

تأثیر عوامل مامایی و روانشناختی موثر بر سلامت روانی زنان پس از زایمان

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی پس از زایمان یک مفهوم کلیدی برای سلامتی روانی مادر - نوزاد می‌باشد و تعیین عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان و سیستم غربالگری ضروری به نظر می‌رسد. هدف از این مطالعه ارزیابی عوامل مامایی و روانشناختی در افسردگی پس از زایمان است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی - مقطعی روی ۲۸۸ مادر که در مدت ۶-۸ هفته بعد از زایمان مراجعه کننده به کلینیک زنان و مامایی بیمارستان قائم مشهد انجام شد. بیماران از نظر آسیب‌پذیری برای بیمارهای روانپزشکی براساس پرسشنامه سلامت عمومی GHQ مورد ارزیابی قرار گرفتند و عوامل مامایی و روانشناختی نظیر سن مادر، تحصیلات مادر، تعداد فرزندان، جنس نوزاد، خواسته بودن حاملگی، وضعیت اقتصادی خانواده، روابط با همسر، نوع زایمان و سابقه سقط قبلی با سلامت روانی زنان در ۶-۸ هفته بعد از زایمان ارزیابی و مقایسه گردید. یافته‌ها: ۱۶۰ مادر (۵۷/۶ درصد) در بررسی وضعیت روانی، بالای خط برش آزمون GHQ (نمره بالای ۲۴) قرار گرفتند که به عنوان مادران در معرض خطر برای بیماری‌های روانپزشکی محسوب شدند. میزان درآمد، روابط با همسر، طرح‌ریزی برای حاملگی، خواسته بودن حاملگی، جنس نوزاد، تعداد دفعات زایمان و نحوه زایمان از عوامل موثر بر آسیب‌پذیری مادران در این مطالعه بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: مجموعه عوامل روانشناختی، اجتماعی و مامایی بر سلامتی روانی مادران بعد از زایمان موثر می‌باشد که با کنترل عوامل و تشخیص زودرس گروه در معرض خطر و اقدام درمانی مناسب، می‌تواند از عوارض اختلالات روانپزشکی روی کودک و مادر جلوگیری کرده و یا آن را به حداقل رساند.

کلید واژه‌ها: سلامت روان - عوامل مامایی - عوامل روانشناختی - پس از زایمان

دکتر فاطمه بهدانی
استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر پویا حبیبانی
استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر منور افضل آقایی
متخصص پزشکی اجتماعی
دکتر شیرین ناصونیا
پزشک عمومی
دکتر زهرا کرباسچی
روانشناس

نویسنده مسئول: دکتر فاطمه بهدانی

پست الکترونیکی: drbehdani@yahoo.com

نشانی: مشهد، خیابان عامل، بیمارستان روانپزشکی ابن سینا

تلفن: ۰۵۱۱-۷۱۱۲۷۰۲

نمابر: ۷۱۱۲۵۴۵

وصول مقاله: ۸۴/۴/۷

اصلاح نهایی: ۸۴/۱۰/۱۷

پذیرش مقاله: ۸۴/۱۱/۲۴

مقدمه

افسردگی پس از زایمان معمولاً ظرف ۶-۸ هفته پس از تولد نوزاد رخ می‌دهد (۱). یکی از نگرانی‌های خدمات روانپزشکی پری‌ناتال، اثر بیماری روانپزشکی والدین بر نوزادان و خواهر و برادرهای آنها می‌باشد. اختلال روانپزشکی مادر می‌تواند بر رشد اجتماعی، هیجانی و شناختی کودک موثر باشد (۲). افسردگی پس از زایمان یک مفهوم کلیدی برای سلامتی روانی مادر - نوزاد می‌باشد. بنابراین مداخله مناسب برای سلامتی روانی مادر و نوزادش حایز اهمیت است و تعیین عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان و سیستم غربالگری ضروری به نظر می‌رسد (۳).

