

شیوع افسردگی بعد از زایمان در بیمارستان الزهرا شهر رشت در سال ۱۳۸۳

دکتر کیومرث نجفی* - دکتر فرهاد آوخ*** - دکتر فاطمه نظیفی*** - دکتر سعید صبرکننده***

* استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان
 ** دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان
 *** پزشک عمومی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۳/۳۰

تاریخ پذیرش: ۸۵/۳/۲۱

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان بیماری شایعی است که آثار نامطلوب بر سلامت مادر و کودک بجا می‌گذارد. میزان شیوع این اختلال در بررسی‌های مختلف متفاوت گزارش شده است.
 هدف: بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در بیمارستان الزهرا شهر رشت.
 مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۳۵ زن که در بیمارستان الزهرا زایمان کردند، پس از اخذ رضایت، پرسشنامه اطلاعات دموگرافی شامل متغیرهای سن، تعداد فرزند زنده، محل زندگی، روش زایمان، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، سابقه سقط یا مرگ کودک در گذشته، رتبه زایمان، میزان سواد و وضعیت اشتغال تکمیل شد.
 نمونه‌ها ۲ تا ۳ هفته پس از زایمان با آزمون خودپرسگری بک که استاندارد و مستقل از فرهنگ است غربالگری شدند. برای مادرانی که نمره ۱۶ یا بالاتر داشتند ۲ تا ۳ هفته بعد مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSMIV-TR برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی انجام شد. داده‌ها در موارد لزوم با آزمون‌های کای‌دو و فیشر آنالیز شد و اختلاف معنی‌دار در سطح $\alpha = 5\%$ تعیین شد.
 نتایج: براساس آزمون غربالگری، ۶۱ نفر افسردگی خفیف (نمره بک ۱۶ تا ۳۰) و ۶ نفر افسردگی متوسط (نمره بک ۳۱ تا ۴۶) داشتند. از ۵۹ نفر که برای مصاحبه بالینی مراجعه کردند ۴۸ نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSMIV-TR بودند (۴۳ نفر خفیف) ارتباط معنی‌دار آماری بین وضعیت اشتغال مادر با تشخیص افسردگی ($P=0.02$) و سابقه سقط و مرگ نوزاد در گذشته با تشخیص افسردگی ($P=0.02$) وجود داشت.
 نتیجه‌گیری: فراوانی نسبتاً قابل توجهی از افسردگی خفیف بدست آمد. با توجه به محدودیت‌های طرح پیشنهاد می‌شود مطالعه‌های بیشتر با ابزارهای غربالگری دقیق‌تر و تعداد نمونه‌های بیشتر انجام شود.

کلید واژه‌ها: افسردگی پس از زایمان / افسردگی / زایمان

مقدمه

زایمان امری طبیعی است و چنانچه حادثه‌ای غیرعادی پیش نیاید برای مادر و جنین خطری نداشته و در بیشتر موارد به سادگی انجام می‌شود. ولی گاهی تولد با پیچیدگی‌ها و دشواری‌هایی همراه می‌شود، مادر و نوزاد را به کام مرگ می‌کشد، بیماری‌هایی گریبانگیر مادر و نوزاد می‌شود و یا توانایی مادر در مراقبت از بچه مختل می‌شود. شاید به علت همین رخداد‌های ناگوار باشد که ترس‌های مختلف مانند ترس از سقط جنین، یا بدنیا آوردن نوزاد ناقص‌الخلقه و یا ترس از دردهای مربوط به زایمان، ترس از عمل زایمان و ترس از مادر شدن در زن

باردار شکل‌گرفته و زائو در روزهای آخر بارداری دچار اضطراب شده و به طور مبهم از زایمان می‌ترسد (۱). پیش از پیدایش دانش نوین پزشکی این ترس با باورهای خرافی بهم آمیخته بود. موجودات خیالی به اشکال گوناگون توصیف می‌شدند که دشمن زنان زائو بوده، سبب مرگ و نابودی آن‌ها و گاه نوزاد می‌شد و برای دور کردن آن‌ها نیز کارهای خرافی بی‌شماری انجام می‌شد (۲). از نظر تاریخچه اغلب بقراط را اولین کسی می‌دانند که بیماری روانی بعد از زایمان را شناسایی کرد. ولی به نظر می‌رسد آنچه را که او توصیف کرده دلیریوم نفاس بوده

