● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره دهم، شمارهٔ ۳، مرداد – شهریور ۱۳۸۷، صفحه ۷۵-۶۷

فراوانی علائم افسردگی قبل و پس از زایمان و رابطه آن با برخی از عوامل موثر (بابل، ۸۵-۱۳۸۴)

هاجر سلملیان*[۱]، فاطمه نصیری امیری[۱]، فرزان خیرخواه[۲]

۱- عضو هیأت علمی گروه پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: افسردگی پس از زایمان سلامت مادر را به خطر انداخته و بر ارتباطات اجتماعی او و تکامل نوزاد اثرات منفی دارد. نشانه‌های افسردگی در ۵۰٪ از زنانیکه دچار افسردگی پس از زایمان می‌شوند در زمان بارداری هم وجود دارد. این مطالعه به منظور شناسایی علائم افسردگی و عوامل مؤثر بر آن طی دوران بارداری و پیشگیری از عوارض احتمالی خانوادگی و فردی افسردگی پس از زایمان انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی بر روی ۲۶۳ خانم باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل انجام شد. همه افراد پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مامایی و تست استاندارد بک در سه ماههٔ آخر بارداری و ٤ تا ٨ هفته بعد از زایمان را تکمیل نمودند. میزان افسردگی افراد براساس نمره به سه دسته غیرافسرده، افسردگی خفیف و افسردگی متوسط تقسیم شد. جهت تجزیه و تحلیل یافته های این پژوهش از آزمون های آماری ویلکاکسون و رگرسیون خطی استفاده گردید.

یافته ها: میانگین نمره علائم افسردگی قبل از زایمان ۶/٤±۱۸/۷ و بعد از زایمان ۷/۵±۲۰/٤ بوده است که تفاوت معنی داری نداشتند. بین سن زن، شغل و تحصیلات همسر، رتبهٔ حاملگی، کفایت درآمد خانواده، نگرانی پرداخت هزینهٔ زایمان، سابقهٔ سقط جنین، واکنش نسبت به حاملگی، عارضه در حاملگی فعلی و نتیجهٔ حاملگی قبلی، وآموزش مادر در مورد زایمان در مراقبتهای دوران بارداری با افسردگی قبل و بعد از زایمان رابطه معنی داری وجود داشت (p=۰/۰۰۱). هم چنین بین نحوهٔ زایمان، منافات داشتن نوزاد با منافع مادر و عوارض بعد از زایمان با افسردگی بعد از زایمان رابطه معنی داری دیده شد (p=۰/۰۰۱)، ولی بین شغل زن و محل سکونت با افسردگی قبل و بعد از زایمان رابطهٔ معنی داری مشهود نبود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه مشخص شد که بارداری زمان مناسبی برای غربالگری مادران در معرض خطر افسردگی پس از زایمان می باشد وبا توجه به اثرات سوء این اختلال بر خانواده، دست اندر کاران بهداشتی باید توجه بیشتری به عوامل موثر بر این اختلال مبذول دارند.

واژه های کلیدی: *افسردگی، زایمان، تست بک.*

دریافت: ۸۶/۱۲/۱۵، ارسال جهت اصلاح: ۸۷/۲/۱۸، پذیرش: ۸۷/۴/۱۹

مقدمه

افسردگی یکی از شایع ترین بیماری های روانی در میان جوامع مختلف می باشد و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۲۰ به عنوان دومین بیماری شایع پس از بیماریهای قلبی – عروقی قرار گیرد و ۱۵ درصد کل بیماریها را شامل شود (۱). از شایع ترین بیماریهای روانی بوده و تعداد مبتلایان در جهان، در هر مقطعی از زمان در حدود ۳۴۰ میلیون نفر تخمین زده شده است. افسردگی در میان ۱۵ بیماری رده اول، در سال ۱۹۹۰ در رتبه چهارم قرار داشت. از آنجا که تعداد مبتلایان به این بیماری رو به افزایش است، چنین برآورد شده است که در سال ۲۰۲۰ در مرتبه دوم قرار گیرد (۱). یکی از مباحث جالب در علم روانپزشکی، تفاوتهای وابسته به جنس در ابتلاء به اختلالات روانی می باشد. ابتلاء به افسردگی در شکلهای مختلف در بین زنان شایعتر از مردان است. حوادث مربوط

▣ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۱۳۸۲٤۲/۱۳۷ از اعتبارات دانشگاه علوم پزشکی بابل تأمین شده است.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.3.10.2]

