری از جمله (تغییرات طبیعی جسمی و روانی در دوران بارداری، شامل تغییرات ایجاد شده در سیستم های گوارشی، پوست، تناسلی، عضلانی اسکلتی، قلبی تنفسی و غدد، تغییرات ایجاد شده در روابط جنسی، وضعیت خواب و استراحت، کار و

^۱. Labor.

مسافرت، لباس پوشیدن، تغییرات عاطفی و روانی از قبیل اضطراب، ترس، پرخاشگری، افسردگی، دوگانگی احساسات، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خویشتن، و همچنین نحوه برخورد زوجین با هم) بر رضایت مندی زناشویی اشاره می کند.

برنامه آمادگی برای والدشدن^۱، یک ابزار مداخله زودهنگام برای حفظ سلامت روان زنان باردار و نوزادان آنهاست که از برنامه های حمایتی موسسه تحقیقاتی والد-کودک استرالیا^۲ است و توسط پروفسور جانیت میلگرام^۳ و همکاران (۲۰۰۹) تهیه شده است و به صورت یک کتاب راهنما به چاپ رسیده است. این برنامه که براساس اصول روانشناسی شناختی- رفتاری پایه ریزی شده است به ابعاد هیجانی، شناختی و رفتاری والدشدن می پردازد. برنامه به سوی والدشدن هم بر مهارتهای سازگاری و هم بر مهارتهای والدینی تمرکز دارد و هدف آن کاهش مشکلات در این دوحوزه، درطول دوران بارداری و دوران پس از تولد است. ایده اصلی به سوی والدشدن فراهم کردن یک برنامه خودیاری در دسترس بود که قادر باشد از افسردگی پس از زایمان و مشکلات والدینی زودهنگام بوسیله حمایت کردن از زوج ها در عبور به مرحله والدشدن از طریق مقابله با عوامل خطر، مدیریت کردن افسردگی، آموزش سازگاری و بوجود آوردن کمک های در دسترس پیشگیری کند. در این برنامه عوامل خطری که قابل تغییر بودند مورد توجه قرار گرفت از قبیل: افسردگی، اضطراب، رخداد های منفی زندگی، مشکلات خانوادگی، بازنگری تجارب دوران کودکی، انزوا، ارتباطات زناشویی، عزت نفس، مهارتهای والدینی، انتظارات مادری و دیدگاهها در مورد دلبستگی به فرزند. تجربه افسردگی که در نتیجه این عوامل به وجود می آید به دلیل حفظ شناختهای غلط و همچنین رفتارهای غلط می باشد. برنامه به سوی والد شدن قصد دارد عوامل حفظ شده را کاهش دهد و همچنین ارتباطات را افزایش دهد و مهارتهای سازگاری و حل مساله را برای نیازهای پیچیده والدشدن آموزش دهد.

باتوجه به احساس نیازی که به مراقبتهای روانشناختی در طول دوران بارداری در ایران می شود، این تحقیق اقدام به تهیه یک برنامه مراقبتهای روانشناختی باهدف سازگار شدن والدین در انتظار فرزند با تغییرات دوران بارداری و همچنین تغییرات مربوط به والدشدن و در نتیجه این سازگاری کاهش اضطراب و افسردگی آنها کرده است. برنامه مورد استفاده در این تحقیق، براساس برنامه به سوی والدشدن موسسه تحقیقاتی والد-نوزاد استرالیا تهیه شده است.

اهداف پژوهش

هدف اصلی این پژوهش تاثیر آموزش برنامه به سوی والدشدن بر میزان افسردگی، اضطراب و سلامت روان زنان نخست باردار بود.

اهمیت و ضرورت پژوهش

دوران بارداری یک زن بسیار حساس و مهم است. زن از یک سو احساس مفید بودن کرده، و از سوی دیگر با تغییرات جسمی و روحی مواجه می شود که نمی توان به سادگی از کنار آن گذشت، زیرا در بارداری تغییرات مهمی از نظر تشریحی، فیزیولوژی و روانی به وجود می آید که می تواند بیماری های شدید روانی را به دنبال داشته باشد. تطابق با این همه تغییرات مشکل است و می توان بارداری را یک دوره بحرانی از زندگی زن به شمار آورد و آن را یک استرس محسوب کرد (نصیری، ۱۳۷۹). بارداری گاهی به حدی با اضطراب همراه است که منجر به

1. Towards Parenthood Program.

2. Parent-Infant Research Institute.

3. Jeannette Milgrom.

روان پریشی (پسیکوز) می‌گردد (کانینگهام^۱، ۱۹۹۷؛ ترجمه اشتیاقی، ۱۳۷۶). ابتلای مادر به انواع مختلف اختلالات روانپزشکی از مسایل مهم بهداشت روان دوران بارداری است. در ارتباط با تغییرات روحی- روانی دوران بارداری بایستی عنوان نمود که این تغییرات به طور طبیعی وجود دارد اما گاهی حالت بیمارگونه گرفته و جدی تلقی می‌شود (مصلی نژاد، خشتی و غلامی، ۱۳۸۶) به گونه ای که حدود نیمی از بیماری های روحی- روانی همراه با بارداری یا پس از زایمان، افسردگی می باشد. ۲۵ درصد موارد حالت مانیک و ۲۰ درصد به صورت سایکونوروتیک است (لوئیز^۲، نارکوما^۳ و گومز^۴، ۲۰۰۳).

دوران بارداری زمانی است که به دلیل وجود جنین در رحم مادر، امکان مصرف داروهای روانپزشکی بسیار محدود است، چرا که احتمال آسیب جنین مطرح است به همین دلیل بهتر است که از طریق ارتقای کیفیت و کمیت سیستم‌های حمایتی برای زن باردار از بروز یا تشدید اختلالات روانپزشکی در این افراد جلوگیری به عمل آید.

شرایط خاصی نظیر اضطراب یا افسردگی ممکن است با افزایش خطر وقوع زایمان زودرس همراه باشند (پارلبرگ^۵، ۱۹۹۶، کانینگهام، ۱۹۹۷؛ ترجمه اشتیاقی، ۱۳۷۶).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که وضعیت روانی مادر در دوران بارداری تأثیر بسیار زیادی در سلامت جسمی و روانی نوزاد دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهند که وجود سطح بالایی از تنش - اضطراب - درگیری و آشفتگی در مادر باردار احتمال ابتلا کودک را در دوران بعد از زایمان به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه افزایش می‌دهد. جنین چنین مادرانی به احتمال بالاتری دچار وزن کم در موقع تولد و نارسایی خواهند بود و همان طور که می‌دانیم، وزن پایین موقع تولد و نارسایی، زمینه ساز و مستعد کننده ی کودک برای آسیب‌های زمان زایمان هستند. مراقبت از سلامتی مادر در دوران بارداری و جلوگیری از نگرانی‌ها، اضطراب‌ها و فشارهای روانی او ضروری است و رعایت بهداشت روانی در دوران بارداری از نیازهای اجتماعی مهم است. سازمان بهداشت جهانی به این موضوع اشاره می‌کند که اگر جوامع، هزینه‌های بیشتری را برای بهبود سلامت روان زنان باردار اختصاص دهند، در آینده هزینه‌های کمتری را بابت محافظت از کودکان آسیب دیده، مشکلات مادران و آشفتگی خانواده‌ها خواهند پرداخت.

محققان بر آماده کردن زن برای بارداری و نهایتاً طی دوران زایمان پا فشاری می‌کنند. تجربه نشان می‌دهد در مواردی که زن برای بارداری و زایمان آمادگی روانی لازم را به دست می‌آورد، نقش مادری خود را باکمال شادمانی و آرامش خاطر انجام می‌دهد، ولی در صورت عدم آمادگی، امکان بروز تظاهرات روانی وجود دارد. برخورد با پدیده بارداری برای زنی که از مدت‌ها قبل در انتظار تولد یک نوزاد به سر می‌برد با شخصی که می‌خواهد فرزندی ناخواسته به دنیا آورد بسیار متفاوت است.

با توجه به موارد فوق الذکر و از آنجا که حدود نیمی از جمعیت جهان را زنان تشکیل می‌دهند و اغلب آنها در زندگی خود مادر شدن را تجربه می‌کنند، می‌بایست به این مسئله اشاره کرد که کوشش در جهت ارتقاء بهداشت روانی و جسمانی زنان خصوصاً در دوره بارداری می‌تواند به

1. Kunningham.

2. Louise.

3. Narcoma.

4. Gomes.

5. Paarlberg.

سالم سازی فضای خانوادگی کمک نماید و مسلم است کودکی که در محیط پر از مهر و محبت خانواده رشد کرده و شکوفا می شود در به وجود آوردن جامعه ای پویا و آباد سهیم خواهد بود.

درايران زوج های درانتظارفرزند بخصوص آن عده که برای اولین بار صاحب فرزند می شوند به علت نبود برنامه های آمادگی برای والدشدن، اطلاعات دقیقی درخصوص تغییرات مربوط به والدشدن ندارند و تعداد کمی به مطالعه دراین زمینه و همچنین برنامه ریزیهای لازم می پردازند تا جایی که در بعضی موارد این برنامه ریزی ها تنها به انتخاب اسم برای کودک محدود می شود. این زوج ها وقتی که وارد مرحله والد شدن می شوند با تعداد زیادی مشکلات روبرو شده و دچار احساس یاس، سرخوردگی وسردرگمی می شوند. به همین علت وجود برنامه هایی برای آمادگی زوج های درانتظارفرزند که به آنها اطلاعات لازم درمورد تغییرات دوران بارداری و تغییرات زندگی بعداز والدشدن را بدهد، ضروری است تا زوج ها بتوانند آمادگی لازم را برای این موضوع کسب کنند و بهتر بتوانند از نوزاد خود مراقبت کنند. بررسی اثربخشی برنامه هایی از این دست می تواند به انتخاب یک برنامه جامع وکامل کمک کند تا برنامه ریزان و مجریان درحوزه سلامت آن را برای زنان باردار بکاربرند.

سوالات و فرضیه های پژوهش

فرضیات اصلی تحقیق

- ۱- اضطراب مادران باردار شرکت کننده در گروه آزمایشی به طورمعناداری کمتر از مادران باردار در گروه کنترل خواهد بود.
- ۲- احساسات افسردگی زنان باردار در شرکت کننده درگروه آزمایش به طور معناداری کمتر از احساسات افسردگی مادران باردار در گروه کنترل خواهد بود.
- ۳- میزان سلامت روانی زنان باردار شرکت کننده در گروه آزمایش به طور معناداری بالاتر از میزان سلامت روان زنان باردار در گروه کنترل خواهد بود.

فرضیات فرعی تحقیق

- ۱- نشانه های جسمانی مادران باردار شرکت کننده در گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از نشانه های جسمانی مادران باردار در گروه کنترل خواهد بود.
- ۲- اختلال در عملکرد اجتماعی زنان باردار شرکت کننده در گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از اختلال در عملکرد اجتماعی زنان باردار در گروه کنترل خواهد بود.

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

تعریف نظری افسردگی: افسردگی به یک حالت احساسی، واکنش به یک موقعیت وسبک رفتار مختص به فرد بکار می رود و دو ویژگی اختصاصی آن عبارتنداز: خلق ناشاد (افسردگی، غم، اندوه، ناامیدی، ناراحتی یا نگرانی) و فقدان علاقه و لذت تقریبا در همه ی فعالیتهای عادی وسرگرمیهای فرد (ساراسون^۱ وساراسون، ترجمه نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی؛ ۱۳۸۳).

^۱. Sarason.

تعریف عملیاتی افسردگی: در این تحقیق منظور از افسردگی نمره فرد در آزمون افسردگی بک^۱ بود.

تعریف نظری اضطراب: حالت نگرانی و دلشوره که با ترس پیوند دارد. موضوع اضطراب (مانند خطری مبهم یا رویداد احتمالی ناگوار) معمولاً

نامشخص تر و غیراختصاصی تر از موضوع ترس (در برابر درندگان) است (اتکینسون^۲ و همکاران، ترجمه براهنی و همکاران؛ ۱۳۸۱).

تعریف عملیاتی اضطراب: در این پژوهش نمره ای که فرد در پرسشنامه اضطراب بک^۳ کسب کرد به عنوان اضطراب در نظر گرفته شد.

تعریف نظری سلامت روان: لویسون^۴ (۱۳۶۲ نقل از میلانی فر، ۱۳۷۴) سلامت روانی را این گونه تعریف کرده است: سلامت روانی عبارت

است از اینکه فرد چه احساسی نسبت به خود، دنیای اطراف، محل زندگی و اطرافیان دارد، مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در قبال

دیگران دارد. چگونگی سازش وی با در آمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویشتن.

تعریف عملیاتی سلامت روان: منظور از سلامت روان در این تحقیق نمره حاصل از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۵ بود.

تعریف نظری برنامه به سوی والد شدن: برنامه آمادگی برای والد شدن، یک ابزار مداخله زودهنگام برای حفظ سلامت روان زنان باردار و

نوزادان آنهاست که از برنامه های حمایتی موسسه تحقیقاتی والد-کودک استرالیا است و توسط پروفسور جانت میلگرام و همکاران او (۲۰۰۹)

تهیه شده و به صورت یک کتاب راهنما به چاپ رسیده است. این برنامه که براساس اصول روانشناسی شناختی- رفتاری پایه ریزی شده است

به ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری والد شدن می پردازد. برنامه به سوی والد شدن هم بر مهارتهای سازگاری و هم بر مهارتهای والدینی

تمرکز دارد و هدف آن کاهش مشکلات در این دو حوزه، در طول دوران بارداری و دوران پس از تولد است.

تعریف عملیاتی برنامه به سوی والد شدن: برنامه ای که در این تحقیق به کار رفت بر اساس برنامه به سوی والد شدن انجمن تحقیقاتی

والد-کودک استرالیا بود. این برنامه درسه فصل طبقه بندی شده است که به این صورت می باشد: فصل اول به مهارتهای آمادگی برای

والد شدن می پردازد. فصل دوم به مراقبت از خود پرداخته است و فصل سوم به ارتباط میان زوج ها اختصاص دارد. در این برنامه که طی

هشت جلسه دو ساعته به زنان باردار آموزش داده می شود به این مباحث پرداخته می شود: ارتباط هیجانی مادر و فرزند در طول دوران

بارداری، هیجانات و احساسات مادران در دوران بارداری و چگونگی سازگاری با آنها، بررسی نگرش زنان نسبت به مادر شدن، تغییرات زندگی

که در نتیجه والد شدن اتفاق می افتد و برنامه ریزی مناسب برای مواجهه با این تغییرات، فرآیند حل مساله، اطلاعاتی در مورد خواب و تغذیه

نوزادان، روشهای مقابله با استرس، روشهای مراقبت از خود، آموزش آرام سازی، روشهای فکر کردن سالم و افزایش اعتماد بنفس، راهنمای

ارتباطی زوجین و برنامه ریزی برای تقسیم وظایف در طول دوران بارداری و پس از آن.

متغیرهای پژوهش

متغیر مستقل: برنامه بسوی والد شدن و آموزش برنامه تغذیه سالم.

1. The Beck Depression Inventory

2. Atkinson.

3. Beck Anxiety Inventory.

4. Levinson.

5. Goldberg Health Questionnaire.

متغیر وابسته: افسردگی، اضطراب و سلامت روان زنان نخست باردار.

متغیر کنترل: فقدان افسردگی و اضطراب حاد ، فقدان روابط معیوب زناشویی و فقدان مشکلات شدید مالی که با انجام دو تست اولیه و انجام یک مصاحبه کوتاه مشخص می شوند.

فصل دوم

موضوع گیری نظری و مواضع پژوهشی

بارداری

تعریف بارداری و مراحل آن

بارداری به دوره زمانی بین بارور شدن تخم تا تولد فرزند اطلاق می گردد. دوران بارداری بر حسب هفته محاسبه می شود که به این ترتیب حدود ۹ ماه یا ۴۰ هفته طول می کشد. دوران بارداری از اولین روز بعد از آخرین پریود زن، یا به عبارتی دو هفته قبل از آنکه لقاح حقیقی انجام گیرد، محاسبه می شود. وضع حمل حدود ۴۰ هفته بعد از آخرین پریود زن صورت می گیرد (مجله اطلاعات پزشکی، ۱۳۹۱).

اکثر زنان در طول بارداری خود دچار هیچ گونه مشکل حادی نمی گردند و فرزندی سالم را به دنیا می آورند. تعداد بارداری ها در سراسر جهان ۲۰۰ میلیون در سال برآورد می شود. تقریباً ۷۵ میلیون از این بارداری ها ناخواسته است. برای مثال هر ساله ۱۵ میلیون نوزاد از مادران نوجوان متولد می شوند که این مادران در طی دوره بارداری و زایمان با خطر جدی روبرو هستند. احتمال مرگ مادران زیر ۱۵ سال در صورت زایمان ۵ برابر مادران بالای ۲۰ سال برآورد شده است (جعفرپور، ۱۳۹۰).

دوران ۹ ماهه بارداری به سه قسمت تقسیم می شود که آنها را سه ماهه اول و دوم و سوم می نامند. سه ماهه اول از اولین هفته بارداری تا انتهای هفته ۱۳، سه ماهه دوم از هفته ۱۴ تا پایان هفته ۲۷، و سه ماهه سوم از هفته ۲۸ تا آخر هفته ۴۰ است که عمدتاً در این زمان (کمی زودتر یا دیرتر) به زایمان و تولد نوزاد ختم می شود (دانشنامه رشد، ۱۳۸۷). این تقسیم بندی از این نظر اهمیت دارد که در هر قسمت از این سه دوره بارداری امکان دارد مادر یا جنین در معرض مخاطرات و بیماریها قرار گیرند و سرانجام هر دوره متفاوت است.

تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری

تغییرات بیوشیمیایی، آناتومیک و فیزیولوژیک دوران بارداری شگرف است. این تغییرات می توانند سبب نمایان شدن یا تشدید بیماری زمینه ای قبلی شوند یا خود تغییراتی بوجود آورند که شبیه به بیماری است. همچنین این تغییرات می توانند بر تعادل روانشناختی مادر تاثیر بگذارند و منجر به بروز و یا تشدید اختلالات روانی در مادر باردار شوند.

از همان مراحل اولیه بارداری همکاری ویژه و منحصر بفردی میان بدن مادر و بارداری وی شکل می گیرد. هنوز مکانیسم های دقیقی که فرآیند لانه گزینی و حفظ جنین را کنترل می کنند شناسایی نشده اند اما با این حال می دانیم که هورمون پروژسترون^۱ که از تخمدان های مادر ترشح می شود و همچنین هورمون گنادوتروپین جفتی^۲ در این امر نقش دارند (میرزهرایی، ۱۳۹۱).

تغییرات سیستم تناسلی در دوران بارداری

افزایش وزن و حجم رحمی به گونه ای که قبل از بارداری وزن آن ۷۰ گرم و حجم آن ۱۰ سی سی است و در انتهای بارداری حجم آن به حدود ۵ لیتر و وزن آن به حدود ۱۱۰۰ گرم می رسد. تا حدود هفته ۱۲ بارداری این تغییر سایز در داخل حفره لگنی رخ می دهد و لذا مادر متوجه تغییر محسوس در خود نمی شود اما پس از آن به تدریج از حفره لگنی خارج میشود. رحم از سه ماهه اول، انقباضات نامنظم و غیر دردناک دارد که غیر قابل پیش بینی و گهگاهی است. این انقباضات طی ۱-۲ هفته آخر بارداری بیشتر شده و هر ۱۰-۲۰ دقیقه ممکن است

^۱. Progesterone.

^۲. Chorionic gonadotropin.

رخ دهد و تاحدی ریتمیک شود. در ضمن اگر قدری ناراحتی ایجاد کنند سبب بروز دردهای زایمانی کاذب در مادر می شود. میزان ترشحان واژن در طی بارداری افزایش می یابد و از لحاظ شکل ظاهری حجیم، سفید و غلیظ هستند. میزان میل جنسی در طی بارداری تغییر می کند در برخی از زنان این میل کاهش می یابد که بعلت ترس نابجا از عوارض رابطه جنسی بر روی جنین است. در برخی دیگر این میل افزایش می یابد که شاید به دلیل افزایش ترشحات واژینال و در نتیجه افزایش لغزندگی واژن باشد (مولانی نژاد، ۱۳۹۰).

تغییرات پوستی دوران بارداری

در ماه های آخر بارداری رگ های قرمز رنگ و کمی فرو رفته به طور شایع در پوست شکم و پستان و ران ها ایجاد می شود. گاهی عضلات دیواره شکم از هم جدا می شوند و اگر شدید باشد قسمت قابل توجهی از رحم تنها از یک لایه پوست پوشیده می شود. گاه لکه های نامنظم با اندازه های مختلف بر روی صورت و گردن ظاهر می شوند. میزان تیرگی هاله دور پستان و ناحیه تناسلی نیز زیاد می شود. معمولاً این ضایعات بعد از زایمان از بین می روند و یا پسرفت قابل توجهی پیدا می کنند. در چند هفته اول بارداری اکثراً حساسیت و گزگز پستان ها وجود دارد. بعد از ماه دوم اندازه پستان ها بزرگ شده و ورید های نازک از زیر پوست دیده می شود. نوک پستان ها بزرگ تر و نعوظ پذیر تر شده و تیره تر می شود. بعد از چند ماه آغوز (کلستروم^۱) از آنها خارج می شود. برجستگی های متعدد غدد مونت گومری^۲ در هاله اطراف پستان دیده می شود. نکته قابل توجه آنکه حجم پستان قبل از بارداری با حجم شیر تولید شده از آن رابطه مستقیم ندارد (عطریان و همکاران، ۱۳۸۸).

تغییرات متابولیک

در زندگی بعد از تولد هیچ اتفاق فیزیولوژیکی به اندازه بارداری باعث تغییرات متابولیک به این شدت نمی شود. افزایش وزن بیشتر مربوط به رحم و محتویاتش، پستان ها و افزایش حجم خون و مایع خارج سلولی است. قسمت کوچکتری از آن مربوط به افزایش آب سلولی و ذخیره چربی و پروتئین می باشد. افزایش وزن متوسط در بارداری ۱۲/۵ کیلوگرم است و نیاز به انرژی در زمان بارداری ۸۰۰۰۰ کیلو کالری (روزانه ۳۰۰ کیلو کالری اضافی) است (سبحانی، ۱۳۸۶). احتباس آب در طی بارداری طبیعی است و از ابتدای بارداری (حدود هفته چهارم) ایجاد می شود. محتوی آب جنین، جفت و مایع آمنیوتیک^۳ حدود ۳/۵ لیتر است. ۳/۵ لیتر دیگر هم در نتیجه افزایش حجم خون، اندازه رحم و پستان ها تجمع می یابد. وزن اولیه مادر و میزان افزایش وزن مادر هر دو در پیش گویی وزن نهایی جنین موثرند. در مادر با تغذیه خوب، میزان آب بدن بیشتر از چربی او در وزن هنگام تولد نوزاد موثر است (شریف، ۱۳۹۱).

سیستم ایمنی

فعالیت سیستم ایمنی بدن مادر تعدیل و اصلاح می شود به گونه ای که همچنان، ارگانیزم های مضر و مزاحم را شناسایی و دفع می کند اما در عین حال جنینی را که از لحاظ ژنتیکی برای بدن مادر نا آشناست دفع نمی کند. به این ترتیب سیستم ایمنی بدن مادر از بارداری محافظت می کند اما چگونگی رخداد این پدیده هنوز بطور کامل شناخته نشده است (مودنی، ۱۳۸۶).

^۱.Colostrum.

^۲.Montgomery.

^۳.Amniotic fluid .

سیستم قلبی عروقی

در طی بارداری، ضربان قلب در حالت استراحت حدود ۱۰ ضربه در دقیقه افزایش می یابد. زمانی که مادر به پشت می خوابد فشار رحم بر روی عروق بزرگ منجر به تاخیر در جریان خون وریدی می شود و خون کمتری به رحم و جفت می رسد که این حالت در صورتی که مادر به پهلو بخوابد و همین طور بلافاصله بعد از زایمان از بین می رود. طبق این مکانیسم بروز واریس پا و هموروئید نیز توجیه می شود. در طی ۱۰ هفته اول بارداری خروجی قلب (میزان خونی که بوسیله قلب به خارج پمپ می شود) حدود ۳۰٪ افزایش می یابد. حجم خون مادر به دو طریق افزایش می یابد، یکی از طریق افزایش تعداد گلبول های قرمز در گردش و دیگری با افزایش حجم پلاسما. افزایش حجم پلاسما باعث رقیق تر شدن خون و کاهش نسبت گلبول های قرمز خون می شود که این امر منجر به بروز کم خونی در مادر می شود. در این شرایط لخته های خون براحتی تشکیل می شوند که در واقع بدن مادر را برای مقابله با خونریزی های احتمالی در طی وضع حمل آماده می کند. فشار خون مادر از ابتدای بارداری تا حدود هفته ۲۰ بارداری کاهش می یابد و پس از آن به تدریج به حد نرمال می رسد. علت این افت فشار خون اتساع عروق محیطی است. کاهش فشار خون باعث ایجاد سرگیجه و ضعف در مادر باردار می شود، بخصوص در مواقعی که ایستاده است. این امر به علت این است که خون کمتری به مغز می رسد (خیل تاش، ۱۳۸۹).

سیستم تنفسی

سرعت تنفس در طی بارداری تغییر چندانی نمی کند ولی افزایش آگاهی از تمایل به نفس کشیدن حتی در ابتدای بارداری شایع است که گاه ممکن است به تنگی نفس تعبیر شود (خیل تاش، ۱۳۸۹).

سیستم ادراری

ادرار در بارداری رقیق تر است و گاه پس از ۱۸ ساعت محرومیت از آب، ادرار هنوز رقیق است که دال بر اختلال کارکرد کلیه نیست. وجود خون در ادرار غالباً نشانه ی بیماری دستگاه ادراری است مگر به علت آلودگی در حین جمع آوری نمونه. همچنین زایمان های سخت که به مجاری ادراری آسیب می رسانند نیز موجب بروز خون در ادرار می شوند. در طی بارداری فشار داخل مثانه افزایش می یابد که این امر منجر به بروز بی اختیاری ادراری در بارداری می شود که تشخیص افتراقی مهمی با پاره شدن زود هنگام کیسه های جنینی دارد. تکرر ادرار در ابتدا و انتهای بارداری امری شایع است که بعلا تغییرات هورمونی و فیزیکی بارداری رخ می دهد (خیل تاش، ۱۳۸۹).

سیستم گوارشی

با پیشرفت بارداری معده و روده ها جابجا می شوند و علائم بالینی برخی بیماری ها تغییر می کند. آپاندیس به بالا و چپ منحرف می شود. تخلیه معده و زمان عبور از روده به علل مکانیکی و هورمونی در بارداری تاخیر پیدا می کند و حتی این حالت پس از زایمان به علت تجویز ضد دردها نیز رخ می دهد. سوزش سر دل در بارداری به علت تغییر وضعیت معده، کاهش تورم اسفنکتر تحتانی مری و کاهش حرکات انقباضی مری روی میدهد، این حالات منجر به بازگشت ترشحات اسیدی معده به مری می شود که رعایت وضعیت بدن پس از صرف غذا و پرهیز از غذاهای پر ادویه در کاهش بروز این حالت نقش اساسی دارند. در بارداری، لته ها نرم و پر خون می شوند و به آسانی با مسواک زدن دچار

خونریزی می شوند. این وضعیت پس از زایمان خودبخود پسرفت نموده و بهبود می یابد. بارداری سبب شروع پوسیدگی دندان نمی شود. هموروئید در بارداری به علت یبوست و افزایش فشار رحم بر عروق بزرگ امری شایع است که با رعایت رژیم غذایی مناسب می توان از شدت آن کاست. در افرادی که بارداری های متعدد داشته اند افزایش سنگ های کلسترولی کیسه صفرا شایع است (اختیاری، ۱۳۸۹).

سیستم بینایی

به علت ورم قرنیه در طی بارداری ضخامت آن افزایش می یابد که ممکن است منجر به عدم تحمل لنزهای تماسی شود. بجز از دست رفتن موقتی قدرت تطابق در بارداری و شیردهی اختلال کارکرد بینایی دیگری گزارش نشده است (روزنامه ایران، ۱۳۸۸).

سیستم اعصاب مرکزی

زنان اکثراً در طی بارداری و در ابتدای شیردهی در توجه، تمرکز و حافظه اختلالاتی را گزارش می کنند. از حدود هفته ۱۲ بارداری تا ۲ ماه بعد از زایمان هم اشکال در به خواب رفتن، بیدار شدن های مکرر، ساعت های کمتر خواب شبانه و کاهش کارایی خواب گزارش می شود (سایت پزشکان بدون مرز، ۱۳۸۵). بیشتر این گزارش ها مربوط به بعد از زایمان است که ممکن است در بروز غم پس از زایمان و یا افسردگی واضح بعد از زایمان نقش داشته باشد.

تغییرات هیجانی و روانشناختی دوران بارداری

بارداری فرآیندی ایستا و ساکن نیست بلکه در طی آن زنان همزمان با پیشرفت بارداری رابطه عمیق تری با جنین در حال رشد برقرار می کنند و به نوعی بر روی جنین خود سرمایه گذاری عاطفی می کنند. بارداری بخودی خود پدیده ای است همراه با استرس، مخصوصاً تجربه ی اولین بارداری زیرا که از این پس مادر و پدر وارد دنیایی می شوند که تا کنون آن را تجربه نکرده اند. آن ها سفری را آغاز می کنند که هر روز آن همراه با تغییراتی شگرف و عظیم است.

بارداری با تغییرات فیزیکی و هیجانی همراه است که می تواند بر نتیجه بارداری تاثیر گذار باشد. بگونه ای که در برخی زنان بی توجهی به مسائل روانشناختی بارداری منجر به بی تاثیر شدن مداخلات پزشکی بر روی آنها می شود (حسینی، ۱۳۸۸).

در واقع بارداری شروع نوعی بازسازی شناختی در زن باردار است که در نهایت وی را برای احراز نقش مادری آماده میکند. شاید بتوان تغییرات مادر در دوران بارداری را به تغییرات دوران بلوغ و یائسگی ربط داد. این سه دوره در زندگی هر خانمی دوره های بحرانی هستند که باعث ایجاد تغییرات بدنی، هورمونی و روانشناختی خاصی در وی می شوند. در خلال این سه دوره زن فرصتی برای رشد، بالیدگی، حل تعارضات گذشته، حرکت به جلو و یافتن جایگاهی نوین در فرآیند رشد بدست می آورد.

همچنین بارداری دوره ای از اضطراب است که این اضطراب در ارتباط با تلاش مادر برای حل تعارضات گذشته خود با نقش مادری و یافتن هویتی نوین از خود به عنوان مادر است.

شاید بتوان گفت بارداری نوعی تغییر رویه است که در آن مادر باردار ناگزیر می شود دنیا را بگونه ای متفاوت از زن فاقد فرزند ببیند. فکر کردن به مسوولیت های والد شدن خود استرس بزرگی است و مادر و پدر بطور مداوم خود را برای ایفای این نقش ارزیابی می کنند. برای

مثال، آیا توانایی اداره فرزند خور را دارند یا خیر؟ آیا از لحاظ مالی و اقتصادی توانایی پرورش فرد جدید در خانواده را دارند یا خیر؟ در واقع می توان گفت که مجموعه ای از عوامل زیر باعث افزایش سطح اضطراب و استرس در دوران بارداری می شوند. از جمله، ناخواسته بودن بارداری، اطلاعات نادرست درباره بارداری، نگرانی از جنسیت و سلامت نوزاد، نگرانی از وظایف والدی، نگرانی در مورد عوارض بارداری و نگرانی در خصوص تغییر نقش ها در خانواده.

بارداری فرصتی است که در آن زنان بیشتر متوجه خود هستند، تخیلات قوی نسبت به خود، زندگی و فرزندشان دارند. در رابطه با نحوه تفکر زنان باردار و هیجانات آنها تحقیقات متعددی انجام شده است که با نگاه اجمالی به آنها میتوان تغییرات زیر را که در دوران بارداری رخ می دهند مورد توجه قرار داد:

۱- افزایش آگاهی و هوشیاری درونی، افزایش سطح اضطراب، تنیدگی و حساسیت پذیری

۲- افسردگی، غمگینی، داشتن احساسات منفی در مورد خود، غوطه ور بودن در انواع ترس ها

۳- نگرانی های وسواسی

۴- بی حالی، تهوع و استفراغ دوران بارداری

۵- تغییر در کارکردهای مغزی

۶- تغییرات خلقی

تغییرات کارکردی مغز شامل: وجود تفکرات مغشوش، تغییر در تمرکز، تغییر در کارکرد حافظه و رویاها، تغییر در توانایی اداره و انجام برنامه ریزی ها و ناتوانی در اتخاذ تصمیم های مهم و حیاتی. همین تغییرات توجیه کننده این مساله است که چرا زنان باردار نیازمند زمان و فضای آرام هستند تا بتوانند بر احساسات خود تمرکز کنند.

در ابتدای بارداری نوعی از بی حسی و منفعل بودن در زنان مشاهده می شود تا جاییکه در موارد حاد حتی نمی توانند برای دریافت خدمات بهداشتی مراجعه کنند که علت آن همین تغییر در قدرت تصمیم گیری و نوعی از "تیرگی شعور" است.

طبق گزارشاتی که توسط زنان باردار داده می شود، آنها در این دوره بدخلق، عصبی، مضطرب، متمایل به گریه های گاه و بی گاه هستند. بسیاری از آنها حالتی میان امیدواری و ناامیدی را تجربه می کنند. چنانچه کسی نباشد تا به این احساسات منفی مادران گوش کند و از آن ها حمایت کند، می تواند سپری کردن این دوره را برای آن ها دشوار تر نماید (فردوسی، ۱۳۹۰).

در بسیاری زنان کاهش سطح تمایلات جنسی (لیبیدو) و کاهش میزان لذت از برقراری رابطه جنسی مشاهده می شود که نتیجه آن دوری بیشتر زن از شریک جنسی اش می باشد (قره خانی، ۱۳۸۶). بارداری باعث می شود که زنان به رابطه جنسی با همسران خود نظری دوباره بیفکنند و همسرشان را به چشم یک شریک عاطفی و یا مزاحمی برای آرامش خود ببینند. بعلاوه اگر مادر باردار احساس کند که از لحاظ جنسی جذابیت خود را از دست داده است بطور ناخودآگاه از همسرش دور می شود که در نهایت تنها و منزوی خواهد شد، با احساسات خود

¹.Confusion.