

افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن در مناطق روستایی شهرستان نجف آباد

غلامرضا خیرآبادی^۱، سیما صدی^۲، زهرا عابدی^۳، الهام ولایتی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: با وجود اقدامات چشمگیر سال‌های اخیر نسبت به بهبود وضعیت سلامت طبعی زنان در سنین باروری، سلامت روان این گروه به نحو بارزی مغفول مانده است. با توجه به شیوع روزافزون افسردگی به ویژه در زنان سنین باروری، تأثیرات منفی آن بر سلامت، کیفیت زندگی آنان و سایر اعضای خانواده و تأثیرپذیری بالای افسردگی زنان از عوامل اجتماعی و جمعیت‌شناختی جوامع مختلف، مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان و ارتباط آن با بعضی عوامل خطر اجتماعی و جمعیت‌شناختی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان نجف‌آباد انجام شد. بدین طریق می‌توان پیشنهادات را برای برنامه‌ریزی بهداشتی، بر عوامل خطر بومی مبتنی نمود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به صورت توصیفی - مقطعی در تابستان ۱۳۸۳ صورت گرفت. در این مطالعه، یک گروه ۶۴۰ نفره شامل کلیه مادران مناطق روستایی شبکه بهداشتی - درمانی نجف‌آباد اصفهان مورد بررسی قرار گرفتند که از زمان زایمان آن‌ها ۲ ماه تا ۱ سال گذشته بود. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد افسردگی Edinburgh (ویژه دوره پس از زایمان) و یک پرسش‌نامه محقق ساخته مشتمل بر خصوصیات دموگرافیک و سایر متغیرهای مورد نظر در مطالعه جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: شیوع کلی افسردگی در جمعیت مورد مطالعه، ۳۷/۲ درصد به دست آمد. خانه‌دار بودن، حاملگی ناخواسته، عدم شیردهی، بیماری مادرزادی آشکار نوزاد، نخست‌زا بودن و داشتن بیش از ۳ مورد زایمان از عوامل اصلی مرتبط با افسردگی پس از زایمان در مطالعه حاضر بودند. سن مادر، نوع زایمان، وضعیت اقتصادی خانواده، میزان تحصیلات مادران و عدم رضایت از جنسیت کودک رابطه‌ای با افسردگی مادران نداشت.

نتیجه‌گیری: مطالعات متنوع گذشته، مدرک معتبری را در حمایت از وجود عوامل خطر مشترک دموگرافیک و اجتماعی برای افسردگی پس از زایمان در جوامع مختلف ارائه نکردند. بنابراین، جهت پیشگیری از افسردگی پس از زایمان، هر نوع مداخله بهداشتی لازم است مبتنی بر عوامل خطر منطقه‌ای صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: عوامل خطر، افسردگی، زایمان، سنین باوری

ارجاع: خیرآبادی غلامرضا، صدی سیما، عابدی زهرا، ولایتی الهام. افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن در مناطق روستایی شهرستان نجف‌آباد. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳ (۴): ۵۵۵-۵۶۱

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۷/۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۳/۸

عاطفی طول عمر یک زن به حساب می‌آید (۷). افسردگی پس از زایمان به عنوان یکی از انواع شایع و مهم افسردگی در زنان، همواره مورد توجه بوده است. بیشتر افراد، بقرات را به عنوان اولین کسی می‌شناسند که بیماری روانی بعد از زایمان را کشف کرد، ولی به نظر می‌رسد آنچه او توصیف نمود، دلیریوم نفاس بود که در آن زمان شیوع زیادی داشت (۸). این اختلال در کتابچه تشخیصی و طبقه‌بندی بیماری‌های روان‌پزشکی (DSM-IV یا Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition)، به عنوان یک دوره اختلال افسردگی تعریف شده است که در ۴ هفته اول بعد از زایمان شروع می‌شود (۹). اگر چه مطالعات، افزایش قابل ملاحظه ابتلا به افسردگی را در دوره پس از زایمان به ویژه در سه ماهه اول بعد از زایمان گزارش کردند، ولی زنان در طی ۲ سال بعد از زایمان، همچنان استعداد ویژه‌ای برای ابتلا به آن دارند (۱۰).

