

بررسی عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان در پدران

سهیلا شمس‌خانی^۱، نیلوفر سلیمانی^۲، مریم سعیدی^۳، سیمین شمسی‌خانی^۴، پگاه مطوری‌پور^۵،
هما سلیمانی^۶

^۱ کارشناس ارشد، گروه روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
^۲ دانشجوی کارشناسی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
^۳ کارشناس ارشد، گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری ساوه، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
^۴ کارشناس ارشد، گروه پرستاری داخلی - جراحی، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
^۵ دانشجوی دکترای تخصصی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۶ استادیار، گروه فیزیولوژی و فیزیکی پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
* نویسنده مسئول: پگاه مطوری‌پور، دانشجوی دکترای تخصصی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران،

ایران. ایمیل: P_Matourypour@razi.tums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۲/۲۸

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان در پدران یکی از مشکلات اصلی پس از زایمان است که باعث عوارض سوئی از جمله خدشه‌دار شدن روابط خانوادگی می‌شود؛ مشکلی که به نوبه‌ی خود، بر رشد و تکامل کودکان به‌خصوص رشد عاطفی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در پدران و عوامل مستعدکننده آن انجام گرفت.
روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است و در آن ۱۴۴ نفر از پدران واجد شرایط که همسران آن‌ها جهت دریافت مراقبت‌های بعد از زایمان به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان اراک در سال ۱۳۹۲ مراجعه می‌کردند، شرکت داشتند. نمونه‌گیری به شکل خوشه‌ای - تصادفی از مناطق اراک انجام گرفت. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل فرم اطلاعات دموگرافیک جهت بررسی متغیرهای مرتبط با افسردگی و پرسش‌نامه‌ی استاندارد افسردگی ادین‌برگ بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (کای دو) استفاده شد.
یافته‌ها: نتایج نشان داد که میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان در بین پدران، ۴۵/۸٪ بود. آزمون کای دو نشان داد «وضعیت اقتصادی» به شکل معناداری با بروز افسردگی در پدران ارتباط دارد ($P = 0/001$)؛ همچنین، این آزمون نشان‌دهنده ارتباط بین «مشکل با خانواده‌ی همسر» به‌عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده است ($P = 0/05$). بقیه‌ی متغیرها ارتباطی با افسردگی نداشتند ($P > 0/05$).
نتیجه‌گیری: افسردگی پس از زایمان در پدران نسبتاً شایع است و بر این اساس، پیشنهاد می‌شود برای پیشگیری از عوارض پس از زایمان، عوامل زمینه‌ساز آن کنترل گردد و علائم آن در مراحل اولیه این اختلال به افراد آموزش داده شود.
واژگان کلیدی: افسردگی پس از زایمان، پدران، عوامل مستعدکننده افسردگی.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

این در حالی است که بروز افسردگی در پدران می‌تواند بر تمام ابعاد زندگی خانوادگی از جمله روابط با همسر و فرزند و ایفای نقش پدری تأثیرگذار باشد (۲). تاکنون تعریف واحد و مشخصی برای افسردگی بعد از زایمان در پدران ارائه نشده است؛ اما می‌توان از تعریفی که در نسخه چهارم کتابچه آماری و تشخیصی بیماری‌های روان DSM4، برای افسردگی بعد از زایمان در مادران آمده است استفاده کرد. طبق تعریف این کتابچه، افسردگی در مادران به بروز

افسردگی به معنی «وجود خلق افسرده روزانه به مدت حداقل ۲ هفته» است. هر دوره افسردگی ممکن است با اندوه، بی‌تفاوتی، فقدان علاقه و لذت، احساس پوچی، بی‌ارزشی، عدم تسلط بر محیط و عدم تحریک‌پذیری مشخص شود (۱). یکی از انواع افسردگی، افسردگی بعد از زایمان است که هم در مادران و هم در پدران می‌تواند بروز کند. با این حال، بیش از آنکه به افسردگی در پدران پرداخته شود افسردگی در زنان و مادران مورد توجه و درمان قرار گرفته است؛

بروز این مشکل مؤثر هستند، این مطالعه با هدف تعیین شیوع افسردگی پس از زایمان در پدران و عوامل مستعدکننده آن انجام گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر پژوهشی توصیفی است که بر روی ۱۴۴ نفر از پدران که جهت دریافت مراقبت بعد از زایمان برای نوزاد به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان اراک مراجعه می‌کردند انجام شد. نمونه‌گیری به شکل تصادفی - خوشه‌ای از هر ۵ منطقه شهری اراک و در هر منطقه به شکل تصادفی تا تکمیل تعداد نمونه‌ها انجام گرفت. نمونه‌گیری خوشه‌ای بدین‌صورت انجام شد که در هر منطقه بعد از تعیین تعداد مراکز بهداشتی، از طریق نمونه‌گیری تصادفی و قرعه‌کشی، چند مرکز بهداشتی در هر منطقه انتخاب شد و نمونه‌گیری در آن مناطق از بین مراجعه‌کنندگانی که جهت مراقبت بعد از زایمان مراجعه می‌کردند انجام گرفت. جهت انجام نمونه‌گیری بعد از تصویب طرح در دانشگاه علوم پزشکی اراک و اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه و ارائه آن به مسئولین مراکز بهداشتی، نمونه‌گیری از افراد واجد شرایط با توضیح اهداف پژوهش، اختیاری بودن شرکت در آن و محرمانه ماندن اطلاعات نمونه‌ها صورت گرفت.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش، فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ادینبرگ بود. از فرم اطلاعات دموگرافیک جهت بررسی متغیرهای سن پدر، وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، نوع زایمان، دلخواه بودن جنس نوزاد، وجود یا عدم وجود مشکل با خانواده همسر، تغییر محل سکونت، آمادگی برای پذیرش مسئولیت نوزاد، اختلافات زناشویی، داشتن تجربه بحران در یک سال گذشته و سابقه خانوادگی بیماری روانی استفاده شد. ابزار دوم، پرسشنامه ادینبرگ بود که به‌وسیله ماکس و همکاران در سال ۱۹۷۸ تنظیم شده، بارها به‌منظور تحقیق روی معیارهای تشخیص افسردگی مورد استفاده قرار گرفته و حساسیت، ویژگی و ارزش پیشگویی‌کنندگی آن در ایران نیز تأیید گردیده است. پایایی این پرسش‌نامه به‌وسیله خرمی‌راد و همکاران به روش آزمون مجدد به میزان ۹۰٪ گزارش شده است (۱۴). همچنین رویی و پایایی این ابزار استاندارد در مطالعه مصلی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۸) تأیید شده است (۱۵). بر اساس این پرسش‌نامه افرادی که نمره کمتر از ۱۳ دریافت کنند، «غیر افسرده» و افرادی که نمره برابر یا بیشتر از ۱۳ را کسب کنند، «افسرده» قلمداد می‌شوند.

معیارهای ورود به پژوهش داشتن سواد، گذشتن ۳ تا ۶ ماه از تولد فرزند، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و تحت درمان بودن برای آن و اعلام رضایت به شرکت در پژوهش بود و با توجه به توصیفی بودن پژوهش و مشارکت نمونه‌ها به شکل تکمیل پرسش‌نامه، معیار خروج برای آن‌ها در نظر گرفته نشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (کای دو و رگرسیون لاجستیک) استفاده گردید.

یافته‌ها

نمونه‌های پژوهش ۱۴۴ پدر با میانگین سنی $35/4 \pm 31/16$ بودند. اکثر آنان (۵۶/۱٪) از نظر اقتصادی در رده متوسط جامعه قرار داشتند، ۳۴/۸٪ از آنان دارای تحصیلات دیپلم بودند، ۵۳٪ آن‌ها از جنسیت کودک راضی بودند، ۵۰٪ از آنان بعد از زایمان آمادگی قبول مسئولیت

حمله افسردگی مازور طی ۴ هفته اول بعد از زایمان، در اشکال خلق افسرده، فقدان علاقه در انجام فعالیت‌ها، کاهش یا افزایش وزن، بی‌خوابی یا پرخوابی، خستگی و بی‌قراری، احساس بی‌ارزشی و گناه، عدم توان برای تمرکز، و بروز افکار مرگ‌آور - که برای مدت ۲ هفته تداوم داشته باشد - اطلاق می‌شود؛ علائمی که در پدران مبتلا به افسردگی بعد از زایمان نیز مشاهده می‌گردد (۳). شیوع این نوع افسردگی در پدران جوامع غربی حدود ۲۴ تا ۲۵٪ تخمین زده شده است (۴) و در پدران که برای بار اول پدر می‌شوند و انتظار افسردگی را دارند بیشتر از دیگران خود را نشان می‌دهد (۲). این اتفاق طی ۱۲ ماه اول بعد از زایمان به‌خصوص طی ۳ تا ۶ ماه بعد از زایمان تحت تأثیر خستگی و استرس ناشی از مراقبت از نوزاد و درجه رضایت از زندگی زناشویی، به حداکثر میزان خود می‌رسد افسردگی در پدران رابطه‌ی نزدیکی با افسردگی مادران دارد (۵)؛ به‌گونه‌ای که میزان وخامت افسردگی در یک والد با شدت بروز آن در والد دیگر ارتباط تنگاتنگی دارد؛ این در حالی است که تاکنون رابطه علی و معلولی بین این دو یافت نشده است (۳). با وجود اهمیت موضوع تاکنون آمار دقیقی از شیوع افسردگی بعد از زایمان در مردان در جامعه ایرانی و به شکل اختصاصی‌تر در شهرهای مختلف در دسترس نمی‌باشد؛ بنابراین، با عدم تشخیص و درمان، مراقبتی نیز وجود نخواهد داشت. در این حالت مادران افسرده احساس مسئولیت و پاسخ‌گویی کمتری در قبال نوزاد داشته و در تعامل با نوزاد دچار مشکلات پیچیده‌ای می‌شوند که تکامل عاطفی - شناختی نوزاد را به‌شدت تهدید کرده و ممکن است باعث غفلت و سوء رفتار در مراقبت از نوزاد شود. در این شرایط با بروز افسردگی در پدران، روابط خانوادگی بیشتر خدشه‌دار می‌شود و این خود بر رشد و تکامل کودک به‌خصوص رشد عاطفی وی تأثیر منفی خواهد داشت (۶).

عواملی که در ایجاد افسردگی در پدران مؤثر هستند عبارت‌اند از: بی‌کاری، ضعف در رابطه زناشویی، استرس، پیشامدهای زندگی، فقدان حمایت‌های اجتماعی و داشتن سابقه بیماری‌های روانی (۷، ۸). عواملی مانند سطح اقتصادی - اجتماعی پایین، تعداد بارداری‌های قبلی، بارداری ناخواسته و حوادث استرس‌زا باعث ایجاد این نوع افسردگی می‌شوند (۹، ۱۰). افسردگی پس از زایمان با علائمی نظیر احساس غمگینی، ناتوانی از لذت بردن، تحریک‌پذیری، بروز عصبانیت و کاهش اعتماد به نفس (۱۱)، کاهش رابطه بین اعضای خانواده، کاهش احساسات، روابط و میل جنسی، کاهش تمایل به نگهداری از کودک (۱۲)، کاهش رشد هیجانی - شناختی و کلامی، بروز مشکلات رفتاری و کاهش واکنش‌های اجتماعی مشخص می‌شود (۱۳).

با وجود اهمیت آگاهی از میزان شیوع این مشکل در جامعه ایرانی و لزوم برنامه‌ریزی جهت انجام اقدامات مقتضی و به‌موقع، مطالعه‌ای در ایران که به این موضوع پرداخته باشد یافت نشد. با توجه به اینکه هدف از تلاش‌های گروه بهداشت و درمان، توانمندسازی خانواده و تأمین سلامت کلیه اعضای آن می‌باشد و نه فقط سلامت زنان، پژوهش‌گران بر آن شدند تا به بررسی شیوع این مشکل در بطن جامعه ایرانی و به شکل اختصاصی‌تر در شهرستان اراک بپردازند تا راه حل مناسب را با توجه به شیوع مشکل و عوامل تأثیرگذار آن ارائه کنند. با توجه به اینکه جهت پیشگیری از عوارض جدی و ناخواسته این اختلال بر سلامت مادر، شیرخوار و خانواده، تشخیص و تعیین تعداد مردانی که در جمعیت کنونی در معرض خطر افسردگی بعد از زایمان قرار دارند لازم است و همچنین با در نظر گرفتن این نکته که یک سری از عوامل در

نشان‌دهنده ارتباط «مشکل با خانواده همسر» به‌عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی کننده می‌باشد ($P = 0/05$)؛ ولی در زمینه متغیرهای سن پدر ($P = 0/39$)، رضایت از جنسیت نوزاد ($P = 0/03$)، آمادگی برای پذیرش مسئولیت نوزاد ($P = 0/53$) نوع زایمان ($P = 0/1$)، نقل مکان در طول دوران بارداری ($P = 0/45$)، ابتلاء همسر به بیماری خاص در طی دوران بارداری ($P = 0/25$)، وقوع اختلاف زناشویی با همسر در دوران بارداری ($P = 0/15$) و سابقه ابتلاء خانوادگی به بیماری روانی ($P = 0/34$) ارتباط معناداری مشاهده نشد (جدول ۱).

فرزند را نداشتند، ۷۵/۸٪ از مادران خانواده‌ها در دوران بارداری بیماری خاصی را تجربه نکرده بودند. ۶۸/۲٪ موارد در دوران بارداری اختلاف زناشویی با همسر خود نداشتند و ۷۲/۷٪ از پدران سابقه بیماری روانی را در خانواده خود نداشتند. در نهایت، یافته‌ها مبین شیوع افسردگی بعد از زایمان در بین پدران مورد بررسی به میزان ۴۵/۸٪ بود. در بررسی ارتباط متغیرهای مختلف در بروز افسردگی بعد از زایمان در پدران، آزمون کای دو نشان داد وضعیت اقتصادی به شکل معناداری با بروز افسردگی در پدران ارتباط دارد ($P = 0/001$). همچنین این آزمون

جدول ۱: وضعیت افسردگی پدران با توجه به مشخصات دموگرافیک آنان

مشخصات دموگرافیک	وضعیت افسردگی		آزمون	
	افسرده	غیر افسرده	X^2	P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تحصیلات				
بی‌سواد	۱	۱/۵	۶	۷/۷
زیر دیپلم	۲۱	۳۱/۸	۱۶	۲۰/۵
دیپلم	۲۳	۳۴/۸	۳۲	۴۱
لیسانس	۱۹	۲۸/۸	۲۰	۲۵/۶
بالا تر	۲	۳	۴	۵/۱
سن				
۲۰-۱۵	۱	۱/۵	۰	۰
۲۵-۲۱	۵	۷/۸	۶	۷/۷
۳۰-۲۶	۲۲	۳۳/۳	۳۵	۴۴/۹
۳۵-۳۱	۲۶	۳۹/۴	۲۴	۳۰/۸
۴۰-۳۶	۱۲	۱۸/۲	۱۱	۱۴/۱
۴۵-۴۱	۰	۰	۲	۲/۶
وضعیت اقتصادی سطح درآمد				
ضعیف	۱۱	۱۶/۷	۵	۶/۴
متوسط	۳۷	۵۶/۱	۳۵	۴۴/۹
خوب	۱۸	۲۷/۳	۲۴	۳۰/۸
عالی	۰	۰	۱۴	۱۷/۹
نوع زایمان				
سزارین	۴۵	۶۸/۲	۴۳	۵۵/۱
زایمان طبیعی	۲۱	۳۱/۸	۳۵	۴۴/۹
دلخواه بودن جنس نوزاد				
بله	۳۵	۵۳	۴۸	۶۱/۵
خیر	۳۱	۴۷	۳۰	۳۸/۵
داشتن مشکل با خانواده همسر				
بله	۲۱	۳۱/۸	۱۴	۱۷/۹
خیر	۴۵	۶۸/۲	۶۴	۸۲/۱
اختلافات زناشویی				
بله	۲۵	۳۷/۹	۲۰	۲۵/۷
خیر	۴۱	۶۲/۱	۵۸	۴۷/۴
تجربه بحران طی یک سال گذشته				
بله	۲۶	۳۹/۴	۳۶	۴۶/۲
خیر	۴۰	۶۰/۶	۴۲	۵۳/۸

داشتن سابقه بیماری روانی در خانواده			
بله	۱۸	۲۷/۳	۴۸
خیر	۱۶	۲۰/۵	۶۲
		۷۲/۷	۷۹/۵
		۰/۳۴	۱

جدول ۲: تحلیل چندمتغیره رگرسیون لجستیک عوامل مرتبط با افسردگی

متغیر	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان ۹۵٪ (CI)	P-value
وضعیت اقتصادی			
خوب و عالی	۱		
متوسط	۲/۲۸	(۱/۰۸ - ۴/۸۲)	۰/۰۳۱
ضعیف	۵/۰۰	(۱/۳۷ - ۱۸/۲۴)	۰/۰۱۵
نوع زایمان			
طبیعی	۱		
سزارین	۲/۰۵	(۰/۹۷ - ۴/۳۴)	۰/۰۶۱
داشتن مشکل با خانواده همسر			
خیر	۱		
بله	۱/۵۹	(۰/۶۹ - ۳/۶۴)	۰/۲۷۷
اختلافات زناشویی			
خیر	۱		
بله	۱/۴۲	(۰/۵۸ - ۳/۰۸)	۰/۳۸۲

متوسط به‌عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی در بروز افسردگی می‌توان با بررسی ریسک فاکتورها در زمان مراقبت پیش از زایمان، حین بارداری، زمان زایمان و بعد از زایمان، و آموزش علائم بیماری در مراحل ابتدایی (از جمله برای مادران) به‌صورت شفاهی و کتبی (۲) آموزش لازم را به آنان جهت مراجعه زودتر ارائه داد. بدین ترتیب با پیشگیری و آموزش می‌توان هزینه‌های درمانی را برای بیماران و حتی هزینه‌های درمانی را در سطح جامعه کاهش داد که در این صورت میزان مراجعه‌های بعدی جهت درمان، دریافت دارو و حتی بستری شدن بعد از آن در والدین کاهش می‌یابد (۵). کاهش هزینه‌ها نه تنها به لحاظ مالی و مادی بلکه در شکل عاطفی و روحی - روانی نیز در رشد و تکامل کودک در محیط سالم خانواده تأثیرگذار خواهد بود (۱۸).

هدف دیگر از آموزش کاهش استیگما و وجه بد آن در بین افراد جامعه می‌باشد (۵). گاهی اوقات پدران در مراقبت‌های بعد از زایمان مراجعه کمتری جهت همراهی با فرزند دارند که در این‌گونه موارد آموزش علائم خطر و ریسک فاکتورها باید به مادر داده شود تا در صورت مشاهده و درک آن زمینه برای ارجاع فراهم شود (۱۹).

از محدودیت‌های این پژوهش انجام آن تنها در یک شهر می‌باشد؛ زیرا با مطالعاتی که انجام شد مشخص شد در ایران اگرچه افسردگی در مادران مورد توجه قرار گرفته و مداخلات لازم در قالب برنامه‌های مختلف در حال انجام است به افسردگی در پدران با وجود اهمیت آن بر رشد و تکامل کودک و روابط حاکم بر خانواده توجهی نشده است؛ بنابراین، انجام پژوهش‌های بعدی در سطحی وسیع‌تر و تکرار ارتباط‌سنجی متغیرهای مرتبط و غیر مرتبط شناخته‌شده در این پژوهش، الزامی است. همچنین پیشنهاد می‌شود هم‌زمان با بررسی مادران از نظر وجود افسردگی بعد از زایمان، پرسش‌نامه‌ها در مورد پدران نیز تکمیل گردد تا بدین ترتیب مشخص گردد آیا همانند متون

در نهایت متغیرهایی که در تحلیل تک‌متغیره در سطح ۰/۰۲ معنی‌دار بودند، وارد مدل چندمتغیره رگرسیون لجستیک (Multivariate Logistic Regression) گردیدند (جدول ۲). طبق نتایج برازش این مدل، با کنترل اثر سایر عوامل، فقط وضعیت اقتصادی به‌طور معنی‌داری پیشگویی‌کننده وضعیت افسردگی بود؛ به‌طوری‌که در خانوارهای با وضعیت اقتصادی متوسط در مقایسه با خانوارهای با وضعیت اقتصادی خوب یا عالی، شانس افسردگی ۲/۲۸ برابر و در خانوارهای با وضعیت اقتصادی ضعیف در مقایسه با خانوارهای با وضعیت اقتصادی خوب یا عالی، شانس افسردگی ۵/۰۰ برابر بود.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد میزان شیوع افسردگی در بین پدران بعد از زایمان ۴۵/۸٪ است؛ این در حالی است که میزان شیوع آن در جوامع غربی ۴-۲۵٪ گزارش شده است (۳)؛ اختلاف زیاد در این طیف، می‌تواند ناشی از تفاوت در ابزارها، غیر استاندارد بودن آن‌ها و مختلف بودن روش‌های آماری در پژوهش‌های گوناگون باشد. توجه هم‌زمان به شیوع افسردگی بعد از زایمان در مادران همچنان اهمیت خاص خود را دارد؛ زیرا افسردگی مادر بعد از زایمان می‌تواند به‌عنوان یک ریسک فاکتور جهت بروز افسردگی در پدران ایفای نقش کند (۲). برخی متون این عامل را قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده بروز افسردگی در پدران معرفی می‌کنند (۱۶)؛ علت بروز آن می‌تواند عدم حمایت مناسب و کافی همسران (مادران) از پدران در این دوران باشد؛ بدین ترتیب، آنان احساس ناامیدی، بی‌قدرتی و عدم کنترل بر اوضاع را خواهند داشت (۱۷).

با توجه به عوامل مرتبط و معنادار با بروز افسردگی در پدران (داشتن مشکل با خانواده همسر به‌عنوان یک منبع حمایتی ایجادکننده افسردگی و علی‌الخصوص وضعیت اقتصادی خانواده‌های فقیر و با درآمد

معمول انجام گیرد و افراد تحت خطر مشخص و جهت درمان ارجاع داده شوند.

سیاسگزاری

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد ۹۳۸ است و با حمایت مالی معاونت پژوهشی این دانشگاه انجام شده است. بدین وسیله از آن کمیته و از کلیه مادران و پدرانی محترمی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای این پژوهش وجود ندارد.

کشورهای غربی شیوع افسردگی در مادران می‌تواند یک عامل پیش‌بینی کننده‌ی قوی برای بروز افسردگی پدران در جامعه ایرانی باشد یا خیر؟

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد میزان شیوع افسردگی در پدران بعد از تولد نوزادان قابل توجه است. این امر نشان می‌دهد نباید تمام تمرکز نظام بهداشت و درمان بر مشکلات روحی مادران بعد از زایمان متمرکز باشد؛ بلکه پدران نیز ممکن است آسیب ببینند؛ چنانکه وضعیت روحی و نقش حمایتی پدران می‌تواند عامل حمایتی مناسبی برای شرایط مادر و نوزاد بعد از زایمان باشد؛ بنابراین، باید غربالگری پدران بعد از زایمان به شکل

References

- Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed: Wolters Kluwer Health; 2012.
- Paulson JF, Keefe HA, Leiferman JA. Early parental depression and child language development. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50(3):254-62. DOI: [10.1111/j.1469-7610.2008.01973.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01973.x) PMID: [19175819](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19175819/)
- 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. DOI: [10.1016/j.pedhc.2012.10.001](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.10.001) PMID: [23182851](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23182851/)
- Lee D. Partner support reduced depressive symptoms in postpartum depression. *Evid Based Ment Health*. 2001;4(2):51-. DOI: [10.1136/ebmh.4.2.51](https://doi.org/10.1136/ebmh.4.2.51)
- Nazareth I. Should men be screened and treated for postnatal depression? *Expert Rev Neurother*. 2011;11(1):1-3. DOI: [10.1586/ern.10.183](https://doi.org/10.1586/ern.10.183) PMID: [21158548](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21158548/)
- Chee CY, Chong YS, Lee DT, Ng TP, Tan JL, Fones CS. Perinatal depressive disorders in Singaporean women and their partners. *Ann Acad Med Singapore*. 2004;33(5 Suppl):S38-9. PMID: [15651199](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15651199/)
- Posmontier B. Sleep quality in women with and without postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37(6):722-35; quiz 35-7. DOI: [10.1111/j.1552-6909.2008.00298.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00298.x) PMID: [19012723](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19012723/)
- Abidin RR. Parenting Stress Index: Manual. Florida: Psychological Resources; 1995.
- Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*. 1996;169(1):36-41. PMID: [8818366](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8818366/)
- Bielawska-Batorowicz E, Kossakowska-Petrycka K. Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, fathers' personality and prenatal expectations. *J Reprod Infant Psychol*. 2006;24(1):21-9.
- Bryan AAM. Couple relationships over the transition to parenthood: Methodological issues in testing for an intervention effect. *J Fam Nurs*. 2002;8(3):201-20.
- Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003;24(4):257-66. PMID: [14702886](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14702886/)
- McKinney E. Maternal Child Nursing. Second Edition. 2nd ed: Elsevier; 2005.
- Khorami Rad A, Mosavi S, Shoari Bidgoli A. [Investigation prevalence of post partum depression and related factors in Ghom]. *Pajohandeh*. 2010;15(2):62-6.
- Mosallanejad L, Sobhanian S. [The accuracy of Edinburgh Postpartum Depression Test]. *J Jahrom Univ Med Sci*. 2010;7(3):1-6.
- Paulson J, Bazemord S. Parental and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta analysis. *JAMA*. 2013:1961-9.
- Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):26-35. PMID: [14675298](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14675298/)
- Edoka IP, Petrou S, Ramchandani PG. Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *J Affect Disord*. 2011;133(1-2):356-60. DOI: [10.1016/j.jad.2011.04.005](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.005) PMID: [21561664](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21561664/)
- Genesoni L, Tallandini MA. Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008. *Birth*. 2009;36(4):305-18. DOI: [10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x) PMID: [20002423](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20002423/)

Investigation of Predisposing Factors of Paternal Postpartum Depression

Soheila Shamsikhani¹, Niloofar Soleimani², Maryam Saedi³, Simin Shamsikhani⁴, Pegah Matourypour^{5,*}, Homa Soleimani⁶

¹ MSc, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

² Student, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

³ MSc, Department of Nursing, Faculty of Nursing Saveh, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

⁴ MSc, Department of Nursing, Taleghani Hospital, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

⁵ PhD, Department of Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Tehran University of medical science, Tehran, Iran

⁶ Assistant Professor, Department of Physiology and Medical Physics, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

* **Corresponding author:** Pegah Matourypour, PhD, Department of Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Tehran University of medical science, Tehran, Iran. E-mail: P_Matourypour@razi.tums.ac.ir

Received: 18 May 2015

Accepted: 22 Sep 2016

Abstract

Introduction: Postpartum depression in fathers is one of the major problems in the postpartum period, which causes numerous side effects including disturbance in family relationships, which in turn has a negative effect on child growth and development. This research aimed to determine the prevalence of postpartum depression in fathers as well as its predisposing factors.

Methods: This descriptive-analytical study was done on 144 eligible fathers, whose spouses referred to receive postpartum care at health centers of Arak city during year 2013. Random cluster sampling was done in different areas of Arak. Demographic characteristics form and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) were used to collect data. Data was analyzed by SPSS version 16 software, using descriptive and inferential statistics (X^2 and logistic regression).

Results: Results showed that rate of prevalence of postpartum depression among fathers was 45.8%. The X^2 test showed that economic situation was a significant matter related to depression outbreak in fathers ($P = 0.001$). This test also demonstrated that problems with the spouse's family was a prognosticative factor ($P = 0.05$). Other variables showed no relationships with paternal depression ($P > 0.05$).

Conclusions: Postpartum depression in fathers is relatively common so it is suggested to prevent it by controlling predisposing factors and treating symptoms in early phases.

Keywords: Postpartum Depression, Fathers, Depression