است که در آن زمان شیوع زیادی داشت (۳). در حقیقت تا قرن‌های ۱۷ و ۱۸ هیچ ذکر دقیق و تقسیم‌بندی مشخصی از بیماری‌های روانی نفاس وجود نداشت. تا این که در این زمان گزارش مواردی از بیماران مبتلا به جنون نفاسی در مقاله‌های پزشکی فرانسوی و آلمانی ظاهر شدند. شناخته شده‌ترین فرد در توصیف اختلالات روانی بعد از زایمان یک پزشک فرانسوی به نام ویکتورلوویس مارس است که مفاهیم نو در مورد اختلالات روانی دوران بارداری و بعد از زایمان را پایه‌گذاری کرد و اولین کسی بود که تأثیر تغییرات روانی دوران نفاسی را روی خلق مادر مطرح کرد (۳). با وجودی که تا اواخر قرن نوزدهم بیشتر پزشکان با جنون نفاسی آشنا بودند ولی به انواع دیگر اختلالات نفاسی توجه کمی شده بود. تا که در این زمان در حدود دهه ۱۹۶۰ پیت یک افسردگی غیرنوعی را توصیف کرد که نسبت به جنون نفاسی از شدت کمتری برخوردار بود، مدت کوتاه‌تری طول می‌کشید و خیلی زود مادران را بعد از زایمان مبتلا می‌کرد و این همان اختلالی است که بعدها دلمردگی پس از زایمان (Post Partum blues) نامیده شد.

نهایتاً طی دهه ۱۹۸۰ شکل دیگری از اختلالات پس از زایمان به صورت اختلال افسردگی شدیدتر غیر هذیانی توصیف شد و افسردگی پس از زایمان (Post partum depression) نامیده شد (۳). از این زمان مطالعات گسترده‌ای برای شناسایی اختلالات روانی در مادران تازه زایمان کرده انجام شده است. در مطالعه‌ای در سال ۱۳۷۸ در شهر کرمان در پژوهشی مقطعی، ۴۰۰ زن از بین زنانی که در فاصله دو هفته تا دو ماه پیش از آن زایمان کرده بودند بطور تصادفی انتخاب شدند و با آزمون سنجش افسردگی بک به همراه پرسشنامه مربوط به مشخصات و پیامدهای ناشی از بارداری مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که ۳۱/۱٪ آن‌ها نمره ۱۶ یا بالاتر در آزمون کسب کردند که نشان‌دهنده وجود افسردگی بود. شیوع افسردگی در زنانی بیشتر بود که برای نخستین بار زایمان می‌کردند یا سابقه بچه‌اندازی و مرگ کودک در

گذشته داشتند یا بارداری آن‌ها ناخواسته بود. اهمیت جنس کودک از نظر مادر و تعداد فرزند بیشتر با افزایش شیوع افسردگی ارتباط معنی‌دار نشان داد (۴). همچنین در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۳ در ترکیه از بین ۱۳۳۷ زنی که در مدت ۶ ماه در شهر مانیسا (Manisa) در غرب ترکیه زایمان کردند، ۳۱۷ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و نهایتاً ۲۵۷ نفر معیار سنجش افسردگی ادینبورگ (EDPS) و پرسشنامه‌ای که توسط محققان برای سنجش متغیرهای دموگرافیک طراحی شده بود را پرکردند. در نتیجه ۱۴٪ از این زنان سندرم افسردگی داشتند و عواملی که در شیوع افسردگی مؤثر بود شامل تعداد فرزندان زنده قبلی، مهاجرت، مشکلات جدی در سلامت بچه، سابقه قبلی مشکلات روانی، اختلالات روانی همسر و داشتن روابط تیره با همسر و والدین همسر بود (۵).

افسردگی بعد از زایمان بطور نامطلوب تکامل شناختی و عاطفی بچه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و او را دچار اختلالات رفتاری و تأخیر در یادگیری می‌کند (۶). همچنین پیامدهای افسردگی بعد از زایمان در مورد مادر و بچه و خانواده ممکن است به صورت غفلت از بچه، از هم پاشیدگی خانوادگی، آسیب‌رساندن به خود و خودکشی بروز کند. آسیب‌های کوتاه مدتی که مادر و کودک از نشانه‌های افسردگی مانند کم‌اشتهایی و بی‌علاقگی می‌بینند را نیز نباید از نظر دور داشت. مادر افسرده انگیزه کمتری برای تغذیه صحیح نوزاد خود دارد که مستقیماً به سلامت کودک مربوط می‌شود بنابراین شناسایی دقیق و درمان اختلال ضروری است.

با این وجود به رغم شیوع بالای افسردگی بعد از زایمان و آثار طولانی مدت آن بر سلامتی مادر و کودک علائم افسردگی به صورت مکرر از سوی بیماران و مراقبان آن‌ها مورد غفلت واقع شده، تنها شمار کمی از این موارد توسط کارکنان بهداشتی و درمانی تشخیص داده می‌شود (۷).