مقدمه

سازمان جهانی سلامت (World Health Organization یا WHO) با بررسی ۳۰ ساله پیش‌بینی نمود که افسردگی تا سال ۲۰۲۰، دومین علت از کارافتادگی در سراسر دنیا می‌باشد (۱). مطالعات نشان دادند که زنان بیشتر از مردان به افسردگی مبتلا می‌شوند (۲). خطر ابتلا به آن در طول عمر برای زنان و مردان به ترتیب ۲۶-۲۰ و ۱۲-۸ درصد است (۳). این موضوع به فرهنگ خاصی مربوط نمی‌گردد و جنبه جهانی دارد (۴). اهمیت افسردگی در زنان نه تنها برخاسته از شیوع بالای آن می‌باشد، بلکه به میزان بالای اختلال‌کاری ناشی از آن در این جمعیت مرتبط می‌شود. افسردگی عامل سپری شدن سال‌های زندگی زنان، همراه با ناتوانی است (۵). افسردگی اساسی، بدون شک یک مشکل سلامتی عمده برای زنان در تمامی جوامع به شمار می‌رود (۶). ماه‌های پس از زایمان، دوره‌ای با بیشترین میزان آسیب‌پذیری جسمانی و

- ۱- استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۲- پژوهشگر، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۳- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- نویسنده مسؤول: غلامرضا خیرآبادی

Email: kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir

سومین ماهگی حاملگی تجربه می‌کردند و در نوزادان مادران افسرده هم، بیشترین میزان اختلال خواب مانند کم بودن میزان خواب عمیق و نامنظم شدن آن مشاهده می‌شد. این نوزادان، نآرام و گریه‌های فراوان داشتند (۳۱).

در نگاهی به مطالب فوق، عوام مرتبط با افسردگی پس از زایمان را می‌توان به سه دسته کلی عوامل بیولوژیک، عوامل شناختی و فرهنگی-اجتماعی تقسیم نمود. در این میان، عوامل فرهنگی-اجتماعی از تنوع ویژه‌ای برخوردار می‌باشد و علت اصلی احتمالی تفاوت شیوع PPD، مطالعات متفاوت در مناطق مختلف است و شاید بتوان گفت بعد عوامل اتیولوژیک این اختلال بیشتر از سایر ابعاد، جهت پیشگیری از آن قابلیت مداخله را دارد. این موضوع، لزوم مطالعات متنوع منطقه‌ای را جهت کشف عوامل مرتبط فرهنگی-اجتماعی با این اختلال و طراحی مداخلات مبتنی بر این یافته‌ها را در هر منطقه مطرح می‌کند. در همین راستا، مطالعه حاضر جهت شناخت عوامل خطر در یک نمونه جمعیتی شهرستان نجف‌آباد طراحی و انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، ۶۴۰ نفر از مادران مناطق روستایی شبکه بهداشتی-درمانی نجف‌آباد اصفهان که ۲ ماه تا ۱ سال از زایمان آن‌ها گذشته بود، در مقطع زمانی تابستان ۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های مطالعه به روش خودگزارش‌دهی و سرشماری با نظارت و راهنمایی به‌روزان آموزش دیده مستقر در خانه‌های بهداشت منطقه از کلیه خانم‌هایی جمع‌آوری گردید که در فاصله ۲ ماه الی ۱ سال بعد از زایمان (اعم از سقط، مرده‌زایی و زنده‌زایی) قرار داشتند.

