

**بررسی شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به
بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، سال ۱۳۷۸**
فرزانه پازنده^۱ ، ران طومیانس^۲ ، فاطمه افشار^۱ ، ناصر ولاجی^۱

خلاصه

سابقه و هدف: نظر به اهمیت اختلالات خلقی در دوران بارداری و گزارشات متفاوت از شیوع آن، این مطالعه جهت تعیین میزان و شدت افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۷۸ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود. زنان باردار ۱۵-۴۹ ساله که مسلمان، ایرانی و دارای گویش فارسی بوده و سابقه بیماری‌های روانی، مصرف دارو، ابتلاء به بیماری مزمن و عفوی نداشته‌اند و در ضمن فاقد عوارض دوران بارداری بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات از طریق مصاحبه ساختار یافته در زمینه خصوصیات فردی زنان باردار شامل سن، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، سن حاملگی، تعداد حاملگی، سقط و مرده زایی، زایمان زودرس، تعداد فرزند در خانواده، سابقه نازلی، خواهان بارداری، جدایی از پدر و مادر (و یا هر دو) قبل از ۱۵ سالگی، سابقه PMS، حمایت اجتماعی و حوادث ناگوار بررسی و ثبت گردید. برای تعیین افسردگی و شدت آن از آزمون Beck، تشخیص حوادث ناگوار از سیاهه Winefield and Tiggemann بررسی حسایت اجتماعی از پرسشنامه Pikayl و برای افسردگی، استفاده گردید. در این پژوهش امتیاز تست بک (۰-۱۵) طبیعی و غیرافسرد و امتیاز ۱۶ و بالاتر افسرده در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این پژوهش ۵۸۰ زن باردار مورد بررسی قرار گرفتند که در این میان ۴۵٪ افسرده و ۵۴٪ غیرافسرده بودند. میان افسردگی و سطح تحصیلات ($p=0.002$), وضعیت اقتصادی ($p=0.000$), تعداد فرزند در خانواده ($p=0.000$), تعداد حاملگی ($p=0.000$), هفته حاملگی ($p=0.000$), ناخوسته بودن حاملگی ($p=0.000$), جدا بودن از والدین قبل از ۱۵ سالگی ($p=0.000$), سابقه PMS ($p=0.001$), حمایت اجتماعی ($p=0.000$) و حوادث ناگوار ($p=0.02$) ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: افسردگی در بارداری شایع است. توجه به وضعیت روحی زن باردار و غربالگری بیماری‌های روانی توصیه می‌گردد. پیشنهاد می‌شود در خصوص اضطراب دوران بارداری و افسردگی بعد از زایمان مطالعات جامع تری صورت گیرد.

واژگان کلیدی: افسردگی، بارداری، اختلالات خلقی در بارداری.

۱-دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی

۲-دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده تغذیه و صنایع غذایی

جفت سرراهی، واریس شدید). بیماران به روش تصادفی انتخاب شدند. پس از توجیه طرح، اطلاعات لازم از قبیل سن، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، سن حاملگی، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سقط، مرده زایی، زایمان زودرس، تعداد فرزند در خانواده، سابقه تازایی، خواهان باردار فعلی، جدایی از پدر و مادر (یا هردو) قبل از ۱۵ سالگی، تغییرات خلقی پیش از پریود، حمایت اجتماعی و حوادث ناگوار، جمع‌آوری گردید. ابتدا سوالات مربوط به خصوصیات فردی و سپس آزمون استاندارد Beck توسط محقق مطرح می‌شد. جهت تشخیص حوادث ناگوار از سیاهه Pikayl و جهت ثبت حمایت اجتماعی از Winfield and Tiggemann (Tiggemann ۲۰۰۸) که با در نظر گرفتن فرهنگ جامعه ایرانی تنظیم شده بود، استفاده گردید. در این پژوهش چنانچه امتیاز تست بک بین صفر تا ۱۵ بود شخص طبیعی و اگر امتیاز ۱۶ و بالاتر بود شخص افسرده در نظر گرفته می‌شد.

شیوه افسرده‌گی در نمونه‌ها تعیین و میزان واقعی آن با اطمینان ۹۵٪ در جامعه برآورد گردید. نقش خصوصیات فردی در بروز افسرده‌گی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t-test و آنالیز واریانس تعیین گردید.

