

Original Article

On the relationship between maternal fatigue and postpartum depression

Abstract

Introduction: Postpartum depression may be related to pregnancy and postpartum fatigue. This research was accomplished to investigate the relationship between maternal fatigue in pregnancy and postpartum period with postpartum depression.

Materials and Methods: In this research, 60 women with 36 weeks of gestational age and Edinburgh scale score equal or less than 9, were selected through a multi-stages sampling method among the clients of health care centers in 2009 in Mashhad, north-eastern part of Iran. Fatigue was assessed by Modified Fatigue Symptom Checklist in 36-7 weeks of pregnancy, and 5 and 14 days of postpartum. Postpartum depression was evaluated by Edinburgh scale and interview at the postpartum days 5, 14 and 28. Data were analyzed by chi-square, fisher, variance analysis with repeated scores, correlation and regression tests using SPSS software.

Results: There were significant correlation between fatigue in the 37th week of pregnancy with postpartum depression in the 5th ($r=0.651$, $P=0.045$), 14th ($r=0.651$, $P=0.045$) and 28th day ($r=1.000$, $P=0.000$). Also there was a significant correlation between the fatigue in 36th week of pregnancy, and postpartum depression in 5th day ($r=1.000$, $P=0.000$) and also between the fatigue in 14th day of postpartum and postpartum depression in 28th day ($r=1.000$, $P=0.000$).

Conclusion: Expression of fatigue at the end of pregnancy and postpartum period is related to postpartum depression. Fatigue in pregnant women must be considered as a predicting factor of postpartum depression.

Keywords: Fatigue, Postpartum depression, Pregnancy

*Parvin Salary

Instructor of midwifery,
Faculty of Nursing and
Midwifery, Mashhad, Iran

Elahe Banafshe

Instructor of midwifery,
Gonabad University of
Medical Sciences, Gonabad,
Iran

Paria Hebrani

Associate professor of
psychiatry, Mashhad
University of Medical
Sciences, Mashhad, Iran

Hadi Jabbari Nooghabi

Assistant professor of
statistical sciences, Ferdowsi
University of Mashhad,
Mashhad, Iran

*Corresponding Author:

Faculty of Nursing and
Midwifery, Ibn-e-Sina Ave,
Mashhad, Iran
salarip@mums.ac.ir
Tel: +985118591511

Received: Mar. 10, 2009

Accepted: Nov. 11, 2009

Aknowledgement:

This study was reviewed and approved by the research committee of Faculty of Nursing and Midwifery of Mashhad University of Medical Sciences. The study had been supported by no grant and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Salari P, Banafshe E, Hebrani P, Jabbari Nooghabi H. On the relationship between maternal fatigue and postpartum depression. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 11(4): 302-11.

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی ارتباط خستگی مادر با افسردگی پس از زایمان

خلاصه

مقدمه: افسردگی پس از زایمان ممکن است با خستگی در دوران بارداری و پس از زایمان مرتبط باشد. پژوهش حاضر جهت تعیین ارتباط خستگی مادر در دوره‌ی حاملگی و پس از زایمان با افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش کار: در این مطالعه‌ی همبستگی طولی، ۶۰ خانم باردار با سن حاملگی ۳۶ هفته و نمره‌ی آزمون ادینبورگ مساوی یا کمتر از ۹ از مراجعین مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال‌های ۸۷-۱۳۸۶ با نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. خستگی با چک‌لیست اصلاح‌شده علائم خستگی در هفته ۳۶ و ۳۷ حاملگی و روزهای ۵ و ۱۴ بعد از زایمان و افسردگی پس از زایمان با آزمون افسردگی ادینبورگ و مصاحبه در روزهای ۵، ۱۴ و ۲۸ پس از زایمان ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور خی، فیشر، تحلیل واریانس با مقادیر تکراری، رگرسیون و همبستگی و با نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: همبستگی معنی‌داری بین خستگی در هفته‌ی ۳۷ بارداری با افسردگی پس از زایمان در روز پنجم ($t=0/651$ ، $P=0/045$)، چهاردهم ($t=0/651$ ، $P=0/045$) و بیست و هشتم ($t=1/000$ ، $P=0/001$) وجود داشت. همچنین بین خستگی در هفته‌ی ۳۶ بارداری با افسردگی پس از زایمان در روز پنجم ($t=1/000$ ، $P=0/001$) و خستگی در روز چهاردهم پس از زایمان با افسردگی در روز بیست و هشتم بعد از زایمان ($t=1/000$ ، $P=0/000$) همبستگی وجود داشت.

نتیجه‌گیری: بروز علامت خستگی در هفته‌های آخر حاملگی و دوره‌ی پس از زایمان با وقوع افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد. علامت خستگی در زنان باردار به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان باید مدنظر قرار داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، حاملگی، خستگی، زایمان

* پروین سالاری

مدرس گروه مامایی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی مشهد

الهه بنفشه

کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گناباد

پریا حبرانی

دانشیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

هادی جباری نوقابی

استادیار گروه آمار دانشگاه فردوسی مشهد

* مولف مسئول:

ایران، مشهد، خیابان ابن‌سینا، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۵۱۱۸۵۹۱۵۱۱

salarip@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۸۷/۱۲/۲۰

تاریخ تایید: ۸۸/۸/۲۰

بی‌نوشت:

این پژوهش با تایید و حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گرفته و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته‌است. از همکاری صمیمانه‌ی جناب آقای دکتر مظلوم، سرکار خانم طالقانی روان‌شناس بالینی، ماماها‌ی درمانگاه‌های منتخب و نمونه‌های مورد پژوهش قدردانی می‌گردد.

