

Prevalence and Screening of Determinants of Depression Disorder during Pregnancy and after Childbirth; Case-Control Study

Fariba Heidari¹ , Haleh Helali¹ , Maryam Baradaran-Binazir^{*2} 

Article Info:

Article History:

Received: 10.22.2020
Accepted: 12.09.2020
Published: 06.22.2021

Keywords:

Depression
Pregnancy
Postpartum Period
Prevalence
Epidemiology

DOI: [10.34172/doh.2021.17](https://doi.org/10.34172/doh.2021.17)

Abstract

Background and Objectives: Depression disorder during pregnancy and after childbirth is one of the mental illnesses that has adverse effects on maternal and neonatal health, especially infant growth and development. The aim of this study was to determine the prevalence and factors affecting depression disorder during pregnancy and after childbirth in Azarshahr in 2017-2018.

Material and Methods: In this case-control study, all pregnant women with depression and the total number of women with postpartum depression in Azarshahr were considered as the case group. For the control group, 150 pregnant and delivered mothers were selected by systematic random sampling from Apple system. Statistical calculations were performed by using SPSS software version 16. Logistic regression test was used to compare the data in the case and control groups.

Results: The prevalence of depression during pregnancy was 4.15% and the prevalence of postpartum depression disorder was 2.14%. There was a significant relationship between postpartum depression disorder and postpartum depression disorder with age, body mass index, spouse's job, number of previous children, number of previous daughters, household income, having a smoker husband, mother's daily physical activity and history of abortion.

Conclusion: The prevalence of depression disorder during pregnancy in Azarshahr is higher than the provincial average. So, providing screening, diagnosis, treatment and support services for depression disorder in pregnant women in this city is essential. Considering the factors, high-risk mothers can be identified, and these services can be tailored for the high-risk group.

Citation: Heidari F, Helali H, Baradaran-Binazir M. Prevalence and Screening of Determinants of Depression Disorder during Pregnancy and after Childbirth; Case-Control Study. *Depiction of Health*. 2021; 12(2): 170-177.

1. Department of Community and Family Medicine, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2. Social Determinants of Health Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Email: maryam_baradaran@hotmail.com)

شیوع و تعیین گره‌های غربالگری اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان: مطالعه‌ی مورد شاهدهی

فریبا حیدری^۱، هاله هلالی^۱، مریم برادران بی‌نظیر^{۲*}

چکیده

زمینه و اهداف: اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان، یکی از بیماری‌های روانی می‌باشد که اثرات سوئی بر سلامت مادر و نوزاد مخصوصاً رشد و تکامل شیرخوار دارد. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین شیوع و عوامل مؤثر بر اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان در شهر آذرشهر در سال ۹۶-۹۷ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مورد شاهدهی، کل مادران باردار مبتلا به افسردگی و تعداد کل زنان زایمان‌کرده‌ی مبتلا به افسردگی پس از زایمان در شهر آذرشهر به عنوان گروه مورد در نظر گرفته شد. برای گروه کنترل تعداد ۱۵۰ نفر مادر باردار و زایمان‌کرده به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک از سامانه‌ی سیب انتخاب شدند. محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ انجام گردید. از آزمون رگرسیون لجیستیک برای مقایسه‌ی داده‌ها در گروه مورد و شاهد استفاده شد.

یافته‌ها: شیوع اختلال افسردگی حین بارداری ۴/۱۵ درصد و شیوع اختلال افسردگی پس از زایمان ۲/۱۴ درصد بود. بین اختلال افسردگی حین بارداری و اختلال افسردگی پس از زایمان با سن، نمایه‌ی توده بدنی، شغل همسر، تعداد فرزندان قبلی، تعداد دختران قبلی، درآمد خانوار، مصرف سیگار در همسر، فعالیت فیزیکی روزانه‌ی مادر و سابقه‌ی سقط ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: شیوع اختلال افسردگی حین بارداری در آذرشهر بیشتر از متوسط استانی است و ارائه‌ی خدمات غربالگری، تشخیص، درمان و حمایت برای اختلال افسردگی در مادران باردار در این شهر ضروری می‌باشد. می‌توان با در نظر گرفتن عواملی، مادران پرخطر را شناسایی و این خدمات را برای گروه پرخطر متناسب نمود.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، بارداری، پس از زایمان، شیوع، اپیدمیولوژی

نحوه استناد به این مقاله: حیدری ف، هلالی ه، برادران بی‌نظیر م. شیوع و تعیین گره‌های غربالگری اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان: مطالعه‌ی مورد شاهدهی. تصویر سلامت. ۱۴۰۰؛ ۱۲(۲): ۱۷۰-۱۷۷.