در خصوص نقش عوامل مامایی و روانشناختی به عنوان عوامل خطر اولیه برای افسردگی پس از زایمان یافته‌های متناقضی وجود دارد. برخی از تحلیل‌های اخیر بیانگر آن است که سابقه بیماری‌های روانشناختی و اختلالات روانشناختی خصوصاً افسردگی و اضطراب در طی دوران حاملگی، ارتباط نامناسب زناشویی، حمایت اجتماعی ضعیف، حوادث استرس‌آمیز زندگی قبل از تولد، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و استرس مراقبت از کودک و عوارض تولد، عوامل خطر ساز محسوب می‌شوند (۸-۴). در حالی که در برخی

مطالعات دیگر نقش عوامل مامایی مثل حاملگی طرح‌ریزی نشده و عدم شیردهی به شیرخوار در شش هفته اول (۹ و ۱۰) و سایر عوامل عوارض حاملگی و بعد از زایمان (۱۱) را عامل افزایش شانس افسردگی پس از زایمان ذکر نموده‌اند (۱۵-۱۲).

عوامل خطر ذکر شده در تمامی مطالعات به طور ثابت مشخص نشده است و یافته‌های متفاوتی در برتری نقش عوامل مامایی و یا روانشناختی به دست آمده است (۱۶)، همچنین در مطالعات متعددی نقش عوامل مامایی در ارتباط با افسردگی پس از زایمان را رد کرده‌اند (۲۲-۱۷) و بیشتر بر نقش حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی زناشویی تاکید کرده‌اند (۲۳).

در مطالعه وارنر (۱۵) ضمن بررسی هشت عامل مامایی، اثر ترکیبی عوامل دموگرافیک نظیر سابقه شخصیتی (۲۴) روان‌پزشکی (۲۵) و حوادث زندگی را با افزایش خطر افسردگی پس از زایمان مرتبط دانسته‌اند (۱۹).

در مطالعه جانسون (۲۶) نیز وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین (۲۷-۲۹)، تحصیلات مادر (۱)، شخصیت مادر (عصبی، خجالتی، و سواسی، عصبانی یا نگران) سابقه روانپزشکی (سابقه خانوادگی بیماری‌های روانی و سابقه شخصی افسردگی، اضطراب) حوادث اخیر زندگی (مشکلات عمده

نوزاد، سن زیر ۱۶ سال و تحصیلات کمتر از پنجم ابتدایی که قادر به پرکردن پرسشنامه‌ها نبوده یا وجود سابقه مشکلات شخصیتی که با آسیب‌های مکرر به خود بوده، می‌باشد.

افراد پژوهش پس از اخذ رضایت نامه کتبی انتخاب شده و از آنجایی که پژوهش مداخله‌ای روی بیماران ندارد و صدمه و مزاحمتی برای آنها فراهم نمی‌کند از نظر اخلاقی مشکلی ایجاد نکرده و اطلاعات به دست آمده محرمانه خواهد بود.

برای گردآوری داده‌های پژوهش پرسشنامه‌های زیر به کار برده شده است:

الف) پرسشنامه مشخصات فردی: شامل مشخصات فرد پاسخ‌دهنده اعم از سن، میزان تحصیلات، تعداد زایمان‌ها، تعداد موارد سقط جنین، روش زایمان، جنس نوزاد، سابقه افسردگی قبلی، روابط با همسر، خواسته بودن حاملگی و کفایت درآمد ماهانه خانواده.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسشنامه توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده است و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف بوده است. سوال‌های پرسشنامه که به بررسی وضع روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات ناهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده می‌باشد. به همین جهت سوال‌ها به موقعیت «اینجا» و «اکنون» تأکید دارد. در انتخاب سوالات بر روی چهار حوزه کار شده است. اولین حوزه اختلال جسمانی (هیپوکندریازیس) که دربرگیرنده طیف وسیعی از سوال‌های به ظاهر عضوی می‌باشد. دومین حوزه اضطراب و احساس آشفتگی روانشناختی، سومین حوزه رفتار قابل مشاهده عینی که سوال‌های مربوط به اختلال کارکرد اجتماعی در اینجا منظور شده است. چهارمین حوزه افسردگی می‌باشد.

این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ سوالی می‌باشد. فرم میزان شده با ۲۸ سوال در اقدامی به منظور افزایش میزان واریانس ساخته شد که چهار مقیاس فرعی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی را دربرمی‌گیرد. در فرم ۲۸ سوالی در ابتدای همه سوالات عبارت «در یک ماه گذشته» آورده شده است که علائم را در طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند.

