

بررسی عوامل مساعدکننده افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهر ارومیه در سال ۱۳۹۴

مرضیه ساعی قره‌ناز^۱، حمیده محدثی^{۲*}، ریحانه عدالت نمون^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۶/۳۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۹/۰۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: افسردگی پس از زایمان به‌عنوان یک مشکل بهداشت عمومی با علت ناشناخته می‌باشد، در مطالعات متعدد عواملی مختلفی به‌عنوان ریسک فاکتور افسردگی پس از زایمان گزارش شده‌اند، مطالعه حاضر باهدف تعیین عوامل مساعدکننده افسردگی بعد از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر ارومیه صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- مقطعی ۱۷۵ نفر از زنان زایمان کرده واجد معیارهای ورود به مطالعه، به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای در مراکز بهداشتی منتخب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با تکمیل پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه افسردگی بک وارد مطالعه شدند، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۷ و آزمون‌های آماری توصیفی و آزمون کای دو و فیشر و رگرسیون لجستیک مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن افراد موردبررسی $27/78 \pm 6/11$ سال بود. ۵۰/۹ درصد موارد جنسیت نوزاد پسر بود، ۵۲ درصد موارد نوع زایمان عمل سزارین بود و ۶۳/۲ درصد دارای بارداری خواسته بودند و ۱۸/۲ درصد افسردگی خفیف، ۱۶/۶ درصد افسردگی متوسط، ۱۲/۶ درصد افسردگی شدید داشتند. بین افسردگی و وضعیت اقتصادی، نوع زایمان، ناخواسته بودن بارداری، سابقه افسردگی در بارداری و مشکلات با خانواده همسر تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$)، بر اساس نتایج رگرسیون لجستیک متغیرهای تأثیرگذار بر افسردگی پس از زایمان شامل سابقه افسردگی در بارداری ($OR=2/54$)، وجود مشکلات خانوادگی با خانواده ($OR=9/32$) و وضعیت اقتصادی ($OR=0/39$) بود.

نتیجه‌گیری: در جامعه این مطالعه فراوانی افسردگی پس از زایمان بالا بود و این رنگ هشدار تهدیدی کننده سلامت مادران جامعه این مطالعه می‌باشد، از آنجاکه بسیاری از عوامل مستعد کننده این اختلال با مداخلات مناسب قابل‌پیشگیری می‌باشد، لذا توصیه می‌شود با تشخیص زودرس عوامل خطر، از پیامدهای بعدی افسردگی پس از زایمان جلوگیری شود.

کلیدواژه‌ها: افسردگی بعد از زایمان، عوامل خطر، تست افسردگی بک

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۸۸، بهمن ۱۳۹۵، ص ۹۱۸-۹۲۵

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۱۶

Email: hmohaddesi.han@gmail.com

مقدمه

ایران ۲۵/۳ درصد گزارش شده است (۳). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، افسردگی چهارمین عامل از عوامل منجر به بار جهانی بیماری و علت اصلی ناتوانی می‌باشد (۴). زنان دو برابر مردان در معرض اختلالات افسردگی هستند، هورمون‌های جنسی و رویدادهای باروری نقش مهمی در این تفاوت بروز در سال‌های باروری دارند (۵، ۶). در مطالعات متعدد عواملی مختلفی به‌عنوان ریسک فاکتور افسردگی پس از زایمان گزارش شده‌اند که شامل:

افسردگی پس از زایمان یکی از اختلالات روانی می‌باشد که با احساس غمگینی، ناتوانی در لذت بردن، تحریک‌پذیری، عصبانیت و کاهش اعتمادبه‌نفس مشخص می‌شود (۱)، شیوع افسردگی بعد از زایمان در سراسر جهان از ۰/۵-۶۰/۸ درصد در طول ۱۲ ماه اول بعد از زایمان متفاوت می‌باشد (۲). در مطالعه مروری ویسانی و همکاران در سال ۲۰۱۳ میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان در

^۱ دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دفتر تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ دانشجوی کارشناس مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

