

## عوامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان

\*فرناز رحمانی<sup>۱</sup> نعیمه سید فاطمی<sup>۲</sup> ملیحه اسدالهی<sup>۳</sup> آلهه سید رسولی<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** افسردگی پس از زایمان یکی از مشکلات اصلی بهداشتی به شمار می‌رود که عوارض سویی آن بر مادر و خانواده به جای می‌گذارد و می‌تواند با عوامل متعددی ارتباط داشته باشد. این پژوهش به هدف تعیین برخی عوامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان انجام گرفت. **روش بررسی:** این مطالعه از نوع مقطعی بوده که در آن ۵۶۰ نفر زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی تبریز دو ماه پس از زایمان به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای شرکت کردند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه استاندارد افسردگی ادینبرگ بود که به آن سه بخش مشخصات فردی، عوامل مادر-نوزادی و حمایت‌های اجتماعی اضافه گردید. داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS-16 با استفاده از آزمونهای آماری کای دو، تحلیل واریانس یکطرفه، تی مستقل و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون کای دو نشان داد که بین سن مادر، نوع زایمان، وضعیت تحصیلات مادر، بیماری مادر در دوران حاملگی، تعداد زایمان و دلخواه بودن جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین بیماری نوزاد بهنگام تولد و ناخواسته بودن حاملگی اخیر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه نشان داد که بین آمادگی مادر برای پذیرش مسئولیت نوزاد و احساس همسر در مورد حاملگی اخیر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). نتایج آزمون رگرسیون خطی نیز نشان داد که وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، ناخواسته بودن بارداری، سطح استرس، بیمار بودن نوزاد و عدم آمادگی مادر برای پذیرش مسئولیت از مهمترین عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان است ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری کلی:** تأکید بیشتر بر لزوم افزایش آمادگی مادران و مراقبین آنها در زمینه عوامل خطر این اختلال و جلب حمایت خانوادگی و اجتماعی توسط مراقبین بهداشتی شامل پرستاران و ماماها می‌تواند در پیشگیری از اختلال افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد.

**کلید واژه‌ها:** افسردگی پس از زایمان، حمایت اجتماعی، عوامل مستعد کننده

تاریخ دریافت: ۹۰/۵/۱

تاریخ پذیرش: ۹۰/۷/۲۷

<sup>۱</sup> مربی گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران (\*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۴۳۰۰۲۴۳۹ Email: frahmani@tbzmed.ac.ir  
<sup>۲</sup> دانشیار گروه روان پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تهران، تهران، ایران.  
<sup>۳</sup> مربی گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران  
<sup>۴</sup> مربی گروه داخلی-جراحی دانشکده پرستاری-مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

## مقدمه

بارداری، زایمان و سازگاری با نوزاد تازه تولد یافته را شاید بتوان حساسترین مرحله رشد زندگی زن دانست. در این مقطع زمانی یک بحران فیزیولوژیک روحی، روانی و هیجانی به وقوع می‌پیوندد که باعث سردرگمی و تغییر هویت فرد می‌شود<sup>(۱)</sup>. ترس از زایمان، تولد نوزاد ناهنجار، از دست دادن جذابیت برای همسر و احساس دوگانه نسبت به نگهداری از نوزاد تازه تولد یافته بس یاری از مادران را دچار اضطراب می‌کند و دوره پس از زایمان و مخصوصاً ۶ هفته پس از آن را به یک دوره آسیب پذیر مهم برای ابتلا به اختلالات روانی تبدیل می‌کند<sup>(۲)</sup>. شیوع افسردگی، مخصوصاً افسردگی پس از زایمان با عوامل فرهنگی، اجتماعی ارتباط تنگاتنگ داشته و به همین دلیل در کشورها و نژادهای مختلف شیوع آن متفاوت است پژوهشهای مختلف در کشورهای دیگر شیوع افسردگی پس از زایمان را طیفی از ۱۰ الی ۲۰ درصد<sup>(۳-۵)</sup>، ۱۰ الی ۱۵ درصد<sup>(۶)</sup>، ۲۰ الی ۲۸ درصد<sup>(۷)</sup> و نیز در برخی از پژوهشها بر روی مادران جوان، ۵۳ درصد گزارش کردند. پژوهشها در ایران شیوع افسردگی پس از زایمان را طیفی از ۱۶ الی ۳۱ درصد گزارش کردند<sup>(۸-۱۰)</sup>. در بسیاری از زنان تولد فرزند عامل استرس‌زایی است که محرک شروع اختلالات افسردگی مزمن و یا شروع مجدد آن می‌گردد<sup>(۱۱)</sup>. در واقع دوره بعد از زایمان دوره انتقالی است که مادر با نقشها، الگوها و ارتباطات جدیدی روبرو است که باید با همه آنها سازگاری یابد<sup>(۱۲)</sup>. از سوی دیگر در دوره نقاسی بدلیل از بین رفتن انرژی ذخیره شده مادر ناشی از خستگی، اثرات دارویی، طول مدت زایمان، مشکلات ایجاد شده در روند زایمان و نظایر آن، مادر بیش از هر زمان دیگر مستعد ابتلاء به بحرانهای احساسی و خلقی از جمله افسردگی است<sup>(۱۳)</sup>. همچنین افسردگی پس از زایمان بر روابط مادر و نوزاد و رشد نوزاد تأثیر منفی دارد<sup>(۱۴)</sup>.

