Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

Comparison of Postpartum Depression, Psychological Distress, Resilience, and Psychological Well-Being between Fathers with Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit and Fathers with Healthy Infants

H. Khoshi (MSc)[1], A. Hamidia (MD)[2], M. Ahmadpour-Kacho (MD)[3], M. Haghshenas Mojaveri (MD)[3], H. Gholinia (MSc)[2], M. Faramarzi (PhD)[*3]

1.Department of Psychology, School of Literature and Humanities, Salman Farsi University of Kazerun, Kazerun, I.R.Iran.
2.Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
3.Non-Communicable Pediatric Disease Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.

*Corresponding Author: M. Faramarzi (PhD)
Address: Non-Communicable Pediatric Disease Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
Tel: +98 (11) 32199592. **E-mail:** mahbob330@yahoo.com

Article Type
Research Paper

Received:
Aug 9th 2023
Revised:
Oct 11st 2023
Accepted:
Jan 13rd 2024

ABSTRACT

Background and Objective: Most new fathers experience a lot of stress when their newborn is admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). However, most studies have focused on the needs of mothers. The aim of this study is to compare postpartum depression, psychological distress, resilience, and psychological well-being in new fathers of infants admitted to the NICU and fathers of healthy infants.

Methods: This case-control study was conducted on 120 new fathers in two groups of 60 cases (admitted to the NICU) and 60 controls (with healthy newborns) referring to the NICU and specialized clinics of Shafizadeh and Ayatollah Rouhani Hospitals in Babol. Participants completed the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) with a score range of (0-30), the Ryff's Psychological Wellbeing Scale (RSPWB-18) with a score range of (18-108), the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with a score range of (0-100), and the Brief Symptom Inventory (BSI-18) with a score range of (0-72), and the results were reviewed and compared.

Findings: In the case group, the mean scores of postpartum depression (12.6±4.12 vs. 8.32±1.64) and psychological distress (54.55±10.48 vs. 44.45±7.03) were significantly higher than in the control group ($p<0.001$). Moreover, the scores of psychological well-being (80.66±10.18 vs. 86.73±5.80) and resilience (59.81±10.99 vs. 71.05±34.7) were significantly lower ($p<0.001$). The frequency of postpartum depression symptoms in Edinburgh questionnaire with cut-off point of EPDS≥10 in the group of fathers with infants admitted to the NICU was about 3.5 times that of fathers with healthy infants (46 vs. 12) ($p<0.001$). The results of logistic regression analysis showed that in new fathers with infants admitted to the NICU, the chance of developing depressive symptoms increases 5-fold ($p=0.002$, OR=5.217), which increases with age ($p=0.046$, OR=1.155), but decreases with the increase in resilience ($p=0.001$, OR=0.865).

Conclusion: The results of the study showed that the risk of depression in fathers with infants admitted to the NICU is 5 times higher than fathers with healthy infants. Therefore, timely identification and treatment of postpartum depression is recommended for new fathers with infants admitted to the NICU.

Keywords: *Fathers, Postpartum Depression, Neonatal Intensive Care Unit, Psychological Distress, Psychological Well-Being, Resilience.*

Cite this article: Khoshi H, Hamidia A, Ahmadpour-Kacho M, Haghshenas Mojaveri M, Gholinia H, Faramarzi M. Comparison of Postpartum Depression, Psychological Distress, Resilience, and Psychological Well-Being between Fathers with Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit and Fathers with Healthy Infants. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2025; 27: e6.

[DOI: 10.22088/jbums.27.1.6]

Copyright © 2024 Babol University of Medical Sciences. Published by Babol University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

مقایسه افسردگی پس از زایمان، پریشانی روانی، تاب آوری و بهزیستی روانی در پدران با نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و پدران با نوزاد سالم

حمزه خوشی (MSc)[۱]، آنژلا حمیدیا (MD)[۲]، موسی احمدپور کچو (MD)[۳]،
محسن حق شناس مجاوری (MD)[۳]، همت قلی نیا (MSc)[۲]، محبوبه فرامرزی (PhD)[۳*]

۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران
۲. مرکز تحقیقات عامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر کودکان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

نوع مقاله
مقاله پژوهشی

دریافت:
۱۴۰۲/۵/۱۸
اصلاح:
۱۴۰۲/۷/۱۹
پذیرش:
۱۴۰۲/۱۰/۲۳

چکیده

سابقه و هدف: اغلب پدران جدید، با بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادی (Neonatal Intensive Care Unit= NICU) استرس‌های متعددی را تجربه می‌کنند. با این حال عمده تحقیقات تا به امروز بر روی نیازهای مادران متمرکز شده است. هدف از این مطالعه مقایسه افسردگی پس از زایمان، پریشانی روانی، تاب آوری و بهزیستی روانی در پدران جدید با نوزاد بستری در بخش NICU و پدران با نوزدان سالم می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مورد- شاهدی بر روی ۱۲۰ نفر از پدران جدید در دو گروه ۶۰ نفری مورد (بستری در بخش NICU) و ۶۰ نفری شاهد (دارای نوزاد سالم) مراجعه کننده به بخش‌های (NICU) و درمانگاه‌های تخصصی بیمارستان کودکان شفیع زاده و آیت اله روحانی بابل انجام شد. شرکت کنندگان، پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS) با دامنه نمرات (۳۰-۰)، بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB-18)، با دامنه نمرات (۱۰۸-۱۸) تاب آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC) با دامنه نمرات (۱۰۰-۰) و پرسشنامه فهرست مختصر علایم (BSI-18) با دامنه نمرات (۷۲-۰) را تکمیل کردند و نتایج، مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: در گروه مورد نسبت به شاهد، میانگین نمرات افسردگی پس از زایمان (۴/۱۲±۱۲/۶) در مقابل (۱/۶۴±۸/۳۲) و پریشانی روانی (۱۰/۴۸±۵۴/۵۵) در مقابل (۷/۰۳±۴۵/۴۴) به طور معنی‌داری بیشتر بود (p<۰/۰۰۱). همچنین، نمرات بهزیستی روانشناختی (۱۰/۱۸±۸۰/۶۶) در مقابل (۵/۸۰±۸۶/۷۳) و تاب آوری (۱۰/۹۹±۵۹/۸۱) در مقابل (۷/۳۴±۷۱/۰۵) به طور معنی‌داری کمتر بود (p<۰/۰۰۱). فراوانی علایم افسردگی پس از زایمان با پرسشنامه ادینبورگ و نقطه برش (EPDS≥۱۰) در گروه پدران با نوزاد بستری در بخش NICU، حدود ۳/۵ برابر پدران با نوزاد سالم (۴۶ در مقابل ۱۲ نفر) بود (p<۰/۰۰۱). نتایج تحلیل رگرسیون لوجستیک نشان داد که در پدران جدید با نوزادان بستری در بخش NICU شانس ابتلا به علایم افسردگی ۵ برابر افزایش می‌یابد (p=۰/۰۰۲، OR=۵/۲۱۷) که با افزایش سن بیشتر شده (p=۰/۰۴۶، OR=۱/۱۵۵) اما با افزایش تاب آوری، کاهش می‌یابد (p=۰/۰۰۱، OR=۰/۸۶۵).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که شانس ابتلا به افسردگی در پدران با نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان ۵ برابر پدران با نوزاد سالم می‌باشد. لذا شناسایی و درمان به موقع افسردگی پس از زایمان برای پدران جدید دارای شیرخوار بستری در NICU توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: پدران، افسردگی پس از زایمان، بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، پریشانی روانی، بهزیستی روانشناختی، تاب‌آوری.