وزن کم هنگام تولد نوزاد (۷)، فقر اجتماعی، سابقه علائم اضطراب در بارداری، خشونت فیزیکی همسر در بارداری (۸)، سندرم پیش از قاعدگی (۹)، پریمی پار بودن (۱۰)، مرده زایی و ناهنجاری‌های نوزاد (۱۱)، سطوح پایین منیزیم و امگا ۳ خون (۱۲، ۱۳)، سطح پایین اکسیتوسین پلاسما (۱۴)، آنمی (۱۵)، بارداری ناخواسته و دیابت بارداری (۱۶). افسردگی پس از زایمان اثرات زاینباری بر روابط مربوط به همسر و کودک دارد و نیز تأثیر فراوانی بر رشد و خصوصاً تکامل شیرخوار دارد (۱۷). مادران افسرده احساس مسئولیت و پاسخگویی کمتری در قبال نوزاد داشته و در تعامل با نوزاد دچار مشکلات پیچیده‌ای می‌شوند (۱۸). باوجوداینکه افسردگی پس از زایمان به‌عنوان یک مشکل بهداشت عمومی تشخیص داده شده، اما علت اصلی آن همچنان نامشخص باقیمانده است (۱۹). با توجه به روند افزایش اختلالات روانی در دنیا و نیز شیوع بالای افسردگی بعد از زایمان در کشورهای درحال توسعه و تأثیرات ویران‌کننده آن در فرد و جامعه و نیز با توجه به اینکه مطالعه‌ای در این مورد بیماری در شهر ارومیه صورت نگرفته است تا وضعیت این بیماری در این شهر مشخص شود و برنامه ریزان بهداشتی شهر اقدامات مناسب در این زمینه را در پیش بگیرند مطالعه حاضر باهدف تعیین عوامل مساعدکننده افسردگی بعد از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان ارومیه صورت گرفت تا گامی در جهت توجه ویژه و برنامه‌ریزی جهت غربالگری گروه‌های در معرض خطر باشد و با شناسایی عوامل خطر بیماری و آگاهی از فراوانی آن در شهر، برنامه ریزان بهداشتی اقدامات پیشگیرانه، حمایتی و درمانی لازم را انجام دهند و از هزینه‌های گزاف این بیماری در آینده بکاهند.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی می‌باشد، جمعیت مطالعه حاضر تعداد ۱۷۵ نفر (با استفاده از فرمول نسبت شیوع) از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهر ارومیه در سال ۱۳۹۴ می‌باشد نمونه‌گیری از نوع خوشه‌ای بود به این ترتیب که کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه از نظر وضعیت اقتصادی-اجتماعی به سه طبقه تقسیم شدند، از هر ناحیه دو مرکز بهداشتی به با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند و نمونه‌گیری افراد در مراکز به صورت در دسترس انجام شد. از معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در تحقیق، نداشتن سابقه سقط مکرر، مرده زایی، ناهنجاری‌های جنینی و زایمان زودرس، عدم بستری بودن نوزادشان، عدم ابتلا به آنمی، عدم ابتلا به اختلالات تیروئیدی، عدم سابقه افسردگی قبلی، عدم سابقه از دست دادن عزیزان در طی ۶ ماه گذشته می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم رضایت به ادامه تکمیل پرسشنامه تحقیق می‌باشد. ابزارهای

