



بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در شهر کرمان

دکتر علیرضا غفاری نژاد^{۱*}، دکتر فریبا خویباری^{۲*}، فاطمه پویا^{۳*}

چکیده

افسردگی پس از زایمان، اختلال شایعی بوده و موجب آسیب قابل ملاحظه‌ای در زندگی روزانه بیمار می‌گردد. در این پژوهش مقطعی، ۴۰۰ زن از بین زنانی که در فاصله دو هفته تا دو ماه پیش زایمان کرده بودند به طور تصادفی انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد توسط آزمون سنجش افسردگی بک به همراه پرسشنامه مربوط به مشخصات و پیامدهای ناشی از بارداری مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش به کمک روشهای آمار توصیفی، آزمون خی دو و آزمون آمورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد ۳۱/۱٪ از آنها نمره ۱۶ و یا بالاتر در آزمون دریافت نمودند که نشان دهنده وجود افسردگی می‌باشد. شیوع افسردگی در زنانی که برای نخستین بار زایمان می‌نمودند و یا سابقه بچه‌اندازی و مرگ کودک را در گذشته داشته و یا بارداری آنها ناخواسته بوده بیشتر بود. اهمیت جنسیت کودک از نظر مادر و تعداد فرزند بیشتر با افزایش شیوع افسردگی ارتباط معنی‌دار نشان دادند. تشخیص زودرس این اختلال می‌تواند پیامدهای بعدی را کاهش دهد.

Andeesheh
Va
Raftar
اندیشه‌ورفتار

۲۴

کلید واژه: افسردگی پس از زایمان، کرمان، آزمون افسردگی بک

می‌ترسد. پیش از پیدایش دانش پزشکی نوین این ترس با باورهای خرافی بهم آمیخته بود. یکی از موجودات خیالی که دشمن زنان زائو به شمار می‌رفت "آل" بود. آل زنی بود که به اشکال گوناگون توصیف می‌گردید: با دست و پاهای استخوانی و لاغر یا با دماغ قرمز بزرگ و پستانهای بسیار بزرگ، که با درآوردن و بیرون کشیدن جگر یا دل سبب

ترس از زایمان، ترسی است عمومی و به معنای ترس از مرگ است و هر چند که زایمان امری طبیعی است و نبایستی ایجاد ترس و اضطراب نماید ولی شاید به علت رخدادهای ناگواری که گهگاه پیش می‌آید، زن زائو در روزها و ساعتهای آخر بارداری دچار اضطراب شده، از رویدادهای ناگوار و یا از خود عمل زایمان بطور مبهم

* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، مجتمع روانپزشکی شهید بهشتی
** پزشک عمومی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، مجتمع روانپزشکی شهید بهشتی
*** عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرگ و نابودی زائو و گاه نوزاد می‌گردید. برای دور کردن آل نیز کارهای خرافی بی شماری انجام می‌گردید. اعتقاد به پدیده‌های خرافی و خیالی دیگری نیز وجود داشت برای نمونه "ام الصبیان"، دیو مادینه‌ای با پستان‌های بزرگ و پر بود که به سراغ بچه‌ها رفته و آنها را مبتلا به غش و تشنج می‌کرد. "ششه" نیز جانوری خیالی مانند آل بود که به سراغ بچه‌ها رفته و چنانچه دعای دافع همراه نداشتند، آنها را با خود به دیار مرگ می‌برد (داویدیان، ۱۳۴۴).

می‌توان گفت که پیامدها و مشکلات پس از زایمان از دیرباز مورد توجه بشر بوده است و امروزه با پیشرفت روشهای نوین پزشکی اگر چه مرگ و میر مادران و نوزادان و ناراحتیهای پس از زایمان کاهش چشمگیری یافته و باورهای خرافی به ویژه در شهرهای بزرگ به دست فراموشی سپرده شده است، اما هنوز ناراحتی‌های روانی پس از زایمان سبب رنج فراوانی می‌گردند. یکی از اختلالهای روانی شایع پس از زایمان، افسردگی می‌باشد. هر چند در تعریف افسردگی پس از زایمان اختلاف نظرهایی وجود داشته است اما امروزه آن را به عنوان یک نوع افسردگی می‌شناسند. دل‌مردگی پس از زایمان^(۱) که ۸۰٪-۵۰٪ زنان پس از زایمان بدان دچار می‌شوند و نشانه‌های شبیه افسردگی آن تا یک هفته پس از زایمان به پایان می‌رسد، تفاوت دارد (پاری^(۲)، ۱۹۹۵). افسردگی پس از زایمان سبب افزایش آسیب پذیری مادر و کودک و ارتباط میان آنان می‌گردد (بک، ۱۹۹۵a) که خود مشکلات رفتاری کودکان را در آینده افزایش می‌دهد (فیلیپس^(۳) و هارا^(۴)، ۱۹۹۱). آسیب‌های کوتاه مدتی که مادر و کودک از نشانه‌های افسردگی مانند کم‌اشتهایی و بی‌علاقگی می‌بینند را نیز نبایستی از نظر دور داشت. در بیشتر موارد این اختلال تا هفته دهم پس از زایمان بروز می‌نماید (پاری، ۱۹۹۵؛ پاپ^(۵)، اسد^(۶)، گوس^(۷) و همکاران، ۱۹۹۳).

افسردگی پس از زایمان یک اختلال چند عاملی است

و تغییرات هورمونی رایگی از دلایل پیدایش آن می‌دانند. در این رابطه به کاهش سطح سرمی استرادیول، پروژسترون، تیروکسین و کاهش ترشح هورمون آدرنوکورتیکوتروپین^(۸) و در نتیجه کاهش سطح سرمی کورتیزول و بهم خوردن میزان ترشح آندروژن‌ها، پس از زایمان اشاره شده است (پاری، ۱۹۹۵). وجود سابقه افسردگی پیشین، فشارهای روانی پیش از زایمان و پیدایش مسئولیت جدید نگهداری از نوزاد از عوامل دیگری هستند که در پیدایش افسردگی پس از زایمان مؤثر دانسته شده‌اند.

افزون بر آن عوامل وابسته به فرهنگ مانند اهمیت جنسیت نوزاد و شمار فرزندان که در برخی برسیها کمتر بدانها توجه شده است در پیدایش افسردگی پس از زایمان مؤثر می‌باشند. بروز افسردگی انگیزه نگهداری کودک را در مادر کاهش می‌دهد و بدین ترتیب آسیب‌های ناشی از آن متوجه کودک می‌گردد. برای نمونه مادر افسرده انگیزه کمتری برای تغذیه صحیح و شیردادن به نوزاد خود دارد که مستقیماً به سلامت کودک مربوط می‌گردد. به رغم تأثیرات منفی این اختلال در بهداشت مادر و کودک تنها شمار کمی از این موارد توسط کارکنان بهداشتی، درمانی تشخیص داده می‌شوند (بک، ۱۹۹۵b). در این پژوهش ضمن بررسی شیوع اختلال افسردگی پس از زایمان به ارتباط عوامل احتمالی مربوط به آن از جمله عوامل فرهنگی پرداخته می‌شود.

روش

این پژوهش از نوع پژوهشهای مقطعی است که برای

- | | |
|------------------------------|---------|
| 1-post partum blues | 2-Parry |
| 3-Phillips | 4-Hara |
| 5-Pop | 6-Essed |
| 7-Geus | |
| 8-adrenocorticotropin (ACTH) | |

بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در شهر کرمان با روش نمونه گیری تصادفی ساده صورت گرفته است. برای اجرای پژوهش نخست به کلیه زایشگاههای شهر کرمان مراجعه و نام زنانی که در فاصله دو هفته تا دو ماه پیش از آن به صورت طبیعی و سزارین زایمان نموده بودند مشخص گردید. سپس به کمک جدول اعداد تصادفی ۴۲۰ نفر به عنوان آزمودنیهای پژوهش انتخاب گردیدند و به نشانی نوشته شده در پرونده آنها مراجعه شد. سپس پرسشنامه سنجش افسردگی بک به همراه پرسشنامه جمعیت شناختی و اطلاعات مربوط به زایمان اخیر مانند سن، سطح سواد، زایمان چندم، تعداد فرزندان، سابقه بچه اندازی، سابقه مرگ فرزند در گذشته، اهمیت جنسیت نوزاد، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری اخیر از دید مادر، شغل مادر، نوع زایمان و پیامدهای بارداری در سه ماهه آخر، میان آنها توزیع گردید. ۲۰ نفر به علت عدم همکاری از بررسی کنار گذاشته شدند و بررسی بر روی ۴۰۰ نفر انجام گرفت. داده‌های گردآوری شده به کمک روشهای آماری توصیفی، آزمون خی دو و آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش، آزمون سنجش افسردگی بک بود که دارای ۲۱ پرسش است و بر اساس شدت نشانه پرسش شده، نمره ۰ تا ۳ داده می‌شود. دامنه نمره‌های بدست آمده بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد.

نمره‌های ۰-۹ مربوط به افرادی است که دچار افسردگی نمی‌باشند، نمره‌های ۱۰-۱۵ نمایانگر وضعیت مرزی، نمره‌های ۱۶-۲۰ نمایانگر افسردگی خفیف، نمره‌های ۲۱-۳۰ افسردگی متوسط و نمره‌های ۳۱-۴۱ نشان دهنده افسردگی شدید و بالاتر از ۴۰ افسردگی خیلی شدید را نشان می‌دهد.

یافته‌ها

در گروه مورد بررسی ۱۸۳ نفر (۴۵/۷٪) افسردگی

نداشتند، ۹۳ نفر (۲۳/۳٪) در حد مرزی و ۱۲۴ نفر (۳۱٪) افسرده بودند. از میان کسانی که افسردگی داشتند ۶۳ نفر (۱۵/۸٪) افسردگی خفیف، ۵۱ نفر (۱۲/۸٪) افسردگی متوسط، ۸ نفر (۲٪) افسردگی شدید و ۲ نفر (۰/۵٪) افسردگی خیلی شدید داشتند.

سن زنان مورد بررسی بین ۱۵ تا ۵۰ سال با میانگین ۲۷ و انحراف معیار ۵/۸ بود. آزمودنیهای پژوهش در ۳ گروه سنی جای گرفتند. از ۱۴۷ نفر که در گروه ۱۵-۲۴ سال قرار گرفتند ۴۵ نفر (۳۰/۶٪) افسرده بوده و ۱۰۲ نفر (۶۹/۴٪) افسردگی نداشتند. از ۲۰۴ نفر که در گروه ۲۵-۳۴ سال قرار گرفتند، ۶۱ نفر (۲۹/۹٪) افسردگی داشته و ۱۴۳ نفر (۷۰/۱٪) افسرده نبودند. از ۴۹ نفر در گروه سنی ۳۵-۵۰ سال ۱۸ نفر (۳۶/۷٪) افسرده بوده و ۳۱ نفر (۶۳/۳٪) افسرده نبودند. داده‌های مربوط به سن و میزان افسردگی به کمک آزمون خی دو تحلیل گردید که تفاوت دیده شده از نظر آماری معنی دار نبود.

این بررسی نشان داد که ۱۵۱ نفر زایمان اول خود را انجام داده بودند که از این تعداد ۳۵ نفر (۲۳/۲٪) افسردگی داشتند و ۱۱۶ نفر (۷۶/۸٪) افسرده نبودند. ۲۴۹ نفر دیگر زایمان چندم خود را پشت سر گذاشته بودند که از این گروه ۸۹ نفر (۳۵/۷٪) افسرده بودند و ۱۶۰ نفر (۶۴/۳٪) افسرده نبودند. داده‌های مربوط به شمار زایمان‌ها و میزان افسردگی به کمک آزمون خی دو تحلیل گردید که نشان دهنده تفاوت آماری معنی دار بود ($\chi^2=6/94$ و $P<0/01$). جدول ۱ توزیع فراوانی مادران را با توجه به شمار فرزندان و میزان افسردگی آنان نشان می‌دهد. میانگین شمار فرزندان افرادی که افسرده بودند ۲/۵۵ و انحراف معیار ۱/۷ بوده و میانگین شمار فرزندان افرادی که افسرده نبودند ۲ و انحراف معیار ۱/۲ بود. آزمون t نشان داد که افسردگی در گروه دارای فرزند بیشتر، عمیق تر است ($P<0/05$ و $t=3/4$).

۷۱ نفر سابقه بچه اندازی داشتند که ۳۳ نفر آنها

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد آزمودنیهای پژوهش بر حسب تعداد فرزندان و چگونگی افسردگی پس از زایمان

تعداد فرزندان	وضعیت افسردگی				جمع
	افسرده		غیرافسرده		
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱	۴۳	۲۶/۴	۱۲۰	۷۳/۶	۱۶۳
۲	۳۲	۲۸/۸	۷۹	۷۱/۲	۱۱۱
۳	۲۰	۳۳/۳	۴۰	۶۶/۷	۶۰
۴	۱۰	۳۰/۳	۲۳	۶۹/۷	۳۳
۵	۱۰	۵۰	۱۰	۵۰	۲۰
۶	۷	۶۳/۶	۴	۳۶/۴	۱۱
۹	۲	۱۰۰	۰	۰	۲

میزان افسردگی را در گروهی که جنسیت نوزاد برایشان مهم بود شایع تر نشان داد ($P < 0/01$ و $X^2 = 10/13$).

بارداری ۲۶۱ نفر خواسته بود که از این تعداد ۶۲ نفر (۲۳/۸٪) افسرده بودند و ۱۹۹ نفر (۷۶/۲٪) افسردگی نداشتند. از ۱۳۹ نفر دیگر که بارداری ناخواسته داشتند، ۶۲ نفر (۴۴/۶٪) افسرده بوده و ۷۷ نفر دیگر (۵۵/۴٪) افسرده نبودند. آزمون خی دو نشان داد بارداری ناخواسته

با شیوع بالاتر افسردگی همراه است ($P < 0/001$ و $X^2 = 18/43$).

یافته‌های پژوهش نشان داد که از ۳۱۸ نفر زنان خانه‌دار ۹۹ نفر (۳۱/۱٪) افسرده بوده و ۲۱۹ نفر (۶۸/۹٪) افسرده نبودند. همچنین از ۸۲ نفر زنان شاغل ۲۵ نفر (۳۰/۵٪) افسردگی داشته و ۵۷ نفر (۶۹/۵٪) افسردگی نداشتند. آزمون خی دو تفاوت معنی داری در زمینه افسردگی زنان شاغل و غیر شاغل نشان نداد.

۲۰ نفر از افراد مورد بررسی بی سواد بودند که از این تعداد ۱۱ نفر (۵۵٪) افسرده بوده و ۹ نفر (۴۵٪) افسردگی نداشتند. ۸۷ نفر تحصیلات ابتدایی داشتند که ۲۷ نفر آنها (۳۱٪) افسرده بوده و ۶۰ نفر (۶۹٪) افسردگی نداشتند. از ۸۵ نفری که تحصیلات راهنمایی داشتند ۲۴ نفر (۲۸/۲٪) افسردگی داشته و ۶۱ نفر (۷۱/۸٪) دچار افسردگی نبودند. از ۲۰۸ نفر با تحصیلات دیپلم و بالاتر ۶۲ نفر (۲۹/۸٪) افسرده بوده و ۱۴۶ نفر (۷۰/۲٪) افسردگی نداشتند. آزمون خی دو ارتباطی بین تحصیلات و شیوع افسردگی پس از زایمان نشان نداد.

۲۶۱ نفر از مادران به صورت طبیعی زایمان نموده

(۴۶/۵٪) افسرده بودند و ۳۸ نفر (۵۳/۵٪) افسرده نبودند. ۳۲۹ نفر سابقه بچه اندازی نداشتند که از این گروه ۹۱ نفر (۲۷/۷٪) افسردگی داشته و ۲۳۸ نفر (۷۲/۳٪) افسردگی نداشتند. آزمون خی دو نشان داد که شیوع افسردگی در گروهی که در گذشته بچه اندازی داشتند بیشتر بوده است ($P < 0/01$ و $X^2 = 9/7$).

۲۶ نفر در گذشته سابقه مرگ فرزند به دلایل مختلف داشتند که از این تعداد ۱۳ نفر (۵۰٪) دچار افسردگی بوده و ۱۳ نفر (۵۰٪) افسردگی نداشتند. از ۳۷۴ نفری که چنین تاریخچه‌ای نداشتند ۱۱۱ نفر (۲۹/۷٪) افسرده بوده و ۲۶۳ نفر (۷۰/۳٪) افسردگی نداشتند. آزمون خی دو شیوع افسردگی را در گروه با سابقه مرگ فرزند در گذشته به صورت معنی داری بیشتر نشان داد ($P < 0/05$ و $X^2 = 4/7$).

جنسیت نوزاد از نظر ۷۳ نفر از مادران مورد بررسی مهم بود. از این تعداد ۴۳ نفر (۴۶/۶٪) افسرده بوده و ۳۹ نفر دیگر (۵۳/۴٪) افسرده نبودند. برای ۳۲۷ نفر دیگر جنسیت نوزاد مهم نبود که از این گروه ۹۰ نفر (۲۷/۵٪) افسرده و ۲۳۷ نفر (۷۲/۵٪) افسرده نبودند. آزمون خی دو

بودند که ۸۰ نفر (۷/۳۰٪) از آنها افسرده بوده و ۱۸۱ نفر (۳/۶۹٪) افسردگی نداشتند. از ۱۳۹ نفری که به روش سزارین زایمان نموده بودند ۴۴ نفر (۷/۳۱٪) افسرده و ۹۵ نفر دیگر (۳/۶۸٪) افسرده نبودند. آزمون آماری خی دو تفاوت معنی داری را در زمینه افسردگی دو گروه نشان نداد.

بحث در یافته‌ها

اختلال افسردگی پس از زایمان با مشکلات زیادی برای مادر و کودک همراه است. در برخی بررسیها شیوع این اختلال در مادران جوان بیشتر از مادران در سنین بالاتر است (چن^(۱)، ۱۹۹۶). اما در این پژوهش تفاوتی بین گروههای سنی مختلف دیده نشد.

با توجه به روشها و ابزار سنجش گوناگونی که در بررسیهای مختلف به کار رفته است و با توجه به اینکه شیوع افسردگی پس از زایمان به عوامل فرهنگی اجتماعی بستگی دارد (کومار^(۲)، ۱۹۹۴)، یافته‌های متفاوتی در زمینه شیوع این اختلال گزارش گردیده است. در این پژوهش ۳۱/۱٪ به درجات متفاوتی افسرده بودند. در پژوهشی در کانادا شیوع این اختلال ۶/۲٪ (زلکویتز^(۳)، ۱۹۹۵)، در دانمارک با همین ابزار ۱۴-۷٪ (پوپ و همکاران، ۱۹۹۳)، در فرانسه با آزمون زرسن^(۴) شیوع ۲۳٪ (بونین^(۵)، ۱۹۹۲)، در بررسی دیگری باهمین روش شیوع اختلال ۹/۳٪ گزارش گردید (کمپبل^(۶) و کوهن^(۷)، ۱۹۹۱). در شیلی به کمک مقیاس افسردگی ادینبورگ ۳۶/۷٪ (جادرسیک^(۸) و آریا^(۹)، ۱۹۹۵) گزارش گردیده است. به طور کلی شیوع این اختلال ۱۵-۱۰٪ گزارش شده است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵).

این بررسی نشان داد که افسردگی پس از زایمان در زنانی که برای نخستین بار زایمان نموده بودند بیشتر از زنانی بوده است که چندمین زایمان خود را پشت سر گذاشته بودند. بررسیها نشان داده‌اند که با افزایش فرزندان

بطور معنی داری شانس ابتلا به افسردگی بالا می‌رود (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵؛ بک، ۱۹۹۲). همچنین بارداری ناخواسته ممکن است باعث افزایش شیوع افسردگی پس از زایمان باشد. افزایش شیوع افسردگی با سابقه بچه اندازی پیشین و یا مرگ فرزند می‌تواند به علت زنده شدن احساسات دردناک پیشین پس از زایمان اخیر باشد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵). در این پژوهش تفاوتی میان شیوع افسردگی در زندهای شاغل و خانه‌دار دیده نشد. در حالی که در بررسی انجام شده در کانادا افسردگی در زندهای شاغل بیشتر بود. (زلکویتز، میل^(۱۰)، ۱۹۹۵).

منابع

داویدیان، هاراطون (۱۳۴۴). ال و ام الصبیان بر مبنای روانشناسی، مجله سخن، شماره ۱، دوره ۱۶، ص ۳۴-۱۹.
Beck, C.T. (1995a). Screening method for postpartum depression. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing*, 24, 308-312.
Beck, C. T. (1995b). The effect of postpartum depression on mental - infant interaction: a meta - analysis. *Nursing - Research*. 44, 298-304.
Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing-Research*, 45, 297-303.
Beck, C. T., Reynolds, M. A. & Rutowski, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing*, 21, 287-293.
Bonnin, F. (1992). Screening of depressive disorders during the postpartum period with Zerssen Self - Evaluation

- | | |
|-------------|------------|
| 1-Chen | 2-Kumar |
| 3-Zelkowitz | 4-Zerssen |
| 5-Bonnin | 6-Campbell |
| 7-Cohn | 8-Jadresic |
| 9-Araya | 10-Milet |

Scale. *Encephale*, 18, 551-555.

Campbell, S. B., & Cohn, J. F. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first - time mothers. *Journal Abnormal Psychology*, 100, 594-599.

Chen, CH. (1995). Etiology of postpartum depression - a review, *Kao-Hsiung I-Hsueh-Ko-Hsuen-Tsa-Chih*, 11(1), PP 1-7 (Meddline abstract).

Chen, C.H. (1996). Etiology of postpartum depression-a review, *Kao-Hsiung I-Hsueh-Ko-Hsuen-Tsa-Chih*, 12 (2): PP 104-13 (Mediline abstract).

Jadresic, E., & Araya, R. (1995). Prevalence of postpartum depression and associated factors in Santiago, Chile. *Rev. Med. Chil*, 123; 694-699.

Kumar, R. (1994). Postnatal mental illness: A transcultural perspective. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 29, 250-264.

Parry, B. L. (1995). Postpartum psychiatric syndromes. In H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds.). *Comprehensive text-*

book of psychiatry. (6th ed.) Baltimore: Williams & Wilkins.

Phillips, L. H., & O'Hara, O. W. (1991). Prospective study of postpartum depression: 41/2-year follow up of women and children, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 151-155.

Pop, V. J., Essed, G. G., de Geus, C. A., Van-Son, M. M., & Komprde, I. H. (1993). Prevalence of postpartum depression-or is it post puerperium depression? *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 72, 354-358.

Thalassions, M., & Zittoun, C. (1993). Anxiety and depressive disorders in the postpartum period in pregnant females. *Journal Gynecology Obstetrics*, 22; 101-106.

Zelkowitz, P., Milet, T. H. (1995). Screening for postpartum depression in a community sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 80-86.