یافته‌ها

۵۸۰ زن باردار یا میت‌نگین سنی (\pm انحراف معیار) $5/2 \pm 25/5$ سال (۱۵-۴۹ سال) مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۲۱۵ نفر (۵۴٪) سالم و ۲۶۵ نفر (۴۵٪) افسرده بودند. شیوه واقعی آن در جامعه حداقل ۴۱/۶٪ تا حداقل ۴۹/۸٪ برآورد گردید. نقش عوامل مرتبط با افسرده‌گی در جدول ۱ ارائه شده نشان سی دهد که وضعیت اقتصادی، جنسیت، سن و

مقدمه

هیچ یک از اتفاقات دوران زندگی یک زن قابل مقایسه با تغییرات عصبی، غددی و حالات روانی دوران بارداری و زایمان نیست (۱). افسرده‌گی در بارداری شایع است و شیوه آن را از ۴٪ (۲-۷٪) تا ۲۹٪ (۵-۷٪) گزارش نموده اند بعضی از عوامل از قبیل تحصیلات پایین، وضعیت اقتصادی اجتماعی ضعیف، تعداد حاملگی، بارداری ناخواسته، سابقه PMS کمبود حمایت اجتماعی، بروز حوادث ناگوار را در ایجاد افسرده‌گی در دوران بارداری مؤثر می‌دانند (۲-۳-۸). تبعات افسرده‌گی در دوران بارداری عبارتند از: تولد نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم، تولد نوزاد بی‌قرار و تحریک‌پذیر، روی آوردن زن باردار به سیگار و مواد مخدر، عدم توجه به توصیه‌های عراقبت‌های دوران بارداری، اختلال در خواب و نغذیه، افسرده‌گی بعد از زایمان و از همه مهم‌تر خودکشی (۱،۱۰-۹). توجه به عوارض و خیمه ر گسترش افسرده‌گی در دوران بارداری و پس از زایمان از اهمیت بسزایی برخوردار است. برای پاسخ به سه سوال میزان افسرده‌گی در زنان باردار چه قدر است؟ شدت افسرده‌گی در زنان باردار چه قدر است و عوامل مرتبط با آن کدامند؟ این تحقیق روى زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۷۸ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی ۵۸۰ زن باردار ۱۵-۴۹ ساله سیستان، ایرانی و دارای گویش فارسی که مصرف دارو (به جز مکمل و مولتی‌ویتامین)، سابقه ابتلاء به بیسری‌های مزمن و عفونی تشخیص داده شده (دیابت، فشار خون، سیقیتیس) و وجود عرضه در دوران بارداری (خون‌ریزی، انتباخت رحمی،

همچنین ۶۹/۹٪ از زنان باردار افسرده حاملگی ناخواسته داشته (p=۰/۰۰۰). ۶۱٪ جدایی از مادر یا پدر (و یا هر دو) را قبل از ۱۵ سالگی ذکر نموده و (p=۰/۰۰۰) و ۷٪ سابقه PMS داشتند (p=۰/۰۰۰).

۶۴/۸٪ از زنان باردار افسرده از حمایت اجتماعی برخوردار نبودند (p=۰/۰۰۰). حوادث ناگوار در یک سال گذشته در زنان باردار افسرده ۵۴/۱٪ بود ۳۳/۴٪ از زنان باردار طبیعی بود، حال آنکه ۲۰/۹٪ افسرده‌گی خفیف، ۲۲/۳٪ افسرده‌گی متوسط و ۲۲/۴٪ افسرده‌گی شدید داشتند.

بحث

تحقیق نشان داد که اکثر زنان باردار (۵۴/۳٪) غیر افسرده و ۴۵/۷٪ افسرده بودند. در مطالعات دیگر شیوع افسرده‌گی را ۴-۲۹٪ گزارش شده است. با توجه به این که مقیاس سنجش افسرده‌گی در تحقیقات دیگر با استفاده از آزمون‌های مختلف صورت گرفته است، شاید بروز افسرده‌گی در جوامع مختلف با فرهنگ‌های مختلف، متفاوت باشد (۲-۱۱).

در این تحقیق اکثر زنان بی‌سواند، افسرده و اکثر زنان با تحصیلات متوسط و عالی، غیر افسرده و طبیعی بودند. محققین دیگر نیز همبستگی معکوس بین تحصیلات و میانگین امتیاز افسرده‌گی به دست آورده‌اند (۷۸).

با انجام این مطالعه مشخص شد بین متغیر افسرده‌گی و وضعیت اقتصادی زن حامله همبستگی معکوس وجود دارد که با مطالعات دیگر کشورها نیز همخوانی دارد (۶۷).

در پژوهش حاضر اکثر زنان باردار که خواهان بارداری فعلی بودند غیر افسرده و بر عکس اکثر زنان باردار که خواهان بارداری فعلی نبودند افسرده

شغل ارتباطی یا افسرده‌گی نداشته حال آنکه تحصیلات، سن حاملگی، تعداد حاملگی، جدایی از والدین قبل از ۱۵ سالگی، حاملگی ناخواسته، سابقه PMS، حوادث ناگوار در یک سال گذشته با افسرده‌گی ارتباط دارد. زنان باردار افسرده، تحصیلات در حد متوسطه و کمتر داشتند (p=۰/۰۲) (p=۰/۰۴٪ در هفته ۱-۱۲ حاملگی قرار داشته (p=۰/۰۲) و ۵۸/۴٪ سه حاملگی یا بیشتر داشتند (p=۰/۰۰۰).

جدول ۱- فضویلیات فردی زنان افسرده هرآجعه کننده به بیمارستان‌های علوم پرستشی شهید یاهوشی تهران سال ۱۳۷۸

عنوان	داده		افسرده‌گی
	داده	داده	
	(n=۲۶۵)	(n=۳۱۵)	عوامل مرتبط
سن (سال کمتر از ۳۰	۲۷	(۴۹/۲) ۳۳	(۵۰/۸) ۲۴
۳۰-۴۵	۱۹۱	(۴۴/۸) ۸۷	(۵۰/۱) ۱۰۷
۴۵-۵۰	۱۹۳	(۴۷/۰) ۸۲	(۵۰/۰) ۱۱۱
بیشتر از ۵۰	۱۲۶	(۵۰/۷) ۷۳	(۵۰/۶) ۶۳
تحصیلات دانشگاهی	۴۷	(۲۱/۲) ۱۰	(۵۸/۸) ۴۷
متوسطه	۳۳۰	(۴۶/۳) ۱۵۶	(۵۵/۷) ۱۸۴
ابتدی و کمتر	۲۰۳	(۵۳/۷) ۱۰۹	(۶۶/۳) ۹۰
شغل شاغل	۴۵	(۴۷/۷) ۲۱	(۵۲/۳) ۲۶
خانه دار	۵۳۰	(۴۰/۷) ۲۴۴	(۵۱/۱) ۲۹۱
وضعیت اقتصادی	۱۶۸	(۲۸/۷) ۴۸	(۷۱/۱) ۱۲۰
خوب	۱۸۶	(۴۷/۲) ۸۷	(۵۲/۸) ۱۰۰
متوسط	۲۲۶	(۵۸/۱) ۱۳۱	(۴۲/۸) ۹۵
ضعیف	۱۷۴	(۵۱/۳) ۹۶	(۴۵/۷) ۷۹
حفته بارداری ۱-۱۳	۱۱۷	(۴۲/۵) ۶۷	(۵۱/۰) ۸۰
۱۴-۲۷	۲۶۰	(۴۰/۰) ۱۰۴	(۵۰/۰) ۱۵۶
تعداد حاملگی ۱	۲۸۵	(۴۹/۷) ۱۱۲	(۵۰/۲) ۱۷۲
۲	۱۵۸	(۴۵/۷) ۷۷	(۵۱/۱) ۸۶
۳	۱۳۷	(۴۸/۴) ۸۰	(۴۱/۷) ۵۷
جدا بودن از پدر و مادر با هم در قابل از ۱۵ سالگی خیر پیش	۵۱۶	(۴۳/۷) ۲۲۶	(۵۶/۳) ۲۹۰
خواهان بارداری پس خیر	۶۴	(۴۱/۱) ۲۹	(۳۶/۲) ۲۵
سابقه (PMS) خیر پیش	۲۸۰	(۴۷/۱) ۱۲۱	(۴۲/۶) ۶۱
حبابی (جتماعی) دارد ندارد	۲۹۰	(۴۵/۷) ۱۱۱	(۵۲/۳) ۲۵۱
حوابت ناگوار خیر پیش	۲۷۰	(۴۶/۹) ۱۲۹	(۴۱/۱) ۲۴۱
ندارد	۲۱۰	(۴۶/۸) ۱۲۶	(۴۰/۲) ۷۶
حوابت ناگوار خیر پیش	۲۸۸	(۴۸/۲) ۲۲	(۴۱/۸) ۱۳۵
پیش	۲۹۲	(۴۵/۱) ۲۱۲	(۴۰/۵) ۱۸۰

وضعیت اقتصادی پایین، بارداری ناخواسته، کمبود حمایت اجتماعی و سابقه حوادث ناگوار بیشتر در معرض افسردگی دوران بارداری قرار می‌گیرند. ۶۰٪ مراقبین بهداشت در مراقبت از زنان باردار، نسبت به افسردگی زنان باردار بسی خبر و ناآگاه هستند. غربالگری درمورد بیماری‌های روانی بهتر است در اولین جلسه مراقبت دوران بارداری مورد توجه قرار گیرد. با استفاده از چند سؤال ساده می‌توان زنان باردار در معرض خطر افسردگی را شناسایی نمود و مداخلات مناسب در سطح قابل قبول برای چنین افرادی انجام داد. بنابراین پژوهشکار متخصص و ماماها نقش بسیار مهمی در کشف این بیماری‌ها دارند در واقع بهترین پیش‌گویی کننده افسردگی پس از زایمان افسردگی دوران بارداری است به این ترتیب با شناخت عوامل افسردگی دوران بارداری و کمک به موقع به زن باردار می‌توان به رفع آن از زنان باردار آمیدوار بود.