عوامل مؤثر در بروز افسردگی پس از زایمان می‌تواند بسته به فرهنگ افراد مورد مطالعه متفاوت باشند<sup>(۱۵)</sup>. در

تحقیق Wang و همکاران ارتباط معنی‌داری بین جنس نوزاد، نوع زایمان و افسردگی یافت نشد. در حالیکه تحصیلات، شغل، تعداد زایمان، نوع تغذیه نوزاد، نوع خانواده و افراد اصلی کمک‌کننده به مادر در دوران بعد از زایمان با افسردگی مادر رابطه معنی‌دار داشتند<sup>(۱۳)</sup>. یکی دیگر از عواملی که در بروز افسردگی پس از زایمان نقش عمده‌ای دارد، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمکهای مادی طرح یا توصیه بهداشتی، حمایت عاطفی از سوی کسانی که فرد به آنها علاقمند است و یا ارزشمند تلقی می‌شوند و بخشی از شبکه اجتماعی فرد به شمار می‌روند مانند همسر، بستگان، دوستان و نیز تماس با نهادهای مذهبی<sup>(۱۵)</sup>. با توجه به عوارض بالقوه سوء افسردگی پس از زایمان در مادر و خانواده، مسئله مهم پیشگیری مطرح می‌شود. با توجه به مطالعات انجام شده که چند عاملی بودن این عارضه را نشان می‌دهد، شناسایی و حذف هر یک از عوامل مؤثر می‌تواند احتمال افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد. در حال حاضر مراقبتهای فعلی رایج در دوران بارداری و پس از آن محدود به مراقبتهای جسمی است. در این راستا شناساندن عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان به دست اندرکاران امر مراقبت از مادران در کاهش این عارضه کمک خواهد کرد، لذا انجام پژوهشی در این زمینه ضروری بنظر می‌رسد. از این رو پژوهشگر بر آن شد که مطالعه‌ای با هدف تعیین ارتباط برخی عوامل مستعدکننده با افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان تبریز، انجام دهد.

## روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی است. با توجه به ۴۵ مرکز بهداشتی-درمانی موجود در شهر تبریز براساس درجه‌بندی و موقعیت جغرافیایی، مراکز به سه منطقه جغرافیایی تقسیم شد و از هر منطقه به طریقه نمونه‌گیری خوشه‌ای ۱۰ مرکز بهداشتی-درمانی جهت

آیتم برای تشخیص افسردگی پس از زایمان ابداع شد<sup>(۱۷)</sup>. در این مطالعه به روش آزمون مجدد ضریب همبستگی ۰/۸۱ برای پایایی تعیین شد.

۲. پرسشنامه‌های عوامل مرتبط بر اساس مطالعات وسیع پژوهشگر و همکاران تدوین شد. پرسشنامه مشخصات مامایی که دارای دو قسمت مادری-نوزادی است. ۱۰ سؤال مربوط به عوامل مادری (برای نمونه: آیا حاملگی اخیر شما خواسته بوده است؟) و ۷ سؤال مربوط به عوامل نوزادی (برای نمونه آیا نوزاد شما بهنگام تولد دچار بیماری خاصی شده است؟) بود. پایایی پرسشنامه به روش آزمون مجدد برای عوامل مادری و نوزادی به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۳ بود.

۳. پرسشنامه حمایت‌های اجتماعی شامل ۱۲ سؤال (برای نمونه: آیا از زندگی با همسران راضی هستید؟) بصورت چک لیست می‌باشد. پایایی پرسشنامه به روش آزمون مجدد ۰/۷۱ بود.

