

ارتباط کیفیت زندگی زنان با افسردگی پس از زایمان

*مریم قراچه^۱

فهیمة رنجبر^۲

شهذخت آزادی^۳

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی پس از زایمان یکی از مشکلات پس از زایمان است که ممکن است بر کیفیت زندگی زنان تأثیر داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی زنان با افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر گچساران انجام شد. روش بررسی: در این مطالعه مقطعی ۳۵۰ زن زایمان کرده افسرده و غیر افسرده به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افسردگی پس از زایمان با پرسشنامه Edinburgh Postnatal Depression Scale و کیفیت زندگی با پرسشنامه SF-36 اندازه گیری شد و میانگین نمرات کیفیت زندگی در زنان مبتلا و غیر مبتلا به افسردگی پس از زایمان و در داخل هر گروه از هفته چهار تا هفته ۱۶ پس از زایمان مقایسه شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی زوجی، تی مستقل و کای دو در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ استفاده شد. یافته‌ها: یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که در شش حیطه از هشت حیطه کیفیت زندگی از جمله درد جسمانی، سلامت عمومی، نشاط و شادابی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش عاطفی و سلامت روانی میانگین نمرات بین زنان افسرده و غیر افسرده به طور معنی‌داری متفاوت است (P<۰/۰۰۱). مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی بین هفته چهارم تا هفته ۱۶ بعد از زایمان نیز نشان داد که زنان افسرده در همه حیطه‌ها نمرات پایین تری را در مقایسه با زنان غیر افسرده کسب کردند و با وجود این که در زنان افسرده، نمرات کیفیت زندگی در هفته ۱۶ در همه حیطه‌ها افزایش نشان داد اما این تفاوت‌ها به جز در حیطه درد جسمانی (P< ۰/۰۴۳) از نظر آماری معنی‌دار نبودند. نتیجه‌گیری کلی: افسردگی پس از زایمان با کاهش کیفیت زندگی زنان همراه است. بنابراین انجام غربالگری افسردگی پس از زایمان در مراقبت‌های روتین بعد از زایمان و تلاش جهت بهبود کیفیت زندگی زنان از اهمیت بسیاری برخوردار می‌باشد.

کلید واژه‌ها: افسردگی پس از زایمان، کیفیت زندگی، زنان

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۳۰

شماره تماس: ۰۷۴۳۲۳۳۵۹۱۰

۱. استادیار، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گچساران، گچساران، ایران. (*نویسنده مسئول)

Email: gharacheh.m@gmail.com

۲. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گچساران، گچساران، ایران.

مقدمه

افسردگی پس از زایمان یک مشکل عمده سلامت عمومی و یک اختلال شایع بالینی به دنبال زایمان است^(۱-۳). پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰، افسردگی به دومین علت عمده ناتوانی در سراسر جهان تبدیل شود^(۴). زنان، به ویژه طی اولین سال بعد از زایمان در معرض خطر اختلالات روانی قرار دارند. در واقع، مجموعه‌ای از علائم شایع بعد از زایمان از قبیل خستگی، ناراحتی پستان، مشکلات روده‌ای، خونریزی، و درد پرینه، با مشکلات عاطفی از جمله افسردگی پس از زایمان مرتبط هستند^(۵). همراه با تغییرات نورو اندوکراین بعد از زایمان، عوامل مردم شناختی (از قبیل سن مادر، تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین)، نیز ممکن است با بروز اختلالات روانی همراه باشند. همچنین عواملی از قبیل حمایت اجتماعی، سابقه مشکلات روانی، تعداد فرزندان، بارداری‌های ناخواسته، یا بارداری‌های پرخطر می‌توانند بروز اختلالات روانی پس از زایمان را افزایش دهند^(۶). در سه ماهه اول بعد از زایمان، حدود ۱۴/۵ درصد زنان ممکن است افسردگی خفیف یا شدید را تجربه کنند^(۷) و ۱۵ تا ۲۰ درصد زنان حداقل یک حمله افسردگی را طی ۱۲ ماه بعد از زایمان گزارش می‌کنند^(۲). شواهد نشان می‌دهند که افسردگی پس از زایمان در ایران نیز شایع است. بر اساس یک مطالعه مرور سیستماتیک، شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران ۲۸/۷ درصد برآورد گردیده است که در مقایسه با پژوهش‌های انجام شده در سایر نقاط دنیا بیشتر است^(۸).

ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ DSM-V)، افسردگی پس از زایمان را به عنوان وقوع افسردگی اساسی که در چهار هفته اول بعد از زایمان روی می‌دهد، تعریف کرده است. وجود همزمان پنج مورد از علائم بر هم خوردن نظم فیزیولوژیک و علائم مشخصه افسردگی که حداقل یکی از آنها خلق افسرده یا کاهش علاقه در فعالیت‌ها باشد، به

عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود^(۹). این اختلال، با علائم خلق افسرده، تحریک پذیری، احساس عدم لذت از زندگی، ناامیدی، اضطراب، خستگی مفرط، آشفتگی روانی حرکتی، اختلال خواب و اشتها، احساس گناه یا احساس بی‌کفایتی خصوصاً در ارتباط با توانایی مراقبت از نوزاد مشخص می‌گردد^(۱۰).

افسردگی پس از زایمان با پیامدهای قابل توجهی از قبیل باقی ماندن وزن بعد از زایمان، تضعیف وضعیت عملکردی و شکایت‌های سوماتیک همراه است^(۳). این اختلال، کیفیت ارتباط با همسر و کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تعامل ضعیف بین مادر و کودک به رشد و تکامل شناختی کودک آسیب می‌رساند^(۱۱). همچنین افسردگی پس از زایمان باعث افزایش خطر حملات افسردگی شدید در آینده و عود اختلالات خلقی بعد از زایمان در بارداری‌های بعدی می‌گردد^(۱). کودکان مادران مبتلا به افسردگی نیز در معرض خطر می‌باشند. بر اساس گزارش انستیتوی پزشکی، افسردگی پس از زایمان با افزایش خطر مرگ و میر کودکان، اثرات نامطلوب بر برخی مقیاس‌های تکامل کودکان، مشکلات رفتاری در نوجوانان و افزایش مصرف منابع مراقبت‌های بهداشتی همراه است^(۱۲) و در این کودکان احتمال ابتلا به افسردگی در دوران بزرگسالی ۳ تا ۵ برابر سایرین می‌باشد^(۱۳). لذا این نکته ضروری است که با شناسایی زودهنگام اختلالات ذهنی روانی مادران و پیشگیری از آنها، سلامت روانی مادران در دوران بعد از زایمان بهبود می‌یابد^(۱۴).

امروزه، بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به یک پیامد مهم تبدیل شده است و سنجش کیفیت زندگی در برنامه ریزی برای مراقبت‌های مادران و کودکان و درک ضرورت وجود این مراقبت‌ها برای سیاست‌گذاران و ارائه کنندگان مراقبت‌های بهداشتی از اهمیت بسیاری برخوردار است^(۱۵). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی شامل برداشت افراد از وضعیت زندگی خود در بستر نظام ارزشی و فرهنگی است که در آن زندگی می‌کنند که در ارتباط با اهداف، انتظارات،

بیماری‌های جسمی و روانی بودند. وجود بیماری‌های طبی، عوارض شناخته شده بارداری، سابقه افسردگی، سابقه نازایی، نوزاد مرده، زایمان سخت، مصرف دارو و داشتن مشکلات خانوادگی، معیارهای خروج از مطالعه را تشکیل می‌دادند. در این مطالعه، نمونه‌گیری به روش سهمیه‌ای انجام شد. به این ترتیب که ابتدا حجم نمونه مورد نیاز، متناسب با تعداد زنان مراجعه کننده به تمامی مراکز بهداشتی درمانی شهر گچساران که شامل چهار مرکز بود تعیین شد. سپس نمونه‌گیری در داخل هر مرکز به صورت در دسترس انجام گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** و پرسشنامه **SF-36** بودند. پرسشنامه افسردگی پس از زایمان **Edinburgh** شامل ۱۰ سؤال در خصوص علایم شایع افسردگی بوده و جمع کلی امتیازات آن از صفر تا ۳۰ می‌باشد. بر اساس این پرسشنامه، کسب امتیاز ۱۰ و بالاتر به عنوان افسرده در نظر گرفته شد. پرسشنامه **SF-36** شامل هشت حیطه عملکرد جسمانی، محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، شادابی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش ناشی از مشکلات عاطفی و سلامت عاطفی است و جمع کلی امتیازات آن در هر حیطه بین صفر تا ۱۰۰ می‌باشد. اعتبار محتوای پرسشنامه افسردگی پس از زایمان **Edinburgh** و پرسشنامه **SF-36** در ایران و از جمله در این مطالعه توسط محققین تعیین شده است^(۲۰،۲۱). در این مطالعه، پایایی پرسشنامه افسردگی پس از زایمان **Edinburgh** و پرسشنامه **SF-36** با روش آزمون مجدد به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۴ بدست آمد.

