

بررسی ارتباط برخی عوامل مستعد کننده با افسردگی پس از زایمان

فهیمة صحتی شفاهی^۱، دکتر فاطمه رنجبر کوچکسرائی^۲، دکتر مرتضی قوجازاده^۳، ژیل محمد رضایی^۴

^۱ مربی، کارشناسی ارشد مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز E-mail: fahimesehati@yahoo.com

^۲ استادیار، روانپزشک ^۳ مربی، Ph.D فیزیولوژی پزشکی ^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد مامائی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

زمینه و هدف: اختلال افسردگی بویژه در میان زنان در سنین باروری دارای شیوع نسبتاً بالایی بوده و کیفیت ناتوان کننده دارد. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین عوامل مختلف مستعد کننده افسردگی پس از زایمان بود.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بوده، که در آن ۶۰۰ مادر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر تبریز مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار تحقیق، پرسشنامه‌ای مشتمل بر شش بخش مشخصات فردی، اجتماعی و مامایی مادر، تست اعتماد به نفس روزنبرگ، مقیاس سنجش استرس هلمز و پرسشنامه استاندارد افسردگی ادینبرگ بود که به وسیله مصاحبه ساختار یافته، توسط پژوهشگر تکمیل گردید. داده های بدست آمده از مطالعه بوسیله روشهای آماری توصیفی و استنباطی و با استفاده از نرم افزار SPSS 14/win مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۳۴/۷٪ مادران در این مطالعه دچار افسردگی (نمره بالای ۱۲) بودند. نتایج پژوهش نشان داد که بین نارضایتی از ازدواج، نحوه روابط با مادر و مادر شوهر و خانواده همسر، نارضایتی از وضعیت شغلی و محل زندگی، ناخوشایند بودن تجربه بارداری، اقدام به سقط، ناخواسته بودن بارداری، عدم آمادگی پذیرش نوزاد، مشکلات شیردهی، افزایش میزان استرس و کاهش سطح اعتماد به نفس مادر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی دار وجود دارد.

نتیجه گیری: شیوع بالای افسردگی پس از زایمان در این مطالعه نشان داده شد، همچنین تأثیر عوامل متعدد نظیر نارضایتی از ازدواج روابط با مادر و مادر شوهر و همسر خانواده همسر وضعیت شغلی و مشکلات مربوط به نوزاد با افسردگی مادر در ارتباط می باشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، افسردگی پس از زایمان، عوامل مستعد کننده افسردگی

دریافت: ۸۵/۱۰/۲۵ پذیرش: ۸۶/۳/۲۳

مقدمه

بارداری، زایمان و سازگاری با نوزاد تازه تولد یافته را شاید بتوان حساسترین مرحله رشد زندگی زن دانست. در این مقطع زمانی یک بحران فیزیولوژیک روحی، روانی و هیجانی به وقوع می‌پیوندد که باعث سردرگمی و تغییر هویت فرد می‌شود [۱]. ترس از زایمان، تولد نوزاد ناهنجار، از دست دادن جذابیت برای همسر و احساس دوگانه نسبت به نگهداری از نوزاد تازه تولد یافته بسیاری از مادران را دچار اضطراب می‌کند و دوره پس از زایمان و بیماری دارای اهمیت است [۳].

مخصوصاً ۶ هفته پس از آن را به یک دوره آسیب پذیر مهم برای ابتلا به اختلالات روانی تبدیل می‌کند [۲]. در ادبیات پزشکی سه نوع اختلال روانی مربوط به دوران پس از زایمان تعریف شده است، غم پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان و پسیکوز پس از زایمان. اولی حالتی خود به خود پسروده بوده نیاز به درمان ندارد. ولی حالتی بعدی به علت تاثیر آن بر خانواده و نوزاد و طولانی شدن و قابل عود بودن

ازدواج، وضعیت اقتصادی اجتماعی و بارداری ناخواسته [۱۲].

با توجه به شیوع بالای این عارضه در کشور و اثرات سوء آن بر مادر و خانواده، مسئله مهم پیشگیری مطرح می‌شود. به دلیل چند عاملی بودن این عارضه، کاهش هر یک از عوامل مستعد کننده می‌تواند احتمال افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد. لذا اولین قدم، شناسایی عوامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی این عوامل طراحی و اجرا گردید.