۱. گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: maryam_baradaran@hotmail.com)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کپی‌رایت کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

دوره‌ی بارداری و پس از زایمان به علل مختلف شامل تغییرات هورمونی و استرس ناشی از تغییر نقش به والدگری، می‌تواند سبب عود، تشدید یا بروز یک اختلال روانی شود (۱)؛ بنابراین در این دوران امکان بروز اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و اختلال وسواس وجود دارد (۲). بارداری و انتقال به مرحله‌ی والدینی تغییرات اجتماعی و روان‌شناختی را در والدین ایجاد می‌کند که این تغییرات با افزایش میزان اضطراب و علائم افسردگی ارتباط دارد. یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در طول بارداری اختلال افسردگی می‌باشد. از هر ۱۱ مادر ۱ نفر اختلال افسردگی را قبل و یک سال بعد از تولد کودک تجربه می‌کند (۳).

امروزه افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی و معضل عمومی زندگی بشر محسوب می‌گردد و تقریباً در همه‌ی کشورها و فرهنگ‌ها دیده می‌شود. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که زنان ۲ برابر بیشتر از مردان افسرده می‌شوند (۴). اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان، اثرات سوئی بر روابط مرتبط با همسر و کودک دارد و رشد و خصوصاً تکامل شیرخوار را به طور زاینباری تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو اختلالات روانی دوره‌ی بارداری و پس از زایمان، جنبه‌ی مهمی از پزشکی و سلامت را شامل می‌شود که در سه دهه‌ی اخیر تحقیقات گسترده‌ای در زمینه‌ی میزان شیوع، عوامل خطر ساز و تأثیرات درازمدت این اختلال بر مادر، فرزندان و خانواده‌ی بیمار صورت گرفته است (۵).

اختلال افسردگی حین بارداری با علائمی نظیر اختلال در حافظه و تمرکز، کاهش وزن، کاهش اشتها، احساس بد دربارهِ خود، احساس گناه، احساس ناامیدی و تفکر صدمه به خود، احساس ناراحتی و اعتماد به نفس پایین، خلق افسرده، احساس غم و پوچی، فقدان علاقه و لذت، خودکشی، کندی روانی حرکت، کاهش انرژی و اختلال خواب مشخص می‌شود. اختلال افسردگی بارداری درمان‌نشده ممکن است منجر به ادامه‌ی این اختلال در دوران پس از زایمان شود، هرچند گاهی افسردگی پس از زایمان بدون حضور افسردگی در دوران بارداری نیز ایجاد می‌شود (۶). اختلال افسردگی پس از زایمان در طی ۴ هفته پس از زایمان شروع می‌شود (۷).

در جوامع مختلف شیوع اختلال افسردگی دوران بارداری تا ۲۰ درصد و شیوع افسردگی پس از زایمان تا ۳۶ درصد گزارش شده است (۸-۱۱). در مورد افسردگی پس از زایمان بیشتر از نصف زنان دارای یک یا بیشتر از یک ریسک خطر

برای ابتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان هستند، اما فقط ۱۰-۱۵ درصد آن‌ها به صورت بالینی مبتلا به اختلال افسردگی تلقی می‌شوند (۸)؛ بنابراین عوامل اجتماعی، فرهنگی و منطقه‌ای نیز می‌تواند در شیوع و فراوانی این اختلالات مؤثر باشد.

عوارض اختلال افسردگی دوران بارداری تنها محدود به مادر باردار نمی‌باشد و می‌تواند مشکلات و عوارض جبران‌ناپذیری را برای نوزاد ایجاد نماید که از جمله مهم‌ترین آن‌ها زایمان زودرس، وزن کم موقع تولد، سوء تغذیه و اسهال‌های دوره‌ای، عدم تطابق و سازش با محیط و حتی رفتارهای ضداجتماعی در سنین بالاتر می‌باشد (۱۱، ۱۲). اختلالات روانی پس از زایمان، از جمله اختلال افسردگی پس از زایمان در صورت بروز، مشکلاتی را برای مادر، نوزاد و سایر افراد خانواده ایجاد می‌کند و چنین وضعیتی ممکن است بر میزان دلبستگی مادر و نوزاد و سایر روابط خانوادگی تأثیر گذاشته و حتی تهدیدی برای امنیت و سلامت مادر، نوزاد و سایر فرزندان باشد (۵، ۹).

در دوران بارداری و پس از زایمان عوامل مختلفی احتمال افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهند، اگرچه این عوامل گاهی در تضاد با هم هستند و به طور مؤثر نمی‌توانند کمکی به تشخیص زنان در معرض خطر بکنند، اما اطلاعات حاصل از آن ممکن است به ما کمک کند که زنان در معرض خطر را شناسایی کرده و آنان را از اقدامات اولیه‌ی مفید بهره‌مند سازیم (۱۲). با توجه به اهمیت میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان، اطلاع از آخرین آمار آن در سطح کشور می‌تواند به برنامه‌ریزان بهداشتی درمانی کمک نماید تا برای کاهش آن برنامه‌های مناسبی طراحی نمایند. هدف پژوهش حاضر تعیین شیوع اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان در شهر و روستاهای اقماری آذرشهر در سال ۹۶-۹۷ است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مورد شاهدی است. محل مطالعه در شهر آذرشهر واقع در استان آذربایجان شرقی در شمال غرب ایران بوده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی زنان باردار و زایمان‌کرده‌ی شهر آذرشهر از اول مهر ماه ۹۶ تا آخر سال ۹۷ تشکیل می‌دهند که براساس آمار موجود، جمعیت زنان باردار ۳۰۱۲ نفر و جمعیت زنان زایمان‌کرده ۲۹۴۲ نفر است. در کل حجم جامعه‌ی آماری برابر ۵۹۵۴ نفر است.