استناد: حمزه خوشی، آنژلا حمیدیا، موسی احمدپور کچو، محسن حق شناس مجاوری، همت قلی نیا، محبوبه فرامرزی. مقایسه افسردگی پس از زایمان، پریشانی روانی، تاب آوری و بهزیستی روانی در پدران با نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و پدران با نوزاد سالم. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۴۰۴؛ ۲۷: e۶.

[DOI: 10.22088/jbums.27.1.6]

▣ این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد حمزه خوشی دانشجوی رشته روانشناسی عمومی و طرح تحقیقاتی به شماره ۲۹۵۹۸۶۵ دانشگاه سلمان فارسی کازرون می‌باشد.

* مسئول مقاله: دکتر محبوبه فرامرزی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی بابل، پژوهشکده سلامت، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر کودکان. تلفن: ۰۱۱-۳۲۱۹۹۵۹۲ رایانامه: mahbob330@yahoo.com

مقدمه

در اوایل سال ۲۰۱۹، آکادمی اطفال آمریکا (American Academy of Pediatrics= AAP) اعلامیه‌ای را منتشر کرد مبنی بر اینکه "افسردگی مادر بر کل خانواده اثرگذار است"، بنابراین از متخصصین اطفال خواست تا تشخیص و مدیریت افسردگی پیرامون تولد را در کار با کودکان بگنجانند. همچنین در این بیانیه، AAP افسردگی پس از زایمان پدری (Paternal postpartum depression= PPD) را به عنوان یک مشکل بالینی شناخته شده تایید کرده و متخصصین اطفال را فراخوانده است که غربالگری افسردگی مادران را در ویزیت‌های ۱، ۲، ۴، ۶ ماهگی نوزاد و افسردگی پدران را در ویزیت ۶ ماهگی انجام دهند (۱).

داده‌های همه‌گیر شناسی، شیوع نسبتاً بالایی از افسردگی پدری پس از زایمان را نشان می‌دهد. اگرچه تفاوت‌هایی در فرهنگ‌ها و مکان‌های مطالعه مشاهده شده است اما به طور کلی ۱۳-۸٪ است (۲). هر چند، در ایالات متحده میزان بالاتری از افسردگی پدری قبل و بعد از زایمان (۲۵/۵-۱۴/۱٪) گزارش شد است (۳). علیرغم پیشرفت‌های کنونی که در زمینه سلامت روانی دوران پس از زایمان صورت گرفته، به نظر می‌رسد سلامت عاطفی و روانی پدران جدید از دید پنهان مانده است (۵و۴). به این دلیل که شاید آشکار کردن عصبانیت، ترس و اندوه مربوط به تولد نوزاد می‌تواند به عنوان نشانه ضعف تلقی شود. در نتیجه، اختلالات روانی در پدران جدید اغلب تشخیص داده نمی‌شوند (۷و۶). از سوی دیگر مردان به دلایل فرهنگی، تصویر اجتماعی یا نقش‌های جنسیتی تمایل دارند مشکلات روانی خود را پنهان کنند. آن‌ها به جای درخواست کمک، استرس را از طریق استراتژی‌های «برونی سازی» مانند سیگار کشیدن و فعالیت افراطی در کار یا ورزش تحمل می‌کنند (۱۰-۸).

تجربه داشتن فرزند در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (Neonatal Intensive Care Unit= NICU) اغلب غیر منتظره و آسیب زا است؛ با این حال عمده تحقیقات و تلاش‌های مداخله‌ای تا به امروز بر روی نیازهای مادران متمرکز شده است (۱۲و۱۱). مشخص شده است که پدران نوزادان نارس، ۳ تا ۹ برابر بیشتر از پدران نوزادان سالم در معرض خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان هستند (۱۳). در حالی که تحقیقات رو به رشدی در مورد ناراحتی والدین به طور کلی وجود دارد، اما زمان بسیار کمتری برای رسیدگی به نیازهای منحصر به فرد پدران جدید با نوزاد بستری در (NICU) اختصاص داده شده است. Massoudi و همکاران گزارش کردند که حدود ۹۰٪ از پرستاران بهداشت عمومی اظهار کردند که به ندرت به "استرس پدری" فکر می‌کنند و کمتر از ۲۰٪ آن‌ها پیشنهاد کردند که پدران نیاز به صحبت‌های حمایتی دارند. علاوه بر این، حدود ۵۰٪ از پرستاران بهداشت عمومی نگرش دو سو گرایانه‌ای در مورد ظرفیت مراقبتی پدران در مقایسه با مادران داشتند (۱۴). مردانی که اختلاف بین نقش سنتی تر جنسیت مردانه و انتظارات معاصر از رفتار پدری را در دوران پس از زایمان تجربه می‌کنند، اغلب دچار پریشانی روانی، افسردگی و کاهش بهزیستی روانشناختی می‌شوند (۱۵).

برخی از مطالعات نشان داده است که پدران دارای شیرخوار بستری در بخشNICU از مشکلات روانی بالاتری نسبت به پدران معمولی رنج می‌برند. Petersen و همکاران دریک مطالعه طولی بر روی ۱۰۰۰ مرد نشان دادند که پدران نوزادان نارس به طور قابل توجهی در مقایسه با پدران نوزادان سالم، از میزان اضطراب بالاتر و نمرات کیفیت زندگی پایین‌تری در ۶ هفته پس از تولد برخوردارند (۱۶).

در مطالعه Cajiao-Nieto و همکاران نشان داده شد که پدران نوزادان بستری شده، سطوح بالاتری از افسردگی و اضطراب را در مدت کوتاهی پس از تولد نوزاد تجربه می‌کنند و سطح علایم آن‌ها بالاتر از پدرانی بود که نوزادان سالم داشتند (۱۷). در مطالعه Weigl و همکاران نشان داده شد که مادران و پدران نوزادان بسیار نارس، از نمرات بالاتری از افسردگی، اضطراب و استرس نسبت به والدین نوزادان سالم برخوردارند (۱۸). نتایج به دست آمده از مطالعه McMahon و همکاران حاکی از آن بود که پدران نوزادان بسیار نارس در معرض خطر علایم افسردگی مزمن و اضطراب در سال اول پس از زایمان هستند، که نیاز به غربالگری و حمایت مداوم را برجسته می‌کند (۱۹).

در مطالعه Lonio و همکاران نشان داده شد برای پدران، سن کم نوزاد، سن حاملگی کمتر و وضعیت بدتر نوزاد در بدو تولد، پیش بینی کننده‌های قابل توجهی از استرس و احساسات منفی هستند (۲۰). نتایج به دست آمده از مطالعه Abdullah و همکاران نشان داد والدین با نوزاد بستری در بخش NICU سطوح بالایی از استرس، اضطراب، افسردگی و اختلال خواب را تجربه می‌کنند (۲۱). یافته‌های به دست آمده از مطالعه Helle و همکاران حاکی از آن بود که پدرانی که نوزادان VLBW (Very low Birth weight) داشتند، از نمره اضطراب حالت بالاتری نسبت به پدران نوزادان ترم برخوردار بودند و ۲/۹ برابر بیشتر در معرض خطر علائم اضطراب جزئی عمده در ۴ تا ۶ هفته پس از زایمان بودند. همچنین بسته به اندازه گیری، خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان در پدران ۳ تا ۹ برابر بیشتر بود (۲۲). Kilicli و همکاران نشان دادند که استرس، اضطراب و افسردگی در والدین بسیار بالا است و استرس در مادران ۵٪ افسردگی و استرس در پدران ۳۰٪ اضطراب را پیش بینی می‌کند (۲۳).

Prouhet و همکاران در یک مطالعه مروری سیستماتیک نشان دادند که پدران، محیط NICU را استرس زا می‌دانند و نسبت به پدران نوزادان کامل و سالم استرس بیشتری دارند (۲۴). در مطالعه Carson و همکاران یافته‌ها حاکی از آن بود که خطر ابتلا به پریشانی روانشناختی در پدران نوزادان با نارس

[DOI: 10.22088/jbums.27.1.6]

متوسط، در مقایسه با پدران نوزادان ترم دو برابر بیشتر است (۲۵). همچنین Rimmerman و همکاران، نشان دادند که پدران نوزادان نارس به طور معنی‌داری نمره استرس و افسردگی بیشتر و میزان مشارکت کمتری با کودک در مقایسه با پدران گروه سالم دارند (۲۶). به طور کلی می‌توان گفت اکثر مطالعاتی که بر افسردگی پس از زایمان پدران جدید متمرکز شده اند، مربوط به کشورهایی مثل انگلستان، نروژ یا استرالیا است که سیاست‌های عمومی از مشارکت پدر در فرزند پروری حمایت می‌کنند. در حالی که مطالعات کمی در کشورهایی که نقش پدر جدید هنوز به شدت با نقش تامین کننده خانواده مرتبط است، انجام شده است. بنابراین شاهد یک خلاء پژوهشی در زمینه افسردگی پس از زایمان پدران جدید با نوزاد بستری در بخش‌های مراقبت ویژه هستیم. به طوری که در ایران، مطالعات اندکی بر سلامت روان پدر متمرکز شده‌اند و هیچ تحقیق منتشر شده‌ای، پدران نوزادان ترم را با پدران نوزادان بستری در (NICU) از لحاظ افسردگی پس از زایمان مقایسه نکرده است. لذا هدف از این مطالعه مقایسه افسردگی پس از زایمان، پریشانی روانی، تاب آوری و بهزیستی روانی در پدران جدید با نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و پدران با نوزاد سالم می‌باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه مورد- شاهدی پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد IR.MUBABOL.REC.1401.034 به روش نمونه گیری در دسترس از خرداد تا آبان ۱۴۰۱، بر روی ۱۲۰ پدر جدید مراجعه کننده به بیمارستان‌های کودکان شفیع زاده، آیت اله روحانی و درمانگاه تخصصی بیمارستان کودکان امیرکلا در دو گروه ۶۰ نفری مورد (بستری در بخشNICU) و ۶۰ نفری شاهد (دارای نوزاد سالم) انجام شد. حجم نمونه به استناد فرمول به کار گرفته شده در مطالعه Rimmerman و همکاران (۲۶) ۶۰ نمونه در هر گروه محاسبه گردید.

در گروه مورد، پدران با نوزاد بستری شامل اولین بار تجربه پدر شدن، دارا بودن حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی، رضایت ورود به مطالعه، دارا بودن نوزاد زیر ۶ ماه که سابقه بستری شدن نوزاد در بخش NICU بعد از تولد به علت‌های نارس بودن، بیماری‌های طبی از قبیل زجر تنفسی، تشنج، خونریزی مغزی و زردی وارد مطالعه شدند و شرایط ورود به مطالعه برای گروه شاهد (پدران با نوزاد رسیده سالم) شامل اولین بار تجربه پدر شدن، حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی، رضایت ورود به مطالعه، دارا بودن نوزاد زیر ۶ ماه که در زمان تولد دارای سن بالای ۳۷ هفته و در ظاهر سالم و فاقد بیماری و پس از تولد در بخش NICU بستری نشده، بوده است. افراد گروه کنترل، با گروه مورد همتاسازی (به روش فراوانی) در متغیرهای سن و تحصیلات شدند. شرایط خروج از مطالعه در هر دو گروه، ناهنجاری نوزاد در بدو تولد، داشتن تجارب منفی حوادث مهم زندگی مثل از دست دادن بستگان نزدیک و یا شغل در ۶ ماه گذشته، سابقه اختلالات روانپزشکی شدید مثل اختلال دوقطبی و یا سایکوتیک بر اساس خوداظهاری فرد بود.

محقق با حضور در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی بابل، با پدرانی که منتظر دیدار با متخصص نوزادان در پایان ویزیت بخش NICU بودند، مصاحبه حضوری داشت و شرایط ورود/خروج را بررسی می‌کرد و در صورت احراز شرایط ورود به مطالعه، اهداف مطالعه را به پدران توضیح می‌داد. در صورت رضایت ورود به مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه کتبی، برگه‌های پرسشنامه برای تکمیل به آن‌ها داده می‌شد. شرکت کنندگان گروه شاهد، از میان پدران جدیدی انتخاب می‌شد که برای ویزیت معمول نوزادان خود به درمانگاه‌های کودکان بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی بابل مراجعه می‌کردند.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه تاب آوری (Connor-Davidson Resilience Scale =CD-RISC) (2003, Connor-Davidson): این مقیاس شامل ۲۵ آیتم است که همگی دارای یک محدوده ۵ نقطه‌ای از صفر (اصلاً درست نیست) تا ۴ (تقریباً در همه زمان ها صادق است) را در بر می‌گیرد. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰۰ می‌باشد. نمره بالا در این مقیاس نشانگر تاب آوری روان شناختی بیشتر است. این پرسشنامه دارای ۵ عامل شایستگی شخصی، اعتماد به غرایز، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی می‌باشد. پایایی پرسشنامه به وسیله سازندگان آن (۰/۹۲) و روایی آن (۰/۹۵) گزارش شده است (۲۷). ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، در پژوهش Hosseini و همکاران (۲۸)، در نمونه ۳۶۱ نفری مورد بررسی قرار گرفت که ضرایب آلفاکرونباخ در نمونه فوق ۰/۸۶ محاسبه گردید که حاکی از بالا بودن روایی و پایایی این ابزار در نمونه داخلی است.

پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (Cox و همکاران، ۱۹۸۷) (=Edinburgh postnatal depression scale EPDS): این پرسشنامه دارای ۱۰ گویه است که جهت سنجش افسردگی پدران استفاده شد. هر پاسخ دارای مقداری بین ۳-۰ است. بنابراین نمره مقیاس ادینبورگ بین ۳۰-۰ می‌باشد. نمرات ۰ تا ۹ (عدم افسردگی) و نمره ۱۰ یا بیشتر به عنوان علایم افسردگی در نظر گرفته می شود (۲۹). حساسیت، ویژگی و ارزش اخباری مثبت این ابزار به ترتیب (۸۵٪)، (۷۷٪) و (۸۳٪)گزارش شده است. همچنین پایایی تقسیم- نیمه مقیاس (۰/۸۸) و ضریب آلفا (۰/۸۷) برای کل مقیاس گزارش شد (۲۹). در مطالعه Duan و همکاران، الفای کرونباخ این پرسشنامه برای پدران ۸۳٪ بود (۳۰). برای نسخه فارسی، حساسیت، ویژگی و ضریب آلفا برای پرسشنامه ادینبورگ به ترتیب ۹۵/۳٪، ۸۷/۹٪ و ۰/۸۳ گزارش شد که نشان دهنده اعتبار بالای این ابزار است (۳۱).