به این سه پرسشنامه قسمت مشخصات فردی شامل ۸ سؤال اضافه گردید. اعتبار محتوای پرسشنامه‌ها با ارایه آنها به ۱۱ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورد تایید قرار گرفت.

### یافته‌ها

نتایج نشان داد که اکثریت مادران (۵۳/۶٪) سن کمتر از ۲۵ سال داشتند و میانگین سنی آنها ۴/۵ + ۲۶/۴۷ بود. همچنین ۲۷/۱ درصد آنان تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۴۵/۴ درصد مادرانیکه از وضعیت اقتصادی خوبی برخوردار نبودند افسرده بودند در حالیکه تنها ۸/۲ درصد از مادران افسرده وضعیت اقتصادی خوبی داشتند. همچنین ۴۵/۳ درصد مادرانی که ۴ بار یا بیشتر زایمان کرده بودند افسرده بودند و میانگین تعداد زایمان مادران ۱/۷۸+۰/۵۴ بود. بعلاوه ۶۲/۸ درصد مادرانی که جنس نوزادشان در زایمان اخیر دلخواهشان نبوده افسرده بودند در حالیکه ۳۷/۲ درصد مادرانی که جنس نوزاد دلخواهشان بوده، افسرده بودند. نتایج آزمون دقیق فیشر و

انجام پژوهش و نمونه‌گیری انتخاب شدند. در این پژوهش برای تعیین حجم نمونه از فرمول برآورد یک نسبت استفاده شد. در مطالعه حاضر مقدار Z در سطح اطمینان ۹۵ درصد برابر ۱/۹۶، مقدار p برابر ۰/۵ و مقدار d در این مطالعه ۰/۰۴ در نظر گرفته شد. بنابراین حجم نمونه ۶۰۰ نفر تعیین شد. با در نظر گرفتن حجم نمونه ۶۰۰ نفر و نسبت تعداد مراجعینی که هر مرکز در ماه‌های گذشته داشت تعداد نمونه هر مرکز تعیین گردید و وارد مطالعه شد. لیکن با توجه به اینکه برخی پرسشنامه‌ها ناقص تکمیل شده بودند در حدود ۴۰ نفر از مطالعه خارج شدند. بنابراین نمونه‌های مورد مطالعه را ۵۶۰ نفر زن زایمان کرده‌ای که دو ماه پس از زایمان جهت واکسیناسیون فرزندشان به مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز مراجعه کردند، تشکیل دادند. پرسشگران پژوهش با مراجعه به مراکز بهداشتی-درمانی، مادرانی را که معیارهای ورود به مطالعه شامل ۱) داشتن تمایل برای شرکت در مطالعه، ۲) ساکن بودن در تبریز، ۳) مادران با سن ۴۰-۱۸ سال، ۴) گذشتن دو ماه از زمان زایمان، ۵) نداشتن سابقه اختلالات خلقی، ۶) نوزاد ترم زنده، و ۷) عدم وجود بیماری‌های سیستمیک که علایم افسردگی ایجاد می‌کند، دارا بودند انتخاب کرده و پس از کسب رضایت‌نامه جهت شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌های پژوهش را توزیع نموده و با دادن توضیحات کامل و تکمیل کردن آن توسط مادر، پرسشنامه‌ها را جمع‌آوری می‌نمودند. قابل ذکر است که رضایت آگاهانه از تمام واحدهای مورد پژوهش اخذ گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات، ۳ پرسشنامه به شرح زیر بود:

۱. پرسشنامه استاندارد افسردگی ادینبرگ ( EPDS Edinburgh Postpartum Depression Scale) شامل ۱۰ سؤال در مقیاس ۴ درجه‌ای است که وضعیت روانی افراد را در طی ۷ روز گذشته بررسی می‌کند (برای نمونه: انتظار لذت بردن از هر چیزی را داشتم). امتیاز هر سؤال ۰-۳ می‌باشد. امتیاز < ۱۲ افسردگی و امتیاز > ۱۲ بدون علامت است. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۷ توسط Cox در ۱۰

بیماری نوزاد بهنگام تولد با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). بعلاوه ۴۵/۳ درصد مادرانی که اصلاً آمادگی پذیرش مسئولیت حاملگی را نداشتند افسرده بودند در حالیکه ۱۷/۵ درصد مادرانی که کاملاً آمادگی پذیرش مسئولیت حاملگی را داشتند، افسرده بودند. نتیجه آزمون تفاوت میانگین تحلیل واریانس یکطرفه نیز نشان داد که بین آمادگی مادر برای پذیرش مسئولیت نوزاد با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). همچنین نتایج نشان داد که ۴۷/۶ درصد مادرانی که همسرانشان از بارداریشان ناراضی بوده، افسرده بودند. نتیجه آزمون تفاوت میانگین تحلیل واریانس یکطرفه نیز نشان داد که بین احساس همسر در حاملگی اخیر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ).

