

کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان با و بدون افسردگی پس از زایمان

دکتر فاطمه عبدالمهی (PhD)^۱ - * دکتر مهرا ن ضرغامی (MD)^۲

* نویسنده مسئول: گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

پست الکترونیک: Mehran.zarghami@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۷/۱۸ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۷/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۰۴

چکیده

مقدمه: افسردگی اختلال روانی شایع پس از زایمان است که می‌تواند سبب کاهش سطح سلامتی زنان شود. مطالعات پراکنده‌ای ارتباط افسردگی با کیفیت زندگی زنان را بررسی کرده است.

هدف: کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان با و بدون افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان مازندران.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه کوهورت آینده‌نگر، از ۶۱۸ مادر باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان مازندران (۹۵-۱۳۹۴) به روش خوشه‌ای چندگامه‌ای پرسشگری شد. داده‌ها با پرسشنامه افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ و کیفیت زندگی کوتاه شده ۳۶ سوالی طی بارداری و ۸-۶ هفته پس از زایمان گردآوری شد. میانگین نمره کلی و همچنین نمره سطوح مختلف کیفیت زندگی دو گروه زنان افسرده و غیرافسرده سنجیده شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری تی-تست، آنالیز واریانس و پیرسون و رگرسیون خطی واکاوی شد.

نتایج: شیوع افسردگی پس از زایمان ۲۲/۷ درصد بود. تفاوت معنی‌دار بین میانگین نمره کلی کیفیت زندگی زنان غیرافسرده و افسرده بدست آمد (به ترتیب $11/59 \pm 64/65$ و $10/77 \pm 74/42$) و افسردگی دوران بارداری و بعد از زایمان از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی بعد از زایمان بودند. کیفیت زندگی سطوح کارکرد جسمی، سلامت روان، عملکرد اجتماعی، محدودیت سلامتی جسمانی، محدودیت سلامت روان، خستگی یا نشاط و سلامت عمومی زنان افسرده کمتر از غیرافسرده بود ($P < 0/05$). همچنین، میانگین نمره سطح درد این زنان به طور معنی‌دار بیش از زنان غیرافسرده بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای افسردگی و تاثیر آن بر کیفیت زندگی زنان در دوران حساس بعد از زایمان برنامه‌های غربالگری و مداخله برای پیشگیری از افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بعد از زایمان پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: افسردگی / دوره پس از زایمان / کیفیت زندگی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۸ شماره ۱ (پای‌درپی ۱۰۹) صفحات: ۱۲-۱

مقدمه

مادران در دوران پس از زایمان مستعد اختلال روانی بوده و افسردگی بعد از زایمان از شایع‌ترین این اختلال‌هاست (۱ و ۲). شیوع افسردگی بعد از زایمان در مطالعات مختلف صفر تا ۶۰ درصد گزارش شده است (۳). مطالعات در ایران نشان داده تا ۳۵ درصد مادران ایرانی از این مشکل رنج می‌برند (۴ و ۵). زنان دارای این مشکل همواره به سبب شرم، عوامل فرهنگی و عادی تلقی شدن این وضعیت که می‌تواند ناشی از زایمان باشد سکوت اختیار می‌کنند (۶). افسردگی بعد از زایمان نه تنها بر مادر بلکه بر کل اعضای خانواده عوارض سوء می‌گذارد. مطالعات مختلف تأثیر سوء آن را بر رشد و تکامل و ارتباط مادر و کودک و نیز دیرکرد رشد و تکامل روانی و اجتماعی او (۷-۱۱)، خطر بروز افسردگی مادر در آینده (۱۲) و کاهش کیفیت زندگی مادر (۱۳) گزارش کرده‌اند.

هنگام ارزیابی وضعیت‌های ویژه زندگی، بررسی کیفیت زندگی با ارزش است. سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را احساس فرد در قالب نظام ارزشی و فرهنگی و برپایه آرمان‌ها، چشمداشت و استانداردها و علایق فرد تعریف کرده‌است (۱۴). نتایج بررسی‌ها نشان داده در مقایسه با افراد بدون بیماری‌های مزمن، عملکرد فیزیکی و اجتماعی افراد افسرده وضعیت پایین‌تری دارد و روزهای بیشتری در بستر بیماری به سر می‌برند (۱۷-۱۵). کیفیت زندگی بعد از زایمان افزون بر ویژگی‌های مادر و عوامل مربوط به بارداری و زایمان، با شرایط اجتماعی نیز ارتباط دارد (۱۸ و ۱۹) و افسردگی بعد از زایمان می‌تواند سبب کاهش کیفیت زندگی زنان و کاهش توانایی آنها در نگهداری از خود، همسر و نوزادشان شود (۱۳ و ۲۰).

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

۲. مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

۳. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

۴. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

پیشینه تحقیقاتی در مورد تأثیر افسردگی بعد از زایمان بر کیفیت زندگی زنان استان مازندران، این تحقیق ارتباط کیفیت زندگی با افسردگی بعد از زایمان را با در نظر گرفتن عوامل تأثیرگذار در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بررسی کرده است. اندازه گیری کیفیت زندگی، شرایط زندگی و عوامل محیطی جامعه با توجه به تأثیر احتمالی افسردگی بر این کیفیت، در برنامه ریزی ارتقای سلامت اهمیت به سزایی دارد.

مواد و روش ها

در یک مطالعه کوهورت آینده نگر، ارتباط افسردگی بعد از زایمان با کیفیت زندگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی استان مازندران طی تیر ۹۴ تا خرداد ۹۵ بررسی شد. تعداد نمونه براساس فرمول آماری، خطای ۵ درصد و اطمینان ۹۹ درصد و میانگین شیوع افسردگی بعد از زایمان ۲۵ درصد، ۸۰۰ نفر برآورد شد (۵ و ۴).