ابزار سنجش شامل پرسش‌نامه استاندارد افسردگی Edinburgh (ویژه دوره پس از زایمان) و پرسش‌نامه محقق ساخته مشتمل بر خصوصیات دموگرافیک و سایر متغیرهای مورد نظر مطالعه بود. Cox و همکاران مقیاس Edinburgh را مشتمل بر ۱۰ سؤال ۴ گزینه‌ای در سال ۱۹۸۷ طراحی نمودند. گزینه‌های هر سؤال امتیازی از ۰ تا ۳ بر حسب شدت علائم به خود اختصاص می‌داد. امتیازی که شخص کسب می‌کرد، از جمع امتیازات ۱۰ سؤال به دست می‌آمد که می‌توانست از ۰ تا ۳۰ متغیر باشد و نمره بیشتر، نشان دهنده شدت بیشتر افسردگی است. مطالعات اولیه، نقطه برش بالای ۱۲ را شاخصی برای افسردگی پس از زایمان گزارش کردند (۳۲). مطالعه منتظری و همکاران بر روی ۱۰۰ زن ایرانی که در ۸-۶ و ۱۴-۱۲ هفتگی بعد از زایمان قرار داشتند، به ترتیب ضریب Cronbach's alpha ۰/۷۷ و ۰/۸۶ درصد در دو دوره متوالی و ضریب پایایی ۰/۸۰ به دست آورد (۳۳). مطالعه دیگری که توسط مظاهری و نخعی انجام شد، ضریب همبستگی Cronbach's alpha برای کل مقیاس ۰/۸۳ و بهترین محدوده عملیاتی نمره‌گذاری برای افسردگی اساسی ۱۲/۱۳ و به ترتیب حساسیت ۸۷/۹ و ۹۵/۳ ذکر گردید (۳۴). مطالعه جامعی در شهرستان اصفهان، ضریب Cronbach's alpha این پرسش‌نامه ۰/۷۹-۰/۷۶، اعتبار ۰/۷۹، نقطه برش ۱۲ با حساسیت ۷۸ درصد و ویژگی ۷۵ درصد گزارش نمود (۳۵).

از نسخه فارسی تهیه شده توسط منتظری و همکاران در مطالعه حاضر استفاده شد (۳۳) و نقطه برش ۱۲، جهت تشخیص افسردگی مورد استفاده قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون آماری χ^2 و Logistic regression در نرم‌افزار آماری SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) آنالیز و تجزیه و تحلیل گردید.

شیوع افسردگی پس از زایمان در مناطق مختلف و با شیوه‌های مطالعاتی متفاوت، بسیار متنوع گزارش شده است. شیوع آن بر اساس متآنالیز بر روی مطالعات مبتنی بر جامعه، ۱۳ درصد به دست آمد (۱۱). دامنه شیوع از ۴/۷ درصد برای افسردگی خفیف (Minor depression) و ۵/۵ درصد برای افسردگی اساسی (Major Depression) از ماه اول پس از زایمان تا ۳۴/۷ درصد در ماه دوم ذکر شده است (۱۵-۱۲). مطالعه‌ای در پاریس، دوره حاملگی و پس از زایمان را با ابزار تشخیص Beck مورد بررسی قرار داد و شیوع افسردگی را ۱۳/۹ درصد گزارش کرد (۱۶).

در مورد مطالعات مرتبط با شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران نیز، مطالعه‌ای بر روی ۳۸۴ زن در فاصله ۹-۱/۵ ماه پس از زایمان در منطقه خمینی‌شهر اصفهان انجام شد که میزان شیوع افسردگی با استفاده از روش غربالگری و مقیاس افسردگی Beck، ۲۵/۸ درصد به دست آمد (۱۷). شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعه‌ای بر روی مراجعین به مراکز بهداشتی-درمانی شهری اصفهان در ماه سوم بعد از زایمان، ۳۵ درصد گزارش گردید (۱۸). فروزنده و دشت بزرگی در شهرکرد، شیوع کلی افسردگی پس از زایمان را در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهری، ۳۱ درصد بیان نمودند (۱۹). شیوع افسردگی پس از زایمان در تبریز نیز، ۳۰/۵ درصد ذکر شد (۲۰).

تنوع در شیوع این اختلال در فرهنگ‌ها، کشورها و نژادهای مختلف، بیانگر ارتباط آن با عوامل فرهنگی-اجتماعی می‌باشد (۲۱) و شواهدی موجود است که زنان آسیایی در معرض خطر بیشتری قرار دارند (۲۲). متآنالیزی که روی مطالعات سال ۱۹۸۰ به بعد در مورد افسردگی پس از زایمان انجام گرفت، ۱۳ عامل مهم و مؤثر را در ایجاد این اختلال از جمله افسردگی طی بارداری، اعتماد به نفس پایین، استرس‌های مربوط به نگهداری از نوزاد، اضطراب در طی بارداری، حوادث استرس‌زای زندگی، حمایت‌های اجتماعی پایین، روابط با همسر، سابقه افسردگی، بیماری‌های نوزاد، غم بعد از زایمان، وضعیت ازدواج، وضعیت اقتصادی اجتماعی و بارداری ناخواسته شناسایی کرد (۲۳). مطالعات دیگر مواردی نظیر تحصیلات مادر، حوادث اخیر زندگی (مشکلات عمده سلامتی، بحث با همسر یا خویشاوندان) و جنس نوزاد از عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان برشمردند (۲۴-۲۶). Figueiredo و همکاران در کشور پرتغال گزارش نمودند که مادران نوجوان به طور خاص، مستعد ریسک بالایی برای افسردگی در طول بارداری و دوره‌های پس از آن هستند. زنان باردار افسرده در این مطالعه، قدرت ارتباطی کمتری داشتند (۲۷). افسردگی پس از زایمان، بیشتر انعکاسی از پیامد خشونت خانگی می‌باشد که خود نیز به مشکلات ارتباطی و خشونت بیشتر منجر می‌گردد (۲۸). شاغل نبودن، تحصیلات پایین، سن کم مادر، جنسیت نوزاد و حاملگی ناخواسته از دیگر عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان عنوان شدند (۲۹).

مطالعات گسترده‌ای برای شناسایی ابعاد مختلف اختلالات روان‌پزشکی در مادران تازه زایمان کرده صورت گرفته است. این مطالعات نشان دادند که PPD (Postpartum depression) بر تمام ابعاد مربوط به کیفیت زندگی مادر، تأثیر منفی و قابل توجهی می‌گذارد. مادرانی که به افسردگی پس از زایمان مبتلا می‌شدند، در زمینه فعالیت‌های اجتماعی، عملکرد فردی، وظایف خانه‌داری و فرزندپروری دچار اختلال می‌گردیدند (۳۰). زنان افسرده در تحقیقی دیگر، بیشترین میزان اختلال خواب و درجه بالای افسردگی، اضطراب و عصبانیت را طی دومین و

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۴۰ نفر از مادران مناطق روستایی شبکه بهداشتی-درمانی نجف‌آباد اصفهان شرکت کردند که به مدت ۲ ماه تا ۱ سال از زایمان آن‌ها گذشته بود. توزیع سنی افراد به صورت ۴/۱ درصد زیر ۱۸ سال، ۳۷/۲ درصد بین ۱۹-۲۵ سال، ۲۷/۲ درصد بین ۲۶-۳۵ سال، ۲۰ درصد بین ۳۶-۴۵ و ۱۱/۵ درصد بالای ۴۵ سال به دست آمد. ۸۶/۵ درصد شغل خانه‌دار، ۱۱/۸ درصد حاملگی ناخواسته، ۶/۷ درصد سقط یا مرده‌زایی، ۴۲/۳ درصد زایمان به صورت سزارین و ۷/۳ درصد دارای نوزاد با بیماری مادرزادی آشکار داشتند. ۹۳/۹ درصد از جنسیت کودک خود راضی بودند.

فراوانی نسبی افسردگی در کل جمعیت مورد مطالعه، ۳۷/۳ درصد به دست آمد. ۴۹/۴ درصد مادران نخست‌زا و ۳۰ درصد مادران با تعداد زایمان بیشتر از ۳ نوبت، افسردگی داشتند که به طور معنی‌داری بیشتر از مادران با زایمان دوم و سوم بود ($P < 0/01$). ارتباط معنی‌داری بین فراوانی افسردگی با وضعیت اقتصادی خانواده، سن و میزان تحصیلات مادران مشاهده نشد. افسردگی در مادرانی که کودک خود را زنده به دنیا آوردند، بیشتر از مادرانی بود که سقط جنین یا مرده‌زایی داشتند ($P < 0/02$). جدول ۱ رابطه فراوانی افسردگی با سایر متغیرهای مورد بررسی در مطالعه حاضر را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین توزیع فراوانی افسردگی پس از زایمان، در یک جمعیت ۶۴۰ نفره از خانم‌های دارای کودک ۱۲-۲ ماهه مناطق روستایی شهرستان نجف‌آباد استان اصفهان انجام شد. شیوع کلی افسردگی در جمعیت مورد مطالعه، ۳۷/۲ درصد بود. سایر مطالعات متوسط شیوع آن را در سطح دنیا، حدود ۱۳ درصد گزارش کردند (۱۱). بنابراین، نتایج حاکی از شیوع بالای افسردگی پس از زایمان در جمعیت مورد مطالعه نسبت به مناطق دیگر دنیا و

شیوع به نسبت زیاد در مقایسه با دیگر مطالعات انجام شده در ایران است (۲۰-۱۸). فراوانی نسبی علایم افسردگی بعد از زایمان بر اساس یافته‌های سلملیان و همکاران به صورت ۳۵/۴ درصد غیر افسرده، ۳۴/۷ درصد افسردگی خفیف و ۳۹/۹ درصد افسردگی متوسط بود (۳۶). مطالعه‌ای شیوع ۲۵/۸ درصد را برای این اختلال در استان اصفهان نشان داد (۲۹).