از زایمان شروع می‌شود (۱۵). افسردگی پس از زایمان در یک مطالعه ۱۰ تا ۱۵ درصد و در مطالعه‌ی دیگر در کرمان ۱/۳۱ درصد گزارش شده است (۱۶،۲). شیوع افسردگی پس از زایمان به ابزار مورد استفاده برای سنجش افسردگی، فرهنگ جامعه، حجم نمونه و مدت زمانی که زن در دوره‌ی پس از زایمان از نظر افسردگی تحت بررسی است، بستگی دارد (۱۲،۱۰،۳،۲).

علائم کلی افسردگی شامل خستگی، خلق افسرده، از دست دادن علاقه به انجام اغلب فعالیت‌ها، تغییر واضح اشتها یا وزن، بی‌خوابی یا پرخوابی، تغییرات روانی حرکتی، احساس بی‌ارزشی یا گناه، کاهش تمرکز و افکار دایمی مرگ یا خودکشی است (۱۷-۱۹). مطالعات کمی در مورد علائم مختص افسردگی پس از زایمان انجام شده و تنها ذکر شده است که اضطراب، بی‌حوصلگی و عصبانیت در افسردگی پس از زایمان وضوح بیشتری دارد (۲). اگرچه خستگی یکی از علائم افسردگی است ولی این احتمال وجود دارد که این نشانه بدون حضور افسردگی به عنوان مقدمه و متغیر پیشگو برای وقوع افسردگی مطرح شود (۲۰).

بر اساس تعریف انجمن تشخیصی پرستاری آمریکای شمالی، خستگی عبارت است از علامتی نامطبوع و احساس ناتوانی در انجام کارهای فکری و جسمی که در اثر به‌هم خوردن تعادل و عدم هماهنگی عرضه و تقاضای انرژی بدن رخ می‌دهد (۲۱). خستگی پس از زایمان غالباً به پیامد طبیعی تغییرات فیزیولوژیک زایمان و سازگاری فرد با نقش جدید مادری نسبت داده می‌شود. میزان خستگی از ۲۰ درصد قبل از زایمان به ۵۰ تا ۶۴ درصد پس از آن افزایش می‌یابد (۲). خستگی ممکن است سبب تقابل ضعیف فرد با نوزاد، اعضای خانواده و همکاران در محیط کاری شده و مشکلات خلقی شدیدتر چون افسردگی پس از زایمان را به وجود آورد (۲۲).

خستگی در اکثر زنانی که افسردگی پس از زایمان را تجربه می‌کنند دیده می‌شود و اگرچه یکی از علائم افسردگی است اما نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که خستگی و افسردگی در دوره‌ی پس از زایمان الگوهای جداگانه و مشخصی دارند و زنان قادرند بین این دو تفاوت قایل شوند (۲).

حاملگی و دوره‌ی پس از زایمان، مادر و خانواده‌اش را با انواع تقاضا رو به رو می‌کند. معمولاً مادران به خوبی از عهده‌ی مراقبت از کودک برآمده و با تاثیرات خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن سازش می‌یابند (۱) اما این دوران می‌تواند به حدی تنش‌زا باشد که سبب برانگیختگی بیماری‌های روانی گردد (۳،۲).

اندوه، افسردگی و سایکوز پس از زایمان، هرکدام نمای بالینی مشخصی داشته و زنان را در همه‌ی طبقات اجتماعی و فرهنگی درگیر می‌کنند (۴).

شایع‌ترین اختلال خلقی زنان در دوره‌ی پس از زایمان اندوه است که یک اختلال خلقی خود محدود شونده و گذرا است و حدود ۵۰ تا ۸۰ درصد زنان، آن را تجربه می‌کنند (۶،۵) اما در برخی موارد ممکن است این زنان به افسردگی پس از زایمان مبتلا شوند (۵).

راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-IV) شروع افسردگی پس از زایمان را در ۴ هفته‌ی اول پس از زایمان می‌داند. مفهوم افسردگی پس از زایمان به طور شایع در جامعه‌ی پزشکی و پرستاری پذیرفته شده است، حتی زمانی که آغاز آن در این محدوده‌ی زمانی نباشد (۷-۱۱). محققان در غالب اوقات، افسردگی را که در ۳ ماه پس از زایمان شروع می‌شود جزو همین تشخیص در نظر می‌گیرند (۳). برخی از کارشناسان بر این باورند که زنان تا یک سال پس از زایمان در معرض خطر بالای ابتلا به افسردگی هستند (۱۰). افسردگی مادر در هفته‌ها و ماه‌های اول پس از زایمان ممکن است سبب تضعیف ارتباط مادر و کودک شده و به پیدایش مشکلات رفتاری بعدی در کودک منجر گردد (۱۲،۱۳). اختلالات افسردگی علاوه بر هزینه‌ی مستقیم برای سیستم خدمات بهداشتی، هزینه‌های غیرمستقیم بیشتری به دلیل ناتوانی در انجام کار ایجاد می‌کنند (۱۴) و در ایالات متحده‌ی آمریکا سالانه ۳۰ تا ۵۰ بیلیون دلار صرف هزینه‌های پزشکی درمان افسردگی شده و تا سال ۲۰۲۰، افسردگی دومین علت ناتوانی در جهان خواهد بود (۱۰). پیشرفت افسردگی پس از زایمان به طور معمول تدریجی بوده و غالباً طی ۲ تا ۳ هفته پس

^۱Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV

سقط یا بیشتر و یا جنین ناهنجار، عدم استفاده از داروهای موثر بر روان یا داروهای با عارضه‌ی خستگی، عدم اعتیاد به سیگار، الکل و مواد مخدر، نداشتن مشکلات طبی، روانی، مامایی و عدم تجربه‌ی رویداد تنش‌زا طی ۶ ماه گذشته، نداشتن مشکلاتی نظیر تب، اسهال، استفراغ و درد شدید طی هفته‌ی گذشته و نداشتن سابقه‌ی جراحی در حاملگی فعلی بود.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم‌های مصاحبه، مشاهده و معاینه‌ی پژوهشگر ساخته بود که شامل مشخصات فردی، خانوادگی، سابقه‌ی مامایی و اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد در دوره‌ی پس از زایمان می‌گردید. چک لیست اصلاح شده‌ی علائم خستگی^۲ (MFCS) شامل ۳۰ عبارت است که هر عبارت به صورت ۵ نقطه‌ای لیکرت رتبه‌بندی شده است. این مقیاس علائم جسمی و روانی خستگی را طی هفته‌ی گذشته ارزیابی نموده و نمونه‌ی مورد پژوهش می‌تواند نمره‌ای بین صفر تا ۱۲۰ کسب نماید. مقیاس افسردگی ادینبورگ از ۱۰ قسمت ۴ گزینه‌ای تشکیل شده و گزینه‌های هر سؤال امتیازی بین صفر تا ۳ بر اساس شدت علائم به خود اختصاص می‌دهند.

از مقیاس حمایت اجتماعی کاسدی، عزت نفس آیزنگ و کیفیت روابط با همسر برای مشخص شدن سایر متغیرهای مرتبط با افسردگی استفاده شد. جهت تعیین اعتبار علمی فرم‌های انتخاب نمونه و فرم‌های مصاحبه از روش روایی صوری و محتوا استفاده شد. روایی ویرایش فارسی آزمون افسردگی ادینبورگ و مقیاس کیفیت روابط با همسر در مطالعه‌ی خدادوستان، روایی چک‌لیست اصلاح شده‌ی علائم خستگی توسط نشاط و روایی مقیاس حمایت اجتماعی و عزت‌نفس در مطالعه‌ی کرکه‌آبادی، تایید شده است (۴۶ ۲۴). مصاحبه‌ی روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک بر اساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی انجام شد. این ملاک‌های تشخیصی، توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳ در سال ۱۹۹۴ تدوین شده و کاربرد آن توسط روان‌شناس و روان‌پزشک روا می‌باشد (۷). پایایی هم‌ارز ($r=851/0$)، پایایی آزمون افسردگی ادینبورگ ($r=889/0$)، چک لیست اصلاح

دنيس^۱ و همکار وی گزارش کردند که خستگی مادر با شروع علائم افسردگی در هفته‌های ۴ و ۸ پس از زایمان با مبنای تشخیصی نمره‌ی آزمون افسردگی ادینبورگ بیشتر از ۱۲، ارتباط دارد (۲۳). در برخی مطالعات ارتباط ضعیفی بین خستگی و اشک‌ریزی در هفته‌ی اول و افسردگی هفته‌های ۲ و ۳ پس از زایمان ذکر شده است در حالی که در یک مطالعه‌ی دیگر، خستگی به طور معنی‌داری با افسردگی روزهای ۲ و ۱۴ پس از زایمان همبستگی داشته اما در ۶ هفته پس از زایمان این همبستگی مشاهده نشده است (۲).

آزمون‌های متعددی برای ارزیابی افسردگی پس از زایمان موجود است اما ابزار پیش‌گویی کمی برای تعیین دقیق زنان در معرض خطر افسردگی پس از زایمان وجود دارد و در هیچ‌کدام از آن‌ها نیز خستگی به طور خاص مطرح نشده و ارتباط خستگی مستقل از افسردگی هنوز با ابهاماتی مواجه است (۲). با توجه به دسترسی محدود به مطالعاتی در این زمینه و نتایج متفاوت آن‌ها، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط خستگی مادر با افسردگی پس از زایمان انجام شد.

