

افسردگی در بارداری و عوامل مرتبط با آن

شببم امیدوار^۱ دکتر فرزانه خیرخواه^۲ حسن عظیمی^۳

^۱ مربی گروه مامایی، ^۲ استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل ^۳ کارشناس ارشد آمار حیاتی، دانشگاه آزاد اسلامی بابل

مجله پزشکی هرمزگان سال یازدهم شماره سوم پاییز ۸۶ صفحات ۲۱۹-۲۱۳

چکیده

مقدمه: افسردگی بزرگترین مسئله ای است که سلامت نوع بشر را تهدید می کند و شاید به جرأت بتوان آن را شایعترین بیماری قرن حاضر دانست. از آنجائی که افسردگی حین بارداری می تواند سبب کاهش مراجعه خانم باردار جهت دریافت مراقبتهای بارداری و تولد نوزاد کم وزن و زایمان زودرس شود، لذا بر آن شدیم مطالعه ای در این زمینه به انجام برسانیم.

روش کار: پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی - تحلیلی است که در آن ۱۹۱ زن باردار که جهت دریافت مراقبتهای بارداری به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده بودند، با تکمیل پرسشنامه ای که دارای ۲ بخش اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد بک بود، در مطالعه شرکت نمودند و اطلاعات بدست آمده از طریق نرم افزار آماری SPSS 10 و با استفاده از آزمون کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در ۲۸/۸٪ از واحدهای پژوهش علائم افسردگی به درجات مختلف مشاهده شد که ۱۷/۳٪ از نوع خفیف و ۹/۴٪ متوسط و ۲/۱٪ از نوع شدید بود. بین تحصیلات فرد و اشتغال ($P < 0.001$)، رضایت از همسر ($P < 0.001$)، کمک همسر در کارهای منزل ($P < 0.01$)، نوع خانواده و حمایت از سوی خانواده و اقوام ($P < 0.01$)، تحصیلات همسر ($P < 0.01$)، نگرانی جهت هزینه زایمان ($P < 0.05$)، وقوع حادثه یا عامل تنش زا در مدت کوتاهی از بارداری یا ضمن بارداری ($P < 0.001$)، اختلاف زناشویی ($P < 0.05$) با افسردگی ارتباط معنی داری یافت شد. بین ناخواسته بودن بارداری، شغل همسر، سن بارداری، تعداد فرزند، فاصله سنی با همسر، ازدواج با رضایت فرد، سابقه حاملگی، انجام فعالیت ورزشی با افسردگی ارتباط معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش به نظر می رسد که هنگام بارداری، زمان مناسب جهت غربالگری مادران در معرض خطر افسردگی می باشد. علاوه بر این وجود مشاور خانواده و همچنین برگزاری کلاسهای مشاوره برای زنان باردار و زوج های در حال بچه دار شدن ضروری می باشد.

کلیدواژه ها: بارداری - افسردگی - پرسشنامه

نویسنده مسئول:

شببم امیدوار

دانشکده پزشکی دانشگاه علوم

پزشکی بابل

بابل - ایران

تلفن: ۰۹۸ ۱۲۱ ۲۲۲۲۵۱۱

پست الکترونیکی:

Shomidvar@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۳/۴/۲۲ اصلاح نهایی: ۸۶/۲/۱۲ پذیرش مقاله: ۸۶/۵/۲۳

مقدمه:

کارافتادگی در جهان قرار دارد (۱). متخصصان معتقدند که زنان برای ابتلا به افسردگی مستعدتر هستند که به دلیل تغییرات سطوح هورمونی مانند بلوغ، حاملگی و منوپوز بعد از زایمان و هیستریکتومی یا تجربه سقط که در طی زندگی زنان رخ می دهد، می باشد (۲).

افسردگی یکی از شایع ترین بیماریهای روانی است که می تواند با کاستن توانایی های افراد از پیشرفت و اعتدالی فرد در انجام وظایفی که بر عهده او گذاشته شده، جلوگیری نماید. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت اختلال افسردگی در صدر ۱۰ علت مهم ناتوانی و از

(Beck) بود. این پرسشنامه حاوی ۲۱ سوال چندگزینه‌ای است که روایی و پایایی این آزمون که علائم و نگرش‌های مبتنی بر افسردگی را می‌سنجد، در مطالعات متعدد به اثبات رسیده است. به علاوه این پرسشنامه می‌تواند با هر یک از سؤالات خود به ترتیب، توزیع وضعیت‌های زیر را نیز در بیماران نشان دهد: انزوای اجتماعی، عدم قاطعیت در تصمیم‌گیری، خستگی‌پذیری، از دست دادن اشتها، کاهش وزن، نگرانی‌های جسمی، کاهش علایق جنسی، غم، بدبینی، احساس شکست، عدم رضایت، احساس گناه، انتظار تنبیه، تنفر از خویش، سرزنش کردن خود، ایده‌های خودکشی، گریه کردن، تغییر نگرش درباره تصور از بدن خود، سستی و کندی، بی‌خوابی، احساس رنجیدگی.

امتیازات این پرسشنامه از صفر تا ۶۳ می‌باشد و نهایتاً بر اساس این امتیاز وضعیت فرد از نظر افسردگی به این صورت ارزیابی می‌شود: تا ۹ دامنه طبیعی، ۱۰-۱۸ افسردگی خفیف، ۱۹-۲۹ افسردگی متوسط، ۳۰-۳۹ افسردگی شدید. پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 10 و آزمون کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج:

بر اساس اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه‌هایی که توسط ۱۹۱ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل بدست آمد، ۳۶/۱٪ در گروه ۲۰-۲۴ سال بودند که میانگین سنی این زنان ۲۵/۴ سال و میانگین سنی همسران آنها ۲۹/۴ سال بود. بیشترین فراوانی سطح تحصیلات در زنان باردار مربوط به دیپلم بود (۳۲/۵٪). در حالی که بیشترین فراوانی سطح تحصیلات همسر مربوط به دوره راهنمایی و دبیرستان بود (۳۱/۱٪). ۸۵/۶٪ از این زنان خانه دار بودند، ۵۹٪ از همسران آنها در شغل آزاد بودند. ۴۷/۶٪ نگران هزینه‌های زیاده‌مان بودند، ۸۲/۱٪ زندگی مستقل داشتند. بارداری ۲۶/۳٪ آنها ناخواسته بوده است. بیشترین فراوانی فاصله از بارداری قبلی ۵-۸ سال از آخرین بارداری بود. ۶۲/۲٪ اولین بارداری خود را تجربه می‌کردند. ۲۵/۵٪ در سه ماهه دوم بودند. ۱۰/۶٪ از این زنان وقوع حادثه ناگوار در

طی آخرین بررسی‌ها به نظر می‌رسد زنان در هنگام حاملگی بیش از دوره پس از زایمان مستعد ابتلا به افسردگی هستند. بنابراین در مقابل وجود آگاهی نسبی درباره تأثیر افسردگی پس از زایمان بر سلامت کودک، مادر و خانواده، مسئله افسردگی حین بارداری، نسبتاً مورد غفلت قرار گرفته است (۳). علائم افسردگی در زنان باردار مانند خستگی، اختلالات خواب و اشتها از تغییرات طبیعی ناشی از بارداری به سختی قابل تمیز است (۴).

افسردگی حین بارداری می‌تواند باعث کاهش مراجعه خانم باردار جهت دریافت مراقبت‌های بارداری، تولد نوزاد کم وزن و زایمان زودرس شود (۷-۵).

با توجه به اینکه افسردگی حین بارداری بر توانایی مراقبت از خود تأثیرگذار است و بر تغذیه، خواب و توجه به توصیه‌های پزشکی لطمه وارد می‌کند و از سویی ۵۰٪ از زنانی که در طی بارداری افسرده هستند، دچار افسردگی بعد از زایمان نیز می‌شوند (۲) و نشانه‌های خلقی افسردگی بر توانایی زن در رویارویی با تغییرات عمیق توأم با تولد یک کودک تأثیر می‌گذارد (۸)، افسردگی در ضمن بارداری اگر به موقع تشخیص داده نشود، می‌تواند اثر منفی شدیدی روی تکامل نوزاد و مادر داشته باشد (۹،۱۰). حتی تحقیقات اخیر نشان داد که استرس، اضطراب و افسردگی در طی حاملگی می‌تواند بر چگونگی تکامل نوزاد مؤثر باشد (۱۱) و از آنجا که مادر کانون اصلی محیط اجتماعی کودک در سال اول زندگی می‌باشد، لذا شناسایی و پیگیری به موقع افسردگی او در ضمن بارداری حائز اهمیت خاصی است.

روش کار:

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی که به صورت مقطعی انجام گردید، زنان باردار مراجعه‌کننده به ۳ مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل که جهت دریافت مراقبت‌های پره‌ناتال مراجعه نموده بودند و سابقه شناخته شده افسردگی نداشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند و افرادی که جهت پر کردن پرسشنامه حاضر به همکاری شدند، وارد مطالعه گردیدند. هر پرسشنامه دارای دو بخش: ۱- ثبت اطلاعات جمعیتی و مامایی ۲- پرسشنامه استاندارد بک

مراقبتی دریافت نمی‌کردند. درصد اختلال در هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه سنجش افسردگی یک در زنان باردار مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. ارتباط بین برخی عوامل با علائم افسردگی در جدول شماره ۲ آورده شده است و $P < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شده است.

فاصله کوتاهی از این بارداری (۶ ماهه اخیر) را گزارش کردند. ۱۲/۷٪ فقط رضایت نسبی از همسرشان داشتند و ۴/۲٪ با همسرشان اختلاف داشتند. در ۲۸/۸٪ از واحدهای پژوهش علائم افسردگی ملاحظه گردید که ۱۷/۳٪ از نوع خفیف و ۹/۴٪ متوسط و در ۲/۱٪ از نوع شدید بوده است. هیچ یک از بیماران غربال شده تحت نظر روانپزشک و یا مشاور خانواده نبودند و از این جهت

جدول شماره ۱- جدول متغیرهای مرتبط با افسردگی در زنان باردار

P-value	جمع	افسردگی شدید تعداد (درصد)	افسردگی متوسط تعداد (درصد)	افسردگی خفیف تعداد (درصد)	غیرافسرده تعداد (درصد)	گروه	متغیر
P=0.009	۲۴ (۱۲/۹)	۱ (۲۵)	۴ (۲۲/۲)	۱۲ (۶/۱)	۱۷ (۱۳)	خواندن و نوشتن	تحصیلات
	۵۳ (۲۸/۵)	۲ (۵۰)	۶ (۳۲/۴)	۱۱ (۳۲/۳)	۳۴ (۲۶)	راهنمائی، دبیرستان	
	۶۲ (۳۲/۳)	۱ (۲۵)	۴ (۲۲/۲)	۱۹ (۵۷/۶)	۲۸ (۲۹)	دیپلم	
	۴۷ (۲۵/۳)	۰ (۰)	۴ (۲۲/۲)	۱ (۳)	۴۲ (۳۲)	دانشگاهی	
P=0.001	۱۸۶ (۱۰۰)	۴ (۱۰۰)	۱۸ (۱۰۰)	۳۳ (۱۰۰)	۱۳۱ (۱۰۰)	جمع	اشتغال
	۱۶۰ (۸۵/۶)	۳ (۱۰۰)	۱۷ (۹۴/۴)	۳۲ (۱۰۰)	۱۰۸ (۸۰/۶)	خانه‌دار	
	۲۷ (۱۴/۴)	۰ (۰)	۱ (۵/۶)	۰ (۰)	۲۶ (۱۹/۴)	شاغل	
P=0.000	۱۸۶ (۱۰۰)	۴ (۱۰۰)	۱۸ (۱۰۰)	۳۳ (۱۰۰)	۱۳۱ (۱۰۰)	جمع	رضایت از شغل
	۱۶۴ (۸۶/۸)	۲ (۵۰)	۹ (۵۰)	۲۷ (۸۱/۸)	۱۲۶ (۹۴)	کاملاً رضایت دارم	
	۲۴ (۱۲/۷)	۲ (۵۰)	۹ (۵۰)	۶ (۱۸/۲)	۷ (۵/۲)	نسبتاً رضایت دارم	
	۱ (۰/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۰/۸)	رضایت ندارم	
P=0.01	۱۳۳ (۷۰/۷)	۲ (۶۶/۶)	۸ (۴۷)	۲۳ (۶۹/۶)	۱۰۰ (۷۴/۰۷)	بلی	کمک همسر
	۵۵ (۲۹/۲)	۱ (۳۲/۳)	۹ (۵۲/۹)	۱۰ (۳۰/۳)	۳۵ (۲۵/۹)	خیر	
	۱۸۸ (۱۰۰)	۳ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	۳۳ (۱۰۰)	۱۳۵ (۱۰۰)	جمع	
P=0.018	۱۳۲ (۶۹/۸)	۳ (۷۵)	۲ (۴۱)	۲۱ (۶۳/۶)	۱۰۱ (۷۴/۸)	بلی	حمایت اقوام و خانواده
	۵۷ (۳۰/۲)	۱ (۲۵)	۱۰ (۵۹)	۱۲ (۳۶/۴)	۳۴ (۲۵/۲)	خیر	
	۱۸۹ (۱۰۰)	۴ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	۳۳ (۱۰۰)	۳۵ (۱۰۰)	جمع	
P=0.008	۳۴ (۱۷/۹)	۲ (۵۰)	۵ (۲۷/۸)	۵ (۱۵/۶)	۲۲ (۱۶/۲)	خواندن و نوشتن	تحصیلات همسر
	۵۹ (۳۱/۱)	۱ (۲۵)	۷ (۳۸/۸)	۱۱ (۳۴/۴)	۴۰ (۲۹/۴)	راهنمائی، دبیرستان	
	۴۷ (۲۴/۷)	۱ (۲۵)	۵ (۲۷/۸)	۱۲ (۳۷/۵)	۲۹ (۲۱/۳)	دیپلم	
	۵۰ (۲۶/۳)	۰ (۰)	۱ (۵/۶)	۴ (۱۲/۵)	۴۵ (۳۳/۱)	دانشگاهی	
P=0.004	۱۹۰ (۱۰۰)	۴ (۱۰۰)	۱۸ (۱۰۰)	۳۳ (۱۰۰)	۱۳۶ (۱۰۰)	جمع	نگرانی جهت هزینه زایمان
	۸۹ (۴۷/۶)	۴ (۱۰۰)	۹ (۵۶/۳)	۱۶ (۵۰)	۶۰ (۴۴/۴)	بلی	
	۹۸ (۵۲/۴)	۰ (۰)	۷ (۴۳/۷)	۱۶ (۵۰)	۷۵ (۵۵/۶)	خیر	
P=0.000	۱۸۷ (۱۰۰)	۴ (۱۰۰)	۱۶ (۱۰۰)	۳۳ (۱۰۰)	۱۳۵ (۱۰۰)	جمع	وقوع حادثه مدت کوتاهی از مازاد بارداری
	۲۰ (۱۰/۶)	۳ (۷۵)	۲ (۱۱/۸)	۴ (۱۲/۱)	۱۱ (۸/۲)	بلی	
	۱۶۸ (۸۹/۴)	۱ (۲۵)	۱۵ (۸۸/۲)	۲۹ (۸۷/۹)	۱۲۳ (۹۱/۸)	خیر	
P=0.004	۱۸۸ (۱۰۰)	۴ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	۳۳ (۱۰۰)	۱۳۴ (۱۰۰)	جمع	اختلاف زناشویی
	۸ (۴/۲)	۱ (۲۵)	۲ (۱۱/۱)	۱ (۳)	۴ (۳)	بلی	
	۱۸۱ (۹۵/۸)	۳ (۷۵)	۱۶ (۸۸/۹)	۳۲ (۹۷)	۱۳۰ (۹۷)	خیر	
	۱۸۹ (۱۰۰)	۴ (۱۰۰)	۱۸ (۱۰۰)	۳۳ (۱۰۰)	۱۳۴ (۱۰۰)	جمع	

جدول شماره ۲- ارتباط عوامل مختلف با علائم افسردگی

در بارداری

متغیرها	P
سن بارداری	>۰/۰۵
سابقه حاملگی	>۰/۰۵
تعداد فرزند	>۰/۰۵
ناخواسته بودن حاملگی	>۰/۰۵
تحصیلات	۰/۰۰۹
اشتغال	۰/۰۰۱
تحصیلات همسر	>۰/۰۰۸
شغل همسر	>۰/۰۵
ازدواج با رضایت	>۰/۰۵
میزان اختلاف سن با همسر	>۰/۰۵
عدم رضایت از همسر	۰/۰۰۰
اختلاف و درگیری اخیر با همسر	۰/۰۰۴
عدم همکاری و کمک همسر در کارهای منزل	۰/۰۰۱
وقوع حادثه تنش‌زا	۰/۰۰۰
نگرانی از هزینه زایمان	۰/۰۰۴

بحث و نتیجه‌گیری:

محدودیت‌های مطالعه حاضر شامل عدم همکاری برخی از زنان باردار مراجعه‌کننده و برخی از همکاران بهداشتی در نمونه‌گیری و همچنین انجام نمونه‌گیری تنها در منطقه شهری بوده و شامل زنان روستایی نمی‌باشد. فراوانی نسبی افسردگی در جمعیت مورد مطالعه ما با در نظر گرفتن آستانه معمول پرسشنامه بک، ۲۸/۸٪ بدست آمد. در مطالعه دیگری نیز ۲۵٪ از زنان امتیاز بالایی را در پرسشنامه سنجش افسردگی بک نشان دادند (۱۲). البته مطالعه دیگری در ایران در سال ۱۳۷۸ انجام گردید و مشخص شد که ۲۵/۹٪ زنان دچار اختلالات روانی هستند (۱۳) که هماهنگی بیشتری با مطالعه حاضر دارد در حالی که در مطالعه‌ای که توسط کاربخش و صداقت با استفاده از پرسشنامه استاندارد بک بر روی زنان باردار در تهران بعمل آمد، این فراوانی ۱/۸٪ برآورد گردید که نسبت به مطالعه ما بسیار بالاتر بوده است (۱۴). شاید این اختلاف مربوط به تفاوت در سبک و نوع زندگی در شهرهای بزرگ با شهرهای کوچکتر باشد. با توجه به اینکه بک معتقد است امتیازات ۹ و بالاتر مؤید افسردگی است ولی برخی نشانه‌های بارداری مانند

اختلال در خواب، افزایش وزن و کاهش سطوح انرژی که در یک حاملگی طبیعی وجود دارد، تشخیص افسردگی را مشکل می‌کند (۸).

بنابراین با در نظر گرفتن دیگر مطالعات مشابه، امتیاز بالای ۱۶، زنان را به گروه دارای علائم افسردگی و زیر ۱۶ را به گروه بدون علائم افسردگی طبقه‌بندی نمودیم که بر این اساس ۱۴/۱٪ دارای امتیازات بالای ۱۶ بودند. در مطالعه‌ای که در ماساچوست انجام شد نیز ۱۵/۶٪ امتیاز بالای ۱۶ داشتند (۱۵). در مطالعه کاربخش و صداقت همچنان این نسبت بالاتر از مطالعات دیگر بوده است (۳۰/۶٪).

با در نظر گرفتن آستانه امتیاز ۱۶ در مورد خانم‌های باردار جهت پیشگیری از بیش تخمینی، در پژوهش حاضر بین تحصیلات فرد با علائم افسردگی، اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$).

در مطالعه قلبی‌زاده بیشترین افسردگی در افراد بی‌سواد و کم‌سواد دیده شد (۱۶). لیکن در مطالعه ملکوتی و کمالی بین میزان تحصیلات و بروز افسردگی ارتباط معنی‌داری یافت نشد (۱۷). بین تحصیلات همسر با فراوانی علائم افسردگی اختلاف معنی‌داری مشاهده گردید ($P < ۰/۰۰۵$) اما بر اساس نمرات اصلی تست بک بین تحصیلات زن باردار با افسردگی، ارتباط معنی‌دار بوده ($P < ۰/۰۰۱$) و تحصیلات همسر با آن ارتباط معنی‌داری نشان نداد.

بین عدم رضایت از همسر با فراوانی علائم افسردگی، ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین بین عدم همکاری و کمک همسر در منزل با افسردگی ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید ($P < ۰/۰۰۱$) که دقیقاً مشابه با مطالعه ملکوتی و کمالی بود (۱۷).

طبق نظر کیستنر، ارتباطی بین بروز افسردگی و کیفیت روابط زناشویی وجود دارد و ضعیف بودن این روابط زمینه‌ساز افسردگی می‌باشد و عدم حمایت همسر با افزایش شدت افسردگی همراه می‌باشد (۱۸).

Campbell و همکاران، کمی کمک از طرف همسر (۱۹) و Colins و همکاران، کمی حمایت زناشویی و کمی

مشابه مطالعه ما بوده‌اند. بنابراین اهمیت توجه به اشتغال زنان با در نظر گرفتن تأثیر بسزای آن در سلامت روحی و روانی آن وضوح بیشتری می‌یابد.

بین وقوع حادثه یا عامل تنش‌زا در زمان حاملگی و یا در فاصله کوتاهی قبل از آن (۶ ماه) با علائم افسردگی ارتباط معنی‌داری یافت شد ($P < 0/001$). همچنین بین وجود اختلاف اخیر با همسر و افسردگی ارتباط معنی‌دار بود ($P < 0/01$). Warner عوامل تنش‌زا را بعنوان رویداد، شرایط یا موقعیت خارجی یا داخلی تعریف می‌کند که بالقوه موجب وقوع واکنش‌های جسمی روانی و اجتماعی عمده‌ای می‌شوند (۲۵). در این مطالعه بین وجود اختلاف با همسر با افسردگی ارتباط معنی‌داری یافت شد ($P < 0/01$). بین نگرانی جهت پرداخت هزینه‌ها زیان‌ها با فراوانی علائم افسردگی، ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$).

۳۵٪ افرادی که حاملگی ناخواسته داشتند، مبتلا به علائم افسردگی از درجات مختلف بودند و در مقابل تنها در ۷/۶٪ از افرادی که حاملگی آنها با برنامه و با رضایت بود، این علائم ملاحظه گردید، ولیکن این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود که مشابه با مطالعه بدایغ‌آبادی بود (۲۶). در حالی که مصلی‌نژاد ارتباط معنی‌داری بین غم بعد از زایمان با عدم پذیرش بارداری یافت (۲۷).

میانگین تفاوت سنی زنان باردار با همسرانشان $4/1 \pm 1/2$ سال بود و با علائم افسردگی ارتباط معنی‌داری نداشت که مشابه مطالعه بدایغ‌آبادی بود (۲۶).

بین سن بارداری با افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت در حالی که در مطالعه ملکوتی و کمالی بین دوره‌های مختلف بارداری از نظر بروز علائم افسردگی، اختلاف معنی‌داری مشاهده شد و افسردگی در سه ماهه سوم کمتر مشاهده گردید (۱۷). همچنین بین سابقه حاملگی، انجام فعالیت ورزشی، شغل همسر، ازدواج با رضایت و تعداد فرزندان با افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

با توجه به اینکه بر اساس مطالعه حاضر، حدود ۲۹٪ از زنان باردار دچار علائم افسردگی طی بارداری هستند

رضایتمندی از حمایت اجتماعی را مرتبط با افسردگی بعد از زایمان دانستند (۲۱، ۲۰) که همگی با مطالعه حاضر همسو می‌باشند. این موضوع اهمیت آموزش به همسران در زمینه عاطفی و روانی زن باردار و توجه بیش از پیش به همسرشان و توجه به شرایط ویژه بارداری را نشان می‌دهد و نیاز به برگزاری کلاسهای ویژه مشاوره جهت خانواده در سیستم بهداشتی را بیان می‌نماید، حلقه‌ای که در سیستم بهداشتی و مراقبتی ما فراموش شده است.

در مطالعه حاضر بین نوع خانواده با فراوانی علائم افسردگی ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید ($P < 0/04$). به عبارت دیگر در افرادی که با خانواده خود یا همسرشان زندگی می‌کردند، علائم افسردگی کمتر دیده شد. بعلاوه بین عدم حمایت خانواده و اقوام با افسردگی ارتباط معنی‌داری یافت شد ($P < 0/01$) که این موضوع اشاره به اهمیت تحت حمایت بودن زن باردار توسط دیگر اعضای خانواده دارد. زیرا بررسی‌های آماری بیانگر این نکته است که در خانواده‌های مستقل، فراوانی علائم افسردگی بیشتر بوده است.

Richman و همکاران نیز دوستی‌ها و صمیمیت‌های ناکافی و پایین بودن هر گونه حمایت (حمایت پدر، مادر، همسر و دیگران) را در افسردگی بعد از زایمان مؤثر دانستند (۲۲). Birkimor و Logsdon نیز گزارش نمودند که حمایت از مادر برحسب نیازهای او نقش مهمی در پیشگیری از افسردگی بعد از زایمان دارد (۲۳).

بین عدم اشتغال و فراوانی علائم افسردگی، ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$) و حتی بعد از در نظر گرفتن آستانه ۱۶ جهت افسردگی در بارداری نیز این ارتباط معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/001$). بطوری که فراوانی افسردگی در زنان خانه‌دار بیشتر مشاهده گردید.

در مطالعه نوربالا و همکاران نیز شیوع اختلالات روانی در زنان خانه‌دار بیشتر از سایر گروه‌های شغلی دیده شد (۱۳). همین‌طور در مطالعه مصلی‌نژاد و جهانمیری و همکاران نیز غم بعد از زایمان در افراد خانه‌دار بیشتر مشاهده گردید ($P < 0/05$) و بین افراد شاغل و خانه‌دار اختلاف معنی‌دار بود (۲۴) که هر دو

راهنمایی آنان به مراکز روانپزشکی، جدیت هر چه بیشتری را می‌طلبد. انجام بررسی‌های غربالگری مادران در این دوران و حضور مشاور خانواده در سیستم بهداشتی از اقدامات مؤثر و مفیدی است که لزوم آن بیش از پیش احساس می‌گردد.

سیاسگزاری:

پژوهشگران لازم می‌دانند که از حوزه محترم معاونت پژوهشی که حمایت مالی طرح را به عهده گرفتند و سرکار خانم‌ها غدیری، محمدی، مهدیان، آخوند باباطبری، احبابی که در گردآوری اطلاعات ما را یاری دادند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند و همچنین از همه عزیزانی که به نحوی در اجرای طرح یار و یاور ما بودند، تقدیر و تشکر می‌نمائیم.

و بر اساس مطالعات دیگران از هر ۱۰ زن یک نفر از افسردگی طی بارداری رنج می‌برد (۲۸) و از سویی افسردگی طی بارداری پیشگویی کننده خوبی جهت افسردگی بعد از زایمان است، لذا دوره بارداری زمانی مطلوب جهت غربالگری و تشخیص می‌باشد.

یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که گروه‌های بهداشتی بخصوص ماماها نقش ارزنده‌ای در مداخله برای سازگاری مادر با وضعیت جدید و مسئولیت مادری وی دارند (۲۹). بنابراین جهت کمک به مادران در سازگاری و تطابق در دوران بارداری و پس از آن و ارتقاء سطح بهداشت روانی مادران، از طریق بهبود مهارت‌های ارتباطی خود، ارائه حمایت، آموزش به همسر و خانواده در جهت درک بهتر مادر و توجه به نیازهای او در این دوران و شناسایی مادران در معرض خطر ابتلا به افسردگی و در نهایت در صورت لزوم

References

منابع

1. Lane R, McDonald G. Reducing the economic burden of depression. *Int Clin Psychopharmacol*. 1994;9(4):229-243.
2. <http://my.webMd.com/condition-center-content/dep/article/1663-51233-08>.
3. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001;323:257-260.
4. طومیانس، ژانت. بررسی افسردگی در زنان باردار. خلاصه مقالات چهارمین کنگره بین‌المللی بیماری‌های زنان و مامایی تهران. آبان ماه ۱۳۷۹، ص ۱۲۴.
5. Pagel MD, Smilkstein G, Regen H, Montano D. Psychosocial influences on newborn outcome: a controlled prospective study. *Soc Sci Med*. 1990;30:597-604.
6. Hedegard M, Henriksen TB, Sabroe S, Secher NJ. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ*. 1993;307:234-239.
7. Teixeira JMA, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: Cohort based study. *BMJ*. 1997;318:153-157.
8. Miller LJ, Shah A. Major mental illness during pregnancy. *Primary Uplate*. 1999;6:163-168.
9. Beck CT. A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *JOGNN*. 1998;27(1):39-45.
10. Straub H. The evolution of a task farce to help women with postpartum depression. *MCN*. 1998;23(5):262-265.
11. Monk C. Stress and mood disorders during pregnancy: implications for child development. *Psychiatr Q*. 2001;72(4):347-357.
12. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Chronic stressors, social support and depression during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 1995;85(4):583-589.

نوربالا، احمدعلی. محمد، کاظم. باقری یزدی، سیدعباس. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله پژوهشی حکیم، بهار ۸۱، دوره پنجم، شماره اول، ص ۱۰-۱.

- کاربخش، مژگان. صداقت، مجتبی. افسردگی حین بارداری: لزوم ادغام بیماریابی در مراقبتهای خانم باردار. فصلنامه پایش، سال اول، شماره ۴، پاییز ۱۳۸۱، ص ۵۵-۴۹.
15. Wu J, Viguera A, Riley L. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(4):864-867.
۱۶. قلیزاده، لیلی. تأثیر حمایتهای پرستاری بر سطح افسردگی در بیماران تحت عمل جراحی قلب. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی تبریز. دانشکده پرستاری و مامایی تبریز: ۱۳۷۸.
۱۷. ملکوتی، جمیله. کمالی، مهین. بررسی عوامل مستعدکننده افسردگی در دوران بارداری مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۹. مجموعه مقالات همایش سراسری تازههای پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی. ۱۸-۱۹ آبان ۱۳۷۹. ص ۱۶۳-۱۵۸.
۱۸. کنت جی آ و همکاران، ترجمه قاضی جهانی، بهرام. اصول بیماریهای زنان کیستتر. چاپ هفتم تهران، اندیشه روشن، ۱۳۷۹: ۶۲۲-۶۱۵.
19. Campbell SB. Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development & Psychopathology*. 1992;4(1):29-47.
20. Collins N. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Person Soc Psychol*. 1993;65(6):1243-1258.
21. Sapangenberg JJ, Pieters HC. Factors related to postpartum depression. *South African J Psychology*. 1991;21(3):159-165.
22. Richman JA, Rask VD, Gaines C. Gender Roles, social support and postpartum depressive symptomatology: the benefits of caring. *J Nervous Maternal Dis*. 1991; 179(3):139-147.
23. Logsdon M. The link of social support and postpartum depression symptoms in African- American women with low incomes. *MCN*. 2002;25(5):262-266.
- مصطفی نژاد، لیلا. جهانمیری، شهربانو. اشکانی، حمید. بررسی ویژگیهای اپیدمیولوژیک زنان مبتلا به غم پس از زایمان. مجله علمی پژوهشی در علوم بهداشتی، سال اول، شماره ۱ بهار و تابستان ۱۳۸۰، ص ۴۰-۳۵.
25. Warner YS. Stressors and health outcome. *JOGNN*. 1997;26:423-429.
- بداغآبادی، مهین. بهنام و شانی، حمیدرضا. بررسی میزان شیوع افسردگی و عوامل مرتبط به آن در خانمهای باردار. بیهق، سال ششم، شماره ۱ و ۲، بهار و تابستان ۷۹، ص ۳۳.
- مصطفی نژاد، لیلا. جهانمیری، شهربانو. اشکانی، حمید. بررسی ویژگیهای اپیدمیولوژیک زنان مبتلا به غم پس از زایمان. مجله علمی پژوهشی در علوم بهداشتی، سال اول، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۸۰، ص ۴۰-۳۵.
28. Klein MH, Essex MJ. Pregnant or depressed? The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rate of major depression in the second trimester. *Depression*. 1994;2:1994-1995.
29. Straub C. Proactive Nursing: the Evaluation of a task force to help women with postpartum depression. *Am J Matern Child Nurs*. 1998;23(5):262-265.