

« زن و مطالعات خانواده »

سال هشتم - شماره سی ام - زمستان ۱۳۹۴

ص: ۱۱۳-۱۲۵

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۴

پیش‌بینی و میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان بر اساس استرس ادراک شده دوران بارداری در زنان شهر تبریز

لطیفه نظامی^۱

مرتضی عزیزی^۲

چکیده

استرس‌های دوران بارداری در سبب شناسی افسردگی پس از زایمان، همواره مورد نظر بوده است. این پژوهش با هدف تعیین پیش‌بینی و میزان شیوع افسردگی پس از زایمان بر اساس استرس ادراک شده در دوران بارداری انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان باردار با بارداری ۳۷-۴۰ هفته از فروردین تا تیر ماه سال ۱۳۹۴ شهر تبریز بود. در این مطالعه همبستگی، تعداد ۱۰۰ نفر از جامعه آماری، با روش غیرتصادفی انتخاب و بعد از غربالگری برای افسردگی زمینه‌ای به پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن پاسخ دادند. ۴-۶ هفته بعد از زایمان، ۸۵ نفر از افراد نمونه به پرسشنامه افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ پاسخ دادند، داده‌های جمع‌آوری شده توسط آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین استرس ادراک شده و افسردگی بعد از زایمان، همبستگی مثبت و قوی وجود داشته به طوری که استرس ادراک شده می‌تواند ۳۲ درصد از تغییرات افسردگی بعد از زایمان را تبیین کند. در این تحقیق شیوع افسردگی بعد از زایمان ۲۲/۴ درصد به دست آمد. بنظر می‌رسد می‌توان با غربالگری زنان باردار در معرض استرس و با آموزش شیوه‌های مقابله‌ای سازش یافته در مقابل استرس از ابتلا زنان به افسردگی بعد از زایمان پیشگیری کرد.

واژه‌های کلیدی: بارداری، استرس ادراک شده، افسردگی پس از زایمان

۱. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات. گروه روانشناسی بالینی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول) Email: nezamil@yahoo.com

۲. دکترای تخصصی روانشناسی (استادیار)، گروه روانشناسی، واحد سراب، دانشگاه آزاد اسلامی، سراب، ایران

مقدمه

یکی از اختلالات روانشناختی دوران بارداری و پس از زایمان افسردگی می‌باشد که در صورت بروز، مشکلاتی را برای مادر، نوزاد و سایر افراد خانواده ایجاد می‌کند (کاتاروزا^۱ ۲۰۱۴). تجربه استرس، اضطراب و افسردگی در طول حاملگی می‌تواند هم در مادر و هم در نوزاد عوارضی جدی بجای بگذارد. بسیاری از عوامل خطر روانی می‌تواند عاملی برای افسردگی بعد از زایمان و عوارض دیگری مانند نوزاد کم وزن و نارس باشد (استانوا، بوگوسیان و پرچاراد^۲، ۲۰۱۵). اختلال‌های روانی پس از زایمان شامل غم پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان و سایکوز پس از زایمان می‌باشد. این اختلال‌ها از روز سوم پس از زایمان تا یک سال پس از آن امکان بروزشان وجود دارد. (شیلر، برادی و رایینو^۳، ۲۰۱۵). افسردگی بعد از زایمان^۴ شامل دوره‌های افسردگی اساسی با بروز در دوران حاملگی و یا ۴ هفته بعد از زایمان تعریف شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا ۱۳۹۴). علائم افسردگی پس از زایمان همان علائم افسردگی اساسی بدون حاملگی (خلق پایین، بی‌اشتهایی، اختلال خواب، احساس غمگینی، افکار خودکشی) می‌باشد. یکی از برجسته‌ترین خصوصیات افسردگی پس از زایمان، طرد کردن نوزاد می‌باشد که اغلب به دلیل خشم و عصبانیت غیر طبیعی مادر است (شیلر و همکاران، ۲۰۱۵).

میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعات انجام شده در جهان تا ۶۰ درصد و در ایران بین ۴۰-۱۶ درصد گزارش شده است (نیک‌پور، عابدیان و مخبر، ۱۳۹۱).