نمونه گیری در این تحقیق به روش خوشه ای چند مرحله ای انجام شد. نخست به طور وزنی تعداد نمونه های شهرستان که از بخش های مختلف جغرافیایی استان انتخاب شده بودند تعیین شد به این ترتیب که ابتدا تعداد نمونه های هر شهرستان براساس تعداد مادران باردار تحت پوشش آن شهرستان کنار گذاشته شد. سپس، مراکز بهداشتی از پنج منطقه مختلف هر شهر و نیز دو روستا در دو جهت جغرافیایی مختلف به عنوان مکان مطالعه انتخاب شد. مادرانی که در دوره زمانی نمونه گیری برای مراقبت بارداری طی هفته های ۴۲-۳۲ بارداری به مراکز مراجعه می کردند به طور تصادفی انتخاب و پس از فرامود توسط همکاران مجرب طرح در مورد هدف پژوهش و در صورت رضایت وارد مطالعه شده و پرسشنامه های مربوط به عوامل دموگرافی زمینه ای و مامایی (در برگیرنده سن، تحصیلات، شغل مادر و همسر، ساختار خانواده، وضعیت مسکن، میزان درآمد خانواده، تعداد و سن حاملگی در زمان زایمان، جنس کودکان، وزن هنگام تولد نوزاد، نوع و محل زایمان، خواستاری بارداری و تعداد ویزیت های دوران بارداری) و همچنین، پرسشنامه افسردگی ادینبورگ (Edinburgh Postnatal Depression) (EPDS)

به رغم مطالعات متعدد بر گمانه ارتباط افسردگی بعد از زایمان با عملکرد و سلامتی زنان در دنیا، مطالعات اندکی در زمینه ارتباط افسردگی بعد از زایمان با کیفیت زندگی زنان بویژه در کشورهای رو به توسعه وجود دارد. در بررسی de Tychey همکاران در فرانسه (۲۱)، Costa و همکاران در کانادا (۲۲) و ترکیه (۲۳)، کیفیت زندگی زنان افسرده بعد از زایمان در تمام گستره ها پایین تر از زنان سالم بود اما ارتباط معنی دار بین شدت افسردگی با بدتر شدن سلامت فیزیکی مادران در زنان کانادایی وجود نداشت. همچنین، نتایج مطالعات در دیگر مناطق دنیا نشان داده که برخی از آیت های مربوط به کیفیت زندگی زنان افسرده بعد از زایمان پایین تر از زنان سالم است (۱۳ و ۲۴). مطالعه Papamarkou و همکاران (۲۰۱۷) در یونان نشانگر کاهش سطوح کیفیت زندگی زنان افسرده در مقایسه با زنان غیر افسرده بعد از زایمان بود (۲۵) مطالعه سادات و همکاران در کاشان نیز نشان داد افسردگی بعد از زایمان سبب کاهش کیفیت زندگی زنان می شود. اما در این مطالعه عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی زنان افسرده یا غیر افسرده بررسی نشده است (۱۳). همچنین افسردگی دوران بارداری که یکی از مهم ترین متغیرهای پیش بینی کننده افسردگی بعد از زایمان است در این مطالعات بررسی نشده است (۲۶). و نیز عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بعد از زایمان زنان مانند عوامل اجتماعی اقتصادی مانند درآمد و شغل و عوامل مامایی مانند حاملگی های ناخواسته و نیز نقش این متغیرها به عنوان مداخله گر در ارتباط افسردگی با کیفیت زندگی بررسی نشده است (۲۷).

اگرچه تأثیرات نامطلوب افسردگی بعد از زایمان پیایی گزارش شده است، اما مطالعات اندکی در خصوص تأثیر آن بر تمام حیطه های کیفیت زندگی موجود است و تنها مطالعه انجام شده در کشور، عوامل مداخله کننده بر احتمال این ارتباط را بررسی نکرده است. از آنجا که تغییر زیادی در دوران حاملگی و پس از زایمان در ابعاد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و روی هم رفته کیفیت زندگی زنان رخ می دهد و با توجه به تفاوت های محیطی، اجتماعی، اقتصادی و دموگرافی تأثیرگذار بر افسردگی و سبک و کیفیت زندگی و نبودن

و در مورد دیگر پرسش‌ها از ۳ به ۰ است. سپس، با جمع این نمرات، نمره کلی فرد تعیین می‌شود (۲۸). نقطه برش ۱۲ از پرسشنامه ادینبورگ افسرده تلقی می‌شود. ترجمه‌ی پارسی این سنجه در ایران روایی و پایایی پذیرفتنی دارد (۲۹ و ۳۰). پرسشنامه واریسی کیفیت زندگی (SF₃₆) ۳۶ سوال و ۸ حیطه سلامتی (سرزندگی، عملکرد جسمی، درد بدنی، درک سلامت عمومی، عملکرد نقش جسمی، عملکرد نقش هیجانی، عملکرد نقش اجتماعی و سلامت روان) دارد. نمره‌دهی پرسشنامه براساس لیکرت است که از یک تا ۵ نمره داده می‌شود. گردایش نمره پاسخ دهندگان کمینه صفر و بیشینه ۱۰۰ خواهد بود که نمره بالاتر نشانگر وضعیت بهتر سلامتی فرد است (۳۱). این ابزار برای واریسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در جمعیت ایران (۳۲) و نیز دوران پس از زایمان پایایی و روایی لازم را دارد (۳۳). گونه فارسی آن در دوران پس از زایمان زنان ایرانی نیز به کار گرفته شده است (۱۳). داده‌ها با برنامه SPSS-20 و اکاوی شد. میانگین نمره کلی و هم چنین نمره سطوح مختلف کیفیت زندگی SF₃₆ دو گروه زنان افسرده و غیرافسرده توصیف و سپس با آزمون تی مقایسه شد و در پایان ارتباط متغیرهای معنی‌دار با کیفیت زندگی با آزمون رگرسیون خطی آنالیز شد. همچنین، میانگین نمره افسردگی و کیفیت زندگی بر پایه مشخصه‌های دموگرافی در دو گروه افسرده و غیرافسرده با آزمون مربع‌ها مقایسه شد. ارتباط افسردگی با حیطه‌های هشت گانه کیفیت زندگی با آزمون‌های پیرسون (Pearson correlation) و تی بررسی شد. گفتنی است که تنها داده‌های مربوط به مادرانی و اکاوی شد که پرسشنامه افسردگی پس از زایمان را تکمیل کرده بودند.

نتایج

از ۸۰۰ مادر شرکت‌کننده در این مطالعه، داده‌های ۱۸۲ (۲۲/۷۵٪) نمونه به سبب تکمیل نکردن پرسشنامه افسردگی پس از زایمان کنار گذاشته شد. تفاوت معنی‌دار بین میانگین سنی، سن هنگام ازدواج، میزان سواد زن و همسر و میزان درآمد در دو گروه تکمیل کننده سنجه‌ی افسردگی و گروهی که سنجه را تکمیل نکرده بودند وجود نداشت ($P < 0/05$).