کای دو نشان داد که بین سن مادر، وضعیت تحصیلات مادر، تعداد زایمان، نوع زایمان و دلخواه بودن جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ).

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که ۲۱/۳ درصد افراد مبتلا به فشارخون، ۲۶/۷ درصد افرادی که دچار خونریزی دوران بارداری بودند، ۲۹/۰ درصد افرادی که دچار استفراغ شدید دوران حاملگی بودند و ۲۶/۸ درصد افرادی که در دوران بارداری دیابت داشتند، افسرده بودند. نتایج آزمون کای دو نیز نشان داد بین بیماری مادر در دوران حاملگی با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). همچنین نتایج نشان داد ۶۱/۲ درصد مادرانی که بارداری اخیرشان ناخواسته بوده، افسرده بودند. نتیجه آزمون تفاوت میانگین برای گروههای مستقل نیز نشان داد بین ناخواسته بودن حاملگی و

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب عوامل مامایی

نوع بیماری		افسردگی	بلی	خیر
فشار خون		۳۹ (۲۱/۳)	۷۰ (۲۰/۴)	
خونریزی		۴۹ (۲۶/۷)	۹۵ (۲۵/۵)	
استفراغ حاملگی		۵۳ (۲۹/۰)	۱۰۸ (۲۷/۹)	
دیابت		۴۹ (۲۶/۸)	۹۳ (۲۵/۰)	
نتایج آماری		$X^2=۲$	$df=۴$	$p < 0/05$
افسردگی		ناخواسته بودن حاملگی	بلی	خیر
افسرده		۱۱۲ (۶۱/۲)	۷۱ (۳۸/۸)	
غیر افسرده		۲۱۹ (۵۸/۹)	۱۵۳ (۴۱/۱)	
نتایج آماری		$X^2=۴/۴$	$df=۷$	$p < 0/05$

\* اعداد درون پرانتز نشان دهنده درصد هستند.

بیمه عواملی هستند که با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری دارند ( $p < 0/05$ ). بررسی نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره افسردگی و امتیاز عوامل اجتماعی ارتباط آماری معکوسی وجود دارد ( $P < 0/005$ ,  $n=560$ ,  $r=-0/452$ ).

نتایج جدول ۲ نشان داد که سابقه قهر، رضایت از زندگی با همسر، اعتماد به همسر، علاقه به همسر، حمایت همسر، حمایت مادر، مادرشوهر، رابطه با خانواده همسر، کمک دوستان، رضایت از وضعیت محل زندگی و داشتن

استرس مادر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌دار مستقیم وجود دارد بطوریکه با افزایش استرس، افسردگی پس از زایمان افزایش می‌یابد ( $p < 0.05$ ) (جدول ۳).

نتایج نشان داد که ۴۷/۰ درصد افرادی که استرس بالایی را داشتند، افسرده بودند. از میان افرادی که استرس پایینی داشتند، تنها ۲۰/۸ درصد افسرده بودند. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین سطح

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی افسردگی در واحدهای مورد پژوهش حسب حمایت‌های اجتماعی

متغیر	افسردگی	افسرده	غیر افسرده	نتایج آماری
سابقه قهر	بلی	۱۱۹(۶۵/۰)	۶۴(۳۵/۰)	$t=3/4$
	خیر	۱۰۶(۲۸/۵)	۲۶۶(۷۱/۵)	$p < 0.05$
رضایت از زندگی با همسر	بلی	۷۴(۴۰/۴)	۱۰۹(۵۹/۶)	$t=6/2$
	خیر	۲۲۹(۶۱/۶)	۱۴۳(۳۸/۴)	$p < 0.05$
علاقه همسر	بلی	۷۴(۴۰/۴)	۱۰۹(۵۹/۶)	$t=5/9$
	خیر	۲۷۵(۷۳/۹)	۹۷(۲۶/۰)	$p < 0.05$
حمایت همسر	بلی	۸۹(۴۸/۶)	۹۴(۵۱/۴)	$t=2/9$
	خیر	۲۶۱(۷۰/۲)	۱۱۱(۲۹/۸)	$p < 0.05$
حمایت مادر	بلی	۶۹(۳۷/۷)	۱۱۴(۶۲/۳)	$t=3/5$
	خیر	۲۸۲(۷۵/۸)	۹۰(۲۴/۲)	$p < 0.05$
حمایت مادر شوهر	بلی	۷۶(۴۱/۵)	۱۰۷(۵۸/۵)	$t=5/4$
	خیر	۲۳۵(۶۳/۲)	۱۳۷(۳۶/۸)	$p < 0.05$
رابطه با خانواده همسر	بلی	۶۷(۳۶/۶)	۱۱۶(۶۳/۴)	$t=4/2$
	خیر	۲۹۰(۷۸/۰)	۸۲(۲۲/۰)	$p < 0.05$
کمک دوستان	بلی	۷۵(۴۱/۰)	۱۰۸(۵۹/۰)	$t=2/7$
	خیر	۲۲۹(۶۱/۶)	۱۴۳(۳۸/۴)	$p < 0.05$
داشتن بیمه	بلی	۸۶(۴۷/۰)	۹۷(۵۳/۰)	$t=3/6$
	خیر	۲۲۱(۵۹/۴)	۱۵۱(۴۰/۶)	$p < 0.05$

جدول شماره ۳: توزیع سطح استرس در واحدهای مورد پژوهش بر حسب افسردگی

افسردگی	سطح استرس	استرس پایین	استرس متوسط	استرس بالا	نتایج آماری
افسرده	۳۸(۲۰/۸)	۵۹(۳۲/۲)	۸۶(۴۷/۰)		$r=0/49$
غیر افسرده	۱۸۴(۴۹/۵)	۱۰۹(۲۹/۳)	۷۹(۲۱/۲)		$n=560$
					$p < 0.05$

جدول شماره ۴: نتایج آزمون رگرسیون خطی

متغیر	P	R
وضعیت اقتصادی	۰/۰۰۴	۰/۰۴۲
میزان تحصیلات	۰/۰۲۳	۰/۰۸۵
عدم حمایت مادر شوهر	۰/۰۴۲	۰/۰۳۹
دلخواه نبودن جنس نوزاد	۰/۰۱۸	۰/۰۳۳
ناخواسته بودن بارداری	۰/۰۳	۰/۰۹۳
بیمار بودن نوزاد	۰/۰۱۷	۰/۰۶۱
سطح استرس	۰/۰۴۷	۰/۰۶۹
عدم آمادگی پذیرش مسئولیت	۰/۰۰۵	۰/۰۸۱

به حقوق اجتماعی و نیازهای جسمی-روانی و همچنین ارتقاء تفاهم و همکاری شده و شاید به علت بالا رفتن آگاهی و توان دسترسی بهتر و آسانتر مادر به منابع اطلاعاتی، وی را جهت پذیرش مسئولیت جدید آماده می‌کند.

بعلاوه نتایج نشان داد که بین تعداد زایمان مادر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد بطوریکه با افزایش تعداد زایمان احتمال افسردگی بالا می‌رود. نتایج تحقیق Hung مؤید نتایج مطالعه حاضر است<sup>(۱۸)</sup>. می‌توان گفت با افزایش تعداد فرزندان مادر زمان کمتری برای استراحت و تفریح باقی می‌ماند. در نتیجه این عوامل منجر به خستگی مادر شده می‌تواند وی را مستعد ابتلاء به افسردگی پس از زایمان نماید.

نتایج نشان داد که بین دلخواه نبودن جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد که با نتایج پژوهش خدادادی و همکاران همخوانی دارد<sup>(۸)</sup>.

بین وضعیت اقتصادی خانواده با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. Beck و Dennis و در مطالعات خود وضعیت اقتصادی خانواده را عامل مهمی در ابتلاء مادر به افسردگی پس از زایمان عنوان کرده‌اند<sup>(۱۶،۶)</sup>.

نتایج نشان داد که بین نوع بیماری و مشکلات در طی بارداری با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (جدول ۱) که با نتایج Verdoux

نتایج آزمون رگرسیون نشان می‌دهد که از میان عوامل فردی مطالعه شده در پژوهش وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، ناخواسته بودن بارداری، سطح استرس، بیمار بودن نوزاد و عدم آمادگی مادر برای پذیرش مسئولیت از مهم‌ترین عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان در این گروه هستند (جدول ۴).