مادران افسرده ۱/۵ بار کمتر در مسایل بهداشتی تغذیه و خواب نوزادان خود درگیر می‌شوند (۳۷). نکته قابل توجه مطالعه حاضر، شیوع به نسبت بالای حاملگی ناخواسته (حدود ۱۱/۷ درصد) جمعیت مورد مطالعه بود که ۵۷/۵ درصد این افراد افسردگی داشتند. بنابراین، بالا بودن تعداد افراد با حاملگی ناخواسته در مطالعه حاضر، یکی از علل مؤثر بر شیوع بالاتر افسردگی آنان در مقایسه با سایر مطالعات است. Durik و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که زنانی که بدون برنامه‌ریزی قبلی و به صورت ناخواسته حامله شدند، نسبت به کودک خود احساس مثبت کمتری داشتند و بیشتر در معرض خطر افسردگی بودند (۳۸).

افسردگی در ۷۴/۴ درصد مادران مطالعه حاضر دارای کودک با بیماری مادرزادی آشکار مشاهده شد که با $P < 0/001$ به طور بسیار معنی‌داری بیشتر از بقیه مادران به دست آمد. این که به دنیا آمدن کودک با بیماری مادرزادی آشکار به عنوان یک استرس عمده، مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد و او را افسرده می‌کند، موضوع قابل درکی می‌باشد.

از جمله متغیرهای مورد مطالعه، رتبه زایمان بود. مطالعات متنوع گذشته، رابطه بین رتبه زایمان و افسردگی پس از زایمان را بررسی نکردند (۴۰، ۳۹)، ولی در مطالعه حاضر، افسردگی با تفاوت آماری معنی‌دار بین مادران نخست‌زا و زایمان چهارم و بیشتر مشاهده گردید. در توجیه این یافته می‌توان به استرس ناشی از بی‌تجربگی در خصوص بچه‌دار شدن و پذیرش مسؤلیت‌های ناشی از آن برای نخست‌زاهای و به مشکلات اجتماعی-اقتصادی ناشی از تعداد زیاد فرزندان در مادران با رتبه زایمان ۴ و بالاتر اشاره نمود.

جدول ۱: توزیع فراوانی افسردگی پس از زایمان بر حسب برخی متغیرهای مورد مطالعه در مناطق روستایی شهرستان نجف‌آباد

P Value	وضعیت ابتلا به افسردگی		نوع متغیر مورد مطالعه
	افسرده	غیر افسرده	
$P < 0/001$	جمع کل	جمع کل	وضعیت اشتغال
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
$P > 0/500$	۵۵۴ (۸۶/۷)	۲۲۱ (۴۰/۰)	خانه‌دار
	۸۵ (۱۳/۳)	۱۸ (۲۲/۰)	شاغل
$P < 0/001$	۵۶۲ (۸۱/۰)	۲۱۹ (۳۹/۰)	رضایت از جنس نوزاد
	۳۵ (۹/۰)	۱۱ (۳۱/۵)	ندارد
$P < 0/001$	۵۶۳ (۸۸/۳)	۱۹۵ (۳۴/۵)	خواسته یا ناخواسته بودن کودک
	۷۵ (۱۱/۷)	۴۳ (۵۷/۵)	ناخواسته
$P < 0/001$	۴۳ (۷/۳)	۳۲ (۷۴/۴)	بیماری مادرزاد آشکار کودک
	۵۴۹ (۹۲/۷)	۲۰۱ (۳۶/۶)	ندارد
$P < 0/010$	۴۷۲ (۸۲/۰)	۱۶۳ (۳۴/۵)	نوع تغذیه کودک
	۱۲۵ (۱۸/۰)	۶۵ (۵۲/۰)	شیر مادر
$P > 0/500$	۴۵۳ (۷۵/۷)	۱۷۷ (۳۹/۰)	نوع زایمان
	۱۴۵ (۲۴/۳)	۵۴ (۳۷/۰)	طبیعی
			سزارین