بودند. نتایج محققین دیگر نیز با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد (۵,۶,۱۳). همچنین همانند دیگر مطالعات زنان بارداری که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند، احتمال ابتلا به افسردگی در طول دوران بارداری برای آن‌ها بیشتر بود (۵-۷,۱۲-۱۶). با انجام این تحقیق مشخص گردید که اکثر زنان بارداری که در عرض یک سال گذشته حوادث ناگوار داشتند، افسرده و اکثر زنان باردار که حوادث ناگوار را تجربه نکرده بودند، غیر افسرده بودند.

بارداری تغییرات قابل ملاحظه‌ای از نظر فیزیولوژی، ریستی و روانی در زن به وجود می‌آورد. لذا باید به اضطراب و استرس‌های دوران بارداری و ارتباط پیچیده اثرات نامطلوب این عوامل توجه بیشتری شود. بررسی افسردگی دوران بارداری بسیار حائز اهمیت است زیرا عدم توجه به آن می‌تواند موجب بروز عوارض و اختلالاتی در دوران بارداری و بعد از زایمان شود. زنان باردار با سطح تحصیلات و

References:

- 1- Llewellyn AM; Stowe ZN. Depression during pregnancy and the preperium. J- Clin Psychiatry. 1997; 58 (26): 26-32.
- 2- Cox JL., Conar. J, Kendell RE., Prospective study of the psychiatric disorders of child birth. Br J Psychiatry. 1982; 14: 111-7.
- 3- Kitamura T Sugawara. M., Toda MA. Clinical and psychosocial correleates of antanatal depression. Psychother Psychosom 1996; 65 (3): 117-23.
- 4- Kitamura T, Sugawara M. Sugawara K. Toda MA. Shima S. Pshychosocial study of depression in early pregnancy. Br-J Psychiatry. 1996; 168: 732-8.
- 5- Sugawara. M., Toda. MA., Shima. S., Mukai T, Sadadura .K., eta. Premenstrud mood changes and maternal health in pregnancy and the postpartum period. J Clin Psychology. 1997; 55(3): 225-232.
- 6- Seguin. L., Potvin. L., Penis. St., Loiselle. J., Chronic stressors, social support and depression during pregnancy. Obstet – Gynecol. 1995; 85 (4): 583-9.
- 7- Zucherman. B., Bauchner. H., Parker. S., Cabral. H., Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. J-Dev – Behav – Pediatr. 1990; 11(4): 190-4.
- 8- Altshuler. LL., Hendrick. V., Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. J- Clin –Psychiatry. 1998; 59(2): 29-33.

- 9- Zimmer - Gmbeck, MJ., Helfand . M., Low birthweight in a public prenatal care program: behavioral and psychosocial risk factors and psycholocial interventions. Social – Science – and medicine. 1996; 43(2): 187-197.
- 10-Field, T., Maternal depression efects on infants and early interventions. Prev – Med. 1998; 27 (2): 200-203.
- 11-Holcomb, WI., Stone . LS., Screening for depression in pregnancy . Characteristics of the beck depression inventory. Obstetric & Gynecology. 1996; 88(6): 1021-1025.
- 12-Wine field . H., Winefield, A.,Tiygemann . M.,Social support and psycholohical well – being in young adults. The multi – Dimensional support scale. J- of personality Assosment. 1992; 58(1): 198-210.
- 13-Jeans, MF., Laizener, AM., Identification of predictor variables of postpartum depression. Health – Care – Women. Int. 1990 ;11(2): 191-207.
- 14-Paykel, ES. Dowlatshahi, D., Life erents and social stress in puerperd. Psychosis Pshychological- Medicine. 1990; 20: 655-662.
- 15-Paarlberg, KM., Vingerhot, AJ., Passchier J., Heinen, AC., Dekker, GA., Van- Geijn- HP. Psychosocial factors as predictors of maternal well- Being and pregnancy – related complaints. J- Psychoson – Obstet – Gynecol. 1996; 17(2): 93-102.
- 16-Neter, E., Collins, NL., Lobel, M., Dunkel – Schetter, C., Psychosocial predictors of post partum depressed mood in socio economically disadvantaged women. Women – Health. 1995; 1(1): 51-75.
- 17-Drugnoas, T., Christodoulou, GN., Prenatal care. Clin – Psychol –Rev. 1998; 18(2): 127- 142.