روش کار

پژوهش انجام شده از نوع توصیفی - تحلیلی است. جامعه مورد پژوهش، مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز بود. در مورد انتخاب مراکز، ابتدا کل مراکز بهداشتی درمانی (۵۴ مرکز) در نظر گرفته شد، سپس با توجه به تعداد مراکز و میانگین تعداد مراجعین، از میان آنها به صورت تصادفی، ۱۰ مرکز انتخاب و در نهایت نمونه گیری از داخل مراکز به صورت تصادفی ساده صورت گرفت.

در مجموع ۶۰۰ مادر زایمان کرده که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب و مورد بررسی و مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌ها در گروه سنی ۱۸-۴۲ سال قرار داشته و ساکن شهر تبریز بودند و حداقل ۲ ماه از زایمان آنها گذشته و حاصل زایمان، فرزند زنده بود و در ضمن فاقد سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی (به غیر از داروهای ضد بارداری)، بیماری‌ها و اختلالات دوقطبی، بیماری‌های سیستمیک (که علایم افسردگی ایجاد می‌کنند) و اعتیاد بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر پنج بخش مشخصات فردی-اجتماعی، مامایی (مادر و نوزادی)، تست اعتماد به نفس روزنبرگ، مقیاس سنجش استرس هلمز و پرسشنامه استاندارد افسردگی ادینبرگ بود. پژوهشگر پس از معرفی خود و توضیح دادن اهداف پژوهش و جلب اعتماد مادران، در صورت رضایت مادران، قبل از واکسیناسیون فرزندشان

مطالعات مختلف نشان داده که نوزاد مادرانی که دارای بی‌ثباتی عاطفی هستند، در ارتباطات خود واکنش‌های نامناسب بروز می‌دهند و رفتارهای غیر عادی نظیر بی‌تفاوتی، عدم اطمینان به دیگران، رفتارهای ناهنجار، به همراه انزوای اجتماعی و عاطفی نشان خواهند داد [۴] و همسران زنانی که افسردگی پس از زایمان را تجربه می‌کنند، با احتمال ۵۰ - ۲۰ درصد در معرض ابتلا به افسردگی هستند [۵].

شیوع افسردگی، مخصوصاً افسردگی پس از زایمان با عوامل فرهنگی، اجتماعی ارتباط تنگاتنگ داشته و به همین دلیل در کشورها و نژادهای مختلف شیوع آن متفاوت است [۶]. شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعات ۲۵-۱۰ درصد و در ایران ۳۹/۵-۲۵ درصد گزارش شده است [۹-۷].

مک گیل^۱ و همکاران (۱۹۹۵) طی یک تحقیق مقطعی ارتباط متغیرهای زیادی را با افسردگی پس از زایمان بررسی کردند و نتایج نشان داد که علایم افسردگی قبل و حین بارداری و تخریب روابط با همسر از مهم‌ترین این عوامل است [۱۰].

مطالعه رابرتسون^۲ و همکاران نشان داد که مهمترین عوامل موثر در افسردگی پس از زایمان عبارتند از: افسردگی و اضطراب در طی بارداری، تجربیات و حوادث استرس‌زای زندگی و سطح پایین حمایت‌های اجتماعی و سابقه افسردگی [۱۱].

در متا آنالیزی که توسط بک^۳ روی مطالعاتی که از سال ۱۹۸۰ به بعد در مورد افسردگی پس از زایمان انجام شده بود صورت گرفت، ۱۳ عامل مهم و موثر در ایجاد افسردگی پس از زایمان شناسایی شد که عبارت بودند از: افسردگی در طی بارداری، اعتماد به نفس پایین، استرس‌های مربوط به نگهداری از نوزاد، اضطراب در طی بارداری، حوادث استرس‌زای زندگی، حمایت‌های اجتماعی پایین، روابط با همسر، سابقه افسردگی، بیماری‌های نوزاد، غم پس از زایمان، وضعیت

¹ McGill

² Robertson

³ Beck

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سنی افراد مورد مطالعه $4/26 \pm 25/77$ سال، $98/7\%$ متأهل (شوهردار)، $32/8\%$ دارای تحصیلات در سطح دیپلم (بیشترین)، $4/3\%$ بیسواد (کمترین)، $66/3\%$ خانه‌دار و $22/4\%$ مهاجر بودند. میانگین تعداد زایمان در واحدهای پژوهش $1/59 \pm 0/86$ و در 88% موارد جنس نوزاد، دلخواه فرد بود.

درصد فراوانی افسردگی در جمعیت مورد مطالعه با در نظر گرفتن امتیاز بالای ۱۲، $34/7\%$ بدست آمد. میانگین امتیاز افسردگی مادران مورد مطالعه $10/85 \pm 5/54$ بود. میانگین امتیاز استرس مادران مورد مطالعه $76/15 \pm 76/48$ و $87/5\%$ مادرانی که بیش از ۳۰۰ واحد استرس تحمل کرده بودند، افسرده بودند. میانگین امتیاز اعتماد به نفس مادران $4/67 \pm 29/35$ و $76/9\%$ از مادرانی که سطح اعتماد به نفس پایین داشتند دچار افسردگی بودند. بررسی نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین میزان استرس ناشی از حوادث استرس‌زای زندگی و افسردگی پس‌از زایمان ($t=0/462, P<0/0005$)، همبستگی مستقیم و بین سطح اعتماد به نفس مادر و افسردگی پس‌از زایمان همبستگی معنی‌دار معکوس وجود دارد ($t=-0/44, P<0/0005$).

ارتباط مشخصات فردی، عوامل اجتماعی، عوامل مادری نوزادی و عوامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس‌از زایمان بترتیب در جداول ۱ تا ۴ آورده شده است.

جدول ۱. ارتباط برخی مشخصات فردی با افسردگی پس‌از زایمان

متغیر	نتایج آماری
سن	$t=0/07, N=600, P=0/044$
وضعیت تأهل	$F_{(2,597)}=2/47, P=0/085$
میزان تحصیلات	$F_{(5,594)}=6/02, P<0/0005$
پارینه‌تعداد (زایمان)	$F_{(3,596)}=4/38, P=0/002$
جنس نوزاد فعلی	$t=0/669, df=598, P=0/504$
دلخواه بودن جنس فرزند	$t=4/87, df=598, P<0/0005$
وضعیت معیشت	$F_{(3,596)}=15/31, P<0/0005$

براساس مصاحبه ساختار یافته، پرسشنامه را تکمیل نمود. در پرسشنامه ادینبرگ، کسب امتیاز <12 به عنوان افسرده تلقی شده است. در مقیاس استرس هلمز به سه گروه سطح استرس پایین (امتیاز کمتر از ۱۵۰)، سطح استرس متوسط (۱۵۰ - ۳۰۰)، و سطح استرس بالا (امتیاز بالای ۳۰۰، گروه در معرض خطر) طبقه‌بندی شده است. در پرسشنامه روزنبرگ، کسب امتیاز $19-10$ اعتماد به نفس پایین، $29-20$ اعتماد به نفس متوسط و $40-31$ اعتماد به نفس بالا در نظر گرفته شده است. جهت تعیین روایی پرسشنامه‌ها از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین اعتماد (پایایی) ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد.

در مورد پرسشنامه افسردگی ادینبرگ و پرسشنامه اعتماد به نفس روزنبرگ و چک لیست حوادث استرس‌زای هلمز، با توجه به معتبر بودن آنها لزومی برای روایی و پایایی مجدد وجود نداشت. با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پایایی سایر پرسشنامه‌ها اندازه‌گیری و محاسبه شد. ضریب همبستگی عامل اجتماعی 81% ، عامل مادری 77% ، عامل نوزادی 79% و عامل روانی 83% بوده است.

این مطالعه بر پایه اظهارات شرکت‌کنندگان در پژوهش انجام شده است، لذا احتمال دارد شرکت‌کنندگان تحت تاثیر عواملی مانند حالات روحی-روانی خود، اعتقادات و باورهایشان درمورد پنهان ماندن اسرار خانوادگی و عدم تمایل به فاش ساختن نحوه روابط درون خانواده از انعکاس احساسات واقعی و واقعیت‌ها خودداری کرده باشند.

با توجه شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات و ننوشتن نام و نام خانوادگی تا حدودی سعی شد این موارد کنترل گردد. داده‌های بدست آمده از مطالعه بوسیله روش‌های آمار توصیفی، آزمون‌های رابطه، تفاوت میانگین و رگرسیون چند متغیری و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۴ مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه P کمتر از $0/05$ معنی‌دار تلقی گردید.