Scale توسط آنان تکمیل شد. سپس، ۶-۸ هفته بعد از زایمان این مادران که برای مراقبت‌های نوزادان به مراکز مراجعه می‌نمودند مورد پرسشگری دوباره قرار می‌گرفتند و داده‌های کیفیت زندگی توسط کارشناس بهداشتی آموزش دیده با گفتگوی با مادران و سنجه‌ی افسردگی توسط خود مادران تکمیل می‌شد. شرایط ورود به مطالعه داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن نوزاد سالم ترم و حاملگی یک قلو بود. موارد برونرفت از پژوهش شامل داشتن تجربه مشکلات مامایی مربوط به بارداری و زایمان، داشتن بیماری‌های مزمن جسمی و روانی مانند پیشینه افسردگی و داشتن درمان‌های دارویی و غیردارویی ضد افسردگی در زمان مطالعه بود.

این تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران پذیرفته شد. همه نمونه‌ها پس از رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند و ورود به مطالعه اختیاری بود.

مشخصات دموگرافی نمونه‌های پژوهش شامل عوامل اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی و مشخصه‌های مامایی آنان با پرسشنامه‌های محقق ساخته گردآوری شد. مشخصات شامل سن، میزان تحصیلات و شغل مادر و همسر، ساختار خانواده، وضعیت مسکن، میزان درآمد خانواده، جنس و وزن نوزاد، نوع زایمان، سن حاملگی هنگام زایمان، تعداد ویزیت‌های بارداری، خواستاری بارداری و افسردگی دوران بارداری بود. میزان درآمد (ریال) براساس رده‌بندی سازمان برنامه بودجه به سه طبقه: کم ($> 7,000,000$)، متوسط ($10,000,000 - 7,000,000$) و زیاد ($< 10,000,000$) تقسیم شد. افسردگی دوران بارداری (طی ۴۲-۳۲ هفته بارداری) و افسردگی بعد از زایمان با پرسشنامه استاندارد ادینبورگ (EPDS) و کیفیت زندگی با پرسشنامه استاندارد واریسی کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF₃₆)

36-Item Short Form Health Survey، ۶-۸ هفته بعد از زایمان ارزیابی شد. پرسشنامه ادینبورگ در ارتباط با خلق افسرده، اضطراب، احساس گناه و افکار خودکشی است که طی ۵ دقیقه تکمیل می‌شود. این سنجه از ۱۰ عبارت کوتاه تشکیل شده است که هر عبارت ۴ پاسخ لیکرتی دارد و احساس فرد را طی هفت روز پیش از آن بررسی می‌کند. به هر پاسخ بر پایه شدت، نمره صفر تا ۳ داده می‌شود که در مورد پرسش‌های شماره ۱، ۲ و ۴ روش نمره‌گذاری از ۰ به ۳

۲۱/۳ درصد آنها افسردگی دوران بارداری را گزارش کردند که اکثر آنها از نوع خفیف بود (۱/۹۰٪). همچنین، ۱۳/۸ درصد آنها اندوه بعد زایمان را طی ۱۰ روز پیش از آن تجربه کرده بودند.

بر اساس نمره پرسشنامه EPDS، ۲۲/۷ درصد (۱۴۰) نمونه‌ها طی ۸-۶ هفته بعد از زایمان افسرده بودند. جدول شماره ۱، فراوانی افسردگی بعد از زایمان را بر پایه مشخصه‌های دموگرافی نمونه‌ها نشان می‌دهد. نتایج آزمون کای دو نشان داد بین درآمد خانوار، خواستاری بارداری، نوع زایمان و وزن کودک با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌دار وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین، افسردگی بعد از زایمان در مادرانی که در دوران بارداری بر اساس EPDS افسرده بودند شایع‌تر بود ($P < 0.05$).

میانگین سنی و سن ازدواج ۶۱۸ نمونه شرکت‌کننده در این مطالعه به ترتیب $29/5 \pm 27/81$ و $24/24 \pm 21/24$ سال بود. میزان سواد و شغل بیشتر زنان و همسران آنان دیپلم و زیر آن (۶۴/۸٪ و ۷۰٪) و خانه‌دار (۹۳/۵٪) و آزاد (۷۳/۱٪) بود. میزان درآمد اکثر نمونه‌ها در حد متوسط (۱۰۰۰۰۰۰-۷۰۰۰۰۰۰ ریال در ماه) بود (۵۲/۸٪) و همچنین، اکثر آنها به صورت هسته‌ای (۸۱٪) و در منزل شخصی (۶۸/۷٪) زندگی می‌کردند. اکثر نمونه‌ها با حاملگی اول (۶۴٪) و خواسته (۷۹/۸٪)، اضافه وزن ۱۲-۶ کیلوگرم (۴۸/۹٪) و تعداد ویزیت ۱۲-۶ بار در طول دوره بارداری (۶۸/۱٪) بودند. جنس نزدیک نیمی از نوزادان، پسر (۵۱/۹٪) بود که بیشتر با بارداری ترم (≤ 37 هفته) (۹۳/۲٪) و روش سزارین (۶۱/۵٪) متولد شده بودند. حدود نیمی از نمونه‌ها اضطراب (۴۳/۷٪) و

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی افسردگی بعد از زایمان بر حسب مشخصه‌های دموگرافیک

P-value	افسرده تعداد(درصد)	غیرافسرده تعداد(درصد)	گروه	مشخصات دموگرافیک
۰/۰۶				سن مادر(سال)
	۳۰(۱۷/۱)	۱۴۵(۸۲/۹)		۱۵-۲۴
	۹۶(۲۴/۶)	۲۹۵(۷۵/۴)		۲۵-۳۵
	۱۴(۳۱/۱)	۳۱(۶۸/۹)		≥ 36
۰/۴۰				سواد مادر
	۱۰(۳۰/۳)	۲۳(۶۹/۷)		۰-۵
	۹۰(۲۳)	۳۰۱(۷۷)		۶-۱۲
	۳۶(۲۰/۱)	۱۴۳(۷۹/۹)		≥ 13
۰/۳				شغل مادر
	۱۲۹(۲۲/۶)	۴۴۳(۷۷/۴)		شاغل
	۷(۱۷/۵)	۳۳(۸۲/۵)		خانه دار
۰/۵۵				سواد پدر
	۱۰(۲۲/۲)	۳۵(۷۷/۸)		۰-۵
	۱۰۰(۲۴)	۳۱۶(۷۶)		۶-۱۲
	۲۶(۱۹/۵)	۱۰۷(۸۰/۵)		≥ 13
۰/۵۵				شغل پدر
	۱۶(۱۶/۸)	۷۹(۸۳/۲)		دولتی
	۱۰(۲۱/۷)	۳۶(۷۸/۳)		کشاورز
	۱۰۲(۲۳)	۳۴۲(۷۷)		آزاد
	۶(۲۷/۳)	۱۶(۷۲/۷)		بیکار
۰/۰۰۴				درآمد (ماهانه،ریال)
	۲۴(۳۱/۲۰)	۵۳(۶۸/۸)		$700000 >$
	۴۹(۲۲/۶)	۱۶۸(۷۷/۴)		$1000000 - 700000$
	۱۴(۱۲)	۱۰۳(۸۸)		< 1000000
				وضعیت مسکن
۰/۴۱				شخصی
	۹۵(۲۲/۸)	۳۲۲(۷۷/۲)		اجاره‌ایی
	۴۱(۲۱/۶)	۱۴۹(۷۸/۴)		

