



Research Article

The Effect of Family Function on the Quality of Life and Mental Health of Pregnant Women referred to Health Centers of Babol City in the Year 2016-2017

Hossein Nazoktabar ^{1,*} , Farzaneh Nabipur Afrouzi ²

¹ Assistant Professor, Department of Sociology Group, Payame Noor University, Sari, Iran

² Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ayatollah Amoli Branch, Amol, Iran

* **Corresponding author:** Hossein Nazoktabar, Assistant Professor, Department of Sociology Group, Payame Noor University, Sari, Iran. E-mail: hntabar@yahoo.com

DOI: [10.21859/nkjmd-100310](https://doi.org/10.21859/nkjmd-100310)

How to Cite this Article:

Nazoktabar H, Nabipur Afrouzi F. The Effect of Family Function on the Quality of Life and Mental Health of Pregnant Women referred to Health Centers of Babol City in the Year 2016-2017. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2018;**10**(3):60-66. DOI: [10.21859/nkjms-100310](https://doi.org/10.21859/nkjms-100310)

Received: 13 Jan 2018

Accepted: 25 Jul 2018

Keywords:

Family Function

Mental Health

Pregnant Women

Quality of Life

Abstract

Introduction: The health of each person in the family is due to the quality of life and the proper functioning of the family, also, the family can solve many psychosocial problems of people. The present study tried to investigate the role of family function on quality of life and mental health among pregnant women referred to Health Centers of Babol City in the Year 2016-2017.

Methods: The research was correlational and 331 persons were selected as a sample from 2354 pregnant women in Babol according to Cochran formula. The sampling was done by Stratified sampling method. Data were collected by standard questionnaires such as general health questionnaire of Goldberg and Hillier, Quality of life questionnaire Short form 36 questions, McMaster Family Performance Questionnaire. Data were analyzed using Pearson and multi-variation regression correlation test by SPSS 21.

Results: Results showed that the relationship between family functioning with quality of life and mental health among pregnant women was significant at the reliability of 99% and was strong. Also, the result of Pearson correlational test showed there was significant relationship between quality of life and mental health among pregnant women at reliability of 95%. The result of regression analysis showed that value of the coefficient of determination or R^2 , which is equal to 0.62. Indicator shows the 0.62 percentage of changes in mental health among pregnant women by family function and quality of life.

Conclusions: The results of this study showed that positive family performance with improving quality of life predicts the mental health of pregnant women.



تأثیر عملکرد خانواده بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان باردار مراجعه کننده به مراکز

بهداشتی و درمانی شهر بابل سال ۱۳۹۵

حسین نازک تبار^{۱*}، فرزانه نبی پور افروزی^۲^۱ استادیار، گروه جامعه شناسی مسائل اجتماعی، دانشگاه پیام نور، ساری، ایران^۲ کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت الله آملی لاریجانی، آمل، ایران

* نویسنده مسئول: حسین نازک تبار، گروه جامعه شناسی، دانشگاه پیام نور، ساری، ایران. ایمیل: hntabar@yahoo.com

DOI: 10.21859/nkjms-100310

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۰۳

واژگان کلیدی:

زنان باردار
سلامت روان
کیفیت زندگی
عملکرد خانواده

مقدمه: سلامت هر فرد در خانواده در نتیجه کیفیت زندگی بهتر و کارکرد مناسب خانواده می باشد، همچنین خانواده می تواند بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی افراد را برطرف سازد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر عملکرد خانواده بر کیفیت زندگی و سلامت روان در بین زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بابل در سال ۱۳۹۵ انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع مقطعی (توصیفی - تحلیلی) و جامعه آماری کلیه زنان باردار به تعداد ۲۳۵۴ نفر می باشد. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۳۱ نفر برآورد شد. روش نمونه گیری طبقه ای بوده است. ابزارهای پژوهش، پرسش نامه های استاندارد سلامت عمومی کلدبرگ و هیلر، پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ سوالی، پرسشنامه عملکرد خانواده مک مستر است. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 21 با آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره تحلیل شدند.

یافته ها: یافته ها نشان داد که رابطه بین عملکرد خانواده با کیفیت زندگی و سلامت روان زنان باردار در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنی دار است. هم چنین، نتیجه آزمون همبستگی پیرسون بین دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان باردار نشان داد که رابطه بین این دو متغیر در سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی دار است. نتیجه تحلیل رگرسیون نشان داد که براساس مقدار ضریب تعیین یا R^2 که برابر با ۰/۶۲ می باشد، نشانگر تبیین ۶۲ درصد از تغییرات متغیر سلامت روان در بین زنان باردار توسط مجموعه عملکرد خانواده و کیفیت زندگی می باشد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که عملکرد مثبت خانواده با بهبود کیفیت زندگی بخشی از سلامت روان زنان باردار را پیش بینی می کند.

مقدمه

در واقع، سلامت روان زمینه رشد مهارت های فکری و ارتباطی را فراهم می کند و باعث رشد عاطفی، انعطاف پذیری و عزت نفس آدمی شده و یا عملکرد موفقیت آمیز کارکردهای ذهنی و در نتیجه انجام فعالیت های سازنده، داشتن روابط مناسب با دیگران، توانایی سازگاری با تغییرات و رویارویی مؤثر با حوادث ناگوار زندگی همه از پیامدهای داشتن سلامت روان محسوب می شود [۵].

کیفیت زندگی (Quality of Life) هر فرد و جامعه با عوامل گوناگونی مرتبط است اما کیفیت زندگی وابسته به سلامت بخشی از کیفیت زندگی را شامل می شود که تحت تأثیر سلامت انسان ها قرار می گیرد. در واقع، کیفیت زندگی یک مفهوم عام و کیفیت زندگی وابسته به سلامت یک مفهوم خاص است. مطالعات روان شناختی کیفیت زندگی به توانایی فرد برای دریافت معنا از زندگی شان مربوط است [۶]. از جمله متغیرهایی که به نظر می رسد با کیفیت زندگی افراد مرتبط باشد، عملکرد خانواده است. ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد جسمانی، روانی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی، تفریحی و معنوی است. بعد خانوادگی،

خانواده یک نظام اجتماعی و طبیعی است که ویژگی های خاص خود را دارد. این نظام اجتماعی، مجموعه ای از قواعد و اصول را ابداع و برای اعضای خود نقش های متنوعی تعیین می کنند [۱]. خانواده نظامی است که عملکرد آن از طریق الگوهای مرادده ای صورت می گیرد. مرادودت یا میان کنش های تکراری، الگوهایی را به وجود می آورند مبنی بر این که یک نفر چه طور و چه وقت و با چه کسی رابطه برقرار کند [۲]. عملکرد خانواده (Family Function) به چگونگی روابط اعضای خانواده، تعامل و حفظ روابط، چگونگی تصمیم گیری ها و حل مشکلات اعضای خانواده مربوط می شود [۳]. به عبارت دیگر، عملکرد خانواده جنبه مهم محیط خانوادگی است که کیفیت زندگی و سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی زنان باردار را تحت تأثیر قرار می دهد. روابط و عملکرد مناسب خانواده برای سلامتی فرد، خانواده و جامعه ضروری است [۴].

سلامت روان (Mental Health) با عواطف، طرز فکر و رفتار آدمی مرتبط می باشد. به گونه ای که وقتی فردی از سلامت روان برخوردار است می تواند با حوادث و مشکلات اجتماعی روزمره مقابله و اهداف خود را در زندگی دنبال کند تا عملکرد مؤثرتری در جامعه داشته باشد.

نحوه تعاملات خانوادگی و میزان حمایت‌های خانوادگی و نقش افراد خانواده در برداشت کلی از کیفیت زندگی را شامل می‌شود [۷]. به رغم این که عملکرد خانواده و کیفیت زندگی نقش قابل توجهی در سلامت زنان باردار بازی می‌کند، مطالعات تحقیقی اندکی در دنیا صورت گرفته است. یکتاه خواه، علامه و گرجی [۸] در بررسی میزان سلامت عمومی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اتیسم نشان دادند سلامت عمومی با کیفیت زندگی رابطه معناداری دارد. کرمی و مردانی [۹] در بررسی رابطه سلامت روانی با کیفیت زندگی در زنان باردار نشان دادند تنها حیطه سلامت روانی و عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با سلامت عمومی ارتباط معنی داری دارند. هیروشی و همکاران [۱۰] به بررسی ارتباط بین خودکارآمدی ارتباطات، ضعف ارتباطی با سلامت روان در خانواده‌های افرادی با عدم قدرت تکلم نشان دادند ارتباطات بالا در خانواده‌ها موجب کاهش بار ارتباطی و افزایش سلامت روان در افراد می‌گردد. زرنقش و همکاران [۱۱] در مطالعه‌ای به بررسی رابطه الگوی ارتباطات خانواده و سلامت روان پرداختند. نتایج نشان دادند که رابطه معناداری بین الگوهای ارتباطی خانواده‌ها و ابعاد سلامت روان وجود دارد.