[DOI: 10.22088/jbums.27.1.6]

نشانه‌های روانی فرم کوتاه ۱۸ سوالی (Brief Symptom Inventory18= BSI-18) (1983,Derogatis & Melisaratos): این پرسشنامه حاوی ۱۸ گویه با سه بعد جسمانی سازی، افسردگی، اضطراب و شاخص شدت کل بیماری (Global Severity Index= GSI) می‌باشد که پریشانی روانی را می‌سنجد. هر کدام از این ابعاد ۶ گویه را در بر دارد. هر آیتم در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا ۴ (بسیار زیاد) رتبه بندی می‌شوند (۳۲). نمره GSI روانی، مجموع نمرات سه خرده مقیاس است که با پیروی از دستورالعمل‌های امتیاز دهی Derogatis سپس چهار نمره خام به نمره T استاندارد (با میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰) تبدیل می‌شود تا تفسیر را تسهیل کند (۳۳). شرکت کنندگان با نمره T-SCORE بالاتر از ۶۳ در GSI به عنوان نشان دهنده (پریشانی روانی) تشخیص داده می‌شوند (۳۴). در مطالعه Calderon و همکاران، ضرایب آلفا در ابعاد مختلف بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ متغیر بود (۳۴). در مطالعه Akhavan و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای چهار بعد جسمانی سازی ۰/۷۶، افسردگی ۰/۸۵، اضطراب ۰/۸۱ و GSI ۰/۹۰ به دست آمد (۳۵). همچنین ضریب بازآزمایی (با فاصله دو هفته) در ۴ بعد جسمانی سازی، افسردگی، اضطراب و GSI کلی به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۷۵، ۰/۸۲ و ۰/۸۱ گزارش شد که حاکی از اعتبار خوب این ابزار است.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (Ryff scale psychological well – being= RSPWB-18) (1989,Ryff): در این مطالعه فرم کوتاه ۱۸ سوالی ریف جهت سنجش بهزیستی روانی استفاده شد که مشتمل بر ۶ زیرمولفه پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، ارتباط مثبت با دیگران، رشد شخصی، تسلط بر محیط و استقلال می‌باشد. سوالات در یک پیوستار۶ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا۶ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بهتر است (۳۶). در مطالعه Ryff و همکاران، همبستگی مقیاس ۱۸ سوالی با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (۳۶). در مطالعه‌ای که توسط Ryff و همکاران صورت گرفت ضرایب پایایی آزمون- بازآزمایی برای این مقیاس در یک دوره ۶ هفته‌ای برای ابعاد خود پذیری ۰/۸۵، روابط مثبت با دیگران ۰/۸۳، خود مختاری ۰/۸۸، تسلط بر محیط ۰/۸۱، هدف در زندگی ۰/۸۲ و رشد شخصی ۰/۸۱ به دست آمد (۳۷). روایی ایرانی این مقیاس در مطالعه Khanjani و همکاران همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل مناسب بود (۳۸).

داده‌ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS ۲۶ شدند و با شاخص‌های توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های Chi-squared (جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی گروه و جمعیت شناختی، سطح درآمد (زیر ۱۰ میلیون و بالای ۱۰ میلیون)، شغل، تحصیلات و سن) T-Test لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و $p<۰/۰۵$ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته ها

در این پژوهش ۱۲۰ نفر از پدران جدید با نوزاد سالم و بستری در بخش NICU در قالب دو گروه ۶۰ نفری، از لحاظ تاب آوری، افسردگی پس از زایمان، بهزیستی روان شناختی و پریشانی روان شناختی مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. میانگین سن پدران جدید با نوزاد بستری ۴/۱۲±۳۲/۴۸ سال و با نوزاد سالم ۳/۰۹±۳۱/۴۵ سال بود و میانگین سن نوزادان بستری و غیر بستری به ترتیب ۳۰/۹۰±۳۱/۵۰ و ۱۸/۹۸±۲۸/۹۸ هفته محاسبه گردید به لحاظ سطح تحصیلات، ۱۱ نفر (۱۸/۳٪) از پدران با نوزاد بستری و ۸ نفر (۱۳/۳٪) از پدران با نوزاد سالم زیر دیپلم بوده‌اند و به ترتیب ۲۰ نفر (۳۳/۳٪) و ۲۳ نفر (۳۸/۳٪) از پدران جدید با نوزاد بستری و سالم، مدرک کاردانی یا کارشناسی را به خود اختصاص داده بودند. همچنین دو گروه مورد مطالعه در مقاطع تحصیلی دیپلم، ارشد و دکتری از لحاظ تعداد برابر بوده‌اند به این صورت که ۱۸ نفر (۳۰٪) از پدران جدید با نوزاد سالم و بستری در هر یک از گروه‌ها از مدرک تحصیلی دیپلم و ۱۱ نفر (۱۸/۳٪) از پدران جدید هر یک از گروه‌ها از مدرک تحصیلی ارشد یا دکتری برخوردار بوده‌اند.

نتایج آزمون کای دو و T-Test مستقل نشان داد که توزیع متغیرهای دموگرافیک در دو گروه یکسان بوده و تفاوت معنی‌داری بین شرکت کنندگان گروه مورد و شاهد از نظر سن، تحصیلات، شغل، سطح درآمد ماهانه، مشاهده نشد (جدول ۱).

نتایج نشان داد که میانگین نمره افسردگی پس از زایمان برحسب پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ در پدران جدید با نوزاد بستری در NICU (۴/۱۲±۱۲/۶) به طور معنی‌داری بیشتر از پدران جدید با نوزاد سالم (۱/۶۴±۸/۳۲) بود ($p<۰/۰۰۱$). در ضمن، شیوع افسردگی پس از زایمان با پرسشنامه ادینبورگ و نقطه برش (EPDS≥۱۰) در پدران با نوزاد بستری ۴۶ نفر (۷۶/۷٪) و در پدران با نوزاد سالم ۱۲ نفر (۲۰٪) بود که آزمون کای دو نشان داد که فراوانی افسردگی پس از زایمان در پدران جدید با نوزادان بستری در NICU به طور معنی‌داری بیشتر از پدران با نوزادان سالم است ($p<۰/۰۰۱$) (جدول ۲).

[DOI: 10.22088/jbums.27.1.6]

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مطالعه در دو گروه

متغیر	گروه پدران با نوزاد بستری در NICU تعداد(درصد)	پدران با نوزادان سالم تعداد(درصد)	p-value
تحصیلات			
زیر دیپلم	۱۱(۱۸/۳)	۸(۱۳/۳)	۰/۸۷۷*
دیپلم	۱۸(۳۰)	۱۸(۳۰)	
کاردانی و کارشناسی	۲۰(۳۳/۳)	۲۳(۳۸/۳)	
ارشد و دکتری	۱۱(۱۸/۳)	۱۱(۱۸/۳)	
شغل			
آزاد	۵۱(۸۵)	۴۸(۸۰)	۰/۴۷۱*
دولتی	۹(۱۵)	۱۲(۲۰)	
سطح درآمد ماهانه			
کمتر از ۱۰ میلیون	۴۶(۷۶/۷)	۴۶(۷۶/۷)	۰/۹۹*
بالاتر از ۱۰ میلیون	۱۴(۲۳/۳)	۱۴(۲۳/۳)	
جنسیت نوزاد			
پسر	۳۱(۵۱/۷)	۳۲(۵۳/۳)	۰/۸۵۵*
دختر	۲۹(۴۸/۳)	۲۸(۴۶/۷)	
سن (Mean±SD)	۳۲/۴۸±۴/۱۲	۳۱/۴۵±۳/۰۹	۰/۱۷۹**

*آزمون کای دو، **آزمون تی تست مستقل

جدول ۲. مقایسه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	پدران با نوزاد بستری در NICU (Mean±SD)	پدران با نوزادان سالم (Mean±SD)	دامنه نمرات	p-value*
افسردگی پس از زایمان	۱۲/۶±۴/۱۲	۸/۳۲±۱/۶۴	۰-۳۰	<۰/۰۰۱
بهزیستی روانشناختی				
پذیرش خود	۱۳/۴۳±۳/۰۶	۱۴/۸۰±۱/۷۷	۳-۱۸	۰/۰۰۴
هدف در زندگی	۱۴/۱۵±۲/۵۸	۱۵/۳۳±۱/۹۸	۳-۱۸	۰/۰۰۶
ارتباط مثبت با دیگران	۱۳/۴۸±۲/۶۶	۱۴/۲۵±۲/۰۷	۳-۱۸	۰/۰۸۲
رشد شخصی	۱۴±۲/۹۹	۱۵/۳۸±۱/۷۴	۳-۱۸	۰/۰۰۳
تسلط بر محیط	۱۲/۷۰±۲/۴۸	۱۳/۸۱±۱/۷۱	۳-۱۸	۰/۰۰۵
استقلال	۱۲/۹۰±۲/۵۲	۱۳/۱۵±۲/۰۹	۳-۱۸	۰/۵۵۶
کل	۸۰/۶۶±۱۰/۱۸	۸۶/۷۳±۵/۸۰	۱۸-۱۰۸	۰/۰۰۱
تاب آوری				
تصور از شایستگی فردی	۱۸/۸۰±۴/۰۶	۲۲/۳۵±۳/۳۲	۰-۳۲	۰/۰۰۱
اعتماد به غرایز فردی	۱۴/۸۰±۳/۹۴	۱۸/۲۱±۳	۰-۲۸	۰/۰۰۱
پذیرش مثبت	۱۳/۰۶±۲/۶۴	۱۵/۵۳±۱/۷۱	۰-۲۰	۰/۰۰۱
کنترل	۶/۳۵±۱/۹۶	۷/۸۳±۱/۳۲	۰-۱۲	۰/۰۰۱
معنویت گرایی	۶/۸۰±۱/۷۴	۷/۱۱±۰/۹۹	۰-۸	۰/۲۲۵
کل	۵۹/۸۱±۱۰/۹۹	۷۱/۰۵±۷/۳۴	۰-۱۰۰	۰/۰۰۱
پریشانی روانشناختی				
اضطراب	۶/۵۳±۳/۳۹	۴/۰۱±۲/۳۲	۰-۲۴	۰/۰۰۱
افسردگی	۵±۲/۲۰	۳/۸۶±۱/۹۶	۰-۲۴	۰/۰۰۴
جسمانی سازی	۵/۹۰±۲/۸۸	۳/۶۳±۲/۲۹	۰-۲۴	<۰/۰۰۱
کل	۱۷/۴۳±۶/۸۱	۱۱/۵۱±۴/۵۷	۰-۷۲	<۰/۰۰۱
T Score	۵۴/۵۵±۱۰/۴۸	۴۵/۴۴±۷/۰۳	-	<۰/۰۰۱

*آزمون تی تست مستقل

[DOI: 10.22088/jbums.27.1.6]

مقایسه میانگین نمره کل بهزیستی روانشناختی در دو گروه نشان داد پدران جدید با نوزاد بستری (۱۰/۱۸±۸۰/۶۶) به طور معنی‌داری بهزیستی روانشناختی پایین‌تری را نسبت به میانگین پدران جدید با نوزاد سالم (۵/۸۰±۸۶/۷۳) داشتند (p<۰/۰۰۱). بیشترین و کمترین اختلاف میانگین‌ها در دو گروه مورد مطالعه، در زیر مولفه‌های بهزیستی روانشناختی به ترتیب مربوط به رشد شخصی (۲/۹۹±۱۴در برابر ۱/۷۴±۱۵/۳۸) و استقلال (۲/۵۲±۱۲/۹۰ در برابر ۲/۰۹±۱۳/۱۵) بود. لازم به ذکر است که سطح معنی‌داری تفاوت بین میانگین‌های دو گروه مورد مطالعه، در دو زیر مولفه ارتباط مثبت با دیگران و استقلال به ترتیب (p=۰/۰۸۲) و (p=۰/۵۵۶) به دست آمد که هر دو مورد از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری نداشتند. همچنین مقایسه نمره تاب آوری در دو گروه نشان داد که میانگین نمره کل تاب آوری در پدران جدید با نوزاد بستری در NICU (۱۰/۹۹±۵۹/۸۱) به طور معنی داری کمتر از پدران جدید با نوزاد سالم (۷/۳۴±۷۱/۰۵) بود (p<۰/۰۰۱). بیشترین و کمترین اختلاف میانگین‌ها، در دو گروه مورد مطالعه در خرده مقیاس‌های تاب آوری به ترتیب مربوط به تصور از شایستگی فردی (۴/۰۶±۱۸/۸۰ در برابر ۳/۳۲±۲۲/۳۵) و معنویت گرایی (۱/۷۴±۶/۸۰ در برابر ۰/۹۹±۷/۱۱) بود. تنها در خرده مقیاس معنویت گرایی سطح معنی‌داری (p=۰/۲۲۵) به دست آمد که از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (جدول ۲).

در متغیر پریشانی روانی، میانگین کل (T-Score) برای پدران جدید با نوزاد بستری (۱۰/۴۸±۵۴/۵۵) به طور معنی‌داری بیشتر از نوزادان سالم (۷/۰۳±۴۵/۴۴) بود (p<۰/۰۰۱). بیشترین و کمترین اختلاف میانگین‌ها، در دو گروه مورد مطالعه، در زیر مولفه‌های پریشانی روانی به ترتیب مربوط به اضطراب (۳/۳۹±۶/۵۳ در برابر ۲/۳۲±۴/۰۱) و افسردگی (۲/۲۰±۵ در برابر ۱/۹۶±۳/۸۳) بود (جدول ۲).

جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون لوجستیک را نشان می‌دهد که در آن عامل نمره افسردگی پس از زایمان ۱۰ و بالاتر در پدران جدید، به عنوان متغیر ملاک و عامل سن پدر، تحصیلات، بستری یا عدم بستری و نمره تاب آوری به عنوان متغیرهای پیش بین انتخاب شدند. در کل ۱۲۰ نفر در تحلیل وارد شدند و مدل کامل به طور معنی‌داری پایا بود (X^2=۶۸/۲۷، df=۴، p<۰/۰۰۱). این مدل با پیش بینی درست (۸۸/۷٪) از پدران جدیدی که نمره افسردگی پس از زایمان کمتر از ۱۰ دریافت نمودند و پیش بینی درست (۷۹/۳٪) برای پدران جدیدی که نمره افسردگی پس از زایمان ۱۰ و بالاتر کسب کردند، از اعتبار قابل قبولی برخوردار بود در کل پیش بینی درست مدل (۸۴/۲٪) محاسبه گردید.

مقادیر ضرایب نشان می‌دهد پدرانی که دارای نوزادان بستری در بخش NICU بودند، بیش از ۵ برابر (p=۰/۰۰۲، OR=۵/۲۱۷) شانس ابتلا به افسردگی دارند. در مورد متغیر سن معلوم گردید که افزایش هر سال سن با افزایش شانس افسردگی پس از زایمان همراه است (p=۰/۰۴۶، OR=۱/۱۵۵) و یا به عبارتی دیگر می‌توان گفت که با یک واحد افزایش سن پدر جدید، ۱۵٪ احتمال افسردگی بیشتر می‌شود. همچنین افزایش نمره در تاب آوری به طور معنی‌داری با کاهش شانس افسردگی همراه بود (p=۰/۰۰۱، OR=۰/۸۶۵). به عبارتی دیگر با یک واحد افزایش در نمره تاب آوری ۱۴٪ احتمال افسردگی کاهش پیدا می‌کند. به هر حال، نقش سطح تحصیلات، از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (p=۰/۴۹۹، OR=۰/۷۰۱) (جدول ۳).