لجیستیک استفاده شده است. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از کل جمعیت زنان باردار شهر آذرشهر از اول مهر ماه ۹۶ تا آخر سال ۹۷ (۳۰۱۲ نفر)، تعداد ۱۲۵ نفر مبتلا به اختلال افسردگی حین بارداری بودند (۴/۱۵ درصد). از کل جمعیت خانم‌های زایمان کرده از اول مهر ماه ۹۶ تا آخر سال (۲۹۴۲ نفر)، تعداد ۶۳ نفر مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان بودند (۲/۱۴ درصد).

میانگین سنی کل جمعیت مطالعه ۲۹/۷ با انحراف معیار ۵/۹۳ بود و حداقل سنی ۱۶ و حداکثر ۴۴ سال بود. میانگین نمایه‌ی توده بدنی مادران در این مطالعه ۲۷/۷ با انحراف معیار ۴/۰۵ بود و حداقل و حداکثر به ترتیب ۱۸ و ۳۹ بود. در کل ۹۶/۶ درصد از مادران در جمعیت مطالعه خانه‌دار بودند و ۳/۴ درصد از مادران شاغل بودند.

ارتباط اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان با سن و نمایه‌ی توده بدنی مادر در جدول ۱ خلاصه شده است. نتایج تحلیل نشان داد که سن مادران دارای اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان به طور معنی‌داری بیشتر از مادران غیرمبتلا بود. میانگین نمایه‌ی توده بدنی در مادران دارای اختلال افسردگی حین بارداری به طور معنی‌داری بیشتر از مادران غیرمبتلا بود ($p=۰/۰۰۲$)، ولی با اختلال افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری نداشت ($p=۰/۰۶۷$).

برای انجام مطالعه، تعداد کل مادران باردار مبتلا به اختلال افسردگی در بازه‌ی زمانی ذکر شده مربوط به جمعیت شهر آذرشهر و روستاهای اقماری آن و همچنین تعداد کل زنان زایمان‌کرده‌ی مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان به عنوان گروه مورد در نظر گرفته شد و داده‌های مربوط به مطالعه از این افراد به دست آمد. برای غربالگری اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان از پرسش‌نامه‌ی ثبت شده در سامانه‌ی سیب استفاده گردید که شامل ۶ سؤال می‌باشد و در طی یک ماه گذشته علائم مربوط به ناامیدی، بی‌قراری، غمگینی، مشکل در انجام کارها و احساس بی‌ارزشی را غربال می‌کند. برای گروه کنترل اختلال افسردگی حین بارداری تعداد ۱۵۰ نفر مادر باردار غیرمبتلا به افسردگی حین بارداری انتخاب گردید و برای گروه کنترل اختلال افسردگی پس از زایمان تعداد ۱۵۰ مادر زایمان‌کرده که مبتلا به اختلال افسردگی نبودند، انتخاب شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی سیستماتیک از سامانه‌ی سیب انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها از پرونده‌ی بیماران در سامانه‌ی سیب انجام شده است. شغل سرپرست خانوار در ۳ گروه کارگر، خوداشتغالی (شامل قالی‌بافی، کشاورزی، رانندگی، فروشنده‌ی تعمیرکار) و کارمند طبقه‌بندی گردید. نمایه‌ی توده بدنی به صورت تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر محاسبه گردید.

داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های کیفی به صورت فراوانی و درصد و داده‌های کمی به صورت میانگین و انحراف معیار (SD) یا میانه و دامنه‌ی میان چارکی توصیف شدند. برای مقایسه‌ی متغیرها در گروه مورد و شاهد از آزمون رگرسیون

جدول ۱. ارتباط اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان با سن و نمایه‌ی توده بدنی مادر (رگرسیون لجیستیک)

افسردگی پس از زایمان				افسردگی حین بارداری				متغیرها		
OR (95%CI)	p-value	شاهد		مورد		OR (95%CI)	p-value		شاهد	
		SD	میانگین	SD	میانگین				SD	میانگین
۱/۰۹(۱/۰۳-۱/۱۵)	۰/۰۰۲	۵/۷۰	۲۸/۷۰	۶/۳۲	۳۱/۶۹	۱/۰۶(۱/۰۷-۱/۱۱)	۰/۰۰۷	۵/۷۰	۲۸/۷۰	سن مادر
۱/۰۷(۰/۹۹-۱/۱۶)	۰/۰۶۷	۴/۰۲	۲۶/۹۶	۴/۴۸	۲۸/۲۱	۱/۱۱(۱/۰۴-۱/۱۸)	۰/۰۰۲	۴/۰۲	۲۶/۹۶	BMI مادر