تحقیقات نشان داده‌اند که عملکرد جسمانی بدن، به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی در طول دوره بارداری طبیعی، کاهش می‌یابد [۱۲]. از این رو، دوران بارداری به عنوان یک دوره آسیب پذیر در زنان تصور شده است که مادران را با مشکلات و دشواری‌های جدیدی رو به رو می‌نماید و این مشکلات ممکن است باعث اختلال در سلامت روانی و روند کیفیت زندگی آنان گردد. بارداری با تغییرات قابل ملاحظه‌ای در وضعیت سلامت روانی و سلامت فیزیکی زنان همراه است و عملکرد اجتماعی در زنان باردار نسبت به سایر افراد جامعه در سطح پایین‌تری قرار دارد. در حالی که سلامت جسم در گرو عملکرد خانواده و برخورداری از سطوح بالای کیفیت زندگی می‌باشد. از طرف دیگر به نظر می‌رسد، بارداری علاوه بر ایجاد تغییرات قابل ملاحظه در وضعیت سلامت جسمی و روانی زنان، می‌تواند باعث کاهش عملکرد اجتماعی و سرزنده بودن آن‌ها نیز شود، به همین دلیل انتظار می‌رود که کیفیت زندگی و سلامت روانی در زنان باردار نسبت به زنان غیرباردار، در سطح پایین‌تری قرار داشته باشد [۱۳]. از طرف دیگر، سازمان بهداشت جهانی (WHO: World Health Organization) خانواده را به عنوان عامل اولیه اجتماعی در افزایش سلامت و کیفیت زندگی اعضاء معرفی کرده است [۱۴].

در طول حاملگی، تغییرات هورمونی و جسمی باعث دگرگون شدن عملکرد فیزیکی و سلامت روانی زنان باردار می‌گردد، در نتیجه درک از کیفیت زندگی را تغییر می‌یابد [۱۵]. نتایج یک تحقیق درباره کیفیت زندگی یک گروه از زنان با حاملگی ناخواسته، حاکی از آن بود که ۳ بعد از ۸ بعد سلامتی شامل: محدودیت فیزیکی، محدودیت عملکردی و درد جسمی با سن حاملگی مادران ارتباط معنی داری دارد، در حالی که سر زندگی و عملکرد اجتماعی، تغییر اساسی با روند سن حاملگی نداشته است [۱۶].

الگوهای تجربی متفاوتی برای ارزیابی مشکلات خانواده وجود دارد، اما ابزار "مک مستر" در شناسایی خانواده‌های دارای مشکلات بالینی، حساسیت بیشتری دارد. هر بعد از عملکرد خانواده بر روی پیوستاری از کارایی تا ناکارایی اندازه گیری می‌شود. این ابعاد عبارتند از: عملکرد

عمومی، حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار و پاسخ دهی عاطفی [۱۷]. عملکرد طبیعی خانواده می‌تواند به عنوان یکی از اجزای مهم در حفظ سلامت روان و کیفیت زندگی زنان باردار به شمار آید.

نکته بسیار مهم در این میان آن است، اگرچه در مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل، مراقبت‌های دوران بارداری انجام می‌شود؛ لیکن مرکز توجه این مراقبت‌ها بر مسائل جسمی زنان باردار است و در این مراکز کمتر به مسائل روانی و کیفیت زندگی زنان باردار می‌پردازند.

با عنایت به آن که زنان باردار یکی از گروه‌های حساس بهداشتی و سلامت روان آنان، سلامت خانواده و جامعه را تضمین می‌نماید و این زنان تربیت کنندگان فرزندان و نسل آینده می‌باشند، در نتیجه پژوهش در زمینه مسائل زنان باردار بسیار حائز اهمیت است. لذا این پژوهش درصدد یافتن پاسخ علمی به این سؤال است که آیا عملکرد خانواده بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان باردار مؤثر است؟

روش کار

روش تحقیق، از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بابل که با استعلام از دانشگاه علوم پزشکی و شبکه بهداشت شهر بابل، در نیمسال دوم ۱۳۹۵ تعداد آن ۲۳۵۴ نفر بوده است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۳۱ نفر برآورد شده است. روش نمونه گیری طبقه‌ای می‌باشد؛ به این صورت که از تمامی ۱۵ مرکز بهداشت و درمان شهرستان بابل که زنان باردار به آن مراجعه کرده‌اند به نسبت جمعیت مراجعه کننده به هر کدام از مراکز و براساس لیست مراجعه کنندگان نمونه‌ها انتخاب شدند. علت انتخاب این روش این بود که تفاوت‌های زیادی بین مراجعه کنندگان از نظر وضعیت اقتصادی، تحصیلات و ... وجود داشت و می‌طلبید که از تمامی طبقات و گروه‌ها به نسبت جمعیت آنها در نمونه انتخابی وجود داشته باشد. در این پژوهش از ابزارهای ذیل استفاده استفاده شده است که عبارتند از: الف- مقیاس عملکرد خانواده (FAD) این ابزار توسط اپستاین و بالدوین و بیشاپ (۱۹۵۰) تدوین شد. پرسشنامه ۷ قسمتی شامل ۶۰ سؤال است که ۶ قسمت خانوادگی و یک قسمت عملکرد کلی را می‌سنجد. هر سؤال به یکی از این مقیاس‌ها یا ابعاد مربوط می‌شود. که شش بعد عبارتند از: ۱- حل مساله، ۲- ارتباطات، ۳- نقش‌ها، ۴- واکنش‌های عاطفی ۵- آمیزش (درگیری) عاطفی، ۶- کنترل رفتار و یک مقیاس کلی. روایی این ابزار نیز به شیوه روایی محتوا اخذ گردید و پایایی آن هم به روش بازآزمایی ۰/۸۹ به دست آمد [۱۸].

ب- مقیاس کیفیت زندگی (LQ: Life Quality): پرسشنامه ۳۶ عبارتی کیفیت زندگی توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است. هشت زیر مقیاس این پرسشنامه عبارت‌اند از: عملکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی. در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۸۶ به دست آمد که نشانگر پایا بودن پرسشنامه کیفیت زندگی است [۱۹].

ج- مقیاس سلامت روان (GHQ: General Health Questionnaire): پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی توسط

الله املی لاریجانی و ارائه به مسئولین مراکز بهداشتی و درمانی شهر بابل و سپس، پس از توضیح اهداف پژوهش برای مسئولین مراکز بهداشتی و درمانی، رضایت آنان جلب شد. همچنین رضایت زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بابل برای انجام همکاری جهت استفاده از نظرات آنان، در قالب پرسشنامه‌های عملکرد خانواده، کیفیت زندگی و سلامت روان، کسب شده است. همچنین به مسئولین مراکز بهداشتی درمانی و زنان باردار مراجعه کننده اطمینان داده شد که اطلاعات بدست آمده محرمانه می‌باشد. همچنین به زنان باردار اطمینان داده شد که هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به دست آمده با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره و به کمک نرم افزار SPSS 21 انجام گرفت. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد، در آزمون‌های انجام شده سطح معناداری $P > 0/01$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

متغیرهای جمعیت شناختی زنان باردار شامل طبقه، تعداد در هر طبقه و درصد فراوانی تعیین گردید. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در قالب جدول ۱ آورده شده است.

کلدرگ و هیلر (۱۹۷۹) طراحی شده است. این پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از ۴ خرده آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن‌ها دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های هر خرده آزمون به ترتیب و پشت سر هم آمده است، به نحوی که سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بیخوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی است. تمام گویه‌های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند و روش نمره گذاری GHQ به شیوه شیوه نمره گذاری لیکرت است که براساس این شیوه، از گزینه الف تا د نمره ۰، ۱، ۲، ۳، تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره هر فرد در هریک از خرده مقیاس‌ها از ۰ تا ۲۱ و در کل از ۰ تا ۸۴ است. نمرات هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه و پس از آن نمرات مقیاسها باهم جمع و نمره کلی بدست می‌آید. و نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است [۲۰]. در مقاله حاضر، جهت تعیین روایی آن از روش روایی محتوا استفاده شد و مورد تأیید متخصصین قرار گرفت. پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. معیار ورود زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بابل در سال ۱۳۹۵ بوده و آنهایی که تمایل به همکاری نداشتند از مطالعه خارج شدند. جهت ملاحظات اخلاقی پژوهش، پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه کتبی از مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت

جدول ۱: متغیرهای جمعیت شناختی زنان باردار

طبقه	تعداد (درصد)
سن	
۲۰ سال و کمتر	۱۵ (۴/۶)
۲۱ تا ۳۰ سال	۲۰۸ (۶۲/۸)
۳۱ تا ۴۰ سال	۱۰۲ (۳۰/۸)
بیش از ۴۰ سال	۶ (۱/۸)
شغل	
خانه دار	۱۶۸ (۵۰/۷)
کارگر	۱۲ (۳/۷)
کارمند	۶۷ (۲۰/۲)
آزاد	۸۴ (۲۵/۴)
تحصیلات	
دیپلم و زیر دیپلم	۹۴ (۲۸/۴)
فوق دیپلم	۷۴ (۲۲/۴)
لیسانس	۱۴۱ (۴۲/۶)
فوق لیسانس و بالاتر	۲۲ (۶/۶)
جمع	۳۳۱ (۱۰۰)

نتایج تحلیل نشان داد که بین عملکرد خانواده و کیفیت زندگی زنان باردار رابطه آماری معنی‌داری در سطح اطمینان ۰/۹۹ وجود دارد ($P = 0/001$; $r = 0/541$). هم چنین، بررسی رابطه متغیرهای گویای این است که بین دو متغیر عملکرد خانواده و کیفیت زندگی زنان باردار رابطه معناداری وجود دارد ($P > 0/001$; $r = 0/635$). همچنین، رابطه بین متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان حاکی از این است که بین دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد ($P > 0/001$; $r = 0/762$) و شدت این رابطه نیز قوی می‌باشد.

برای بررسی رابطه بین متغیرهای عملکرد خانواده، کیفیت زندگی کاری و سلامت روان از آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: رابطه بین عملکرد خانواده، کیفیت زندگی و سلامت روان

متغیرها	میزان همبستگی	سطح معنی‌داری (Sig)
عملکرد خانواده - کیفیت زندگی	۰/۵۴۱**	< ۰/۰۰۱
عملکرد خانواده - سلامت روان	۰/۶۳۵**	< ۰/۰۰۱
کیفیت زندگی - سلامت روان	۰/۷۶۲*	< ۰/۰۰۱

بحث

کیفیت زندگی و سلامت روان زنان باردار در دوران بارداری از دغدغه‌های مهم می‌باشد. بارداری با تغییرات قابل ملاحظه‌ای در وضعیت سلامت روانی و سلامت فیزیکی زنان همراه است و عملکرد اجتماعی در زنان باردار نسبت به سایر افراد جامعه در سطح پایین‌تری قرار دارد. بنابراین یکی از عواملی که می‌تواند بر کیفیت زندگی و سلامت روانی زنان باردار تأثیر بگذارد عملکرد و تأثیر خانواده می‌باشد. از طرفی زنان در دوران بارداری با مشکلات و دشواری‌های جدیدی رو به رو می‌شوند و این مشکلات ممکن است باعث اختلال در سلامت روانی و روند کیفیت زندگی آنان گردد. نتایج این تحقیق می‌تواند ضرورت داشته باشد تا با مداخلات به هنگام در جهت پیشگیری از اختلالات روانی و بهبود کیفیت زندگی زنان باردار گام برداشت و نسل آینده سالم‌تری داشت.

جهت پیش‌بینی و تعیین میزان متغیر وابسته سلامت روان در بین زنان باردار، از روش تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

نتیجه آزمون تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد متغیرهای عملکرد خانواده (با ضریب تأثیر ۰/۴۳) و کیفیت زندگی (با ضریب تأثیر ۰/۳۱) به ترتیب بیشترین ضریب تأثیر رگرسیون استاندارد شده را بر متغیر وابسته سلامت روان در بین زنان باردار داشته‌اند. ضمن آن که، براساس مقدار ضریب همبستگی چندگانه با $R = ۰/۷۹$ ، همبستگی آماری قوی‌ای بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته سلامت روان در بین زنان باردار وجود دارد.

مقدار ضریب تعیین یا R^2 نیز که برابر با ۰/۶۲ می‌باشد، نشانگر تبیین ۰/۶۲ درصد از تغییرات متغیر سلامت روان در بین زنان باردار توسط مجموعه متغیرهای مستقل می‌باشد.

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل رگرسیونی

ردیف	نام متغیر	ضریب تأثیر رگرسیونی استاندارد نشده	ضریب اشتباه برآورد	ضریب تأثیر رگرسیونی استاندارد شده	T	سطح معنی‌داری
۱	γ = سلامت روان در بین زنان باردار	-	-	-	-	-
۲	Constant = عدد ثابت	۷/۱۳	۰/۰۵۱	-	۵/۹۳	<۰/۰۱
۳	X_1 = عملکرد خانواده	۰/۴۶	۰/۰۵	۰/۴۳	۷/۹۰	<۰/۰۱
۴	X_2 = کیفیت زندگی	۰/۳۲	۰/۰۵	۰/۳۱	۶/۲۶	<۰/۰۱

$$R = ۰/۷۹, R^2 = ۰/۶۲, F = ۳۹/۲۳, P > ۰/۰۱$$

عملکردهای خانواده تأثیر مثبتی بر سلامت روان زنان باردار دارد و ایران به علت عدم وجود نهادهای حمایتی و رسمی این اثر مضاعف می‌شود. همچنین نتایج حاکی از وجود رابطه مثبت و معناداری بین دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان باردار می‌باشد، بسیاری از مشکلات امروزی سلامت با محیط خانواده و سطح کیفیت زندگی ارتباط دارد. اگر چنانچه خانواده به عنوان یک نهاد اجتماعی به ایفای صحیح نقش و کارکردهای خود بپردازد نه تنها افرادی سالم و به‌هنگام تحویل جامعه می‌دهد، بلکه بیشترین تأثیر مثبت را بر روی سایر نهادهای اجتماعی می‌گذارد. تحقیقات یکتا خواه و همکاران [۸] و کرمی و مردانی [۹] موید این نتیجه است. بنابراین می‌توان گفت هرچه خانواده از کارکرد و عملکرد بهتری در خصوص مؤلفه‌های حل مساله، ارتباطات، نقش‌ها، واکنش‌های عاطفی آمیزش (درگیری) عاطفی، کنترل رفتار برخورداری باشد، منجر به افزایش سلامت روان و به تبع آن کیفیت زندگی در زنان باردار خواهد شد. در این دوران زنان ممکن است حس کنترل بر زندگیشان کم شده و سلامت روان آنها تهدید شود. عمده‌ترین نگرانی آنها تغییرات بدنی و نگرانی از فقدان حمایت‌های اجتماعی است. عملکرد خانواده و حمایت‌های اجتماعی آنها منجر به پذیرش واقعیت‌های بارداری شده در نتیجه زنان آن را به عنوان تهدید و عدم پذیرش نمی‌دانند و در نتیجه سلامت روان آنها بهبود می‌یابد.

همچنین نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد متغیرهای عملکرد خانواده و کیفیت زندگی بر متغیر وابسته سلامت روان در بین زنان باردار تأثیر داشته‌اند. در توجیه این یافته، می‌توان گفت سلامت جسمی و روحی افراد، به ویژه زنان باردار در خانواده، در گرو عملکرد خانواده و

بدین جهت پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر عملکرد خانواده بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بابل سال ۱۳۹۵ انجام گرفته است. نتایج تحقیق نشان داد که بین دو عملکرد خانواده و کیفیت زندگی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بابل، همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد. براساس این نتیجه، خانواده‌هایی که از عملکرد بهتری برخوردارند، میزان کیفیت زندگی زنان باردار در آنها بالاتر است تا نسبت به زنان بارداری که عملکرد خانواده در آنها پایین‌تر است. این نتایج همراستا با نتایج تحقیقات هیروشی و همکاران [۱۰] می‌باشد. آزمون همبستگی پیرسون بین دو متغیر عملکرد خانواده و سلامت روان زنان باردار نشان داد که رابطه بین این دو متغیر مثبت و معنی‌دار است، نتایج تحقیقات زرنقش و همکاران [۱۱] و کرمی و همکاران [۲۱] همسو با این نتیجه است. همچنین عباس زاده و همکاران [۲۲] در تحقیقی نشان داده‌اند که حمایت‌های همسر و والدین بر وضعیت عملکردی در حاملگی اثر دارد که به بهبود کیفیت زندگی زنان باردار می‌انجامد. در واقع حمایت اطرافیان رابطه مستقیم با کیفیت زندگی زنان باردار دارد و به برآورده شدن نیازهای جسمانی و روانی فرد کمک می‌کند حتی این دوران می‌تواند دوران تکاملی بعدی جنین را تحت تأثیر قرار دهد. البته هاستون و میلر [۱۶] در تحقیقی نشان داده‌اند که حمایت‌های همسر بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان باردار تأثیر اندکی دارد. شاید این نتیجه متفاوت ناشی از تفاوت جامعه آماری باشد و یا ناشی از بسترهای متفاوت فرهنگی جامعه آنها با ایران داشته باشد. آنچه مسلم است در اکثر تحقیقات حمایت‌ها و

اما به مطالعات بیشتری در زمینه سلامت روان در دوران بارداری نیاز است تا بتوان علل تاثیرگذار را به منظور حمایت از زنان باردار ارائه داد. پیشنهاد می‌شود؛ در تحقیقات بعدی بین تأثیر عملکرد خانواده و پذیرش بارداری و عدم پذیرش بارداری تفکیک قائل شوند. چون حمایت‌های خانواده در هر کدام یک از این موارد می‌تواند متفاوت باشد. همچنین بین تفکیک این متغیرها در سه ماهه اول و سوم بارداری نیز تفکیک قائل شد. همچنین باید به نخست زایی زنان در تحقیقات بعدی به عنوان متغیر مهم هم باید توجه کرد.

پیشنهاد می‌گردد آموزش صحیح نکات تربیتی در قالب آموزش خانواده توسط رسانه ملی و نهادهای مذهبی درباره ارائه الگوهای عملی از خانواده به هنجار و سبک‌های تربیتی فرهنگ ایرانی صورت پذیرد. از طرفی توجه به تنظیم و ارائه برنامه‌های فرهنگی ویژه زنان باردار، متناسب با ویژگی‌های شخصیتی زنان و جهت دهی آنان در خصوص بهره‌وری بهینه از اوقات فراغت از طریق افزایش سطح آگاهی و کسب مهارت‌های فردی و اجتماعی می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان آنان تاثیرگذار باشد. همچنین از سازمانهای مردم نهاد (NGO) در زمینه حمایت از زنان باردار هم باید توجه نمود. و به نوعی باید آنها را تشویق به ورود به این زمینه‌ها کرد؛ چون تعدادی از زنان عملاً حمایت‌های خانواده را ندارند و آسیب پذیری شدیدی هم دارند.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه نویسنده دوم با کد ۲۳۹۲۰۷۰۱۹۴۲۰۵۶ در مقطع کارشناسی ارشد رشته روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت الله آملی که با درجه عالی در سال ۱۳۹۵ دفاع شده است، می‌باشد. نویسندگان این پژوهش از کلیه مسئولان دانشگاه علوم پزشکی بابل، مراکز بهداشتی و درمانی شهر بابل و زنان بارداری که در این مسیر پژوهشگران را یاری نمودند، قدردانی می‌نمایند.

برخورداری از سطوح بالای کیفیت زندگی می‌باشد. تحقیقات هاستون و میلر [۱۶] همسو با این نتایج است. اختلال در کارکرد خانواده از یک سو و پایین بودن سطح کیفیت زندگی از سوی دیگر، مشکلاتی را در مجموعه خانواده ایجاد می‌کند و در صورت تشدید مشکلات، خانواده را به سمت فروپاشی سوق داده که به تبع افزایش ناراحتی‌های فکری، جسمی، عاطفی و عدم سلامت در درون خانواده را به همراه دارد. وجود بیمار روانی در خانواده می‌تواند به کارکرد عادی و اقتصاد خانواده لطمه شدیدی وارد کند، از نظر روابط انسانی سایر افراد خانواده را در وضع نگران کننده‌ای قرار می‌دهد و صرف نظر از مخارج زیاد، خانواده فشار روانی شدیدی را تحمل می‌کند [۱۶-۱۷].

در انجام این تحقیق دسترسی آسان با اطلاعات و داده‌های لازم برای انجام مطالعه از محدودیت‌های کار بوده که با انجام هماهنگی‌های لازم با مرکز بهداشتی و درمانی شهر بابل این مشکل مرتفع گردید با اینکه در مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل، مراقبت‌های دوران بارداری انجام می‌شود؛ لیکن مرکز توجه این مراقبت‌ها بر مسائل جسمی زنان باردار است و در این مراکز کمتر به مسائل روانی و کیفیت زندگی زنان باردار می‌پردازند. از آنجاییکه زنان باردار یکی از گروه‌های حساس بهداشتی هست و سلامت روان آنان، سلامت خانواده و جامعه را تضمین می‌نماید و این زنان تربیت کنندگان فرزندان و نسل آینده می‌باشند، پژوهش حاضر در زمینه مسائل زنان باردار نتایج بسیار حائز اهمیتی داشته است.

نتیجه گیری

دوران بارداری، با تغییرات جسمانی و روانی زیادی در زنان همراه است. این تغییرات، در بسیاری از زنان، باعث کاهش سلامت روان می‌شود. مطالعه حاضر نشان داد سلامت روان زنان باردار متأثر از عملکرد مطلوب خانواده و ارتقای سطح کیفیت زندگی می‌باشد.

References

- Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi A. Evaluating the effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life in infertile women. *J Counsel Psychother Fam*. 2014;4(3):387-404.
- Minoochin S. [Family and Family Therapy]. Tehran: Amir Kabir Publications; 2001.
- Silburn S, Z S, De Maio J, Shepherd C, Griffin J, Mitrou F. The Western Australian Aboriginal Child Health Survey: Strengthening the capacity of Aboriginal children, families and communities. Perth: Curtin University of Technology and Telethon Institute for Child Health Research, 2006.
- Walker R, Shepherd C. Strengthening Aboriginal family functioning: What works and why?: Australian Institute of Family Studies Melbourne (AUST); 2008.
- Farahbakhsh S, Gholamrezaei S, Nikpay I. The relationship between mental health and some variables in Lorestan University. Iran: Lorestan University of Medical Sciences, 2005.
- Compos G. Quality of life differences between first-year undergraduate financial aid and non-aid recipients. Virginia: Virginia Polytechnic Institute and State University Blacksburg, 2002.
- Fallahi Khosknab M, Karimlo A, Rahgavi M, Fattah moghadan L. Investigating the Quality of work life and related factors in psychiatric nurses in Tehran University of Medical Sciences. *Hakim Res J*. 2006;4(9):24-30.
- Yektahkha S, Alame M, Gorji R. Evaluating of public health and quality of life of mothers with autism children. *J Except Educ*. 2014;14(1):13-9.
- Karami K, Mardani A. Relationship between mental health and quality of life in pregnant women. *J Health Breeze*. 2014;2(1):10-7.
- Tatsumi H, Nakaaki S, Satoh M, Yamamoto M, Chino N, Hadano K. Relationships among communication self-efficacy, communication burden, and the mental health of the families of persons with aphasia. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2016;25(1):197-205.
- Zarnaghash M, Zarnaghash M, Zarnaghash N. The Relationship Between Family Communication Patterns and Mental Health. *Proc Soc Behav Sci* 2013;84:405-10. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.575
- Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstet Gynecol*. 1999;94(6):935-41. PMID: 10576179
- Hahlweg K, Markman HJ, Thurmaier F, Engl J, Eckert V. Prevention of marital distress: Results of a German prospective longitudinal study. *J Fam Psychol* 1998;12(4):543-56. doi: 10.1037/0893-3200.12.4.543
- Glozman JM. Quality of life of caregivers. *Neuropsychol Rev*. 2004;14(4):183-96. PMID: 15796115
- Forger F, Ostensen M, Schumacher A, Villiger PM. Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseases by the SF-36 health

- survey. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(10):1494-9. doi: 10.1136/ard.2004.033019 pmid: 15778241
16. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract.* 1998;47(3):209-12. pmid: 9752373
17. Ryan CE, Epstein NB, Keitner GI, Miller IW, Bishop DS. Evaluating and treating families: The McMaster approach. USA: Routledge; 2012.
18. Usefi N. Evaluating valid indicator of noise of McMaster Family Assessment Scale. *J Educ Meas.* 2012;7(3):85-114.
19. Nejat S, Montazeri A, Halakoie K, Majdzadeh R. Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), Translation and evaluation of Iranian species. *J Pub Health Instit Health Res.* 2006;4(4):12-1.
20. Noorbala A, Bagheriyazdi A, Mohammad K. Validation of the General Health Questionnaire-28 as a screening tool for psychiatric disorders in Tehran. *J Hakim.* 2008;4:43-54.
21. Karimi F, Dadgar S, Abdollahi M, Yousefi S, Khosravi Z. The Relationship between Prevalence Complications in Pregnancy and Quality of Life in Pregnant Women. *J Women Midwifery Infertil.* 2017;20(6):8-21.
22. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Different Dimensions of Quality of Life in Pregnant Women. *Peish J Health Sci Res Instit.* 2009;1:69-75.