جدول ۳. خلاصه نتایج رگرسیون لوجستیک جهت پیش بینی متغیر افسردگی

متغیر	β	Wald	Df	P	OR	حد بالا	حد پایین
گروه (بستری/عدم بستری)	۱/۶۵	۱۰/۰۱	۱	۰/۰۰۲	۵/۲۱۷	۱۴/۵۱	۱/۸۷
سن	۰/۱۴	۴/۶۶	۱	۰/۰۴۶	۱/۱۵۵	۱/۳۳	۱/۰۹
تاب آوری	-۰/۱۴	۱۶/۶۵	۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۵	۰/۹۲	۰/۸۰
تحصیلات (دانشگاهی/ دیپلم و پائین‌تر)	-۰/۳۵	۰/۴۵	۱	۰/۴۹۹	۰/۷۰۱	۱/۹۶	۰/۲۴

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که نمرات افسردگی در گروه پدران جدید با نوزاد بستری به طور معنی‌داری بیشتر از گروه پدران جدید با نوزاد سالم است. همچنین، فراوانی علایم افسردگی در پدران جدید با نوزادان بستری در بخش NICU، ۳/۵ برابر پدران با نوزاد سالم بود. این یافته با نتایج به دست آماده از مطالعات Cajiao-Nieto و همکاران (۱۷)، Rimmerman و همکاران (۲۶)، McMahon و همکاران (۱۹)، Helle و همکاران (۲۲) و Weigl و همکاران (۱۸) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته مشابه با نتایج به دست آمده از مطالعه Doering و همکاران (۳۹) باید گفت انتظار داشتن یک نوزاد، یک تجربه عاطفی بالقوه برای پدران منتظر است، آن‌ها اغلب از اینکه نوزادی در راه است، خوشحال هستند و تصور می‌کنند که نوزاد را پس از تولد به خانه می‌برند، اما مشکلات غیر منتظره‌ای چون زایمان زود هنگام، وزن خیلی کم و بستری شدن نوزاد در بخش NICU می‌تواند سطح افسردگی و پریشانی روانشناختی را در پدران جدید افزایش دهد. این مسئله زمانی تشدید پیدا می‌کند که یک پدر جدید به طور همزمان هم تحت تاثیر شکنندگی پزشکی نوزادش و هم تحت تاثیر

[DOI: 10.22088/jbums.27.1.6]

منفی ناراحتی شریک زندگی خود قرار گیرد. عامل دیگر در رابطه با افسردگی پس از زایمان پدران با نوزاد بستری می‌تواند این باشد که ذهن پدر فراتر از زمان حال به مشکلات و عوارض سلامتی آینده نوزاد سرگردان می‌شود. مشکلات مربوط به نوزادان، ممکن است با افزایش درگیری‌های زناشویی، بی‌ثباتی اجتماعی–اقتصادی، ترس از دست دادن شغل (به علت مرخصی گرفتن‌های پی در پی برای رفتن به بیمارستان)، احساس شرم در بین دوستان، خانواده و جامعه همراه باشد. از طرف دیگر، نداشتن بیمه درمانی مناسب، بالا بودن هزینه‌های درمان و اقامت در بخش مشکلات مربوط به سلامت روان پدران را دو چندان خواهد کرد و زمینه ساز افسردگی پس از زایمان در پدران جدید خواهد شد. در نهایت، عدم آمادگی برای پدر شدن و بستری نوزاد در بیمارستان ممکن است همراه با غم و اندوه و انزوا باشد که همگی باعث ایجاد شرایط عاطفی بسیار نگران کننده برای پدران می‌شود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که نمرات پریشانی روانی در گروه پدران جدید با نوزاد بستری به طور معنی‌داری بیشتر از گروه پدران جدید با نوزاد سالم است. این یافته با نتایج به دست آمده از مطالعات Carson و همکاران (۲۵)، Mahmoodi و همکاران (۴۰)، Prouhet و همکاران (۲۴)، Weigl و همکاران (۱۸) و Shahkolahi و همکاران (۴۲و۴۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته باید گفت که محیط پیشرفته NICU که در برگیرنده مانیتورها و لوله‌های تنفسی است، مشاهده وضعیت ظاهری نوزاد که به دستگاه‌های مختلف متصل است، همچنین بکار بردن اصطلاحات پیشرفته پزشکی، می‌تواند سبب افزایش سردرگمی و پریشانی روانی در پدران جدید شود. از سوی دیگر باید به این نکته توجه داشت که تمرکز برنامه‌های مراقبت‌های دوران پس از زایمان در درجه اول معطوف به نیازها و نگرانی‌های مادر است و این اولویت داشتن نیازهای مادر و افزایش توجه کادر پرسنل بخش NICU نسبت به خواسته‌های او، زمینه ساز ایجاد یک حس طرد شدگی و پریشانی روانشناختی در پدران جدید می‌شود.

این پژوهش نشان داد که نمرات بهزیستی روانشناختی در گروه پدران جدید با نوزاد بستری به طور معنی‌داری کمتر از گروه پدران جدید با نوزاد سالم است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، مطالعات زیادی همبستگی منفی بین شش بعد بهزیستی روانشناختی ریف و افسردگی را هم در نمونه‌های غیر بالینی (۴۴و۴۳) گزارش کردند و هم در افرادی که در حال حاضر در حال بهبودی از یک بیماری روانی هستند (۴۶و۴۵). می‌توان گفت مشارکت ندادن پدران در مراقبت از نوزاد توسط پرستاران، عدم مشورت به پدران در تصمیم گیری‌های مهم در ارتباط با سلامتی نوزاد، عدم ابراز همدردی و همدلی با پدر توسط پرسنل بخش می‌تواند صدمات جبران ناپذیری بر سلامت بهزیستی روانشناختی پدران جدید وارد کند. بعد تسلط بر محیط به طور قابل توجهی بر تغییرات علایم افسردگی پس از زایمان پدران جدید تاثیر می‌گذارد، اجازه دادن به پدران جدید برای مشارکت در مراقبت از نوزادشان به روش معنی‌داری می‌تواند مؤثر باشد (به عنوان مثال اجازه دادن به پدران جدید برای کمک به پرستاران در تغذیه یا حمام کردن نوزادشان و مشارکت دادن پدران در تصمیم گیری در مورد سلامتی نوزاد)، ممکن است به کاهش سریع‌تر ناراحتی آن‌ها کمک کند. در تبیین دیگر باید گفت افسردگی دارای یک مؤلفه شناختی است که با دید منفی نسبت به خود، تجربیات و زندگی مشخص می‌شود. به این ترتیب ممکن است تسلط بر محیط به دلیل مؤلفه‌های شناختی آن، تاثیر بسیار بیشتری بر افسردگی داشته باشد.