تحلیل وضعیت سلامتی مادر نشان داد که بین اختلال افسردگی حین بارداری و اختلال افسردگی پس از زایمان با فعالیت فیزیکی روزانه، فشارخون و سابقه‌ی سقط رابطه معنی‌داری وجود داشت، ولی با هیپوتیروئیدی و دیابت مادر ارتباط معنی‌داری یافت نشد (جدول ۳).

نتایج آزمون رگرسیون لجیستیک نشان داد که بین اختلال افسردگی حین بارداری و اختلال افسردگی پس از زایمان با شغل همسر، تعداد فرزندان قبلی، تعداد دختران قبلی، درآمد خانوار، مصرف سیگار در همسر ارتباط معنی‌داری وجود داشت، ولی با وضعیت اشتغال مادر، تحصیلات مادر، جنسیت فرزند فعلی و تعداد پسران قبلی ارتباط معنی‌دار نبود (جدول ۲).

جدول ۲. مقایسه‌ی عوامل فردی و اجتماعی در مادران مبتلا و غیرمبتلا به اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان

متغیرها	وضعیت	افسردگی حین بارداری				افسردگی پس از زایمان							
		مورد		شاهد		مورد		شاهد					
		درصد فراوانی	درصد فراوانی درصد	OR (95%CI)	P-Value	درصد فراوانی	درصد فراوانی درصد	OR (95%CI)	P-Value				
کارگر		۴۵	۳۷/۸	۵۲	۳۷/۱	۲۶	۲/۲۴(۱/۰۳-۴/۸۶)	۰/۰۴۲	۳۷/۱	۵۲	۳۷/۱	۵/۱۷(۱/۴۴-۸/۴۹)	۰/۰۱۲
شغل همسر		۶۲	۵۲/۱	۵۷	۴۰/۷	۲۹	۲/۸۱(۱/۳۲-۵/۹۹)	۰/۰۰۷	۴۰/۷	۵۷	۵۲/۱	۵/۲۶(۱/۴۸-۸/۶۶)	۰/۰۱۰
کارمند		۱۲	۱۰/۱	۳۱	۲۲/۱	۳	رفرنس	۰/۰۰۵	۲۲/۱	۳۱	۱۰/۱	۲۲/۱	<۰/۰۰۱
خانهدار		۱۱۸	۹۴/۴	۱۴۷	۹۸/۰	۶۲	۰/۳۴(۰/۰۸-۱/۳۶)	۰/۱۲۸	۹۸/۰	۱۴۷	۹۴/۴	۹۸/۰	۰/۸۴۰
اشتغال مادر		۷	۵/۶	۳	۲/۰	۱	رفرنس	۰/۱۲۸	۲/۰	۳	۵/۶	۲/۰	۲/۰
بی‌سواد		۵	۴/۵	۴	۲/۷	۲	۳/۲(۰/۷-۱۵/۶)	۰/۱۴۷	۲/۷	۴	۴/۵	۲/۷	۰/۹۹۸
تحصیلات مادر	ابتدایی و راهنمایی	۵۴	۴۹/۱	۶۴	۴۲/۴	۳۰	۲/۲(۰/۸۶-۵/۸)	۰/۰۹۵	۴۲/۴	۶۴	۴۹/۱	۴۲/۴	۰/۹۹۸
	متوسطه و دیپلم	۴۴	۴۰/۰	۶۲	۴۲/۴	۱۸	۱/۸(۰/۷-۴/۷)	۰/۲۱۷	۴۲/۴	۶۲	۴۰/۰	۴۲/۴	۰/۹۹۸
	فوق‌دیپلم و بالاتر	۷	۶/۳	۱۸	۱۲/۴	۰	رفرنس	۰/۳۲۵	۱۲/۴	۱۸	۶/۳	۱۲/۴	۰/۵۲۶
تعداد فرزندان قبلی	۰	۲۴	۱۹/۲	۵۹	۳۹/۶	۱۰	رفرنس	<۰/۰۰۱	۳۹/۶	۵۹	۱۹/۲	۳۹/۶	۰/۰۰۱
	۱	۵۹	۴۷/۲	۶۴	۴۳/۰	۳۰	۲/۲۷(۱/۲۵-۴/۱۰)	۰/۰۰۷	۴۳/۰	۶۴	۴۷/۲	۴۳/۰	۰/۰۱۳
	۲ و بیشتر	۴۲	۳۳/۶	۲۶	۱۷/۴	۲۳	۳/۹۷(۲/۰۱-۷/۸۵)	<۰/۰۰۱	۱۷/۴	۲۶	۳۳/۶	۱۷/۴	<۰/۰۰۱
تعداد دختران قبلی	۰	۶۲	۵۰/۸	۱۱۳	۷۶/۴	۳۰	رفرنس	<۰/۰۰۱	۷۶/۴	۱۱۳	۵۰/۸	۷۶/۴	<۰/۰۰۱
	۱	۵۳	۴۳/۴	۲۹	۱۹/۶	۲۹	۳/۳۳(۱/۹۲-۵/۷۶)	<۰/۰۰۱	۱۹/۶	۲۹	۴۳/۴	۱۹/۶	<۰/۰۰۱
	۲ و بیشتر	۷	۵/۷	۶	۴/۱	۴	۲/۱۳(۰/۶۸-۶/۶۱)	۰/۱۹۲	۴/۱	۶	۵/۷	۴/۱	۰/۱۷۴
تعداد پسران قبلی	۰	۵۹	۴۸/۰	۸۸	۵۹/۱	۲۸	۰/۷۳(۰/۳۱-۱/۷۰)	۰/۴۶۲	۵۹/۱	۸۸	۴۸/۰	۵۹/۱	۰/۳۰۸
	۱	۵۲	۴۲/۳	۴۸	۳۲/۲	۲۸	۱/۱۷(۰/۴۹-۲/۸۲)	۰/۷۲۱	۳۲/۲	۴۸	۴۲/۳	۳۲/۲	۰/۸۷۹
	۲ و بیشتر	۱۲	۹/۸	۱۳	۸/۷	۷	رفرنس	۰/۱۷۸	۸/۷	۱۳	۹/۸	۸/۷	۰/۱۴۹
جنسیت فرزند فعلی	دختر	۵۸	۵۲/۷	۸۴	۵۷/۹	۳۱	۰/۸۱(۰/۴۹-۱/۳۳)	۰/۴۰۸	۵۷/۹	۸۴	۵۲/۷	۵۷/۹	۰/۳۴۹
	پسر	۵۲	۴۷/۳	۶۱	۴۲/۱	۳۰	رفرنس	۰/۴۰۸	۴۲/۱	۶۱	۴۷/۳	۴۲/۱	۰/۳۴۹
درآمد خانوار (تومان)	زیر یک میلیون	۱۶	۱۳/۴	۰	۰	۱۲	۰/۹۹۸	-	۰	۰	۱۳/۴	۰	۰/۹۹۸
	۱-۲ میلیون	۷۳	۶۱/۳	۴۶	۳۲/۶	۳۶	۵/۰۳(۲/۸۹-۸/۷۳)	<۰/۰۰۱	۳۲/۶	۴۶	۶۱/۳	۳۲/۶	<۰/۰۰۱
	بیشتر از ۲ میلیون	۳۰	۲۵/۲	۹۵	۶۷/۴	۹	رفرنس	<۰/۰۰۱	۶۷/۴	۹۵	۲۵/۲	۶۷/۴	<۰/۰۰۱
مصرف سیگار به همسر	بله	۳۵	۲۸/۷	۶۷	۶/۷	۲۲	-۱۱/۹۵)	<۰/۰۰۱	۶/۷	۱۰	۲۸/۷	۶/۷	<۰/۰۰۱
	خیر	۸۷	۷۱/۳	۱۴۰	۹۳/۳	۴۱	۵/۶۳(۲/۶۶)	<۰/۰۰۱	۹۳/۳	۱۴۰	۷۱/۳	۹۳/۳	<۰/۰۰۱

جدول ۳. ارتباط اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان با متغیرهای سلامتی مادر

افسردگی پس از زایمان				افسردگی حین بارداری				وضعیت	متغیرها				
OR (95%CI)	P-Value	شاهد	مورد	OR (95%CI)	P-Value	شاهد	مورد						
		فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد						
۵/۱۵(۳/۸۶-۶/۷۳)	<۰/۰۰۱	۵۳/۳	۸۰	۹۲/۱	۵۸	-۷/۶۵)	<۰/۰۰۱	۵۳/۳	۸۰	۸۳/۲	۱۰۴	ندارد	فعالیت فیزیکی روزانه
		۴۶/۷	۷۰	۸/۰	۵	۴/۳۳(۲/۴۶		۴۶/۷	۷۰	۱۸/۸	۲۱	دارد	
۷/۴(۰/۷۶-۱۳/۱)	۰/۰۸۵	۰/۷	۱	۴/۸	۳	۸/۸(۱/۰۷-۱۲/۸)	۰/۰۴۳	۰/۷	۱	۵/۶	۷	بله	فشارخون
		۹۹/۳	۱۴۹	۹۵/۲	۶۰			۹۹/۳	۱۴۹	۹۴/۴	۱۱۸	خیر	
۴/۲(۰/۹۸-۸/۳)	۰/۰۵۴	۲	۳	۷/۹	۵	۲/۹(۰/۷-۱۱/۵)	۰/۱۲۸	۲	۳	۵/۶	۷	بله	دیابت
		۹۸	۱۴۷	۹۲/۱	۵۸			۹۸	۱۴۷	۹۴/۴	۱۱۸	خیر	
۱/۵۶(۰/۴۹-۴/۹)	۰/۴۵۴	۵/۳	۸	۸/۱	۵	۲/۱(۰/۸۴-۵/۲)	۰/۱۱۳	۵/۳	۸	۱۰/۶	۱۳	بله	هیپوتیروئیدی
		۹۴/۷	۱۴۲	۹۱/۹	۵۷			۹۴/۷	۱۴۲	۸۹/۴	۱۱۰	خیر	
۴/۵۰(۱/۵۶-۱۲/۹)	۰/۰۰۵	۴/۰	۶	۱۵/۹	۱۰	۴/۳(۱/۷-۱۱/۲)	۰/۰۰۳	۴/۰	۶	۱۵/۳	۱۹	بله	سابقه سقط
		۹۶/۰	۱۴۳	۸۴/۱	۵۳			۹۶/۰	۱۴۳	۸۴/۷	۱۰۵	خیر	

بحث

میزان استرس را در مادران با سنین بالاتر افزایش داده و آن‌ها را به سمت اختلال افسردگی سوق دهد (۱۳). توجه به سن بارداری بر طبق استانداردها و توصیه‌های بهداشتی از اهمیت خاصی برخوردار است. مادران برای کنترل بهتر مشکلات بارداری و به ویژه اختلال افسردگی بعد از زایمان باید در سنین متناسب با شرایط جسمی و روحی و روانی خود برنامه‌ریزی نمایند که در این راستا استفاده از رهنمودهای مشاورین بهداشتی سودمند خواهد بود.

تحلیل‌ها نشان داد که به ازای هر واحد افزایش نمایه‌ی توده بدنی مادر، احتمال ابتلا به اختلال افسردگی حین بارداری ۱۱ درصد افزایش می‌یابد ($P=۰/۰۰۲$)، ولی نمایه‌ی توده‌ی بدنی با اختلال افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری نداشت. مشابه مطالعه‌ی ما، در مطالعه‌ی در زابل ارتباط معنی‌داری بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و افسردگی پس از زایمان وجود نداشت (۹). ممکن است افزایش وزن مادر در دوران بارداری زمینه‌ساز ایجاد استرس و علائم افسردگی برای وی باشد که پس از زایمان با کاهش وزن این اختلال کمتر می‌شود.

یافته‌های ما نشان داد که بین وضعیت اشتغال مادر با اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. همچنین بین تحصیلات مادر با اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. نتیجه‌ی به دست آمده با پژوهش خرمی راد و همکاران همسو می‌باشد (۱۴)؛ لذا در برنامه‌ریزی برای کنترل بهتر اختلال افسردگی حین بارداری و بعد از

در این مطالعه شیوع و عوامل مؤثر بر اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که شیوع اختلال افسردگی حین بارداری در آذرشهر ۴/۱۵ درصد بود که بیشتر از متوسط استان آذربایجان شرقی (۲ درصد) می‌باشد. شیوع اختلال افسردگی پس از زایمان در آذرشهر نیز ۲/۱۴ درصد بود که کمتر از متوسط استان آذربایجان شرقی (۳ درصد) می‌باشد.

نتایج مطالعه نشان داد که به ازای هر سال افزایش سن احتمال ابتلا به اختلال افسردگی حین بارداری ۶ درصد ($P=۰/۰۰۷$) و احتمال ابتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان ۹ درصد ($P=۰/۰۰۲$) افزایش می‌یابد. سن به عنوان ریسک‌فاکتور مهمی در زایمان نوزاد سالم مطرح است. مادرانی که میانگین سنی بالاتری دارند، از خطراتی که سن بالا می‌تواند داشته باشد، آگاهی دارند و به همین دلیل ممکن است دچار استرس و اختلال افسردگی شوند؛ چراکه این نگرانی و دغدغه برای مادر وجود دارد که مبادا سن او باعث شود کودکی ناسالم به دنیا بیاورد یا برعکس تولد نوزاد در سنین بالا خطراتی برای مادر داشته باشد. در مجموع، این تنش‌ها و نگرانی‌ها ممکن است موجب ایجاد علائم اختلال افسردگی در مادر شود. شایان توجه است که سن بالای مادر در برخی جوامع نظیر جامعه‌ی ما با تعداد فرزند بیشتر، ناخواسته بودن بارداری و عدم تمایل به پذیرفتن مسئولیت مراقبت از فرزند دیگر، در کنار تحمیل مشکلات مالی در پی تولد فرزند جدید همراه است که این عوامل به نوبه‌ی خود

افسردگی پس از زایمان نسبت به مادران دارای همسر غیرسیگاری دارند. همچنین نتایج نشان داد که فعالیت فیزیکی روزانه در مادران می‌تواند به طور معنی‌داری نقش پیشگیری‌کنندگی از اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان داشته باشد. مادرانی که فعالیت فیزیکی ندارند، نسبت به مادران دارای فعالیت فیزیکی در هر روز به ترتیب ۴ برابر و ۵ برابر بیشتر احتمال ابتلا به اختلال افسردگی حین بارداری و اختلال افسردگی پس از زایمان دارند. همچنین مادران دارای فشار خون بالا ۹ برابر بیشتر از مادران بدون فشار خون بالا ممکن است دچار اختلال افسردگی حین بارداری گردند ($P=0/043$). این یافته‌ها با پژوهش‌های زنگنه و همکاران همسو می‌باشد (۱۵). احتمال ابتلا به اختلال افسردگی حین بارداری و اختلال افسردگی پس از زایمان در مادران دارای سابقه‌ی سقط به ترتیب ۳/۳ و ۳/۵ برابر بیشتر از مادران بدون سابقه‌ی سقط بود.

نتایج این مطالعه نشان داد که ابتلا به دیابت در افراد مبتلا به اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان با افراد غیرمبتلا تفاوتی نداشت. برخلاف این نتیجه، یک مطالعه‌ی آینده‌نگر در زابل نشان داده است که مادران مبتلا به دیابت ۱/۸ برابر مادران غیردیابتی در خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان هستند. علت این تفاوت را می‌توان در طرح مطالعه که به صورت آینده‌نگر بوده است و مدت طولانی‌تر پیگیری آن‌ها (تا شش هفته) بیان کرد (۹).

نتیجه‌گیری

شیوع اختلال افسردگی حین بارداری در آذرشهر بیشتر از متوسط استانی است و نیاز به ارائه‌ی خدمات غربالگری، تشخیص، درمان و حمایت برای اختلال افسردگی در مادران باردار در این شهر ضروری می‌باشد. پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن عواملی نظیر شغل همسر، درآمد خانوار، تعداد فرزندان قبلی، تعداد دختران قبلی، فعالیت فیزیکی روزانه‌ی مادر، ابتلا به فشار خون بالا و سابقه‌ی سقط، مادران پرخطر را شناسایی شود و این خدمات را برای گروه پرخطر متناسب گردد. همچنین ترویج فعالیت فیزیکی به عنوان یک مداخله‌ی مؤثر و کم‌هزینه پیشنهاد می‌شود.

پیامدهای عملی پژوهش

غربالگری افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان از اهمیت بسیاری برخوردار است و نیاز به حساس‌سازی جامعه و کارکنان بهداشتی در مورد ضرورت این خدمت و مزایای آن وجود دارد. همچنین پس از غربالگری و نتیجه‌ی مثبت،

زایمان بایستی هم به مادران شاغل و هم به مادران خانه‌دار توجه ویژه‌ای داشت.

نتیجه‌ی به دست آمده نشان داد مادرانی که شغل همسران آن‌ها کارگری یا خوداشتغالی بود، نسبت به شغل کارمند احتمال بیشتری برای ابتلا به اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان داشتند که این نتیجه با پژوهش زنگنه و همکاران همسو می‌باشد (۱۵). در مطالعه‌ی ما احتمال ابتلا به اختلال افسردگی حین بارداری در مادرانی که شغل همسرشان خوداشتغالی بود، ۲/۸ برابر و برای اختلال افسردگی پس از زایمان ۵/۳ برابر گروه کارمند بود. دلیل این یافته ممکن است این باشد که احتمالاً مردان کارمند نسبت به مردان کارگر و مشاغل خوداشتغالی از تحصیلات بالاتری برخوردارند و به همین علت نسبت به نیازها و خواسته‌های همسرانشان حساس‌تر هستند و حمایت‌های مختلف به‌ویژه حمایت‌های عاطفی بیشتری از همسران خود دارند که این‌ها موجب عزت‌نفس بالاتر زنان می‌گردد و در مقابل ابتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان آن‌ها را کاهش می‌دهد.

در این مطالعه تعداد فرزندان قبلی و تعداد دختران قبلی با اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان رابطه‌ی معنی‌داری داشت. نتیجه‌ی به دست آمده با پژوهش زنگنه و همکاران مشابه می‌باشد (۱۵). ممکن است مادران دارای فرزند قبلی به علت حجم زیاد کار و کم‌خوابی دچار استرس و علائم افسردگی بیشتر باشند. از طرف دیگر به دلیل داشتن تجربه‌ی فرزندان قبلی، اطرافیان و حتی همسر کم‌ک‌های کمتری به این مادران می‌نمایند و این زنان برای ابتلا به علامت اختلال افسردگی پس از زایمان مستعدتر می‌شوند.