پس از کسب مجوزهای اخلاقی و اخذ رضایت نامه کتبی از مشارکت کنندگان، ۳۶۴ نفر در مرحله اول نمونه‌گیری وارد مطالعه شدند اما در مرحله دوم بررسی، ۱۴ نفر از مطالعه خارج شدند. نهایتاً تحلیل آماری بر روی ۳۵۰ نفر از زنان مشارکت کننده انجام شد. به این ترتیب که

نیازها و عقایدشان شکل می‌گیرد^(۷). از آنجا که تغییرات جسمی، عاطفی و روانی بعد از زایمان با مفهوم وسیع‌تر سلامتی یا کیفیت زندگی مرتبط هستند^(۵،۱۶) و زنان افسرده مشکلات جسمی و عاطفی بیشتری را تجربه می‌کنند، به نظر می‌رسد که افسردگی پس از زایمان با کیفیت زندگی زنان مرتبط باشد^(۷،۱۷،۱۸). در این راستا، **Tychey** و همکاران در مطالعه‌ای که با هدف تعیین اثر جنسیت نوزاد بر افسردگی پس از زایمان و کیفیت زندگی انجام دادند، دریافتند که داشتن فرزند پسر با افسردگی پس از زایمان همراه است که به طور معنی‌داری کیفیت زندگی زنان را کاهش می‌دهد^(۳). همچنین در مطالعه دیگری گزارش گردید که امتیاز همه ابعاد کیفیت زندگی به طور معنی‌داری در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان پایین‌تر از زنان غیر افسرده می‌باشد^(۵).

اگر چه اثرات منفی افسردگی پس از زایمان بر تعامل مادر و کودک به طور وسیعی مورد مطالعه قرار گرفته است، آگاهی ما از اثرات این اختلال بر سلامت و عملکرد مادر محدود می‌باشد^(۷) و با وجود شیوع نسبتاً مشابه افسردگی پس از زایمان در کشورهای مختلف، پاسخ افراد به علایم افسردگی پس از زایمان و تأثیر آن بر زندگی افراد در فرهنگ‌های مختلف، متفاوت به نظر می‌رسد^(۱۹). بنابراین با توجه به اهمیت تفاوت‌های فرهنگی و محدود بودن اطلاعات در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی زنان با افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر گچساران انجام گردید.

روش بررسی

این مطالعه به روش مقطعی از نوع مقایسه‌ای در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۳۵۰ زن دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند که بعد از زایمان به مراکز بهداشتی درمانی شهر گچساران مراجعه کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان ۱۸ تا ۳۵ ساله، ایرانی، با سواد، دارای تولد زنده و تک قلو و عدم سابقه

در این مطالعه ۲۴/۸۶ درصد زنان در هفته چهارم بعد از زایمان و ۲۲/۵۸ درصد زنان در هفته ۱۶ بعد از زایمان در گروه افسرده قرار گرفتند. میانگین سنی زنان افسرده ۳/۹ ± ۲۳/۷ سال و زنان غیر افسرده ۴/۱ ± ۲۴/۲ سال بود. تحصیلات بیشتر زنان افسرده و غیر افسرده در سطح دبیرستان بود. در جدول شماره ۱، برخی از متغیرهای جمعیت شناختی دو گروه ارایه شده است. بر اساس نتایج آزمون کای دو، دو گروه از نظر سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد زایمان، نوع زایمان و میزان درآمد تفاوت معنی داری نداشتند ($P > 0/05$).

پرسشنامه‌ها در دو مرحله، چهار هفته بعد از زایمان و ۱۶ هفته بعد از زایمان توسط مشارکت کنندگان تکمیل شدند و نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها در مرحله اول (چهار هفته بعد از زایمان) و مرحله دوم (۱۶ هفته بعد از زایمان) مورد مقایسه قرار گرفتند. اطلاعات با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با زمون‌های آماری تی زوجی و مستقل، کای دو و در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی زنان افسرده و غیر افسرده

متغیرها	غیر افسرده N= ۲۶۳	افسرده N= ۸۷	سطح معنی داری
سن مادر (سال)			P=۰/۱۹۸
۱۸-۲۵	۱۲۶ (%۴۷/۹)	۴۱ (%۴۷/۱۲)	
۲۵-۳۵	۱۳۷ (%۵۲/۱)	۴۶ (%۵۲/۸۸)	
تعداد زایمان			P=۰/۵۴۸
۱	۱۲۷ (%۴۸/۳)	۴۷ (%۵۴/۰)	
۲	۸۶ (%۳۲/۷)	۲۳ (%۲۶/۴)	
۳	۳۸ (%۱۴/۴)	۱۱ (%۱۲/۶)	
بیشتر از ۳	۱۲ (%۴/۶)	۶ (%۶/۹)	
نوع زایمان			P=۰/۱۲۶
طبیعی	۱۶۳ (%۶۱/۹)	۵۲ (%۵۹/۸)	
سزارین	۱۰۰ (%۳۸/۱)	۳۵ (%۴۰/۲)	
تحصیلات مادر			P=۰/۰۹۳
ابتدایی	۱۱ (%۴/۲)	۵ (%۵/۷)	
راهنمایی	۳۴ (%۱۲/۹)	۱۶ (%۱۸/۴)	
دبیرستان	۱۵۶ (%۵۹/۳)	۵۱ (%۵۸/۶)	
بالتر از دیپلم	۶۲ (%۲۳/۶)	۱۵ (%۱۷/۲)	
شغل مادر			P=۰/۴۶۱
شاغل	۲۶ (%۹/۹)	۱۰ (%۱۱/۴)	
خانه دار	۲۳۷ (%۹۰/۱)	۷۷ (%۸۸/۶)	

بین زنان افسرده و غیر افسرده به طور معنی داری متفاوت است ($P < 0/001$).