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که بین سن مادر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد که با نتایج تحقیق Beck همخوانی دارد<sup>(۱۶)</sup> یعنی سن بالای مادر از عوامل مؤثر در افسردگی پس از زایمان است. احتمال دارد مادران جوانتر بدلیل استفاده از منابع اطلاعاتی جدیدتر و اهمیت دادن به مراقبتهای دوران بارداری و برخورداری از تحصیلات بالاتر کمتر در معرض ابتلاء به افسردگی پس از زایمان قرار داشته باشند.

همچنین نتایج نشان داد که بین وضعیت تأهل مادر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. Beck در متاآنالیز خود وضعیت تأهل را از عوامل دخیل در افسردگی پس از زایمان معرفی می‌کند<sup>(۱۶)</sup>.

نتایج نشان داد که بین میزان تحصیلات مادر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد که با نتایج تحقیق Wong و Verdoux همخوانی دارد<sup>(۱۷،۱۳)</sup>. افزایش تحصیلات مادر باعث افزایش آگاهی وی نسبت

در فرد می‌گردد<sup>(۱۹)</sup>. در رابطه با ارتباط حمایت مادر و ارتباط با خانواده شوهر با افسردگی پس از زایمان، محمدی و همکاران معتقدند زنان مایلند حمایت‌های ابزاری را بیشتر از سوی والدین خود دریافت نموده و دوران نقاهت پس از زایمان را در خانه پدری خود سپری کنند و از سوی والدین همسر خویش حمایت‌های عاطفی دریافت نمایند<sup>(۱۹)</sup>. یافته‌های مطالعه Bozoky نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین افسردگی پس از زایمان و احساس خستگی مادر در هفته‌های اول پس از زایمان وجود دارد<sup>(۲۰)</sup>.

داشتن بیمه درمانی جنبه دیگری از برخورداری از حمایت‌های اجتماعی است. شاید این افراد به دلیل کاهش نگرانی در مورد هزینه‌های درمانی خود و خانواده استرس کمتری تحمل کرده و کمتر در معرض ابتلاء به افسردگی پس از زایمان قرار گرفته‌اند.

نتایج نشان داد که بین سطح استرس و افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد و با افزایش سطح استرس، احتمال افسردگی نیز افزایش می‌یابد (جدول ۳) که با مطالعه Wong و Dennis و همکاران همخوانی دارد. نتایج این مطالعات نشان داد تجربیات و حوادث استرس‌زا، از عوامل مستعدکننده ابتلاء به افسردگی است<sup>(۶، ۱۳)</sup>.

وقتی افراد برای مدت طولانی در وضعیتی قرار می‌گیرند که هیچ قدرتی روی آن نداشته و از آن نمی‌توانند فرار کنند، مستعد ابتلاء به افسردگی می‌شوند. بنظر می‌رسد که در برخورد فرد با حوادث استرس‌زا، نحوه واکنش فرد نسبت به استرس متفاوت بوده و نکته مهم در تشخیص استرس و تنش نه شدت آن بلکه واکنش مشخص فرد نسبت به آن می‌باشد<sup>(۲۱)</sup>. فقدان حمایت اجتماعی از جمله عوامل خطر مهم اختلال افسردگی پس از زایمان است. چنانکه نتایج نیز نشان داد بین میزان برخورداری مادر از حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. هر چقدر حمایت اجتماعی مادران از سوی خانواده، دیگران مهم و دوستان بالاتر

همخوانی دارد<sup>(۱۷)</sup>. بنظر می‌رسد این بیماریها بدلیل درمان‌های طولانی و نیاز به بستری شدن‌های طولانی مدت باعث افزایش استرس مادر شده و به همین دلیل موجب افزایش احتمال ابتلاء مادر به افسردگی می‌شود.

بین ناخواسته بودن حاملگی و افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد (جدول ۱).

Dennis معتقد است ناخواسته بودن بارداری می‌تواند موجب ایجاد حالت دوگانگی نسبت به کودک و عدم پذیرش فرزند شود، که هر دو عامل می‌توانند احتمال بروز افسردگی را در فرد افزایش دهند<sup>(۶)</sup>.

نتایج نشان داد که بین آمادگی پذیرش مسئولیت نوزاد با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (جدول ۱) که با نتایج مطالعه Beck همخوانی دارد<sup>(۱۶)</sup>. Dennis مشاهده کرد افرادی که با آمادگی اقدام به بارداری می‌نمایند از نظر شرایط اجتماعی و اقتصادی در وضعیت متعادلتری قرار دارند<sup>(۶)</sup>.

بین احساس همسر در مورد حاملگی اخیر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت که با نتایج پژوهش محمدی همخوانی دارد<sup>(۱۹)</sup>. بنظر می‌رسد همسر زن نیز باید به اندازه وی جهت پذیرش مسئولیت آمادگی داشته باشد. زمانی که شوهر از ورود عضو جدید خوشحال است، موجبات کاهش استرس و ترس همسرش را فراهم نموده و نیازهای عاطفی و روانی را تأمین می‌نماید.

در رابطه با حمایت‌های اجتماعی نتایج نشان داد که بین سابقه قهر، جدایی بیش از یک هفته، رضایت زناشویی، علاقه همسر و اعتماد به همسر، همکاری همسر در امر مراقبت از کودک، حمایت مادر، ارتباط با خانواده شوهر، حمایت مادر شوهر، داشتن بیمه و کمک دوستان و افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (جدول ۲).

عدم اعتماد به همسر باعث اختلال در بیان مشکلات شده و در ایجاد ارتباط عاطفی مناسب بین زوجین مشکل به وجود می‌آورد و موجب افزایش احتمال بروز افسردگی

باشد، به همان اندازه می‌تواند احتمال بروز افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد<sup>(۲۲)</sup>.

مطابق با یافته‌ها تأکید بیشتر بر لزوم افزایش آمادگی مادران و مراقبین آنها در زمینه عوامل خطر این اختلال و اهمیت حمایت خانوادگی و اجتماعی توسط مراقبین بهداشتی شامل پرستاران و ماماها می‌تواند در پیشگیری از اختلال افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد.

مطالعه حاضر محدودیت‌هایی نیز داشته است. روش مطالعه، مقطعی و بر روی مادرانی که پنج هفته از زایمانشان سپری شده بود انجام شد. در این میان خلاء تأثیر برخی متغیرهای مورد مطالعه مانند حمایت اجتماعی در فازهای پیش از زایمان و تا یک سال بعد از زایمان احساس می‌شود. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی بصورت طولی یا کوهورت انجام شوند.

یافته‌های بدست آمده از این پژوهش می‌تواند مورد استفاده در خدمات پرستاری و مامایی که امر مراقبت از مادران باردار و زایمان کرده را برعهده دارند، قرار گیرد. در این میان پرستاران و ماماها می‌توانند در مراکز بهداشتی، در بیمارستانها و یا درمانگاههایی که مادران به آنجا مراجعه می‌کنند در زمینه عوامل خطر ساز افسردگی

پس از زایمان، شناسایی هر چه زودتر آن و چگونگی مقابله با آن، آموزشهای لازم را به مادران ارایه دهند. در این مورد نه تنها مادران بلکه سایر اعضای خانواده بویژه همسران نیز باید آموزشهای مربوطه را دریافت نمایند.

پیشنهاد می‌شود پژوهشی در زمینه تأثیر آموزش عوامل مؤثر بر افسردگی پس از زایمان بر همسران و مقایسه شیوع افسردگی در مادران صورت گیرد.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه مربوط به طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری-مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد. لذا بدینوسیله از همکاری و حمایت‌های ارزنده معاونت محترم پژوهشی دانشکده و نیز معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تقدیر و تشکر می‌شود. بعلاوه از همکاری رؤسا و کادر محترم مراکز بهداشتی-درمانی که صمیمانه امکان انجام پژوهش را برای پژوهشگر فراهم نمودند، تقدیر و تشکر بعمل می‌آید.

### فهرست منابع

- 1- Anna M. Georgiopoulos; Tonya L. Bryan; Peter Wollan; Barbara P. Yawn. Routine Screening for Postpartum Depression. *J Fam Pract* 2001; 50:117-122
- 2- Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to Maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*.2004; 45(1), 26-35.
- 3- Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res*. 2000 Sep-Oct;49(5):272-82.
- 4- Glasser S, Barell V, Boyko V, Ziv A, Lusky A, Shoham A, et al. Postpartum depression in an Israeli cohort: Demographic, psychosocial and medical risk factors. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2000;21(2):99-108.
- 5- Xie RH, He G, Liu A, Bradwejn J, Walker M, Wen SW. Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Soc Sci Med*. 2007 Aug;65(4):680-4.
- 6- Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Nov;110(5):338-46.
- 7- Hudson DB, Elek SM, Campbell-Grossman C. Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parent's project. *Adolescence*. 2000 Autumn;35(139):445-53.
- 8- Khodadadian N, Mahmoudi H, Mir Haghjou SN. [Postpartum depression relationship with some psychosocial effects in mothers]. *JAUMS*. 2008;8(2):142-148.Persian



- 9- Azimi Lolati H, Danesh MM, Hosseini SH, Khalilian A, Zarghami, M. [Postpartum depression in clients at health care centers in Sari]. *Iranian J Psy Clin Psych*. 2005; 11(1): 31-42. Persian
- 10- Beigy MA, Bahadoran P. [ Stress and anxiety in pregnancy]. *J Nurs Midwif Research*. 2005; 27: 41-46. Persian
- 11- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(4):289-95.
- 12- Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000 Feb;14(1):73-87.a
- 13- Wang SY, Jiang XY, Jan WC, Chen CH. A comparative study of postnatal depression and its predictors in Taiwan and mainland China. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Nov;189(5):1407-12.
- 14- Mostafanejad L. [Being mother and mental health]. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Roshan pub; 2002: Persian
- 15- Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *J Pediatr Health Care*. 2007 Sep-Oct;21(5):289-98.
- 16- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85.
- 17- Verdoux H, Sutter AL, Glatigny-Dallay E, Minisini A. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatr Scand*. 2002 Sep;106(3):212-9.
- 18- Hung CH, Lin CJ, Stocker J, Yu CY. Predictors of postpartum stress. *J Clin Nurs*. 2011 Mar;20(5-6):666-74.
- 19- Mohamadi S, Rahmati A, Yaldagerd S. [A Study of depression among medical science/none science students and its relation with demographic characteristics of Marand Azad University students]. National seminar of woman and health; Iran;2005. Persian
- 20- Bozoky I, Corwin EJ. Fatigue as a predictor of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002 Jul-Aug;31(4):436-43.
- 21- Koshan M, Vageiee S. [Mental health Nursing (2)]. 7<sup>th</sup> ed. Tehran: Boshra, 2010. Persian
- 22- Masoudnia E. [Relationship between perceived social support and risk of postpartum depression disorder]. *IJN*. 2011; 24 (70): 8-18. Persian

## Predisposing Factors of Postpartum Depression

\*Rahmani F. MSc<sup>1</sup>      Seyedfatemi N. PhD<sup>2</sup>      Asadollahi M. MSc<sup>3</sup>  
Seyedrasooli A. MSc<sup>4</sup>

### Abstract

**Background & Aims:** Postnatal depression is a major public health problem. With due attention to potential side effects of it on mother and family, determining and reduction of any of the factors can decrease prevalence of this disorder. This study was done to determine the predisposing factors of postpartum depression.

**Material & Methods:** It was a cross-sectional study with multistage cluster random sampling of 560 women referred to Tabriz health centers 2 months after delivery. Data was collected by Edinburgh Postnatal Depression Scale. Data related to demographic characteristics, mother- newborn characteristics and social support was also gathered by a research-made tool. Data was analyzed by SPSS version 16 by using descriptive statistics, Chi square, one way ANOVA, independent T test and logistic regression.

**Results:** The results of chi square test showed a significant association between mother age, education, illness of mother during pregnancy, type and number of delivery and desired fetal sex and postpartum depression ( $P<0/05$ ). The results of independent T test also showed a significant relationship between illness of newborn, unplanned pregnancy and postpartum depression ( $P<0/05$ ). The results of one-way ANOVA indicated that the relation between lack of mother's readiness to accept the responsibility of newborn and husband's feelings about recent pregnancy and postpartum depression was significant ( $P<0/05$ ). Linear regression showed the most important risk factors of postpartum depression as financial status, educational level, unwanted pregnancy, stress level, newborn illness, and mother's lack of willingness to accept responsibility ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** Approaches that will lead to increased willingness of mothers to realize the predisposing factors of this disorder, as well as family support and also social support by health care providers can be effective in preventing postpartum depression.

**Key words:** Postpartum Depression, Social Support, Predisposing Factors

Received: 23 Jul 2011

Accepted: 19 Oct 2011

---

<sup>1</sup> Senior Lecturer, psychiatric Nursing Dept., Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, East Azarbijan, Iran (\*Corresponding Author) Tell: 09143002439 Email: frahmani@tbzmed.ac.ir

<sup>2</sup> Associate Professor, Center for Nursing Care Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Lecturer, Pediatric Nursing Dept., Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, East Azarbijan, Iran

<sup>4</sup> Lecturer, Pediatric Medical- Surgical Dept., Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, East Azarbijan, Iran