به سیکل باروری تا حد زیادی مسئول مشکلات عاطفی زنان شناخته شده است. ازدواج، حاملگی، زایمان و سازگاری با یک نوزاد را شاید بتوان حساسترین مرحله رشد زندگی یک زن دانست (۲). بارداری علی رغم آنکه اغلب شور و اشتیاق زائدالوصفی ایجاد می‌کند برای اکثر زنان تنش زا است. از هر ۸ نفر انسان ۱ نفر از افسردگی رنج می برد و این رقم برای زنان تقریباً ۲ برابر است (۳). مادر باید با شرایط جدید تطبیق یابد. در حقیقت هیچ واقعه ای در زندگی انسان همانند زمان تولد نوزاد و ورود فرد جدید به خانواده نیاز به تغییر سریع در شیوه زندگی و نقش عملکرد فرد ندارد (۴). افسردگی را مادران رفتن به دروازه های جهنم و بدترین کابوس شبانه توصیف کرده اند (۵). زنان در هنگام حاملگی بیش از دورهٔ پس از زایمان مستعد ابتلا به افسردگی هستند (۶). افسردگی در زمان بارداری اگر به موقع تشخیص داده نشود می تواند اثرات منفی شدیدی روی تعامل مادر و نوزاد داشته و چون مادر کانون اصلی محیط اجتماعی کودک در سال اول زندگی می باشد، لذا شناسایی و پیشگیری به موقع از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۷).

تحقیقات نشان داد ۱۵-۱۰٪ زنانیکه اخیراً زایمان کرده اند یک اختلال افسردگی غیر سایکوتیک پس از زایمان را بروز خواهند داد (۳). دپرسیون بعد از زایمان بزرگترین عذاب زنان بوده و بر ارتباطات اجتماعی و تکامل نوزاد نتایج منفی دارد (۸). زنان افسرده تمایل دارند که مشکلاتشان را بزرگ جلوه دهند، در نتیجه اعضاء خانواده ممکن است ارتباطشان را با آنها کاهش دهند و بر مادر افسرده فشار آورند، در حالیکه او در این شرایط بیشتر نیاز به حمایت دارد (۹). عدم تشخیص افسردگی غالباً در مراکز مراقبتهای اولیه، جایی که بیشترین خدمات پزشکی ارائه می‌گردد، رخ می دهد (۳). با توجه به اینکه افسردگی پس از زایمان بعنوان یک معضل خانوادگی و اجتماعی محسوب می شود و با توجه به چند عاملی بودن این بیماری، شناسایی و کاهش هر یک از عوامل مؤثر می تواند احتمال افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد. لذا بر آن شدیم تا با تعیین برخی از عوامل موثر بر افسردگی قبل و پس از زایمان گامی مؤثر در ارتقاء سطح سلامت و بهداشت روان جامعه برداریم.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی۲۶۳ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی – درمانی شهر بابل انجام شد. از میان کلیه مراکز بهداشتی شهر بابل، ۵ مرکز از مناطق مختلف (بر اساس توزیع جغرافیایی و سطح فرهنگ) بعنوان خوشه انتخاب و پس از مراجعه به هریک از مراکز فوق و هماهنگیهای لازم در مدت ۲ سال، نمونه گیری بصورت آسان در این خوشه ها انجام شد.

اطلاعات دموگرافیک و مامایی (شامل: سن، شغل، تحصیلات، کفایت درآمد خانواده[۱]، نگرانی پرداخت هزینهٔ زایمان، آموزش در مورد زایمان در مراقبتهای دوران بارداری، رتبهٔ حاملگی، سابقهٔ سقط جنین، واکنش نسبت به حاملگی، عارضه در حاملگی فعلی و نتیجهٔ حاملگی قبلی) و آزمون استاندارد بک (۲۱سؤال چند گزینه ای) در پرسشنامه ثبت شد. جهت تعیین اعتبار علمی و روایی پرسشنامه از اعتبار محتوی استفاده گردید. بدین صورت که براساس مطالعه کتب و مقالات علمی در ارتباط با موضوع تحقیق و با استفاده از نظرات تعدادی از اساتید روانپزشک و اعضای هیئت علمی گروه مامایی پرسشنامه تهیه و تنظیم گردید.