یافته‌های جدول شماره ۲ نشان داد که در شش حیطه از هشت حیطه کیفیت زندگی از جمله درد جسمانی، سلامت عمومی، نشاط و شادابی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش عاطفی، و سلامت روانی میانگین نمرات

جدول شماره ۳: میانگین نمرات کیفیت زندگی در زنان افسرده و غیرافسرده در هفته ۱۶ بعد از زایمان

سطح معنی داری	افسرده N = ۷۹	غیرافسرده N = ۲۷۱	ابعاد کیفیت زندگی
۰/۰۹۱	۸۲/۸۶ ± ۱۳/۵۴	۸۵/۹۲ ± ۱۳/۲۱	عملکرد جسمانی
۰/۱۴۶	۵۶/۸۱ ± ۲۰/۹۲	۵۹/۸۳ ± ۲۱/۱۴	نقش - جسمانی
۰/۰۰۱	۵۶/۸۷ ± ۲۲/۴۵	۶۹/۹۸ ± ۲۰/۱۲	درد جسمانی
۰/۰۰۱	۶۲/۸۴ ± ۱۸/۷۱	۷۳/۹۲ ± ۱۸/۱۹	سلامت عمومی
۰/۰۰۱	۵۱/۲۳ ± ۲۱/۷۶	۶۱/۵۲ ± ۲۱/۴۷	نقش - عاطفی
۰/۰۰۱	۵۲/۲۴ ± ۲۰/۴۹	۶۶/۹۷ ± ۲۱/۵۳	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۵۵/۲۴ ± ۲۰/۶۱	۶۴/۸۱ ± ۲۲/۴۶	شادابی و نشاط
۰/۰۰۱	۵۷/۴۹ ± ۱۸/۷۵	۷۴/۶۳ ± ۱۹/۷۳	سلامت عاطفی

جدول شماره ۲: میانگین نمرات کیفیت زندگی در زنان افسرده و غیرافسرده در هفته ۴ بعد از زایمان

سطح معنی داری	افسرده N = ۸۷	غیرافسرده N = ۲۶۳	ابعاد کیفیت زندگی
۰/۰۸۳	۸۲/۶۱ ± ۱۳/۱۷	۸۵/۲۳ ± ۱۲/۹۴	عملکرد جسمانی
۰/۱۵۸	۵۵/۹۳ ± ۲۰/۸۴	۵۹/۶۸ ± ۲۱/۲۶	نقش - جسمانی
۰/۰۰۱	۵۴/۱۲ ± ۲۲/۳۵	۶۷/۸۵ ± ۱۹/۶۳	درد جسمانی
۰/۰۰۱	۶۱/۸۱ ± ۱۸/۹۳	۷۰/۶۸ ± ۱۸/۵۹	سلامت عمومی
۰/۰۰۱	۴۹/۸۳ ± ۲۱/۵۶	۵۷/۴۵ ± ۲۰/۶۲	نقش - عاطفی
۰/۰۰۱	۵۰/۸۵ ± ۲۰/۳۲	۶۵/۹۳ ± ۲۱/۲۸	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۵۴/۸۱ ± ۲۰/۸۳	۶۲/۳۵ ± ۲۲/۴۷	شادابی و نشاط
۰/۰۰۱	۵۶/۴۵ ± ۱۸/۳۹	۷۱/۹۶ ± ۱۹/۶۴	سلامت عاطفی

در جدول شماره ۳ میانگین نمرات کیفیت زندگی در زنان افسرده و غیر افسرده در هفته ۱۶ بعد از زایمان ارائه شده است.

نمرات کیفیت زندگی در هفته ۱۶ در همه حیطه‌ها در زنان افسرده افزایش نشان داد اما این تفاوت‌ها به جز در حیطه درد جسمانی از نظر آماری معنی‌دار نبود. در مقابل در زنان غیر افسرده، افزایش نمرات کیفیت زندگی در حیطه‌های درد جسمانی، سلامت عمومی، محدودیت نقش عاطفی، و سلامت عاطفی تفاوت معنی‌داری را نشان داد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴، مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی بین هفته چهار تا هفته ۱۶ بعد از زایمان را در زنان افسرده و غیر افسرده نشان می‌دهد. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی بین هفته چهار تا هفته ۱۶ بعد از زایمان بیانگر این است که نمرات کیفیت زندگی در همه زنان افسرده و غیر افسرده افزایش یافته است. با این حال، زنان افسرده در همه حیطه‌ها نمرات پایین‌تری را در مقایسه با زنان غیر افسرده کسب کردند و با وجود این که

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی در زنان افسرده و غیرافسرده در هفته ۴ و ۱۶ بعد از زایمان

سطح معنی داری	افسرده N = ۷۹		سطح معنی داری	غیر افسرده N = ۲۷۱		ابعاد کیفیت زندگی
	هفته ۱۶	هفته ۴		هفته ۱۶	هفته ۴	
۰/۷۵۴	۸۲/۹۳ ± ۱۳/۵۲	۸۲/۱۷ ± ۱۳/۸۴	۰/۶۸۱	۸۶/۱۲ ± ۱۳/۸۷	۸۵/۴۳ ± ۱۲/۹۱	عملکرد جسمانی
۰/۵۷۸	۵۶/۱۲ ± ۲۰/۳۳	۵۵/۴۴ ± ۲۰/۹۲	۰/۱۷۱	۵۹/۸۳ ± ۲۰/۳۵	۵۹/۲۶ ± ۲۱/۵۹	نقش - جسمانی
۰/۰۴۳	۵۵/۶۷ ± ۲۲/۱۹	۵۳/۶۹ ± ۲۲/۵۳	۰/۰۲۵	۷۰/۲۸ ± ۲۰/۴۴	۶۶/۹۴ ± ۱۹/۳۲	درد جسمانی
۰/۵۳۹	۶۲/۵۱ ± ۱۸/۶۴	۶۱/۲۹ ± ۱۸/۴۵	۰/۰۱۶	۷۴/۶۳ ± ۱۸/۲۵	۷۱/۲۵ ± ۱۸/۷۹	سلامت عمومی
۰/۵۹۱	۵۱/۴۶ ± ۲۱/۶۷	۵۰/۱۸ ± ۲۱/۴۴	۰/۰۱۲	۶۱/۹۳ ± ۲۱/۴۵	۵۷/۱۳ ± ۲۰/۹۹	نقش - عاطفی
۰/۳۷۸	۵۲/۴۱ ± ۲۰/۹۶	۵۰/۴۶ ± ۲۰/۹۲	۰/۲۴۹	۶۷/۸۹ ± ۲۱/۹۳	۶۵/۴۲ ± ۲۱/۷۷	عملکرد اجتماعی
۰/۵۳۸	۵۵/۶۷ ± ۲۰/۷۹	۵۴/۳۴ ± ۲۰/۲۱	۰/۱۲۹	۶۴/۲۷ ± ۲۲/۵۰	۶۲/۷۶ ± ۲۲/۱۹	شادابی و نشاط
۰/۳۴۶	۵۷/۸۴ ± ۱۸/۱۲	۵۵/۸۹ ± ۱۸/۵۶	۰/۰۴۲	۷۴/۱۰ ± ۱۹/۶۲	۷۱/۸۸ ± ۱۹/۴۵	سلامت عاطفی

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی زنان با افسردگی پس از زایمان انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد که افسردگی پس از زایمان، اثر منفی بر ابعاد جسمی و ذهنی کیفیت زندگی دارد و زنان افسرده از کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان غیر افسرده برخوردار هستند. در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان همه ابعاد کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و ابعاد درد جسمانی، سلامت عمومی، محدودیت نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی، شادابی و نشاط، و سلامت عاطفی به لحاظ آماری کاهش معنی‌داری را نشان می‌دهند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات قبلی که اثر منفی افسردگی بر کیفیت زندگی را نشان می‌دهند سازگار است^(۲۳،۱۰). مجموعه‌ای از علائم شایع بعد از زایمان از قبیل سردرد، مشکلات روده‌ای، خونریزی، درد پرینه و خصوصاً خستگی و اختلال خواب، با مشکلات عاطفی از جمله افسردگی پس از زایمان مرتبط هستند^(۵) و احتمالاً این عوامل ممکن است کاهش نمرات حیطة جسمانی کیفیت زندگی را در پی داشته باشند. در واقع تغییرات قابل توجهی که در سلامت جسمی، عاطفی و روانی زنان در دوران بعد از زایمان رخ می‌دهد، منجر به افت کیفیت زندگی زنان در این دوران بحرانی می‌گردد^(۲۲).

برخی مطالعات، اثر منفی افسردگی بر فعالیت‌های روزمره و بهره‌وری، و همبستگی آنها با کیفیت زندگی را نشان داده‌اند^(۷). در این راستا، De Tychey و همکاران، مطالعه‌ای بر روی ۱۸۱ زن فرانسوی با هدف بررسی اثر افسردگی پس از زایمان بر کیفیت زندگی و اثر جنسیت نوزاد بر افسردگی پس از زایمان و کیفیت زندگی انجام دادند. در این مطالعه زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در همه اجزاء جسمی و ذهنی پرسشنامه SF-36 نمرات پایین‌تری را طی دو ماه اول بعد از زایمان کسب نمودند^(۳). همچنین همسو با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه Da Costa و همکاران که روی ۷۸ زن کانادایی انجام شد، نمرات همه ابعاد پرسشنامه SF-36 از جمله

اجزاء سلامت جسمی و روانی در زنان افسرده نسبت به زنان متعلق به جمعیت عمومی پایین‌تر بود و حتی شکل خفیف افسردگی نیز به تضعیف قابل توجه ابعاد جسمانی کیفیت زندگی منجر گردید^(۱۰). در این مطالعه، مشابه با مطالعه ما کسب امتیاز بالاتر از ۱۰ از پرسشنامه Edinburgh به عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته شد اما در مطالعه حاضر، زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان با زنان غیر افسرده مقایسه شدند. مطالعه دیگری در کانادا، همبستگی منفی معنی‌داری بین علائم افسردگی و نمرات پایین‌تر اجزاء سلامت روانی پرسشنامه SF-36 را نشان داد^(۳۳). شواهد نشان می‌دهند که وضعیت عملکرد افراد افسرده در سطح پایین‌تری می‌باشد و در مقایسه با افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن سطح سلامت ضعیف‌تری دارند. در مقابل، بیماران با شدت کمتر افسردگی، سطوح بالاتری از عملکرد و رضایت از فعالیت‌های روزمره، عملکرد نقش و روابط اجتماعی را گزارش می‌کنند^(۱۷). نتایج مطالعه میرمحمدعلی و همکاران در خصوص ارتباط بین کیفیت زندگی و افسردگی نیز نشان داد که بین کیفیت زندگی و افسردگی در زنان باردار دارای حاملگی پرخطر و حاملگی طبیعی ارتباط معکوسی وجود دارد که به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد^(۲۴).

در مطالعه حاضر، میانگین نمرات کیفیت زندگی در همه زنان افسرده و غیر افسرده بین هفته چهار تا هفته ۱۶ بعد از زایمان افزایش نشان داد اما نمرات کیفیت زندگی در زنان افسرده در همه ابعاد پایین‌تر از زنان غیر افسرده بود و تنها در حیطة درد جسمانی این تفاوت معنی‌دار بود. در مطالعه بهرامی نیز که بر روی ۱۲۰ زن نخست‌زا در شهرستان دزفول انجام شد، میانگین نمرات افسردگی زنان در هفته ۱۴-۱۲ بعد از زایمان بطور معنی‌داری کمتر از میانگین آن در شش تا هشت هفته بعد از زایمان بود و امتیازات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در هفته ۱۴-۱۲ نسبت به امتیاز آنها در هفته شش تا هشت بعد از زایمان در تمام حیطة‌ها افزایش یافته بودند^(۲۵). اما در مطالعه

انتظار نیست که زنان افسرده نمرات پایین‌تری را در اجزاء سلامت ذهنی کیفیت زندگی کسب نمایند.

در مطالعه حاضر، افسردگی پس از زایمان در ۲۴/۸۶ درصد زنان در هفته چهار بعد از زایمان مورد شناسایی قرار گرفت که این میزان از شیوع ۱۵-۱۰ درصدی گزارش شده در مطالعات جهانی (۲) بالاتر است اما با برخی مطالعات انجام شده در ایران مشابه می‌باشد (۸، ۲۹). تفاوت در این میزان‌ها ممکن است با تفاوت‌های روش شناسی خصوصاً تفاوت در زمان جمع‌آوری داده‌ها در دوره بعد از زایمان و تفاوت در ابزارهای به کار رفته در بررسی علایم افسردگی پس از زایمان تا حدی قابل توضیح باشد با این حال به انجام بررسی‌های دقیق‌تر و همچنین مطالعاتی در زمینه عوامل تأثیرگذار بر افسردگی پس از زایمان در بستر فرهنگی و اجتماعی کشور ما نیاز می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که افسردگی پس از زایمان با کاهش اجزای سلامت جسمی و روانی کیفیت زندگی زنان همراه است. با این وجود استفاده از یک ابزار غیر اختصاصی جهت سنجش کیفیت زندگی و بی‌اطلاعی از وضعیت کیفیت زندگی زنان در دوران بارداری (و اثر احتمالی آن بر نتایج مطالعه) به عنوان محدودیت‌های مطالعه حاضر محسوب می‌گردند. به طور کلی نتایج به دست آمده از پژوهش‌های مربوط به کیفیت زندگی، می‌توانند جهت استفاده در برنامه ریزی‌های بهداشتی در خصوص پیشگیری و مراقبت‌های بعد از زایمان کاربرد داشته باشند. بنابراین با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان و اثرات نامطلوب آن بر کیفیت زندگی و سلامت مادر و کودک، انجام غربالگری افسردگی پس از زایمان در مراقبت‌های روتین بعد از زایمان ضروری به نظر می‌رسد و شناسایی زودهنگام، ارجاع و درمان مادران افسرده می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنها در دوره بعد از زایمان کمک نماید. همچنین اقدامات حمایتی از مادران توسط خانواده و ارائه کنندگان مراقبت‌های