افسردگی بعد از زایمان اختلالی است که شیوع آن در بسیاری از کشورهای توسعه یافته در فواصل زمانی

مشخص بررسی شده و نتایج حاصل جزء مقوله‌های بهداشتی مهم آن کشورها محسوب می‌شود. ولی در کشورهای در حال توسعه هنوز این مطالعات نهادینه نشده و در ایران به جز یک مطالعه در شهر کرمان بررسی دیگری صورت نگرفته یا حداقل مجریان این طرح نتوانستند با امکانات موجود به چنین پیشینه‌ای دست یابند. لذا با توجه به این که در این مورد مطالعه‌ای در شهر رشت انجام نشده است و با توجه به نقش فرهنگ، عوامل اجتماعی و اقتصادی در بروز این اختلال و تفاوت جوامع مختلف از نظر همه‌گیر شناسی اختلال، تصمیم گرفته شد در این مطالعه فراوانی نسبی افسردگی بعد از زایمان در این شهر بررسی شود و چون بیمارستان دولتی الزهرا از مکان‌هایی بود که در آن امکانات قابل قبول و در دسترس برای مطالعه وجود داشت، فراوانی نسبی افسردگی بعد از زایمان در زنان زایمان کرده در آن بررسی شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی و مقطعی است که برای تعیین شیوع افسردگی بعد از زایمان در بیمارستان الزهرا شهر رشت انجام شد. روش نمونه‌گیری بصورت نمونه‌گیری آسان غیراحتمالی بود که بر اساس فرمول آماری تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن شیوع مقطعی افسردگی پس از زایمان در مطالعه شهر کرمان $31/1/4$ که قبل از شروع طرح پیش‌بینی می‌شد بالاترین همخوانی و نزدیکی را با این مطالعه داشته باشد و با دقت $2/5\%$ ، ۳۳۰ نفر تعیین شد. پژوهش در سه مرحله انجام شد.

در مرحله اول به علت احتمال ریزش از ۳۵۰ زن که از تاریخ شروع طرح در این بیمارستان زایمان کردند پس از اخذ رضایتنامه دعوت شد که دو هفته بعد به همان مرکز مراجعه کنند.

در مرحله دوم این زنان در فاصله ۲ تا ۳ هفته با پرسشنامه سنجش اطلاعات دموگرافیک شامل متغیرهای سن، میزان تحصیلات، شغل، محل زندگی، رتبه زایمان، نوع زایمان،

تعداد فرزندان زنده قبلی، سابقه سقط یا مرگ کودک در گذشته و خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی و پرسشنامه سنجش افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند. آزمون افسردگی بک به عنوان آزمونی مستقل از فرهنگ شناخته شده و برای طبقات و اقشار مختلف اجتماعی فقیر و غنی قابل اجراست. در ایران این آزمون توسط آقای دکتر اخوت استاندارد شده و بطور وسیع برای سنجش افسردگی در افراد هنجار و بیماران روانی بکار رفته است پرسشنامه خودآزما بوده و تکمیل آن ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد بر اساس تحقیق ایرانی برای کاهش موارد مثبت کاذب، امتیازها به گونه زیرتقسیم‌بندی می‌شود، (۱۵-۰) بدون علامت، (۳۰-۱۶) افسردگی خفیف، (۴۶-۳۱) افسردگی متوسط، (۶۳-۴۷) افسردگی شدید (۸). در این پژوهش با توجه به این امتیازها نقطه برش ۱۶ تعیین شد، لذا از مادرانی که نمره ۱۶ یا بالاتر کسب کرده بودند دعوت شد تا ۲ هفته بعد مجدداً به آن مرکز مراجعه کنند. در مرحله سوم طرح مصاحبه بالینی ساختار یافته براساس معیارهای تشخیصی DSMIV-TR برای افسردگی اساسی انجام شد. یافته‌ها با نرم‌افزار EPI2000 و آزمون‌های آماری کای دو و Fisher مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و $a = 0.05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

به رغم پیگیری تلفنی و مراجعه به منازل مادرانی که مراجعه نکرده بودند، ۱۵ مادر به دلیل غیرقابل دسترس بودن از مطالعه حذف شدند و ۳۳۵ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند که مشخصات آن‌ها در جدول ۱ درج شده است. ۲۶۸ نفر (۸۰٪) نمره کمتر از ۱۶ در پرسشنامه بک کسب کردند. ۶۱ نفر (۱۸/۲٪) نمره ۱۶ تا ۳۰ (افسردگی خفیف) و ۶ نفر (۱/۸٪) نمره ۳۱ تا ۴۶ داشتند (افسردگی متوسط). ولی هیچ کدام از مادران شرکت کننده نمره بالاتر از ۴۶ بدست نیاوردند و در این طرح هیچ مادری در گروه افسردگی شدید قرار نگرفت.