افراد تحت مطالعه در دو مرحله مورد بررسی قرار گرفتند. بدین نحو که در سه ماهه آخر بارداری فرم ثبت اطلاعات قبل از زایمان بعلاوه تست استاندارد بک و ۸-۴ هفته بعد از زایمان فرم ثبت اطلاعات بعد از زایمان و نیز تست بک برای هریک از نمونه ها تکمیل شد. میزان افسردگی افراد بر اساس نمره به سه دسته غیرافسرده (۹-۵)، افسردگی خفیف (۱۸-۱۰) و افسردگی متوسط (۲۹-۱۹) تقسیم شد. سپس اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون های آماری ویلکاکسون و رگرسیون خطی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $p<0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

میانگین سنی ۲۶۳ زن تحت بررسی ۴/۸±۲۵/۶ سال (۳۵-۱۷ سال) بود. ۷۹/۱٪ افراد خانه دار و محل سکونت۷۰٪ آنها شهر بوده است. بیشترین فراوانی سطح تحصیلات مربوط به دیپلم و دانشگاهی (۸۲/۹٪) بود. میانگین نمره علائم افسردگی قبل از زایمان (۶/۴±۱۸/۷) و بعد از زایمان (۷/۵±۲۰/۴) تفاوت معنی داری نداشت. فراوانی شدت علائم افسردگی در ۲ گروه در جدول ۱ آمده است. با استفاده از تست استاندارد بک علائم افسردگی شدید در قبل و بعد از زایمان در هیچیک از افراد مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

۱. معیار سنجش کفایت درآمد خانواده معیار ذهنی مربوط به برآورد شخصی خود فرد بود.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.3.10.2]

جدول۱. توزیع فراوانی علائم افسردگی قبل و بعد از زایمان در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل (۸۵-۱۳۸۴)

گروه درجه افسردگی	قبل از زایمان تعداد (٪)	بعد از زایمان تعداد (٪)
غیر افسرده	(۴۰/۷)۱۰۷	(۳۵/۴)۹۳
افسردگی خفیف	(۲۴)۶۳	(۲۴/۷)۶۵
افسردگی متوسط	(۳۵/۳)۹۳	(۳۹/۹)۱۰۵
جمع	(۱۰۰)۲۶۳	(۱۰۰)۲۶۳

p=۰/۳۵۹

براساس مدل رگرسیون خطی بین سن زن، شغل و تحصیلات همسر، کفایت درآمد خانواده، نگرانی پرداخت هزینهٔ زایمان، آموزش در مورد زایمان طی مراقبت های دوران بارداری، رتبهٔ حاملگی، سابقهٔ سقط جنین، واکنش نسبت به حاملگی، عارضه در حاملگی فعلی و نتیجهٔ حاملگی قبلی، با افسردگی قبل و بعد از زایمان رابطه معنی داری وجود داشت (p=۰/۰۰۱). هم چنین بین نحوهٔ زایمان، آموزش مادر بعد از زایمان در مورد استراحت، بهداشت و تغذیه، منافات داشتن نوزاد با منافع مادر، از دست دادن استقلال و عوارض بعد از زایمان با افسردگی بعد از زایمان نیز رابطه معنی داری وجود داشت (p=۰/۰۰۱). ولی بین شغل زن و محل سکونت با افسردگی قبل و بعد از زایمان رابطهٔ معنی داری وجود نداشته است. همچنین تحصیلات زن، نوع خانواده، سابقهٔ خلق افسرده، حوادث نگران‌کننده یکسال اخیر با افسردگی قبل از زایمان و بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) با افسردگی بعد از زایمان رابطهٔ معنی داری نبود (جدول شماره های ۲و۳).

جدول ۲. ارتباط بین علائم افسردگی قبل و بعد از زایمان با مشخصات دموگرافیک و مامایی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل (۸۵-۱۳۸۴)