Darcy و همکاران که کیفیت زندگی زنان در ماه‌های هشت، ۱۲، و ۱۶ بعد از زایمان مورد بررسی قرار گرفت در زنان افسرده، کاهش کیفیت زندگی در حیطه سلامت جسمانی گزارش گردید (۲). مطالعات طولی انجام شده بر سلامت مادران بعد از زایمان نشان می‌دهند که مشکلات سلامت جسمی و عاطفی مادران ممکن است تا ۱۲ ماه بعد از زایمان ادامه پیدا کنند. درجه‌ای که مادران مشکلات سلامتی را بعد از زایمان تجربه می‌کنند و مدت بهبودی از مشکلات مادری ممکن است بسته به عوامل فردی و محیطی متفاوت باشد (۲۶). پس از زایمان، زنان با برخی محدودیت‌ها از قبیل عوارض جسمانی و محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی مواجه می‌شوند اما با وجود این چالش‌ها، بیشتر آنان یک سطح منطقی از کیفیت زندگی را حفظ می‌کنند (۱۵) اما افسردگی پس از زایمان با فعالیت‌های اجتماعی و اجرای وظایف فردی در زنان تداخل می‌کند (۲۷) و اثر قابل توجهی بر کارآمدی و عملکرد اجتماعی آنها دارد (۱۲). در یک مطالعه مقطعی که در امریکا بر روی زنان مبتلا و غیر مبتلا به افسردگی پس از زایمان در هفته شش و ۲۶ بعد از زایمان انجام شد، وضعیت عملکردی زنان افسرده و غیر افسرده مورد مقایسه قرار گرفت. در این مطالعه، وضعیت عملکردی با گویه‌های مراقبت شخصی، مراقبت از کودک، مراقبت از خانواده، فعالیت شغلی و فعالیت اجتماعی تعریف گردید. نتایج این مطالعه نشان داد که در زنان افسرده مراقبت شخصی، مراقبت از خانواده، و عملکرد اجتماعی نسبت به زنان غیر افسرده کمتر است و زنان افسرده ۱۲ بار کمتر از سایرین به سطوح عملکردی قبل از بارداری دست می‌یابند (۲۸). شواهد نشان می‌دهند که توانایی درک شده در انجام وظایف روزانه و لذت بردن از فعالیت‌های شغلی همبستگی مثبتی با اجزاء سلامت ذهنی کیفیت زندگی دارند (۱۷) و از آنجا که افسردگی یک اختلال خلقی است که در آن احساس غم، فقدان، خشم، یا محرومیت، با زندگی روزمره افراد تداخل پیدا می‌کند (۴) لذا دور از

تقدیر و تشکر

این مقاله، نتیجه طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران (کد ۵۱۴۹۱۹۲۰۱۲۱۰۰۱) می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران و دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و تمامی زنانی که در این مطالعه مشارکت نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

بهداشتی به منظور بهبود سلامت و کیفیت زندگی بعد از زایمان از اهمیت بسیاری برخوردار می‌باشند.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

فهرست منابع

1. Lau Y, Htun TP, Kwong HKD. Sociodemographic, obstetric characteristics, antenatal morbidities, and perinatal depressive symptoms: A three-wave prospective study. *PLoS One*. 2018;13(2):e0188365.
2. Darcy JM, Grzywacz JG, Stephens RL, Leng I, Clinch CR, Arcury TA. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. *J Am Board Fam Med*. 2011;24(3):249-57.
3. De Tyche C, Briançon S, Lighezzolo J, Spitz E, Kabuth B, De Luigi V, et al. Quality of life, postnatal depression and baby gender. *J Clin Nurs*. 2008;17(3):312-22.
4. Sankapithilu G, Nagaraj AKM, Bhat S, Raveesh B, Nagaraja V. A comparative study of frequency of postnatal depression among subjects with normal and caesarean deliveries. *Online J Health Allied Sci*. 2010;9(2):4.
5. Webster J, Nicholas C, Velacott C, Cridland N, Fawcett L. Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*. 2011;27(5):745-9.
6. Aktaş D, Terzioğlu F. Occurrence of depression during the postpartum period and risk factors that affect the development of the depression. *Turk J Med Sci*. 2013;43(5):843-50.
7. Zubaran C, Foresti K. Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period. *Women and Birth*. 2011;24(1):10-6.
8. Veisani Y, Sayehmiri K. [Prevalence of postpartum depression in Iran-A systematic review and meta-analysis]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012;15(14):21-9. Persian
9. Segre LS, Davis WN. Postpartum depression and perinatal mood disorders in the DSM. *Postpartum Support International*. 2013.
10. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(2):95-102.
11. Póo FA, Espejo S, Godoy P, Hernández O, Pérez H. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. *Rev Med Chil*. 2008;136(1):44-52.
12. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, Gierisch JM, Kemper AR, Swamy GK, et al. Efficacy and safety of screening for postpartum depression. 2013.
13. Earls MF, Child CoPAo, Health F. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics*. 2010;126(5):1032-9.
14. Haruna M, Watanabe E, Matsuzaki M, Ota E, Shiraishi M, Murayama R, et al. The effects of an exercise program on health-related quality of life in postpartum mothers: A randomized controlled trial. *Health (N Y)*. 2013;5(3):432-9.
15. Zubaran C, Foresti K, Schumacher MV, Thorell MR, Muller LC, Amoretti AL. An assessment of maternal quality of life in the postpartum period in southern Brazil: a comparison of two questionnaires. *Clinics*. 2009;64(8):751-6.
16. Sadat Z, Taebi M, Saberi F, Kalarhoudi MA. [The relationship between mode of delivery and postpartum physical and mental health related quality of life]. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(6):499-504. Persian