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	درصد
سن	۲۰ سال و کمتر	۶۳	۱۹/۱
	۲۱ تا ۲۵ سال	۱۳۱	۳۹/۱
	۲۶ تا ۳۰ سال	۹۱	۲۷/۲
	بالتر از ۳۰ سال	۳۹	۱۳/۶
میزان تحصیلات	بی سواد	۹	۲۷
	دبستان	۵۸	۱۷/۳
	راهنمایی	۱۱۳	۳۳/۷
	دبیرستان	۱۳۹	۴۱/۱۵
وضعیت اشتغال	خانه دار	۳۲۱	۱۴
	شاغل	۹۵/۸	۴/۲
نوبت زایمان	اول	۲۲۲	۶۶/۳
	دوم	۸۹	۲۶/۶
	سوم	۲۱	۶/۳
	بالتر از سوم	۳	۰/۹
نوع زایمان	سزارین	۲۰۵	۶۱/۲
	طبیعی	۱۳۰	۳۸/۸
تعداد فرزندان	صفر	۶	۱/۷
	یک	۲۲۲	۶۶/۳
	دو	۸۳	۲۴/۸
	سه	۲۲	۶/۶
	بیش از سه	۲	۰/۶
محل سکونت	شهر	۲۱۶	۶۴/۵
	روستا	۱۱۹	۳۵/۵
جنس نوزاد	دختر	۱۷۳	۵۱/۶
	پسر	۱۶۱	۴۸/۱
	دو قلو از هر دو جنس	۱	۰/۳
خواستگاری یا ناخواستگاری بودن حاملگی	خواستگاری	۲۸۶	۸۵/۴
	ناخواستگاری	۴۹	۱۴/۶
سابقه سقط و کودک مرده	با سابقه	۶۵	۱۹/۴
	بدون سابقه	۲۷۰	۸۰/۶

از بین مادران خانه‌دار ۶۱ نفر (۱۹٪) مبتلا به افسردگی خفیف و ۶ نفر (۱/۹٪) مبتلا به افسردگی متوسط بودند ولی هیچ یک از ۱۴ مادر شاغل شرکت کننده در طرح افسرده نبودند. در آنالیزهای آماری این تفاوت معنی‌دار و افسردگی پس از زایمان در زنان خانه‌دار بیشتر بود.

[Fisher exact = 0/04 Mid.P exact = 0/02]

سکونت در شهر یا روستا به نسبت در افسردگی خفیف و افسردگی متوسط تفاوت معنی‌داری نداشت.

جنس نوزاد در شیوع افسردگی متوسط تفاوت معنی‌دار نداشت.

در مادرانی که سابقه سقط و بچه مرده داشتند ۱۸ نفر (۲۷/۷٪) دچار افسردگی خفیف و ۲ نفر (۳/۱٪) مبتلا به افسردگی متوسط بودند و در مادرانی که چنین سابقه‌ای نداشتند ۴۳ نفر (۱۵/۹٪) افسردگی خفیف و ۴ نفر (۱/۵٪) افسردگی متوسط داشتند. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0.02$).

پس از ارزیابی با پرسشنامه بک به رغم پیگیری‌های تلفنی ۸ نفر از ۶۷ زنی که نمره ۱۶ یا بالاتر داشتند برای مصاحبه بالینی مراجعه نکردند که از این تعداد ۲ نفر به علت تشدید علائم با مراجعه به روانپزشک با تشخیص افسردگی تحت درمان بودند.

در مجموع برای ۵۹ نفر از مادران مصاحبه بالینی ساختاریافته برای معیارهای تشخیصی افسردگی اساسی بر اساس DSMIV-TR انجام شد. ۴۸ نفر از مادران، افسرده تشخیص داده شدند. ۱۱ نفر در مصاحبه بالینی افسردگی نداشتند که ۱۰ نفر از این گروه در پرسشنامه بک نمره کمتر از ۲۰ بدست کسب کرده بودند.

تعداد زایمان‌های قبلی و تعداد فرزندان در روش قبلی زایمان اعم از سزارین یا زایمان طبیعی در افسردگی اعم از خفیف یا متوسط تاثیر نداشت ولی شیوع افسردگی در زنان حامله با حاملگی ناخواستگاری بالاتر بود، ولی این تفاوت معنی‌دار نبود.

در جدول ۲ نتایج پرسشنامه سنجش افسردگی براساس متغیرهای مختلف درج شده است.

سن و میزان تحصیلات مادران در گروه‌های مختلف از نظر شدت افسردگی از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشت.