اعتبار پرسشنامه با دو معیار حساسیت و ویژگی سنجیده می‌شود. نتیجه مطالعات نشان داده است که متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ-28 برابر با ۸۴ درصد و متوسط ویژگی آن برابر با ۸۲ درصد می‌باشد (۳۵).

نمره برش پرسشنامه GHQ-28، ۲۸ و برای زیرگروه‌های آن ۷ در نظر گرفته می‌شود. براساس تحقیق توسط دکتر یاسمی

سلامتی و بحث با همسر یا خویشاوندان و دوستان) و جنس نوزاد (او ۳۰ و ۳۱) از عوامل غیرمابایی موثر در ایجاد اختلال افسردگی پس از زایمان ذکر شده و گرچه هیچ‌یک از عوامل و متغیرهای مابایی به طور اختصاصی همراه با افزایش خطر افسردگی پس از زایمان نبوده ولی برخی عوامل نظیر چندزای بودن (۲۶) و نحوه زایمان (۲۶ و ۳۳-۳۰)، خونریزی‌های زایمانی (۲۶) و عوارض زایمانی (۳۴) نقشی حاشیه‌ای در افزایش خطر افسردگی داشته‌اند.

با توجه به نتایج متفاوت در مطالعات قبلی و وجود تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در کشور ما و نیز با توجه به دیدگاه وسیع و با ارزش پیشگیری از بیماری‌های روانی که با شناسایی به موقع آن می‌توان از بروز عوارض ناشی از این اختلال جلوگیری کرد، ما در این مطالعه برآنیم که با بررسی عوامل مابایی و روانی اجتماعی نظیر سن مادر، تحصیلات مادر، تعداد فرزندان، جنس نوزاد، خواسته بودن حاملگی، وضعیت اقتصادی خانواده، روابط با همسر، نوع زایمان و سابقه سقط قبلی را سلامت روانی زنان در ۸-۶ هفته بعد از زایمان ارزیابی و مقایسه کنیم.

روش بررسی

این یک مطالعه توصیفی-مقطعی می‌باشد. مطالعه روی زنانی که در مدت ۶-۸ هفته پس از زایمان به کلینیک بیمارستان قائم در مشهد در فاصله زمانی آذر ۱۳۸۲ لغایت خرداد ۱۳۸۳ مراجعه کرده‌اند، انجام شد. مجموعاً ۲۸۸ مادر با روش نمونه‌گیری پذیرش متوالی انتخاب شدند.

تمامی این مادران براساس پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) مورد مصاحبه قرار گرفتند که براساس نمره اخذ شده در GHQ با در نظر گرفتن خط برش ۲۴، که بالای خط برش مثبت و پایین خط برش منفی تلقی می‌شود، به دو گروه در معرض خطر بیماری روانی و فاقد خطر برای ابتلا به بیماری روانی تقسیم شدند.

برای تمامی مادران یک مصاحبه نیمه‌ساخت یافته به منظور مشخص کردن اطلاعات مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک (سن، تحصیلات، شغل، کفایت درآمد ماهانه خانواده) انجام شد. به علاوه اطلاعاتی در باره سابقه افسردگی قبلی، کیفیت روابط با همسر نیز جمع‌آوری گردید.

همین طور سابقه مابایی نظیر تعداد فرزندان، سابقه سقط قبلی و جزیاتی در باره حاملگی اخیر (آیا طرح‌ریزی شده بوده یا خیر، و مطلوب بودن جنس فرزند، نوع زایمان) جمع‌آوری شد.

ملاک‌های حذف ما در این مطالعه، سابقه بیماری پسیکو تیک، وابستگی به مواد، مشکلات طبی خاص در

جدول ۱: خصوصیات جمعیت‌شناختی و توزیع فراوانی نسبی و مطلق عوامل خطر در مادران (۶-۴ هفته بعد از زایمان) مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان قائم مشهد

مادران مورد مطالعه		عوامل خطر	
تعداد	درصد		
۱۶۰	۵۷/۶	GHQ بالای ۲۴ (خط برش)	
۱۳۹	۴۸/۳	بار اول	تعداد زایمان
۱۴۹	۵۱/۷	بیشتر از یک بار	
۵۱	۱۷/۷	دارد	سابقه سقط
۲۳۳	۸۰/۹	ندارد	
۱۳۴	۴۶/۵	طبیعی	نوع زایمان
۱۵۴	۵۳/۵	سزارین	
۷۲	۲۵	زیر یک میلیون ریال	درآمد
۱۷۴	۶۰/۴	بین یک میلیون تا دو میلیون ریال	
۱۶	۵/۶	بین دو میلیون تا سه میلیون ریال	
۲۲	۷/۶	بیش از سه میلیون ریال	
۷۶	۲۶/۴	زیر دیپلم	تحصیلات
۱۰۳	۳۵/۸	دیپلم	
۱۰۳	۳۵/۸	بالای دیپلم	رضایت در روابط با همسر
۱۷۹	۶۲/۲	رضایت بخش	
۹۷	۳۳/۷	رضایت متوسط	
۱۲	۴/۲	غیررضایت بخش	جنس نوزاد
۱۳۷	۴۷/۶	دختر	
۱۳۸	۴۷/۹	پسر	سن
۱۱۳	۳۹/۲	۱۶-۲۵ سال	
۱۳۶	۴۷/۲	۲۵-۳۵ سال	
۳۵	۱۲/۲	۳۵-۴۵ سال	طرح‌ریزی برای حاملگی
۱۰۵	۳۶/۵	خواسته	
۱۸۳	۶۳/۵	ناخواسته	

از سایر عوامل و ویژگی‌های مامایی، گرچه تعداد دفعات زایمان به عنوان عامل خطر عمل نکرده است، ولی بیشتر از یک‌بار زایمان شانس آسیب‌پذیری را در مادران ۱/۸ بار افزایش می‌دهد ($df=1, P=0/06, OR=1/8$) ولی در حد trend می‌باشد. در حالی که وجود سابقه سقط در بین دو گروه تفاوتی نداشته ($df=1, P>0/05, OR=1/8$) ولی نحوه زایمان (سزارین) آسیب‌پذیری را در مادران افزایش می‌دهد ($df=1, P<0/05, OR=2/17$).

بحث

در این مطالعه ما با بررسی عوامل مامایی و روانشناختی و اجتماعی نظیر سن مادر، تحصیلات مادر، تعداد فرزندان،

و دکتر نوربالا روی افراد بالای ۱۵ سال حدود ۲۴ تخمین زده شده است و نمره برش زیر گروه‌های A، B، C و D نمره ۶ می‌باشد (۳۶).

تحلیل داده‌ها، نتایج آزمون با روش آماری با کمک نرم‌افزارهای آماری SPSS با استفاده از آزمون‌های مختلف کای اسکوتر برای تعیین وجود ارتباط معنی‌دار و اختصاصی بین متغیرهای وابسته (مثبت بودن GHQ) و متغیرهای مستقل (متغیرهای دموگرافیک و مامایی) برای معنادار بودن نتایج حداکثر ارزش P کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته می‌شود و در محاسبه Odds Ratio فاصله اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شده است و برای کنترل متغیرهای مخدوش کننده از رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده شده است.

یافته‌ها

شرکت کننده‌های این مطالعه ۲۸۸ مادر که در مدت ۸-۶ هفته بعد از زایمان مراجعه کرده‌اند، می‌باشد که ۱۶۰ مادر (۵۷/۶ درصد) بالای خط برش آزمون GHQ قرار گرفته که به عنوان مادران در معرض خطر و ۱۲۲ مادر (۴۲/۶ درصد) در پایین خط برش قرار گرفته که به عنوان مادران غیر آسیب‌پذیر طبقه‌بندی شده‌اند. خصوصیات دموگرافیک آنها در جدول یک نشان داده شده است.

ویژگی‌های اجتماعی، روانشناختی و مامایی گروه مورد مطالعه در جدول ۲ آورده شده است.

