

بررسی رابطه دیابت بارداری با افسردگی پس از زایمان

ساناز نهبندانی^۱، دکتر فاطمه ناهیدی^{۲*}، دکتر نورالسادات کریمان^۲،
دکتر ملیحه نصیری^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دفتر تحقیقات و فن آوری دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۱۵

خلاصه

مقدمه: ماه اول پس از زایمان بحرانی‌ترین زمان برای مادران بوده و با افزایش سه برابری خطر ابتلاء به افسردگی همراه است. مشکلات طبی در بارداری ممکن است منجر به افسردگی پس از زایمان شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط دیابت بارداری با افسردگی پس از زایمان در مراجعه کنندگان به درمانگاه‌های بهداشت شهرستان زابل انجام شد.

روش کار: این مطالعه تحلیلی آینده نگر در سال ۱۳۹۴ بر روی ۱۰۵ زن باردار با تشخیص قطعی دیابت و ۱۵۷ زن باردار سالم مراجعه کننده به درمانگاه های بهداشت شهرستان زابل انجام شد. اطلاعات مربوط به پژوهش با استفاده از فرم اطلاعات فردی، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه رضایت ازدواج اینریچ، حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن و افسردگی پس از زایمان ادین برگ انجام جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون های کای دو، تی تست، من ویتنی و میزان خطر نسبی و آنالیز رگرسیون لجستیک انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: ۳۶ نفر (۳۴/۳٪) از افراد مبتلا به دیابت بارداری و ۳۰ نفر (۱۹/۱٪) از افراد غیر مبتلا ۶-۴ هفته پس از زایمان افسرده شده بودند. بر اساس آزمون آماری کای دو، ارتباط آماری معنی داری بین دیابت بارداری و افسردگی پس از زایمان وجود داشت ($p=0/006$). زنان مبتلا به دیابت بارداری، ۱/۷۹ برابر نسبت به زنان غیر مبتلا در معرض ابتلاء به افسردگی پس از زایمان بودند ($p=0/006$ CI=۱/۳۷-۲/۲۰).

نتیجه گیری: دیابت بارداری می‌تواند یک عامل خطر احتمالی در بروز افسردگی پس از زایمان باشد، بنابراین توصیه می‌شود با تدابیر پیشگیرانه و درمان به موقع این بیماری، میزان افسردگی پس از زایمان را کاهش داد.

کلمات کلیدی: افسردگی، دوران پس از زایمان، دیابت بارداری

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فاطمه ناهیدی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۱۲۱۰۰۹۱۹۱
پست الکترونیک: f.nahidi87@gmail.com

توسط جامعه عمومی افزایش چشمگیری پیدا کرده است، اما هنوز ممکن است بیماران در زمینه پذیرش موضوع و صحبت کردن با دیگران در مورد ابتلاء خود به افسردگی مشکل داشته باشند (۱۲). در برخی مطالعات مشاهده شده که برخی از مشکلات طبی در بارداری شخص را مستعد افسردگی پس از زایمان می کند. افسردگی در مبتلایان به دیابت، فشار خون و پره اکلامپسی ۵ تا ۱۰ برابر بیشتر اتفاق می افتد (۱۳). دیابت شایع ترین عارضه طبی در حاملگی است و به صورت شدت های مختلف عدم تحمل کربوهیدرات که اولین بار در دوران حاملگی شروع و یا تشخیص داده می شود، تعریف می گردد (۱۴). میزان شیوع دیابت بارداری در آمریکا تقریباً ۷٪ (بیش از ۲۰۰۰۰۰ نفر سالانه) (۱۵) و در ایران حدود ۴/۹٪ برآورد شده است. شایع ترین پیامدهای نامطلوب این اختلال ماکروزومی، آسیب های حین زایمان، سزارین، پلی هیدروآمیوس، پره اکلامپسی و اختلالات متابولیک نوزادی می باشد (۱۶). میزان عود دیابت بارداری در حدود ۳۰-۶۹٪ گزارش شده است (۱۷). به نظر می رسد دیابت بارداری از طریق اختلال در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، تغییرات التهابی و اختلال در نظم سرتونین، زمینه را جهت ابتلاء به افسردگی پس از زایمان فراهم می کند. در مطالعه لادی و همکاران (۲۰۱۳) در آمریکا، ارتباط معنی داری بین دیابت بارداری و افسردگی پس از زایمان وجود داشت (۱۸)، در حالی که در مطالعه الشهرانی و همکاران (۲۰۱۱)، این ارتباط معنی دار نبود (۱۹). با توجه به عدم اطمینان از ارتباط دیابت بارداری با افسردگی پس از زایمان (۲۰) و نتایج ضد و نقیض موجود، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط دیابت بارداری با افسردگی پس از زایمان در مراجعین به درمانگاه های بهداشت شهرستان زابل انجام شد.

روش کار

این مطالعه تحلیلی آینده نگر در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۶۲ زن باردار، شامل ۱۰۵ زن باردار با تشخیص قطعی دیابت و ۱۵۷ زن باردار سالم مراجعه کننده به

مقدمه

افسردگی پس از زایمان یکی از شایع ترین اختلالات روانی به دنبال زایمان است که با وجود خلق افسرده و یا از دست دادن علاقه یا لذت حداقل به مدت ۲ هفته تشخیص داده می شود. همچنین ممکن است نشانه های اختلال خواب، اختلال در اشتها، از دست دادن انرژی، احساس بی ارزشی یا احساس گناه و افکار خودکشی وجود داشته باشد (۱). به طور کلی شیوع این عارضه حدود ۱۵-۱۰٪ ذکر شده است (۲-۳). اما نتایج مطالعات متعدد در جوامع مختلف از ۵٪ در دانمارک تا ۳۶٪ در شیلی متغیر است. شیوع افسردگی در زاهدان ۳۳/۷٪ گزارش شده است (۴).

افسردگی پس از زایمان احتمال صدمه به مادر و نوزاد را افزایش داده و کیفیت ارتباط عاطفی مادر با کودک را تغییر می دهد، همچنین روابط درون خانواده، بهداشت روان خانواده و جنبه های مختلف رابطه با همسر را تحت تأثیر قرار می دهد (۵). مادران افسرده احساس مسئولیت و پاسخگویی کمتری در قبال نوزاد داشته و در تعامل با نوزاد دچار مشکلات پیچیده ای می شوند (۶) که تکامل عاطفی شناختی نوزاد را به شدت تهدید کرده و ممکن است باعث غفلت و سوء رفتار در مراقبت از نوزاد شود (۷-۸). افسردگی پس از زایمان با افزایش خطر افسردگی مزمن، راجعه و مقاوم به درمان همراه است (۶).

از نظر سبب شناسی نظریه های مختلفی درباره بروز افسردگی پس از زایمان وجود دارد که شامل عوامل زیستی، عوامل روانی و عوامل اجتماعی می باشند (۱۰-۹). از جمله عوامل روانی و اجتماعی بررسی شده در این زمینه می توان به افسردگی دوران بارداری، اعتماد به نفس پایین، استرس مراقبت از کودک، استرس های زندگی، حمایت اجتماعی کم، ارتباط زناشویی ضعیف، سابقه افسردگی، غم پس از زایمان، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و بارداری ناخواسته و ... اشاره کرد (۱۱). تشخیص این عارضه به دلیل تغییرات معمول در دوره پس از زایمان از جمله تغییر در الگوی خواب، تغییرات اشتها و خستگی بیش از حد چالش برانگیز است (۱). اگرچه درک و پذیرش بیماری های روانی

درمانگاه‌های بهداشت شهرستان زابل انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و ساکن شهر زابل، محدوده سنی ۴۵-۲۰ سال، بارداری تک قلو، ترم و خواسته، نداشتن سابقه نازایی و مرده‌زایی و نداشتن حادثه ناگوار طی یک سال گذشته (فوت اقوام درجه یک، تصادف، سرقت از منزل)، نداشتن سابقه افسردگی در دوران زندگی و بارداری‌های قبلی، نداشتن عارضه مامایی شامل پره اکلامپسی، اختلال تیروئید و آنمی، نداشتن افسردگی دوران بارداری در زمان نمونه‌گیری (که این امر با استفاده از تست افسردگی بک در زمان نمونه‌گیری بررسی شد) و نداشتن هیچگونه بیماری حاد و مزمن شناخته شده در زنان باردار و نوزاد آنها بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری، فوت بستگان در فاصله زمانی مطالعه، فوت نوزاد به هنگام تولد و بستری نوزاد به دلیل بیماری بود. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات فردی، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه رضایت ازدواج اینریچ، حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن و افسردگی پس از زایمان ادین برگ انجام شد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی شده بود؛ بدین ترتیب که در مرحله اول هر کدام از شبکه‌های بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد، سپس لیستی از مراکز بهداشت موجود در هر خوشه تهیه شد و بر اساس تعداد مراکز موجود در هر خوشه به صورت سهمیه‌ای در مجموع ۲۰ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد. پرسشنامه افسردگی ادین برگ شامل ۱۰ سؤال ۴ جوابی می‌باشد که به صورت صفر تا ۳ درجه بندی می‌شود. حداقل امتیاز در این ابزار صفر و حداکثر امتیاز ۳۰ می‌باشد. در این مطالعه نقطه برش ۱۲ به عنوان افسرده در نظر گرفته شد. این ابزار پرسشنامه معتبری برای سنجش افسردگی پس از زایمان است (۲۱). در مطالعه مظهری (۲۰۰۷) حساسیت پرسشنامه افسردگی ادینبرگ ۹۳/۵٪ و اختصاصی بودن آن ۸۷/۹٪ گزارش شد (۲۲). نسخه ایرانی این پرسشنامه قابل پذیرش بوده و اعتبار و پایایی آن در مطالعات مختلف بررسی شده است (۲۴-۲۳).

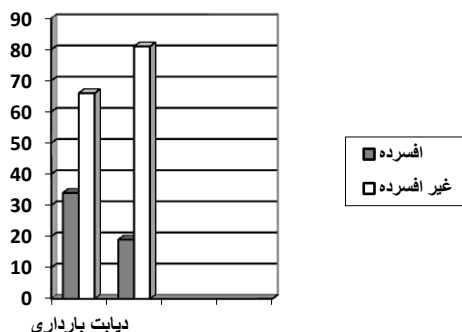
(۲۳). در این مطالعه پایایی این ابزار به روش آزمون مجدد ۰/۹۷ محاسبه و تأیید شد. پرسشنامه رضایت ازدواج اینریچ یک پرسشنامه ۱۸ سؤالی می‌باشد که هر سؤال امتیاز ۱ تا ۵ را به خود اختصاص می‌دهد. حداقل نمره ۱۸ و حداکثر نمره ۹۰ می‌باشد. امتیاز ۵۶ به عنوان رضایت کم، امتیاز ۷۷-۵۷ رضایت نسبی و امتیاز بالای ۷۸ به عنوان رضایت زیاد از ازدواج در نظر گرفته می‌شود. پرسشنامه حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن دارای ۲ بخش است. قسمت اول شامل ۱۰ سؤال است که به هر سؤال نمره ۴-۰ تعلق می‌گیرد و در مجموع دارای ۴۰-۰ امتیاز می‌باشد. امتیاز ۱۰-۰ به عنوان حمایت اجتماعی کم، امتیاز ۲۰-۱۱ به عنوان حمایت اجتماعی متوسط و امتیاز بالای ۲۱ به عنوان حمایت اجتماعی زیاد در نظر گرفته می‌شود. قسمت دوم آن شامل ۶ سؤال است که بر اساس پاسخ منفی یا مثبت نمره صفر یا ۱ تعلق می‌گیرد. در مورد شش سؤال دوم امتیاز ۳ یا کمتر نشان دهنده کم بودن حمایت اجتماعی بعد از زایمان است. محققین مختلف اعتبار پرسشنامه فوق را پس از تطبیق با فرهنگ جامعه، با روش اعتبار محتوا تعیین اعتبار کردند (۲۴-۲۳). در این مطالعه پایایی ابزار رضایت از ازدواج به روش آزمون مجدد ۰/۸۹ و پایایی ابزار حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه و تأیید شد. پس از کسب رضایت شخصی از واحدهای پژوهش، زنان باردار واجد شرایط در هفته ۲۸-۲۴ بارداری به آزمایشگاه مرکزی شهرستان زابل ارجاع داده شدند و در صورت غیر طبیعی بودن حداقل یکی از نتایج آزمون تحمل گلوکز خوراکی دو ساعته با ۷۵ گرم گلوکز (OGTT) بر اساس دستورالعمل غربالگری و تشخیص دیابت بارداری ایران (قند خون ناشتا بیشتر یا مساوی ۹۲ میلی گرم بر دسی لیتر، قندخون ۱ ساعت پس از مصرف گلوکز بیشتر یا مساوی ۱۸۰ میلی گرم بر دسی لیتر، قند خون ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز بیشتر یا مساوی ۱۵۳ میلی گرم بر دسی لیتر) تشخیص دیابت بارداری قطعی می‌شد. پس از آن زنان باردار به دو گروه مبتلا به دیابت

مبتلا و ۹۷ نفر (۶۱/۸٪) در گروه کنترل دارای مسکن شخصی، ۷۲ نفر (۶۸/۶٪) از افراد گروه مبتلا و ۱۹ نفر (۷۵/۸٪) در گروه کنترل زایمان طبیعی، ۳۱ نفر (۳۰/۶٪) از افراد گروه مبتلا و ۴۸ نفر (۳۰/۶٪) در گروه کنترل درآمد ماهیانه بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان و میانگین مدت ازدواج در گروه مبتلا $10/52 \pm 5/72$ سال و در گروه کنترل $10/52 \pm 5/72$ سال بود که تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. همچنین ۸۴ نفر (۸۰٪) از افراد گروه مبتلا و ۱۰۷ نفر (۶۸/۲٪) از افراد گروه غیر مبتلا رضایت نسبی از ازدواج و ۶۴ نفر (۶۱٪) از افراد گروه مبتلا و ۸۷ نفر (۵۵/۴٪) در گروه غیر مبتلا حمایت اجتماعی متوسط داشتند. دو گروه از نظر میانگین نمره حمایت اجتماعی قبل و پس از زایمان و میانگین نمره رضایت از ازدواج قبل و پس از زایمان اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$) (جدول ۱). ۵۳ نفر (۵۰/۵٪) از نوزادان گروه مبتلا به دیابت بارداری پسر بودند، در حالی که ۸۷ نفر (۵۵/۴٪) از نوزادان گروه غیر مبتلا دختر بودند. ۹۰ نفر (۸۵/۷٪) از واحدهای پژوهش در گروه مبتلا و ۱۳۶ نفر (۸۶/۶٪) در گروه کنترل جنسیت نوزاد خود را مطلوب جنسیت نوزاد خود را مطلوب گزارش کردند. همچنین ۸۵ نفر (۸۱٪) از همسران گروه مبتلا و ۱۳۱ نفر (۸۳/۴٪) در گروه کنترل از جنسیت نوزاد خود راضی بودند. بین دو گروه از نظر شاخص توده بدنی ($p = 0/043$)، تعداد سقط ($p = 0/049$)، مشکل شیردهی ($p = 0/049$) و سابقه دیابت بارداری ($p = 0/001$) اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد.

بارداری و غیر مبتلا تقسیم شدند. نمونه‌ها در دو گروه به لحاظ سن و تعداد بارداری همسان شدند. ۴ تا ۶ هفته پس از زایمان پرسشنامه افسردگی ادین برگ توسط نمونه‌های پژوهش در دو گروه تکمیل شد. افراد مبتلا به دیابت بارداری در طی مطالعه بسته به میزان قندخون تحت درمان با رژیم غذایی یا انسولین قرار داشتند و به منظور رعایت مسائل اخلاقی افراد مبتلا به افسردگی در این پژوهش جهت ارزیابی به روانپزشک ارجاع داده شدند. ضریب اطمینان در نظر گرفته شده ۹۵٪ بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. جهت مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای دو، جهت مقایسه متغیرهای کمی از آزمون تی تست، جهت مقایسه متغیرهای رتبه‌ای از آزمون من ویتنی، جهت بررسی ارتباط دیابت بارداری با افسردگی پس از زایمان از میزان خطر نسبی و رگرسیون لجستیک استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۵ نفر با تشخیص قطعی دیابت بارداری و ۱۵۷ مادر سالم مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد میانگین سن در گروه مبتلا به دیابت بارداری $31/50 \pm 5/42$ سال و در گروه کنترل $31/25 \pm 5/87$ سال بود. ۹۵ نفر (۹۰/۵٪) از افراد گروه مبتلا و ۱۳۸ نفر (۸۷/۹٪) در گروه کنترل خانه دار، ۶۱ نفر (۵۸/۲٪) از افراد گروه مبتلا و ۹۴ نفر (۵۹/۸٪) از افراد گروه کنترل تحصیلات زیر دیپلم، ۷۴ نفر (۷۰/۵٪) از افراد گروه



نمودار ۱- توزیع فراوانی برحسب وجود افسردگی پس از زایمان در دو گروه مبتلا به دیابت بارداری و کنترل در هفته ۶-۴ پس از زایمان

جدول ۱- وضعیت حمایت اجتماعی و رضایت از ازدواج در دو گروه مبتلا به دیابت بارداری و کنترل

متغیر	گروه مبتلا به دیابت بارداری	گروه کنترل	سطح معنی داری
نمره حمایت اجتماعی قبل زایمان (۰-۴۰)	۱۸/۲۳(۵/۴۰)	۱۸/۵۲(۵/۹۲)	۰/۷۳
نمره حمایت اجتماعی پس از زایمان (۰-۶)	۴/۶۴(۱/۴۱)	۳/۳۴(۱/۴۸)	۰/۲۷
نمره رضایت از ازدواج قبل از زایمان (۱۸-۹۰)	۶۴/۶۳(۸/۴۳)	۶۴/۵۳(۹/۷۹)	۰/۷۹
نمره رضایت از ازدواج پس از زایمان (۱۸-۹۰)	۶۴/۲۲(۸/۱۸)	۶۴/۳۲(۹/۶۱)	۰/۵۰

افراد در گروه مبتلا به دیابت بارداری و ۳۰ نفر (۱/۱۹٪) از افراد غیر مبتلا به دیابت بارداری، ۶-۴ هفته پس از زایمان افسرده بودند (امتیاز بالای ۱۲) (نمودار ۱). بر اساس آزمون کای دو، بین دو گروه از نظر افسردگی تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($p=0/006$) (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون کای دو، تفاوت آماری معنی داری بین روش درمان دیابت بارداری با افسردگی پس از زایمان وجود داشت ($p=0/002$). ۱۸ نفر (۳/۵۶٪) از افراد دریافت کننده انسولین و ۱۸ نفر (۷/۲۴٪) از افراد گروه رژیم غذایی به افسردگی پس از زایمان مبتلا بودند. نتایج مطالعه نشان داد که ۳۶ نفر (۳/۳۴٪) از

جدول ۲- بررسی وضعیت افسردگی پس از زایمان در دو گروه مبتلا به دیابت بارداری و کنترل

نتیجه آزمون کای دو	مبتلا		غیر مبتلا		افسردگی پس از زایمان
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ندارد (کمتر از ۱۲)	۶۹	۶۵/۷	۱۲۷	۸۰/۹	$p=0/006$
دارد (بیشتر مساوی ۱۲)	۳۶	۳۴/۳	۳۰	۱۹/۱	$RR=1/79$ $CI=1/37-2/30$

لوجستیک، ارتباط آماری معنی داری بین شاخص توده بدنی، تعداد سقط و مشکل شیردهی با افسردگی پس از زایمان وجود نداشت ($p>0/05$) (جدول ۳).

بر اساس نتایج مطالعه خطر ابتلاء به افسردگی پس از زایمان در افراد مبتلا به دیابت بارداری ۱/۷۹ برابر بیشتر از زنان غیر مبتلا به دیابت بارداری بود (۲/۲۰- $p=0/006$ ، $CI=1/37$) بر اساس نتایج آزمون رگرسیون

جدول ۳- تعیین احتمال ابتلاء به افسردگی پس از زایمان برحسب برخی عوامل خطر

متغیر	خطر نسبی	فاصله اطمینان	سطح معنی داری
تعداد سقط	۱/۳۷	۰/۷۸-۲/۳۹	۰/۲۷
شاخص توده بدنی	۰/۸۹	۰/۵۶-۱/۴۰	۰/۶۱
مشکل شیردهی	۰/۳۹	۰/۱۰-۱/۵۴	۰/۱۸

افسردگی پس از زایمان بودند و ارتباط معنی داری بین دیابت قبل از بارداری با افسردگی پس از زایمان مشاهده نشد (۱۸). در مطالعه کوزهیمانیل و همکاران (۲۰۰۹) ارتباط معنی داری بین دیابت بارداری و افسردگی پس از زایمان در میان زنان کم درآمد مبتلا به دیابت بارداری وجود داشت. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان بروز افسردگی پس از زایمان در افراد مبتلا به دیابت ۱۵/۲٪ و در زنان غیر مبتلا ۸/۵٪ بود و احتمال افسردگی پس از زایمان در افراد مبتلا به دیابت

بحث

با بررسی نتایج این مطالعه به نظر می رسد دیابت بارداری با افسردگی پس از زایمان در ارتباط باشد؛ به طوری که دیابت بارداری احتمال افسردگی پس از زایمان را ۱/۷۹ برابر افزایش داد. در مطالعه لادی و همکاران (۲۰۱۳) ارتباط آماری معنی داری بین دیابت بارداری با افسردگی پس از زایمان یافت شد. در مطالعه مذکور زنان مبتلا به دیابت بارداری ۱/۱۴ برابر نسبت به زنان غیر مبتلا به دیابت بارداری در معرض ابتلاء به

مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود از مصاحبه تشخیصی برای ارزیابی و تشخیص افسردگی استفاده شود. با توجه به این که افسردگی پس از زایمان به عنوان یک معضل خانوادگی و اجتماعی شیوع نسبتاً بالایی دارد، شناسایی یک عامل خطر جدید برای افسردگی پس از زایمان می‌تواند به شناسایی زودهنگام زنان در معرض خطر کمک کند و همچنین با تدابیر پیشگیرانه و درمان به موقع افراد مبتلا می‌توان از عوارض کوتاه مدت و دراز مدت این بیماری کاست و عملکرد خانوادگی و کیفیت زندگی بیمار را بهبود بخشید.

نتیجه‌گیری

دیابت بارداری یک عامل خطر احتمالی جهت ابتلاء به افسردگی پس از زایمان است. لذا متخصصین زنان، ماماها و تمام دست‌اندرکاران مراقبت‌های بهداشتی که ارزیابی پس از زایمان را برعهده دارند، باید آموزش‌های لازم را برای تشخیص زودرس علائم افسردگی پس از زایمان دیده و این اطلاعات را به زنان مبتلا به دیابت بارداری به عنوان افراد در معرض خطر نیز انتقال دهند تا با شناسایی زودهنگام و انجام اقدامات پیشگیرانه و با صرف وقت و هزینه کمتر از عوارض نامطلوب این بیماری کاست.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند و همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زابل و نمونه‌های پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

بارداری در مقایسه با افراد غیر مبتلا حدود ۲ برابر بود (۲۵). نتایج متاآنالیز آندرسون و همکاران (۲۰۰۱) نیز رابطه بین دیابت بارداری و افسردگی را در جمعیت بزرگسال تأیید کرد (۲۶). مطالعه الشهرانی و همکاران (۲۰۱۱) نتایج متناقضی را نشان داد. نتایج این پژوهش اگر چه شیوع بالای افسردگی پس از زایمان را در زنان مبتلا به دیابت بارداری را نشان داد اما ارتباط معنی‌داری بین دیابت بارداری با افسردگی پس از زایمان نشان نداد (۱۹). به نظر می‌رسد علت عدم همخوانی دو مطالعه به دلیل حجم کم نمونه، عدم بررسی نمونه‌ها در دوران بارداری، روش متفاوت تشخیص دیابت بارداری و زمان ارزیابی افسردگی در دوره پس از زایمان باشد. نتایج مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری را بین روش درمان دیابت بارداری با افسردگی پس از زایمان نشان داد که با نتایج مطالعه باراکات و همکاران (۲۰۱۴) همخوانی داشت. در این مطالعه احتمال بروز افسردگی پس از زایمان در دریافت‌کنندگان انسولین ۲ برابر بود (۲۰).

از جمله مکانسیم‌های احتمالی توجیه‌کننده ارتباط دیابت بارداری با افسردگی پس از زایمان می‌توان به اختلال در نظم محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، تغییرات التهابی، اختلال در نظم سیستم سرتونین، اثرات هیپرانسولینمی بر تیروئید و فشار روانی حاصل از درمان بیماری مزمن اشاره کرد (۱۸، ۲۰).