جدول شماره ۲: نتایج آزمون افسردگی بک بر اساس متغیرهای مختلف

افسردگی متوسط		افسردگی خفیف		غیر افسرده		گروه ها	متغیرها
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
-	-	(۱۸/۷۵)	۱۲	(۸۱/۲۵)	۵۲	۲۰سال و کمتر ۲۱ تا ۲۵ سال ۲۶ تا ۳۰ سال بالاتر از ۳۰ سال	سن
(۳)	۴	(۱۹/۱)	۲۵	(۷۷/۹)	۱۰۲		
-	-	(۱۶/۵)	۱۵	(۸۳/۵)	۷۶		
(۴)	۲	(۱۸/۴)	۹	(۷۷/۶)	۳۸		
-	-	(۲۲/۲)	۲	(۷۷/۸)	۷	بی سواد دبستان راهنمایی دبیرستان بالاتر دیپلم	میزان تحصیلات
(۶/۹)	۴	(۱۹)	۱۱	(۴۳/۱)	۴۳		
(۱/۸)	۲	(۱۶/۸)	۱۹	(۸۱/۴)	۹۲		
-	-	(۱۹/۴)	۲۷	(۸۰/۶)	۱۱۲		
-	-	(۱۲/۵)	۲	(۸۷/۵)	۱۴		
(۱/۹)	۶	(۱۹)	۶۱	(۷۹/۱)	۲۵۴	خانه دار شاغل	وضعیت اشتغال
-	-	-	-	(۱۰۰)	۱۴		
(۰/۹)	۲	(۱۷/۶)	۳۹	(۸۱/۵)	۱۸۱	اول دوم سوم بالاتر از سوم	رتبه زایمان
(۴/۵)	۴	(۲۲/۵)	۲۰	(۷۳)	۶۵		
-	-	(۹/۵)	۲	(۹۰/۵)	۱۹		
-	-	-	-	(۱۰۰)	۳		
-	-	۳۳/۳	۲	۶۶/۷	۴	صفر یک دو سه بیش از سه	تعداد فرزندان
۰/۹	۲	۱۶/۷	۳۷	۸۲/۴	۱۸۳		
۴/۸	۴	۱۸/۱	۱۵	۷۷/۱	۶۴		
-	-	۳۱/۸	۷	۶۸/۲	۱۵		
-	-	-	-	۱۰۰	۲		
۱	۲	۱۹/۴	۴۲	۷۹/۶	۱۷۲	شهر روستا	محل سکونت
۳/۳	۴	۱۶	۱۹	۸۰/۷	۹۶		
۱/۷	۳	۱۸/۵	۳۲	۷۹/۸	۱۳۸	پسر دختر دو قلو از هر دو جنس	جنس نوزاد
۱/۹	۳	۱۸	۲۹	۸۰/۱	۱۲۹		
--	-	-	-	۱۰۰	۱		
۲	۶	۱۶/۵	۴۷	۸۱/۵	۲۳۳	خواسته ناخواسته	خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی
-	-	۲۸/۶	۱۴	۷۱/۴	۴۵		
۳/۱	۲	۲۷/۷	۱۸	۶۹/۲	۴۵	با سابقه بدون سابقه	سابقه سقط و کودک مرده
۱/۵	۴	۱۵/۹	۴۳	۸۲/۶	۲۲۳		
۳/۹	۶	۱۷/۶	۳۶	۷۹/۵	۱۶۳	سزارین واژینال	روش زایمان
-	-	۱۹/۲	۲۵	۸۰/۸	۱۰۵		

بحث و نتیجه گیری

میزان شیوع افسردگی در دوران پس از زایمان در مناطق مختلف متفاوت گزارش شده است. در این مطالعه شیوع با آزمون بک ۲۰٪ بدست آمد.

در پژوهشی در کرمان شیوع اختلال با آزمون بک ۳۱/۱٪ (۴) در هلند ۷ تا ۱۴٪ (آزمون بک) (۹) و در پژوهش دیگری با همین روش شیوع اختلال ۹/۳٪ گزارش شده است (۱۰).

در پژوهشی در کانادا با معیار افسردگی ادینبورگ (EDPS) شیوع اختلال در هفته اول ۲۹/۵٪ در هفته چهارم ۲۳٪ و در هفته هشتم ۲۰/۵٪ (۱۱) و در چند مطالعه دیگر در ترکیه شیوع این اختلال ۱۴٪ (۵) در شیلی ۳۶/۷٪ (۱۲)، در سوئد ۱۳٪ (۱۳)، در اسرائیل ۲۲/۶٪ (۱۴) و در هنگ کنگ ۱۹/۸٪ (۱۵) گزارش شد. (ابزار تشخیص ادینبورگ) در فرانسه با آزمون زرسن (Zerssen) شیوع اختلال ۲۳٪ (۱۶) و در پژوهشی در کانادا ۶/۲٪ (۱۷) گزارش شده است. در اسپانیا در پژوهشی با مصاحبه بالینی ساختار یافته SCID شیوع اختلال ۱۵ تا ۱۰٪ بدست آمده است (۱۸). کتابهای مرجع روانپزشکی نیز شیوع اختلال را ۱۰ تا ۲۰٪ (۱۹ و ۳) گزارش کرده‌اند.

در مورد علل این تنوع عوامل مختلفی قابل بحث است. در مطالعات مختلف از روش‌ها و ابزارهای متفاوتی برای بررسی شیوع افسردگی استفاده شده است که حساسیت و اختصاصی بودن آن‌ها با هم تفاوت دارد. این بررسی‌ها در فصول مختلفی از سال انجام است که ممکن است تغییرات فصلی و تفاوت در میزان نور دریافتی در میزان بروز افسردگی مؤثر باشد (۲۰). به علاوه این مطالعات در زمان‌های متفاوتی از دوران پس از زایمان انجام شده و همه آن‌ها در فاصله زمانی مشخصی نبوده است. همچنین تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی اقتصادی در جوامع مختلف می‌تواند علت تفاوت‌های مشاهده شده در میزان شیوع باشد. درباره تفاوت شیوع افسردگی پس از زایمان در شهر کرمان (۳۱/۱٪) با مطالعه ما (۲۰٪) تفاوت‌های فرهنگی، آداب و رسوم، ارتباط‌های طایفه‌ای و قبیله‌ای،

تفاوت در میزان درآمد مردم در منطقه کویری کرمان و شهر رشت قابل ذکر است. به علاوه روش نمونه‌گیری در این دو مطالعه متفاوت بود و مشخصات و ویژگی‌های نمونه‌ها در دو مطالعه یکسان نبودند. همچنین دلایل دیگری نیز می‌تواند مطرح باشد که از نظر دور مانده است.

در این مطالعه و مطالعه کرمان تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین گروه‌های مختلف سنی دیده نشد (۴). ولی در برخی پژوهش‌ها شیوع اختلال در مادران جوان بیشتر گزارش شده که تفاوت معنی‌دار نداشت.

گرچه شیوع افسردگی در مادران با تحصیلات بالاتر از دیپلم (۱۲/۵٪) کمتر از شیوع آن در مادران با تحصیلات پایین‌تر (۲۰/۳٪) بود ولی این تفاوت نیز از نظر آماری معنی‌دار نبود. در مطالعات قبلی هم مدرک معتبری دال بر تأثیر میزان تحصیلات در شیوع این اختلال بدست نیامد (fatoye).

در این مطالعه و نیز در بررسی‌های گوناگون در سایر نقاط دنیا میزان شیوع افسردگی در مادران روستایی و شهری تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشت و این نکته به رغم تفاوت قابل ملاحظه در سطح زندگی روستایی و شهری در این مطالعه و سایر بررسی‌ها است.

۲۰/۹٪ مادران خانه‌دار دچار افسردگی بودند در حالی که هیچ‌یک از ۱۴ مادر شاغل افسردگی نداشتند. در آنالیزهای آماری انجام شده این تفاوت معنی‌دار و افسردگی پس از زایمان در زنان خانه‌دار بیشتر بود (Fisher exact = 0.04), (Mid.P exact = 0.02).

در پژوهشی در کانادا شیوع افسردگی در زنان شاغل بیشتر گزارش شده است (۱۷). می‌توان گفت که در کشورهای در حال توسعه شاغل بودن علاوه بر هویت‌بخشی به زن، در تأمین مخارج زندگی کمک زیادی می‌کند و وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده زنان شاغل برتری قابل توجهی نسبت به زنان خانه‌دار دارد که ممکن است این تفاوت در کشورهای توسعه یافته چنین وضوحی نداشته باشد. لذا شاید در این مطالعه وضعیت اشتغال در کنار

سایر عوامل مثبت اجتماعی و اقتصادی ناشی از اشتغال زنان باعث کاهش افسردگی در این گروه شده باشد.

هرچند انتظار می‌رفت با توجه به مسائل فرهنگی و نگرش‌های متفاوت به پسر و دختر، جنس نوزاد عامل موثری در ابتلای مادر باشد ولی این موضوع در این مطالعه و سایر بررسی‌ها بی‌تاثیر بود.

به جز یک مطالعه در نیجریه (۲۱) و مطالعه شهر کرمان (۴) شیوع افسردگی مادران از جهت تفاوت رتبه زایمان و تعداد فرزندان و روش زایمان از نظر آماری تفاوت نداشت.

در این مطالعه شیوع افسردگی در مادرانی که حاملگی ناخواسته داشتند بیشتر بود ولی این تفاوت معنی‌دار نبود. به نظر می‌رسد تعداد کم نمونه‌ها در گروه با زایمان ناخواسته در معنی‌دار نبودن نتایج مؤثر بوده است.

سابقه سقط قبلی: در این مطالعه ۳۰/۸٪ مادرانی که سابقه سقط یا مرگ کودک در گذشته داشتند و ۱۷/۴٪ مادرانی که چنین سابقه‌ای نداشتند دچار افسردگی بودند این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. ($p=0.02$) بنابراین شیوع افسردگی در مادرانی که سابقه سقط یا مرگ کودک در گذشته داشتند بیشتر بود. در مطالعه کرمان هم نتایج مشابهی بدست آمده است، ممکن است زنده شدن احساسات دردناک حوادث پیشین عامل شیوع بالاتر افسردگی باشد (۴) ولی در سایر مطالعات مدرک معتبری در مورد تأثیر این متغیر بدست نیامد.

مدرک معتبری در حمایت از این که عامل دموگرافی خاصی فرد را مستعد ابتلای به افسردگی پس از زایمان کند وجود ندارد (۳).

شاید تغییرات فیزیولوژی دوره نفاس و استعداد بیولوژیک مادران است که باعث کم‌رنگ شدن تأثیر فاکتورهای دموگرافیک در ابتلای به افسردگی پس از زایمان می‌شود. به علاوه در مطالعات مختلف، در زمان‌های مختلف، ارزیابی در دوران پس از زایمان، زنان

متفاوتی دچار افسردگی هستند که لزوماً مشخصات

یکسانی هم ندارند و این مسأله می‌تواند توضیح‌دهنده این نکته باشد که چرا در برخی مطالعات ارتباطی بین انواع خاصی از متغیرها و افسردگی پس از زایمان وجود داشته و در برخی دیگر وجود نداشته است (۹).

از ۵۹ مادری که مورد مصاحبه ساختار یافته قرار گرفتند، ۴۸ نفر (۸۱٪) بر اساس مصاحبه بالینی افسرده شناخته شدند. بدیهی است همبستگی بالایی بین نمره سنجش افسردگی بک و تشخیص افسردگی بر اساس مصاحبه بالینی وجود دارد.

از آنجایی که نمی‌توان بطور قابل اعتماد پیش‌بینی کرد که برای کدام زنان احتمال بروز اختلال نفاس وجود دارد و با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان و اثرات منفی آن بر سلامت مادر و کیفیت مراقبت از کودک و رشد و تکامل کودک به نظر می‌رسد استفاده از آزمون سنجش افسردگی بک در همه مادران پس از زایمان برای غربالگری افسردگی توسط سیستم‌های مراقبت بهداشتی به شناسایی مادران افسرده و ارتقای کیفیت مراقبت از مادر و کودک کمک زیادی کند و در نهایت ارجاع مادران با نمره غربالگری بالاتر از ۱۶ به روانپزشک برای بررسی بیشتر و درمان مادران افسرده می‌تواند به عنوان بخشی از برنامه‌ریزی بهداشتی برای سامان‌دهی و کمک به این بیماران باشد.

محدودیت‌های این طرح انجام مطالعه در بیمارستان دولتی، غربالگری مادران در یک نوبت و استفاده نکردن از ابزار غربالگری ادینبورگ و انجام مصاحبه فقط با مادران اسکرین شده بود.

با توجه به تفاوت نتایج این مطالعه با مطالعه شهر کرمان و با توجه به تنوع فرهنگی و اجتماعی کشور مطالعه برای بررسی شیوع در مناطق مختلف کشور پیشنهاد می‌شود. با توجه به محدودیت‌های عنوان شده، مطالعات بعدی باید در سطحی گسترده‌تر، با تعداد نمونه‌های بیشتر و ابزارهای غربالگری دقیق‌تر انجام شود.

منابع

11. Denis CL. Can We Identify Mothers at Risk for Postpartum Depression in the Immediate Postpartum Period Using the Edinburgh Post Natal Depression Scale?. *Journal of Affective Disorder* 2004; 78(2):163-9.
12. Jedresic E, Araja R. Prevalence of Postpartum Depression and Associated Factors in Santiago, Chile. *Rev. Medicine of Children*, 1995; 123: 694-699.
13. Josefsson A, Berg G, Nordin C. Prevalence of Depression Symptoms in Late Pregnancy. *Acta Obstet Gynecologica Scandinavica* 2001; 80(8): 251-5.
14. Glasser S, Barell V, Shoham A. A prospective Study of Postpartum Depression in an Israel Cohort: Prevalence, Incidence and Demographic Risk Factors. *J psychosom Obstet Gynecologica* 1998; 19(3): 155-64.
15. Leung SS, Martinson IM, Arthur D. Postpartum Depression and Related Psychosocial Variables in Hong Kong Chinese Women: Findings From A Prospective Study. *Research Nursing Health* 2003; 28(1):27-38.
16. Bonnin F. Screening of Depressive Disorders During the Postpartum Period with Zerssen Evaluation Scale. *Encephale* 1992; 18:551-555.
17. Zekowitz P, Milet TH. Screening for Postpartum Depression in a Community Sample. *Canadian Journal of Psychiatry* 1995; 40: 80-86.
18. Ascaso T, Garcia E, Navarrop. Prevalence of Postpartum Depression in Spanish Mothers: Comparison of Estimation by Mean of Structured Clinical Interview for DSMIV with Edinburgh postnatal Depression Scale. *Medical clinic(Barc)* 2003; 120(9):326-9.
19. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of Psychiatry*. 9th ed. 2003; Ed, 526-7.
20. Hiltonen P, Jokelainen J, Ebeling H, Szajnberg N, Milanen I. Seasonal Variation In Postnatal Depression. *Journal of Affective Disorder* 2004; 78(2):111-8.
21. Fatoye FO, Adeyemi AB, Oladimeji BY. Postpartum Depression Following Normal Vaginal Delivery Among Nigerian Women. *Psychological Report* 2004; 94(3 Pt 2):1276-8.
1. دادستان، پریخ: تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن. رشد ۱۳۷۷.
2. داویدیان، هاراطون: ال و ام‌الصبيان بر مبنای روانشناسی. مجله سخن، سال، دوره ۱۶ شماره ۱، صص: ۳۴-۱۹.
3. Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th ed. 2000.
4. غفاری نژاد، علیرضا؛ خوباری، فریبا؛ پویا، فاطمه: بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در شهر کرمان. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۸، سال پنجم شماره ۱ و ۲، صص: ۲۹-۲۴.
5. Danaci AE, Dinc G, Deveci A, Sen FS, Icelli I. Postnatal Depression in Turkey : Epidemiological and Culture Aspects. *Social psychiatry Epidemiology* 2003; 37(3): 125-9.
6. شیروانی، مریم؛ شایگان، حوریه. مطالعه هم گروهی افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان. آروین، ۱۳۸۱، سال سوم شماره ۱، صص: ۲۹-۲۴.
7. Lee, DTS, Yip, ASK, Chan, SSM. MRCP Sych; Post Delivery Screening for Postpartum Depression *Psychosomatic Medicin* ;65(3): 375-361.
8. کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف‌السادات محیط، احمد: اصلی مصاحبه و آزمونهای روانی، صص ۱۸۰-۱۷۹.
9. Pop V J, Essed G.G, de Geus, CA, Van -son MM, Komprde IH. Prevalence of postpartum Depression *Gynecologica Scandinavka* 1993; 72(5): 354-358.
10. Campell SB, Cohen JF. Prevalence and Correlates of Postpartum Depression in Mothers. *Journal Abnormal Psychology* 1991; 100: 594-599.

Prevalence of Postpartum Depression in Alzahra Hospital in Rasht in 2004

Najafi K. (MD), Avakh F. (MD), Nazifi F. (MD), Sabrkonandeh S. (MD)

Abstract

Introduction: Postpartum depression is a prevalent disorder that has undesirable effects on mother and child's health. Its prevalence is reported different in various studies.

Objective: The aim of this study was to determine the prevalence of postpartum depression in mothers who delivered at Alzahra hospital in Rasht in 2004.

Materials and Methods: In this cross sectional study 335 women who delivered at Alzahra hospital after signing informed consent were assessed with a demographic questionnaire including variables (age, live child number, home living, delivery type, wanted or unwanted pregnancy, history of abortion or dead child, delivery number, educational level, employment status after delivery). Samples were screened with Beck depression inventory (a standard self questionnaire and independent of any cultural bias) 2-3 weeks after delivery. For mothers who scored 16 or higher, a structural clinical interview for major depressive disease was done. The interview results were evaluated according to DSMIV-TR criteria and the results were analyzed and statistically significant difference was determined ($\alpha=0/05$)

Results: According to the screening examination, 61 patients had mild depression (scoring 16-230) and 6 patients suffered moderate depression (scoring 31-46). From 59 patients who referred for clinical interview, 48 had essential depression disorder based on DSMIV-TR and 43 had mild depression. There was a significant relationship between mothers' occupation and depression ($P=0.02$) and between history of still birth and infant death in past with depression ($P=0.02$)

Conclusion: The prevalence of mild depression in our study was notable. In addition to the limitations of this study, more studies with more specific screening assessment and more subjects are recommended

Key words: postpartum depression/ Beck depression inventory/ structured clinical interview.