مشخصات دموگرافیک و مامایی	علائم افسردگی قبل از زایمان			P	علائم افسردگی بعد از زایمان			p
	غیرافسرده تعداد(٪)	خفیف تعداد(٪)	متوسط تعداد(٪)		غیرافسرده تعداد(٪)	خفیف تعداد(٪)	متوسط تعداد(٪)	
شغل زن								
خانه دار	(۴۲/۸)۸۹	(۲۳/۱)۴۸	(۳۴/۱)۷۱	۰/۲۲۹	(۳۷/۵)۷۸	(۲۴/۵)۵۱	(۳۸)۷۹	۰/۱۳۸
شاغل	(۳۲/۷)۱۸	(۲۷/۳)۱۵	(۴۰)۲۲		(۲۷/۳)۱۵	(۲۵/۵)۱۴	(۴۷/۳)۲۶	
نوع خانواده								
زندگی مستقل	(۳۳/۵)۵۶	(۱۰/۸)۱۸	(۵۵/۷)۹۳	۰/۱۰۹	(۳۰/۵)۵۱	(۳۵/۳)۵۹	(۳۴/۱)۵۷	۰/۰۰۱
زندگی با بستگان	(۰)۰	(۱۰۰)۴۵	(۰)۰		(۰)۰	(۰)۰	(۱۰۰)۴۵	
نگرانی پرداخت هزینه زایمان								
بلی	(۵۵/۴)۵۶	(۴۴/۶)۴۵	(۰)۰	۰/۰۰۱	(۰)۰	(۵۵/۴)۵۶	(۴۴/۶)۴۵	۰/۰۰۱
خیر	(۳۱/۵)۵۱	(۱۱/۱)۱۸	(۵۷/۴)۹۳		(۵۷/۴)۹۳	(۵/۶)۹	(۳۷)۶۰	
عارضه در حاملگی فعلی*								
بلی	(۰)۰	(۰)۰	(۱۰۰)۵۶	۰/۰۰۱	(۰)۰	(۰)۰	(۱۰۰)۵۶	۰/۰۰۱
خیر	(۷۰/۴)۱۰۷	(۲۹/۶)۴۵	(۰)۰		(۲۷/۶)۴۲	(۴۰/۸)۶۲	(۳۱/۶)۴۸	
سابقه خلق افسرده **								
بلی	(۰)۰	(۱۰۰)۴۵	(۰)۰	۰/۶۵۴	(۰)۰	(۰)۰	(۱۰۰)۴۵	۰/۰۰۱
خیر	(۴۹/۱)۱۰۷	(۸/۳)۱۸	(۴۲/۷)۹۳		(۴۲/۷)۹۳	(۲۹/۸)۶۵	(۲۷/۵)۶۰	
حوادث نگران کننده***								
بلی	(۰)۰	(۱۰۰)۴۵	(۰)۰	۰/۶۵۴	(۰)۰	(۰)۰	(۱۰۰)۴۵	۰/۰۰۱
خیر	(۴۹/۱)۱۰۷	(۸/۳)۱۸	(۴۲/۷)۹۳		(۴۲/۷)۹۳	(۲۹/۸)۶۵	(۲۷/۵)۶۰	

*منظور عوارض مامایی و طبی نظیر خونریزی، دیابت، پر اکلامپسی و.....می باشد.

**احساس غمگینی و ملال غیر عادی که روی عملکرد فرد اثر منفی گذاشته باشد. ***هر تغییری که در یک سال گذشته باعث تنش در فرد شود.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.3.10.2]

جدول ۳. ارتباط بین علائم افسردگی بعد از زایمان با متغیرهای مداخله گر بعد از زایمان در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهر (۸۵-۱۳۸۴)

متغیرهای مداخله گر بعد از زایمان	علائم افسردگی بعد از زایمان			P
	غیرافسرده تعداد(٪)	خفیف تعداد(٪)	متوسط تعداد(٪)	
آموزش مادر بعد از زایمان در مورد استراحت، بهداشت و تغذیه				
بلی	۹۳(۴۲/۷)	۶۵(۲۹/۸)	۶۰(۲۷/۵)	۰/۰۰۱
خیر	۰(۰)	۰(۰)	۴۵(۱۰۰)	
نحوه زایمان				
طبیعی	۵۱(۳۲/۷)	۳(۱/۹)	۱۰۲(۶۵/۴)	۰/۰۰۱
سزارین انتخابی	۰(۰)	۵۶(۱۰۰)	۰(۰)	
سزارین اورژانس	۴۲(۸۲/۴)	۶(۱۱/۸)	۳(۵/۹)	
احساس منافات داشتن نوزاد با منافع مادر				
بلی	۴۲(۸۲/۴)	۶(۱۱/۸)	۳(۵/۹)	۰/۰۰۱
خیر	۰(۰)	۰(۰)	۱۰۱(۱۰۰)	
بستری نوزاد در NICU				
بلی	۴۲(۴۳/۸)	۶(۶/۳)	۴۸(۵۰)	
خیر	۵۱(۳۰/۵)	۵۹(۳۵/۳)	۵۷(۳۴/۱)	۰/۸۱۲
عوارض بعد از زایمان				
بلی	۰(۰)	۰(۰)	۴۵(۱۰۰)	
خیر	۵۱(۳۰/۵)	۵۹(۳۵/۳)	۵۷(۳۴/۱)	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته های این مطالعه، فراوانی نسبی علائم افسردگی قبل از زایمان بصورت ۴۰/۷٪ غیر افسرده،۲۴٪ افسردگی خفیف و ۳۵/۴٪ افسردگی متوسط بود، در حالیکه توزیع علائم افسردگی بعد از زایمان بصورت ۳۵/۴٪ غیر افسرده، ۲۴/۷٪ افسردگی خفیف و ۳۹/۹٪ افسردگی متوسط بوده است. در مطالعه خمسه با استفاده از تست بک بر روی زنان شهرستان کرج ۵۷/۹٪ از افراد غیر افسرده، ۱۹/۷٪ دارای افسردگی خفیف، ۱۵٪ افسردگی متوسط و ۷/۵٪ دارای افسردگی شدید بوده اند (۱۰).