×

این پژوهش از نوع همبستگی طولی است و بر روی ۶۴ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به ۵ مرکز بهداشتی درمانی دولتی شهر مشهد در سال ۱۳۸۷ انجام شده است. حجم نمونه با استفاده از برآورد نسبت بر اساس فاصله‌ی اطمینان و مطالعه‌ی مقدماتی که نشان داد ۳/۸ درصد مادران پس از زایمان مبتلا به افسردگی می‌باشند، حداقل ۵۳ نفر محاسبه گردید. با توجه به احتمال ریزش ۲۰ درصد از نظر جا به جایی منزل یا انصراف از مشارکت در مطالعه، حجم نمونه به ۶۴ نفر افزایش یافت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ملیت ایرانی، مذهب اسلام، سکونت در شهر مشهد، دسترسی به تلفن، سواد خواندن و نوشتن، دارا بودن شاخص توده‌ی بدنی ۴۹ ۸/۱۹ در اوایل حاملگی، میزان هموگلوبین در محدوده‌ی طبیعی، ازدواج اول، حاملگی خواسته و تک‌قلو، سن حاملگی ۳۶ هفته، کسب نمره‌ی کمتر از ۱۰ در آزمون افسردگی ادینبورگ، عدم سابقه‌ی دو

^۲Modified Fatigue Checklist Symptoms (MFCS)

^۳American Psychiatric association

^۱Dennis

اصلاح شده‌ی علایم خستگی مجدداً توسط نمونه تکمیل شد. در روزهای ۵، ۱۴ و ۲۸ پس از زایمان با مراجعه به درب منازل، پرسش‌نامه‌ی افسردگی ادینبورگ و چک‌لیست علایم خستگی توسط نمونه تکمیل گردید. در صورت کسب نمره‌ی بیشتر از ۹ در آزمون افسردگی ادینبورگ در هر نوبت، روان‌شناس بالینی برای مصاحبه و تشخیص احتمالی افسردگی پس از زایمان در منزل حضور یافته و تشخیص نهایی و درمان افسردگی توسط روان‌پزشک در درمانگاه بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا انجام می‌گرفت.

در این پژوهش ۲ نفر به دلیل نمره‌ی بالای ۱۰ در آزمون افسردگی ادینبورگ در هفته‌ی ۳۷ حاملگی، ۱ نفر به دلیل بستری شدن نوزادش در بیمارستان و ۱ نفر به دلیل انصراف از ادامه‌ی تحقیق، حذف شده و در نهایت تحلیل آماری روی داده‌های ۶۰ نفر با نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۴ و با استفاده از آزمون‌های خنجر دو، آزمون دقیق فیشر، همبستگی اسپیرمن و لامبدا، آنالیز واریانس با مقادیر تکراری و رگرسیون لجستیک در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

ارتباط خستگی با نمره‌های غیرطبیعی آزمون ادینبورگ و افسردگی با رعایت تقدم خستگی با دو متغیر نام‌برده مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج پژوهش نشان داد که ۳/۷۸ درصد از نمونه‌ها در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال قرار داشته، ۷/۶۱ درصد آنان دارای تحصیلات متوسطه، ۹۵ درصد خانه‌دار و میزان درآمد ماهانه‌ی ۹۰ درصد از زنان مورد بررسی در حد کفاف بود. میزان سزارین در زنان مورد بررسی ۳/۴۳ درصد و میزان سزارین انتخابی ۷/۵۷ درصد از کل سزارین‌ها بود. ۶۰ درصد نوزادان دختر و ۴۰ درصد پسر بودند.

میانگین نمره‌ی عزت‌نفس، حمایت اجتماعی و کیفیت روابط با همسر در زنان افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۱). در این مطالعه ۳/۲۸ درصد افراد مورد پژوهش نمره‌ی آزمون ادینبورگ ۱۰ و بیشتر داشتند و ۹/۹ درصد آن‌ها بر اساس مصاحبه‌ی بالینی مبتلا به افسردگی بودند.

شده‌ی علایم خستگی (۰/۸۸ =)، مقیاس حمایت اجتماعی (۰/۷۸۳ =)، مقیاس کیفیت روابط با همسر (۰/۸۶۴ =) و عزت‌نفس آیزنگ (۰/۷۴۱ =) با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ تایید گردید.

نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای انجام و در نمونه‌گیری طبقه‌ای از تقسیم‌بندی مراکز بهداشت شهر مشهد در سه منطقه‌ی ۱، ۲ و ۳ استفاده شد. در نمونه‌گیری خوشه‌ای با در نظر گرفتن تعداد درمانگاه در هر منطقه، ۵ مرکز بهداشتی درمانی از سه منطقه‌ی فوق انتخاب گردید. حجم نمونه‌ی مربوط به هر مرکز بر اساس تعداد مادران باردار مراجعه کننده در هر ماه تعیین می‌شد. در انتها با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی مورد نظر، ۶۴ زن باردار واجد شرایط از میان دریافت کنندگان مراقبت‌های دوران بارداری، مورد مطالعه قرار گرفتند.

در ابتدا با ارایه‌ی معرفی‌نامه‌ی رسمی و کسب مجوز از مسئولین مرکز بهداشت استان خراسان رضوی برای جمع‌آوری داده‌ها به واحد مراقبت مامایی مراکز بهداشتی منتخب مراجعه شد. نمونه‌های پژوهش بر طبق معیارهای ورود، گزینش و به آن‌ها در مورد اهداف و نحوه‌ی اجرای پژوهش، توضیحات لازم ارایه گردید.