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به آینده نگر بودن و بررسی مشکلات تقلیدکننده علائم افسردگی مانند اختلالات تیروئیدی و آنمی اشاره کرد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که در این مطالعه جهت بررسی افسردگی پس از زایمان فقط از ابزار خودگزارش دهی استفاده شد. بنابراین برای

منابع

1. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstets Gynecol* 2009; 200(4):357-64.
2. Herring S, Rich-Edward JW, Oken E, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Gillman MW. Association of postpartum depression with weight retention 1 year after childbirth. *Obesity (silver Spring)* 2008; 16(6):1296-301.
3. Leung BM, Kaplan BJ, Field CJ, Tough S, Eliasziw M, Gomez MF, et al. Prenatal micronutrient supplementation and postpartum depressive symptoms in a pregnancy cohort. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13:2.

4. Lashgaripour K. Postpartum depression and related factor: A 4.5 months study. *J Fundament Mental Health* 2012; 13(52):404-12. (Persian).
5. Wisner KL, Parry BL, Pionte CM. Clinical practice: postpartum depression. *N Engl J Med* 2002; 347(3):194-9.
6. Posmontier B. Sleep quality in women with and without postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37(6):722-35.
7. Vesga -Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(7):805-15.
8. McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, Payton ME, Waston GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc* 2006; 106(4):193-8.
9. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001; 50(5):275-85.
10. Lee DT, Yip AS, Chan SS, Tsui MH, Wong W, Chung TK. Postdelivery screening for postpartum depression. *Psychosom Med* 2003; 65(3):357-61.
11. Räisänen S, Letho SM, Nielsen HS, Gissler M, Karmer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton birth in Finland. *BMJ Open* 2013; 3(11):e004047.
12. Ghazi Jahani B, Ghotbi R. Berek & Novak's Gynecology. 15th ed. Tehran: Golban; 2012. P. 304. (Persian).
13. Thoppil J, Riutcel TL, Nalesnik SW. Early intervention for perinatal depression. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(5):1446-8.
14. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw Hill; 2009. P. 1104-19.
15. Albrecht SS, Kuklina EV, Bansil P, Jamieson DJ, Whiteman MK, Kourtis AP, et al. Diabetes trends among delivery hospitalizations in the U.S 1994-2004. *Diabetes Care* 2010; 33(4):768-73.
16. Manafi M, Ansari MH, Rabiepour S, Hazher MS. Gestation diabetes mellitus incidence in the pregnant women referred to urmia medical centers. *J Urmia Univ Med Sci* 2008; 19(2):158-62. (Persian).
17. MacNeill S, Dodds L, Hamilton DC, Armson BA, VandenHof. Rate and risk factor for recurrence of gestational diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24(4):659-62.
18. Lady K, Williams C, Hansen W, Epstein R. The relationship between gestational diabetes and postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208(1):S84.
19. Al-Shahrani M, Al- Sunaidi M, Al-Amri H, Al-Maswary S, Al-Gelban KH. Gestational diabetes and postpartum depression. *Arab J Psychiatry* 2011; 22(2):133-7.
20. Barakat S, Martinez D, Thomas M, Handley M. What do we know about gestayional diabetes mellitus and risk for postpartum depression in among ethnically diverse low-income women in the united states? *Arch Womens Ment Health* 2014; 17(6):587-92.
21. Eberhard-Gram M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104(4):243-9.
22. Mazhari S, Nakhae N. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Iranian sample. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10(6):293-7.
23. Salehi Kassai P. The prevalence of postpartum depression in both groups of mothers with vaginal delivery and caesarean section. [Master's Thesis]. Tehran, Iran: University of Medical Sciences. School of Nursing and Midwifery; 1994. (Persian).
24. Behbodi Moghadam Z. Prevalence of postpartum depression and risk factors in women referred to health centers Beheshti University of Medical Sciences. [Master's Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing and Midwifery; 2007. (Persian).
25. Kozhimannile KB, Pereira MA, Harlow BL. Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. *JAMA* 2009; 301(8):842-7.
26. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6):1069-78.