خانواده‌ها رضایت‌بخش‌تر است، ولی با تغییرات فرهنگی سال‌های اخیر، محدودیت تعداد فرزندان و شاید تغییر نقش دختران در جامعه حاضر، این امر مسأله جدی برای خانواده نمی‌باشد؛ اگر چه این ادعا به بررسی با روش علمی نیاز دارد.

رابطه بین نوع زایمان (سزارین یا طبیعی) و افسردگی پس از زایمان، از دیگر متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش حاضر بود. تفاوت آماری معنی‌داری از نظر شیوع افسردگی در دو گروه مشاهده نشد ($P > 0/500$). مطالعه‌ای بر روی ۳۹۶ زن در بیروت، سزارین را به عنوان یک عامل کاهش‌دهنده ریسک افسردگی پس از زایمان معرفی نمود (۴۱). مطالعه دیگر در کاشان، ارتباط معنی‌دار آماری بین افسردگی پس از زایمان و نوع زایمان یافت نکرد (۴۲) که این تناقضات نیاز به بررسی بیشتر دارد.

تنوع و تفاوت مطالعات در جوامع مختلف به نحو بارز و چشم‌گیری مشاهده می‌شود. با این وجود، مدرک معتبری در حمایت از این که عامل دموگرافیک خاصی در تمامی جوامع، افراد را مستعد ابتلا به افسردگی پس از زایمان کند، موجود نمی‌باشد (۸). از این رو، با اتکا به یافته‌های دموگرافیک نمی‌توان به طور قابل اعتماد پیش‌بینی نمود که برای کدام زن احتمال بروز اختلال افسردگی پس از زایمان بیشتر است. بنابراین، با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان و اثرات منفی آن بر سلامت مادر، کیفیت مراقبت از کودک و رشد و تکامل کودک، به نظر می‌رسد که استفاده از آزمون سنجش افسردگی Beck در همه مادران پس از زایمان، برای غربالگری افسردگی توسط سیستم‌های مراقبت بهداشتی ضروری می‌باشد. بدین طریق با شناسایی مادران افسرده، به ارتقای کیفیت مراقبت از مادر و کودک کمک زیادی می‌شود. در نهایت، با ارجاع مادران دارای نمره غربالگری بالاتر از نقطه برش ارایه شده در مطالعات به روان‌پزشک جهت بررسی بیشتر و درمان مادران افسرده، می‌توان به عنوان بخشی از برنامه‌ریزی بهداشتی برای سامان‌دهی و کمک به این افراد در نظر گرفت.

سپاسگزاری

از کلیه مشارکت‌کنندگان در طرح و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی روستایی نجف‌آباد که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، قدرانی می‌شود.

شیردهی به فرزند و نقش حفاظتی آن در مقابل افسردگی، موضوع بحث‌انگیز و همراه با نتایج ضد و نقیض می‌باشد که به صورت داشتن نقش حفاظتی (۴۲، ۴۱) و یا عدم رابطه بین شیردهی و افسردگی پس از زایمان (۴۰، ۳۹) مطرح شده است. شیوع افسردگی مادران شیرده در مطالعه حاضر، ۳۴ درصد و مادرانی که شیردهی نداشتند، ۵۲ درصد به دست آمد که این تفاوت با $P < 0/10$ معنی‌دار بود. برای توجیه این رابطه، بررسی‌های بیشتری لازم است. از سویی، موضوع عدم شیردهی می‌تواند معلول افسرده بودن مادر و عدم انگیزه در مراقبت با کفایت از کودک خود باشد و یا بر عکس، مادری که قادر به شیردهی به هر دلیلی نیست، احساس بی‌کفایتی می‌کند و به افسردگی ثانویه دچار می‌شود. فرضیات دیگری که در این زمینه می‌توان مطرح نمود، ارتباط فیزیکی و عاطفی نزدیک مادر و کودک در جریان شیردهی می‌باشد که نقش حفاظتی در مقابل افسرده شدن را ممکن می‌سازد.

موضوع اشتغال مادر و نقش حفاظتی آن در مقابل افسرده شدن در مطالعات زیادی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۹) که بیشتر آن‌ها این نقش حفاظتی را با ارتباط اجتماعی بهتر مادران شاغل و تأثیر آن در تحمل و پردازش راحت‌تر استرس‌های روزمره مربوط می‌دانستند. در مطالعه حاضر نیز می‌توان این تفاوت آماری معنی‌دار شیوع بیشتر افسردگی مادران خانه‌دار در مقایسه با مادران شاغل را مشاهده کرد.

از یافته‌های قابل توجه این مطالعه، شیوع ۱۱/۸ درصد حاملگی ناخواسته جمعیت مورد مطالعه بود که شیوع افسردگی در این گروه، ۵۷/۳ درصد به دست آمد که با $P < 0/001$ تفاوت معنی‌داری با گروه حاملگی خواسته و برنامه‌ریزی شده نشان داد. این موضوع، یک نتیجه قابل پیش‌بینی و تکراری در مقایسه با سایر مطالعات می‌باشد (۴۰، ۳۹).

یافته‌های به نسبت ضد و نقیضی نیز در زمینه ارتباط بین جنس نوزاد و افسردگی پس از زایمان وجود دارد. در یک مطالعه عنوان شده است که تولد نوزاد دختر، وقتی خانواده منتظر پسر هستند، یک ریسک فاکتور برای افسرده شدن مادر به حساب می‌آید (۴۰). در دو مطالعه دیگر، هیچ‌گونه رابطه‌ای بین جنسیت نوزاد و افسردگی پس از زایمان گزارش نگردید (۴۰، ۳۹). در مطالعه حاضر نیز تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مادران راضی و ناراضی از جنسیت کودک خود مشاهده نشد. اگر چه به طور سنتی، جنسیت پسر برای

References

1. Murray CJL. The global burden of disease. Boston, MA: Harvard T.H. Chan School of Public Health; 1996.
2. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. Arch Gen Psychiatry 1977; 34(1): 98-111.
3. Boyd JH, Weissman MM. Epidemiology of affective disorders. A reexamination and future directions. Arch Gen Psychiatry 1981; 38(9): 1039-46.
4. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in depression. Palo Alto, CA: Stanford University Press; 1990.
5. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349(9064): 1498-504.
6. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. Obstet Gynecol 2004; 103(4): 698-709.
7. Stowe ZN, Hostetter AL, Newport DJ. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. Am J Obstet Gynecol 2005; 192(2): 522-6.
8. Sadock B, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
9. American Academy of Family Physicians, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1995.

10. Christa AF. A review of postpartum depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 1(1): 9-14.
11. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002; 347(3): 194-9.
12. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
13. Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95(1): 62-6.
14. Glasser S, Barell V, Shoham A, Ziv A, Boyko V, Lusky A, et al. Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: Prevalence, incidence and demographic risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19(3): 155-64.
15. Cryan E, Keogh F, Connolly E, Cody S, Quinlan A, Daly I. Depression among postnatal women in an urban Irish community. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2001; 18(1): 5-10.
16. Lteif Y, Kesrouani A, Richa S. Depressive syndromes during pregnancy: Prevalence and risk factors. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005; 34(3 Pt 1): 262-9.
17. Kheirabadi GHR, Kiani Z. Comparison of general mental health score of husbands of postpartum depressed and non-depressed women. *J Res Behav Sci* 2005; 2: 57-62. [In Persian].
18. Hasan Zahrai R, Khodadostan M, Asadollahi G, Bashardost N. Evaluation of factors associated with postpartum depression in women referred to health centers in Isfahan. *Iran J Nurs Res* 1997; 7(11): 57-65. [In Persian].
19. Foruzande N, Dasht bozorgi B. Prevalence and predisposing factors of post-partum depression among women referred to the health care centers of Shahrekord in 1996. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2000; 2(1): 43-51. [In Persian].
20. Rohi M. Survey of mother health problems in 6th week postpartum in Tabriz [Thesis]. Tabriz, Iran: Tabriz University of Medical Sciences; 2001. [In Persian].
21. 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; 189(5): 1407-12.
22. Werrett J, Clifford C. Validation of the Punjabi version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). *Int J Nurs Stud* 2006; 43(2): 227-36.
23. Beck CT. Predictors of postpartum depression: An update. *Nurs Res* 2001; 50(5): 275-85.
24. Patel V, Rodrigues M, de Souza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002; 159(1): 43-7.
25. Adewuya AO, Fatoye FO, Ola BA, Ijaodola OR, Ibigbami SM. Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. *J Psychiatr Pract* 2005; 11(5): 353-8.
26. da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalifé S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9(2): 95-102.
27. Figueiredo B, Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Deeds O, Ascencio A. Partner relationships during pregnancy in anxious and depressed women and men. *Psicologia, Saude e Doenças* 2010; 11(2): 243-50.
28. Leung WC, Kung F, Lam J, Leung TW, Ho PC. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79(2): 159-66.
29. Kheirabadi GH. Comparative study of birth growth indexes in depressed and non-depressed mother's newborns. *Ann Gen Psychiatry* 2006; 5: S202.
30. Wewerinke A, Honig A, Heres MH, Wennink JM. Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150(6): 294-8.
31. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C. Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behav Dev* 2007; 30(1): 127-33.
32. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
33. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 11.
34. Mazhari S, Nakhaee N. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in an Iranian sample. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10(6): 293-7.
35. Kheirabadi GHR, Maracy MR, Akbaripour S, Masaeli N. Psychometric properties and diagnostic accuracy of the Edinburgh postnatal depression scale in a sample of Iranian women. *Iran J Med Sci* 2012; 37(1): 32-8.
36. Salmalian H, Nasiri Amiri F, Khirkhah F. Prevalence of pre and postpartum depression symptoms and some related factors (Babol 2006-2007). *J Babol Univ Med Sci* 2008; 10(3): 67-75. [In Persian].
37. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics* 2006; 118(2): 659-68.
38. Durik AM, Hyde JS, Clark R. Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: psychosocial outcomes for mothers and infants.

- Dev Psychol 2000; 36(2): 251-60.
39. Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002; 70(3): 291-306.
 40. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1996; 168(5): 607-11.
 41. Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr GJ, Nikodem VC. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomized, controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168(5): 1388-93.
 42. Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rassaby ES. Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 339-46.



Postpartum Depression and Related Factors in Rural Areas of Najafabad, Iran

Gholam Reza Kheirabadi¹, Sima Sadri², Zahra Abedi³, Elham Velayati³

Original Article

Abstract

Aim and Background: Despite prominent medical health improvement programs for women of reproductive ages in recent years, the mental health of this group has been neglected. An increasing trend had been observed in the rate of depression among women of reproductive ages. Depression has negative effects on the health status and quality of life (QOL) of women and their family members. Moreover, sociocultural factors in different societies have high impact on depression in women. Due to the abovementioned factors, this study was designed to evaluate the prevalence of postpartum depression and its correlation with some socio-demographic risk factors in women referred to local health centers in Najafabad, Iran. Using the results of this study, recommendations for health plans can be provided based on local risk factors.

Methods and Materials: This cross-sectional descriptive study was performed in the summer of 2004. The study subjects included all mothers of rural areas of Najafabad who had given birth 2-12 months prior to the study (640 women). The data collection tools consisted of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and a researcher-made socio-demographic questionnaire.

Findings: The total prevalence of depression was 37.2%. Being a housewife, unplanned pregnancy, lack of breastfeeding, prominent congenital malformation of the infant, primiparity, and multiparity (more than 3 births) were the main factors related to postpartum depression in this study. Postpartum depression had no significant relations with mother's age and level of education, delivery mode, dissatisfaction with infant's gender, and family economic status.

Conclusions: The numerous previous studies have not provided reliable supporting evidence for the existence of common socio-demographic risk factors for postpartum depression in different societies. Thus, all public health interventions for the prevention of postpartum depression must be based on regional risk factors.

Keywords: Risk factors, Depression, Delivery, Reproductive ages

Citation: Kheirabadi GhR, Sadri S, Abedi Z, Velayati E. **Postpartum Depression and Related Factors in Rural Areas of Najafabad, Iran.** *J Res Behav Sci* 2015; 13(4): 555-61

Received: 29.05.2015

Accepted: 24.09.2015

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1- Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Researcher, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- General Practitioner, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Gholam Reza Kheirabadi, Email: kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir