مقاله پژوهشی

طراحی و ارزیابی مدل ادغام سلامت روان زنان باردار در برنامه‌های مراقبت بارداری: برنامه‌ای پایلوت در دانشگاه علوم پزشکی کاشان

علیرضا مروجی[۱]، مرضیه اخباری[۲]، فاطمه واثقی[۳*]، مریم میرزایی نیستانی[۴]، زهرا نخی[۵]، فاطمه سادات قریشی[۶]، حسین ملک‌افضلی[۷]، احمدعلی نوربالا[۸]، مامک شریعت[۹]، نسرین عابدی‌نیا[۱۰]، عباسعلی ناصحی[۱۱]، سیده الهام شرفی[۱۲]

۱) دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. ۲) دانشجوی دکتری طب ایرانی، دانشکده‌ی طب ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ۳) دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. ۴) کارشناس ارشد، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. ۵) پزشک عمومی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. ۶) استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. ۷) استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمارزیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ۸) استاد، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ۹) استاد، گروه کودکان، پژوهشکده‌ی سلامت خانواده، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ۱۰) دکتری پژوهشی، گروه کودکان، پژوهشکده‌ی سلامت خانواده، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ۱۱) روان‌پزشک، استادیار، موسسه‌ی آموزش علمی-کاربردی هلال ایران، تهران، ایران. ۱۲) روان‌پزشک، فلوشیپ روان‌تنی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان امام خمینی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، تهران، ایران.

* **نویسنده‌ی مسئول**: خیابان هزارجریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، طبقه‌ی دوم، گروه مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، اصفهان، تلفن: ۰۹۱۳۳۶۳۹۶۶۲، پست الکترونیک: fgwaseghi@yahoo.com

دریافت: ۹۸/۱۰/۹ پذیرش: ۹۸/۱۲/۲۵

چکیده

مقدمه: *نظام‌های سلامت، همواره به‌دنبال عملکرد برتر هستند. مراقبت‌های ادغام‌یافته‌ی سلامت، راه‌حل قابل‌توجهی جهت ارتقای کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌های نظام سلامت می‌باشند. ادغام خدمات سلامت روان، به‌منظور شناسایی و درمان به‌موقع زنان در معرض خطر اختلالات روان‌پزشکی، برای کارشناسان بهداشت باروری و نیز بهداشت روان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.*

روش کار: *پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مداخله‌ای از نوع کارآزمایی در عرصه بود که جهت طراحی و ارزیابی یک مدل ادغام‌یافته‌ی سلامت روان در دوران بارداری، روی ۲۰۶ زن باردار (۱۰۵ زن در گروه مداخله و ۱۰۱ زن در گروه کنترل) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی در شهرستان کاشان به‌انجام رسید. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های وضعیت زناشویی[1] و سلامت عمومی[2]، مصاحبه‌ی علایم روانی و بررسی سابقه‌ی سلامت روان مادر و خویشاوندان درجه یک بود. جهت مادران باردار گروه مداخله، اقدامات روان‌شناختی و درمان‌های دارویی پیش‌بینی شده، ارایه گردید. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22، محاسبه‌ی ضریب همبستگی پیرسون و آزمون T تحلیل گردید.*

یافته‌ها: *مادران باردار در سه گروه پرخطر، خطر متوسط و کم‌خطر دسته‌بندی شدند. اقدامات لازم منطبق با مدل برای هر گروه از مادران ارایه گردید. با شروع مداخلات روان‌شناختی در گروه مداخله، خرده‌مقیاس شکایت جسمانی‌سازی، کاهش معناداری را با P-value= ۰/۰۰۷ نسبت‌به گروه کنترل نشان داد. بهبود سلامت، به‌دنبال اقدامات پیش‌بینی‌شده در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی باروری، حاصل گردید و تنها ۵درصد مادران نیاز به مداخلات از سطح تخصصی داشتند.*

نتیجه‌گیری: *مدل ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بارداری، با شناسایی اختلالات سلامت روان مادر باردار و انجام اقدامات توسط اولین سطح ارایه‌دهنده‌ی خدمات بارداری می‌تواند به مدیران، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان نظام سلامت جهت بهبود سلامت و کاهش هزینه به‌منظور ارتقای سلامت مادران و در نهایت، دستیابی به اهداف توسعه‌ی پایدار کمک نماید.*

کلیدواژه‌گان: *ادغام، سلامت روان، مراقبت بارداری، پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی*

[1] Golombok Rust Inventory of Marital State
[2] General (Health) Questionnaire28

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

مقدمه

عموما چنین تصور می‌شود که بارداری دوره‌ای شاد و لذت‌بخش برای زنان است، اما در بسیاری از ایشان، آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی، همچون افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و سایکوتیک، در این دوران افزایش می‌یابد [۱,۲].

سلامت روان یکی از جنبه‌های مفهوم کلی سلامت است. اولین مطالعه‌ی گسترده در زمینه‌ی بررسی سلامت روان افراد جامعه در ایران، در سال ۱۳۷۸ و در قالب طرح ملی سلامت و بیماری انجام و شیوع اختلالات روانی۲۱٪ (در زنان ۲۵/۹درصد و در مردان ۱۴/۹درصد) گزارش گردید. شیوع نشانه‌های اختلالات روانی، در زنان به‌طور مشخص بالاتر از مردان بود. برای این اختلاف میان دو جنس، فرضیه‌های مختلفی مطرح‌شده که یکی از آن‌ها، بارداری و اثرات آن بر زندگی زنان است [۳,۴].