در تحقیق Ascaso و همکاران میزان افسردگی پس از زایمان ۱۰/۲٪ (۱۱) و در مطالعه Ho Yen و همکاران با استفاده از تست Edinburgh، ۴/۹٪ بوده است (۱۲). در مطالعه Evans و همکاران نمرات افسردگی در هفتهٔ ۳۲ بارداری بالاتر از ۸ هفته بعد از زایمان بود (۶). شاید این اختلاف مربوط به تفاوت در سبک و بافت زندگی در کشور ما با کشورهای دیگر باشد.

در این مطالعه بین سن زن، شغل و تحصیلات همسر با علائم افسردگی قبل و بعد از زایمان رابطهٔ معنی‌داری وجود داشت، در حالیکه بین شغل زن و علائم افسردگی در قبل و بعد از زایمان رابطه معنی‌داری وجود نداشت ولی فراوانی افسردگی در زنان شاغل بیشتر بود. اما در مطالعه مصلی‌نژاد و همکاران غم بعد از زایمان در افراد خانه‌دار بیشتر مشاهده گردید (۱۳). لذا اهمیت توجه به امنیت شغلی زنان با در نظر گرفتن تأثیر به سزای آن در سلامت روحی و روانی آنان و ضوح بیشتری می یابد.

در حالیکه در مطالعه حسن زهرایی و همکاران علائم افسردگی بعد از زایمان با شغل و میزان تحصیلات رابطه معنی داری داشته ولی با سن رابطه ای نداشت (۱۴). در مطالعه Chaaya و

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.3.10.2]

همکاران نیز تحصیلات پائین و بیکاری با افسردگی بعد از زایمان مرتبط بود (۱۵)، در مطالعهٔ حاضر نیز زنانیکه تحصیلاتشان کمتر بود میزان افسردگی بیشتری داشتند که این موضوع اشاره به تأثیر به سزای تحصیلات مادر در پیشگیری از افسردگی دارد.

همچنین در این مطالعه بین کفایت درآمد خانواده و نگرانی پرداخت هزینهٔ زایمان با علائم افسردگی قبل و بعد از زایمان ارتباط معنی‌داری وجود داشت، ولی افسردگی قبل و بعد از زایمان با محل سکونت ارتباطی نداشت. البته افسردگی در ساکنین روستا نسبت به شهر کمتر بود. همچنین میزان افسردگی بعد از زایمان در افرادیکه زندگی مستقل داشته نسبت به آنهایی که با بستگان خود (خانواده خود و یا همسر) زندگی می‌کردند، بطور معنی داری بیشتر بود که این موضوع اشاره به اهمیت تحت حمایت بودن زنان توسط همسر و دیگر اعضای خانواده دارد. کمااینکه هیچیک از افراد از روابط با همسر ناراضی نبودند و مشکلات زناشویی بعد از زایمان نداشتند. همچنین همسران هیچیک از آنها اعتیاد به مواد مخدر نداشته و همگی عنوان کردند که تحت حمایت والدین و اقوام بوده اند. در حالیکه برخی از مطالعات نشان می‌دهد که مشکلات زناشویی و رضایت کم از زندگی زناشویی و فقدان حمایت از طرف والدین و بستگان با افسردگی ارتباط معنی‌داری دارد (۱۸-۱۶ و ۱۴ و۱۰).

در مطالعه کمالی و همکاران نیز مشابه مطالعه حاضر افسردگی بعد از زایمان با محل سکونت رابطه ای نداشت (۱۶). همچنین در مطالعات مشابه افسردگی بعد از زایمان با کفایت میزان درآمد مرتبط بود (۱۹و۱۰)، در حالیکه Ross و همکاران بیان کردند که متغیرهای اجتماعی و اقتصادی پیشگویی کننده قوی برای افسردگی بعد از زایمان نیست (۲۰). در این مطالعه بین رتبهٔ حاملگی، سابقهٔ سقط جنین، واکنش نسبت به حاملگی، عارضه در حاملگی فعلی و نتیجهٔ حاملگی قبلی با علائم افسردگی قبل و بعد از زایمان رابطهٔ معنی‌داری وجود داشت و افسردگی در حاملگی دوم بیشتر از حاملگی اول بود. ولی حاملگی هیچیک از افراد ناخواسته نبوده است. Gross و همکاران نیز نشان دادند، در زنانیکه حاملگی خود را یکی از بدترین اوقات زندگی می‌دانستند، شیوع افسردگی بیشتر بود (۲۴/۹٪) (۲۱).

در مطالعه Waterstone و همکاران افسردگی بعد از زایمان در افرادیکه دچار موربیدیتی شدید مامایی شدند بیشتر بود (۲۳/۳٪ در مقابل ۲۰/۵٪ گروه کنترل) (۲۲). مطالعه Verdoux و همکاران بر روی ۴۴۱ زن در سه ماههٔ سوم حاملگی و در روز سوم و هفتهٔ ششم بعد از زایمان نیز نشان داد که عوارض شدید مامایی طی حاملگی با علائم افسردگی شدید در اوائل دورهٔ بعد از زایمان مرتبط بود (۲۳). همچنین Sejourne و همکاران نشان دادند که مداخلات پزشکی می‌تواند میزان افسردگی بعد از زایمان را افزایش دهد بنابراین حمایت کافی باید از زنان بعمل آید (۲۴). در اینجا باید به نقش حمایتی ماما اشاره نمود، بطوریکه محققین بیان می‌دارند حمایت عاطفی ماما از توسعهٔ مشکلات عاطفی مادران جلوگیری نموده و نقش مهمی در کمک به مادران افسرده یا در معرض خطر افسردگی پس از زایمان دارد (۲۵). در این مطالعه بین سابقهٔ خلق افسرده و حوادث نگران‌کننده یکسال اخیر با علائم افسردگی بعد از زایمان رابطهٔ معنی‌داری وجود داشت که با مطالعات Chaaya، خمسه و حسن زهرایی مطابقت دارد (۱۵و۱۴و۱۰) ولی در مطالعهٔ کمالی و حسینی سابقهٔ افسردگی با افسردگی بعد از زایمان رابطهٔ معنی‌داری نداشته است (۱۶). Yoshida و همکاران نیز نشان دادند که وقایع استرس زای زندگی در بروز افسردگی بعد از زایمان مؤثر است (۲۶). نتایج این مطالعه نشان داد که بین افسردگی، آموزش در مورد زایمان در مراقبت های دوران بارداری و آموزش مادر در بعد از زایمان در مورد استراحت، بهداشت و تغذیه رابطهٔ معنی داری وجود داشت. Chabrol و همکاران اظهار داشتند که جلسات مشاوره و حمایت کننده از زن باردار و نیز برنامه‌های آموزشی طی حاملگی احتمال افسردگی بعد از زایمان را در ۶ هفتهٔ بعد از زایمان بطور معنی‌داری کاهش می‌دهد (۲۷).

در این مطالعه بین نحوهٔ زایمان با علائم افسردگی رابطهٔ معنی‌داری وجود داشت (جدول شماره۳). در زایمان سزارین میزان افسردگی کمتر بوده است. Chaaya و همکاران در لبنان نیز نشان دادند که افسردگی بعد از زایمان واژینال بیشتر بود (۱۵). در مطالعه حسن زهرایی و همکاران افسردگی بعد از زایمان با نوع زایمان مرتبط نبود (۱۴). در حالیکه در برخی مطالعات دیگر افسردگی پس از زایمان در سزارین بیشتر از زایمان طبیعی بوده است (۲۸و۱۷و۱۰). با توجه به اینکه زایمان طبیعی یک روش ایمن محسوب می شود، اما متاسفانه در کشور ما در بیشتر موارد زایمان طبیعی با دور نمایی از تحمل درد شدید همراه است که سبب ترس و اضطراب مادر شده و احتمالا در بروز افسردگی بعد از زایمان نقش دارد. به همین دلیل توصیه می شود که به روشهای زایمان بی درد توجه بیشتری مبذول

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.3.10.2]

شود تا زنان باردار جامعه ما نیز همانند کشورهای پیشرفته از مزایای زایمان بی درد بهره مند شوند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افسردگی بعد از زایمان با احساس منافات داشتن نوزاد با منافع مادر، از دست دادن استقلال و عوارض بعد از زایمان ارتباط معنی‌داری داشته است. در مطالعه خمسه نیز وضعیت سلامت فرزند و وجود ناراحتی پس از زایمان و رفتار خصمانه با نوزاد با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری داشته است (۱۶و۱۰) در حالیکه در مطالعه حسن زهرایی و همکاران ارتباط بیماریهای نوزاد با افسردگی پس از زایمان معنی‌دار نبود (۱۴). همچنین مطالعه Verdoux و همکاران نیز هیچ ارتباطی بین شدت علائم افسردگی بعد از زایمان و عوارض لیبر، زایمان و نوزادی گزارش نکردند (۲۳). باید متذکر شد مادران افسرده ۱/۵ بار کمتر در مسائل بهداشتی تغذیه و خواب نوزادشان درگیر می شوند (۲۹). مطالعات متعدد نشان دادند مادرانی که پس از زایمان، حمایت عاطفی و اجتماعی دریافت نموده‌اند، در ارائه نقش مادری اطمینان بیشتری داشته و اظهار رضایت بیشتری از مادر بودن خود نموده‌اند (۳۰). در نهایت می توان گفت که افسردگی طی بارداری پیشگویی کنندهٔ خوبی برای افسردگی بعد از زایمان است و بدلیل ارتباط قوی بین افسردگی طی بارداری و پس از زایمان باید در طول بارداری به شناسایی خانم‌های افسرده اقدام نموده تا از این طریق بتوان گامی مؤثر در جهت ارتقاء سلامت مادر و کودک برداشت.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل، همکاری کارشناسان محترم پژوهشی و همکاران محترم درمانگاههای منتخب تشکر و قدردانی می شود.

****

References

1.Taken Chi DT. Life time and twelve month prevalence rate of major depressive disorder and dysthymia among Chinese Americans in Los Angeles. Am J Psychiatry 1998; 155(10): 1407-12.

2. Murray JB, Gallabue L. Postpartum depression. J Gen Soc Gen Psychol Monographs 1986; 113(2): 193-212.

3. Cunningham FG, Kenneth JL, BloomSL, Hauth JC, Gilstrap K, Wenstrom KD. Williams Obstetrics, 22nd ed, Philadelphia, Mc Graw Hill 2005; pp: 705-6.

4. Reeder SJ, Martin LL, Koniak Griffin D. Maternity nursing, 18th ed, Philadelphia, Lippincott Co 1997; 1047-50.

5. Beck TC. A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1998; 27(1): 39-45.

6. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BMJ 2001; 323(7307): 257-60.

7. Straub H, Cross J, Curitis S, et al. Proactive nursing: the evolution of a task force to help women with postpartum depression. MCN Am J Matern Child Nurs 1998; 23(5): 262-65.

8. O' Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. Arch Gen Psychiatry 2000; 57(11): 1039-45.

9. Mckinney ES, Ashwill JW, Murray SS, James SR, Gorrie TM, Droske SG. Maternal child nursing, 1st ed, USA, W. B. Saunders Co 2000; pp: 731-2.

10. Khamsea F. The survey psychosocial factors effect on prevalence of postpartum depression in Karaj women's Hospital , Kousar Medical J 2002; 7(4): 327-31.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.3.10.2]

11. Ascaso Terren C, Garcia Esteve L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalence of postpartum depression in spanish mothers: comparison of estimation by mean of the structured clinical interview for DSM-IV with the Edinburgh postnatal depression scale. Med Clin (Barc) 2003; 120(9): 326-9.

12. Ho Yen SD, Bonevik GT, Eberhard Gran M, Bjorvatn B. The Prevalence of depressive symptoms in the postnatal period in lalitpur district, Nepal. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85(10): 1186-92.

13. Mosallanejad L, Jahanmiry SH, Ashkani H. The survey of epidemiological characteristics of postpartum blues, J Health Sci 2001; 1(1): 35-40.

14. Hassan Zahraie R, Asadollahi GH, Bashardost N, Khodadostan M. The association of some factors with postpartum depression in women referred to Health center of Isfahan city, first national seminar of nursing and mood disorders: from prevention to rehabilitation 8-9 November 2000 Tabriz-I.R.Iran; pp: 188-95.

15. Chaaya M, Campbell OM, Elkak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. Arch Women Ment Health 2002; 5(2): 65-72.

16. Kamalifard M, Hosieni. A. The survey of prediction of postpartum depression in mothers at teaching Hospital of Tabriz city, first national seminar of nursing and mood disorders: from prevention to rehabilitation 8-9 November 2000 Tabriz, I.R. Iran; pp: 183-7.

17. Neghahban Banaby T, Saiyadi Anary A, Ansari Jabery A. The incidence of postpartum depression in Rafsanjan city, first national seminar of nursing and mood disorders: from prevention to rehabilitation 8-9 November 2000 Tabriz, I.R. Iran; pp: 170-7.

18. Collins Nl, Dunkel Schetter C, Lobel LM, Serimshaw SC. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. J Pers Soc Psychol 1993; 65(6): 1243-58.

19. Walker L, Timmerman GM, Kim M, Sterling B. Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. Women Health 2002; 36(3): 101-21.

20. Ross LE, Campbell VL, Dennis CL, Blackmore R. Demographic characteristics of participant in studies risk factors, prevention, and treatment of postpartum depression. Can J Psychiatry 2006; 51(11): 704-10.

21. Gross KH, Wells CS, Radigan Garcia A, Dietz PM. Correlates of self- reports of being very depressed in the months after delivery: results from the pregnancy risk assessment monitoring system. Matern Child Health J 2002; 6(4): 247-53.

22. Waterstone M, Wolfe C, Hooper R, Bewley S. Postnatal morbidity after childbirth and severe obstetric morbidity. BJOB 2003; 110(2): 128-33.

23. Verdoux H, Sutter AL, Glatigny Dallay E, Minisini A. Obstetrical complications and the development of post partum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. Acta Pcychiatr Scand 2002; 106(3): 212-90.

24. Sejourne N, Callahan s, Chabrol H. Pregnancy and birth experiences in 12 women undergoing IVF. Gynecol Obstet Fertil 2006; 34(7-8): 625-31.

25. Mauthner NS. Postnatal depression: How can midwives help? Midwifery 1997; 13(4): 163-71.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.3.10.2]

26. Yoshida K, Marks MN, Kibe N, Kumer R, Nakano H, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England. J Affect Disord 1997; 43(1): 69-77.

27. Chabrol H, Teissedre F, Saint Jean M, et al. Detection, prevention and treatment of postpartum depression: a controlled study of 859 patients. Encephale 2002; 28(1): 65-70.

28. Edwards DRL, Porter SAM, Stein GS. A pilot study of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments. J Psychosom Res 1994; 38(2): 111-7.

29. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. Pediatrics 2006; 118(2): 659-68.

30. Mcveigh CA. Satisfaction with social support and functional status after child birth. MCN 2000; 25(1): 25-30.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.3.10.2]

*آدرس نویسنده مسئول: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، گروه مامایی، تلفن: ۴-۲۲۲۹۵۹۱-۱۱۱ .

PREVALENCE OF PRE AND POSTPARTUM DEPRESSION SYMPTOMS AND SOME RELATED FACTORS (BABOL; 2006-2007)

H. Salmalian (MSc) [1*], F. Nasiri Amiri (MSc) [2], F. Khirkhah (MD) [3]

1.[*]Academic Member of Nursing & Midwifery Deparment, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran, salmalian 2005@yahoo.com, 2. Academic Member of Nursing & Midwifery Department, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran, 3. Assistant Professor of Psychology Department, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran,

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Postpartum depression endangers mother's health and has negative effect on her social communication and infant development. Depression symptoms in %50 of women who experience postpartum depression are seen during pregnancy time. The aim of this study was to detect depression symptoms and its effective factors during pregnancy and prevention of familial and individual problems caused by postpartum depression.

METHODS: This cross-sectional study was performed on 263 pregnant women referred to health centers of Babol, Iran. All women completed a questionnaire consists of demographic information, obstetrics and standard Beck-test in the last three months of pregnancy and 4-8 weeks after delivery. Rate of depression based on scale divided into three groups: non depression, mild depression and moderate depression. Data was analyzed by Wilcoxon statistical test and Linear Regression.

FINDINGS: Mean score of depression symptoms before delivery was 18.7±6.4 and after delivery was 20.4±7.5 that showed no significant difference. There was a significant relationship between age, husband's job and education, gravidity, family income, worry about delivery expense, history of abortion, reaction to pregnancy, present pregnancy complications, last pregnancy outcome, and education regarding delivery in prenatal care with pre and postpartum depression (p=0.001). There was a significant difference between type of delivery, postpartum complication and inconsistency between infant and mother's benefit with postpartum depression (p=0.001). But there was no significant relationship between woman's job and living place with pre and postpartum depression.

CONCLUSION: According to the results of this study, pregnancy is a proper time for screening mothers for postpartum depression. Considering negative effect of this disorder on family, more attention should be given to its related factors.

KEY WORDS: *Depression, Delivery, Beck test.*

Journal of Babol University of Medical Sciences 2008; 10(3): 67-75.

Received: March 5th 2008, Revised: May 7th 2008, Accepted: July 9th 2008

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.3.10.2]