این پژوهش نشان داد که نمرات تاب آوری در گروه پدران جدید با نوزاد بستری به طور معنی‌داری کمتر از گروه پدران جدید با نوزاد سالم است. همچنین، با افزایش تاب آوری، شانس بروز افسردگی پس از زایمان کاهش می‌یابد. ظرفیت تاب آوری ویژگی‌های روانشناختی مثبتی است که پدران جدید از آن برخوردارند که ممکن است عوامل استرس زای تجربه NICU را مهار کرده و دوره پریشانی روانشناختی پدران جدید را تعدیل کند. یافته‌های این پژوهش با نتیجه برخی از مطالعات که نشان می‌دهند تاب آوری با علایم افسردگی و اضطراب همبستگی منفی دارد، همسو می‌باشد (۴۹–۴۷). در تبیین این یافته باید گفت که بستری شدن نوزاد در بخش تنش‌های زیادی را برای پدران جدید به دنبال خواهد داشت. در این برهه، استرس فزآینده‌ای که پدران تجربه می‌کنند، می‌تواند به این دلیل باشد که پدران در درک رفتارهای نوزادان خود مشکلات قابل توجهی دارند و استرس را از منابع مختلف تجربه می‌کنند و به دلیل نامشخص بودن تشخیص و درمان نوزاد، درک بالاتری از عدم کنترل دارند که این مسئله به نوبه خود می‌تواند مانع از بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با رویدادهای استرس زایی چون بستری شدن نوزاد در بخش شود (۵۰). از طرف دیگر کمبود منابع و مشکلات در تطبیق انتظارات خود با دیگران در رابطه با پدر شدن و همچنین وجود برخی از عقاید مردانگی که اغلب حضور منسوخ شده پدر را به عنوان نان آور خانواده تقویت می‌کند، می‌تواند منشأ احساس تنهایی و ناتوانی باشد، که معمولاً با افزایش اضطراب، کاهش عزت نفس و درک پایین تری از کارآمدی و ارزش همراه است. باید به این نکته توجه داشت که به دلیل بیماری همه گیر کرونا، سیاست‌های سخت گیرانه‌ای توسط بیمارستان‌ها به منظور جلوگیری از افزایش شیوع کرونا تدوین شد که یکی از این موارد جلوگیری از ورود پدران به بخش NICU و عدم ملاقات با نوزاد خود بود. در پژوهش ما اکثر پدران گزارش نمودند که بیماری همه گیر کرونا، به طور غیر مستقیم از طریق تاثیر محدودیت‌ها بر تجربه والد شدن و دید و بازدیدهای خانوادگی، تاثیر مخربی را بر سلامتی عاطفی پدران جدید گذاشته است که این مسئله به نوبه خود با سطوح پایین‌تر تاب آوری و بکارگیری راهبردهای سازگارانه همراه بود.

این تحقیق، به رغم داشتن نقاط مثبت فراوان از جمله اولین تحقیق علایم افسردگی پدران با نوزاد بستری NICU در ایران، با محدودیت‌هایی همراه بوده است. یکی از محدودیت‌ها در این مطالعه این بود که به علایم افسردگی بر اساس پرسشنامه پرداخته شد و از تشخیص استفاده نشد. توصیه می‌شود که در مطالعات بعدی، از مصاحبه ساختار یافته بالینی برای تشخیص افسردگی پدران جدید با نوزاد بستری در بخش NICU استفاده شود. محدودیت بعدی این بود

[DOI: 10.22088/jbums.27.1.6]

که این مطالعه فقط در یک شهر از استان مازندران انجام شد که ممکن است نتایج آن به امکانات بیمارستانی یا دانشگاهی ارتباط داشته باشد. بنابراین، توصیه می‌شود که مطالعات بعدی چند مرکزی در چند شهر و دانشگاه انجام شود. از محدودیت‌های دیگر این بود که به علت مقطعی بودن نوع مطالعه، از تغییرات علایم افسردگی در طول زمان اطلاعی نداریم. بنابراین، توصیه می‌شود که مطالعات طولی برای افسردگی پدران جدید، صورت گیرد تا تغییرات و عوارض در طول زمان سنجیده شود.

این مطالعه کاربردهای بالینی برای حوزه‌های مختلف علوم پزشکی دارد. این نتایج، به متخصصین اطفال توصیه می‌کند که غربالگری افسردگی پس از زایمان را نه تنها برای مادران بعد از زایمان، بلکه برای تمامی پدران، به خصوص پدران جدید دارای نوزاد بستری در بخش NICU را در برنامه‌های مراقبتی از نوزادان و یا ویزیت‌های زنان باردار قرار دهند. این مطالعه به متخصصین زنان و زایمان و ماماها توصیه می‌کند که در ویزیت‌های پس از زایمان، شناسایی افسردگی پدران را نیز توامان با برنامه‌های غربالگری اختلالات روانی زنان انجام دهند. این نتایج به پرستاران به خصوص شاغل در بخش‌های NICU توصیه می‌کند که برقراری آسایش، امنیت و حمایت‌های اطلاعاتی و روانی پدران با نوزاد بستری در بخش را همزمان با مادران نوزادان، مورد توجه قرار دهند.

نتایج مطالعه نشان داد که در پدران جدید با نوزاد بستری در بخش NICU نسبت به پدران با نوزادان سالم، میانگین نمرات افسردگی پس از زایمان و پریشانی روانی بالاتر است، اما نمرات بهزیستی روانشناختی و تاب آوری پایین‌تر می‌باشد. همچنین، فراوانی علایم افسردگی پس از زایمان در گروه پدران با نوزاد بستری در بخش NICU، حدود ۳/۵ برابر پدران با نوزاد سالم می‌باشد. با توجه به نتایج به دست آمده، توصیه می‌شود که سیستم مراقبت‌های بهداشتی، یک برنامه آموزشی منحصر به فرد برای پدران نوزادان بستری در NICU ایجاد کنند. این آموزش می‌تواند شامل مداخله در بحران، افزایش آگاهی پدران از نقش مهم خود در این مرحله و ارائه دانش و مهارت‌های اولیه در مورد نحوه تعامل با نوزاد باشد.

تضاد منافع: نویسندگان مقاله هیچ گونه تضاد منافعی را گزارش نکردند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از دانشگاه سلمان فارسی کازرون به جهت حمایت مالی از تحقیق، همچنین از پرستاران بخش‌های NICU بیمارستان‌های شفیع زاده امیرکلا و آیت اله روحانی بابل که پدران را جهت شرکت در این مطالعه ترغیب نمودند، قدردانی می‌گردد.

[DOI: 10.22088/jbums.27.1.6]

References

1.Walsh TB, Davis RN, Garfield C. A Call to Action: Screening Fathers for Perinatal Depression. Pediatrics. 2020;145(1):e20191193.

2.Rao WW, Zhu XM, Zong QQ, Zhang Q, Hall BJ, Ungvari GS, et al. Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. J Affect Disord. 2020;263:491-9.

3.Nishimura A, Fujita Y, Katsuta M, Ishihara A, Ohashi K. Paternal postnatal depression in Japan: an investigation of correlated factors including relationship with a partner. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:128.

4.Kennedy E, Munyan K. Sensitivity and reliability of screening measures for paternal postpartum depression: an integrative review. J Perinatol. 2021;41(12):2713-21.

5.Pedersen SC, Maindal HT, Ryom K. "I Wanted to Be There as a Father, but I Couldn't": A Qualitative Study of Fathers' Experiences of Postpartum Depression and Their Help-Seeking Behavior. Am J Mens Health. 2021;15(3):15579883211024375.

6.Bruno A, Celebre L, Mento C, Rizzo A, Silvestri MC, De Stefano R, et al. When Fathers Begin to Falter: A Comprehensive Review on Paternal Perinatal Depression. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(4):1139.

7.Jones HH. Paternal Perinatal Psychopathology and Stigma Related to NICU Admission [Doctoral Thesis]. Colorado, Denver: University of Denver; 2023.

8.Misri SK. History of Postpartum Psychiatric Disorders: Don’t Forget the Dads. In: Misri SK, editor. Paternal Postnatal Psychiatr Illnesses: A Clinical Case Book. Springer Cham; 2018. p.10.

9.Musser AK, Ahmed AH, Foli KJ, Coddington JA. Paternal postpartum depression: what health care providers should know. J Pediatr Health Care. 2013;27(6):479-85.