P-value (ادامه جدول)	افسرده تعداد(درصد)	غیرافسرده تعداد(درصد)	گروه	
			مشخصات دموگرافیک	
۰/۲۶	(۲۲/۷)۱۰۰	(۷۷/۳)۳۴۰	هسته‌ای	ساختار خانواده
	(۲۶/۲)۲۷	(۷۳/۸)۷۶	گسترده	
۰/۳۱	(۲۳/۳)۸۹	(۷۶/۷)۲۹۳	شهر	محل زندگی
	(۲۱/۲)۴۹	(۷۸/۸)۱۸۲	روستا	
۰/۵۱	(۲۱/۳)۵۷	(۷۸/۷)۲۱۰	۱	تعداد حاملگی
	(۲۲/۷)۵۸	(۷۷/۳)۱۹۸	۲	
	(۲۷/۴)۲۳	(۷۲/۶)۶۱	۳≤	
۰/۰۴	(۲۹)۳۱	(۷۰/۸)۷۵	بله	بارداری ناخواسته
	(۲۱)۸۸	(۷۹)۳۳۲	خیر	
۰/۰۶	(۱۹/۱)۸۱	(۷۴/۱)۳۱۴	۳۷≤	سن حاملگی در زمان زایمان
	(۲/۴)۱۰	(۴/۵)۱۹	۳۷>	
۰/۰۳	(۲۶/۸)۶۰	۱۶۴(۷۳/۲)	طبیعی	نوع زایمان
	(۲۰/۱)۷۲	۲۸۶(۷۹/۹)	سزارین	
۰/۱۸	(۲۰/۷)۵۹	(۷۹/۳)۲۲۶	دختر	جنس نوزاد
	(۲۴/۱)۷۴	(۷۵/۹)۲۳۳	پسر	
۰/۰۲	(۲۲/۷)۱۱۹	(۷۷/۳)۴۰۶	۲۵۰۰≤	وزن نوزاد(گرم)
	(۰/۰)۰	(۱۰۰)۱۴	۲۵۰۰>	
۰/۸۸	(۲۲/۲)۶	۲۱(۷۷/۸)	۱۲<	تعداد ویزیت های دوران بارداری
	(۲۲/۸)۹۶	(۷۷/۲)۳۲۵	۶-۱۲	
	(۱۹/۶)۹	(۸۰/۴)۳۷	۶>	
۰/۰۰۱	(۱۰/۲)۳۷	(۸۹/۸)۳۲۶	۱۲≥	نمره EPDS در بارداری
	(۴۷/۵)۸۵	(۵۲/۵)۹۴	۱۲<	

همان طور که نتایج آزمون آماری در جدول ۳ نشان می‌دهد، بین افسردگی بعد از زایمان و کلیه سطوح کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت و نمره بدست آمده سطوح هشت‌گانه پرسشنامه فارسی کیفیت زندگی زنان افسرده، کمتر از زنان سالم است ($P < 0/05$).

میانگین نمره کسب شده از پرسشنامه واریسی کیفیت زندگی (SF36) در نمونه‌ها $11/69 \pm 72/20$ و در دو گروه افسرده و غیرافسرده به ترتیب $11/59 \pm 64/65$ و $10/77 \pm 74/42$ بود که نشانگر تفاوت معنی‌دار بین دو گروه است ($P < 0/05$). جدول شماره ۲ میانگین نمره سطوح هشت‌گانه کیفیت زندگی را در دو گروه زنان افسرده و غیرافسرده طی ۶-۲ هفته بعد از زایمان نشان می‌دهد. تفاوت معنی‌داری بین دو گروه زنان در همه سطوح کیفیت زندگی وجود داشت ($P < 0/05$).

جدول شماره ۲. میانگین نمره کسب شده از سطوح هشت گانه کیفیت زندگی در دو گروه زنان با و بدون افسردگی بعد از زایمان

P-value	افسرده میانگین (انحراف معیار) تعداد= ۱۴۰	غیرافسرده میانگین (انحراف معیار) تعداد= ۴۷۸	گروه	سطوح کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	(۱۹/۸۷)۷۴/۹۵	(۲۱/۲۵)۸۱/۵۹		عملکرد جسمی
۰/۰۰۱	(۱۶/۵۳)۶۴/۱۴	(۱۳/۹۳)۷۷/۷۷		سلامت روان
۰/۰۰۱	(۱۵/۷۲)۷۵/۳۳	(۱۴/۱۹)۸۳/۶۶		عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	(۳۳/۶۶)۶۱/۶۳	(۳۱/۶۶)۷۶/۹۱		محدود شدن سلامت جسمانی
۰/۰۰۱	(۳۶/۶۶)۵۹/۳۵	(۳۱/۷۷)۸۱/۳۷		محدود شدن سلامت روان
۰/۰۰۱	(۹/۸۹)۶۵/۳۹	(۷/۸۴)۶۹/۷۴		سرزندگی
۰/۰۰۱	(۸/۶۵)۵۱/۵۰	(۸/۹۴)۴۹/۳۶		درد بدنی
۰/۰۰۱	(۱۳/۶۶)۶۵/۹۳	(۱۲/۸۰)۷۴/۹۱		سلامت عمومی
۰/۰۰۱	(۱۱/۵۹)۶۴/۶۵	(۱۰/۷۷)۷۴/۴۲		نمره کلی کیفیت زندگی

جدول شماره ۳. ارتباط نمره افسردگی بعد از زایمان و نمره کسب شده سطوح هشت گانه پرسشنامه کیفیت زندگی

p-value	Person correlation	سطوح کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	-۰/۲۳۹	عملکرد جسمی
۰/۰۰۱	-۰/۴۹	سلامت روان
۰/۰۰۱	-۰/۲۷۹	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	-۰/۲۶۰	محدود شدن سلامت جسمانی
۰/۰۰۱	-۰/۳۱۴	محدود شدن سلامت روان
۰/۰۰۱	-۰/۲۸۹	سرزندگی
۰/۰۲	۰/۰۹۱	درد بدنی
۰/۰۰۱	-۰/۲۹۲	سلامت عمومی
۰/۰۰۱	-۰/۵۰۲	نمره کلی کیفیت زندگی

آزمون آنالیز واریانس و تی، زنان با افسردگی دوران بارداری و همسران بیکار کیفیت زندگی پایین تری داشتند ($P < ۰/۰۰۵$).

جدول شماره ۴ میانگین نمره واریانس کیفیت زندگی زنان را بر حسب مشخصه های دموگرافی آنها نشان می دهد. بر پایه نتایج

جدول شماره ۴. مشخصه های دموگرافیک نمونه های مورد پژوهش بر حسب میانگین نمره کیفیت زندگی

P-value	میانگین (انحراف معیار)	تعداد	گروه	مشخصات دموگرافیک
۰/۱۸	(۱۱/۳۱)۷۳/۳۰	۱۷۵		سن مادر (سال) ۱۵-۲۴
	(۱۱/۷۴)۷۱/۴۹	۳۹۱		۲۵-۳۵
	(۱۳)۷۳/۳۹	۴۵		≥ 36
۰/۸۳	۷۳/۳۸	۳۳		سواد مادر ۰-۵
	۷۲/۱۰	۳۹۱		۶-۱۲
	۷۲/۱۳	۱۷۹		≥ 13
۰/۵۴	(۱۰/۸۹)۷۳/۳۱	۴۰		شغل مادر شاغل
	(۱۱/۷۴)۷۲/۱۵	۵۷۲		خانه دار
۰/۸۶	(۱۱/۵۴)۷۳/۰۲	۴۵		سواد همسر ۰-۵
	(۱۱/۶۹)۷۲/۲۸	۴۱۶		۶-۱۲
	(۱۱/۷۴)۷۱/۹۶	۱۳۳		≥ 13

مشخصات دموگرافیک	گروه	تعداد	میانگین (انحراف معیار)	P-value (دامه جدول)
شغل همسر				
دولتی		۹۵	(۱۱/۸۲)۷۲/۸۶	۰/۰۱
کشاورز		۴۶	(۱۰/۲۸)۷۳/۷۹	
آزاد		۴۴۴	(۱۱/۴۹)۷۲/۴۸	
بیکار		۲۲	(۱۵/۴۹)۶۴/۸۸	
درآمد (ماهانه، ریال)				
> ۷۰۰۰۰۰۰		۷۷	(۱۱/۷۳)۷۳/۲۷	۰/۷۴
۷۰۰۰۰۰۰ - ۱۰۰۰۰۰۰		۲۱۷	(۱۱/۴۵)۷۲/۸۵	
< ۱۰۰۰۰۰۰		۱۱۷	(۱۰/۴۲)۷۱/۹۸	
وضعیت مسکن				
شخصی		۴۱۷	(۱۱/۴۳)۷۲/۶۴	۰/۱۵
اجاره ایی		۱۹۰	(۱۲/۲۴)۷۱/۱۷	
ساختار خانواده				
هسته ایی		۴۴۰	(۱۱/۷۱)۷۲/۲۱	۰/۹۰
گسترده		۱۰۳	(۱۱/۸۱)۷۲/۰۵	
تعداد حاملگی				
۱		۲۶۷	(۱۱/۳۲)۷۳/۰۸	۰/۱۵
۲		۲۵۷	(۱۱/۹۰)۷۱/۸۳	
۳ ≤		۸۳	(۱۱/۹۹)۷۰/۳۹	
بارداری نا خواسته				
بله		۱۰۶	(۱۲/۸۶)۷۱/۶۵	۰/۷۲
خیر		۴۲۰	(۱۱/۶۹)۷۲/۱۱	
سن حاملگی در زمان زایمان				
≤ ۳۷		۳۹۵	(۱۱/۵۷)۷۲/۴۹	۰/۷۰
> ۳۷		۲۹	(۱۲/۴۰)۶۹/۴۳	
نوع زایمان				
طبیعی		۲۲۴	(۱۱/۷۰)۷۲/۵۰	۰/۶۶
سزارین		۳۵۸	(۱۱/۸۸)۷۲/۰۶	
جنس نوزاد				
دختر		۲۸۵	(۱۱/۸۴)۷۲/۸۸	۰/۱۸
پسر		۳۰۷	(۱۱/۶۶)۷۱/۹۵	
وزن نوزاد (گرم)				
≤ ۲۵۰۰		۵۲۵	(۱۱/۸۴)۷۲/۴۱	۰/۵۴
> ۲۵۰۰		۱۴	(۱۲/۰۰)۷۰/۴۹	
تعداد ویزیت های دوران بارداری				
< ۱۲		۲۷	(۱۵/۲۱)۶۹/۵۷	۰/۴۰
۶-۱۲		۴۲۱	(۱۱/۷۹)۷۲/۴۲	
> ۶		۴۶	(۱۰/۲۳)۷۳/۳۶	
نمره EPDS در بارداری				
≥ ۱۲		۳۶۳	(۱۰/۳۲)۷۵/۱۳	۰/۰۰۱
< ۱۲		۱۷۹	(۱۲/۴۴)۶۶/۶۶	

شغل همسر نشان داد که ارتباط معنی داری بین کیفیت زندگی با افسردگی دوران بارداری و بعد از زایمان وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$, $R^2 = ۰/۲۱$) و افسردگی دوران بارداری و بعد

آزمون رگرسیون خطی بعد از ورود متغیر وابسته کیفیت زندگی و متغیر مستقل افسردگی بعد از زایمان همراه با متغیرهای مداخله گر معنی دار افسردگی دوران بارداری و

زایمان در زنان با زایمان طبیعی و سزارین دیده نشده است (۴۵). با توجه به شیوع بالای سزارین در کشور بررسی این مهم توجه بیشتری می‌طلبد.

نتایج این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی زنان افسرده پایین‌تر از زنان غیرافسرده است. زنان با افسردگی بعد از زایمان بیشتر از زنان سالم مستعد بیماری‌های فیزیکی و روانی بوده و مصرف داروهای بیشتری را گزارش می‌کنند (۴۶). همچنین، رفتارهای پرخطر مانند کاهش کیفیت خواب، مصرف دارو و تلاش برای خودکشی که به ناتوانی و ناخوشی می‌انجامد در این زنان بیشتر دیده می‌شود (۲۲ و ۴۷).

مطالعات مشابه در جوامع رو به توسعه و همچنین توسعه یافته مانند ایران (۱۳)، ترکیه (۱۴)، هلند (۴۸)، کانادا (۲۲)، فرانسه (۲۱)، یونان (۲۵)، کویت (۴۹) و استرالیا (۲۴) حاکی از کاهش سطح کیفیت زندگی زنان افسرده در مقایسه با زنان غیرافسرده بعد از زایمان است که نشان می‌دهد افسردگی می‌تواند بدون در نظر گرفتن سطح توسعه یافتگی جوامع بر سلامت و کیفیت زندگی زنان موثر باشد. گرچه در بررسی‌های متفاوت، اثر افسردگی بر سطوح متفاوت کیفیت زندگی گزارش شده است.

نتایج تحلیل آماری نشان داد که نمره زنان افسرده در همه حیطه‌های هشت‌گانه‌ی SF₃₆ کمتر از زنان غیرافسرده بوده است. De Tychey و همکاران در فرانسه نیز گزارش کرده‌اند که افسردگی می‌تواند بر تمام حیطه‌های سلامتی زنان بعد از زایمان تأثیر منفی داشته باشد (۲۱). مطالعه مشابهی برای بررسی تأثیر افسردگی بعد از زایمان با در نظر گرفتن سن و تعداد فرزندان بر کیفیت زندگی (SF₃₆) زنان طی ۶ ماه بعد از زایمان و مقایسه آن با نرم زنان در استرالیا انجام شد. نتایج نشان داد که پنج بعد یا حیطه از کیفیت زندگی زنان افسرده (محدود شدن ایفای نقش به علت مشکلات جسمی و هیجانی، کارکرد اجتماعی، سلامت روان و سرزندگی) در مقایسه با جمعیت عمومی زنان افت داشت. در حالی که در زنان غیرافسرده تنها دو بعد یا حیطه از کیفیت زندگی (محدود شدن ایفای نقش به علت مشکلات هیجانی و سرزندگی) دچار افت شده بود (۲۴) در این مطالعه، زنان با و بدون افسردگی پس از زایمان در شش بعد یا حیطه از کیفیت

از زایمان از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی بعد از زایمان بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، ارتباط افسردگی بعد از زایمان با کیفیت زندگی زنان بررسی شد. نتایج نشان داد که افسردگی تأثیر نهفته‌ای بر سطوح مختلف سلامت فیزیکی و روانی زنان دارد. مطالعات اخیر در ایران نشان می‌دهد که افسردگی، بیماری شایع پس از زایمان است (۳۴ و ۳۵) که می‌تواند بر سلامت زنان موثر باشد (۱۳، ۲۴ و ۳۶). تجزیه و تحلیل آماری در زمینه عوامل مستعدکننده افسردگی بعد از زایمان در این مطالعه نشان داد افسردگی دوران بارداری از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر افسردگی بعد از زایمان است. بررسی‌ها نشان داده که افسردگی دوران بارداری مهم‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده افسردگی بعد از زایمان است (۳۷ و ۳۸). بنابراین، کارکنان بهداشتی باید هنگام ویزیت‌های دوران بارداری برای پیش‌بینی افسردگی بعد از زایمان بایستی هوشیار بوده و زنان را از دید افسردگی دوران بارداری بررسی کنند (۳۹).

همسو با دیگر مطالعات، این بررسی نیز نشان داد بین درآمد و افسردگی بعد از زایمان رابطه وارونه‌ای وجود دارد و شیوع افسردگی بعد از زایمان در زنان خانواده‌های با درآمد کمتر، بیشتر است (۴۰ و ۴۱). در مطالعه Goyal و همکاران (۲۰۱۰)، زنان با سطح اجتماعی-اقتصادی پایین یازده برابر دیگر زنان در خطر افسردگی بعد از زایمان قرار داشتند (۴۰). این نتایج تأکیدی است بر اهمیت نقش اقتصاد بر سلامت روان زنان.

در زمینه ارتباط عوامل مامایی با افسردگی، هم سو با بیشتر دیگر مطالعات، در این بررسی نیز حاملگی ناخواسته علل خطری برای افسردگی بعد از زایمان بود (۴۲ و ۴۳). حاملگی ناخواسته سبب پیامدهای فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌شود که می‌تواند خطر افسردگی بعد از زایمان را افزایش دهد (۴۲). گرچه در این مطالعه شیوع افسردگی بعد از زایمان در زنان با زایمان سزارین بیشتر بود اما مطالعات در خصوص رابطه نوع زایمان و افسردگی بعد از زایمان متفاوت است چنانچه در برخی مطالعات شیوع افسردگی بعد از زایمان بیشتر (۴۴) و در دیگر مطالعات تفاوت معنی‌داری در شیوع افسردگی بعد از

زندگی (محدود شدن ایفای نقش به علت مشکلات جسمی و هیجانی، عملکرد اجتماعی، دردهای جسمی، سلامت روان و سرزندگی) با هم تفاوت داشتند (۲۴). مطالعه De Costa و همکاران نیز نشان داد که تمام هشت سطح کیفیت زندگی زنان افسرده بعد از زایمان کمتر از جمعیت عادی زنان کانادایی است (۲۲). هرچند، دیگر مطالعات نشان داده است که افسردگی می تواند تنها بر برخی از سطوح کیفیت زندگی تاثیر بگذارد. چنانچه در مطالعه سادات و همکاران طی ۱۶-۸ هفته بعد از زایمان در کاشان، سطح عملکرد جسمی (۱۳)، در بررسی Rojas و همکاران ۱۱ ماه بعد از زایمان در شیلی، (۲۰۰۶) سطوح تنگنای جسمی و روانی، درد و سلامت عمومی (۵۰) و در مطالعه Barbosa و همکاران طی ۱۲-۶ هفته بعد از زایمان در نوجوانان اسپانیا نیز سطوح عملکرد جسمانی، سلامت روان و درد از کیفیت زندگی (۵۱) تحت تاثیر افسردگی بعد از زایمان قرار نگرفته بود. چنین نتایج متفاوتی می تواند ناشی از وضعیت اجتماعی و اقتصادی متفاوت نمونه ها، دوره های زمانی متفاوت مورد بررسی بعد از زایمان و نیز مشخصه های دموگرافی متفاوت نمونه ها (مثل مطالعه در گروه های سنی خاص) باشد که می تواند بر کیفیت زندگی زنان تاثیر داشته باشد. به طور مثال، مطالعه آخر بر نوجوانان اسپانیا انجام شده که می تواند از نظر عملکردی متفاوت باشد (۵۱).

دومین متغیر تاثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان مورد پژوهش، افسردگی دوران بارداری بود که در مطالعات مشابه بررسی نشده بود. از آنجا که افسردگی دوران بارداری از متغیرهای تاثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان بوده و با توجه به بررسی نکردن کیفیت زندگی این زنان در دوران بارداری می توان پنداشت که این ارتباط از دوران بارداری آغاز شده باشد. پیشنهاد می شود در بررسی کیفیت زندگی در دوره پره ناتال، به افسردگی هم نگریسته شود.

در بررسی ارتباط کیفیت زندگی با مشخصه های دموگرافی در آزمون کای دو، نتایج چشمگیر بدست آمده، ارتباط شغل همسران این زنان با کیفیت زندگی آنان بود به طوری که کیفیت زندگی زنان با همسران بیکار پایین تر از دیگر گروه های شغلی بود. این نتایج در حالی بدست آمد که

ارتباطی بین سطح درآمد و کیفیت زندگی زنان دیده نشد. اگرچه چنین ارتباطی در آزمون رگرسیون تایید و در مطالعات دیگر نیز گزارش نشده است (۱۳ و ۵۰). این نتیجه می تواند ناشی از نقش روانی کاستی بیکاری بر سلامت خانواده، از جمله کیفیت زندگی زنان باشد.

نتایج نشان داد که افسردگی بعد از زایمان بر تمام حیطه های فیزیکی و روانی کیفیت زندگی زنان تاثیر گذاشته و سبب کاهش سطح سلامت آنها می شود. با توجه به ارتباط افسردگی دوران بارداری با افسردگی بعد از زایمان و کیفیت زندگی، می توان فرض کرد افسردگی در تمام دوره های باروری یک زن سبب کاهش سطح سلامتی آنها می شود. با توجه به اهمیت سلامت مادران و کودکان، پیشنهاد می شود این مهم به عنوان یک مساله بهداشت عمومی مورد توجه برنامه ریزان بهداشتی در نظر گرفته شده و برنامه های غربالگری و پیشگیرانه از دوران بارداری آغاز شود. حاملگی و زایمان با تغییر فیزیکی زیاد و دگرگونی روانی بسیار همراه است که بر توانایی انجام نقش های معمول زنان تاثیر می گذارد. حتی در یک حاملگی و زایمان طبیعی زنان دچار تغییر محسوسی می شوند که سبب کاهش کیفیت زندگی آنها می شود و زمانی که مشکلات عمده ای مانند عوارض بارداری و زایمان یا افسردگی به این چرخه افزوده می شود، سطح کیفیت زندگی زنان دچار کاهش عمده ای می شود. کیفیت زندگی نقش مهمی در سلامت روان زنان در دوران بارداری و بعد از زایمان دارد. بنابراین، مراقبان زنان می توانند با پیشنهاد های سازنده خود به آنان سبب تغییر سبک زندگی آنها و در پایان بهبود کیفیت زندگی و کاهش عوارض روانی آنها شوند.

محدودیت های پژوهش: از محدودیت های پژوهش ریزش زیاد نمونه ها بود که می تواند به سبب نداشتن گرایش زنان بویژه زنان افسرده برای شرکت در پژوهش باشد. همچنین، استفاده از سنجه ی غربالگری EPDS بدون تایید معیارهای تشخیصی افسردگی و به کارگیری پرسشنامه کیفیت سلامت عمومی در دوران بعد از زایمان از دیگر محدودیت های این پژوهش بود. پیشنهاد می شود پژوهشی در این زمینه با بکارگیری تست های تشخیصی بالینی انجام شود.

می‌شود. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

سپاسداری و سپاسگزاری

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران برای پشتیبانی مالی طرح (۱۵۴۵)، همکاران مراکز بهداشتی-درمانی استان و نیز مادران در همکاری برای اجرای طرح سپاسگزاری

منابع

1. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2003;24(4):257-66.
2. Rychnovsky JD, Brady MA. Choosing a postpartum depression screening instrument for your pediatric practice. *Journal of Pediatric Health Care*. 2008;22(1):64-7.
3. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2006;91(2-3):97-111.
4. Azimi-Lolaty H MD, SH Hosaini, A Khalilian and M Zarghami. Prevalence and Predictors of Postpartum Depression among Pregnant Women Referred to Mother-Child Health Care Clinics (MCH). *Research Journal of Biological Sciences* 2007;2(3):285-90.
5. Abdollahi F, Rohani S, Sazlina GS, Zarghami M, Azhar MZ, Lye MS, et al. Bio-psycho-socio-demographic and obstetric predictors of postpartum depression in pregnancy: a prospective cohort study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2014;8(2):11.
6. Mancini F, Carlson C, Albers L. Use of the Postpartum Depression Screening Scale in a collaborative obstetric practice. *The Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007;52(5):429-34.
7. Whitaker RC, Orzol SM, Kahn RS. Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(5):551.
8. Johnson PL, Flake EM. Maternal depression and child outcomes. *Psychiatric Annals*. 2007; 37(6):404-8
9. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;115(6):481-6.
10. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*. 2002 8;70(3):291-306.
11. Salgın A. Effects of postpartum depression on breastfeeding and child development. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;70(3).
12. Horowitz JA, Goodman J. A longitudinal study of maternal postpartum depression symptoms. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2004;18(2-3):149-63.
13. Sadat Z, Abedzadeh-Kalahroudi M, Atrian MK, Karimian Z, Sooki Z. The impact of postpartum depression on quality of life in women after child's birth. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2014;16(2): 253.
14. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged 2 weeks-18 months. *Balkan Medical Journal*. 2011;2011(4).
15. Josefsson A. Postpartum depression: epidemiological and biological aspects. *LINKOPING UNIVERSITY MEDICAL DISSERTATIONS*. 2003.
16. Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *.ISRN Obstetrics and Gynecology*. 2012;2012:1-6.
17. Kim YK, Hur JW, Kim KH, Oh KS, Shin YC. Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2008;62(3):331-40.
18. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science & Medicine*. 2000;51(5):725-40.
19. Sadat Z, Taebi M, Saberi F, Abedzadeh Kalarhoudi M. The relationship between mode of delivery and postpartum physical and mental health related quality of life. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2013;18(6).
20. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives of General Psychiatry*.. 2004;61(9):946-52.
21. De Tychev C, Briançon S, Lighezzolo J, Spitz E, Kabuth B, De Luigi V, et al. Quality of life, postnatal depression and baby gender. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(3):312-22.
22. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of Women's Mental Health*. 2006;9(2):95-102.
23. Feki R, Feki I, Trigui D, Baâti I, Sallemi R, Masmoudi J. Impact of postpartum depression on quality of life. *European Psychiatry*. 2017 2017/04/01;41:S901-S2.
24. Boyce P, Johnstone S, Hickey A, Morris-Yates A, Harris M, Strachan T. Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*. 2000;3(3):91-7.
25. Papamarkou M, Sarafis P, Kaite CP, Malliarou M, Tsounis A, Niakas D. Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms

- during postpartum period: a correlational study .*BMC Women's Health*. 2017;17(1):115.
26. Underwood L, Waldie K, D'Souza S, Peterson ER, Morton S. A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*. 2016;19(5):711-20.
27. Mogos MF, August EM, Salinas-Miranda AA, Sultan DH, Salihu HM. A systematic review of quality of life measures in pregnant and postpartum mothers. *Applied Research in Quality of Life*. 2013;8(2):219-50.
28. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150(6):782.
29. Namazi S. Risk factors of postpartum depression. *Journal of Hormozgan Medicine [Persian]*. 2000;3(1):17-24.
30. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*. 2007;7(1):11. PubMed PMID: doi:10.1186/1471-244X-7-11.
31. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992;473-83.
32. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 2005;14(3): 875-882.
33. Jansen AG, Essink-Bot M-L, Duvekot JJ, van Rhenen DJ. Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007;63(3):275-81.
34. Abdollahi F, Sazlina SG, Zain AM, Zarghami M, Asghari Jafarabadi M, Lye MS. Postpartum depression and psycho-socio-demographic predictors. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2014;6(4):425-34.
35. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Rezaeian S. Trends of postpartum depression in iran: a systematic review and meta-analysis. *Depression Research and Treatment*. 2013;2013.
36. Mallikarjun PK, Oyeboode F. Prevention of postnatal depression. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*. 2005;125(5):221.
37. Goyal D ,Gay C, Lee KA. How Much Does Low Socioeconomic Status Increase the Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms in First-Time Mothers? *Women's Health Issues*. 2010;20(2):96-104. In Press, Corrected Proof.
38. Nagy Emese, Molnar Peter, Pal A, Orvos H . Prevalence rates and socioeconomic characteristics of post-partum depression in Hungary. *Psychiatry Research*. 2011;185(1-2):113-20.
39. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 2008;108(1-2):147-57.
40. Goyal D, Gay C, Lee KA. How Much Does Low Socioeconomic Status Increase the Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms in First-Time Mothers? *Women's Health Issues*. 2010.
41. Sierra J. Risk factors related to postpartum depression in low-income Latina mothers: University of Connecticut; 2008.
42. Karaçam Z, Önel K, Gerçek E. Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. *Midwifery*. 2011;27(2): 288-293.
43. Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*. 2009;79(3):194-8.
44. Xie R-h, Lei J, Wang S, Xie H, Walker M, Wen SW. Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *Journal of Women's Health*. 2011;20(12):1881-6.
45. Abdollahi F, Zain A. The mode of delivery and some selected obstetric factors as predictors of post-partum depression. *Caspian Journal of Reproductive Medicine*. 2015;1(2):14-22.
46. Josefsson A, Sydsjö G. A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Archives of Women's Mental Health*. 2007;10(4):141-5.
47. Chaudron LH. Postpartum depression: what pediatricians need to know. *NeoReviews*. 2003;24(5):154.
48. Prick BW, Bijlenga D, Jansen AG, Boers KE, Scherjon SA, Koopmans CM, et al. Determinants of health-related quality of life in the postpartum period after obstetric complications. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015;185:88-95.
49. Alhamdan N, Ajaj A, Alali F, Badr H. Postpartum Depression and Health Related Quality of Life: A Necessary Assessment. *Int J Fam Commun Med*. 2017;1(1):00005.
50. Rojas G, Fritsch R, Solís J, Gonzalez M, Guajardo V, Araya R. Quality of life of women depressed in the post-partum period. *Revista Medica de Chile*. 2006;134(6):713-20.
51. Barbosa EMdS, Petribú K, Mariano MHdA, Ferreira MdNL, Almeida A. Quality of life in postpartum depressed adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008;30(1):86-7.

Quality of Life and Related Factors in Women with and Without Postpartum Depression

Abdollahi F (PhD)^{1,2}- *Zarghami M (MD)^{3,4}

*Corresponding Address: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Email: Mehran.zarghami@gmail.com

Received: 10/Oct/2018 Revised: 01/Jan/2019 Accepted: 23/Feb/2019

Abstract

Introduction: Postpartum Depression (PPD) is the common psychological problem after child's birth that could affect women's health. The limited studies have assessed the relationship between PPD and quality of life.

Objective: This study aimed to determine this relationship in a sample of Iranian population.

Materials and Methods: In a longitudinal cohort study, 618 pregnant women referred to Mazandaran primary health centers (2015-2016) were recruited to this study via cluster sampling. Data were collected using Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and 36-Item Short Form Health Survey (SF₃₆) during 6-8 weeks of postpartum. The mean scores of whole SF₃₆ and all domains of it in two groups of postpartum, i.e., depressed and non-depressed women were compared. Data were analyzed using T-test, ANOVA, person correlation and linear regression.

Results: The prevalence of postpartum depression was 22.7%. There was a significant difference between mean scores of whole SF₃₆ of postpartum depressed and non-depressed women (64.65, 11.59 and 74.42, 10.77, respectively). Also, depression during pregnancy and postpartum were the predictor factors of women's quality of life ($p < 0.001$). The mean scores of physical functioning, mental health, social role functioning, physical role functioning, emotional role functioning, vitality and general health perception domains of SF₃₆ in depressed women were lower than that in non-depressed ones ($P < 0.05$). Moreover, the mean score of bodily pain in depressed women was more than the non-depressed counterparts.

Conclusion: Due to the high prevalence of postpartum depression and its effect on quality of life during an important period of women's life, the screening and intervention programs to prevent postpartum depression and education of women on improving their quality of life are suggested.

Conflict of interest: non declared

Key words: Depression\ Quality of Life\ Postpartum period

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 109, Pages: 1-12

Please cite this article as: Abdollahi F, Zarghami M. Quality of Life and Related Factors in Women with and Without Postpartum Depression. J of Guilan University of Med Sci 2019; 28(109):1-12. [Text in Persian]

1. Department of Public Health, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Iran

2. Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Iran

3. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Iran

4. Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Iran