

بررسی فراوانی افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان در سال ۱۳۸۵

دکتر فاطمه شبیری*، دکتر عبدالله فرهادی نسب**، دکتر منصور نظری***

دریافت: ۸۵/۱۰/۹، پذیرش: ۸۶/۳/۲۱

چکیده:

مقدمه و هدف: بارداری و زایمان، وقایع تکاملی مهیج و مهمی برای اکثر زنان به حساب می آید. جهت تطابق موفقیت آمیز این دو واقعه وجود سازگاری های فیزیکی بین فردی و خانوادگی ضروری است. افسردگی بعد از زایمان یک اختلال جدی است که آثار مخرب و طولانی مدتی بر روی مادر و خانواده بر جای می گذارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی همدان در سال ۱۳۸۵ انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی بود که به منظور بررسی میزان افسردگی در ۸-۲ هفته پس از زایمان در مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان صورت گرفت. حجم نمونه ها ۴۰۰ نفر بود که بر اساس نمونه گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه استاندارد افسردگی (Beck) و روش تجزیه و تحلیل داده ها، آمار توصیفی و استنباطی بود. اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS 10 و توسط آزمون آماری χ^2 مورد آنالیز قرار گرفت.

نتایج: یافته های مطالعه نشان داد که ۶۸٪ از واحدهای مورد پژوهش بهنجار، ۱۹٪ افسردگی خفیف، ۴٪ افسردگی متوسط و ۹٪ افسردگی شدید داشتند و همچنین بین میزان افسردگی و مشخصات فردی مانند سن، تعداد زایمان، سطح تحصیلات، شغل مادر و شغل همسر ارتباط معنی دار آماری وجود داشت ($P < 0.000$).

نتیجه نهایی: با توجه به فراوانی ۳۲٪ افسردگی در واحدهای مورد پژوهش، اشراف کامل کادر درمانی به سیر و نحوه تشخیص افسردگی پس از زایمان حائز اهمیت است و بایستی به دلائل متعدد غربالگری شوند و هر چه زودتر درمان گردند، زیرا ممکن است رنج زیادی را بر فرد تحمیل نموده و پیامدهای زیانباری برای نوزاد داشته باشد.

/ / :

مقدمه:

آماده برخورد مناسب با آنها سازند. تعداد اندکی از زنان ممکن است دچار افسردگی پس از زایمان شوند که یک اختلال روان شناختی وخیم است و مادران جدید را گرفتار می سازد(۱،۲).

افسردگی پس از زایمان، با افسردگی خلّقی، کاهش علاقه به فعالیت ها، تغییر اشتها، خستگی، دشواری های خواب، دشواری در مراقبت از کودک، احساس گناه، اعتماد به نفس پایین، دشواری در تمرکز، وقفه سایکوموتور یا

بارداری و زایمان، روندهای تکاملی قابل توجهی برای اکثر زنان هستند. برای تطابق موفقیت آمیز با بارداری و زایمان، سازگاری های فیزیکی، درون فردی و خانوادگی ضرورت دارند. استرسهایی که گریبان گیر یک مادر بی تجربه می شوند، زیاد بوده و شامل اختلالاتی در فعالیتهای معمول میگردد. زنانی که به خوبی با وضعیت خود تطابق می یابند، می توانند تغییرات را پیش گویی کرده و خود را

* استادیار گروه مامائی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان (fshobeiri@yahoo.com)

** استادیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

*** استادیار گروه انگل شناسی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

افراد تحت مطالعه آنها، دارای معیارهای لازم برای قرار گرفتن در دسته تشخیصی افسردگی بالینی نبودند. و نیز سطوح استرادیول به درجات متوسط با حملات گریه در دوره پس از زایمان، ارتباط معکوس داشت. تیسدر و همکاران سطوح پلاسمایی استرادیول، پروژسترون، پرولاکتین و کورتیزول را اندازه گیری کردند. در این بررسی تنها استروژن ارتباطی را با افسردگی پس از زایمان نشان می داد، سطوح استروژن در زنان دچار افسردگی پس از زایمان، به میزان کمتر از این سطوح در افراد فاقد افسردگی بود (۶).

تعدادی دیگر از محققان، ارتباط بین افسردگی پس از زایمان و تریپتوفان (پیش ساز تولید سروتونین و عامل محدود کننده سنتز آن) را مورد بررسی قرار دادند. آنان متوجه شدند که سطوح پلاسمایی تریپتوفان قبل از زایمان کم است و سپس از روز دوم تا روز پنجم پس از زایمان افزایش می یابد (۵).

به اختصار چنین می توان گفت که میزان پایه افسردگی پس از زایمان، حدود ۱۰ درصد است. مشخص نیست آیا دوره پس از زایمان دوره ای با افزایش خطر افسردگی بالینی در زنان به حساب می آید یا نه، اما باید توجه داشت که میزان شکایت از علایم افسردگی معمولاً در این دوره افزایش می یابد (۲).

حاملگی، زایمان و مراقبتهای پس از زایمان از جمله رویدادهای طبی هستند که تحت کنترل و سرپرستی کادر درمانی قرار میگیرند. بنابراین اشراف کامل کادر درمانی به سیر و نحوه تشخیص افسردگی پس از زایمان حائز اهمیت است و بایستی به دلایل متعدد مورد غربالگری واقع شده و هر چه زودتر درمان گردد، زیرا ممکن است رنج زیادی را بر فرد تحمیل نموده و پیامدهای زیانباری برای نوزاد داشته باشد (۱۱).

باتوجه به اهمیت مطالب فوق الذکر و نیز اینکه تاکنون پژوهشی در این زمینه در دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام نشده است و همچنین به منظور مقایسه با آمارهای مربوط به سایر تحقیقات انجام شده، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی همدان در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است. جامعه پژوهش شامل زنانی است که ۲-۸ هفته قبل از زایمان

آزیتاسیون و فکر کردن در مورد خودکشی، مشخص می شود. این اختلال بسیار وخیم تر و پابرجاتر از غم مادری (Maternity blues) است، غم مادری یک واکنش گذرای احساسی است که زنان به فاصله کوتاهی پس از به دنیا آوردن نوزاد دچار آن می شوند و بدون هیچ مداخله خاصی فروکش می کند. رایان و همکاران متوجه شدند که افسردگی پس از زایمان می تواند ۲-۸ هفته پس از زایمان آغاز شود و به مدت ۲ هفته تا چندین ماه بر جا بماند (۲). در DSM-IV، افسردگی در ۴ هفته اول پس از زایمان به عنوان یکی از انواع افسردگی های اساسی منظور شده است (۲). برآورد های ارائه شده در مورد میزان شیوع افسردگی پس از زایمان، بسته به روش بررسی متغیر بوده اند. دومینیک بر اساس اطلاعات گزارش شده توسط خود بیماران، گزارش کرد که ۷ درصد زنان در دوره پس از زایمان دچار افسردگی می شوند (۳). تنگ گزارش کرد که ۳/۵ درصد افراد در یک مجموعه از زنان باردار، براساس معیارهای DSM-III در مورد افسردگی، در خلال بارداری و دوران پس از زایمان دچار افسردگی شده بودند (۴). لی و همکاران با استفاده از معیارهای تشخیصی تحقیقاتی، میزان افسردگی در خلال بارداری را ۹ درصد و در دوره پس از زایمان ۱۲ درصد گزارش کرده اند (۵). تیسدر و همکاران در یک مطالعه آینده نگر متوجه شدند که بر اساس معیارهای تشخیصی - تحقیقاتی، ۱۰ درصد زنان در دوره بارداری و ۷ درصد زنان در دوره پس از زایمان دچار افسردگی می شوند. با استفاده از پرسشنامه افسردگی Beck (بررسی افسردگی بر مبنای گزارش خود بیمار)، میزان بروز این اختلال در دوران بارداری به ۲۲ درصد و در دوره پس از زایمان به ۲۶ درصد افزایش پیدا می کرد (۶). به طور کلی، میزان پایه افسردگی پس از زایمان، حدود ۱۰ درصد است (۱۰-۶، ۴، ۳).

عوامل متعددی به عنوان علل احتمالی افسردگی پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفته اند. متغیرهای بیولوژیک، از جمله هورمون ها و میانجیهای عصبی، از نظر ارتباط با افسردگی پس از زایمان بررسی شده اند. محققین در یک بررسی آینده نگر سطوح LH، FSH، استروژن، پروژسترون و پرولاکتین را سنجیده و ارتباط آنها با علایم افسردگی را بررسی کردند. آنان وجود یک ارتباط متوسط بین خلق تحریک پذیر و سطوح استروژن و یک ارتباط معکوس بین سطوح پروژسترون و افسردگی را کشف کردند. هیچ یک از

جدول ۱: فراوانی عوامل موثر بر افسردگی

میزان افسردگی				
بهنجار	خفیف	متوسط	شدید	جمع
سن:				
<۲۰	۶۸	۴	۴	۸۰
۲۰-۲۹	۱۴۲	۶۴	۱۲	۲۲۰
≥ ۳۰	۶۲	۸	.	۷۰
تعداد زایمان:				
۱	۱۶۷	۵۶	۱۲	۲۴۴
≥ ۲	۱۰۸	۲۰	۴	۱۵۶
تحصیلات مادر:				
بیسواد	۷۴	۲۰	.	۹۸
کمتر از دیپلم	۱۲۵	۴۸	۸	۲۰۵
دیپلم و بیشتر	۷۳	۸	۸	۹۷
شغل مادر:				
خانه دار	۲۴۵	۶۴	۱۶	۳۵۳
شاغل	۲۷	۱۲	.	۴۷
شغل همسر:				
شاغل	۲۶۵	۷۲	۱۲	۳۷۳
بیکار	۷	۴	۴	۲۷
دشواری نگهداری از فرزند:				
بله	۹۳	۲۸	۸	۱۵۷
خیر	۱۷۹	۴۸	۸	۲۴۳

کرده اند و جهت دریافت خدمات تنظیم خانواده و بهداشتی به مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان مراجعه میکنند. در این مطالعه تعداد نمونه ها با استفاده از فرمول آماری، ۳۸۳ نفر تعیین شد که محققین ۴۰۰ نفر را بر این اساس انتخاب کردند: زنانی که قبلا افسردگی را تجربه نکرده و برای اولین بار در طی ۸-۲ هفته بعد از زایمان دچار علائم افسردگی شده باشند و همچنین قادر به برقراری ارتباط با پژوهشگران و در دسترس باشند.

ابزار گردآوری اطلاعات بر پایه پرسشنامه استاندارد Beck Depression Inventory (BDI) (بررسی افسردگی بر مبنای گزارش خود بیمار) و چک لیستی جهت اطلاعات دموگرافیک بود. پژوهشگران پس از توجیه واحدهای مورد پژوهش از طریق مصاحبه اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند و بر اساس استاندارد ذکر شده در رفرنس نمره: ۱۶-۰ = بهنجار (عدم وجود افسردگی)، ۲۴-۱۷ = افسردگی خفیف، ۳۲-۲۵ = افسردگی متوسط و بالاتر از ۳۲ افسردگی شدید در نظر گرفته شد (۱۲).

پس از جمع آوری داده ها با استفاده از آمار توصیفی جهت توصیف اطلاعات دموگرافیک و با استفاده از آزمون آماری χ^2 فرضیه های مطالعه مورد بررسی قرار گرفته و اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۰ آنالیز گردید.

نتایج:

یافته ها نشان داد که بیشترین فراوانی سنی در واحدهای مورد پژوهش (۶۲/۵٪) در گروه سنی ۲۰-۲۹ سال بوده است. همچنین حداقل سن ۱۷ سال و حداکثر سن ۴۰ سال بوده است. اکثریت واحدهای مورد مطالعه (۳۵٪) دارای تحصیلات کمتر از دیپلم بودند و (۱۵/۵٪) آنان بیسواد بودند. بیشترین فراوانی شغل مادران (۸۸/۲٪) خانه داری بود و (۱۱/۸٪) زنان شاغل بودند. اکثریت آنان (۶۱٪) سابقه یک زایمان داشتند، (۲۶/۲٪) سابقه ۲ زایمان و (۱۲/۸٪) سابقه ۳ یا بیشتر زایمان داشتند. حاملگی در اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۵٪) از نوع خواسته بوده است و (۴۵٪) افراد حاملگی ناخواسته داشتند. میزان تحصیلات همسران در اکثریت موارد (۴۰/۲٪) دیپلم و بالاتر بوده است و (۶/۸٪) همسران بیسواد بودند. اکثریت همسران واحدهای مورد پژوهش (۹۳/۳٪) شاغل و (۶/۷٪) آنها بیکار بودند (جدول ۱).

نتایج پژوهش نشان داد نوزاد اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۹۸٪) در هنگام تولد سالم بوده است. اکثریت آنان (۶۰/۸٪) مشکلی در نگهداری از فرزند نداشتند. در حالیکه (۳۹/۲٪) افراد در نگهداری از فرزند خود مشکل داشتند. اکثریت واحدهای مورد مطالعه (۶۴/۵٪) برای نگهداری از فرزند خود از کمک بهره مند بودند در حالیکه (۳۵/۵٪) افراد جهت نگهداری از فرزند خود از هیچ کمکی برخوردار نبودند. نتایج بررسی در زنان نشان داد (۶۸٪) از افراد بهنجار (غیر افسرده) بودند. (۱۹٪) افسردگی خفیف، (۴٪) افسردگی متوسط و (۹٪) افسردگی شدید داشتند. در تعیین ارتباط عوامل موثر نظیر سن، تعداد زایمان، میزان تحصیلات مادر، شغل مادر، میزان تحصیلات همسر، شغل همسر و دشواری نگهداری از فرزند با افسردگی بعد از زایمان آزمون آماری ارتباط معنی داری را بین متغیرها با افسردگی بعد از زایمان نشان داد ($P < ۰/۰۵$) (جدول ۲).

و کیفیت روابط زناشویی رابطه ای وجود دارد (۱۰). در چند مطالعه مشخص شده است که ضعیف بودن ارتباط زناشویی زمینه ساز افسردگی پس از زایمان است و همچنین عدم حمایت شوهر از زن با افزایش شدت افسردگی در ارتباط بوده است (۲). در مطالعه حاضر نتایج حاصله ارتباط معنی داری را بین سن، تعداد زایمان، میزان تحصیلات و شغل با افسردگی پس از زایمان آشکار ساخت.

در پژوهش انجام شده توسط رس و همکاران، اهمیت متغیرهای روانی - اجتماعی در افسردگی پس از زایمان، مورد مطالعه قرار گرفته است. در این مطالعه، زنان در مورد خلق، عوامل استرس زا، حمایت اجتماعی و مشاغل روزمره مورد پرسش قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد حمایت اجتماعی و مشاغل روزمره، قوی ترین پیشگویی کننده های وقوع افسردگی پس از زایمان هستند. نتایج این بررسی شواهد دیگری را در تایید طرح استعداد- استرس ارائه کرد و نشان داد در هنگام غربالگری زنان از نظر افسردگی پس از زایمان، آسیب پذیری زمینه ای و عوامل استرس زای جاری هر دو بایستی مورد توجه قرار گیرند (۱۱، ۱۳).

کالج متخصصان زنان و مامائی آمریکا در رابطه با اهمیت غربالگری روانی- اجتماعی در طول مراقبتهای پره ناتال گزارش نمودند که پرداختن به موضوعات روانی - اجتماعی، گامی اساسی در جهت سلامت زنان و پیامدهای زایمانی تولد محسوب میشود (۱).

به اختصار چنین می توان گفت که متغیرهای بسیاری به عنوان عوامل زمینه ساز افسردگی پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفته اند. شواهد آشکاری به نفع یک علت هورمونی برای افسردگی پس از زایمان وجود ندارد، اما وجود افسردگی در خلال بارداری، وجود سابقه ای از افسردگی، کیفیت روابط زناشویی، وضعیت حمایت های اجتماعی و عوامل استرس زای روزمره، ظاهراً با این اختلال در ارتباط هستند. تشخیص و درمان افسردگی پس از زایمان به منظور آسایش و سلامتی مادر و کودک ضرورت دارد.

ارتباط تنگاتنگ بهداشت روانی با بهداشت جسمانی در رابطه با بارداری یا حاملگی ضرورت به کارگیری مکانیزمهای در جهت برقراری بهداشت جسمانی و روانی در کنار یکدیگر را در این دوران نمایان میسازد. اگر چه حاملگی

جدول ۲: آنالیز آماری عوامل موثر بر افسردگی

ارزش P	χ^2	
۰/۰۰	۴۳/۹	سن
۰/۰۰	۵۳/۲	تعداد زایمان
۰/۰۰	۶۲/۳	تحصیلات مادر
۰/۰۴	۸/۰	شغل مادر
۰/۰۰	۷۶/۴	شغل همسر
۰/۰۰	۲۶/۳	دشواری نگهداری از فرزند

بحث:

بارداری در زنی که از نظر روانشناختی سالم است تظاهری از احساس خود شکوفائی و هویت به حساب می آید. بسیاری از زنان اظهار می کنند باردار شدن تجربه خلاق و بر آورنده نیازهای بنیادی خود شیفگی است زیرا به وسیله آن موجود دیگری تولید میشود که مظهر گسترش و امتداد خود فرد است. نگرشهای منفی نسبت به بارداری غالباً با ترس از زایمان یا نقش مادری رابطه دارد، لذا تطابق مادر با این تغییر فیزیولوژیک بسیار اساسی و ضروری به نظر میرسد جلوه های این تطابق عبارتند از: پذیرش حاملگی، تثبیت رابطه مادر با جنین و تطابق با تغییرات جسمانی و روانی و هیجانی.

مطالعه حاضر مبین آن است که ۱۹٪ از واحدهای مورد پژوهش افسردگی خفیف، ۴٪ افسردگی متوسط و ۹٪ افسردگی شدید داشتند. در واقع یافته های این پژوهش منطبق بر گزارش تنگ و همکاران در جامعه تابوان میباشد (۴). تیسدر گزارش کرد ۷٪ زنان در دوره پس از زایمان دچار افسردگی میشوند. با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، میزان بروز این اختلال در دوران بارداری به ۲۲ درصد و در دوره پس از زایمان به ۲۶ درصد افزایش پیدا کرد (۶، ۸، ۹). در حالیکه رایان و همکاران، میزان پایه افسردگی پس از زایمان را حدود ۱۰٪ گزارش کرده اند (۲).

کارول و همکاران بررسی جامعی را بر روی مطالعات ارائه شده در مورد افسردگی پس از زایمان و متغیرهای روانی - اجتماعی زمینه ساز این اختلال به انجام رسانیدند. این محققان چنین نتیجه گرفتند که ارتباط قابل توجهی بین افسردگی پس از زایمان و عوامل دمو گرافیک مانند سن، تعداد زایمان و تحصیلات وجود ندارد (۷) در حالیکه تحقیق دیگری نشان داد که بین افسردگی پس از زایمان

- sion. *Psychosomatic Med* 2003;65:357-361.
4. Teng HW, Hsu CS, Shih SM, Lu MI, Pan JJ, Shen WW. Screening postpartum depression with the Taiwanese version of the Edinburgh Postnatal Depression scale. *Compr Psychiatry* 2005; 46(4): 261-5.
 5. Lee DT, Yip SK, Chin HF, Leung TY, Chan KP, Chau IO, et al. Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1998;172:433-7.
 6. Teissedre F, Chabrol H. A study of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression. *Encephale* 2004; 30(4): 376-81.
 7. Carrol JC, Reid AJ, Biringier A, Midmer D, Glazier RH, Wilson L, et al. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2005; 173(3): 253-9.
 8. Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, Nazhad-Jafar P, Razaie M. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women?. *East Mediterr Health J* 2005; 11(4):618-24.
 ۹. صالحی کسائی پروین. بررسی مقایسه‌ای شیوع افسردگی بعد از زایمان در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین، مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران ۱۳۷۳.
 ۱۰. خدیو زاده طلعت، کیانی فاطمه، سرگلزائی محمد رضا، بهنام حمید رضا. بررسی ارتباط رضایت زناشویی سه ماهه سوم بارداری با افسردگی پس از زایمان. همدان. همایش سراسری ارتقاء سلامت ۱۳۸۵: ۲۰.
 11. Ross LE, Murray BI, Steiner M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *J Psychiatry Neurosci* 2005; 30(4): 247-56.
 ۱۲. برنز دیوید. روانشناسی افسردگی. ترجمه مهدی قراچه داغی. تهران: انتشارات دایره، ۱۳۷۷: ۴۰.
 ۱۳. معین زری. بهداشت روانی مادران در دوران بارداری. تهران: معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۸۰: ۱۰-۷.

برای اکثر زنان لذت بخش است و احساس سالم بودن و کامل بودن را بوجود می آورد اما از آنجا که در حاملگی تغییرات قابل ملاحظه ای از نظر جسمی روانی و اجتماعی رخ می دهد تطابق و سازگاری با همه این تغییرات برای زنان مشکل است. بنابراین حاملگی یک بحران در زندگی زن به حساب آمده و با استرس همراه میگردد و لازم است زنان حامله مورد حمایت راهنمایی و مشاوره قرار گیرند و به آنها آموزش های لازم داده شود.

نتیجه نهایی:

نتایج بررسی در زنان نشان داد ۳۲٪ از واحدهای مورد پژوهش افسردگی داشتند، همچنین بین میزان افسردگی و مشخصات فردی مانند سن، تعداد زایمان، سطح تحصیلات، شغل مادر و شغل همسر ارتباط معنی دار آماری وجود داشته است. از این رو به نظر می رسد که اشراف کامل کادر درمانی به سیر و نحوه تشخیص افسردگی پس از زایمان حائز اهمیت است و بایستی به دلایل متعدد مورد غربالگری واقعه شده و هر چه زودتر درمان گردند.

سپاسگزاری:

بدینوسیله نویسندگان بر خود لازم میدانند از مرکز پژوهش دانشجویان و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

منابع:

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 22nd ed. New York:Mc Graw-Hill, 2005:201-230.
2. Rayan KJ, Bercowitz RS, Barbieri RL, Dunaif A. *Kistner's gynecology & women's health*. 7th ed. St. Louis: Mosby, 1999: 524-529.
3. Dominic TSL, Yip ASK, Chan SSM, Sych MRCP, Tsui MHY, Wong WS, et al. Post delivery screening for Postpartum Depres-