افسردگی پس از زایمان یک اختلال چند عاملی است پژوهشگران معاصر در سبب شناسی افسردگی پس از زایمان دو الگوی روانی - اجتماعی و زیستی را مطرح کرده‌اند (ایم، استاپلتون و گاردینو^۵، ۲۰۱۵). در نظریه زیستی تاکید بر نقش عوامل ژنتیکی (کراوین، کوهن، ژارت و استافورد^۶، ۲۰۱۰)، هورمون‌های جنسی، هورمون‌های استرس (پاینه، پالمر و جوف^۷، ۲۰۰۹)، عملکرد سیستم ایمنی (زنکلو زان^۸، ۲۰۱۳) و تاکید بر سیستم غدد درون ریز (بروملته و گالا^۹، ۲۰۱۰) شده است.

در الگوی روانی - اجتماعی از متغیرهای جمعیت نگارانه - اجتماعی (سن، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، مدت ازدواج) تاریخچه افسردگی (در خود فرد و خویشاوندان درجه یک)، رویدادهای فشارزای زندگی (مربوط به دوره بارداری، عوامل خطر هنگام زایمان و رویدادهای فشارزای مربوط به مراقبت از نوزاد) و عوامل آسیب پذیری شناختی (سبک اسنادی و مقابله‌ای و نگرش‌های کنترل شخصی) و نیز

1. Cattaruza
2. Staneva, Bogossian, Prichard
3. Schiller, Brody, Rubinow
4. Postpartum Depression
5. Yim, Stapleton, Gurdino
6. Crowin, Kohen, Jarrett, Stafford
7. Payne, Palmer, Joff
8. Zenclussen
9. Brumelte, Gala

دوگانگی احساس در مورد حاملگی، ارتباط ضعیف با مادر خود و سابقه سو استفاده جنسی مطرح می‌باشند (ورنر، میلرواسبورن^۱، ۲۰۱۵). رویدادهای استرس زای زندگی از عوامل روانی اجتماعی می‌باشند و بیانگر آن دسته از رویدادهای زندگی روزمره، چه جسمی و چه روانی هستند که به آسیب یا تهدید فعالیت‌های زندگی عادی منجر می‌شوند. این رویدادها می‌توانند مثبت یا منفی مانند تولد یک کودک یا بروز یک بیماری باشند (مهرابی، ۱۳۹۰). در یک فرا تحلیل مربوط به الگوی روانی - اجتماعی در حدود ۱۵ عامل به عنوان عوامل خطر قوی برای افسردگی بعد از زایمان شناخته شده‌اند این ۱۵ عامل عبارتند از:

۱- طبقه اجتماعی پایین؛ ۲- زندگی پر استرس در طول حاملگی؛ ۳- دشواری حاملگی و زایمان؛ ۴- مشکلات ارتباطی با خانواده یا والدین؛ ۵- از دست دادن حمایت اجتماعی خانواده و دوستان؛ ۶- سابقه قبلی اختلالات روانی (اضطراب و افسردگی)؛ ۷- استرس‌های بعد از زایمان شامل مشکلاتی در رسیدگی و مراقبت از نوزاد؛ ۸- عدم اشتغال و بیکاری؛ ۹- حاملگی ناخواسته؛ ۱۰- دوگانگی احساس در مورد حامله شدن؛ ۱۱- ارتباط ضعیف با مادر خود؛ ۱۲- سابقه سو استفاده جنسی؛ ۱۳- از دست دادن دایه کودکی و ۱۴- تغذیه شیشه‌ای در شیرخوارگی ۱۵- افسردگی در طول حاملگی (ورنر و همکاران، ۲۰۱۵).

نتایج مطالعه آهرا و ویسنر^۲ (۲۰۱۴)، نشان داد که به جز متغیر عوامل جمعیت نگارانه - اجتماعی، سایر عوامل دارای اهمیت پیش بینی کننده معناداری بوده‌اند به طوری که سطح افسردگی پیش از زایمان ۲۱ درصد، استرس‌های زندگی ۱۹ درصد و عوامل آسیب پذیری شناختی ۱۳/۵ درصد تغییرات افسردگی پس از زایمان را تبیین می‌کنند. ویژگی خاص یک محرک استرس زا، معیار قابل اعتمادی برای تعیین درجه استرس و مقدار تاثیر آن بر سلامت جسمانی و روان شناختی فرد نیست. بسیاری از عوامل می‌توانند تاثیرات منفی استرس را تغییر دهند و یا از بعضی تاثیرات آن که می‌توانند سلامت را به خطر اندازد پیشگیری کنند (دیماتئو^۳، ۱۳۹۲).