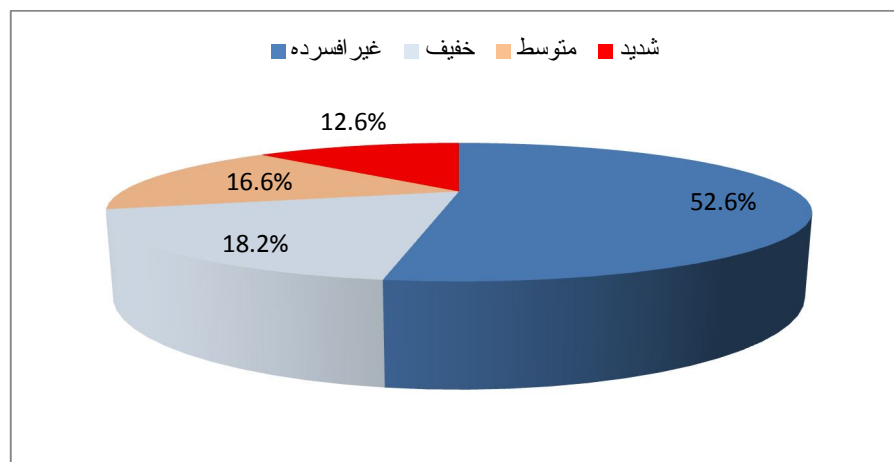
مورداستفاده در این پژوهش شامل: پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و تست افسردگی بک بود. تست استاندارد بک حاوی ۲۱ سؤال در قالب معیار لیکرت ۴ درجه‌ای با نمره‌گذاری به صورت ۰-۳ بود. حداکثر و حداقل نمره پرسشنامه به ترتیب ۶۳ و صفر بود. نمره دهی ۱۸-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۵-۲۲ افسردگی متوسط و ۲۸ تا ۶۳ به‌عنوان افسردگی شدید تعریف می‌شود. مطالعات گوناگون روایی و پایایی قابل قبولی را برای این ابزار گزارش کرده‌اند (۲۰-۲۳). ضریب همبستگی بین آزمون افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون در آزمون‌های ایرانی ۶۶ درصد و همبستگی کلی پرسش‌ها ۳۱ درصد تا ۶۸ درصد می‌باشد (۲۴). داده‌ها بعد از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۷ و آزمون‌های آماری توصیفی و آزمون کای دو و فیشر و رگرسیون لجستیک مورد آنالیز قرار گرفت. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن افراد موردبررسی $27/78 \pm 6/11$ سال بود، میانگین و انحراف معیار قد و وزن افراد موردبررسی به ترتیب $162/9 \pm 12/3$ سانتیمتر و $67/4 \pm 10/7$ کیلوگرم بود، اکثریت واحدهای پژوهش ۶۹/۴ درصد درآمد در حد کفاف زندگی داشتند، ۸۷/۴ درصد خانه‌دار، ۳۶/۲ درصد دارای تحصیلات دیپلم بودند. ۵۰/۹ درصد موارد جنسیت نوزاد پسر بود، ۵۲ درصد موارد نوع زایمان عمل سزارین بود، ۵۳/۲ درصد موارد نخست‌زا بوده و ۶۳/۲ درصد دارای بارداری خواسته بودند. میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی واحدهای پژوهش $15/0 \pm 10/8$ و با حداقل نمره (۰) و حداکثر نمره (۴۵) بود. ۵۲/۶ درصد واحدهای پژوهش غیر افسرده و ۱۸/۲ درصد افسردگی خفیف، ۱۶/۶ درصد افسردگی متوسط، ۱۲/۶ درصد افسردگی شدید داشتند (نمودار ۱). جدول ۱ توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک زنان زایمان کرده (افسرده-غیر افسرده) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر ارومیه نشان می‌دهد. همچنین بر اساس آزمون کای دو بین افسردگی و وضعیت اقتصادی، نوع زایمان، ناخواسته بودن بارداری، سابقه افسردگی در بارداری و مشکلات با خانواده همسر تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$). نتایج برازش رگرسیون لجستیک متغیرهای تأثیرگذار بر افسردگی بعد از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهر ارومیه نشان داد که سابقه افسردگی در بارداری شانس ابتلا به افسردگی پس از زایمان را $2/54$ برابر افزایش یافت و وجود مشکلات خانوادگی با خانواده همسر شانس ابتلا به افسردگی پس از زایمان را $9/32$ برابر افزایش یافت و با بهبود وضعیت اقتصادی شانس ابتلا به افسردگی پس از زایمان به میزان $0/61$ واحد کاهش یافت.

جدول (۱): توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک زنان زایمان کرده (افسرده-غیر افسرده) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر ارومیه در

سال ۱۳۹۴						
متغیر	سطوح متغیر	غیر افسرده (تعداد) درصد	افسردگی خفیف (تعداد) درصد	افسردگی متوسط (تعداد) درصد	افسردگی شدید (تعداد) درصد	سطح معنی‌داری Pvalue
سن	۲۰ سال و کمتر	۱۳(۱۲)	۶/۳(۲)	۶/۹(۲)	۴/۶(۱)	۰/۷
	۲۱-۳۰ سال	۵۶/۶(۵۲)	۶۵/۶(۲۱)	۶۹(۲۰)	۶۳/۶(۱۴)	
	بالای ۳۰ سال	۳۰/۴(۲۸)	۲۸/۱(۹)	۲۴/۱(۷)	۳۱/۸(۷)	
تحصیلات	بی‌سواد	۱۳(۱۲)	۱۸/۸(۶)	۶/۹(۲)	۴/۶(۱)	۰/۱۲
	زیر دیپلم	۲۵(۲۳)	۳۷/۵(۱۲)	۴۸/۳(۱۴)	۴۰/۹(۹)	
	دیپلم	۳۵/۹(۳۳)	۳۴/۴(۱۱)	۳۷/۹(۱۱)	۴۰/۹(۹)	
	دانشگاهی	۲۶/۱(۲۴)	۹/۳(۳)	۶/۹(۲)	۱۳/۶(۳)	
تحصیلات همسر	بی‌سواد	۴/۳(۴)	۱۲/۵(۴)	۱۰/۴(۳)	۹/۱(۲)	۰/۷۹
	زیر دیپلم	۳۴/۹(۳۲)	۴۰/۶(۱۳)	۴۱/۴(۱۲)	۳۶/۳(۸)	
	دیپلم	۳۰/۴(۲۸)	۲۸/۱(۹)	۳۱(۹)	۲۷/۳(۶)	
	دانشگاهی	۳۰/۴(۲۸)	۱۸/۸(۶)	۱۷/۲(۵)	۲۷/۳(۶)	
وضعیت اقتصادی	کم‌تر از حد کفاف	۱۸/۵(۱۷)	۴۶/۹(۱۵)	۳۴/۵(۱۰)	۱۸/۲(۴)	۰/۰۰۸
	در حد کفاف	۷۹/۳(۷۳)	۴۶/۹(۱۵)	۵۸/۶(۱۷)	۸۱/۸(۱۸)	
	بیش از حد کفاف	۲/۲(۲)	۶/۲(۲)	۶/۹(۲)	۰	
شغل	خانه‌دار	۸۳/۷(۷۷)	۹۳/۸(۳۰)	۸۹/۷(۲۶)	۹۰/۹(۲۰)	۰/۵۹
	شاغل	۱۶/۳(۱۵)	۶/۲(۲)	۱۰/۳(۳)	۹/۱(۲)	
نوع زایمان	طبیعی	۴۳/۵(۴۰)	۷۱/۹(۲۳)	۴۴/۸(۱۳)	۳۶/۴(۸)	۰/۰۲
	سزارین	۵۶/۵(۵۲)	۲۸/۱(۹)	۵۵/۲(۱۶)	۶۳/۶(۱۴)	
خواسته بودن جنسیت نوزاد	بله	۶۶/۳(۶۱)	۶۸/۸(۲۲)	۵۸/۶(۱۷)	۴۵/۵(۱۰)	۰/۲
	خیر	۳۳/۷(۳۱)	۳۱/۲(۱۰)	۴۱/۴(۱۲)	۵۴/۵(۱۲)	
جنسیت نوزاد	دختر	۵۲/۲(۴۸)	۴۰/۶(۱۳)	۴۱/۴(۱۲)	۵۱/۹(۱۳)	۰/۴
	پسر	۴۷/۸(۴۴)	۵۹/۴(۱۹)	۵۸/۶(۱۷)	۴۸/۱(۹)	
تعداد زایمان	نخست‌زا	۵۴/۳(۵۰)	۵۸/۱(۱۸)	۴۸/۳(۱۴)	۴۵/۵(۱۰)	۰/۷۱
	چندزا	۴۵/۷(۴۲)	۴۱/۹(۱۳)	۵۱/۷(۱۵)	۵۴/۵(۱۲)	
ناخواسته بودن بارداری	بله	۱۲(۱۱)	۲۵(۸)	۳۱(۹)	۲۲/۷(۵)	۰/۰۸
	خیر	۸۸(۸۱)	۷۵(۲۴)	۶۹(۲۰)	۷۷/۳(۱۷)	
سابقه بحران در زندگی	بله	۸/۷(۸)	۱۸/۸(۶)	۱۳/۸(۴)	۲۷/۳(۶)	۰/۰۹
	خیر	۹۱/۳(۸۴)	۸۱/۲(۲۶)	۸۶/۲(۲۵)	۷۲/۷(۱۶)	
سابقه افسردگی در بارداری	بله	۱۶/۳(۱۵)	۳۴/۴(۱۱)	۳۷/۹(۱۱)	۳۱/۸(۷)	۰/۰۳
	خیر	۸۳/۷(۷۷)	۶۵/۶(۲۱)	۶۲/۱(۱۸)	۶۸/۲(۱۵)	
مشکلات با خانواده همسر	بله	۶/۵(۶)	۲۵(۸)	۳۴/۵(۱۰)	۴۵/۵(۱۰)	۰/۰۰۱
	خیر	۹۳/۵(۸۶)	۷۵(۲۴)	۶۵/۵(۱۹)	۵۴/۵(۱۲)	
استرس نگهداری از کودک	بله	۴۱/۳(۳۸)	۴۶/۹(۱۵)	۴۴/۸(۱۳)	۳۶/۴(۸)	۰/۸۷
	خیر	۵۸/۷(۵۴)	۵۳/۱(۱۷)	۵۵/۲(۱۶)	۶۳/۶(۱۴)	



نمودار (۱): میزان فراوانی سطوح مختلف افسردگی در واحدهای پژوهش

جدول (۲): نتایج برازش رگرسیون متغیرهای تأثیرگذار بر افسردگی بعد از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهر

ارومیه در سال ۱۳۹۴

متغیر	Beta	Wald	p-value	Exp(B)
وضعیت اقتصادی	-۰/۹۳	۳/۸۷۴	۰/۰۴	۰/۳۹
مشکلات با خانواده همسر	۲/۱۹	۱۸/۴۶	۰/۰۰۱	۹/۳۲
سابقه افسردگی در بارداری	۰/۹۳	۵/۳۸	۰/۰۲	۲/۵۴

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۵۲/۶ درصد واحدهای پژوهش غیر افسرده و ۱۸/۲ درصد افسردگی خفیف، ۱۶/۶ درصد افسردگی متوسط، ۱۲/۶ درصد افسردگی شدید داشتند. همچنین بین افسردگی و وضعیت اقتصادی، نوع زایمان، ناخواسته بودن بارداری، سابقه افسردگی در بارداری و مشکلات با خانواده همسر تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت و سابقه افسردگی در بارداری شانس ابتلا به افسردگی بعد از زایمان را ۲/۵۴ برابر افزایش داد و وجود مشکلات خانوادگی با خانواده همسر شانس ابتلا به افسردگی پس از زایمان را ۹/۳۲ برابر افزایش داد و با بهبود وضعیت اقتصادی شانس ابتلا به افسردگی پس از زایمان به میزان ۰/۶۱ واحد کاهش یافت. نتایج مطالعه خوشه‌مهری و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که در مجموع ۳۰ درصد زنان دارای درجات مختلفی از افسردگی پس از زایمان و ۷۰ درصد غیر افسرده بودند. ارتباط آماری معنی‌داری بین افسردگی بعد از زایمان و تحصیلات همسر، تعداد بالای زایمان، بارداری ناخواسته و عدم سازگاری با همسر دیده شد و همچنین در این مطالعه بین افسردگی بعد از زایمان و تفاوت سنی زوجین، میزان تحصیلات و اشتغال زن، سن و نوع زایمان اخیر، جنسیت نوزاد،

سابقه ابتلا به افسردگی در گذشته، شاخص توده بدن در شروع بارداری، نحوه مصرف مکمل اسیدفولیک در دوران بارداری و سابقه سقط و مرده زایی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (۲۵). برخلاف نتایج مطالعه ما در این مطالعه افسردگی پس از زایمان با نوع زایمان ارتباط نداشت اما همسو با مطالعه ما با ناخواسته بودن بارداری ارتباط داشت. در مطالعه ناسرین^۱ و همکاران (۲۰۱۵) میزان بروز افسردگی بعد از زایمان در زنان بنگلادشی ۳-۲ ماه بعد از زایمان ۸ درصد و ۶-۸ ماه بعد از زایمان ۱۸ درصد بود و عواملی نظیر فقر اقتصادی، خشونت فیزیکی همسر در بارداری، سابقه افسردگی قبلی و علائم اضطراب در بارداری از ریسک فاکتورهای افسردگی بعد از زایمان بودند (۲۶). در این مطالعه نیز همسو با مطالعه ما افسردگی پس از زایمان با وضعیت اقتصادی ارتباط داشت اما میزان فراوانی افسردگی در این مطالعه نسبت به مطالعه ما کم‌تر بود. در مطالعه تمفیلا و همکاران (۲۰۱۶) حدود ۶-۱۸ ماه بعد از زایمان در زنان زایمان کرده‌ی برزیلی ۲۶/۳ درصد بود و عواملی نظیر فقر اقتصادی، مصرف الکل، سابقه اختلالات ذهنی و بارداری ناخواسته و مولتی پاریت به‌عنوان عوامل خطر افسردگی بعد از زایمان بودند (۲۷). مشابه مطالعه مادر مطالعه خیرآبادی و همکاران

¹ Nasreen

(۲۰۰۹) در زنان اصفهانی ۵۷/۱ درصد زنان زایمان کرده افسردگی داشتند که ۲۰ درصد افسردگی خفیف و ۱۸/۳ درصد افسردگی متوسط و ۱۸/۹ درصد افسردگی شدید داشتند و عواملی نظیر سن پایین مادران، سطح پایین تحصیلات، ناخواسته بودن جنسیت نوزاد، بارداری ناخواسته و سابقه افسردگی از عوامل خطر افسردگی پس از زایمان بودند (۲۸)، در مطالعه حبیب زاده و همکاران (۲۰۱۶) میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان در قم ۴۰/۸۳ درصد بود و ناخواسته بودن بارداری ارتباط آماری معنی‌داری با افسردگی بعد از زایمان داشت اما نوع زایمان، جنسیت نوزاد و پاریته ارتباط آماری معنی‌داری با افسردگی بعد از زایمان نداشت (۲۹). در این مطالعه نیز همسو با مطالعه ما افسردگی پس از زایمان با ناخواسته بودن بارداری ارتباط داشت. در مطالعه لشگری پور و همکاران (۱۳۹۰) افسردگی در ۳۳/۷ درصد گزارش شد. بین شیوع افسردگی و نوع زایمان، سن مادر، جنسیت ناخواسته‌ی نوزاد از طرف والدین، میزان تحصیلات، سابقه‌ی قبلی افسردگی مادر، سابقه‌ی قبلی مراجعه به روان‌پزشک و مصرف داروهای روان در مادر، ارتباط معنی‌داری مشاهده شد (۳۰). در مطالعه ماتیسین^۲ و همکاران (۲۰۱۳) در آرژانتین ۳۷/۲ درصد واحدهای پژوهش دارای افسردگی بودند و مولتی پاریته، عوارض بارداری، عوارض لیبر، عمل سزارین و شیردهی ناکامل ارتباط آماری معنی‌داری با افسردگی داشتند (۳۱). در مطالعه رحمانی و همکاران (۱۳۹۰) در تبریز بین سن مادر، نوع زایمان، وضعیت تحصیلات مادر، بیماری مادر در دوران حاملگی، تعداد زایمان و دلخواه بودن جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت و بین آمادگی مادر برای پذیرش مسئولیت نوزاد و احساس همسر در مورد حاملگی اخیر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت، وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، ناخواسته بودن بارداری، سطح استرس، بیمار بودن نوزاد و عدم آمادگی مادر برای پذیرش مسئولیت از مهم‌ترین عوامل مرتبط با افسردگی پس

از زایمان بود (۳۲). در این مطالعه نیز همسو با مطالعه ما وضعیت اقتصادی و ناخواسته بودن بارداری ارتباط معنی‌داری با افسردگی پس از زایمان داشت. در مطالعه زنگنه و همکاران (۱۳۸۸) در کرمانشاه ۴۰/۷ درصد دارای افسردگی پس از زایمان بودند، بین افسردگی پس از زایمان با ناخواسته بودن بارداری و سابقه افسردگی ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت ولی بین افسردگی پس از زایمان و جنس نوزاد ارتباط آماری معنی‌دار وجود نداشت (۳۳)، نتایج پژوهش صحتی و همکاران نشان داد که بین نارضایتی از ازدواج، نحوه روابط با مادر و مادر شوهر و خانواده همسر، نارضایتی از وضعیت شغلی و محل زندگی، ناخوشایند بودن تجربه بارداری، اقدام به سقط، ناخواسته بودن بارداری، عدم آمادگی پذیرش نوزاد، مشکلات شیردهی، افزایش میزان استرس و کاهش سطح اعتمادبه‌نفس مادر با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (۳۴). در مطالعه رنجبران و همکاران (۱۳۹۳) شغل زنان، شغل همسران، رضایت از بارداری از سوی همسر و طول زندگی مشترک با افسردگی پس از زایمان ارتباط داشت (۳۵).

در جامعه این مطالعه فراوانی افسردگی پس از زایمان بالا بود و این زنگ هشدار تهدیدی کننده سلامت مادران جامعه این مطالعه می‌باشد، از آنجاکه بسیاری از عوامل مستعد کننده این اختلال با مداخلات مناسب قابل پیشگیری می‌باشد، لذا توصیه می‌شود با تشخیص زودرس عوامل خطر از پیامدهای بعدی افسردگی پس از زایمان جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که هزینه انجام این طرح تحقیقاتی را تقبل نموده‌اند کمال تشکر و سپاس را دارد.

References:

1. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello ED. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. BMC psychiatry 2008;8(1): 1.
2. Norhayati M, Hazlina NN, Asrenee A, Emilin WW. Magnitude and risk factors for postpartum

symptoms: A literature review. J Affect Disord 2015;175: 34-52.

3. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Rezaeian S. Trends of postpartum depression in iran: a systematic review and meta-analysis. Depress Res Treat 2013;2013:291029.
4. Glynn LM, Davis EP, Sandman CA. New insights into the role of perinatal HPA-axis dysregulation in

² Mathisen

- postpartum depression. *Neuropeptides* 2013;47(6): 363-70.
5. Gutiérrez-Lobos K, Scherer M, Anderer P, Katschnig H. The influence of age on the female/male ratio of treated incidence rates in depression. *BMC psychiatry* 2002;2(1): 1.
6. Sloan D, Kornstein S. Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. *Psychiatr Clin North Am* 2003;26(3): 581-94.
7. Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J, Diehl T, Ehrhardt S, Hendel A, et al. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord* 2015;180: 154-61.
8. Nasreen HE, Edhborg M, Petzold M, Forsell Y, Kabir ZN. Incidence and risk factor of postpartum depressive symptoms in women: a population based prospective cohort study in a rural district in Bangladesh. *J Depress Anxiety* 2015;4(2):1-8.
9. Roomruangwong C, Withayavanitchai S, Maes M. Antenatal and postnatal risk factors of postpartum depression symptoms in Thai women: A case-control study. *Sex Reprod Healthc* 2016;10:25-31.
10. Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, Kakee N, Tsujii H, Mori R, et al. Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks gestation in a Japanese sample: psychosocial perspectives from a Cohort study in Tokyo. *PloS one* 2015;10(12): e0142410.
11. Nelson DB, Doty M, McIntire DD, Leveno KJ. Rates and precipitating factors for postpartum depression following screening in consecutive births. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016;29(14): 2275-9.
12. Edalati-Fard F, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Farshbaf-Khalili A. Relationship of Zinc and Magnesium Serum Levels with Postpartum Depression in Tabriz-Iran. *Glob J Health Sci* 2016;8(11): 120.
13. Markhus MW, Skotheim S, Graff IE, Frøyland L, Braarud HC, Stormark KM, et al. Low omega-3 index in pregnancy is a possible biological risk factor for postpartum depression. *PloS one* 2013;8(7): e67617.
14. Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meinschmidt G. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology* 2011;36(9): 1886-93.
15. Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevani SB. Association between maternal anaemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in Iran. *J Health Population Nutrition* 2013;31(3): 398.
16. Abdollahi F, Zain A. The mode of delivery and some selected obstetric factors as predictors of postpartum depression. *Caspian J Reproduc Med* 2015;1(2): 14-22.
17. Ana MPF, Claudio ES, Claudia GP, Micaela Gualda de la C, Tamara HO, Claudia PH. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. *Revista Medica De Chile* 2008;136(1): 44-52.
18. Topham GL, Page MC, Hubbs-Tait L, Rutledge JM, Kennedy TS, Shriver L, et al. Maternal depression and socio-economic status moderate the parenting style/child obesity association. *Public Health Nutrition* 2010;13(08): 1237-44.
19. Bottino MN, Nadanovsky P, Moraes CL, Reichenheim ME, Lobato G. Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. *J Affect Disord* 2012;142(1): 219-24.
20. Wisner KL, Logsdon MC, Shanahan BR. Web-based education for postpartum depression: conceptual development and impact. *Arch Womens Ment Health* 2008;11(5-6): 377-85.

21. Warmenhoven F, van Rijswijk E, Engels Y, Kan C, Prins J, Van Weel C, et al. The Beck Depression Inventory (BDI-II) and a single screening question as screening tools for depressive disorder in Dutch advanced cancer patients. *Supportive Care Cancer* 2012;20(2): 319-24.
22. Dabson K, Mohammad KP. Psychometric characteristics of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. *J Rehabil* 2008; 8(29):82-8.
23. Motabi F, Fata L, Moloodi R, Ziai K, Jafari H. Development and Validation of Depression-Related Beliefs Scale. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2011;17(3): 208-17.
24. Hosseini SH, Naghabi AA, Khadamlou M. Post partum depression and its relationship with some related factors. *JBUMS* 2008;10(243):76-81.
25. Khusheh-Mehri G, Shariati A, Naser-Khaki V, Naser-Khaki L. The prevalence of postpartum depression and its related factors in health centers in the north of Tehran. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery* 2011;19(1): 59-65.
26. Nasreen H, Edhborg M, Petzold M, Forsell Y, Kabir Z. Incidence and Risk Factor of Postpartum Depressive Symptoms in Women: A Population Based Prospective Cohort Study in a Rural District in Bangladesh. *J Depress Anxiety* 2015;4(1000180): 2167-1044.1000180.
27. Filha MMT, Ayers S, da Gama SGN, do Carmo Leal M. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord* 2016;194: 159-67.
28. Kheirabadi G-R, Maracy M-R, Barekatin M, Salehi M, Sadri G-H, Kelishadi M, et al. Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. *Arch Iran Med* 2009;12(5):461-7.
29. Habibzadeh A, Habibzadeh Z. Evaluation of Effective Factors and its Prevalence on Postpartum Depression Among Women in the City of Qom, Iran. *Int J Womens Health Reproduc Sci* 2016;4(1): 23-8.
30. Lashkaripor K, Bakhshani NM, Hokmabadi S, Sajjadi SAR, Safarzadeh SA. Postpartum depression and related factors: a 4.5 months study. *J Fundament Mental Health* 2012;4(52):404-12.
31. Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerlöv P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *Int J Womens Health Reproduc* 2013;5: 787.
32. Rahmani F, Seyedfatemi N, Asadollahi M, Seyedrasooli A. Predisposing factors of postpartum depression. *Iran J Nurs* 2011;24(72): 78-87.
33. Zanganeh M, Shams-Alizadeh N, Kamravamanesh M, Rezaee M, Pormehr S. Postpartum depression and its relationship with unwanted pregnancy and neonatal gender. *J Kordestan Med Sci* 2010;14: 65-71.
34. Sehati-shafae F, Ranjbar-kuchsaraee F, Gujzadeh M, Rezaee J. Evaluation of some predisposing factors for postpartum depression. *J Ardabil Univ Med Sci* 2009;8(1): 54-61.
35. Ranjbaran M, Sadeghipour Roudsari HR, Nikseresh S, Etebary S. Antioxidant status and endocannabinoid concentration in postpartum depressive women. *Tehran Univ Med J TUMS Publications* 2015;72(11): 773-9.

THE PREDISPOSING FACTORS OF POSTPARTUM DEPRESSION IN WOMEN REFERRING TO SELECTED HEALTH CENTERS IN URMIA IN 2015

Saei Ghare Naz M¹, Mohaddesi H^{2*}, Edalatnemun R³

Received: 22 Sep, 2016; Accepted: 25 Nov, 2016

Abstract

Background & Aims: Postpartum depression is a public health problem with unknown etiology. In multiple studies, several factors have been reported as the risk factors in postpartum depression. The present study aimed to determine the predisposing postpartum depression in women referred to health centers in Urmia.

Materials & Methods: 175 postpartum women who were eligible for the study participated in this cross-sectional research. After the sampling at selected health centers of Urmia University of Medical Sciences, participants completed a questionnaire containing demographic and Beck Depression Inventory. Then Spss 17 was used to analyze the data.

Results: The findings showed that the mean $\pm$ SD age of the patients was 27.78 ± 6.11 years. 50.9% of the baby's gender was male, 52% were caesarean delivery, and 63.2% of were wanted pregnancies. 18.2% mild depression, 16.6% moderate depression, 12.6% had severe depression. There was statistically significant difference between depression and economic status, type of delivery, unwanted pregnancy, a history of depression, and problems related to spouse's family ($p < 0.05$). The results of logistic regression variables affecting postpartum depression included economic status (OR=0.39), a history of depression (OR=2.54) and problems with spouse's family (OR=9.32).

Conclusion: The present study was the high prevalence of postpartum depression and as a critical alarm in threatening the health of mothers. Since many predisposing factors for this disorder is preventable with appropriate interventions it is recommended that the early detection of risk factors of depression after giving immediate consequence should be prevented.

Keywords: postpartum depression, risk factors, Beck

Address: Urmia medical science university, nursing & midwifery Faculty, Pardis Nazloo, 11th kilometer of Sero road, Urmia

Tel: +984432754916

Email: hmohaddesi.han@gmail.com

¹ PhD student of Reproductive Health, Students Research Office, School Of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University Of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Reproductive research health center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ BS, Students Research Office, School Of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran