PAYESH

Volume 20, Issue 3 (May - June 2021)

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.4.3]

[DOI: 10.52547/payesh.20.3.323]

Understanding mothers perception of psychological challenges in pregnancy: a qualitative study

Katayoun Arfaie[1*], Fatemeh Nahidi [2]

1. School of Nursing and Midwifery, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
2. School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 15 February 2021
Accepted for publication: 12 June 2021
[EPub a head of print-28 June 2021]
Payesh: 2021; 20 (3): 323-332

Abstract

Objective (s): Pregnancy is a distinct period in the women's life, which involves extensive changes, especially in the psychological aspects, which are sometimes out of control and lead to different damages to the health and well-being of mother and child. However, despite the importance of this issue, little information is available in this regard. Thus the purpose of the study was to better understand the psychological challenges of pregnancy.

Methods: This was a qualitative study with a conventional content analysis approach that conducted in 2017. Data was collected from in-depth semi-structured individual interviews. The participants were pregnant women who were referred to health care services in Tehran. After 28 interviews, the data saturation achieved and finally the available data were analyzed with Maxqda 10 software.

Results: Mothers from different social back grounds, educational levels and aged 18-41 years old, participated in the study. The analysis indicated 4 categories (fear of loss, negative body image, depression and lake of mental control) were explored as mothers' psychology challenges in pregnancy.

Conclusion: Maternal health care providers should reduce maternal anxiety by providing a comprehensive health-oriented program and education about the dimensions and reversibility of pregnancy events.

Key Words: pregnancy, Mood disorders, Psychology, Mental health

* Corresponding author: School of Nursing and Midwifery, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
E-mail: k.arfaie@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.4.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.323]

درک مادران از چالشهای روانشناختی دوران بارداری: یک مطالعه کیفی

کتایون ارفعی[1*]، فاطمه ناهیدی[2]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
۲. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲۲
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۷ تیر ۱۴۰۰]
نشریه پایش: ۳۳۲- ۳۲۳: (۳)۲۰ ؛۱۴۰۰

چکیده

مقدمه: بارداری دوران ویژه ای در زندگی زنان است که، در بردارنده تغییرات گسترده، خصوصا از جنبه روحی و روانی است که، گاها خارج از کنترل بوده و منجر به ایجاد آسیبهای متفاوتی درسلامتی و بهزیستی مادر و کودک، میگردد، اما علی رغم اهمیت این موضوع اطلاعات کمی در این رابطه موجود است، لذا هدف از هدف مطالعه حاضر، شناخت بیشتر ابعاد روانشناختی چالش برانگیز بارداری، باتوجه به نقطه نظرات مادران بود.

مواد و روش کار: این تحقیق، یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوی قراردادی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته فردی بر اساس راهنمای مصاحبه استاده شد. مشارکت‌کنندگان زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه های بهداشتی و درمانی شهر تهران بودند که، پس از انجام ۲۸ مصاحبه ، داده‌ها به حد اشباع رسید و نهایتا اطلاعات موجود با نرم افزار Maxqda 10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در این مطالعه زنان باردار، از گروههای مختلف اجتماعی و عمدتا خانه دار با تحصیلات سیکل تا دکترا؛ طیف سنی (۴۱-۱۸) سال و مرتبه بارداری اول تا پنجم، مشارکت داشتند. چهار طبقه، ترس از دست دادن، عدم کنترل ذهنی، افسردگی و تصویر بدنی منفی، به عنوان مهمترین چالشهای روانی مادران تبیین گردیدند.

نتیجه گیری: با توجه به ابعاد تبیین شده در این مطالعه، متصدیان امر سلامت مادران باید با آموزش و ارائه برنامه همه جانبه سلامت محور از بروز ترس، افسردگی و احساسات مبهم و منفی مادران کاسته و با توضیح در مورد برگشت پذیری بسیاری از تغییرات بارداری، مادران را در این عرصه یاری نمایند. بدیهی است که، درگیر کردن همسر، در حمایت از زن باردار، نقش حیاتی را در گذر ایمن از این دوران ایفا خواهد نمود.

کلیدواژه: بارداری، اختلالات خلقی، سلامت روان، معضلات روانشناختی

کد اخلاق: SBMU.PHNM.1394.227

* نویسنده پاسخگو: سمنان، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی
E-mail: k.arfaie@yahoo.com

مقدمه

دوران بارداری عنوان یک دوره خاص همراه با آسیب پذیری در زندگی زنان تصور میشود که، مادران را با تغییرات و دشواریهای زیادی در ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی رو به رو میکند. این معضلات و دگرگونیها در بعد روحی و روانی بسیار قابل توجه و اغلب خارج از کنترل، خصوصا از بعد هیجات منفی هستند [۱]. زنان در طی سه ماه اول بارداری، احساس خستگی شدید نموده و افزایش سطح استروژن، تا حدودی بی ثباتی خلق را در آنان ایجاد میکند و در عین حال پیدایش پیامدهای فیزیولوژیک ناشی از بارداری، به ویژه شروع تهوع و استفراغ در این مقطع، بعضا مادر را بسیار تحت تاثیر قرار داده و توام شدن این پدیده با نگرانی های مختلف از جمله ترس از سقط و تغییر در زندگی روزمره و روابط زوجین، زن باردار را آشفته مینماید[۲].

اما با افزایش سن حاملگی و اضافه شدن وزن، فشار بر روی اعصاب کمر و اعصاب پا بیشتر شده و حرکات و فعالیت مادر کند تر میشود و مشکلات قید شده، باعث کاهش خواب میگردد. از طرف دیگر، تغییر در ظاهر فیزیکی زن باردار، چاقی و تغییرات وزن و نهایتا تصویر بدنی منفی، حساسیت و نیاز شدید به حمایت همه جانبه، زن باردار را در مواجه با این تغییرات و دگرگونیهای آسیب پذیر مینماید[۳]. Froosandeh و همکاران [۴] در این زمینه می نویسند: حاملگی تجربه مهمی است که، سبب تغییرات روحی و روانی زیادی در زن میشود و اغلب زنان متوجه تغییرات خلق و خو و الگوی خوابشان میگردند و لذا، به فرزند احساس دوگانه ای دارند که، شاید بدون حمایت خانواده با تهدید افسردگی مواجه گردند.

Mosalla nejad و همکاران[۵] در رابطه با حالات روانی زن در این دوران می نویسند: زن باردار شروع به صحبت کردن با جنین خود کرده و نگران رشد و تکامل او است. برخی احساس میکنند که، کنترل شخصی جهت حل مشکلات در آنها کاهش پیدا کرده است و هر چه به زمان پایان این دوران نزدیک میشوند، ترس و اضطراب در آنها بیشتر میگردد و نهایتا سه ماه سوم بارداری یعنی، دوره بحران هویتی زنان فرا می رسد، که در این زمان، احساس انزوا و تنهایی به علت اقامت طولانی مدت در منزل، کاهش فعالیتهای اجتماعی و کاهش تماسهای روزانه با افراد، پتانسیل مادر را کاهش داده و زمینه مشکلات روانی در سه ماه سوم بارداری را تشدید میکند. جالب این که، دیده شده است، زنان باردار نسبت به دو سال قبل از بارداری حدود دویست برابر بیشتر مستعد ابتلاء به بیماریهای روانی و بستری شدن در بیمارستان هستند [۶]. Mosalla nejad و همکاران[۵] در مطالعه خود، همچنین به تغییرات دیگری چون کاهش دقت، آهسته انجام دادن کارها، زودرنجی و حساسیت بین فردی، میل به گوشه گیری و ظهور رفتارهایی چون بی اعتمادی و شک و تردید بی مورد است اشاره کرده اند که، یافته هایی مشابه نتایج سایر مطالعات مرتبط با تغییرات روانی اضطراب زا در دوران بارداری است. Hirschfield و همکاران[۷] نیز، در پژوهش خود، بر روی ۳۲۰ زن باردار متوجه تغییراتی چون اضطراب و افسردگی، بی اشتهایی و تپش قلب شدند. Madhavanprabhakaran و همکاران[۸] مشاهده کردند که، حدود ۳۰ درصد زنان حامله با تغییرات روانی گسترده رو به رو هستند و این مسئله با سابقه سوء استفاده فیزیکی، عاطفی و جنسی ارتباط خاصی داشته است. Mosallanejad [۵] معتقد است: تاثیر مسائل فرهنگی و اجتماعی بر ایجاد اختلالات روانی بر کسی پوشیده نیست و عواملی چون وضعیت اشتغال، تمایل همسر به بارداری و نوع ارتباط با وی در این راستا بسیار تاثیر گذار بوده و زنانی که، بدین لحاظ آسیب پذیرند، عوارض روانی بیشتری را متحمل میشوند. شاید بتوان گفت: شکایات جسمی دوران بارداری گاها به عنوان نمادی از اختلالات روانی بارداری است[۹]، پاسخ مادر به این تغییرات استرس زا، پیدایش اضطراب است که، باید مورد توجه قرار گیرد و متاسفانه اختلالات خلقی خصوصا ترس و اضطراب و افسردگی، به دلیل تاثیر بر دستگاه عصبی و آزاد شدن استیل کولین و اپی نفرین، برخی از عوارض قابل پیش بینی را برای مادر و جنین در حال رشد او دارد[۱۰]. در این رابطه میتوان به مواردی چون: تشدید بیماریهای قلبی وعروقی؛ التهاب باکتریایی واژن؛ پاره شدن کیسه آب، سقط جنین و کاهش جریان خون رحمی و لذا بروزاختلال رشد و کم خونی و کم وزنی نوزاد؛ و نهایتا افزایش خطراتی چون، مرگ جنین و حتی عوارض بلند مدتی نظیراختلالات خلقی، بد غذایی و مشکلات یادگیری و اختلالات شناختی در کودک اشاره کرد [۱۱،۱۲] با این وجود، به رغم اینکه تغییرات روحی و روانی در زنان باردار؛ بسیار متنوع و پیچیده بوده و طیف گسترده ای از این حالات تنش زا گزارش میشود ، به این مشکل توجه کافی نشده است و اطلاعات کمی در این رابطه موجود است[۱۳].

از طرف دیگر تامل در منابع موجود نشان از آن دارد که، بیشتر پژوهشهای روانشناختی در بارداری، تحقیقات کمی هستند که، در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.4.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.323]

غالب مطالعات مداخله ای مربوط به کاهش نوسانات خلقی طراحی شده اند، اما شناخت جنبه های هیجانی منفی بارداری، خصوصا به صورت عمیق و ریشه ای که معمولا در غالب مطالعات کیفی انجام میشوند، مورد غفلت واقع شده است[۱۴] لذا محقق بر آن شد تا مطالعه ای در این رابطه به منظور شناخت هر چه بیشتر ابعاد و مولفه های روانشناختی چالش برانگیز در بارداری، انجام دهد، تا نتایج آن در دسترس دست اندرکاران مسائل مرتبط با بهداشت روانی مادران قرار گیرد.

مواد و روش کار

این پژوهش، پژوهشی کیفی، جهت تبیین تجارب منفی روانشناختی مادران در دوران بارداری بود که، با رویکرد تحلیل محتوی از نوع قراردادی (Conventional Content Analysis) در زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه های بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۹۵ انجام شد. تحلیل محتوای قراردادی به طور بالقوه یکی از مهم‌ترین فنون پژوهش کیفی در علوم اجتماعی است که، در پی‌شناخت داده‌ها به تحلیل آن‌ها می‌پردازد[۱۵]. معیارهای ورود به مطالعه داشتن همسر و حاملگی تک قلو، نبود سابقه ابتلاء به بیماریهای خلقی در خود و نزدیکان درجه یک؛ عدم وجود سابقه حوادث ناگوار در شش ماه گذشته در مادر و بستگان درجه یک، نداشتن بیماریهای مزمن طبی چون بیماری قلبی، تیروئید، دیابت و فوق کلیه و به طورکلی عدم تشخیص حاملگی پرخطر دربارداری فعلی بود. برای شرکت دادن افراد، در مطالعه موارد پرخطر با سوالات محقق مشخص شده و در فرایند تحقیق شرکت داده نمیشدند. در جمع آوری دادها از روش مصاحبه عمیق؛ نیمه ساختار یافته فردی استفاده گردید. جهت نمونه گیری از نمونه گیری هدفمند، با حداکثر تنوع از نظر سن، تحصیلات، شغل، مرتبه بارداری، قومیت و منطقه سکونت در شهر تهران استفاده شد و نمونه گیری از ۲۸ زن باردار تا اشباع داده ها ادامه یافت.

سوالات مصاحبه در این بخش شامل مواردی چون: احساس شما در مورد حالات روحی ناشی از بارداری چیست، بارداری چه تغییرات روحی و روانی آزار دهنده ای را برای شما ایجاد شده است؟ از چه چیز بیشتر از همه ناراحتید؟ میتوانید در این مورد مثال بزنید؟ و توضیح بیشتری بدهید؟

مدت هر مصاحبه به‌طور متوسط بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود تمامی مصاحبه‌ها ضبط شدند و سپس در اولین فرصت، همراه با ارتباطات غیرکلامی، کلمه به کلمه دست‌نویس شد. در پایان هر مصاحبه، از مشارکت کننده خواسته شد، اگر مطلبی باقی مانده که مطرح نشده، بیان نمایند. متن نسخه برداری شده مصاحبه‌ها بعد از چندین بار مرور، به واحدهای معنایی تشکیل‌دهنده و سپس به کوچک‌ترین واحدهای معنی‌دار (کد) شکسته شدند. سپس کدها چندین بار بازخوانی شده و بر اساس مرکزیت و تشابه معنایی در زیر طبقات و طبقات اصلی جایگزین شدند و طبقاتی که مفهوم مشترک را میرسانند، یک درون مایه را تشکیل دادند. سپس متون اولیه و طبقات نهایی چندین بار بازخوانی شدند و تغییرات نهایی لحاظ گردید. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار Maxqda 10 استفاده شد، در نهایت پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان به احساس رضایت مشترک درباره معنای داده‌ها و محتوا رسیدند و نام طبقات پدیدار شد [۱۶].

در طی انجام پژوهش، ملاحظات اخلاقی پژوهش مانند دریافت کد اخلاق و هماهنگیهای لازم با دانشگاه های علوم پزشکی تهران (جلب رضایت آگاهانه و در صورت تمایل، امضاء رضایت نامه کتبی، محرمانه ماندن اطلاعات و حفظ اسرار مشارکت‌کنندگان، حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان دلخواه، حق مطالبه نوار و متن پیاده شده آن) رعایت شد.

در این پژوهش جهت افزایش مقبولیت و قابلیت اعتماد داده‌ها، از روش‌های مختلفی مانند بررسی و مشاهده مداوم، تخصیص زمان کافی برای آشنا شدن مادران با هدف مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها، حسن ارتباط با مشارکت‌کنندگان، انجام مصاحبه در مکان‌های انتخاب شده توسط مشارکت‌کنندگان که، در آن احساس راحتی و حفظ حریم خصوصی نمایند، اتخاذ گردید، علاوه بر این، مرور و اصلاح و تایید دست نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان (بازنگری دست نویس ها، کدها، دسته‌ها و مضامین استخراج‌شده از هر مصاحبه) و نیز استفاده از ناظرین خارجی (۲ نفر اساتید دانشگاه که با روش تحقیق کیفی و تجزیه و تحلیل داده‌ها آشنایی داشتند و صحت فرایند کدگذاری را تأیید نمودند) به کار گرفته شد و محقق تلاش نمود برای جستجو و تحلیل شواهد مغایر (از طریق مصاحبه با مادرانی با شرایط اقتصادی و اجتماعی متفاوت و با حداکثر تنوع) به افزایش مقبولیت داده‌ها کمک کند. برای انتقال پذیری بیشتر به توضیح جزئیات پژوهش و مراحل به صورت مشروح پرداخته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۸ زن باردار از طبقات مختلف اجتماعی، شغلی(خانه دار،کارمند، کارگر)، تحصیلی(سیکل تا دکترا)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.4.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.323]

سنی(۱۸تا۴۱) سال، دارای قومیتهای مختلف(ترک،فارس، لر،کرد،مازنی،گیلک) با سنین مختلف بارداری از حاملگی اول تا پنجم و دارای یک تا چهار فرزند، شرکت داشتند و پس تجزیه و تحلیل و تقلیل های لازم، درون مایه تجارب روانشناختی منفی، درغالب چهار طبقه، ترس ازازدست دادن، عدم کنترل ذهنی، افسردگی و تصویر بدنی منفی و ۱۶ زیر طبقه و ۳۴ کد استنتاج گردید.

ترس از از دست دادن: اولین طبقه تبیین شده در این مطالعه بود که، دارای زیر طبقه های: خدشه درسلامتی، زوال روابط زناشویی و کاهش حمایت بود. آنچه مسلم است، به دلیل تغییرات مهم بارداری و نتایج آن، کیفیت زندگی مادر، خصوصا در ابعادی چون سلامت و بهزیستی، رابطه زناشویی و حمایت زوج ممکن است دگرگون گردد و آنچه ذهن زنان باردار را به خود مشغول میسازد، این است که، پاسخ همسر به این تغییرات چه خواهد بود؟ که، این یافته در گفته های مادران، آشکار بود، خانم ۲۵ ساله ای که بارداری دوم خود را سپری میکرد؛ در مورد ترس از خدشه در سلامتی میگوید:" ترس از همه چیز دارم، مثل سالم بودن بعد از زایمان و این که مشکل خاصی برام پیش نیاد، مریض نشم، ینی من آدم قبلی میشم؟"ویا مادر ۲۴ سالهای در مورد مشکلات ارتباط جنسی و نداشتن اعتماد به تداوم زناشویی میگوید: "برای نزدیکی ناراحتم چون شوهرم ناراحت میشه و رابطه برای شوهرم مهم. من چون برای اون خیلی مهم دوست دارم و میخوام مشکلی براش پیش نیاد، البته برای خودمم مشکل و خب حالا اگر رابطه نداشته باشیم ، یک هو ممکنه از هم سرد شیم و زن و شوهریمون چی میشه؟ میترسم شوهرم بره دنبال زنای دیگه و منو ول کنه." و یا خانمی ۳۵ ساله در بارداری سوم خود، در مورد نگرانی از میزان حمایت از زن باردار خصوصا در بعد عاطفی، که از یافته های پرتکرار در این مطالعه بود گفت؛:" میدونید آدم تو حاملگی خیلی وابسته میشه، هی دوست داره بهش توجه و محبت کنن و اگر *نشه، خوب خیلی بد*."البته میزان همراهی همسر برای زنان باردار نقشی به سزا برای مفهوم حمایت داشت، خانمی ۲۴ ساله در این مورد اظهار داشت: *همش میشینم فکر میکنم شوهرم به من کمک میکنه، مثل قبلنا هس؟ دوسم داره؟حالا که هم قرار کار کنم وهم مادر شم؟ از عهده میام؟ نقش شوهرم خیلی برام مهم."*

عدم کنترل هیجانی: ناتوانی در بیان احساسات، حساسیت و زود رنجی، شک و تردید، افکار آشفته، عصبانیت و پرخاشگری، شش زیر طبقه تبیین شده در این مولفه بود. تردیدی نیست که، تغییرات هورمونی و تنش ناشی از آن، زنان باردار را دچار حالات هیجانی و احساسات متفاوت و بعضا متناقض و حس فقدان کنترل روحی و روانی و هجمه افکار منفی مینماید و نکته در اینجاست که، بسیاری از مادران به دلیل آشفتگی ذهنی و کاهش اعتماد به نفس، از بیان احساسات واقعی خود عاجزند. خانمی ۲۴ ساله در این رابطه می گوید: *آدم نمیتونه بگه تو دلش چی میگذره و از احساسات درونیش برای کسی تعریف کنه، اینا آدمو اذیت میکنه*." یا خانمی ۲۲ ساله دیگری، در مورد حساسیت و زود رنجی خود می گوید: "*همش الکی بهانه می‌گرفتم و گیر می‌دادم، به همه چیز حساس شده بودم و این شوهرمو کلافه می‌کرد، دلم می‌خواست هی گریه کنم*." در مصاحبه ای دیگر، مادری ۲۹ ساله، با حالت بهت و تعجب در مورد افکار آشفته و ریشه ناشناخته آن به محقق گفت: "*انقدر فکرای عجیب و غریب به ذهنت خطور میکنه که، نمیدونی از کجا اومده؟ گاهی اعصاب آدم اصلا خورد میشه.*" همین خانم در ادامه در مورد عصبانیت و پرخاشگری ناشی از حالات بارداری گفت: "*از ضعف و گرسنگی و بیحالی که نصیبم شده بود، حالم بد میشد و از خودم میپرسیدم؟ این چه وضعی؟ و پرخاشگر شده بودم و به همه چیز گیر میدادم* "

افسردگی: سومین طبقه مهم در این مطالعه، افسردگی و تبعات ناشی از آن بود که، شامل چهار کد انزوا و گریه، حس بیکفایتی و احساس تنهایی و درک نشدن بود. امروزه نقش هورمونها از جمله استروژن در تغییرات خلقی زنان باردار بر کسی پوشیده نیست و از طرف دیگر، ناتوانی زنان در انجام فعالیتهای روزمره و محدودیتهای ایجاد شده در تعاملات و روابط گذشته به نوعی افکار مادران را مخدوش ساخته و نوعی حالت افسردگی و انزوا را بر آنان تحمیل میکند. خانمی ۲۴ ساله، در مورد تمایل به انزوا و گوشه‌گیری در بارداری، به مصاحبه گر گفت: "*همش دوست داشتم یک گوشه بشینم و گریه کنم، تو تنهاییام همش در حال گریه ام، جوری که، دیگران و مخصوصا شوهرم نبینه*." احساس ناتوانی و بیکفایتی در زن باردار که، در انجام بسیاری از امور نیاز به کمک و مساعدت دارد و بعضا دارای فرزندان دیگری نیز هست و حالا با نقشهای متفاوت رو به رو است، یک نگرانی و بعضا غم محسوب میشود. خانمی ۲۶ ساله، در تجربه اولین بارداری خود، در مورد حس خود در این مورد گفت:" *همش میگم، کی کمکم کنه؟ کارامو بتونم انجام بدم؟ ینی من میتونم کارامو انجام بدم و یا بعدا هم مادر خوبی باشم؟ هم*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.4.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.323]

کارای دیگمو بکنم؟ این فکرا که به سرم میاد ناامید میشم، حس غالب دیگر در خیلی از زنان باردار احساس تنهایی و نبود همراه دراین مقطع حساس بود و اکثر آنان به این احساس در خلوتهای خود اشاره داشتند. مادری۲۵ ساله، در مورد احساس تنهایی خود می گوید، "*دوری از پدر و مادرم و تنهایی و نداشتن همدم خیلی اذیتم میکنه. میگم اگه پدر و مادرم پیشم بودن به من محبت میکردن و منو تنها نمیزاشتن. من تنهام.*" درک نکردن زن باردار و احساسات منفی ناشی از آن، حس غالب دیگری، در تعداد زیادی از مادران بود. خانمی ۲۲ ساله؛ در این مورد میگوید،"*خیلی مهم که شوهر آدم بفهمه چت؟ و این حاملگی چه اثراتی رو آدم داره ولی خب اکثر مردا نمیفهمن.*"

طبقه تصویر بدنی منفی: از مهمترین تغییرات روانی درک شده در این مطالعه بود که، دارای سه زیرطبقه اضافه وزن، کم رنگ شدن جذابیت و نگرانی از تخریب اندام تناسلی بود. با توجه به ماهیت بارداری به عنوان پدیده ای فیزیولوژیک که، با تغییرات گسترده جسمی و پیامدهای ناشی از آن، خصوصا در ظاهر فیزیکی، چهره و اندامها همراه است، این یافته ها چندان دور از ذهن نمیباشد که، در اظهارات مادران در تحقیق کاملا مشخص بود. مثلا در مورد ترس از چاقی و اضافه وزن که، یافته ای پرتکرار بود، مادری ۲۹ ساله میگوید:"*خیلیا رو میبینی کلی چاق میشن و اصلا این چاقیم براشون میمونه، با خودم فکر میکنم واکنش شوهرم به چاقی من چی؟*"*و یا در مورد ترس از دست دان زیبایی ظاهری، خانمی گفت: تو حاملگی خیلی زشت و بد شکل میشی سر سینه ها سیاه میشه و روش خط میفته، پیش خودم فکر میکنم شوهرم الان داره چه فکری میکنه؟* تازه بعدشم برات میمونه." یا خانم دیگری ۲۴ ساله، در مورد تناسب اندام میگوید: *تو بارداری شکمت شل میشه، سینه هات بزرگ و آزویزون میشه، خب آدم ناراحت میشه، دیگه اون آدم قبلی نیستی که.*" ترس از تخریب و صدمه به عضو تناسلی خصوصا در اثر زایمان طبیعی یک ترس رایج در اکثر زنان بدون سابقه زایمانی است. خانمی ۲۹ ساله،در تجربه اولین بارداری خود در این مورد این مسئله خاص می گوید؛ "مثلا بعضی ها را میبینم میگم؛" *نکنه منم اینطوری شم. خصوصا قسمت زنانم خراب شه؛ برای همین بیشتر به سزارین فکر میکنم. چون مهم و بعضیا میگن ما به مشکل برخوردیم. زایمان طبیعی ممکن آدمو با مشکل مواجه کنه.*"

جدول ۱: نمایش طبقات و زیر طبقه های مرتبط با درک مادران از چالشهای روانشناختی دوران بارداری

درون مایه	طبقه	زیر طبقه
چالشهای روانشناختی	ترس از از دست دادن	خدشه در سلامتی
		زوال روابط زناشویی
		کاهش حمایت
	عدم کنترل ذهنی	ناتوانی در بیان احساسات
		حساسیت و زود رنجی
		شک و تردید
		افکار آشفته
	افسردگی	عصبانیت
		انزوا و گریه
		احساس تنهایی
		حس بیکفایتی
	تصویر بدنی منفی	درک نشدن
		اضافه وزن
		کم رنگ شدن جذابیت
		تخریب اندام تناسلی

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی ها نشان داد، تاکنون مطالعه ای مختص چالشهای روانشناختی مادران باردار، با این روش انجام نشده است؛ لذا میتوان گفت: یافته های این مطالعه ویژگیهای خاصی از این تغییرات را به نمایش گذاشته که، در روشن شدن ابعاد مفهوم فوق، کمک شایانی به صورت واقع بینانه و مبتنی بر تجارب زنان باردار مینماید و همانطور که، نتایج نشان داد، چالشهای روانشناختی مادران عمدتا متوجه چهار مضمون ترس از دست دادن، عدم کنترل هیجانی، افسردگی و تصویر بدنی منفی بود. ترس از از دست دادن اولین طبقه تبیین شده در این مطالعه بود که، ناشی از نگرانی از جهت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.4.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.323]

آسیب و بیماری به دلیل فرآیندهای بارداری و زایمان، از بین رفتن روابط زناشویی و از دست دادن حمایت اطرافیان، خصوصا همسر بود. در مورد مولفه اول باید گفت: درک هر فرد از احساس بهزیستی به ارزیابی ذهنی وی از وضعیت فعلی سلامتی اش بستگی دارد[۱۸،۱۷] و در دوران بارداری، زنان تحت تأثیر تغییرات بیولوژیکی، شیمیایی، فیزیولوژیکی و آناتومیکی قرار می گیرند که، باعث تغییر درک آنان از کیفیت زندگی و سلامتی میگردد، بنابراین بدیهی است که، احتمال بروز هر یک از این پیامدها، بر اعتماد به نفس و احساس سلامتی مادر تأثیرگذار است [۱۹] و این افکار پریشان، مادران را مستعد احساس ترس و اضطراب مینماید که، مشابه این نتایج، در مطالعات محققین مختلفی از جمله Arfaie, Marshallو همکاران[۲۰،۲۱] دیده میشود. ترس از مخدوش شدن رابطه جنسی و زناشویی در مطالعه سایر محققان از جمله salari و همکاران [۲۲] هم ذکر گردید. Soaahh و همکاران [۲۳] در مطالعه خود ذکر میکنند که، کاهش رابطه جنسی در بارداری زیاد است و زنانی که دانش کمی در این مورد دارند، نسبت به رابطه جنسی در دوران بارداری نگرش منفی بیشتری دارند و لذا مراقبین مادر، باید در ملاقاتهای قبل از زایمان، توجه بیشتری به این مسئله داشته باشند. Corbacioglu [۲۴] مینویسد که، آموزش و مشاوره در مورد مسائل جنسی در این دوران بسیار کم است، در حالیکه، با توجه به اهمیت این موضوع باید در الویت مسائل آموزشی قرار گیرد، لذا بدیهی به نظر میرسد که، با توجه به نقش روابط جنسی در صمیمیت زوجین و حفظ بنیان عاطفی خانواده باید به این مسئله به صورت ویژه پرداخته شود و در ارزیابی زنان باردار مد نظر واقع گردد و شاید حس از بین رفتن حمایت و توجه به مادر و حس رها شدگی نیز، به عنوان یکی از موارد ایجاد احساس تغییر و نتیجتا ابهام و عدم امنیت در همین راستا قابل ارزیابی باشد[۲۵]. در رابطه با سایر حالات درک شده مانند عدم کنترل هیجانی ناشی از تغییرات احساسی همانند زودرنجی، شک و تردید، افکار آشفته، عصبانیت و پرخاشگری، که از طبقات و زیر طبقه های تبیین شده در این مطالعه بود نیز، باید قضاوتی مشابه داشت، اگر چه در نظر اکثریت مردم حاملگی و زایمان به دلیل ورود فرزند و تکمیل فرایند زن بودن، حادثه ای خشنود کننده و شادی آور است، ولی بر خلاف این تصور در مطالعات مختلف، احساساتی متناقض و گاها متضادی یافت میشود و نتیجه پژوهشها نشان از آن دارد که، شیوع اضطراب و نگرانی و تنش در بارداری می تواند از ۸ تا ۲۸ درصد متغیر باشد[۲۶] . Bjlia [۲۷] معتقد است که، مادران در دوران بارداری، احساسات متناقضی را تجربه میکنند و به نوعی دچار دوگانگی تفکر میشنوند، که ناشی از تغییرات دائم خلق و خو است و گاهی احساس خستگی بر مادر غلبه کرده و او را دچار آشفتگی افکار مینماید، از طرف دیگر ممکن است، احساساتی چون حس تعالی و سرافرازی در زن هویدا شده و به نوعی منجر به شعف درونی گردد، اما نگرش به نوزاد و نحوه رابطه با او نیز، متناقض بوده و شاید در مادر ایجاد اضطراب نماید، که به دنبال آن، نوسات خلقی مادر، بعضا منجر به ایجاد افکار وسواسی و هیجان زدگی در وی میگردد.[۲۸] .Staneva [۲۹] در فراتحلیل خود، پنج مولفه، نگرانی از استیگما، بازیابی کنترل، سازش با تغییرات دوره انتقال به زندگی جدید و از دست رفتن توانمندیهای قبلی را، از مهمترین اشتغالات ذهنی زنان باردار میدانست. بروز حالت افسردگی که، از طبقات اصلی این مطالعه با درک حالاتی چون احساس تنهایی، گریه، انزوا وعدم درک شدن بود و در مطالعات بسیاری، از حالات درک شده در این دوران عنوان شده است، نیز در همین راستا قابل ارزیابی است. Pina و همکاران [۳۰] مینویسند: بروز افکار مختلف در مادران وابسته به میزان رضایت زناشویی است و احساسات منفی و تنهایی و افسردگی در زنان ناراضی بیشتر است. Vande [۳۱] معتقد بود که، بروز علائم افسردگی با عواملی چون سطح پایین تحصیلات، زایمانهای متعدد، کم تحرکی، بروز تهوع و استفراغ شدید و حوادث ناگوار زندگی در ارتباط است. به هر حال ادراک مادران از این احساسات وابسته به نحوه سازگاری و شخصیت آنان دارد، اما نکته در اینجاست که، افکار منفی به هر دلیلی که به وجود آیند، بر رفتارهای بهداشتی زنان تاثیر گذار بوده و میتواند شیوه زندگی آنان را تحت تاثیر قرار دهد و با رخداد رفتارهای پر خطری از جمله تغذیه نامطلوب، استفاده از سیگار و الکل و عدم مراقبت پزشکی کافی، سلامت جنین و نوزاد آینده را با مخاطره مواجه سازد، لذا از این منظر باید به آن توجه ویژه داشت[۳۲]. از دیگر ابعاد این مطالعه، طبقه تصویر بدنی منفی و نگرانی از تغییرات ظاهری، به عنوان یکی از مهمترین مضامین این پژوهش بود که، دقت در منابع موجود، نتایج مشابه زیادی را نشان داد.ترس از چاقی و اضافه وزن و کم رنگ شدن جذابیت و تخریب ناحیه تناسلی، از زیرطبقه های این طبقه است. Figueiredo [۳۳] مینویسد: حاملگی فرایندی فیزیولوژیک است که، با تغییرات گسترده در ظاهر زن، که عمدتا ناشی از افزایش وزن و تغییرات پوستی و اسکلتی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.4.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.323]

است، همراه است که، هریک از این موارد ممکن است، اثرات زیادی را در مخدوش شدن تصویر توده بدنی داشته باشد و این واکنشها و نگرانیها در زنان نوجوان به مراتب شدید تر است. Inanir و همکاران[۳۴] ضمن اشاره به تحولات بارداری مینویسند، با بالارفتن سن حاملگی به تدریج مادر وزن بیشتری پیدا میکند و تا حدودی چاق و حجیم میشود و این تغییر، تصویر ذهنی وی را دگرگون کرده و اعتماد به نفسش را تضعیف میکند و زندگی روزمره وی را دستخوش تلاطم مینماید [۳۵] . Sexna [۳۶] باور داشت که، تغییراتی چون استریا، جوش، عروق واریسی، رنگدانه های پوستی و تغییرات بدنی و پستانها احساس جذابیت در زنان را کاهش میدهد و گاهی احساساتی چون حجیم شدن، زشتی و دست پا چولفتی بودن به وجود می آید که، نقطه اوج این احساسات در سه ماه سوم بارداری است[۳۳]. تاثیرات زنان از این افکار منفی با عواملی چون سن، تعداد بارداری، سطح تحصیلات و سطح در آمد خانواده ارتباط داشته است[۳۵] و متاسفانه اگر تصویر ذهنی زنان خصوصا در مورد تناسب اندام مخدوش شود، براساس تئوری معروف مدل فرهنگی و اجتماعی، فشارهای زیادی را در افراد به وجود خواهد آورد و ممکن است رفتارهای تغذیه ای آنان را دستخوش تغییر ساخته، همکاری با پرسنل بهداشتی را کم رنگ کرده و منجر به نتایج نامطلوبی از جمله اختلال رشد جنین و مرگ و میر بیشتر برای مادر و نوزاد گردد[۳۷]. ازطرف دیگر، در مطالعه ای دیده شد، در زنانی که، تصویر نامطلوب ذهنی از تغییرات توده بدنی بیشتر است، بروز تهوع و استفراغ حاملگی بیشتر بوده و بعضا آنان را به سمت افسردگی سوق میدهد[۳۳]. Solgi [۳۸] با توجه به مطالعه خود مینویسد: ترس از زایمان در زنان با تصویر منفی بدنی به مراتب بیشتر است و از آنجا که ترس از تغییرات نامطلوب بدنی خصوصا چاقی پایدار، در این مطالعه همانند سایر مطالعات پررنگ است، لذا به نظر میرسد: مراقبین بهداشتی مادر، باید ضمن آموزش در مورد میزان اضافه وزن مطلوب، ورزش و روشهای حفظ تناسب اندام بعد از زایمان، در برگشت پذیری اکثر این تغییرات به مادر کمک کنند و از میزان نگرانیهای مادر بکاهند و نهایتا اینکه، مطالعه حاضر دارای نقاط قوت و ضعف قابل ذکری نیز بود که، از جمله ویژگیهای آن میتوان به روش انجام مطالعه اشاره کرد، که به جهت ارتباط نزدیک با مادران تجارب منفی آنان از نزدیک و بدون پیش فرض و به صورت ریشه ای مورد ارزیابی قرار گرفت، اما از نقاط ضعف مطالعه شرکت نداشتن مادران پرخطر در این پژوهش و لذا عدم بررسی مشکلات آنان در این حیطه بود، بنابراین پیشنهاد میشود پژوهشی به منظور استنتاج معضلات روحی وروانی زنان دارای حاملگیهای پرخطر انجام شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که، مولفه هایی چون ترس از تغییرات احتمالی در زندگی و سلامتی مادر، روابط زناشویی و کیفیت حمایت و بروز حالاتی چون غم و افکار منفی از مهمترین مشکلات روانشناختی زنان باردار است، لذا متصدیان امر مادری ایمن باید، با توجه ویژه به آموزش و ارائه برنامه جامع بهداشت روانی مادران از بروز ترس، افسردگی و احساسات مبهم و ناامید کننده در آنان کاسته و وی را در این عرصه یاری نمایند. همچنین به نظر میرسد، پررنگ کردن ارزشهای واقعی یک زن و نقش مهم مادری در خانواده به جای توجه صرف به ظاهر و بعد فیزیکی و ترویج فرهنگ فرزندپروری و درگیر کردن مردان در حمایت همه جانبه از زنان در این دوران، از وظایف مهم برنامه های مبتنی بر سلامت وارتقای بهداشت روانی زنان و مادران آینده جامعه تلقی میشود.

سهم نویسندگان

کتایون ارفعی: طراحی، اجرا و نمونه گیری، نگارش پیش نویس و ویرایش

فاطمه ناهیدی: راهنمایی و نظارت طرح، مرور پیش نویس

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است .بدین وسیله نویسندگان این مقاله بر خود لازم میدانند، از کلیه مسئولان دانشگاه شهید بهشتی و متصدیان مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران و مادران بارداری که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، نهایت تشکر و قدردانی را مینمایند.

منابع

1. Huizink AC, Mulder EJ, Buitelaar JK. Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? Psychological Bulletine 2004; 130:115

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.4.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.323]

2. Moraes EVD, Campos RN, Avelino MM. Depressive symptoms in pregnancy: the influence of social, psychological and obstetric aspects. Revista Brasileira De Ginecologia Obstetricia 2016; 36:293-300
3. Costantine MM. Physiologic changes in pregnancy. Pharmacology 2014; 5:1-5
4. Forouzandeh N, Delaram M and Deris F. The quality of mental health status in pregnancy and it's contributing factors on women visiting the health care centers of Shahrekord (2001-2002). Journal of Reproduction & Infertility 2003; 4: 146-165
5. Mosalanejad L, Keshti, A,Gholami E. Assesing mental health factors and related psychologic factors in Jahrom. Jahrom. Medical Sciences Journal 2007; 5:23-29
6. Rosario MK, Premji SS, Nyanza EC, Bouchal SR, Este D. A qualitative study of pregnancy-related anxiety among women in Tanzania. British Midwifery Journal 2017; 7: 016072
7. Hirschfield-Becker DR, Biederman J, Faraone SV, Robin JA, Friedman D, Rosenthal JM, Rosenbaum JF. Pregnancy complications associated with childhood anxiety disorders. Depression and Anxiety 2004;19: 152-162
8. Madhavanprabhakaran GK, D'Souza MS, Nairy KS. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. International Journal of Africa Nursing Sciences 2015; 3:1-7
9.Deklava L, Lubina K, Circenis K, Sudraba V, Millere I. Causes of anxiety during pregnancy. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2015; 9:205:623-6
10. Kang YT, Yao Y, Dou J, Guo X, Li SY, Zhao CN, Han HZ, Li B. Prevalence and risk factors of maternal anxiety in late pregnancy in China. International journal of Environmental Research and Public Health 2016; 13:468
11. Shahhosseini Z, Pourasgari M, khallalian A, Salehi A .A review of effect of anxiety on childrens health. Materia Socio Medica Journal 2015; 27:200-202
12. van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Anxiety in pregnant woman and post partum. Journal of Effective Disorder 2009; 114: 232-242
13. Nasreen H.E, Kabir, ZN, Forsell, Y and Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. BMC women's health 2011; 11: 22
14. Arfaie K, Nahidi F, Simbar M, Bakhtiari M. The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research. Electronic physician 2017; 9:3733
15. Streubert H J S, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 5th Edition, Wolters Kluwer: Philadelphia, 2011
16. Elo S, Kyngäs, H. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 2008; 62: 107-115
17. Joffe H, Cohen, LS and Harlow BL. Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood: predictors of improvement and deterioration. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2003; 189: 1523-1530
18. Shahriari M, Alimohammadi, N and Ahmadi M. Effects of a family centered program on perceived social support in patients with congestive heart failure: An interventional study. Journal of Education and Health Promotion 2016; 5:6
19. Constantine M. Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy. Frontiers in Pharmacology 2104; 5: 65
20. Marshall C, Lengyel, C and Utioh, A. Body dissatisfaction: Among middle-aged and older women. Canadian Journal of Dietetic Practice and Research 2012; 73:241-241
21. Arfaie K, Nahidi F, Simbar M. Understanding mothers' perceptions of pregnancy anxiety: a qualitative study. Electronic Physician 2019; 117620-7628
22. Mirmohammadaliei M, Khakbazan Z, Kazemnejad A and Abbaszadeh, F. Comparison of quality of life and depression among women with normal and high risk pregnancies. Journal of Hayat 2007; 13: 35-42
23. Salari P, Firoozi M and Sahebi A. Study of the stressors associated with pregnancy. Sabzevar medical Science universitys 2005; 2: 34-40
24. Sossah L. Sexual behavior during pregnancy: A descriptive correlational study among pregnant women. European Journal of Research in Medical Sciences 2014; 2:16-27
25. Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynecology Research 2013; 39:1165-72
26. Edelstein RS, Wardecker BM, Chopik WJ, Moors AC, Shipman EL, Lin NJ. Prenatal hormones in first-time expectant parents: Longitudinal changes and within-couple correlations. American Journal of Human Biology 2015; 3:17-25

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.4.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.323]

27. Beebe KR, Gay CL, Richoux SE and Lee K.A. Symptom experience in late pregnancy. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2017; 46:508-520

28. Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy—A psychological view. Ginekologia Polska 2018; 89: 102-106

29. Bjelica A. [Pregnancy as a stressful life event and strategies for coping with stress in women with pregnancy-induced hypertension]. Medisinki Pregled 2004; 57: 363–368

30. Staneva AA, Bogossian F, Wittkowski A. The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. Midwifery 2015; 31:563-73

31.Pina-Camacho L, Jensen SK, Gaysina D, Barker ED. Maternal depression symptoms, unhealthy diet and child emotional–behavioural dysregulation. Psychological Medicine 2015; 45:1851-60

32.van de Loo KF, Vlenterie R, Nikkels SJ, Merkus PJ, Roukema J, Verhaak CM, Roeleveld N, van Gelder MM. Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. Birth 2018; 45:478-489

33.Prady SL, Pickett KE, Croudace T, Fairley L, Bloor K, Gilbody S, Kiernan KE, Wright J. Psychological distress during pregnancy in a multi-ethnic community: Findings from the born in Bradford cohort study. PloS one 2013; 8: e60693

34. Figueiredo B, Tendais I. and Dias, CC. Maternal adjustment and maternal attitudes in adolescent and adult pregnant women. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 2014; 27:194-201

35.Inanir S, Cakmak B, Nacar MC, Guler AE, Inanir A. Body Image perception and self-esteem during pregnancy. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences 2015; 3: 196-200

36. De Jersey SJ, Callaway LK, Daniels LA, Nicholson JM. Weight-related risk perception among healthy and overweight pregnant women: A cross-sectional study. Journal of Perinatology 2015; 35:683-8

37. Saxena P, Salhan, S, Chattopadhyay B, Kohli, M.P.S, Nandan, D and Adhish S.V. Obstetric and perinatal outcome of teenage and older primigravidas-a retrospective analysis. Health and Population: Perspectives and Issues 2010; 33: 16-22

38. Omidvar S, Faramarzi M, Hajian-Tilak K, Nasiri Amiri F. Associations of psychosocial factors with pregnancy healthy life styles. PloS one 2018; 13:e0191723

39. Solgi Z. The relationship between fear of body image and cognitive emotion regulation strategies with the fear of first delivery in pregnant women. Quarterly of Applied Psychology 2019; 51:391-407

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.4.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.323]