

بررسی شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، سال ۱۳۷۸

فرزانه پازنده^۱، ژانت طومیانس^۱، فاطمه افشار^۱، ناصر ولایی^۲

خلاصه

سابقه و هدف: نظر به اهمیت اختلالات خلقی در دوران بارداری و گزارشات متفاوت از شیوع آن، این مطالعه جهت تعیین میزان و شدت افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۷۸ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود. زنان باردار ۴۹-۱۵ ساله که مسلمان، ایرانی و دارای گویش فارسی بوده و سابقه بیماری‌های روانی، مصرف دارو، ابتلا به بیماری مزمن و عفونی نداشته‌اند و در ضمن فاقد عوارض دوران بارداری بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات از طریق مصاحبه ساختار یافته در زمینه خصوصیات فردی زنان باردار شامل سن، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، سن حاملگی، تعداد حاملگی، سقط و مرده زایی، زایمان زودرس، تعداد فرزند در خانواده، سابقه نازایی، خواهان بارداری، جدایی از پدر و مادر (و یا هر دو) قبل از ۱۵ سالگی، سابقه PMS، حمایت اجتماعی و حوادث ناگوار بررسی و ثبت گردید. برای تعیین افسردگی و شدت آن از آزمون Beck، تشخیص حوادث ناگوار از سیاهه Pikayl و برای بررسی حمایت اجتماعی از پرسشنامه Winefield and Tiggemann که برای فرهنگ جامعه ایران تنظیم شده است، استفاده گردید. در این پژوهش امتیاز تست بک (۱۵-۰) طبیعی و غیرافسرده و امتیاز ۱۶ و بالاتر افسرده در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این پژوهش ۵۸۰ زن باردار مورد بررسی قرار گرفتند که در این بین ۴۵/۷٪ افسرده و ۵۴/۳٪ غیرافسرده بودند. بین افسردگی و سطح تحصیلات ($p=۰/۰۰۲$)، وضعیت اقتصادی ($p=۰/۰۰۰$)، تعداد فرزند در خانواده، ($p=۰/۰۰۰$)، تعداد حاملگی ($p=۰/۰۰۰$)، هفته حاملگی ($p=۰/۰۰۰$)، ناخواسته بودن حاملگی ($p=۰/۰۰۰$)، جدا بودن از والدین قبل از ۱۵ سالگی ($p=۰/۰۰۰$)، سابقه PMS ($p=۰/۰۰۱$)، حمایت اجتماعی ($p=۰/۰۰۰$) و حوادث ناگوار ($p=۰/۰۰۲$) ارتباط معنی دار آماری وجود داشت.

نتیجه گیری: افسردگی در بارداری شایع است. توجه به وضعیت روحی زن باردار و غربالگری بیماری‌های روانی توصیه می‌گردد. پیشنهاد می‌شود در خصوص اضطراب دوران بارداری و افسردگی بعد از زایمان مطالعات جامع تری صورت گیرد.

واژگان کلیدی: افسردگی، بارداری، اختلالات خلقی در بارداری.

۱- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی

مقدمه

هیچ یک از اتفاقات دوران زندگی یک زن قابل مقایسه با تغییرات عصبی، غددی و حالات روانی دوران بارداری و زایمان نیست (۱). افسردگی در بارداری شایع است و شیوع آن را از ۴٪ (۴-۲) تا ۲۹٪ (۷-۵) گزارش نموده اند بعضی از عوامل از قبیل تحصیلات پایین، وضعیت اقتصادی اجتماعی ضعیف، تعداد حاملگی، بارداری ناخواسته، سابقه PMS کمبود حمایت اجتماعی، بروز حوادث ناگوار را در ایجاد افسردگی در دوران بارداری مؤثر می‌دانند (۲،۳،۸). تبعات افسردگی در دوران بارداری عبارتند از: تولد نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم، تولد نوزاد بی‌قرار و تحریک‌پذیر، روی آوردن زن باردار به سیگار و مواد مخدر، عدم توجه به توصیه‌های مراقبت‌های دوران بارداری، اختلال در خواب و تغذیه، افسردگی بعد از زایمان و از همه مهم‌تر خودکشی (۹،۱۰،۱۱). توجه به عوارض وخیم و گسترده افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان از اهمیت بسزایی برخوردار است. برای پاسخ به سه سؤال میزان افسردگی در زنان باردار چه قدر است؟ شدت افسردگی در زنان باردار چه قدر است و عوامل مرتبط با آن کدامند؟ این تحقیق روی زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۷۸ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی ۵۸۰ زن باردار ۱۵-۴۹ ساله مسلمان، ایرانی و دارای گویش فارسی که مصرف دارو (به جز مکمل و مولتی‌ویتامین)، سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن و عفونی تشخیص داده شده (دیابت، فشار خون، میگرن) و وجود عارضه در دوران بارداری (خون‌ریزی، انقباضات رحمی،

جفت سرراهی، واریس شدید). بیماران به روش تصادفی انتخاب شدند. پس از توجیه طرح، اطلاعات لازم از قبیل سن، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، سن حاملگی، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سقط، مرده زایی، زایمان زودرس، تعداد فرزند در خانواده، سابقه نازایی، خواهان باردار فعلی، جدایی از پدر و مادر (یا هردو) قبل از ۱۵ سالگی، تغییرات خلقی پیش از پرینود، حمایت اجتماعی و حوادث ناگوار، جمع‌آوری گردید. ابتدا سئوالات مربوط به خصوصیات فردی و سپس آزمون استاندارد Beck توسط محقق مطرح می‌شد. جهت تشخیص حوادث ناگوار از سیاهه Pikayl و جهت ثبت حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی (Winfield and Tiggemann) که با در نظر گرفتن فرهنگ جامعه ایرانی تنظیم شده بود، استفاده گردید. در این پژوهش چنانچه امتیاز تست بک بین صفر تا ۱۵ بود شخص طبیعی و اگر امتیاز ۱۶ و بالاتر بود شخص افسرده در نظر گرفته می‌شد.

شیوع افسردگی در نمونه‌ها تعیین و میزان واقعی آن با اطمینان ۹۵٪ در جامعه برآورد گردید. نقش خصوصیات فردی در بروز افسردگی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t-test و آنالیز واریانس تعیین گردید.

یافته‌ها

۵۸۰ زن باردار با میانگین سنی $(\pm$ انحراف معیار) $25/05 \pm 5/3$ سال (۴۹-۱۵ سال) مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۳۱۵ نفر (۵۴/۳٪) سالم و ۲۶۵ نفر (۴۵/۷٪) افسرده بودند. شیوع واقعی آن در جامعه حداقل ۴۱/۶٪ تا حداکثر ۴۹/۸٪ برآورد گردید.

نقش عوامل مرتبط با افسردگی در جدول ۱ ارائه شده نشان می‌دهد که وضعیت اقتصادی اجتماعی، سن و

همچنین ۶۹/۹٪ از زنان باردار افسرده حاملگی ناخواسته داشته ($p=0/000$) ۶۱٪ جدایی از مادر یا پدر (و یا هر دو) را قبل از ۱۵ سالگی ذکر نموده و ($p=0/000$) و ۶۷٪ سابقه PMS داشتند ($p=0/000$).

۶۴/۸٪ از زنان باردار افسرده از حمایت اجتماعی برخوردار نبودند ($p=0/000$). حوادث ناگوار در یک سال گذشته در زنان باردار افسرده ۵۴/۱٪ بود ۳۳/۴٪ از زنان باردار طبیعی بود، حال آن‌که ۲۰/۹٪ افسردگی خفیف، ۲۳/۳٪ افسردگی متوسط و ۲۲/۴٪ افسردگی شدید داشتند.

بحث

تحقیق نشان داد که اکثر زنان باردار (۵۴/۳٪) غیرافسرده و ۴۵/۷٪ افسرده بودند. در مطالعات دیگر شیوع افسردگی را ۲۹-۴٪ گزارش شده است. با توجه به این که مقیاس سنجش افسردگی در تحقیقات دیگر با استفاده از آزمون‌های مختلف صورت گرفته است. شاید بروز افسردگی در جوامع مختلف با فرهنگ‌های مختلف، متفاوت باشد (۱۱-۲).

در این تحقیق اکثر زنان بیسواد، افسرده و اکثر زنان با تحصیلات متوسط و عالی، غیرافسرده و طبیعی بودند. محققین دیگر نیز همبستگی معکوس بین تحصیلات و میانگین امتیاز افسردگی به دست آورده‌اند (۷۸).

با انجام این مطالعه مشخص شد بین متغیر افسردگی و وضعیت اقتصادی زن حامله همبستگی معکوس وجود دارد که با مطالعات دیگر کشورها نیز همخوانی دارد (۶،۷).

در پژوهش حاضر اکثر زنان باردار که خواهان بارداری فعلی بودند غیر افسرده و برعکس اکثر زنان باردار که خواهان بارداری فعلی نبودند افسرده

شغل ارتباطی با افسردگی نداشته حال آن‌که تحصیلات، سن حاملگی، تعداد حاملگی، جدایی از والدین قبل از ۱۵ سالگی، حاملگی ناخواسته، سابقه PMS، حوادث ناگوار در یک سال گذشته با افسردگی ارتباط دارد. زنان باردار افسرده، تحصیلات در حد متوسط و کمتر داشتند ($p=0/02$) ۵۴/۴٪ در هفته ۱۳-۱ حاملگی قرار داشته ($p=0/02$) و ۵۸/۴٪ سه حاملگی یا بیشتر داشتند ($p=0/000$).

جدول ۱- خصوصیات فردی زنان افسرده مراجعه کننده به

بیمارستان های علوم پزشکی شهید بهشتی تهران سال ۱۳۷۸

عوامل مرتبط	افسردگی	نداشته (n=۳۱۵)	داشته (n=۲۶۵)	جمع
سن (سال کمتر از ۲۰)	۲۴ (۷/۸)	۳۳ (۱۲/۲)	۷۷	
۲۰-۲۵	۱۰۷ (۳۳/۱)	۸۷ (۳۳/۸)	۱۹۴	
۲۵-۳۰	۱۱۱ (۳۵/۵)	۸۲ (۳۱/۵)	۱۹۳	
بیشتر از ۳۰	۶۳ (۲۰)	۶۳ (۲۳/۵)	۱۲۶	
تحصیلات دانشگاهی	۳۷ (۱۱/۸)	۱۰ (۳/۲)	۴۷	
متوسطه	۱۸۴ (۵۵/۷)	۱۴۶ (۵۵/۳)	۳۳۰	
ابتدایی و کمتر	۹۴ (۲۹/۳)	۱۰۹ (۴۱/۷)	۲۰۳	
شغل شاغل	۲۴ (۷/۳)	۲۱ (۷/۷)	۴۵	
خانه دار	۲۹۱ (۹۱/۴)	۲۴۴ (۹۱/۷)	۵۳۵	
وضعیت اقتصادی	۱۲۰ (۳۷/۱)	۴۸ (۱۸/۷)	۱۶۸	
خوب	۱۰۰ (۳۰/۸)	۸۶ (۳۲/۲)	۱۸۶	
متوسط	۹۵ (۲۹)	۱۳۱ (۴۸)	۲۲۶	
ضعیف				
هفته بارداری ۱-۱۳	۷۹ (۲۵/۷)	۹۴ (۳۵/۳)	۱۷۳	
۱۴-۲۷	۸۰ (۲۵/۵)	۶۷ (۲۵/۵)	۱۴۷	
۲۸-۴۰	۱۵۶ (۴۷)	۱۰۴ (۳۹)	۲۶۰	
تعداد حاملگی ۱	۱۷۲ (۵۳/۳)	۱۱۳ (۴۲/۷)	۲۸۵	
۲	۸۶ (۲۶/۱)	۷۲ (۲۷/۷)	۱۵۸	
۳	۵۷ (۱۷/۶)	۸۰ (۳۰/۴)	۱۳۷	
جددا بودن از پدر و مادر یا هر دو قبل از ۱۵ سالگی خیر	۲۹۰ (۹۱/۳)	۲۲۶ (۸۵/۳)	۵۱۶	
بلی	۲۵ (۷/۶)	۳۹ (۱۴/۷)	۶۴	
خواهان بارداری بلی	۲۶۹ (۸۲)	۱۸۷ (۷۰)	۴۵۶	
خیر	۴۶ (۱۴/۱)	۸۷ (۳۲/۹)	۱۳۳	
سابقه (PMS) خیر	۶۱ (۱۸)	۱۲۱ (۴۵)	۱۸۲	
بلی	۲۵۴ (۷۷/۳)	۱۴۱ (۵۳/۷)	۳۹۵	
حمایت اجتماعی دارد	۲۴۱ (۷۵/۱)	۱۲۹ (۴۷/۹)	۳۷۰	
ندارد	۷۴ (۲۲/۲)	۱۳۶ (۵۱/۱)	۲۱۰	
حوادث ناگوار خیر	۱۳۵ (۴۱/۸)	۵۳ (۱۹/۲)	۱۸۸	
بلی	۱۸۰ (۵۵/۹)	۲۱۲ (۷۹/۸)	۳۹۲	

وضعیت اقتصادی پایین، بارداری ناخواسته، کمبود حمایت اجتماعی و سابقه حوادث ناگوار بیشتر در معرض افسردگی دوران بارداری قرار می‌گیرند. ۶۰٪ مراقبین بهداشت در مراقبت از زنان باردار، نسبت به افسردگی زنان باردار بی‌خبر و ناآگاه هستند. غربالگری درمورد بیماری‌های روانی بهتر است در اولین جلسه مراقبت دوران بارداری مورد توجه قرار گیرد. با استفاده از چند سؤال ساده می‌توان زنان باردار در معرض خطر افسردگی را شناسایی نمود و مداخلات مناسب در سطح قابل قبول برای چنین افرادی انجام داد. بنابراین پزشکان متخصص و ماماها نقش بسیار مهمی در کشف این بیماری‌ها دارند در واقع بهترین پیش‌گویی‌کننده افسردگی پس از زایمان افسردگی دوران بارداری است به این ترتیب با شناخت عوامل افسردگی دوران بارداری و کمک به موقع به زن باردار می‌توان به رفع آن از زنان باردار امیدوار بود.

بودند. نتایج محققین دیگر نیز با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد (۵،۶،۱۳). همچنین همانند دیگر مطالعات زنان بارداری که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند، احتمال ابتلا به افسردگی در طول دوران بارداری برای آن‌ها بیشتر بود (۷-۵، ۱۶-۱۲). با انجام این تحقیق مشخص گردید که اکثر زنان بارداری که در عرض یک سال گذشته حوادث ناگوار داشتند، افسرده و اکثر زنان باردار که حوادث ناگوار را تجربه نکرده بودند، غیر افسرده بودند.

بارداری تغییرات قابل ملاحظه‌ای از نظر فیزیولوژی، زیستی و روانی در زن به وجود می‌آورد. لذا باید به اضطراب و استرس‌های دوران بارداری و ارتباط پیچیده اثرات نامطلوب این عوامل توجه بیشتری شود. بررسی افسردگی دوران بارداری بسیار حائز اهمیت است زیرا عدم توجه به آن می‌تواند موجب بروز عوارض و اختلالاتی در دوران بارداری و بعد از زایمان شود. زنان باردار با سطح تحصیلات و

References:

- 1- Liewellyn AM; Stowe ZN. Depression during pregnancy and the preperium. J- Clin-Psychiarty. 1997; 58 (26): 26-32.
- 2- Cox JL., Conar. J, Kendell RE., Prospective study of the psychiatric disorders of child birth. Br J Psychiarty. 1982; 14: 111-7.
- 3- Kitamura T Sugawara. M., Toela MA, Clinical and psychosocial correletes of antanatal depression. Psychother Psychosom 1996; 65 (3): 117-23.
- 4- Kitamura T, Sugawara M, Sugawara K, Toda MA, Shima S. Pshyhosocial study of depression in early pregnancy. Br-J Psychiatry. 1996; 168: 732-8.
- 5- Sugawara. M., Toda. MA., Shima. S., Mukai T, Sadadura .K., eta. Premenstrud mood changes and maternal health in pregnancy and the postpartum period. J Clin Psychology. 1997; 55(3): 225-232.
- 6- Seguin. L., Potvin. L., Penis. St., Loiselle. J., Chronic stressors, social support and depression during pregnancy, Obstet – Gynecol. 1995; 85 (4): 583-9.
- 7- Zucherman. B., Bauchner. H., Parker. S., Cabral. H., Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. J-Dev – Behav – Pediatr. 1990; 11(4): 190-4.
- 8- Altshuler. LL., Hendrick. V., Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. J- Clin –Psychiarty. 1998; 59(2): 29-33.

- 9- Zimmer – Gmbeck. MJ., Helfand . M., Low birthweight in a public prenatal care program: behavioral and psychosocial risk factors and psychosocial interventions. *Social – Science – and medicine*. 1996; 43(2): 187-197.
- 10-Field. T., Maternal depression effects on infants and early interventions. *Prev – Med*. 1998; 27 (2); 200-203.
- 11-Holcomb. Wl., Stone . LS., Screening for depression in pregnancy . Characteristics of the beck depression inventory. *Obstetric & Gynecology*. 1996; 88(6): 1021-1025.
- 12-Wine field . H., Winefield. A.,Tiygemann . M.,Social support and psychological well – being in young adults. The multi – Dimensional support scale. *J- of personality Assosment*. 1992; 58(1): 198-210.
- 13-Jeans. MF., Laizener. AM., Identification of predictor variables of postpartum depression. *Health – Care – Women. Int*. 1990 ;11(2): 191-207.
- 14-Paykel. ES. Dowlatsahi. D., Life erents and social stress in puerperd. *Psychosis Pshychological- Medicine*. 1990; 20: 655-662.
- 15-Paarlbery. KM., Vingerhot. AJ., Passchier J., Heinen. AC., Dekker. GA., Van-Geiyn-HP. Psychosocial factors as predictors of naternal well- Being and pregnancy – related complaints. *J- Psychoson – Obstet – Gynecol*. 1996; 17(2): 93-102.
- 16-Neter. E., Collins. NL., Lobel. M., Dunkel – Schetter. C., Psychosocial predictors of post partum depressed mood in socio economically disadvantaged women. *Women – Health*. 1995; 1(1): 51-75.
- 17-Drugnoas. T., Christodoulou. GN., Prenatal care. *Clin – Psychol –Rev*. 1998; 18(2): 127-142.