در مورد رایگان بودن تمام هزینه‌ها و نگهداری محرمانه‌ی پاسخ‌ها و ارایه‌ی اطلاعات به صورت کلی به نمونه‌ها اطمینان داده شد. با رضایت آگاهانه‌ی کتبی، جهت شرکت در پژوهش و مختار بودن به انصراف در هر مرحله از تحقیق، فرم انتخاب نمونه‌ها تکمیل و سپس قد، وزن و فشارخون آنان اندازه‌گیری گردید. در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه، چک‌لیست اصلاح شده‌ی علایم خستگی توسط نمونه تکمیل و مصاحبه به طور انفرادی و در محیط خلوت توسط پژوهشگر انجام و قرار ملاقات بعدی برای هفته‌ی ۳۷ بارداری تعیین شد.

در هفته‌ی ۳۷، معیارهایی چون کسب نمره‌ی بیش از ۹ از مقیاس افسردگی ادینبورگ، مشکلات بزرگ مالی، روحی یا مرگ یکی از نزدیکان باعث حذف نمونه گردید. در صورت دارا بودن معیارهای حین پژوهش، فرم حمایت اجتماعی، عزت‌نفس و کیفیت روابط با همسر، هم‌چنین چک‌لیست

؛ همبستگی نمرات خستگی مادر در هفته‌های ۳۶ و ۳۷ بارداری، روزهای ۵ و ۱۴ و ۲۸ پس از زایمان با نمره‌ی آزمون افسردگی ادینبورگ

× ×		×		نمره‌ی خستگی
در روز ۲۸	در روز ۱۴	در روز ۵		
$I=۳۸۶/۰$	$I=۳۸۹/۰$	$I=۶۲۴/۰$		هفته‌ی ۳۶ حاملگی
$P=۰۰۳/۰$	$P=۰۰۲/۰$	$P=۰۰۰/۰$		
$I=۰/۲۹۹$	$I=۵۴۳/۰$	$I=۴۷۹/۰$		هفته‌ی ۳۷ حاملگی
$P=۰۰۴۹/۰$	$P=۰۰۰/۰$	$P=۰۰۱/۰$		
$I=۳۶۶/۰$	$I=۲۹۹/۰$			۵ روز پس از زایمان
$P=۰۰۵/۰$	$P=۰۰۴۹/۰$			
$I=۳۰۷/۰$				۱۴ روز پس از زایمان
$P=۰۰۱۹/۰$				

؛ همبستگی بین میزان خستگی مادر در هفته‌های ۳۶ و ۳۷ بارداری و روزهای ۵ و ۱۴ پس از زایمان و وجود افسردگی در روزهای ۵، ۱۴ و ۲۸ پس از زایمان

× × ×			نمره‌ی خستگی
روز ۲۸	روز ۱۴	روز ۵	
$I=۳۰۹/۰$	$I=۰۰۰/۰$	$I=۰۰۰/۱$	هفته‌ی ۳۶ حاملگی
$P=۷۹۴/۰$	$P=۷۹۴/۰$	$P=۰۰۰/۰$	
$I=۰۰۰/۱$	$I=۶۵۱/۰$	$I=۶۵۱/۰$	هفته‌ی ۳۷ حاملگی
$P=۰۰۰/۰$	$P=۰۰۴۵/۰$	$P=۰۰۴۵/۰$	
$I=۶۵/۰$	$I=۴۸۲/۰$		۵ روز پس از زایمان
$P=۰۰۸۹/۰$	$P=۴۳۸/۰$		
$I=۰۰۰/۰$			۱۴ روز پس از زایمان
$P=۰/۰۰۰$			

میانگین نمرات خستگی در همه‌ی زنان از هفته‌ی ۳۶ بارداری تا روز ۲۸ پس از زایمان کاهش یافت. میزان خستگی در زنان دارای نمره‌ی کمتر از ۱۰ آزمون افسردگی ادینبورگ، کاهش یکنواختی داشت در حالی که میزان خستگی در زنان دارای نمره‌ی غیرطبیعی ادینبورگ (بیشتر یا مساوی ۱۰) نوسان‌دار یا افزایش‌یابنده بود (نمودار ۱).