جدول ۲. ارتباط عوامل اجتماعی با افسردگی پس از زایمان

نام متغیر	نتایج آماری
روابط با همسر	$t = ۷/۲۷$ $df = ۵۹۸$ $P < .۰۰۰۵$
رضایت از زندگی با همسر	$t = ۸/۰۰۵$ $df = ۵۹۷$ $P < .۰۰۰۵$
روابط با مادر	$t = ۵/۵۳$ $df = ۵۵۷$ $P < .۰۰۰۵$
روابط با مادر شوهر	$t = ۵/۵۳$ $df = ۵۵۳$ $P < .۰۰۰۵$
روابط با خانواده همسر	$t = ۶/۲۷$ $df = ۵۲۷$ $P < .۰۰۰۵$
رضایت شغلی	$t = ۶/۲۷$ $df = ۵۹۷$ $P < .۰۰۰۵$
رضایت از موقعیت اجتماعی محل زندگی	$t = ۵/۴$ $df = ۵۹۸$ $P < .۰۰۰۵$

جدول ۳. ارتباط عوامل مادری-نوزادی با افسردگی پس از زایمان

نام متغیر	نتایج آزمون
خوشایند بودن تجربه زایمان	$t = ۷/۵۱$ $df = ۵۹۸$ $P < .۰۰۰۵$
خواسته بودن حاملگی اخیر	$t = ۴/۱۴$ $df = ۵۹۷$ $P < .۰۰۰۵$
اقدام به سقط در حاملگی اخیر	$t = ۳/۳۶$ $df = ۵۹۶$ $P < .۰۰۰۵$
نوع زایمان اخیر	$F_{(۲,۵۹۶)} = ۱۷/۸۴$ $P = .۰۶۸۶$
سابقه سقط	$t = .۰۹۷$ $df = ۵۹۷$ $P = .۰۹۲۳$
سابقه مرده زایی	$t = .۰۹۴۷$ $df = ۵۴۷$ $P = .۰۳۴۴$
آمدگی پذیرش مسئولیت نوزاد	$F_{(۳,۵۹۶)} = ۲۴/۳۹$ $P < .۰۰۰۵$
بیماری نوزاد	$t = ۳/۹۴۳$ $df = ۵۹۷$ $P < .۰۰۰۵$
نوع تغذیه مشکلات شیردهی	$X^2 = .۰۶۸۳$ $df = ۳$ $P = .۰۱۵۶$
	$t = ۵/۵۵$ $df = ۵۹۷$ $P < .۰۰۰۵$

جدول ۴. عوامل پیش بینی کننده افسردگی پس از زایمان

متغیر پیش بین	بتا	p
وضیعت معیشت	.۰/۴۰۶	$P < .۰۰۰۵$
دلخواه بودن جنس نوزاد	.۰/۳۹۴	$P = .۰۰۴$
میزان تحویلات	.۰/۸۷۶	$P = .۰۰۳$
روابط با همسر	.۰/۳۶۲	$P < .۰۰۰۵$
رضایت از زندگی با همسر	.۰/۱۲۱	$P = .۰۰۲۱$
رضایت شغلی	.۰/۹۳۵	$P = .۰۰۲۷$
روابط با مادر شوهر	.۰/۷۴۶	$P < .۰۰۰۵$
ناخواسته بودن حاملگی اخیر	.۰/۳۰۴	$P = .۰۰۱$
بیماری نوزاد	.۰/۸۴۶	$P = .۰۰۴۳$
آمدگی پذیرش مسئولیت نوزاد	.۰/۴۰۲	$P < .۰۰۰۵$

بحث

در حالیکه مطالعات سایر کشورها نشان دهنده شیوع ۱۵-۱۰ درصدی افسردگی پس از زایمان است، درصد افسردگی در این مطالعه ۳۴/۷٪ و در مطالعه انجام شده توسط آبدیان ۳۹/۲٪ گزارش شده است [۱۳].

در مطالعه حاضر حمایت‌های اجتماعی در قالب شبکه ارتباطی فرد با خانواده، همسر، دوستان و وضعیت شغلی بررسی شده و نتایج نشان می‌دهد که کاهش حمایت از طرف خانواده بخصوص همسر با افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد.

فیش^۱ و هاپکینسون^۲ و نگاهبان نیز این نتایج را تایید کرده‌اند [۱۴-۱۶].

بروکینگتون^۳ معتقد است که عدم ارتباط مناسب با همسر، زن را نسبت به افسردگی حساس می‌کند [۱۷]. مطالعه آبدیان نشان داد که بین افسردگی پس از زایمان و عدم ارتباط با خانواده همسر، ارتباط آماری معنی داری وجود دارد [۱۳]. به نظر می‌رسد عدم برخورداری از کمک نزدیکان و آشنایان و عدم ارتباط مناسب فرد با خانواده خود و یا همسر باعث ایجاد حس تنهایی در فرد شده و منجر به کاهش حمایت‌های اجتماعی می‌شود و در نهایت موجب کاهش انرژی به دلیل خستگی ناشی از مسئولیت نگهداری از نوزاد تازه تولد یافته، و کاهش میل به برقراری ارتباط مجدد می‌شود، که هر دو به عنوان چرخه معیوب در ایجاد افسردگی عمل می‌نمایند.

خمسه در مطالعه خود بین رضایت شغلی و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری نیافته است [۱۸]. که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. به نظر می‌رسد افرادی که از شغل خود راضی هستند در انجام وظایف خود موفقتر بوده و در نتیجه از اعتماد به نفس بالاتری برخوردار هستند. شفیع آبادی معتقد است هیچ چیز به اندازه شغلی که درست انتخاب شده باشد برای انسان لذت‌آور و رضایت بخش نیست [۱۹]. در این

¹ Fisch

² Hopkins

³ Brookington

یافت نشد. در توضیح نیافتن ارتباط بین متغیرهای فوق میتوان گفت: اولاً شاید مطالعه برای تعیین ارتباط معنی دار بین این متغیرها به اندازه کافی قدرتمند نبوده است. دوم اینکه این متغیرها به تنهایی در ایجاد افسردگی دخیل نیستند چرا که ترکیب پیچیده‌ای از متغیرهای مختلف در بروز این عارضه دخیل هستند.

هاناح^۵ و همکاران ارتباط تغذیه با شیر مصنوعی و افسردگی پس از زایمان را نشان دادند [۲۵]. ولی از نظر کاپلان و سادوک نحوه تغذیه نوزاد نقشی در افسردگی پس از زایمان ندارد [۲۶] که با نتایج این مطالعه همسویی دارد.

حسن زهرایی و دنیس^۶ نشان دادند که بین رضایت از روش تغذیه و نداشتن مشکلات در این رابطه با افسردگی مادر ارتباط آماری معنی داری وجود دارد [۲۷،۲۳].

دنیس معتقد است نارضایتی از روش تغذیه بیش از روش تغذیه نوزاد، با افسردگی مادر مرتبط است [۲۷]. داشتن مشکل در ارتباط با تغذیه نوزاد، موجب افزایش استرس و نگرانی مادر از تغذیه موثر و مناسب فرزندش شده، که می‌تواند بیش از نحوه تغذیه در احتمال بروز افسردگی مادر دخیل باشد.

بررسی داده‌های عوامل فردی، ارتباط افزایش سن مادر با افسردگی پس از زایمان را نشان داد. در حالیکه دنیس ارتباط منفی بین دو متغیر فوق را نشان داد [۲۸]. شاید علت اختلاف این باشد که مادران جوان بدلیل تعداد فرزند کمتر، استفاده از منابع اطلاعاتی جدیدتر و اهمیت دادن به مراقبت‌های دوران بارداری و برخورداری از تحصیلات بالاتر، کمتر در معرض سایر عوامل مستعد کننده ابتلاء به افسردگی پس از زایمان قرار می‌گیرند. در این پژوهش بین وضعیت تاهل مادر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی دار وجود داشت. دنیس معتقد است مادران تنها، بیوه یا مطلقه با استرس‌های جدیدی مانند تامین مخارج نوزاد تازه تولد یافته روبرو می‌شوند و در نتیجه در

مطالعه عدم رضایت از موقعیت اجتماعی محل زندگی از عوامل موثر در افسردگی مادر شناخته شد. برگانت^۱ و همکاران عدم رضایت از زندگی و کلاس پایین اجتماعی را فاکتور موثری در ایجاد افسردگی دانسته‌اند [۲۰].

بررسی داده‌های عوامل مامایی نشان داد که خوشایند نبودن تجربه بارداری با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری دارد.

شه^۲ نتایج پژوهش ما را تایید می‌کند [۲۱]. همچنین، حاملگی ناخواسته و تمایل به سقط از عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان هستند که با مطالعه وارنر^۳ و حسن زهرایی همسویی دارند [۲۳،۲۲]. افرادی که بطور خواسته باردار می‌شوند معمولاً در شرایط اقتصادی و اجتماعی متعادلی قرار دارند. از سوی دیگر ناخواسته بودن حاملگی و تمایل به سقط باعث ایجاد اختلال در امر تطابق با نقش والدینی در فرد می‌شود. نتایج نشان می‌دهد که بین بیماری نوزاد، با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی دار وجود دارد.

هایپکنس و همکاران نشان دادند که استرس‌های ناشی از تولد نوزاد خصوصاً بیماری‌های وی با افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد که در مطالعه حاضر نیز این مسئله تأیید گردید [۱۵]. به نظر می‌رسد خصوصیات نوزاد می‌تواند در نگرش و رفتار مادر تاثیر داشته باشد. مسئولیت نگهداری از نوزاد باعث ایجاد محدودیتهای جدید در روابط اجتماعی مادر شده و استقلال مادر نسبت به گذشته کاهش می‌یابد و زمانی که نوزاد بیمار است این محدودیتها افزایش می‌یابند.

ادواردز^۴ و خمسه در مطالعه خود نشان دادند که افسردگی پس از زایمان در بین زنانی که سزارین شده‌اند بیشتر است [۲۴،۱۸].

در مطالعه حاضر بین نوع زایمان، سابقه سقط و مرده‌زایی با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری

¹ Bergant

² Chee

³ Warner

⁴ Edwards

⁵ Hannah

⁶ Deenis

نتایج، ارتباط دلخواه نبودن جنس نوزاد با افسردگی مادر را نشان داد که با مطالعات انجام شده در هندوستان و چین همخوانی دارد. و لی در مطالعات غربی ارتباطی بین جنس نوزاد و افسردگی پس از زایمان یافت نشده است [۸]. به نظر می‌رسد عوامل فرهنگی جامعه مورد مطالعه، نقش مهمی در تعیین متغیرهای موثر دارد. شاید واکنش شوهر در مقابل جنس نوزاد، تعیین کننده واکنش مادر نیز باشد. دنیس و بک همانند مطالعه حاضر، وضعیت اقتصادی خانواده را عامل مهمی در احتمال ابتلاء مادر به افسردگی پس از زایمان معرفی کرده‌اند [۲۸،۱۲]. دنیز معتقد است عواملی مانند آگاهی فرد از عدم کفایت درآمد خانواده نسبت به سطح زندگی موجود در جامعه، بیش از درآمد واقعی فرد، در احتمال ابتلاء وی به افسردگی پس از زایمان موثر است.

در این پژوهش میزان استرس ارتباط مستقیم با افسردگی پس از زایمان داشت.

مطالعه دنیس نشان داد که بین حوادث استرس‌زای زندگی و افسردگی پس از زایمان ارتباط قوی وجود دارد [۲۸]. به نظر می‌رسد در برخورد با حوادث استرس‌زا، نحوه واکنش فرد نسبت به استرس متفاوت بوده و نکته مهم در تشخیص استرس و تنش نه شدت آن بلکه واکنش مشخص فرد نسبت به آن می‌باشد.

نتایج نشان داد که سطح اعتماد به نفس ارتباط معکوس با افسردگی پس از زایمان دارد. مطالعه شینگ یو وانگ بر روی سه دسته از مادران چینی- تایوانی، نشان داد که کاهش اعتماد به نفس مهمترین عامل ابتلا به افسردگی پس از زایمان است [۶] که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد. به نظر می‌رسد که اعتماد به نفس بالا با رفتارهای منطقی و متناسب (مانند رفتارهایی که منابع ایجاد استرس را محدود می‌کند و یا حساسیت نسبت به واکنش‌های عاطفی منفی را کاهش می‌دهد) مرتبط است و کاهش اعتماد به نفس باعث افزایش عدم کفایت و احساس گناه در فرد می‌شود.

معرض خطر بیشتری برای ابتلاء به افسردگی پس از زایمان قرار دارند [۲۸].

آبادیان نشان داد که سطح تحصیلات فرد ارتباط معنی داری با افسردگی پس از زایمان ندارد [۱۳] که با نتایج ما همخوانی ندارد. ولی نتایج مطالعه شینگ یو وانگ^۱ و وردوکس^۲ موید نتایج پژوهش حاضر است [۲۹،۶]. افزایش تحصیلات مادر باعث افزایش آگاهی وی نسبت به حقوق اجتماعی و نیازهای جسمی- روانی و همچنین ارتقاء تفاهم و همکاری می‌شود و به علت بالا رفتن آگاهی و توان دسترسی بهتر و سهل تر مادر به منابع اطلاعاتی و احتمالاً افزایش توان مالی، وی را جهت پذیرش مسئولیت جدید آماده می‌کند. بک و وردوکس ارتباطی بین افسردگی پس از زایمان با تعداد زایمان مادر نیافته‌اند [۲۹،۱۲].

در حالیکه نتایج آبادیان و هانگ^۳ در مورد ارتباط دو متغیر تعداد زایمان و افسردگی پس از زایمان، همسو با نتایج مطالعه حاضر است [۳۰، ۱۳]. می‌توان گفت که با افزایش تعداد فرزندان، مسئولیتهای مادر افزوده شده و در نتیجه برای مادر زمان کمتری برای استراحت و پرداختن به امور مورد علاقه‌اش باقی می‌ماند که در نهایت همه این عوامل منجر به افزایش خستگی جسمی و روحی مادر شده، می‌تواند وی را مستعد ابتلاء افسردگی پس از زایمان نماید.

در بررسی داده‌ها، ارتباطی بین افسردگی پس از زایمان با جنس نوزاد در بارداری اخیر یافت نشد.

شه و شینگ یو وانگ نیز در مطالعه خود ارتباطی بین جنس نوزاد در حاملگی اخیر و افسردگی پس از زایمان نیافته‌اند [۶-۲۱].

شاید به دلیل اینکه اکثر مادران مورد مطالعه اولین فرزند خود را دنیا آورده بودند ارتباط معنی‌داری بین دو متغیر یافت نشد. زیرا در اولین زایمان، خانواده و بخصوص مادر، بیشتر از جنسیت به سلامت نوزاد می‌اندیشند و جنسیت تحت الشعاع شادی ناشی از اولین تجربه پدر و مادر شدن قرار می‌گیرد.

¹ Shing-Yaw wang

² Verdoux

³ Hung

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه، حاکی از بالا بودن افسردگی پس از زایمان نسبت به میزان این عارضه در مطالعات مشابه خارجی است. همچنین تأثیر عوامل متعدد نظیر نارضایتی از ازدواج روابط با مادر و مادر شوهر و همسر خانواده همسر وضعیت شغلی و مشکلات مربوط به نوزاد با افسردگی مادر در ارتباط می باشد.

تشکر و قدردانی

در پایان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی و دانشجویان مرکز تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

Reference

- 1-Dawns, C: postpartum depression: A debilitating yet often unassessed problem. Health and social work.1990; 154: 261-270
- 2- Bewly C. Postnatal Depression. Nursing Stand Jan.1999; 13(16):49-54.
- ۳- حسن رفیعی، خسرو سبحانیان در ترجمه خلاصه روانپزشکی کاپلان سادوک (علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی). سادوک، بنیامین جیمز. جلد دوم، انتشارات نسل فردا، صفحات ۷۹-۷۸، ۱۳۸۲.
- ۴- مصطفی نژاد، لیل: مادر شدن و سلامت روانی. چاپ اول، انتشارات روشن، تهران، صفحات ۲۱، ۱۳۸۳.
- 5- Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to Maternal postpartum depression, and implications for family health. Journal of Advanced Nursing.2004; 45(1), 26-35.
- 6- Wang Sh-Y, Jiang X-Y, Jan W-CH, Chen CH-H.A comparative study of postnatal depression and its counseling in Taiwan and Mainland China. Am J Obstet Gynecol.2003; 189:1407-12.
- 7- Davies BR. Early Detection and Treatment of Postnatal in Primary Care. Journal of AdvancedNursing.2003; 44(3): 248-255.
- 8- Verkerk G J.M, Denollet J, Van Heck G L, Van Son M J.M, Pop V J.M. Patient preference for counseling predicts postpartum depression: a prospective 1- year follow up study in high-risk woman. Journal of Affective Disorders.2004; 83: 43-48.
- ۹- روحی:مریم « بررسی مشکلات سلامتی مادران، در ۶ هفته بعد از زایمان در شهر تبریز، ۱۳۸۰» پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، صفحات ۷۹، ۱۳۸۰.
- 10- McGill h. Postnatal depression: A Christchurch study. New Zealand medical Journal. 1995;108:162-5
- 11- Robertson E, Grace SH, Wallington T, Stewart DE. Antenatal Risk Factors for Postpartum depression: a Syntesis of Recent Literature. General Haspital Psychiatry. 2004; 26(3): 289-295.
- 12- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an Update. Nursing Research.2001;50(5) : 275-285.
- ۱۳- آبادیان شریف آباد مهرآور، بررسی میزان شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل مستعد کننده آن در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی وابسته به شرکت نفت تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۷
- 14-Fisch R, Tadmor O,Dankner R, Diamant Y. Postnatal depression. A prospective study of its prevalence, incidence and psychosocial determinants in an Israeli sample. J Obst Gyn Res 1997;23:547-554.
- 15- Hopkins J,Campbell S B, Marcus M. Role of infant related stressors in postpartum depression. Journal of Abnormal Psychology. 1987;96(3); 237-241.

- ۱۶- نگاهبان بنایی طیبه، صیادی اناری احمد رضا، انصاری جابری علی: بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در شهرستان رفسنجان، در: مجموعه مقالات همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نونوانی، ۱۹-۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹)، تبریز، صفحات ۱۷۷-۱۷۰، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- 17- Brockington I. *Motherhood and mental health*. Oxford: oxford University press. 1996.
- ۱۸-خمسه، فریال: بررسی عوامل روانی- اجتماعی موثر در بروز افسردگی زنان پس از زایمان در بیمارستان زنان شهرستان کرج، در: «مجموعه مقالات همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نونوانی»، (۱۹-۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹)، تبریز، صفحات ۱۸۲-۱۷۸، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- ۱۹- شفیغ آبادی، علی: راهنمای و مشاوره شغلی و حرفه‌ای. چاپ اول، تهران، انتشارات رشد، صفحات ۵۳، ۱۳۶۹.
- 20- Bergant A, Heim K, Ulmer H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *Journal Psychosom research*. 1999; 46:391-394.
- 21- Chee C Y.I, Lee D T.S, Chong Y.S, Tan L.K. Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *Journal of Affective Disorders*. 2005;89: 157-166.
- 22- Warner R. Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors of postpartum psychiatric morbidity. *Br J Psych*. 11996; 168:607-11
- ۲۳- حسن زهرایی، روشنگر، اسداللهی، ق: بشردوست، ن: خدادوست، م: بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانمهای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۷۶، در: «مجموعه مقالات همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نونوانی»، (۱۹-۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹)، تبریز، صفحات ۱۹۵-۱۸۸، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- 24- Edwards DRL, Porter SAM, Stein GS. A pilot study of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments. *Journal of psychosomatic research*. 1994;38:111-117
- 25- Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V. Sandler M. Link between early postpartum mood and postnatal depression. *British journal of psychiatry*. 1992; 160:777-780
- 26-Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Eight Ed, Baltimore, Williams & Wilkins. 1998; 667-8.
- 27- Dennis C L. Breastfeeding peer support : maternal and volunteer perception form a randomized controlled trial. *Birth*. 2002; 29:169-76.
- 28-Dennis CLE, Janssen PA, Singer J. Identifying Women at-Risk for Postpartum Depression in the Immediate Postpartum Period. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110:338-346.
- 29-Verdoux H, Sutter Al, Dallay E, Minisini A Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta psychiatry Scand*. 2002; 106: 212-219.
- 30- Hung CH-H. Predictors of postpartum womens health status. *Journal of Nursing Sholaeship*. 2004; 36: 345-351.