حاملگی به‌طور واضح، تجربه‌ای جدید و منحصربه‌فرد است که سبب ایجاد تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی در زنان باردار گردیده، موجب افت عملکرد اجتماعی ایشان نسبت‌به سایر افراد جامعه می‌شود. اغلب زنان متوجه تغییراتی در خلق و الگوی خوابشان می‌شوند؛ نسبت به تولد و نگهداری فرزند، احساس دوگانه داشته، از زایمان و به‌دنیاآوردن کودک نابهنجار و این‌که نتوانند مادر خوبی باشند، هراس دارند. بدون حمایت کافی خانواده و فامیل یا اعضای تیم سلامت، این ترس‌ها افزایش می‌یابد و یا اغراق‌آمیز شده، منجر به افسردگی و اضطراب می‌گردد [۷-۵].

بروز و پیش‌رفت علایم بیماری‌های روانی شایع در حاملگی، مشکل‌آفرین بوده و موجب اختلال در پذیرش تغییرات ایجادشده به‌دنبال تولد فرزند می‌شود [۸].

شیوع اختلالات روان‌پزشکی و افسردگی در دوران بارداری به‌ترتیب ۲۷/۶٪ و ۱۹/۱٪ گزارش شده؛ برخی گزارش‌ها چنین برآورد کرده‌اند که ۳۵-۲۵٪ از زنان باردار، علایم افسردگی داشته که ۲۰٪ آن‌ها مبتلا به اختلال افسردگی عمده هستند [۱]. بنابه گزارش‌های متعدد، شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در دوران بارداری، افسردگی و اضطراب است که با مشکلات مادری، همچون زایمان پیش از موعد، فشارخون بالا و افسردگی پس از زایمان، ارتباط دارد. همچنین، اختلالات روانی مادر می‌تواند منجر به رشد نامناسب نوزاد و حتی مشکلات رفتاری و تکاملی کودک گردد [۱۰-۲,۷].

موضوعات سلامت روان می‌توانند نقش مهمی در دستیابی به اهداف توسعه‌ی هزاره ایفا کنند، اما آشکارا در برنامه‌های بهداشت مادر و کودک در سطح جهان مورد غفلت واقع شده‌اند. امروزه در مراکز بهداشتی-درمانی، مراقبت‌های دوران بارداری تنها به مراقبت‌های جسمی محدود است؛ درحالی‌که سلامت جسم، در گرو سلامت روان و سلامتی روان مادر، ضامن سلامت خانواده و فرزندی است که به‌زودی متولد می‌شود. مراقبین بهداشتی، ازجمله افرادی هستند که آشنایی کاملی با مشکلات مادر باردار داشته، می‌توانند وضعیت سلامت روان آنان را بررسی نمایند؛ بنابراین لازم است در ابتدای حاملگی، علاوه‌بر شرح حال باروری، از نظر مسایل روانی نیز شرح حالی تهیه شود تا زنان در معرض خطر، در همان مراحل ابتدایی شناسایی شوند [۱,۱۱].

کمبود کارکنان، تورم اقتصادی، افزایش تقاضا برای خدمات سلامت و استفاده‌ی موثر و کارآمد از منابع کمیاب، ضرورت استفاده از مدل ادغام در خدمات سلامت را به‌وجود آورده است [۱۲].

استفاده از یک مدل ارزیابی سلامت روان جهت پیشگیری از نتایج نامطلوب بارداری، به مراقبین سلامت کمک می‌کند با بررسی ریسک فاکتورهای اختلالات روانی، زنان نیازمند حمایت بیشتر و مداخلات سلامت روان را شناسایی نمایند [۱۲]. منظور از ادغام در خدمات سلامت، مجموعه خدمات باکیفیت سلامت است که به یک جمعیت ارایه می‌شود. ادغام می‌تواند در سطوح مختلف ارایه‌ی خدمات انجام شود [۱۳,۱۴].

مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت، مراقبت‌های ادغام‌یافته، همانا مدیریت و سازمان‌دهی مراقبت‌های سلامت است؛ به‌طوری که مردم خدمات موردنیاز را در زمان مناسب و با روشی بهینه دریافت نمایند و دستیابی به نتایج مطلوب، متناسب با هزینه باشد. مدل ادغام در نظام سلامت، راهکار موثر ارایه‌ی خدمات به افراد نیازمند، در قالب زنجیره‌ای از خدمات است. ادغام، به‌معنای همه‌چیز در یک بسته‌ی خدمتی نیست، بلکه منظور، خدمات مورد نیاز مشتری و چگونگی ارتباط‌دادن آن‌ها به یکدیگر است [۱۳].

یکی از کارکردهای ادغام، ارایه‌ی یک بسته از اقدامات بهداشتی، پیشگیری و درمانی جهت یک گروه هدف خاص است. در این کارکرد، نوع مداخلات و نحوه‌ی سیستم‌های مدیریتی و پشتیبانی، به‌عنوان پرسش‌های اساسی مطرح هستند [۱۳].

گیرندگان خدمت، خدمات هماهنگی را می‌خواهند که مراحل و تعداد ویزیت را کاهش داده‌اند؛ همچنین، مراقبینی که نسبت‌به سلامت آن‌ها دید جامع داشته و با مراقبین دیگر سطوح، ارتباط مناسب داشته باشند [۱۳,۱۵].

اجرای مدل ادغام، نیاز به مجموعه‌ای از فعالیت‌های سیاسی، فنی و اداری در سطوح مختلف دارد. تعهد مدیران سطوح بالا، تعیین نقطه‌ی شروع مناسب و توجه به مشوق‌های مراقبین سلامت و مدیران آن‌ها، به‌منظور همراهی در اجرای ادغام، ضروری است [۱۳,۱۴].

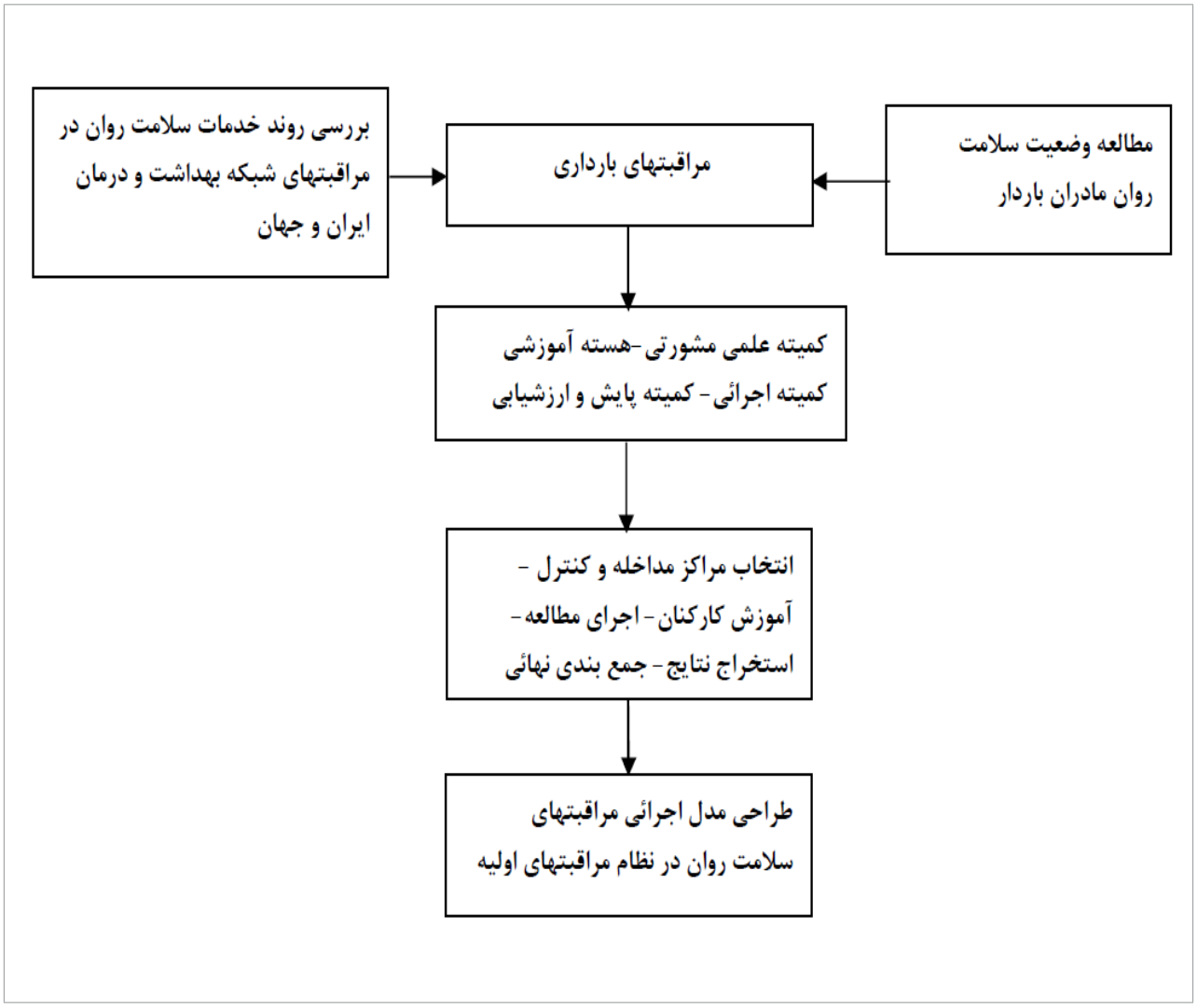
مطالعه‌ی حاضر برآن شد تا زمینه‌ی موجود در برنامه‌های بهداشتی را جهت ادغام خدمات سلامت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

روان زنان باردار در مراقبت‌های بارداری شناسایی و با طراحی مدل و تهیه‌ی بسته‌های آموزشی و پروتکل اجرایی، به ارتقای سلامت روان مادران باردار کمک نماید.

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مداخله‌ای، از نوع کارآزمایی در عرصه بود که به‌منظور طراحی یک مدل مداخله‌ای ارتقای سلامت روان مادران باردار در نظام مراقبت‌های اولیه و پوشش همگانی سلامت، طی سال‌های ۹۱ تا ۹۴، در مدت سه سال به‌انجام رسید. این پژوهش طی سه فاز (شکل ۱) در دانشگاه علوم پزشکی کاشان، با همکاری مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و دفتر سلامت، جمعیت و خانواده‌ی وزارت بهداشت اجرا گردید.



شکل ۱- فازهای انجام پژوهش

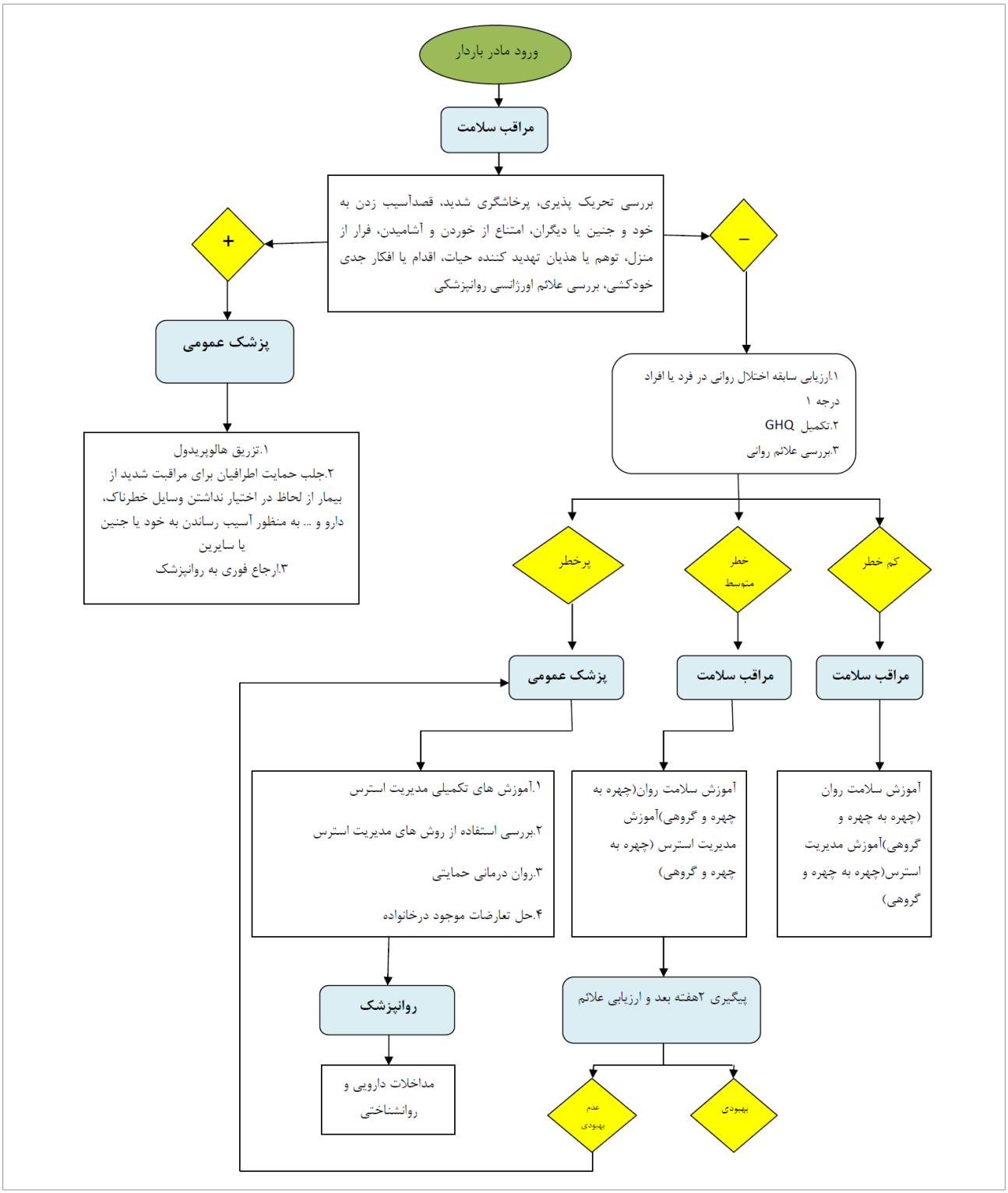
در فاز اول مطالعه، ابتدا کمیته‌های علمی-مشورتی، اجرایی، پایش و ارزشیابی و هسته‌ی آموزشی تشکیل گردید. در این فاز، بررسی متون به‌منظور ارزیابی وضعیت سلامت روان مادران باردار، وضعیت ارایه‌ی خدمات سلامت روان به مادران باردار در نظام مراقبت‌های اولیه، تهیه‌ی متون و پروتکل و بسته‌های علمی-آموزشی جهت آموزش ارایه‌دهندگان و گیرندگان خدمت، برنامه‌ریزی جهت انتخاب محل اجرای پژوهش و پایش و ارزشیابی انجام گردید. در فاز دوم مطالعه، مراکز بهداشتی-درمانی مداخله و شاهد شناسایی شد. چهار مرکز بهداشتی-درمانی شهری در شهرستان کاشان به‌عنوان محل اجرای پژوهش انتخاب شد. ملاک انتخاب این مراکز، تعداد کافی موالید، وجود داوطلبین سلامت فعال و کارکنان سلامت علاقمند و مجرب بود. همچنین، شباهت بافت فرهنگی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی، به‌منظور انطباق وضعیت دموگرافیک مراکز مجری و شاهد، رعایت گردید. تامین و پیش‌بینی منابع انسانی و تجهیزات موردنیاز در چهار مرکز مورد

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

مطالعه انجام شد. کارگاه‌های آموزشی جهت آموزش و توانمندسازی کارکنان سلامت، اعم از ماما و پزشک، توسط روان‌پزشک و روان‌شناس برگزار شد. پروتکل ارایه‌ی خدمت و بسته‌های آموزشی جهت گروه هدف، بازنگری و نهایی شد. فرم‌های ثبت خدمات و چک‌لیست پایش و ارزشیابی طراحی گردید. در راستای تدوین پروتکل و به‌منظور پیشگیری از دوباره‌کاری، بسته‌های خدمتی و دستورالعمل‌های مادران باردار موجود در نظام مراقبت‌های اولیه، به‌همراه ابزارهای ارزیابی سلامت روان و مداخلات مرتبط، جمع‌آوری و تحلیل و با رعایت اصول سطح‌بندی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، پروتکل بازنگری و نهایی شد. طبق این پروتکل، مادران باردار با استفاده از ابزارهای پرسش‌نامه‌ی ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی و مصاحبه (ارزیابی علایم روانی و سابقه‌ی اختلالات روانی در فرد یا خویشاوندان درجه یک)، به سه گروه کم‌خطر، خطر متوسط و پرخطر تقسیم بندی شدند. به‌منظور ارایه‌ی خدمات سلامت روان به مادر باردار، ۱۰ خدمت، بسته به نیاز فرد، برای ارایه‌دهندگان خدمت در شش نوبت مطابق با مراقبت بارداری تدوین‌شده‌ی ادغام‌یافته در مراقبت‌های اولیه سلامت و دو نوبت پس از زایمان (۴۲ روز و شش ماه پس از زایمان) پیش‌بینی شد.

در فاز سوم مطالعه، پس از آگاه‌سازی و رضایت زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز جهت حضور در طرح، وضعیت سلامت روان ۲۱۰ مادر باردار واجدشرایط متعلق به گروه سنی ۳۵-۲۰ سال، بدون بیماری جسمانی جدی (دیابت، فشارخون و بیماری زمینه‌ای) و اعتیاد، در دو گروه مداخله و کنترل توسط کارکنان سلامت آموزش‌دیده بررسی شد. ابزار ارزیابی شامل پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی و مصاحبه (ارزیابی علایم روانی و سابقه‌ی اختلالات روانی در فرد و خویشاوندان درجه یک) بود. ارزیابی با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی، در چهار نوبت ۶-۴ هفته بارداری، ۳۷-۳۵ هفته بارداری، ۴۲ روز پس از زایمان و شش ماه پس از زایمان، توسط کارشناسان مامایی آموزش‌دیده انجام شد. علاوه‌براین، در تمامی مراقبت‌های روتین بارداری، ارزیابی علایم روانی انجام شد. در گروه مداخله، بسته به این‌که مادر باردار در کدام یک از گروه‌های کم‌خطر، خطر متوسط و پرخطر قراردارد، اقدامات مداخله‌ای سلامت روان، طبق بسته‌ی خدمتی توسط ماما، پزشک و روان‌پزشک انجام شد. در سطح اول خدمت، مادران باردار با نمره‌ی سلامت عمومی کمتر از ۲۳ (فرد سالم)، عاری از هرگونه سابقه‌ی بیماری روانی در خود یا خویشاوندان درجه یک، یا کمتر از شش علامت روانی خفیف، در گروه کم‌خطر دسته‌بندی شده و توسط کارشناسان مامایی آموزش‌دیده‌ی طرح، آموزش‌های سلامت روان و مدیریت استرس را به‌صورت چهره‌به‌چهره دریافت نمودند (شکل ۲). علاوه‌براین، مادران در دو جلسه‌ی آموزشی برنامه‌ریزی‌شده شرکت کردند . در صورت امکان، همسران ایشان نیز در این جلسات حضور یافتند. همچنین، بسته‌ی آموزشی تهیه‌شده‌ای (جزوه و لوح فشرده) نیز در اختیار آن‌ها قرارگرفت. مادارن باردار با نمره‌ی سلامت عمومی ۴۵-۲۳، سابقه‌ی اختلال روانی در خود یا خویشاوندان درجه یک، یا ۸-۶ علایم روانی خفیف، در گروه خطر متوسط دسته‌بندی و علاوه‌بر دریافت اقدامات گروه کم‌خطر (آموزش‌های سلامت روان و مدیریت استرس به‌صورت چهره‌به‌چهره و گروهی)، پس از دو هفته پیگیری و مجددا توسط کارشناس مامایی ارزیابی شدند. چنان‌چه پس از ارزیابی مجدد، مادر باردار در گروه کم‌خطر قرار می‌گرفت، مراقبت‌های روتین بارداری را دریافت می‌کرد و درصورتی‌که هم‌چنان در گروه خطر متوسط باقی می‌ماند، به پزشک عمومی مرکز ارجاع می‌شد. خدماتی که توسط پزشک عمومی به این گروه ارایه شد، شامل آموزش مدیریت تکمیلی استرس، روان‌درمانی حمایتی و حل تعارضات خانوادگی بود. پس‌خوراند اقدامات انجام‌شده توسط پزشک عمومی، جهت برنامه‌ریزی مراقبت‌های روتین بارداری، به مامای مرکز ارایه شد. مادران باردار با نمره‌ی سلامت عمومی ۴۵ و بالاتر، تعداد علایم خفیف روانی نه و بیشتر، یا سابقه‌ی بیماری روانی در خود یا خویشاوندان درجه یک، در گروه پرخطر قرار گرفتند. این افراد توسط ماما به پزشک عمومی مرکز ارجاع داده‌شدند. اقدامات پزشک عمومی مرکز برای این گروه از مادران باردار شامل آموزش‌های تکمیلی مدیریت استرس، بررسی استفاده از روش‌های مدیریت استرس، روان‌درمانی حمایتی و حل تعارضات خانوادگی بود. علاوه‌بر این اقدامات، مادر باردار به روان‌پزشک طرح ارجاع داده‌شد تا درمان‌های لازم را براساس بسته‌ی آموزشی دریافت کند. روان‌پزشک طرح، پس از ویزیت مادر باردار و ارایه‌ی خدمات روان‌شناختی و دارویی، پس‌خوراند لازم را به پزشک مرکز ارسال نمود. کلیه‌ی مداخلات سلامت روان تا شش ماه پس از زایمان، به مادران باردار نیازمند خدمات سلامت روان ارایه شد. تاثیر مداخلات انجام‌شده بر شاخص‌های سلامت مادر و نوزاد در پایان شش ماه پس از زایمان، با استفاده از پرسش‌نامه‌ی سلامت نوزادان و ارتقای ایمنی زایمان و سلامت فرآیند حاملگی در هر دو گروه مداخله و کنترل ارزیابی گردید. حین اجرای طرح، پایش روند اجرا با استفاده از چک‌لیست طراحی‌شده، در دو گروه شاهد و مداخله انجام و پس‌خوراند به مراکز مجری ارسال گردید.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]



شکل ۲- فلوچارت فرآیند ارجاع مادر باردار

یافته‌ها

در کل، ۲۵۶ مادر باردار به مطالعه‌ی حاضر وارد شدند که از این میان، ۲۰۶ نفر تا پایان باقی‌ماندند. بیشترین علت خروج از مطالعه به‌ترتیب سقط (۵۵/۱درصد)، مهاجرت (۳۲/۶درصد) و عدم‌همکاری (۱۲/۲درصد) بود. از ۱۰۵ مادر باردار مراجعه‌کننده به مراکز مداخله، ۱۶ مورد پرخطر (۱۵/۲۳درصد) و ۲۳ مورد خطر متوسط (۲۱/۹درصد) توسط ماما شناسایی شدند. به‌طور کلی، از تعداد ۱۰۵ مادر باردار، ۳۹ مورد با خطر متوسط و پرخطر شناسایی شدند (۳۷/۱۴درصد) که ۳۶ مورد آن‌ها توسط پزشک و روان‌پزشک، مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

تشخیص داده‌شدند (۹۲/۳درصد) و از این میان، ۱۰ مورد مبتلا به اختلالات اضطرابی (۲۷/۸درصد)، ۲۵ مورد مبتلا به اختلالات خلقی (۶۹/۴درصد) و یک مورد مبتلا به اختلال انطباقی (۲/۸درصد) بود. میانگین مدت مداخله‌ی روان‌پزشکی (درمان دارویی) برای مادران مراجعه‌کننده به روان‌پزشک، ۶/۹ ماه بود. همچنین، ۹۱درصد از موارد با خطر متوسط، پس از انجام مداخلات در گروه کم‌خطر و ۷۵درصد از موارد پرخطر، پس از انجام مداخلات، در گروه کم‌خطر و ۱۹درصد در گروه خطر متوسط قرار گرفتند. با استفاده از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی و مقایسه‌ی آن در دو گروه مداخله و شاهد، نتایج زیر به‌دست آمد:

الف- در شروع مطالعه، تفاوت معناداری میان نمره‌ی سلامت روان دو گروه مداخله و شاهد دیده نشد. بیشترین P-value (۰/۶۷۸) مربوط به زیرگروه عملکرد اجتماعی و کم‌ترین (۰/۰۷۳) مربوط به شکایت جسمانی بود.

ب- با شروع مداخلات، حیطه‌ی نشانه‌های جسمانی‌سازی با P-value =۰/۰۰۷، اولین تاثیرات مثبت را نشان داد.

ج- اثرات معنادار در حیطه‌ی عملکرد اجتماعی با P-value =۰/۰۲۹، آخرین محدوده‌ای بود که با ادامه‌ی مداخلات تا پایان ماه ششم پس از زایمان کسب گردید.

بحث

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت است از «احساس رضایت کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناخوشی». مراقبت‌های بهداشتی اولیه، کلید دستیابی به این سطح سلامت است. مراقبت‌های بهداشتی با دسترسی همگانی، مورد قبول جامعه و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت می‌باشد [۱۶]. سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را یکی از ابعاد سلامت می‌شناسد که نشانه‌ی اهمیت و لزوم توجه به آن است. سلامت روان تاثیر به‌سزایی در کیفیت و عملکرد زندگی دارد. کیفیت زندگی، ابعاد متفاوت سلامت و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی افراد را در برمی‌گیرد. این ابعاد در دوران بارداری قابل‌سنجش هستند و سنجش کیفیت زندگی در برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های مادران و نوزادان و تفهیم ضرورت این مراقبت‌ها به سیاست‌گذاران و انجمن‌های مراقبت از سلامت، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که اختلالات روان در دوران بارداری، شایع بوده و عوامل موثر بر سلامت روان مادران باردار، همان عواملی هستند که در ادبیات موضوع نیز موردتوجه قرار گرفته‌اند [۱,۱۷]. از سوی دیگر، تامین دسترسی به خدمات سلامت روان نیز از اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. همچنین، بهبود منافع و استفاده از خدمات سلامت را می‌توان از طریق کاهش هزینه و استفاده از چند مداخله در یک بسته‌ی خدمت سلامتی افزایش داد. لذا ضروری است غربالگری سلامت روان در برنامه‌ی مراقبت‌های خدمات بارداری نیز گنجانده شود. با انجام مداخلات در این مدل، مشکلات جسمانی اولین حیطه‌ای بود که در مادران باردار تاثیر مثبت نشان داد و در پایان مطالعه، با بهبود وضعیت مادران در حیطه‌های اضطراب و افسردگی، دستیابی به ارتقای عملکرد اجتماعی مادران باردار میسر گردید. هدف مطالعه‌ی حاضر، بررسی امکان ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت‌های بارداری بود. جهت دستیابی به این هدف، با طراحی یک مدل، ارایه‌ی این خدمات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور بررسی گردید. طبق مطالعات انجام‌شده، چند مداخله در یک بسته‌ی خدمت، به‌منظور تکمیل یا تقویت یکدیگر قرارداده می‌شوند تا اثر هم‌افزایی میان آن‌ها ایجاد شود. بهره‌گیری از مدل ادغام غربالگری اولیه و ارایه‌ی خدمات سلامت روان در مراقبت‌های بارداری توسط کارکنان سطح اول نظام سلامت، که دوره‌ی آموزشی لازم را گذرانده‌اند، از دقت بالایی برخوردار است [۱۲]. همچنین در پژوهش‌های انجام شده، ارایه‌ی اقدامات توسط سطح اول، منجر به بهبود سلامت روان مادران باردار می‌گردد. از طرفی، ارایه‌ی مجموعه مدل مراقبت‌های ادغام‌یافته توسط کارکنان سطح اول با تمرکز بر گیرنده‌ی خدمت از طریق ارایه‌ی یک بسته‌ی جامع مراقبت، با افزایش رضایتمندی مادران باردار همراه است. همچنین، کاهش تعدد ارایه‌دهندگان و ویزیت‌های مادر، از موارد مطلوب گیرندگان خدمت است [۱۳,۱۵]. در مداخلات بهداشتی اولیه که با استفاده از تامین مالی عمومی انجام می‌گردد، شناسایی و انجام مداخلات توسط کارکنان مراقبت‌های اولیه سلامت، با افزایش بهره‌وری و کاهش صرف منابع همراه است. همچنین، مدل ادغام بهبود کیفیت، خدمات سلامت مادران را در زمان مناسب فراهم می‌نماید [۱۵,۱۸]. کشور ما در پی دستیابی به اهداف توسعه‌ی پایدار است؛ لذا لازم است خدمات سلامت با دیدگاه جامع و مردم‌محور سازمان‌دهی گردد [۱۹]. نظام سلامت می‌تواند با ارایه‌ی خدمات جامع‌تر، به بهبود عملکرد نیز دست‌یابد.

نتیجه‌گیری

مدل ادغام سلامت روان زنان باردار در برنامه‌های مراقبت بارداری می‌تواند اختلالات روان مادران باردار را در اولین مواجه با نظام سلامت، توسط اولین رده‌ی کارکنان شناسایی نماید؛ همچنین، مداخلات طراحی‌شده موجب بهبود سلامت روان مادران باردار می‌گردد. انجام پژوهش بیشتر پیرامون چالش‌های فراروی استقرار مراقبت‌های ادغام‌یافته و یافتن راه‌حل‌های موثر برای مقابله با این چالش‌ها، کمک زیادی به پیاده‌سازی موفق این مدل و انجام مراقبت‌های ادغام‌یافته خواهدکرد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

حال که نتایج این تحقیق نشان داد مدل ادغام سلامت روان در سطح اول مراقبت‌های بارداری می‌تواند در بهبود سلامت مادران باردار موثر باشد، شایسته‌است مدیران ارشد نظام سلامت از هم‌اکنون به اثربخشی مدل ادغام سلامت روان اندیشیده، بستر مناسب جهت ادغام مطلوب و موثر خدمات سلامت روان را شناسایی و فراهم نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر، با همکاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با کد اخلاق ۱۵۸۹۵، در دانشگاه علوم پزشکی کاشان به‌انجام رسید. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از زحمات کلیه‌ی کسانی که ایشان را در اجرای پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1- Forouzandeh N, Delaram M, 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(2).
2- Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy. British Columbia Medical Journal. 2005;47(2):96.
3- Ghasemi A, Taghipoor Anvari R, Birashk B, Moradi Lakeh M. Assessing psychological state of pregnant women admitted to health centers in Tehran (2002). Razi Journal of Medical Sciences. 2003;10(36):585-96.
4- Nazari h, Farhadi a, Jariayani m, Hosseinabadi r, Asgari s, Majidimehr m. Mental health of pregnant women referred to Khorramabad health centers. Yafteh. 2014;16(2):40-8.
5- karamik, mardani a. Relationship between Mental Health and Quality of Life in Pregnant Women. Quarterly Journal of Health Breeze. 2014;2(1):10-7.
6- Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan M-Y, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. American journal of obstetrics and gynecology. 2010;202(1):61. e1-. e7.
7- Patel V, Rahman A, Jacob K, Hughes M. Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. Bmj. 2004;328(7443):820-3.
8- Akhoondzadeh S, Kashani L. Psychiatric disorders and pregnancy. Tehran University Medical Journal TUMS Publications. 2006;64(5):5-14.
9- Pereira PK, Lima LA, Legay LF, de Cintra Santos JF, Lovisi GM. Maternal mental disorders in pregnancy and the puerperium and risks to infant health. World journal of clinical pediatrics. 2012;1(4):20.
10- Lesesne CA, Visser SN, White CP. Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: Associationwith maternal mental health and use of health care resources. Pediatrics. 2003;111(Supplement 1):1232-7.
11- Rahman A, Surkan PJ, Cayetano CE, Rwagatare P, Dickson KE. Grand challenges: integrating maternal mental health into maternal and child health programmes. PLoS medicine. 2013;10(5).
12- Carroll JC, Reid AJ, Biringer A, Midmer D, Glazier RH, Wilson L, et al. Effectiveness of the Antenatal PsychosocialHealth Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. Cmaj. 2005;173(3):253-9.
13- World health Organization . Integrated health services–what and why? .[cited 2008 May 8]. Available from: http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final pdf. 2008.
14- Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. Healthcare quarterly (Toronto, Ont). 2009;13(Spec No):16.
15- Irajpour A, Alavi M, Abdoli S, Saberizafarghandi MB. Challenges of interprofessional collaboration in Iranian mental health services: A qualitative investigation. Iranian journal of nursing and midwiferyresearch. 2012;17(2 Suppl 1):S171-7.
16- Javad Kabir M, Vatankhah S, Delgoshaei B, Ravaghei H, Jafari N, Heidari A, et al. Determinant criteria for designing health benefit package in selected countries. Life Science Journal. 2013;10(3):1392-403.
17- Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Archives of general psychiatry. 2008;65(7):805-15.
18- Hwang W, Chang J, LaClair M, Paz H. Effects of integrated delivery system on cost and quality. Am J Manag Care. 2013;19(5):e175-84.
19- Mousavi SM, Sadeghifar J. Universal health coverage in Iran. The Lancet Global Health. 2016;4(5):e305-e6.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

Design and Evaluation of Mental Health Integration Model in Prenatal Care Programs: A Pilot Study in Kashan University of Medical Sciences

Ali Reza Moravveji[1], MarziehAkhbari[2], Fatemeh Vaseghi[3]*, Maryam Mirzaeeneyestani[4], Zahra Nakhi[5], Fatemeh Sadat Ghoreishi[6], Hossin Malek Afzali[7], Ahamd Ali Noorbala[8], Mamak Shariat[9], Nasrin Abedinia[10], Abbas Ali Nasehi[11], Seyedeh Elham Sharafi[12]

1- MD. Associated Professor of Community & Preventive Medicine, Social Determinants of Health (SDH) Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
2- Ph.D. Student, Persian Medicine , Department of Persian Medicine, School of Persian Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3- Ph.D. Student , Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4- MSc. Health Deputy, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
5- MD. Health Deputy, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
6- MD. Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
7- MD. Professor, Department of Epidemiology and Statistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
8- MD. Professor, Department of Psychiatry, Psychosomatic Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
9- MD. Professor, Department of Pediatrics, Institute of Family Health, Maternal, Fetal and Neonatal Health Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
10- Ph.D. Research Psychologist, Family Health Research, Maternal, Fetal and Neonatal Health Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
11- MD, Psychiatrist, Assistant Professor, Iran Helal Institute of Applied Science and Technology, Tehran, Iran.
12- MD, Psychiatrist, Psychosomatic Fellowship, Assistant Professor of Tehran University of Medical Sciences, Imam Khomeini Hospital, Psychosomatic Research Center, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Health care systems are constantly looking for the best functions. Integrated health care systems have effective solutions for enhancing service quality and reducing health system costs. Mental health integration services aim to identify and treat women who are at high risk of mental disorders. This issue is of high importance for reproductive health and mental health professionals .

Methods: A community-oriented interventional study was designed to evaluate an integrated model of mental health during gestation. The study was conducted on 206 pregnant women (105 in the intervention group and 101 in the control group) referring to Kashan Health and Treatment Centers. The data were collected using the Golomberg questionnaire, GHQ-28 questionnaire, and interviews with mothers and their first-degree family members about their mental health signs and the history of their emotional health. Mothers in the intervention group received psychological interventions. The data were analyzed using SPSS-22 software by the Pierson correlation coefficient and t-test.

Results: Pregnant mothers were classified into high-risk, at-risk, and low-risk groups based on the data collection tools. The necessary actions were provided for each group of mothers based on the models. After psychological interventions in the intervention group, the complaining subscale of somatization significantly reduced compared to the control group. The health of mothers improved after implementing the reproductive health primary care and only 5% of women needed professional levels of intervention.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

Conclusion: The integration of mental health services into primary health care measures during gestation for recognizing mental health disorders of pregnant mothers at the primary level of pregnancy care services can help health care system managers, policymakers, and decision-makers. This method can enhance the health level, reduce the cost of the health care system, and help achieve sustainable development goals.

Keywords: Integration, Mental Health, Pregnancy Cares, GHQ Questionnaire

Please cite this article as follows:

Moravveji AR, Akhbari M, Vaseghi F, et al. Design and Evaluation of Mental Health Integration Model in Prenatal Care Programs (A Pilot study in Kashan University of Medical Sciences). Hakim Health Sys Res. 2020; 113-121.

***Corresponding Author:** Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Tel: (+98)9133639662. E-mail: fgwaseghi@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]