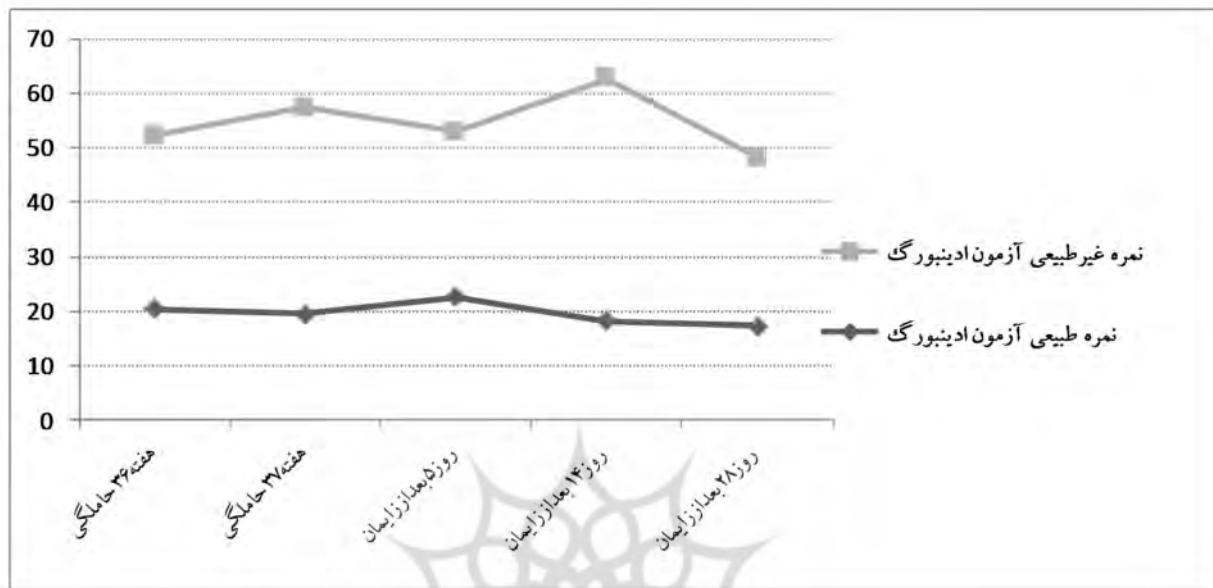
با استفاده از رگرسیون لجستیک پیش‌بینی احتمال وجود افسردگی پس از زایمان به میزان خستگی هفته‌ی ۳۶ حاملگی ($P=۰۰۳۶/۰$) و خستگی روز ۱۴ پس از زایمان ($P=۰۰۱۴/۰$) وابسته است که در ۹۵ درصد موارد، توان پیش‌بینی منطبق بر واقعیت دارد.

؛ مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی مقیاس عزت نفس، حمایت اجتماعی و کیفیت روابط با همسر در زنان مبتلا و غیرمبتلا به افسردگی پس از زایمان

P	Df	t	×		
			$\pm ۱۹/۱۵$	۲۰/۱۲۲	+
۳۲۴/۰	۵۸	۹۹۴/۰	$\pm ۹/۹۵$	۰۰/۱۲۷	-
			$\pm ۰/۷/۲$	۱۲/۶۰	+
۱۵۶/۰	۵۸	۴۳۸/۱	$\pm ۰/۸/۲$	۲/۱۱	-
			$\pm ۰/۵/۲$	۲/۳۸	+
۱۷۶/۰	۵۸	۳۷۱/۱	$\pm ۵۳/۴$	۴۰/۳۵	؛

در این پژوهش رابطه‌ی معنی‌داری بین سن مادر ($P=۰۰۲/۰$)، تحصیلات همسر ($P=۰۰۳۶/۰$)، وضع مسکن ($P=۰۰۱۰/۰$)، داشتن مرخصی استعلاجی و استراحت در منزل طی حاملگی ($P=۰۱۱/۰$)، اختلال خواب در سه ماهه‌ی آخر حاملگی ($P=۰۰۳۷/۰$)، نگرانی در مورد به‌هم‌خوردن تناسب اندام ($P=۰۰۱۶/۰$)، نوع زایمان طبیعی و سزارین ($P=۰۰۱۲/۰$)، فشار شدید از روی شکم حین زایمان ($P=۰۰۱۶/۰$)، برش میان‌دو راه ($P=۰۰۴۹/۰$) و رفتار نوزاد آرام، معمولی و بی‌قرار ($P=۰۰۲۷/۰$) با افسردگی پس از زایمان مشاهده شد. اما این رابطه با تحصیلات مادر، شغل مادر و همسر، میزان درآمد ماهانه‌ی خانواده، تعداد حاملگی، سابقه‌ی ملال پیش از قاعدگی، بی‌خوابی طی زایمان، طول مدت زایمان و جنس نوزاد معنی‌دار نبود.

در آزمون همبستگی اسپیرمن در همه‌ی مقاطع زمانی مورد سنجش، میزان خستگی با نمرات آزمون افسردگی ادینبورگ همبستگی بالایی دارد (جدول ۲). با استفاده از همبستگی لامبدا، خستگی هفته‌های ۳۶ و ۳۷ بارداری با افسردگی پس از زایمان روز ۵ به ترتیب ($P=۰۰۰۰/۰$ و $P=۰۰۴۵/۰$)، خستگی هفته‌ی ۳۷ بارداری با افسردگی پس از زایمان روز ۱۴ ($P=۰۰۴۵/۰$) و خستگی هفته‌ی ۳۷ بارداری و روز ۱۴ پس از زایمان با افسردگی پس از زایمان روز ۲۸ معنی‌دار بود ($P=۰۰۰۰/۰$ ، $P=۰۰۰۰/۰$) (جدول ۳).



تغییرات میانگین خستگی در زنان دارای نمره‌ی طبیعی و غیرطبیعی آزمون ادینبورگ

آزمون افسردگی ادینبورگ، فقط یک آزمون غربالگر است به نظر می‌رسد در برخی مواقع جهت بروز افسردگی باید عوامل کمک‌کننده‌ی بیشتری وجود می‌داشته است. در پژوهش حاضر بین متغیرهای عزت نفس، حمایت اجتماعی و کیفیت روابط با همسر با افسردگی پس از زایمان رابطه‌ی آماری معنی‌دار وجود نداشت (جدول ۱). هاپکینز^۳ و همکاران ذکر کردند که حمایت اجتماعی با افسردگی پس از زایمان رابطه‌ای ندارد (۲۷). رضایت زناشویی از عوامل پیشگویی‌کننده‌ی افسردگی پس از زایمان شناخته شده است (۲۸).

دکاستر^۴، ساری^۵، رابرتسون^۶ و مک کوئین فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی را با اختلال روانی پس از زایمان مرتبط دانستند (۱، ۸، ۲۹، ۳۰). صدر و همکاران بیان کردند که عدم برخورداری از حمایت اجتماعی با افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد ($P=0.00/0$) (۳۱).

اما در مطالعه‌ی متاآنالیز بک عزت نفس، حمایت اجتماعی و علت تفاوت این یافته‌ی پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌های ذکر شده احتمالاً به دلیل معیارهای ورود و خروج برای

در همه‌ی مقاطع زمانی مورد سنجش، میزان خستگی با نمرات آزمون افسردگی ادینبورگ همبستگی بالایی داشت اما در شرایطی که افسردگی توسط روان‌پزشک تشخیص داده شده بود، این روند در اکثر زمان‌ها قابل تایید بود چنان که بین خستگی هفته‌ی ۳۶ بارداری با افسردگی پس از زایمان روز ۵ و خستگی هفته‌ی ۳۷ بارداری با افسردگی پس از زایمان روز ۱۴، ۵ و ۲۸ و خستگی روز ۱۴ پس از زایمان با افسردگی پس از زایمان روز ۲۸ معنی‌دار بود.

بازوکی^۱ افسردگی پس از زایمان را توسط ابزار علامت‌شناسی افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک^۲ (ES-DS) بررسی و نشان داد بین خستگی روز ۷، ۱۴ و ۲۸ پس از زایمان با افسردگی پس از زایمان روز ۲۸ همبستگی مثبتی وجود دارد (۲).

این نکته در یافته‌های پژوهش حاضر قابل توجه است که در زمانی که مبنای تشخیص، آزمون‌های افسردگی است، خستگی در همه‌ی مقاطع زمانی با آن همبستگی مستقیم و نزدیکی دارد ولی در موارد افسردگی تایید شده توسط روان‌پزشک در همه‌ی مقاطع زمانی این همبستگی دیده نمی‌شود. از آن جا که

³Hopkins

⁴Decoster

⁵Suri

⁶Robertson

¹Bazoky

²Epidemiological Studies-Depressive Symptomatology

بررسی دقیق آن‌ها در این پژوهش امکان‌پذیر نبوده و تنها با حذف تاریخچه‌ی خانوادگی بیماری‌های روانی و پرسش دو سؤال در مورد تغییرات خلقی مرتبط با مصرف قرص‌های پیش‌گیری از بارداری و سابقه‌ی سندرم پیش از قاعدگی تا حدی کنترل شد. با توجه به پی‌گیری تا روز ۲۸ پس از زایمان و معیارهای سخت‌گیرانه‌ی ورود و خروج نمونه، قابلیت تعمیم یافته‌ها تا حد زیادی کاهش می‌یابد.

بر اساس نتایج پژوهش، پیش‌گیری از خستگی مادر به عنوان یکی از عوامل مرتبط، احتمالاً در کاهش افسردگی موثر خواهد بود لذا جامعه‌ی پزشکی می‌تواند از طریق شناسایی مادران خسته و آگاهی دادن به زن باردار و خانواده‌اش نقش مراقبتی خود را بهینه‌تر ایفا نموده و برنامه‌ریزی مناسب در جهت ارتقای سلامت روانی مادر، نوزاد و خانواده انجام دهد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود با تعیین نمره‌ی برش خستگی برای وقوع افسردگی، پژوهشی به روش کوهورت انجام شود.

× × ×

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تایید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه انجام گرفته و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. هم‌چنین از همکاری صمیمانه‌ی جناب آقای دکتر مظلوم، سرکار خانم طالقانی روان‌شناس بالینی، ماماها‌ی درمانگاه‌های منتخب و نمونه‌های مورد پژوهش قدردانی می‌گردد.

انتخاب نمونه‌های مورد پژوهش بوده است که به طور مستقیم و غیرمستقیم بر عزت‌نفس، حمایت اجتماعی و کیفیت روابط با همسر تاثیرگذار می‌باشد. مواردی چون تک همسری، ازدواج اول، عدم سابقه‌ی بیماری‌های طبی و روانی، نداشتن همسر یا فرزند معلول و جنین ناهنجار، نداشتن اختلاف خانوادگی شدید، عدم تحمل تنش‌های بزرگ طی ۶ ماه گذشته، سبب شده است افرادی به این مطالعه وارد شوند که دارای نمرات مناسب و بالایی در زمینه‌ی عزت‌نفس، حمایت اجتماعی و کیفیت روابط با همسر هستند. انتخاب نمونه‌های مورد پژوهش با این ویژگی‌های دارای این فایده بوده است که متغیرهای مداخله‌گر موثر بر ارتباط خستگی با افسردگی حذف شده و از سوی دیگر جامعه‌ی مورد پژوهش از افرادی شکل گرفته است که از حمایت اجتماعی خوبی برخوردار هستند، نمرات عزت‌نفس آن‌ها متوسط به بالا و کیفیت رابطه با همسرشان مناسب بوده است. به همین جهت یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های اکثر پژوهشگران هم‌خوانی ندارد.