10.Shafian AK, Mohamed S, Nasution Raduan NJ, Hway Ann AY. A systematic review and meta-analysis of studies validating Edinburgh Postnatal Depression Scale in fathers. Heliyon. 2022;8(5):e09441.

11.Filippa M, Saliba S, Esseily R, Gratier M, Grandjean D, Kuhn P. Systematic review shows the benefits of involving the fathers of preterm infants in early interventions in neonatal intensive care units. Acta Paediatr. 2021;110(9):2509-20.

12.Baldoni F, Ancora G, Latour JM. Being the Father of a Preterm-Born Child: Contemporary Research and Recommendations for NICU Staff. Front Pediatr. 2021;9:724992.

13.Kim P, Swain JE. Sad dads: paternal postpartum depression. Psychiatry (Edgmont). 2007;4(2):35-47.

14.Massoudi P, Hwang CP, Wickberg B. How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. J Affect Disord. 2013;149(1-3):67-74.

15.Singley DB, Edwards LM. Men’s perinatal mental health in the transition to fatherhood. Prof Psychol Res Pract. 2015;46(5):309-16.

16.Petersen IB, Quinlivan JA. Fatherhood too soon. Anxiety, depression and quality of life in fathers of preterm and term babies: a longitudinal study. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2021;42(2):162-7.

17.Cajiao-Nieto J, Torres-Giménez A, Merelles-Tormo A, Botet-Mussons F. Paternal symptoms of anxiety and depression in the first month after childbirth: A comparison between fathers of full term and preterm infants. J Affect Disord. 2021;282:517-26.

18.Weigl T, Schneider N, Stein A, Felderhoff-Müser U, Schedlowski M, Engler H. Postpartal Affective and Endocrine

[DOI: 10.22088/jbums.27.1.6]

Differences Between Parents of Preterm and Full-Term Infants. Front Psychiatry. 2020;11:251.
19.McMahon GE, Anderson PJ, Giallo R, Pace CC, Cheong JL, Doyle LW, et al. Mental Health Trajectories of Fathers Following Very Preterm Birth: Associations With Parenting. J Pediatr Psychol. 2020;45(7):725-35.
20.Ionio C, Mascheroni E, Colombo C, Castoldi F, Lista G. Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: identifying risk factors for early interventions. Prim Health Care Res Dev. 2019;20:e81.
21.Al Maghaireh DF, Abdullah KL, Chong MC, Chua YP, Al Kawafha MM. Stress, Anxiety, Depression and Sleep Disturbance among Jordanian Mothers and Fathers of Infants Admitted to Neonatal Intensive Care Unit: A Preliminary Study. J Pediatr Nurs. 2017;36:132-40.
22.Helle N, Barkmann C, Ehrhardt S, von der Wense A, Nestoriuc Y, Bindt C. Postpartum anxiety and adjustment disorders in parents of infants with very low birth weight: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. J Affect Disord. 2016;194:128-34.
23.Kılıçlı A, Saraçoğlu G, Çetinkaya Büyükbodur A. Stress, Anxiety, and Postpartum Depression in Parents with Premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit. Florence Nightingale J Nurs. 2023;31(2):82-90.
24.Prouhet PM, Gregory MR, Russell CL, Yaeger LH. Fathers' Stress in the Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review. Adv Neonatal Care. 2018;18(2):105-20.
25.Carson C, Redshaw M, Gray R, Quigley MA. Risk of psychological distress in parents of preterm children in the first year: evidence from the UK Millennium Cohort Study. BMJ Open. 2015;5(12):e007942.
26.Rimmerman A, Sheran H. The transition of Israeli men to fatherhood: a comparison between new fathers of pre-term/full-term infants. Child Fam Soc Work. 2001;6(3):261-7.
27.Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-82.
28.Hosseini SA, Mohammadi H, Saadat Z. Investigating the psychometric properties of the Cognitive Resilience Scale in a sample of Iranian society. Q Educ Meas. 2021;11(42):125-50. [In Persian]
29.Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.
30.Duan Z, Wang Y, Jiang P, Wilson A, Guo Y, Lv Y, et al. Postpartum depression in mothers and fathers: a structural equation model. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):537.
31.Mazhari S, Nakhaee N. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Iranian sample. Arch Womens Ment Health. 2007;10(6):293-7.
32.Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. Psychol Med. 1983;13(3):595-605.
33.Prelow HM, Weaver SR, Swenson RR, Bowman MA. A preliminary investigation of the validity and reliability of the Brief-Symptom Inventory-18 in economically disadvantaged Latina American mothers. J Community Psychol. 2005;33(2):139-55.
34.Calderon C, Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U, Hernández R, Oporto-Alonso M, Jiménez-Fonseca P. Factor structure and measurement invariance of the Brief Symptom Inventory (BSI-18) in cancer patients. Int J Clin Health Psychol. 2020;20(1):71-80.
35.Akhavan Abiri F, Shairi MR. Short Forms of Symptom Checklist (SCL): Investigation of validity & Reliability. J Clin Psychol Pers. 2020;18(1):137-62. [In Persian]

[DOI: 10.22088/jbums.27.1.6]

36.Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989;57(6):1069-81.
37.Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. Soc Sci Res. 2006;35(4):1103-19.
38.Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri A. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. Thought Behav Clin Psychol. 2014;8(32):27-36. [In Persian]
39.Doering LV, Moser DK, Dracup K. Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. Neonatal Netw. 2000;19(5):15-23.
40.Mahmoodi H, Golboni F, Nadrian H, Zareipour M, Shirzadi S, Gheshlagh RG. Mother-Father Differences in Postnatal Psychological Distress and Its Determinants in Iran. Open Access Maced J Med Sci. 2017;5(1):91-6.
41.Shahkolahi Z, Abdeyazdan Z, Mehrabi T, Hajiheidari M. Supporting fathers of premature infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Iran J Crit Care Nurs. 2014;7(1):31-40.
42.Shahkolahi Z, Mahdavi Lenji Z, Jafari-Mianaei S. Challenging Experiences of the Fathers of the Premature Infants Admitted in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Iran J Neonatol. 2018;9(1):53-9.
43.Liu Q, Shono M, Kitamura T. Psychological well-being, depression, and anxiety in Japanese university students. Depress Anxiety. 2009;26(8):E99-105.
44.Ruini C, Ottolini F, Rafanelli C, Tossani E, Ryff CD, Fava GA. The relationship of psychological well-being to distress and personality. Psychother Psychosom. 2003;72(5):268-75.
45.Fava GA, Rafanelli C, Ottolini F, Ruini C, Cazzaro M, Grandi S. Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. J Affect Disord. 2001;65(2):185-90.
46.Rafanelli C, Park SK, Ruini C, Ottolini F, Cazzaro M, Fava GA. Rating well-being and distress. Stress Med. 2000;16(1):55-61.
47.Okito O, Yui Y, Wallace L, Knapp K, Streisand R, Tully C, et al. Parental resilience and psychological distress in the neonatal intensive care unit. J Perinatol. 2022;42(11):1504-11.
48.Sardella A, Lenzo V, Basile G, Musetti A, Franceschini C, Quattropani MC. Gender and Psychosocial Differences in Psychological Resilience among a Community of Older Adults during the COVID-19 Pandemic. J Pers Med. 2022;12(9):1414.
49.Long AC, Kross EK, Curtis JR. Family-centered outcomes during and after critical illness: current outcomes and opportunities for future investigation. Curr Opin Crit Care. 2016;22(6):613-20.
50.Binder WS, Zeltzer LK, Simmons CF, Mirocha J, Pandya A. The father in the hallway: posttraumatic stress reactions in fathers of NICU babies. Psychiat Ann. 2011;41(8):396-402.

[DOI: 10.22088/jbums.27.1.6]