از ویژگی‌های اجتماعی مورد ارزیابی، میزان درآمد به عنوان عاملی برای آسیب‌پذیری تلقی نمی‌شود. گرچه در میزان تحصیلات تفاوت مشخصی از نظر آماری در بین دو گروه دیده شده است و به عنوان یک عامل پیش‌گویی کننده برای آسیب‌پذیری تلقی می‌شود. در افرادی که دارای دیپلم بوده خطر افسردگی کاهش می‌یابد.

در بررسی عوامل روانشناختی نظیر روابط با همسر، عدم رضایت از روابط با همسران به عنوان یک عامل خطر محسوب می‌شود ($df=1, P<0/05, OR=1/85$).

طرح‌ریزی برای حاملگی و خواسته بودن فرزند به عنوان یک عامل محافظتی عمل می‌کند ($df=1, P<0/05, OR=0/5$).

سن عامل خطری برای آسیب‌پذیری محسوب نشده، گرچه مادران در معرض خطر بیشتر در بین گروه‌های سنی ۲۵-۳۴ و ۳۵-۴۶ سال بوده است.

جنس نوزادان نیز به عنوان یک عامل خطر در این مطالعه مشخص شده، به طوری که در گروه در معرض خطر وجود فرزند پسر به طور بارزی بیشتر از گروه غیر آسیب‌پذیر بوده است ($df=1, P<0/05, OR=4/34$).

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی و مطلق عوامل خطر در مادران (۸-۶ هفته بعد از زایمان) مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان قائم مشهد و مقایسه آن براساس آسیب پذیری

ارزش P	OR (۹۵ درصد CI)	مادران غیر آسیب پذیر		مادران آسیب پذیر		عوامل خطر	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
<۰/۰۵	۱/۸	۵۲/۵	۷۳	۴۷/۵	۶۶	بار اول	تعداد زایمان
trend		۳۲/۹	۴۹	۶۷/۱	۱۰۰	بیشتر از یک بار	
طبیعی	۱/۱۸	۳۹/۲	۲۰	۶۰/۸	۳۱	دارد	سابقه سقط
		۴۳/۸	۱۰۲	۵۶/۲	۱۳۱	ندارد	
<۰/۰۵	۲/۱۷	۵۰	۶۷	۵۰	۶۷	طبیعی	نوع زایمان
		۳۵/۷	۵۵	۶۴/۳	۹۹	سزارین	
۰/۷۳	۰/۱۷۵	۳۷/۲	۸۴	۶۲/۸	۱۴۲	زیر دو میلیون ریال	درآمد
		۴۷/۴	۱۸	۵۲/۶	۲۰	بیش از دو میلیون ریال	
<۰/۰۵	۰/۳	۵۱/۳	۳۹	۴۸/۷	۳۷	زیر دیپلم	تحصیلات
		۴۳/۷	۴۵	۵۶/۳	۵۸	دیپلم	
		۳۵	۳۶	۶۵	۶۷	بالای دیپلم	رضایت در روابط با همسر
<۰/۰۵	۱/۱۵	۵۴/۲	۹۷	۴۵/۸	۸۲	رضایت بخش	
		۲۲/۹	۲۵	۷۷/۱	۸۴	غیررضایت بخش	جنس نوزاد
<۰/۰۵	۴/۳۴	۵۲/۶	۷۲	۴۷/۴	۶۵	دختر	
		۳۰/۴	۴۲	۶۹/۶	۹۶	پسر	سن
طبیعی	۰/۷	۴۸/۷	۵۵	۵۱/۳	۵۸	۱۶-۲۴ سال	
		۳۹/۷	۵۴	۶۰/۳	۸۲	۲۵-۳۴ سال	طرح ریزی برای حاملگی
<۰/۰۵	۰/۵	۳۷/۱	۱۳	۶۲/۹	۲۲	۳۵-۴۶ سال	
		۵۷/۱	۶۰	۴۲/۹	۴۵	خواسته	طرح ریزی برای حاملگی
		۳۳/۹	۶۲	۶۶/۱	۱۲۱	ناخواسته	