در فرض محوری، مربوط به فرایندهای ارزیابی شناختی برای تقویت تبیین‌های روان شناختی بیماری و سلامت که مبتنی بر مفهوم استرس هستند، سنجش استرس ادراک شده^۴ را نیز در مقابله یا اضافه بر رخدادهای استرس‌زا پیشنهاد می‌کند، چرا که استرس ادراک شده می‌تواند به عنوان تابعی از رخدادهای استرس‌زای عینی، فرایندهای مقابله و عوامل شخصیتی و... باشد (کوهن، کامارک و مرملستین^۵، ۱۹۸۳).

1. Werner, Miller, Osborn

2. O'hara, Wisner

3. Dimatteo

4. Perceived stress

5. Cohen, Kamark, Mermelestin

استرس ادراک شده، عبارتست از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی، یا هیجانی می‌باشد (ماورو،^۱ به نقل از بهروزی، شهینی، پورسید، ۱۳۹۰).

بر این اساس، استرس به عنوان هر رویدادی تعریف می‌شود که تهدید کننده بوده یا به عنوان عامل تهدید کننده تندرستی فرد ادراک می‌شود و از این طریق به توانایی های مقابله‌ای وی فشار می‌آورد. این تهدید می‌تواند بر امنیت جسمی فرد در تمام محدوده امنیتی‌اش، عزت نفس، شهرت یا آرامش فکری او تاثیر بگذارد (مهرابی، ۱۳۹۰). مواردی از قبیل ظرفیت جسمانی، طرز برداشت، واکنش پذیری و تجارب پیشین افراد در چگونگی پاسخ دهی آنان به استرس نقش دارد (استویوا و کارلسون،^۲ ۱۹۹۳).

میزان استرس ادراک شده به چگونگی ادراک فرد از میزان تهدیدآمیز بودن موقعیت بستگی دارد و تمام محققان توافق دارند که مقابله با استرس هم از ویژگی‌های موقعیت و هم از ویژگی‌های شخصیت تاثیر می‌پذیرد (ورتومن؛^۳ به نقل از شیرازی ۱۳۸۸).

در کنار تمام منابع و عوامل تنش‌زا، سطحی از استرس که هر شخص تجربه می‌کند، به میزان زیادی به توانایی مقابله، نحوه ادراک و قضاوت وی در مورد این عوامل بستگی دارد (پورافکاری، ۱۳۹۳).

اضطراب ایجاد شده بدنبال رویارویی با هر استرس، به ارزیابی فرد از مسئله و نیز منابعی که برای مقابله با آن در دسترس دارد بستگی دارد (حق جو، ۱۳۸۹).

مطالعات عرضی زیادی همراهی بین استرس ادراک شده و سطوحی از علائم افسردگی بعد از زایمان را پیدا کرده‌اند. استرس ادراک شده به ناتوانی برای سازگاری با شرایط استرس اشاره دارد (نورحیاتی، هازلینا، اسرنه و امیلین،^۴ ۲۰۱۵). نتیجه پژوهشی نشان داد که استرس ادراک شده به عنوان متغیر اصلی با اطمینان ۹۹٪ تغییرات مربوط به سلامت عمومی را پیش بینی می‌کند (سپهوند و همکاران، ۱۳۸۷).

در مطالعه اولاه وباری^۵ (۲۰۱۴) ارتباط معنی داری بین استرس ادراک شده در دوران بارداری در گروه‌های مختلف سنی با افسردگی بعد از زایمان مشاهده گردید.

لذا با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان (۴۲-۱۳ درصد) و مشکلات جدی که این اختلال برای مادر، کودک و خانواده به وجود می‌آورد. شناسایی عوامل خطر ساز و از آن جمله استرس‌های دوران بارداری به عنوان عوامل مهم در پیش بینی افسردگی بعد از زایمان، ضروری می‌باشد.

این پژوهش با هدف رفع تناقض‌های نظری موجود در زمینه سبب شناسی افسردگی بعد از زایمان و همچنین تناقض‌های پژوهشی موجود در مورد نقش استرس‌ها در پیش بینی افسردگی بعد از زایمان،

1. Marrow
2. Stoyva, Carlson
3. Wertomen
4. Norhayati, Hazlina, Asreneh, Emilin
5. Olah, Barry

انجام گرفته و بر مبنای این هدف به مطالعه و بررسی این موضوع پرداخته شد که آیا استرس‌های ادراک شده در دوران بارداری می‌توانند افسردگی بعد از زایمان را پیش بینی کنند؟

با توجه به هدف اصلی پژوهش، فرضیه‌های زیر مطرح است:

- ۱- بین استرس ادراک شده در دوران بارداری با افسردگی بعد از زایمان رابطه وجود دارد.
- ۲- استرس ادراک شده در دوران بارداری، افسردگی بعد از زایمان را پیش بینی می‌کند.

ابزار و روش

این پژوهش مبتنی بر موضوع و اهداف از نوع همبستگی بوده جامعه آماری شامل تمامی زنان باردار با بارداری ماه آخر در سه ماهه اول سال ۱۳۹۴ شهر تبریز بوده است. بر اساس اهداف پژوهش، از جامعه مورد مطالعه تعداد ۱۰۰ نفر زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید محلاتی تبریز به شیوه غیر تصادفی (هدفمند) انتخاب و به پرسشنامه‌های مربوطه پاسخ دادند. بعد از غربالگری برای سابقه افسردگی زمینه‌ای (به وسیله پرسشنامه افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ واحراز نمره بالاتر از ۱۳)، ۱۰ نفر از مطالعه حذف شده و ۹۰ نفر بقیه با داشتن معیارهای لازم در مطالعه باقی ماندند. ۸۵ نفر از افراد، ۶-۴ هفته بعد از زایمان، به پرسشنامه افسردگی بعد از زایمان جواب دادند.

-معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد ذیل بود: داشتن تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، بارداری ماه آخر، جنین سالم در سونوگرافی، نداشتن سابقه اختلالات خلقی، عدم وجود بیماری‌های سیستمیک که علائم افسردگی ایجاد می‌کند.

-معیارهای خروج از مطالعه شامل موارد زیر بود: بروز زایمان زود رس درحین مداخله، بدنیا آوردن نوزاد مرده و یا فوت نوزاد بعد از زایمان، بروز مشکلات جسمی و روانی جدی مانند مرگ بستگان درجه یک در حین مطالعه، عدم تمایل افراد برای تداوم مشارکت در پژوهش.

جهت اندازه گیری متغیرهای مورد مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ: (EPDS)^۱

این پرسشنامه توسط کاکس در سال ۱۹۸۷ برای سنجش افسردگی بعد از زایمان ساخته شده است این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال در مقیاس ۴ درجه‌ای است که وضعیت روانی افراد را در ارتباط با خلق افسرده، اضطراب، احساس گناه و افکار خودکشی در ۷ روز گذشته بررسی می‌کند. امتیاز هر سوال از ۰-۳ می‌باشد. برای سوالات ۴، ۲، ۱ نمره گذاری بصورت مستقیم و برای بقیه سوالات به صورت معکوس

1. Edinburg Postnatal Depression Scale

می‌باشد. دامنه نمره‌ها از صفر تا ۳۰ نوسان دارد. نمره برش ۱۲-۱۳ قبل از زایمان و پس از آن در نظر گرفته شده است. پایایی این مقیاس ۰/۸۸ و روایی آن ۰/۹۰ گزارش شده است (رحمانی و همکاران، ۱۳۹۰)