نتایج به دست آمده نشان داد که در مادران با درآمد خانوار کمتر احتمال ابتلا به اختلال افسردگی حین بارداری و پس از زایمان به طور معنی‌داری بیشتر می‌باشد. نتیجه‌ی به دست آمده با پژوهش خرمی راد و همکاران همسو می‌باشد (۱۴). برخوردار بودن خانواده از درآمد مناسب موجب می‌شود که خانواده و مادر باردار از خدمات سلامتی و بهداشتی مناسب، تغذیه‌ی مناسب و امکانات رفاهی بهتری برخوردار باشد، اما در مقابل خانواده‌ای که از درآمد ناکافی و نامطمئن برخوردار هستند، علاوه بر اینکه از خدمات بهداشتی - سلامتی و تغذیه‌ی ضعیفی برخوردار می‌شوند، از آینده‌ای که در انتظار مادر باردار و فرزندش هست، دچار نگرانی و ناامیدی می‌شوند و در نتیجه علائم اختلال افسردگی در مادر به وجود می‌آید.

مادران دارای همسر سیگاری به ترتیب ۵/۶ و ۵/۵ برابر بیشتر احتمال ابتلا به اختلال افسردگی حین بارداری و اختلال

تضاد منافع

کلیه‌ی نویسندگان متعهد می‌شوند که هیچ‌گونه تضاد منافی در این مطالعه وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از تمام کارشناسان و بهورزان شهر آذرشهر که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

این گروه از مادران باید برای دریافت خدمات مراقبتی، درمانی و پیگیری ارجاع شوند و امکانات موردنیاز برای این خدمات برنامه‌ریزی گردد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل نتایج پایان‌نامه جهت اخذ درجه MPH پزشکی خانواده است که در شورای پژوهشی گروه با شماره مورد تأیید و تصویب قرار گرفته است. ۹۷۱۲/۳۲۹

References □

1. Khodadadi N, Mahmoodi H, Mirhagjoo N. Postpartum depression relationship with some psychosocial effects in mothers. *J Ardabil Univ Med Sci.* 2008; 8(2): 142-8. (Persian)
2. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
3. Rasouli P, Shobeiri F, Cheraghi F, Rasouli R, ghanbari V. Study of the relationship of anxiety and depression in third trimester pregnancy on growth index of neonates and preterm delivery. *JPEN.* 2016; 2(4):1-9. (Persian)
4. Lashkaripour K, Bakhshani NM, Hokmabadi S, Sajjadi SAR, Safarzadeh S. Postpartum depression and related factors: A 4.5 months study. *Journal of Fundam Mental Health.* 2012; 13(4): 404-12. (Persian)
5. Norouzi Z. Prediction of postpartum depression based on parental bonding, history of anxiety, and depression among women attended health care centers in shiraz. *RJMS.* 2015; 21(127): 24-30. (Persian)
6. Gholami A, Ahmadpoor S, Baghban B, Kheirtalab S, Foroozanfar Z. Prevalence of depression symptoms and its effective factors in pregnant women. *J Holistic Nurs Midwifery.* 2016; 26(3): 65-73. (Persian)
7. Kheirabadi GR, Sadri S, Abedi Z, Velayati E. Postpartum depression and related factors in rural areas of Najafabad, Iran. *RBS.* 2015; 13(4): 555-61. (Persian)
8. Benute GR, Nozzella DC, Prohaska C, Liao A, de Lucia MC, Zugaib M. Twin pregnancies: evaluation of major depression, stress, and social support. *Twin Res Hum Genet.* 2013; 16(2): 629-33. doi:10.1017/thg.2012.153.
9. Nehbandani S, Nahidi F, Kariman N, Nasiri M. Relationship between gestational diabetes and postpartum depression. *IJOGL.* 2016; 19(7):18-24. (Persian)
10. Rezaeian S, Abedian Z, Latifnejad R, Mazloom, S, Dadgar S. The relationship of prenatal self-care behaviors with stress, anxiety and depression in women at risk of preterm delivery. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2017; 20(3): 68-76. (Persian)
11. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnelo ED. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry.* 2008; 8(1): 1. doi:10.1186/1471-244X-8-1.
12. Póo AF, Espejo CS, Godoy CP, Gualda M, Hernández TO, Pérez CH. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. *Rev med Chil.* 2008; 136(1): 44-52. doi:10.4067/S0034-98872008000100006.
13. Rouhi M, Usefi H, Hasan M, Vizheh M. Ethnicity as a risk factor for postpartum depression. *Br J Midwifery.* 2012; 20(6): 419-26. doi:10.12968/bjom.2012.20.6.419.
14. Khorramirad A, Lotfi MM, Bidgoli AS. Prevalence of postpartum depression and related factors in Qom. *Pajoohandeh.* 2010; 15(2): 62-6. (Persian)
15. Zangeneh M, Shams Alizadeh N, Kaamrvamanesh M, Rezaie M, Pormehr S. Postpartum depression and its relation to baby gender and unplanned pregnancy. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences.* 2009; 14(2): 65-71. (Persian)