زایمان‌های متعدد به عنوان یک استرسور عمل کرده و آسیب پذیری مادران را در کنار سایر عوامل بالا می‌برند. در این مطالعه تفاوتی در بین گروه‌های آسیب پذیر و غیر آسیب پذیر از نظر سن مادران و یا وجود سابقه سقط‌های قبلی مشاهده نکردیم که هماهنگ با یافته‌های جانستون (۲۶) می‌باشد ولی در مطالعه جوزفسون (۳۷) سابقه سقط را به عنوان عامل خطر ذکر کرده است. این تفاوت در یافته‌ها ممکن است در ارتباط با تفاوت در سقط‌های خودبه‌خودی و یا عمدی باشد که تعیین علت سقط می‌تواند روشنگر این تفاوت باشد. در این مطالعه مادران با تحصیلات زیر دیپلم بیشتر در معرض خطر بوده‌اند که براساس مطالعه پتل (۱) تحصیلات به عنوان یک عامل محافظتی (۲۱) شناخته شده است. به نظر می‌رسد که طبیعتاً مادران با تحصیلات بالاتر مهارت‌های انطباقی بهتر با استرسورها را دارند. گرچه در برخی از مطالعات قبلی (۶-۴)، میزان درآمد خانواده به عنوان یک عامل خطر برای آسیب پذیری مادران محسوب می‌شود ولی در مطالعه اخیر تفاوت آماری بین

جنس نوزاد، خواسته بودن حاملگی، وضعیت اقتصادی خانواده، روابط با همسر، نوع زایمان و سابقه سقط قبلی، در مادران ۸-۶ هفته بعد از زایمان، تاثیر این عوامل را در آسیب پذیری مادران برای اختلالات روانپزشکی مورد ارزیابی و مقایسه قرار دادیم. طبق یافته‌های ما مجموعه عوامل روانشناختی، مامایی و اجتماعی در آسیب پذیری مادران موثر می‌باشد. براساس این مطالعه عوامل روانشناختی نظیر رضایت مندی از روابط با همسر و طرح ریزی قبلی برای حاملگی به عنوان عامل خطر و محافظتی به ترتیب برای آسیب پذیری برای اختلالات روانپزشکی محسوب می‌شود که هماهنگ با یافته‌های وامر و پاتل می‌باشد (۱۵و۱). در مطالعات جانستون، آستبری و ادواردز، (۲۶ و ۳۲ و ۳۳) عوامل مامایی نظیر نوع زایمان (سزارین) و چندزا بودن به عنوان عوامل خطر برای آسیب پذیری ذکر شده که با یافته‌های مطالعه اخیر هماهنگ است. به نظر می‌رسد زایمان‌های پرخطر که احتمالاً با اندیکاسیون سزارین همراه است و

اثرات سلامت روان مادر بر رشد و رفتار کودک و با توجه به اهمیت کنترل عوامل و تشخیص زودرس گروه در معرض خطر و اقدام درمانی مناسب، از عوارض اختلالات روانپزشکی روی کودک و مادر جلوگیری و یا آن را به حداقل می‌رساند. بنابراین آموزش به مادران و خانواده‌ها قبل از زایمان و در طول حاملگی حایز اهمیت فراوان می‌باشد که علاوه بر آموزش‌های بهداشتی مربوط به زایمان، اطلاعاتی نیز راجع به اختلالات روانی بعد از زایمان در اختیار مادران قرار گیرد تا آنها را برای تغییرات روانی و هیجانی که ممکن است در دوره بعد از زایمان تجربه کنند، آموزش دهد.

مشاوره برای همسران و دادن آگاهی به شوهر و سایر اعضا خانواده برای درک وضعیت مادر و کاهش استرس‌های محیطی از عوامل موثر برای پیگیری می‌باشد. لزوم همکاری متخصصان روانپزشکی در کلینیک‌های مامایی و زنان و کلینیک‌های کنترل سلامت کودک برای ارزیابی اختلالات روانی و تشخیص زودرس آنها به نظر ضروری و الزامی می‌آید. از آنجا که خواسته بودن حاملگی جز عوامل محافظتی اختلالات روانی بعد از زایمان شناخته شده است، آموزش درست روش‌های جلوگیری از بارداری توسط مراکز بهداشتی می‌تواند نقش مهمی در جلوگیری از تولد فرزندان ناخواسته و در نتیجه کاهش اختلالات روانی بعد از زایمان داشته باشد.

نتیجه‌گیری

مجموعه عوامل روانشناختی، اجتماعی و مامایی بر سلامتی روانی مادران بعد از زایمان موثر می‌باشد که با کنترل عوامل و تشخیص زودرس گروه در معرض خطر و اقدام درمانی مناسب، می‌توان از عوارض اختلالات روانپزشکی روی کودک و مادر جلوگیری کرده و یا آن را به حداقل رساند.

تشکر و قدردانی

از کلیه کارکنان کلینیک زنان و مامایی بیمارستان قائم (عج) مشهد که ما را در اجرای این تحقیق یاری دادند، کمال تشکر را داریم.

گروه‌های اقتصادی مختلف پیدا نکردیم که علتش می‌تواند به تشابه وضعیت اقتصادی جمعیتی مربوط باشد که به کلینیک مزبور که یک کلینیک دولتی در مرکز شهر قرار دارد که می‌تواند از محدودیت‌های مطالعه اخیر باشد.

جنس نوزاد براساس مطالعات قبلی به عنوان یک عامل خطر شناخته شده (۱) ولی به نظر می‌رسد رضایت‌مندی از جنس نوزاد عامل مهم‌تری محسوب می‌شود که در این مطالعه جنس پسر عامل خطر برای افسردگی محسوب می‌شود. گرچه جنس پسر در ایران به دلایل فرهنگی جنس مطلوب‌تر به حساب می‌آید، ولی تفاوت در تغییرات هورمونی در مادران در دو جنس ممکن است در افزایش ریسک افسردگی موثر باشد که لازم است در این زمینه مطالعات بیشتری انجام شود. به علاوه همان‌گونه که گفته شد رضایت‌مندی از جنس نوزاد ممکن است عامل موثرتری باشد که در این مطالعه عامل رضایت‌مندی از جنس ارزیابی نشده است.

در این مطالعه ما از آزمون GHQ که یک آزمون غربالگری محسوب شده و تنها میزان آسیب‌پذیری افراد را نشان می‌دهد، استفاده کردیم، که این آزمون اختلالات روانپزشکی را به طور اختصاصی مشخص نمی‌کند و جزو محدودیت‌های مطالعه اخیر محسوب می‌شود. لذا به منظور ارزیابی بهتر، لازم است در مطالعات بعدی ارزیابی‌های دقیق‌تر روانپزشکی براساس مصاحبه و یا استفاده از آزمون‌های ساخت‌یافته و نیمه‌ساخت‌یافته برای تشخیص‌گذاری روانپزشکی استفاده شود.

به علاوه در این مطالعه برخی از عوامل مداخله‌کننده نظیر رضایت‌مندی از جنس نوزاد، میزان برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و دسترسی به سرویس‌های خدمات روانپزشکی و استرس‌های زندگی در طی یک‌سال گذشته را ارزیابی نکردیم که از محدودیت‌های مطالعه است.

علی‌رغم محدودیت‌های موجود یافته‌های ما می‌تواند بیانگر آن باشد که مجموعه عوامل روانشناختی، اجتماعی و مامایی بر سلامتی روانی مادران بعد از زایمان موثر است که با توجه به

References

- 1) Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. *Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India*. Am J Psychiatry. 2002; 159(1):43-7.
- 2) Wilson DA, Bobier C, Macdonald EM. *A perinatal psychiatric service audit in New Zealand: patient characteristics and outcomes*. Arch Women Ment Health. 2004; 7(1):71-9.
- 3) Yamashita H, Yoshida K. *Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants*. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2003; 105(9):1129-35.
- 4) O'Hara MW, Swain AM. *Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis*. Int Rev Psychiatry 1996; 8:37-54.
- 5) Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringner A, Carroll JC, Stewart DE. *Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes*. CMAJ. 1996; 154(6):785-99.
- 6) Beck CT. *A meta-analysis of predictors of postpartum depression*. Nurs Res. 1996; 45(5):297-303.
- 7) Dennis CL, Janssen PA, Singer J. *Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period*. Acta Psychiatr Scand. 2004; 110(5): 338-46.
- 8) Agoub M, Moussaoui D, Battas O. *Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample*. Arch Women Ment Health. 2005; 8(1):37-43.

