

شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل موثر بر آن در زنان مراجعه کننده به

مراکز بهداشتی شهر رفسنجان در سال ۱۳۸۶

دکتر زبیا شعبانی^{۱*}، احمد رضاصیادی^۲، غلامرضا رفیعی^۲، مجید کاظمی^۲، علی انصاری^۲

خلاصه:

زمینه و هدف: افسردگی بعد از زایمان، یک اختلال روانپزشکی وخیم بوده که در ۷۵-۵۰ درصد مادران رخ می دهد و تا روز دهم بهبود می یابد. افسردگی بعد از زایمان، می تواند منجر به آسیب دیدن مادر و عقب افتادگی رشد شناختی و هیجانی کودک گردد. هدف اصلی این پژوهش، تعیین شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل موثر بر آن در شهر رفسنجان، در سال ۱۳۸۶ بوده است.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۴۷۰ نفر از مادرانی که ۲ هفته تا ۶ ماه از زمان زایمان آنها گذشته و به مراکز بهداشتی درمانی شهر رفسنجان در سال ۸۶ مراجعه می نمودند، به صورت در دسترس و مبتنی بر هدف، صورت گرفت. ابزار این تحقیق، استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و تست استاندارد "بک" بود که از طریق مصاحبه، توسط پژوهشگر تکمیل گردید. داده ها پس از جمع آوری، با نرم افزار SPSS و آزمون های مجذور کای و فیشر، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته ها: یافته ها نشان داد که میانگین سنی نمونه های مورد مطالعه $27/3 \pm 5/4$ سال بود و ۲۲/۱ درصد نمونه های مورد مطالعه، افسرده و ۷۷/۹ درصد غیر افسرده بودند. آزمون های آماری، ارتباط معنی داری را بین افسردگی پس از زایمان با تحصیلات همسر، ناخواسته بودن بارداری، سابقه ابتلا به اختلالات روانپزشکی، حوادث ناگوار، سابقه سقط جنین، حمایت اجتماعی، ترس در جریان بارداری و زایمان، عدم رضایت زناشویی و شغل همسر نشان داد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به شیوع نسبتاً بالای افسردگی بعد از زایمان در این مطالعه (۲۲/۱ درصد) و عواقب زیان بار این اختلال روانپزشکی برای کودک و مادر، پیشنهاد می شود که مراکز بهداشتی و درمانی توجه بیشتری به انجام مشاورات روانی زنان از زمان بارداری تا پس از زایمان نموده تا بتوانند از بروز افسردگی پس از زایمان جلوگیری به عمل آورند.

واژه های کلیدی: افسردگی بعد از زایمان، عوامل خطرزا، شیوع، رفسنجان

*- استادیار بیماری های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان - نویسنده مسئول

۲- مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی و پیراپزشکی رفسنجان

مقدمه

افسردگی در زنان دو برابر مردان بوده و سنین باروری سال های افزایش این خطر برای شروع افسردگی هستند [۱]. افسردگی پس از زایمان، می تواند ۲ هفته پس از زایمان آغاز گردیده و ممکن است هفته ها و حتی ۱۴ ماه، علایم افسردگی بعد از زایمان هم باقی بماند [۲]. Reeder و همکاران در طبقه بندی که در مورد اختلالات روانی بعد از زایمان نمودند تصریح کردند که زمان شروع افسردگی بعد از زایمان، تا ۶ ماه اول بعد از زایمان است [۳].

افسردگی بعد از زایمان با خلق افسرده، کاهش علاقه به فعالیت ها، خستگی، اختلال در خواب و مراقبت از کودک، احساس گناه، اعتماد به نفس پایین، اختلال در تمرکز، و تفکر در مورد خودکشی مشخص می شود. این اختلال بسیار وخیم تر از اندوه یا غم بعد از زایمان می باشد که در ۷۵-۵۰ درصد مادران رخ داده و تا روز دهم بهبود می یابد. افسردگی بعد از زایمان در زنان سخت زاء هم چنین در زنان با ضعف سازگاری زناشویی و عدم حمایت اجتماعی بیشتر است [۴-۱]. نتایج مطالعه Nielsen در بیمارستان آرهاس دانمارک بر روی ۶۷۹۰ زن یک ماه بعد از زایمان، نشان داد شیوع افسردگی بعد از زایمان ۱۵ درصد و بین افسردگی بعد از زایمان با عدم حمایت اجتماعی و سابقه بیماری های روانی، ارتباط بسیار قوی وجود داشت ولی بین نوع زایمان با افسردگی بعد از زایمان، ارتباطی دیده نشد [۵]. در مطالعه دیگری که در دبی انجام شد ۹۵ خانم که در بیمارستان دبی امارات زایمان کرده بودند بعد از هفت روز پس از زایمان با پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفته و نتایج داد ۱۷ درصد این خانم ها، افسردگی پس از زایمان داشتند [۶]. در تحقیق دیگری که توسط Posner و همکاران در سال ۱۹۹۷ صورت گرفت، شیوع افسردگی بعد از زایمان ۱۷ درصد گزارش گردید [۷]. در پژوهش رشیدی، ۲۰ درصد از نمونه های مورد مطالعه، مبتلا به افسردگی پس از زایمان بودند [۸]. در تحقیقی که نگاهبان و همکاران در سال ۱۳۸۱ در شهرستان رفسنجان انجام دادند نتایج نشان داد که ۲۴/۸ درصد نمونه ها، دچار افسردگی پس از زایمان بودند [۹]. شیوع افسردگی بعد از زایمان در کشورهای مختلف هم، مورد سنجش قرار گرفته طوری که در هند ۸/۵ درصد، و در مالزی

۱۰٪ بوده است ولی به طور میانگین میزان آن ۱۵-۱۰ درصد است [۱۰].

با توجه به اهمیت سلامت زنان در حیطه ها و فعالیت های گوناگون خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، بر آن شدیم تا این پژوهش، با هدف اصلی تعیین شیوع افسردگی بعد از زایمان و عوامل موثر بر آن را در شهر رفسنجان انجام دهیم.

مواد و روش ها

پژوهش انجام شده از نوع مقطعی است. جامعه مورد پژوهش، کلیه مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رفسنجان در سال ۱۳۸۶ بود و نمونه گیری از مراکز، به صورت در دسترس و مبتنی بر هدف، با توجه به جمعیت تحت پوشش هر مرکز صورت گرفت. مشخصات نمونه ها شامل:

۱- ایرانی بودن ۲- گذشت ۲ هفته تا ۶ ماه بعد از زایمان بود که جهت دریافت خدمات تنظیم خانواده یا مراقبت بهداشتی از کودک، مراجعه می نمودند. حجم نمونه با $p=0.05$ $d=0.05$ ، $\alpha=0.05$ به میزان ۳۸۴ نفر محاسبه گردید. برای اطمینان بیشتر، پانصد پرسشنامه، تکثیر و پژوهشگر پس از معرفی خود و توضیح دادن اهداف پژوهش و جلب اعتماد مادران، بر اساس مصاحبه، اقدام به تکمیل پرسشنامه ها می نمود، پرسشنامه اول، عوامل دموگرافیک و عوامل مامایی و نوزادی را ارزیابی نمود و پرسشنامه دوم، پرسشنامه استاندارد "افسردگی بک" بود. پرسشنامه افسردگی بک حاوی ۲۱ سوال بوده که هر سوال بین ۰ تا ۳ نمره گذاری شده است. براساس این تست، جمع نمرات ۴-۰ طبیعی، ۷-۱۵ افسردگی خفیف، ۱۵-۸ متوسط، و از ۱۶ به بالا افسردگی شدید تلقی می شود که در این پژوهش، افرادی که نمره بین ۷-۰ کسب کرده بودند طبیعی یا خفیف و افرادی که نمره ۸ به بالا کسب کرده بودند متوسط یا شدید، در نظر گرفته شدند. در نهایت ۴۷۰ پرسشنامه تکمیل و با کد ویژه وارد رایانه شد داده ها پس از جمع آوری، با نرم افزار SPSS و آزمون های مجذور کای و فیشر، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج

نتایج نشان داد که میانگین سنی نمونه های مورد مطالعه ۵۸/۴±۲۷/۳ بود. ۴۶ درصد زنان دارای تحصیلات دیپلم، ۵۸/۷ درصد زنان، خانه دار و ۳۵/۳ درصد نمونه ها دارای همسر با

تحصیلات دیپلم و ۵۴ درصد دارای همسران با کار آزاد بودند. ۳۶ درصد واحدهای مورد مطالعه، دارای وضعیت اقتصادی اجتماعی متوسط بودند. ۱۲ درصد موارد، حاملگی اول و در ۵۱/۵ درصد نوع زایمان سزارین و در ۲۰/۴ درصد موارد، حاملگی ناخواسته بوده، ۵۳/۸ درصد جنس نوزادان پسر بود و ۹۷ درصد نوزادان سالم بودند و ۱۱/۹ درصد زنان، سابقه ابتلا به اختلالات روانپزشکی را دارا بوده و در ۹۱/۳ درصد، رضایت زناشویی داشتند. یافته های پژوهش نشان داد ۲۲/۱ درصد زنان مورد مطالعه، افسرده و ۷۷/۹ درصد غیر افسرده بودند. ۳۱/۳ درصد زنانی که تحصیلات ابتدایی و ۱۱/۸ درصد زنانی که تحصیلات دانشگاهی داشتند افسرده بودند. هم چنین ۳۸/۶ درصد زنانی که همسرانشان دارای شغل کارگری و ۱۲/۹ درصد زنانی که همسرانشان کارمند بودند، افسردگی داشتند. ۴۴/۹ درصد زنانی که از حمایت اجتماعی برخوردار نبوده، و ۱۸/۲ درصد زنانی که از حمایت اجتماعی زیاد، برخوردار بودند، علایم افسردگی داشتند. ۳۱/۳ درصد زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند، افسرده بودند در حالی که آمار افسردگی در زنان با حاملگی خواسته، ۱۹/۸ درصد بود. ۴۸/۲ درصد زنانی که سابقه ابتلا به اختلالات روانپزشکی داشتند، و ۱۸/۶ درصد زنانی که هیچ گونه سابقه اختلالات روانپزشکی را نداشتند، افسرده بودند. ۲۹/۷ درصد زنانی که سقط جنین داشتند و ۱۹/۶ درصد زنانی که سقط جنین نداشتند افسرده بودند. در تمام گزارشات فوق، آزمون های آماری، ارتباط معنی داری را بین افسردگی بعد از زایمان با شغل همسر، تحصیلات همسر، عدم رضایت زناشویی، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی، سقط جنین، حاملگی ناخواسته، حوادث ناگوار، ترس در جریان بارداری و زایمان با اطمینان ۹۵ درصد نشان داد ($p < 0/0001$).

بحث

مادر به عنوان رکن اساسی در خانواده، مطرح است و مادران افسرده اغلب یک واکنش منفی نسبت به کودکانشان دارند. این کودکان اغلب تحریک پذیر بوده و چهره غمگین تری نسبت به کودکانی که مادرانشان افسرده نیستند، از خود بروز می دهند [۹]. در تحقیق انجام شده، میزان شیوع افسردگی در زنان پس از زایمان ۲۲/۱ درصد می باشد شیوع افسردگی بعد

از زایمان در کشورهای مختلف مورد سنجش قرار گرفته، طوری که در مالزی ۱۰ درصد، در هند ۸/۵ درصد، ولی به طور میانگین میزان آن ۱۵-۱۰ درصد است [۱۰]. در این پژوهش، افسردگی بعد از زایمان درصد نسبتاً بالایی را نشان می دهد علیرغم اینکه نسبت به سال ۱۳۸۱ حدود ۲/۷ درصد، کاهش داشته است [۹]. بسیاری از محققان معتقدند که حمایت روانی به ویژه یک مشاوره خوب، باید هر چه سریع تر بعد از زایمان شروع شود و یک مراقب بهداشتی باید بداند که دوران بعد از زایمان، دورانی است که احتمال ایجاد و عود بیماری ها و اختلالات روانی، بسیار زیاد است [۱۱]. در مراکز بهداشتی درمانی کشور ما، این موضوع کمتر مورد توجه قرار می گیرد. با توجه به نوع فرهنگ در کشور ما، بیشتر توجهات بعد از زایمان بر روی نوزاد بوده و به مادر، توجه چندانی نمی شود که این عامل، می تواند در بروز افسردگی بعد از زایمان نقش مهمی داشته باشد. هم چنین در مراکز بهداشتی درمانی، به مشاورات روانی شاید کمتر توجه می شود در این تحقیق بین تحصیلات همسر و شغل و درآمد خانواده ارتباط معنی داری وجود داشت ($p < 0/0001$) که به دلیل تاثیر وضعیت تحصیلی همسر با آگاهی بهتر و در نهایت تاثیر بر روی وضعیت اجتماعی، اقتصادی خانواده و وضعیت اشتغال می باشد چرا که موقعیت های پایین اقتصادی اجتماعی، ممکن است مشکلاتی را برای سلامت مادر و کودک به وجود آورد [۱۲]. حاملگی ناخواسته، نیز ارتباط معنی داری با افسردگی بعد از زایمان داشت ($p < 0/0001$)، در منابع علمی آمده که حاملگی ناخواسته، می تواند منجر به ایجاد یک حالت دوگانگی نسبت به پذیرش کودک و عدم پذیرش او شود که احتمال بروز افسردگی بعد از زایمان را در مادر افزایش می دهد [۱۲، ۱۳]. با انجام مشاوره در زمینه تنظیم خانواده می توان از میزان حاملگی ناخواسته، کاست. در مورد سابقه ابتلاء به اختلالات روانپزشکی نیز ارتباط معنی داری با افسردگی بعد از زایمان وجود داشت ($p < 0/0001$). در مطالعه ای که در دانشگاه آرهاس دانمارک انجام گرفته بود، ارتباط بسیار قوی بین اختلالات روانپزشکی و افسردگی بعد از زایمان، گزارش گردید. بین عدم رضایت زناشویی و افسردگی پس از زایمان، نیز ارتباط معنی دار وجود داشت

5- Nielsen T, Paquette T. Postpartum depression in deification of women at risk. *British J psychiatry* 2000; 107:1210-17.

6- Abou-Saleh MT, Ghubash R. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *Br J Psychiatry*. 1997 Jul; 171:65-8.

7- Posner NA, Unterman RR, Williams KN, Williams GH. Screening for postpartum depression: An ante partum questionnaire. *J Report Med*. 1997 Apr; 42(4):207-15.

۸- رشیدی، بهزاد: بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان نامه جهت اخذ دکترای پزشکی سال ۷۶
۹- نگاهبان، طیبه و همکاران: بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در سال ۱۳۸۱. مجله دانشکده پرستاری مامانی و پیراپزشکی رفسنجان. سال اول، شماره ۲، زمستان ۱۳۸۵، ص ۳۶-۳۰.

10- Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening scale development and psycho metric testing. *Nurs Res*. 2003 Sep-Oct; 52(5):296-306.

11- Josefsson A, Angelsio L, Berg D, et al. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *J obs & Gyn scand* 2001; 80(3):251-255

12- Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetrics risk factors for post natal psychiatric morbidity. *British J Psychiatry* 1996 May; 168(5):607-11.

13- Cherry M. complication of pregnancy, medical surgical, gynecological, psychosocial perinatal 7th ed. Newyork: mosby, 1991; pp:250-260.

14- Pennie sesler. maternity care. 2th ed. Pennsylvania spring mouse, 1998; pp: 200-205.

($p < 0/0001$). محققان ذکر می کنند که عدم ارتباط مناسب و عدم رضایت از همسر، می تواند منجر به بروز اختلالات در احساسات و عواطف زن و در نهایت شده و منجر به افزایش احتمال افسردگی پس از زایمان گردد [۱۴] Cherry به نقل از کانینگهام و همکاران نیز می نویسند در صورت وجود مشکلات مربوط به زندگی زناشویی، احتمال افسردگی بعد از زایمان زیاد است [۱۳]. حمایت اجتماعی را می توان به عنوان یک رشته روابط بین فردی در بین عده ای اشخاص تعریف کرد که در واقع، افرادی مانند همسر، دوستان و اعضای خانواده با فراهم کردن تجربه های مثبت و مجموعه ای از نقش های تقویت شده، نقش مهمی در بهداشت روانی ایفاء کرده، لذا حمایت اجتماعی نقش بسیار مهمی در جلوگیری از افسردگی پس از زایمان دارد.

نتیجه گیری: با توجه به درصد نسبتاً بالای افسردگی بعد از زایمان در این مطالعه (۲۲/۱ درصد) و اهمیت موضوع که افسردگی پس از زایمان در صورت عدم تشخیص و درمان مناسب، می تواند عواقب زیان باری برای کودک و مادر داشته باشد، لذا پیشنهاد می شود مراکز بهداشتی درمانی توجه بیشتری به انجام مشاوره روانی زنان در زمان بارداری و پس از زایمان نموده تا بتوانند از بروز افسردگی پس از زایمان، جلوگیری نمایند.

منابع

- 1- Sabhash C. Depression in women: Diagnosis and treatment Consideration. *Am family physician J*, 1999; 60(1):225-37.
- 2- Rayan k, kistners D. *Gynecology principle & practice*, 7th ed. USA: mosby . 1999: pp: 369-73.
- 3-Reeder SJ. *Maternity Nursing: family, new born and women's heath care*. 18th ed. Lippincott ravens publishing. 1997: pp: 350-55
- 4 Grace SL, Evindar A, Stewart DE. A comparison of screening and routine clinical evaluation, *AMJ Obs & Gyn* 2000; 182(4):1080- 82

Prevalence of postpartum depression and its risk factors in women referred to the health centers of Rafsanjan in 2007

Z.Shaabani PhD^{1*}, A. Sayyadi² MSc, Gh.Rafiee² MSc, M.kazemi².MSc,A.Ansarijaberi².MSc

1- Associated Prof. Dept. of infectious Disease. Rafsanjan University Medical Sciences.

2- Academic Member, Dept of Psychiatry Nursing, Rafsanjan University of Medical Sciences

*Corresponding author Tel: 03915225900

Background and Objective: Postpartum depression is a severe psychiatric disorder that occurred in 50-75 percent of mothers and lasts from a few hours to several days. Postpartum depression may cause injury in mothers or emotional and cognitive retardation in baby. The main aim of this study was to investigate the prevalence of postpartum depression and its risk factors in women referring to the health centers of Rafsanjan in 2007 .

Materials and Methods: In this cross sectional and descriptive study , 470 mother from 2 weeks to 6 month after delivery were continuously interviewed .Data were collected by a questionnaire containing demographic information and Standard Beck Test and were analyzed using SPSS software, Chi-Square, and fisher tests.

Results: Mean age of the participants was 27.3 ± 5.4 and 22.1% of them were depressed. A significant relationship was observed between the prevalence of postpartum depression and husband's education and age, unwanted pregnancy, history of psychiatric disorder, unpleasant events and abortion, social support, fear throughout of pregnancy and delivery, spousal disagreement, and husband's job ($p < 0.0001$).

Conclusion: Based on the findings of this study, prevalence of postpartum depression is approximately high and due to its harmful side effects it is necessary to pay more attention regarding consulting the women during pregnancy and postpartum period to prevent postpartum depression.

Key words : Postpartum Depression, Prevalence, Risk factors ,Rafsanjan