نقاط قوت این پژوهش شامل نمونه‌گیری احتمالی، انجام مصاحبه‌ی بالینی روان‌پزشک برای تشخیص نهایی افسردگی، سنجش خستگی در هفته‌های ۳۶ و ۳۷ بارداری و روز ۵ و ۱۴ پس از زایمان، رعایت تقدم سنجش خستگی قبل از وقوع افسردگی و پی‌گیری آن در سه نوبت جداگانه در روزهای ۵، ۱۴ و ۲۸ پس از زایمان بود. محدودیت‌هایی این پژوهش شامل عدم بررسی نقش هورمون‌ها و وراثت در بروز افسردگی پس از زایمان بود که

References

1. Decoster EC, Bukowski T, Bartnett K, Colley B, White head N. Depression after delivery among Oklahoma mothers. J Okla State Med Assoc 2007; 89(7): 244-8.
2. Bozoky I, Corwin EJ. Fatigue as a predictor of postpartum depression. J Obset Gynecol Neonatal Nurs 2002; 31(4): 436-43.
3. Cunningham FG, Williams JW. Williams obstetrics. 22th ed. New York: McGraw Hill; 2005: 1241-4.
4. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum psychiatric disorders. Can Med Assoc J 1986; 134(1): 7-31.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005: 2308.

6. McKinney ES, Romen SJ, Smith M, Meiler AJ. Maternal child nursing. 2nd ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005: 494.
7. Kaplan H, Sadocks B. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003: 526.
8. Suri R, Altshuler LL. Postpartum depression: Risk factors and treatment options. *Psychiatric Times* 2004; 12(11): 21-6.
9. Nolan PA. Data on postpartum mood disorders. *J Clin Psychol* 2002; 27(5): 33-40.
10. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance methods, barriers and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med* 2007; 20(3): 280-8.
11. Teissedre F, Chabrol H. A study of the Edinburgh postnatal depression scale on 859 mothers: Detection of mothers at risk for postpartum depression. *Encephal* 2004; 30(4): 376-81.
12. Henderson C, Macdonald S. Mayes' midwifery: A textbook for midwives. 13th ed. New York: Baillière Tindall; 2004: 743, 925-9.
13. Philipps LH, Ohara MW. Prospective study of postpartum depression: 4.5 year follow-up of women and children. *J Abnorm Psychol* 1991; 100(2): 151-5.
14. Gelder MG, Mayou R, Geddes J. Psychiatry. 1st ed. New York: Oxford University; 2005: 45, 96-7.
15. Fraser D, Cooper MA. Myles textbook for midwives. 14th ed. New York: Churchill Livingstone; 2003: 652-4.
16. Jenati Y, Khaki N. [Psychiatry in midwifery]. 1st ed. Tehran: Jamehnegar; 2005: 175-89. (Persian)
17. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum- onset major depression. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173(2): 639-45.
18. Fike AC. A review of postpartum depression. *Prim Care Compan J Clin Psychiatry* 1999; 1(1): 9-14.
19. Logsdon MC, Wisner K, Hanusa BH, Phillips A. Role functioning and symptoms remission in women with postpartum depression after antidepressant treatment. *Arch Psychiatr Nurs* 2003; 17(6): 277.
20. Sparks RS, Taylors CM. Nursing diagnosis. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005: 102-4.
21. Pugh LC, Milligan, Parks LP, Lenz RE, Kitzman H. Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1999; 28(1): 74-80.
22. Lee KA, Zaffke ME. Longitudinal changes in fatigue and energy during pregnancy and the postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1999; 28(2): 183-91.
23. Dennis CL, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue and development of depressive symptomatology. *Birth* 2005; 32(3): 187-93.
24. Kkhodadoostan M. [Surveying the factors relative to postpartum depression]. MS. Dissertation. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences, College of nursing and midwifery, 1998: 55. (Persian)
25. Neshat R. [The competitive surveying of fatigue intensity in the third trimester of pregnancy in works women and housewives who referred to pregnancy care centers]. MS. Dissertation. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences, College of nursing and midwifery, 2001: 38. (Persian)
26. Karkeabadi M. [The competitive surveying of depression in works women and housewives in Mashhad]. MS. Dissertation. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences, College of nursing and midwifery, 1998: 82. (Persian)
27. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. Role of infant-related stressors in postpartum depression. *J Abnorm Psychol* 1987; 96(3): 237-41.
28. Beck CT. Predictors of postpartum depression: An update. *Nurs Res* 2001; 50(5): 275-85.

29. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(4): 289-95.
30. McQueen A, Mander R. Tiredness and fatigue in the postnatal period. *J Advanc Nurs* 2003; 42(5): 463-9.
31. Sadr S, Dolatian M, Behboodi Z. [Surveying the prevalence of postpartum depression and its effective factors in Tehran]. *Scientific magazine of medical system organization of Islamic republic of Iran* 2004; 22(3): 189-93. (Persian)