- 9) Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA. *Symptoms of postpartum depression and breastfeeding*. J Hum Lact. 2005; 21(4):444-9.
- 10) Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. *Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation*. Pediatrics. 2003; 112(1 Pt 1):108-15.
- 11) Murray L, Cartwright W. *The role of obstetric factors in postpartum depression*. J Reprod Infant Psychol 1993; 11: 215-219.
- 12) Ballinger CB. *Emotional disturbance during pregnancy and following delivery*. J Psychosom Res. 1982; 26(6):629-34.
- 13) O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. *Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors*. J Abnorm Psychol. 1984; 93(2):158-71.
- 14) Kumar R, Robson KM. *A prospective study of emotional disorders in childbearing women*. Br J Psychiatry. 1984; 144:35-47.
- 15) Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. *Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity*. Br J Psychiatry. 1996; 168(5): 607-11.
- 16) O'Hara MW, Zekoski EM. *Postpartum depression: A comprehensive review*. In Motherhood and mental illness. R. Kumar and I. F. Brockington (Eds.). London: Wright. 1988. PP: 17-63.
- 17) Pitt B. *"Atypical" depression following childbirth*. Br J Psychiatry. 1968; 114(516):1325-35.
- 18) Martin ME. *Maternity hospital study of psychiatric illness associated with childbirth*. Ir J Med Sci. 1977; 146(8):239-44.
- 19) Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rassaby ES. *Life events and social support in puerperal depression*. Br J Psychiatry. 1980; 136:339-46.
- 20) Cox JL, Connor Y, Kendell RE. *Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth*. Br J Psychiatry. 1982; 140:111-7.
- 21) O'Hara MW, Rehm LP, Campbell SB. *Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioral models and postpartum depression*. J Abnorm Psychol. 1982; 91(6):457-61.
- 22) Nielsen Forman D, Videbeck P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. *Postpartum depression: identification of women at risk*. BJOG. 2000; 107(10):1210-7.
- 23) Spangenberg JJ, Pieters HC. *Factors related to postpartum depression*. S Afr J Psychol. 1991; 21(3):159-65.
- 24) Dalton K. *Prospective study into puerperal depression*. Br J Psychiatry. 1971 Jun;118(547):689-92.
- 25) Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brough DI. *Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year*. Br J Psychiatry. 1984; 144:453-62.
- 26) Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. *Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples*. Aust N Z J Psychiatry. 2001; 35(1):69-74.
- 27) Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. *Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women*. Birth. 1999; 26(3):157-63.
- 28) Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. *Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study*. Women Health. 1999; 29(1):57-72.
- 29) Sierra Manzano JM, Carro Garcia T, Ladron Moreno E. *Variables associated with the risk of postpartum depression*. Edinburgh Postnatal Depression Scale. Aten Primaria. 2002; 30(2):103-11.
- 30) Adewuya AO, Fatoye FO, Ola BA, Ijaodola OR, Ibigbami SM. *Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women*. J Psychiatr Pract. 2005; 11(5):353-8.
- 31) Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. *Health-related quality of life in postpartum depressed women*. Arch Women Ment Health. 2005; [Epub ahead of print]
- 32) Astbury J, Brown S, Lumley J, Small R. *Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression*. Aust J Public Health. 1994; 18(2):176-84.
- 33) Edwards DR, Porter SA, Stein GS. *A pilot study of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments*. J Psychosom Res. 1994; 38(2):111-7.
- 34) Burger J, Horwitz SM, Forsyth BW, Leventhal JM, Leaf PJ. *Psychological sequelae of medical complications during pregnancy*. Pediatrics. 1993; 91(3):566-71.
- 35) Willmott SA, Boardman JA, Henshaw CA, Jones PW. *Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004; 39(8):613-7.
- ۳۶) نوربالا، الف.ع. محمد، ک. باقری یزدی، س. یاسمی، م.ت. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله پژوهشی حکیم. ۱۳۸۱. دوره ۵. شماره ۱: صفحات ۱ تا ۱۰.
- 37) Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstrom CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. *Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms*. Obstet Gynecol. 2002; 99(2):223-8.