۲- پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن: (PSS_14)^۱

این مقیاس برای اندازه‌گیری درجه‌ای که موقعیت‌های موجود در زندگی فرد، استرس‌زا ارزیابی می‌شود، استفاده شده است (کوهن، ۱۹۸۳). شامل ۱۴ سوال است. هر کدام از سوالات دارای ۵ گزینه است که نیمی از آنها به صورت مستقیم (۰، ۱، ۲، ۳، ۴) و نیمی دیگر به صورت معکوس (۰، ۱، ۲، ۳، ۴) نمره‌گذاری می‌شوند. سوالات این مقیاس به گونه‌ای طرح شده‌اند که پاسخ دهندگان نظر خود را در مورد غیرقابل کنترل بودن، پیش بینی ناپذیر بودن و مشقت‌بار بودن استرس زندگی خویش در طول ماه گذشته بیان کنند. بعلاوه این مقیاس دارای تعدادی سوال مستقیم نیز در مورد اندازه‌گیری سطوح فعلی استرس در فرد است. کوهن و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی مقیاس را در سه گروه از آزمودنی‌ها، دو گروه دانشجوی و یک گروه نامتجانس دیگر، بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. همبستگی‌های این مقیاس، با اندازه‌های نشانه شناختی نیز کاملاً بالاست (۰/۵۲ تا ۰/۷۶) و به طور کلی رابطه بین این مقیاس و ملاک‌های اعتبار، مورد تاثیر جنس و سن قرار نمی‌گیرد (کوهن و همکاران ۱۹۸۳). صالحی فدری (۱۳۷۳)، ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی این آزمون را ۰/۷۵ ذکر کرده است. پس از استخراج داده‌های مورد نیاز، داده‌ها جهت تحلیل در برنامه SPSS. 21 وارد شده و با استفاده از آزمون‌های کولموگراف - اسمیرنوف، جهت تعیین نرمال بودن پراکندگی داده‌ها و آزمون تحلیل واریانس جهت تعیین معنی‌دار بودن مدل رگرسیون، آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش

با توجه به اطلاعات شخصی به دست آمده، (مندرج در سربرج پرسشنامه) میانگین سن افراد ۲۸/۰۷ و بیشترین فراوانی مربوط به زنان خانه دار با سطح تحصیلات دیپلم و بارداری اول بوده است و با توجه به داده‌های سایر پرسشنامه‌ها آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد نظر به شرح جدول ۱، بدست آمد.

جدول شماره ۱: توصیف آماری متغیرهای پژوهش

متغیرها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
افسردگی پس از زایمان	۰	۲۵	۸/۸۴	۵/۴۷	۰/۴۷	-۰/۴۲

1. Perceived stress Scale- 14

استرس ادراک شده	۲	۳۴	۲۲/۰۲	۷/۰۸	-۰/۴۶	۰/۱۲
-----------------	---	----	-------	------	-------	------

اگرچه افسردگی بعد از زایمان یک متغیر فاصله‌ای است ولی با کدگذاری مجدد آن به کدهای ۱ و ۲ (با توجه به نمره نقطه برش پرسشنامه ادینبورگ (۱۳)) و محاسبه توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب متغیر جدید، مشخص گردید، که ۷۷/۶ درصد پاسخگویان در کد (۱) و ۲۲/۴ درصد در کد (۲) قرار گرفته‌اند. به عبارتی شیوع افسردگی بعد از زایمان ۲۲/۴ درصد به دست آمد.

جدول شماره ۲: توزیع پاسخگویان بر حسب متغیر افسردگی بعد از زایمان بعد از کدگذاری

گزینه ها	فراوانی	درصد فراوانی معتبر	درصد تجمعی
کمتر از ۱۳ (کد ۱)	۶۶	۷۷/۶	۷۷/۶
بالاتر از ۱۳ (کد ۲)	۱۹	۲۲/۴	۱۰۰
کل	۸۵	۱۰۰	

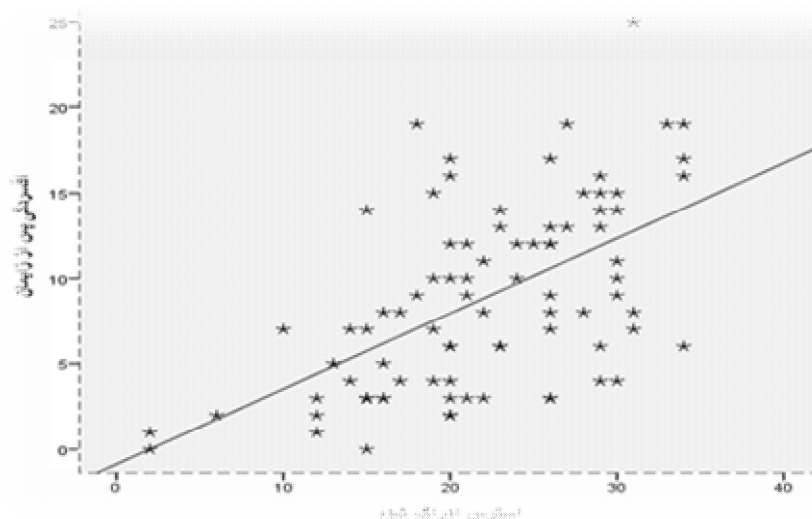
ب: یافته‌های حاصل از آزمون فرضیه‌ها:

به منظور تعیین ارتباط بین متغیرهای پیش بین و متغیر ملاک از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۳).

جدول شماره ۳: همبستگی پیرسون بین متغیرهای پیش بین و متغیر ملاک

شاخص ها	همبستگی بین استرس ادراک شده و افسردگی بعد از زایمان
مقدار پیرسون	۰/۵۷
سطح معناداری	۰/۰۰۱
تعداد	۸۵

بر اساس نتایج به دست آمده از ماتریس همبستگی پیرسون و بر اساس اطلاعات جدول ۳، ملاحظه می‌گردد، بین استرس ادراک شده با افسردگی بعد از زایمان ارتباط معنی دار وجود داشته ($p < 0/001$) و



طبق نمودار خطی رگرسیون انجام گرفته ضریب تعیین استرس ادراک شده $R^2 = 0/32$ و $t=0/57$

(شکل ۱)

شکل شماره ۱: همبستگی بین استرس ادراک شده و افسردگی پس از زایمان

جدول شماره ۵: ضریب پیش بینی افسردگی بعد از زایمان بر اساس استرس ادراک شده

متغیرهای مدل	ضرایب استاندارد نشده		t	معناداری	ضرایب استاندارد شده		آماره هم خطی چندگانه
	B	خطای استاندارد			Beta	چندگانه	
مقدار ثابت	-۵/۲۸	۳/۹۴	-	۰/۱۸	-۱/۳۴	-	-
استرس ادراک شده	۰/۳۹	۰/۰۸	۰/۵۱۴	۰/۰۰۱	۴/۶۶	۰/۵۱۴	۱/۵

و در مجموع طبق اطلاعات جدول ۵ و با توجه به ضرایب بتای استاندارد نشده و با حذف مقدار ثابت آلفا (α) از طریق استاندارد کردن مقادیر متغیر تبیین کننده، ملاحظه می‌شود که استرس ادراک شده با

بتای $\beta = 0/514$ و سطح معنی داری کمتر از $0/05$ می باشد که نقش مهمی را در پیش بینی افسردگی پس از زایمان دارد.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد که بین استرس ادراک شده، با افسردگی بعد از زایمان همبستگی مثبت با ضریب همبستگی $0/57$ وجود داشته ($p < 0/001$ و $r = 0/57$) و استرس ادراک شده 32 درصد تغییرات افسردگی بعد از زایمان را تبیین می کنند.

این یافته ها با یافته های آهارا و همکاران (۲۰۱۴) که نقش استرس های زندگی را در تغییرات افسردگی پس از زایمان 19 درصد، تبیین می کنند و نتایج تحقیق ورنر و همکاران (۲۰۱۵)، نورحیاتی و همکاران (۲۰۱۵) که در مطالعات عرضی زیادی همراهی بین استرس ادراک شده و سطوحی از علائم افسردگی بعد از زایمان را پیدا کرده اند و نیز تحقیق دیماتئو (۱۳۹۲)، اولاه و باری (۲۰۱۴)، که در آن ارتباط معنی داری بین استرس ادراک شده در دوران بارداری در گروه های مختلف سنی با افسردگی بعد از زایمان مشاهده گردید و نتایج تحقیق، سپهوند و همکاران (۱۳۸۷)، توهی^۱ (۲۰۱۲)، استانوا و همکاران (۲۰۱۵)، همسو می باشد.

و با یافته های حاصل از مطالعاتی که در زمینه عوامل زیستی تاثیرگذار بر افسردگی بعد از زایمان بوده و تاکید بر نقش عوامل ژنتیکی (کراوین، کوهن، ژارت و استافورد، ۲۰۱۰)، هورمون های جنسی، هورمون های استرس (پاینه پالمروجوف، ۲۰۰۹)، عملکرد سیستم ایمنی (زنکلو زان ۲۰۱۳) و تاکید بر سیستم غدد درون ریز (بروملته و گالا ۲۰۱۰) شده است، غیر همسو می باشد.

که در تبیین این یافته می توان گفت: فقط عوامل استرس زا نیست که شخص متحمل می شود، بلکه مهم نحوه ادراک فرد از استرس است که سلامتی شخص را به میزان زیادی تحت تاثیر می گذارد. مواردی از قبیل ظرفیت جسمانی، طرز برداشت، واکنش پذیری و تجارب پیشین افراد در چگونگی پاسخ دهی آنان به استرس نقش دارد. باتوجه به عناصر پیش گفته، ممکن است برخی افراد موقعیتی را تنش زا به شمار آورند، درحالی که دیگران ارزیابی متفاوتی از آن موقعیت داشته باشند. بدین ترتیب، نحوه ارزیابی و چگونگی ادراک شخص از موقعیت است که در بروز عوارض استرس تعیین کننده محسوب می شود.

بر اساس یافته دیگر، شیوع افسردگی بعد از زایمان در این تحقیق $22/4$ درصد به دست آمد. افرادی که اضطراب و استرس بیشتری را تجربه می کنند در واقع افرادی بودند که نتوانستند موقعیت های تنش زا را پیش بینی و شناسایی کرده و برای آنها راه حل های مناسب اتخاذ کنند.

بنابراین با شناسایی و تعدیل استرس‌های زندگی زنان باردار و ارائه روش‌های مناسب مقابله با استرس می‌توان کمکی در جهت پیشگیری از ابتلا به افسردگی بعد از زایمان نمود.

محدودیت‌ها

یافته‌های این پژوهش مربوط به زنان باردار بوده و قابل تعمیم به سایر افراد در شرایط متفاوت نمی‌باشد.

پیشنهاد‌های کاربردی

۱- توجه به نتایج بدست آمده از این تحقیق، به دست اندرکاران تدوین و اجرای برنامه‌های پیشگیری، توصیه می‌گردد، تا در راستای غربالگری و مشخص نمودن مادران در معرض استرس‌های زندگی با آموزش مدیریت رفتار در موقعیت‌های استرس زا، روان درمانی در صورت نیاز و بالاخره راهنمایی در جهت دریافت خدمات روانشناختی اقدام نموده، تا از ابتلا زنان به افسردگی بعد از زایمان پیشگیری نموده و در جهت سلامت زنان و نهایتاً سلامت جامعه گام موثری بردارند. ۲- آموزش و فعال کردن نظام‌های حمایتی همانند خانواده، دوستان، ... می‌تواند در پیشگیری این اختلال موثر واقع شود.

پیشنهاد‌های پژوهشی

از آنجایی که نتایج این تحقیق بدلیل شرایط خاص افراد نمونه، قابل تعمیم به افراد جامعه نمی‌باشد فلذا پیشنهاد می‌گردد تا مطالعاتی با موضوع مشابه در سایر افراد جامعه و شرایط متفاوت صورت گیرد.

سپاسگزاری: از کلیه مسئولین و کارکنان بیمارستان شهیدمحلانی تبریز و افرادی که در انجام این تحقیق همکاری ارزنده و صبورانه‌ای داشتند، قدردانی می‌نمایم.

منابع

انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۹۴). **راهنمای تشخیصی و اختلالات روانی**، ترجمه: فرزین رضاعی، علی فخرايي، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر و فرهادشاملو. (۲۰۱۳). چاپ پنجم، تهران: انتشارات ارجمند

بهروزی، ناصر، شهینی، منیجه و پورسید، مهدی (۱۳۹۰). رابطه کمال گرایی، استرس ادراک شده و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی، *مجله راهبرد فرهنگ*، ۲۰، ۷۶-۹۰

پورافکاری، نصرت اله (۱۳۹۳)، *نشانه شناسی بیماری‌های روانی برای دانشجویان روانپزشکی و روانشناسی*، تهران: نشر آزاده

حق جو سروسناتی، ریحانه (۱۳۸۹). *بررسی ارتباط راهبردهای مقابله با استرس و میزان اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به تفکیک سیر بیماری، شهرستان فسا*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دیماآتو. رایین (۱۳۹۲). *روان شناسی سلامت*، ترجمه: کیانوش هاشمیان و کریم جباری، تهران: انتشارات سمت

رحمانی. فرناز، سید فاطمی. نعیمه و اسدالهی. ملیحه (۱۳۹۰). افسردگی بعد از زایمان، *نشریه پرستاری ایران*، ۲۴(۷۲): ۷۸-۸۷

سپهوند، تورج؛ گیلانی، بیژن و زمانی، رضا، (۱۳۸۷)، رابطه استرس ادراک شده و سلامت عمومی با توجه به سبک‌های تبیین، *مجله روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۸۵، ۲۷-۴۴

شیرازی آریا، ریحانه (۱۳۸۸)، *بررسی و مقایسه خودکنترلی بالا و پایین در رابطه با شیوه‌های مقابله با استرس در میان دانشجویان دانشگاه‌های تهران*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا

صالحی فدری، جواد (۱۳۷۳). *اثر تعدد نقش و احساس رضایت از آن بر میزان عزت نفس و فشار روانی در دبیران زن*، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، تهران، دانشگاه تربیت مدرس

مهرابی گالش کلامی، پیمان (۱۳۹۰)، *بررسی استرس ادراک شده و خود کارآمدی در بیماران مبتلا به درد مزمن ناحیه تحتانی کمر*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان

نیک‌پور، مریم؛ عابدیان، زهرا؛ مخیر، نغمه؛ خالقی، زهرا؛ بنی‌حسینی، سیده‌زهرا و ابراهیم‌زاده، سعید. (۱۳۹۱)، *رابطه افسردگی بعد از زایمان با نوع زایمان*، فصلنامه اصول بهداشت روانی (۳۵)، ۶۴-

Brummelte, S. , & Galea, LA. (2010). **Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress ovarian hormones**. Prog.

- Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry, 34:766-767 <http://doi.10.1016/j.pnpbp.2009.09.006>
- Cattaruzza, A. (2014). Difficulties in the Treatment of Depression During Pregnancy and Postpartum Depression. **Journal of Infant ,Child and Adolescent Psychotherapy** ,13:75-87- <http://dox.doi.org/10.1080/15289168.2014.880296>
- Cohen,S. ,Kamarck ,T. ,&Mermelstein, R. (1983). Aglobal measure of perceived stress, **Journal of Health and Social Behavior** ,24,385-39
- Crowin, EJ. , Kohen, R. , Jarrett, M. ,& Stafford, B. (2010). **The heritability of postpartum depression**. Biol Res. Nurs ,12:73-83 <http://doi:10.1177/1099800410362112>
- Norhayati,M. ,Hazlina,N. ,Asrene,A. ,&Emilin,W. (2015). Magnitude and risk Factors for Postpartum semptoms :A literature review. **Journal of Affective Disorders**,175,34-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>
- O'Hara, M. W. ,&Wisner, KL. (2014). **Perinatal mental illness,definding,description and aetiology**. Best Pract. Res Clin. Obstet. Gynaecol 28:3-12
- Olah,M. ,& Barry,M. (2014). **Antenatal Stress:An Irish case study**. **Journal Midwifery** ,(30),315-316 <http://dx.doi-org/10.1016/j.midw.2013.03.014>
- Payne, J. L. , Palmer, J. T. , &Joffe, H. (2009). **A reproductive subtype of depression: conceptualizing models and moving toward etiology**. Harvard Rev. Psychiatry 17,72-8
<http://doi:10.1080/106732209028997>
- Schiller,CE,,Brody, S. M. ,&Rubinow,DR. (2015). **The role of reproductive hormones in Postpartum Depression** ,CNS Spectrums,20;48-59
<http://journal.cambridge.org/CNS/Obstract-S.92852914000480>
- Staneva, A. ,Bogossian ,F. , &Pritchard, M. (2015). The Effects of Maternal Depression ,Anxiety and Perceined Stress during Pregnancy on Preterm Birth:A Systematic review ,**Journal Woman and Birth**,15:400-407
- Stoyva. J ,Carlson. J. (1993). **A coping /Rest Model of Relaxation and Stress Management**. New York: -Free Press. 51

-
- Toohey ,G. (2012). **Depression During Pregnancy and Postpartum, Clinical Obstetric and Gynecology** ,55(3),788-797- Www. Clinicalobgyn. com
- Werner,E, Miller, M. & Osborn, L. (2015). **Preventing Postpartum Depression: review and recommendation, Arch Womens Ment Health.** 18:41- 60
- Yim, S. ,Stapleton, R. ,&Gurdino, M. (2015) ,**Biological and psychosocial Predictors of Postnatal Depression systematic Review and call for Integration** ,Ann. Rev. Clin. Psychol ,11;99-137 <http://doi. 10. 1146/annurcv-clinpsy-101414-020426>
- Zenclussen, A. C. (2013). **Adaptive immune responses during pregnancy.** Am. J. Reprod. Immunol 69:291-303- <http://doi. 10. 111/aji. 12097>