17. Ay-Woan P, Sarah CP, LyInn C, Tsyr-Jang C, Ping-Chuan H. Quality of life in depression: predictive models. *Qual Life Res.* 2006;15(1):39-48.
18. Papamarkou M, Sarafis P, Kaite CP, Malliarou M, Tsounis A, Niakas D. Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. *BMC Womens Health.* 2017;17(1):115.
19. Zubaran C, Schumacher M, Roxo M, Foresti K. Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. *Afr J Psychiatry.* 2010;13(5):357-65.
20. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry.* 2007;7(1):11.
21. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. [The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version]. *Qual Life Res.* 2005;14(3):875-82. Persian
22. Ghodsbin F, Yazdani K, Jahanbin I, Keshavarzi S. [The effect of education on health-promoting behaviors at the first six weeks post-delivery on the quality of life of primiparous women]. *Armaghane Danesh Bimonthly Journal.* 2012;17(4):279-88. Persian
23. Dennis C-L. Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health. *Arch Womens Ment Health.* 2004;7(3):183-91.
24. Mirmohammadaliei M, Khakbazan Z, Kazemnejad A, Abbaszadeh F. [Comparison of quality of life and depression among women with normal and high risk pregnancies]. *Journal of hayat.* 2007;13(1):35-42. Persian
25. Bahrami N, Bahrami S. The survey of quality of life in first-time women in postpartum period]. *Iranian Journal of Nursing Research.* 2012; 6(23): 58-64. Persian
26. Ahn S, Youngblut JM. Predictors of women's postpartum health status in the first 3 months after childbirth. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2007;1(2):136-46.
27. Abbasi F, Yosefi Z, Maroufi M. Prediction of postpartum depression: Rumination, attachment style and forgiveness. *New York Science Journal.* 2014;7(3).
28. Posmontier B. Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *J Midwifery Womens Health.* 2008;53(4):310-8.
29. Sadat Z, Abedzadeh-Kalahroudi M, Atrian MK, Karimian Z, Sooki Z. [The impact of postpartum depression on quality of life in women after child's birth]. *Iranian Red Crescent Medical Journal.* 2014;16(2). Persian

Women's Quality of Life and Postpartum Depression

*Gharacheh M. PhD¹

Ranjbar F. PhD²

Azadi S. PhD³

Abstract

Background & Aims: Postpartum depression (PPD) constitutes a major problem following childbirth that may affect women's quality of life. The current study was performed to assess the relationship between women's quality of life and postpartum depression among women attending Gachsaran's health care centers in 2013.

Material & Methods: In this cross-sectional study, 350 postpartum women with and without PPD were selected using the convenience sampling method. PPD was measured by the Edinburg Postnatal Depression Scale and quality of life was assessed using SF-36 questionnaire. Mean scores of SF-36 were compared between postpartum depressed women and non-depressed women at fourth week and sixteenth week after childbirth and within groups. Data analysis was conducted using the paired t-test, independent t-test and Chi square. A P value less than .05 was considered significant.

Results: The findings showed that there were significant differences in six out of eight mean scores of quality of life dimensions including bodily pain, general health, social functioning, role-emotional, vitality, and mental wellbeing, between postpartum depressed women and non-depressed women ($p < 0.001$). Comparison of mean scores of quality of life dimensions from fourth week to sixteenth week of postpartum revealed that postpartum depressed women scored lower on all of quality of life dimensions compared to non-depressed women. Despite the increased scores of quality of life in depressed women at the sixteenth week of postpartum, differences were not statistically significant except bodily pain.

Conclusion: Postpartum depression is associated with poor quality of life. Thus, postpartum depression screening during routine postnatal care and efforts to improve women's quality of life is important.

Key words: Postpartum depression, Quality of life, Women

Received: 22 Nov 2017

Accepted: 19 Feb 2018

¹. Assistant professor, Department of midwifery, Islamic Azad University, Gachsaran branch, Gachsaran, Iran.
(*Corresponding Author) Tel: +98 7432335910 Email: gharacheh.m@gmail.com

². Assistant professor, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³. Assistant professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Gachsaran branch, Gachsaran, Iran.