

افسردگی حین بارداری: لزوم ادغام بیماریابی، افزایش مشارکت همسران

چکیده

زمینه و هدف: در مطالعات اخیر، افسردگی حین بارداری حتی از افسردگی پس از زایمان شایع تر است. هدف اصلی این مطالعه، تعیین فراوانی افسردگی در زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری بیمارستان میرزا کوچک‌خان بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی و تحلیلی به روش مقطعی روی ۱۸۰ زن باردار مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان میرزا کوچک خان در سال ۱۳۸۲ انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه سنجش افسردگی بک بود. برای بررسی خصوصیات دموگرافیک زنان باردار و نگرش آنها نسبت به برخی مؤلفه‌های عرصه بهداشت باروری یک پرسشنامه تدوین و پس از پایلوت مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: ۲۳/۳ درصد از زنان باردار، در این مطالعه، از درجات مختلف افسردگی رنج می‌بردند. در حالی که هیچ‌یک از آنان برای درمان این اختلال، درمان و مراقبت دریافت نمی‌کردند. میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی بک در جمعیت مورد مطالعه ۱۱/۴۳±۷/۵۷ تعیین شد. با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک، متغیرهای مرتبط با خشونت فیزیکی و جنسی از جانب همسر، شغل و تحصیلات همسران به ترتیب قوی‌ترین متغیرهای موثر بر احتمال ابتلا به افسردگی در این مطالعه شناخته شدند.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای افسردگی در جمعیت در معرض خطر (زنان باردار) در این مطالعه و نیز مطالعات مشابه در کشورمان ضرورت ادغام بیماریابی افسردگی با استفاده از ابزارهای غربالگری مناسب در مراقبت‌های معمول بارداری قابل بررسی بیشتر است و لزوم ارایه برنامه‌های آموزشی به منظور آگاهی همسران از تغییرات فیزیولوژیک و روانی این دوران و جلب مشارکت و همکاری آنان، در تخفیف مسایل و مشکلات دوران بارداری پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها: افسردگی - بارداری - پرسشنامه افسردگی بک - نقش همسران

فریبا حسینی سازی

کارشناس ارشد آموزش بهداشت و مربی دانشکده بهداشت

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دکتر ابوالقاسم پوررضا

دانشیار گروه خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی تهران

دکتر مصطفی حسینی

استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه

علوم پزشکی تهران

دکتر داوود شجاعی‌زاده

استاد گروه خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی تهران

نویسنده مسئول: فریبا حسینی سازی

پست الکترونیکی: fariba472002@yahoo.com

نشانی: کرمانشاه، جنب بیمارستان فارابی، دانشکده بهداشت،

گروه مبارزه با بیماری‌ها

تلفن: ۰۸۳۱-۸۲۶۴۰۰۲، نمابر: ۰۸۳۱-۸۲۶۳۰۴۸

تاریخ وصول: ۸۳/۹/۱۰

تاریخ اصلاح: ۸۴/۴/۲۵

تاریخ پذیرش: ۸۴/۴/۳۱

مقدمه

افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی بزرگسالان می‌باشد. علت شیوع بالاتر این اختلال در زنان نسبت به مردان (۲ به ۱) را می‌توان به وجود عواملی هم‌چون مواجهه زنان با استرس‌های متفاوت ناشی از زایمان و بارداری، منزلت پایین اجتماعی، درماندگی آموخته شده و آثار هورمونی نسبت داد (۱). شایان ذکر است که اوج اختلالات خلقی زنان در دوره باروری اتفاق می‌افتد. علاوه بر تفاوت‌های فیزیولوژیک و مواجهه با بحران‌های متعدد مربوط به دوران باروری، نگرش‌ها و باورهای ناصحیح نسبت به زنان و تحمل انواع خشونت و تبعیض جنسی، می‌توانند به عنوان عواملی تاثیرگذار بر سلامت روانی زنان (خصوصاً در دوران باروری) و بروز افسردگی در آنان مطرح و مورد بررسی قرار گیرند (۲ و ۳). با این که در مورد افسردگی پس از زایمان، به طور عام تحقیقات و مطالعات مفصلی انجام شده (۴ و ۵)، افسردگی حین بارداری چندان مورد توجه و عنایت نبوده است. در حالی که طبق آخرین بررسی‌ها زنان در هنگام حاملگی بیش از دوره پس از زایمان مستعد ابتلا به افسردگی می‌باشند (۶). براساس جدول

رویدادهای استرس‌زای زندگی که وقایع و بحران‌های استرس‌زای زندگی را بر حسب شدت طبقه‌بندی کرده است، حاملگی حدود ۶۶ واحد استرس به شمار آمده است (بالاترین میزان استرس مربوط به مرگ همسر و حدود ۱۲۳ واحد می‌باشد) (۷).

افسردگی درمان نشده دوران بارداری یک خطر بالقوه برای مادر و جنین تلقی شده و عوارض نامطلوبی همچون تولد نوزاد بی‌قرار و نارس، ضعف و سطح پایین ارتباط موثر عاطفی بین مادر و نوزاد، روی آوردن زن باردار به سیگار و مواد مخدر، عدم مراجعه برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و دشواری در پذیرفتن نقش مادری را بر مادر و نوزاد وی تحمیل می‌کند (۸-۱۵). بنابراین مطالعه حاضر، ضمن تعیین درصد فراوانی افسردگی در زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری بیمارستان میرزا کوچک‌خان و بررسی عوامل موثر در ایجاد آن، با ارایه تصویری از جمعیت در معرض خطر - در مقایسه با سایر مطالعات در بقیه کشورها - به تقدیم پیشنهادهای به منظور مداخله در این زمینه می‌پردازد.

روش بررسی

مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و مقطعی است. در این پژوهش ۱۸۰ زن باردار ۴۹-۱۵ ساله ایرانی با گویش فارسی و دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن، ساکن محدوده شهر تهران، با عدم سابقه مصرف داروهای خاص و عدم سابقه بیماری‌های روانی یا بیماری‌های عفونی و مزمن تشخیص داده شده و همچنین عوارض دوران بارداری، مراجعه کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری بیمارستان میرزا کوچک خان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در مدت ۲ ماه - دی و بهمن ۱۳۸۲ - مورد بررسی قرار گرفتند. اندازه نمونه لازم با فرض شیوع ۵۰ درصد و حداکثر دقت ۵/۷ درصد و اطمینان ۹۵ درصد محاسبه گردید. از زنانی که واجد شرایط مطالعه نبودند، پرسشگری به عمل نیامد. در این راستا ۲ نفر از مراجعین به دلیل این که ملیت غیر ایرانی داشتند، ۳ نفر به دلیل داشتن عوارض حین بارداری و یک نفر که به دلیل عدم اجازه از جانب شوهر حاضر به تکمیل پرسشنامه نشد، از مطالعه خارج شدند. زنان باردار مورد پژوهش پس از توجیه نسبت به اهداف پژوهش و حصول اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، به منظور تکمیل پرسشنامه‌ها مورد مصاحبه قرار گرفتند.

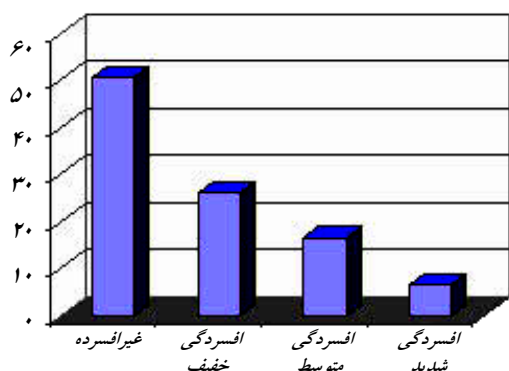
پرسشنامه این مطالعه، براساس محورهای مربوط به متغیرهای دموگرافیک و اقتصادی - اجتماعی پاسخگو و تمایلات و نگرش‌های وی نسبت به برخی عرصه‌های بهداشت باروری (نظیر ترجیح جنسی، تعداد فرزندان موجود، سن ازدواج و محورهای مربوط به روابط خانوادگی و کیفیت رابطه زن و شوهر، خشونت فیزیکی، خشونت جنسی، کمک همسر در منزل و حل مشکلات) طراحی و تنظیم گردید. برای ارزیابی خشونت فیزیکی از طرف همسر، مواردی نظیر اقدام همسر به کتک کاری و ضرب و شتم و برای ارزیابی خشونت جنسی اجبار به برقراری ارتباط جنسی بدون در نظر گرفتن تمایل زنان باردار مورد پرسش قرار گرفت. کمک همسر در انجام کارهای منزل در هنگام خستگی زن باردار تحت عنوان همکاری و مشارکت همسر و کمک و همدلی وی در حل مسایل و مشکلات عاطفی و روانی مرتبط با بارداری تحت عنوان حمایت عاطفی از طرف همسر مورد سوال قرار گرفت. سپس پرسشنامه تنظیم شده به صورت پایلوت مورد آزمایش قرار گرفت. تکمیل نهایی پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه و توسط پژوهشگر انجام گردید. قبل از شروع مصاحبه ابتدا اهداف پژوهش به طور مختصر برای زنان باردار توضیح و پس

از جلب رضایت آنان، مصاحبه در محیط خصوصی انجام گردید. نتایج به دست آمده برای ویرایش نهایی پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت و نسخه نهایی پرسشنامه پس از آماده شدن برای جمع آوری اطلاعات به کار گرفته شد.

برای سنجش افسردگی از آزمون استاندارد بک استفاده شد. این آزمون دارای ۲۱ سوال چند گزینه‌ای است که پاسخگویی به آنها حدود ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. روایی و پایایی این آزمون در مطالعات متعددی به اثبات رسیده است (۱۶). از این آزمون در بیش از ۱۵۰۰ مطالعه تحقیقی استفاده شده است. حداقل و حداکثر امتیاز منظور شده برای این پرسشنامه صفر و ۶۳ می‌باشد. براساس این امتیاز وضعیت فرد از نظر شدت و درجه افسردگی به صورت زیر ارزیابی می‌شود: امتیاز ۹-۰ دامنه طبیعی، ۱۶-۹ افسردگی خفیف، ۲۴-۱۶ افسردگی متوسط و بالاتر از ۲۴ افسردگی شدید می‌باشد (۱۶). ضمناً شایان ذکر است که برخی مطالعات آستانه افسردگی را برای زنان باردار بالاتر در نظر می‌گیرند، زیرا برخی نشانه‌های افسردگی مثل اختلال خواب، افزایش وزن و کاهش انرژی ممکن است در یک حاملگی طبیعی هم وجود داشته باشد که این موضوع تشخیص افسردگی را مشکل می‌کند (۱۷ و ۱۸). بنابراین اگر چه بک و همکاران مطرح می‌کنند که امتیاز بالاتر از ۹ مؤید افسردگی است، ولی چون نشانه‌های سوماتیک (جسمانی) بارداری می‌تواند امتیازات را در ملاک بک افزایش دهد، پیشنهاد شده است که آستانه بالاتری برای سنجش افسردگی در زنان باردار به کار رود (۱۸). با توجه به این موضوع در مطالعه حاضر آستانه افسردگی (به منظور جلوگیری از بیش تخمینی فراوانی افسردگی) ۱۶ در نظر گرفته شده است. Holcomb و همکاران نیز پیشنهاد می‌کنند که با در نظر گرفتن امتیاز بالاتر از ۱۶ به عنوان افسردگی، می‌توانیم در مورد این ابزار به حساسیت ۸۳ درصد و ویژگی ۸۹ درصد دست یابیم (۱۰).

پس از جمع آوری داده‌ها اطلاعات پرسشنامه در یک فایل اطلاعاتی ذخیره و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS-10 مورد آنالیز قرار گرفت. برای تحلیل داده‌های این مطالعه در قسمت توصیفی، فراوانی خام و نسبی ارائه گردید. همچنین با استفاده از آزمون‌های کای اسکور، Fisher exact test و Generalized exact test تأثیر متغیرهای مختلف بر افسردگی حین بارداری مورد مطالعه قرار گرفت. در پایان با استفاده از روش آنالیز رگرسیون چندگانه گام به گام

بودند. ۳۰ درصد از زنان خشونت از طرف همسر را گزارش کردند. با توجه به این که معمولاً زنان مایل به گزارش خشونت به دلایلی از قبیل ترس یا تحقیر ناشی از بیان آن نیستند، ممکن است که موارد تحت خشونت مورد کم‌شماری قرار گرفته باشند. درصد فراوانی افسردگی در جمعیت مورد مطالعه با در نظر گرفتن آستانه معمول پرسشنامه بک برای سنجش افسردگی ۴۹/۴ درصد به دست آمد. در صورتی که امتیازات بالای ۱۶ را به عنوان افسردگی تلقی کنیم، درصد فراوانی افسردگی در زنان باردار مورد مطالعه به ۲۳/۳ درصد می‌رسد (نمودار ۱).



نمودار ۱: توزیع فراوانی زنان باردار بر حسب شدت افسردگی

میانگین نمره افسردگی به دست آمده از آزمون بک در جمعیت مورد مطالعه $7/57 \pm 11/43$ می‌باشد. با انجام این پژوهش دریافتیم که اکثریت زنان باردار (۵۰/۶ درصد) غیرافسرده و ۴۹/۴ درصد دارای درجاتی از افسردگی (شدید و متوسط) هستند. در بین زنان افسرده ۶/۷ درصد آنان از افسردگی شدید رنج می‌برند. بدون این که درمان یا مراقبت دریافت نمایند. با استفاده از آزمون‌های کای اسکور، Fisher Exact test و Generalized Exact Test بین متغیرهای مستقل شاغل بودن زنان باردار، خویشاوندی با همسر، وضعیت مسکن، تعداد فرزند در خانواده (سه فرزند و بیشتر)، شغل همسر، خواسته بودن بارداری، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، برخورداری از حمایت عاطفی همسر و قرار داشتن در معرض خشونت فیزیکی و جنسی با متغیر وابسته افسردگی ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید. بدین ترتیب که زنان باردار خانه‌دار و غیرخویشاوند با همسر، ساکن در منازل استیجاری، با تعداد زیاد فرزند، سطح پایین تحصیلات خود و همسر که خواهان بارداری نبوده و از حمایت عاطفی همسر برخوردار نیستند و در معرض خشونت

(Multivariate Stepwise Logistic Regression) اثر متغیرهای مخدوش کننده حذف و تأثیر قوی‌ترین متغیرها مشخص گردید. ضریب اطمینان مطالعه ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$) تعیین شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۸ زن باردار پس از توجیه شدن از اهداف پژوهش و حصول اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات حاضر به مشارکت در مطالعه شده و مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن زنان باردار مورد مطالعه $26/14 \pm 7/4$ می‌باشد. ۸۷/۲ درصد (۱۵۷ نفر) در سنین ۲۰-۳۵ سالگی قرار دارند. میزان بارداری‌های پرخطر در سنین زیر ۲۰ سال، ۸/۳ درصد (۱۵ نفر) و بالای ۳۵ سال ۴/۴ درصد (۸ نفر) می‌باشد. میانگین سن ازدواج $20/43 \pm 3/99$ و میانگین سن اولین بارداری $22/94 \pm 4/3$ می‌باشد.

جدول ۱: خصوصیات دموگرافیک زنان باردار و همسرانشان

۲۶/۱±۴/۷	سن
۲۰/۴±۳/۹	سن ازدواج
۲۲/۹±۴/۳	سن اولین بارداری
۳±۱/۷	بعد خانوار
سطح تحصیلات زنان باردار	
۲۳ (۱۲/۸ درصد)	ابتدایی
۳۸ (۲۱/۱ درصد)	راهنمایی
۱۵ (۸/۳ درصد)	متوسطه
۷۸ (۴۳/۳ درصد)	دیپلم
۲۶ (۱۴/۴ درصد)	عالی
سطح تحصیلات همسران	
۲۲ (۱۲/۲ درصد)	ابتدایی
۴۳ (۲۳/۹ درصد)	راهنمایی
۱۸ (۱۰ درصد)	متوسطه
۶۶ (۳۶/۷ درصد)	دیپلم
۳۱ (۱۷/۲ درصد)	عالی
وضعیت شغلی زنان باردار	
۲۳ (۱۲/۸ درصد)	شاغل
۱۵ (۸۷/۲ درصد)	خانه دار

اکثر مادران (۵۰/۶ درصد) برای مراقبت‌های اولین بارداری مراجعه کرده بودند. میانگین بعد خانوار $1/78 \pm 3/02$ می‌باشد. بیشترین درصد زنان باردار (۴۳/۳ درصد) دارای تحصیلات در حد دیپلم و کمترین درصد (۸/۳ درصد) دارای تحصیلات متوسطه بودند. ۱۴/۴ درصد زنان مورد مطالعه دارای تحصیلات عالی بودند. در مورد شوهران نیز بیشترین درصد (۳۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و کمترین درصد (۱۰ درصد) دارای تحصیلات متوسطه بودند. ۱۲/۲ درصد شوهران دارای تحصیلات ابتدایی و ۱۷/۲ درصد آنان دارای تحصیلات عالی

همچون: تاثیر متغیرهای فرهنگی بر ابعاد روانشناختی افسردگی، شرایط نامناسب اقتصادی، عدم دریافت آموزش‌های لازم برای شناخت و تطابق با پروسه بارداری، سطح پایین پوشش خدمات بیمه‌ای و تامین اجتماعی و وجود نگرانی‌های مالی برای زنان باردار، فقدان خدمات مشاوره روانی و تاکید و تمرکز سیستم‌های ارایه دهنده مراقبت و کارکنان آنها بر مراقبت صرفاً جسمانی از زنان باردار ایجاد شده باشد. همچنین استفاده از آزمون‌های متفاوت در تحقیقات مختلف به عنوان عاملی موثر قابل ذکر می‌باشد. یافته‌ها دال بر آن است که ۹۱/۳ درصد از زنان شاغل غیرافسرده بودند و بین بروز افسردگی و شاغل بودن (صرف نظر از نوع شغل) ارتباط معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0/05$).

Zuckerman بین سال‌های ۱۹۸۷-۱۹۸۴، با استفاده از آنالیز واریانس، بین میانگین‌های امتیاز آزمون بک در دو گروه زنان باردار خانه‌دار و شاغل اختلاف معنی‌دار ($P < 0/05$) مشاهده نمود (۲۷). چنین به نظر می‌آید که شاغل بودن زنان باردار علاوه بر ایجاد استقلال مالی، امکان مشارکت زنان در فعالیت‌های اجتماعی را فزونی بخشیده و از این طریق مکانیسم‌های بیشتری را برای مقابله با بحران‌ها و تطابق مجدد در اختیار آنان قرار می‌دهد. ارتباط معنی‌دار بین خویشاوندی با همسر وعدم بروز افسردگی ($P < 0/05$) بیانگر آن است که زنان باردار خویشاوند با همسر کمتر در معرض افسردگی قرار می‌گیرند که خود می‌تواند در ایجاد سطوح بالاتری از همسویی فرهنگی و نگرشی در بین زوجین خویشاوند دلال داشته باشد. در این مطالعه بین سن زن باردار و بروز افسردگی ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد. Paarlberg در ۱۹۹۶ و فوست در ۱۹۹۰ ارتباط معکوس بین افسردگی و سن زنان باردار را گزارش نمودند (۲۸). وضعیت مسکن به عنوان یکی از عوامل شاخص وضعیت اقتصادی، با بروز افسردگی بارداری در ارتباط می‌باشد (به طوری که زنان باردار دارای منزل شخصی کمتر در معرض افسردگی قرار می‌گیرند) در این راستا Baker در ۱۹۹۷ با استفاده از آزمون کای دو، بین میانگین‌های امتیاز آزمون ادینبورگ در گروه‌های مختلف زنان باردار از نظر وضعیت مسکن ارتباط معنی‌دار گزارش کرد (۲۹) ($P < 0/05$). Kitamura نیز در تحقیقی که در سال ۱۹۹۳ انجام داد نتیجه یکسانی را گزارش نمود (۳۰). طبق نظر Kaplan و Sadock در ۱۹۹۸ و Llewellyn در ۱۹۹۷ زنان باردار با سابقه نازایی بیشتر در معرض افسردگی حین بارداری قرار می‌گیرند

فیزیکی و جنسی شوهرانشان قرار داشته و شغل همسرانشان تامین کننده امنیت اقتصادی آنان نبود، بیشتر در معرض افسردگی دوران بارداری قرار داشتند.

برای مشخص نمودن اثر قوی‌ترین متغیرهای مطالعه (در حالی که اثر احتمالی متغیرهای مخدوش کننده نیز در نظر گرفته شده باشد) با استفاده از رگرسیون لجستیک و با وارد نمودن همه متغیرهای معنی‌دار در مدل چندگانه گام به گام، سه متغیر خشونت فیزیکی از طرف همسر، تحصیلات همسر و شغل همسر به عنوان قوی‌ترین متغیرهای مؤثر در بروز افسردگی شناخته شدند.

جدول ۲: مدل نهایی عوامل خطر موثر بر افسردگی دوران بارداری براساس آنالیز واریانس

نام متغیر	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان	مقدار P
خشونت فیزیکی	۱۹/۸	۵۰/۸-۷/۷۱	< ۰/۰۵
شغل همسر	۳/۳	۱/۱-۹/۶	< ۰/۰۵
تحصیلات همسر	۳/۲	۱/۲-۸/۴	< ۰/۰۵

بحث

در حالی که در سایر کشورها اکثر مصاحبه‌های تشخیصی نشان می‌دهند که حدود ۸ تا ۱۰ درصد زنان باردار به افسردگی دچار هستند (۱۸)، درصد افسردگی زنان باردار در این مطالعه ۴۹/۴ درصد و مشابه با بعضی مطالعات انجام شده در کشورمان می‌باشد (۱۹ و ۲۰). حتی با در نظر گرفتن آستانه ۱۶ برای سنجش افسردگی، در این مطالعه ۲۳/۳ درصد از زنان باردار افسرده تلقی می‌گردند که بالا بودن آن در مقایسه با سایر کشورها قابل تأمل می‌باشد. Holcomb و همکاران در سال ۱۹۹۴ در واشنگتن شیوع افسردگی را در زنان باردار ۱۱ درصد گزارش نمودند (۱۰). Cox در سال ۱۹۹۷ در شهر اوگاندا میزان افسردگی را در زنان باردار ۹ درصد و در زنان غیرباردار ۵ درصد اعلام نمود (۲۱). زاجی در سال ۱۹۸۱ شیوع قطعی اختلالات خلقی زنان باردار را ۱۴ درصد و شیوع مشکوک را ۱۱ درصد (۲۲) Kumar در سال ۱۹۸۴، ۱۵ درصد (۲۳) Cox در ۱۹۸۲، ۴ درصد (۲۴) Kitamura در ۱۹۹۳ در ژاپن ۱۶ درصد (۲۵) Wilson و همکاران در ۱۹۹۷، ۵ درصد گزارش نمودند (۲۶).

در مطالعات مختلف، دامنه میانگین از ۲/۶ تا ۵/۸ بوده است (۱۸). در حالی که در مطالعه حاضر، میانگین آزمون بک ۴۳/۱۱ می‌باشد. اختلاف چشمگیر شیوع افسردگی در این مطالعه با سایر مطالعات جهانی می‌تواند تحت تاثیر عواملی

(۳۱ و ۹). در پژوهش حاضر سابقه نازایی با بروز افسردگی در ارتباط نبود. بیشترین درصد افسردگی در (۴۷/۸ درصد) در این پژوهش در زنان با سطح تحصیلات ابتدایی گزارش شده است و ۸۸/۵ درصد از زنانی که دارای تحصیلات عالی هستند غیرافسرده تشخیص داده شدند ($P < ۰/۰۵$). Sugawara در ۱۹۹۶ در ژاپن (۳۲) و Zuckerman (۲۷) بین سال‌های ۱۹۸۴-۱۹۸۷ در بوستون با استفاده از آنالیز واریانس بین میانگین‌های امتیاز آزمون بک در گروه‌های متفاوت زنان باردار با سطح تحصیلات مختلف، ارتباط معنی‌دار گزارش کردند. در این مطالعه بالاتر بودن سطح تحصیلات همسران از میزان افسردگی زنان باردار کاسته می‌شود ($P < ۰/۰۵$). برآورده شدن نیاز عاطفی توسط همسر نیز تاثیر معنی‌دار در بروز افسردگی حین بارداری در این مطالعه داشته است ($P < ۰/۰۵$). در تحقیق Baker در ۱۹۹۷، بین میانگین‌های امتیاز آزمون بک و کمک شوهر در کارهای منزل و نیز برآورده شدن نیاز عاطفی زنان باردار توسط همسر، ارتباط معنی‌دار گزارش گردیده است (۳۳). همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که بیشترین میزان افسردگی در بین زنانی است که شغل شوهرانشان کارگر یا بیکار گزارش شده است. ۸۴/۵ درصد از زنان غیرافسرده شغل همسرشان را کارمند ذکر کرده‌اند. شغل همسر از عوامل موثر در بروز افسردگی در این مطالعه می‌باشد. شغل همسران، علاوه بر این که شاخصی از وضعیت اقتصادی و سطح درآمد می‌باشد، می‌تواند بر دیدگاه‌ها و نگرش‌های آنها در ارتباط با کیفیت روابط خانوادگی نیز موثر باشد. خشونت از طرف همسر به عنوان قوی‌ترین متغیر اثرگذار بر مطالعه، با بروز افسردگی حین بارداری مرتبط می‌باشد ($P < ۰/۰۵$). Thompson نیز در تحقیقی که در سال ۲۰۰۰ روی زنان باردار انجام داده، بین افسردگی حین بارداری و خشونت اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده نموده است (۳۴). با توجه به این که دوران حاملگی، خطر قرار گرفتن در معرض خشونت‌های خانگی را افزایش می‌دهد (۳۵)، غربالگری موارد تحت خشونت در کنار غربالگری افسردگی و حمایت از زنان قربانی خشونت، نقش انکارناپذیری در حفظ و ارتقا سلامت روانی زنان باردار ایفا می‌کند.

شیوع بالای افسردگی زنان باردار در این مطالعه و نیز مطالعات مشابه در کشورمان (۴۵/۷ درصد طبق گزارش طومیانس در سال ۱۳۷۸ (۱۹) و ۵۱/۸ درصد طبق گزارش کاربخش و صداقت (۲۰) در سال ۱۳۸۱، در مقایسه با

مطالعات جهانی، ضرورت بررسی‌های بیشتر و مداخلات اصولی در این زمینه را طلب می‌کند. قوی‌ترین متغیرهای موثر بر مطالعه (خشونت از طرف همسر - تحصیلات و شغل همسر) نشان می‌دهد که در جامعه مورد مطالعه، متغیرهای فرهنگی - اقتصادی و اجتماعی مرتبط با همسر در ایجاد افسردگی، به مراتب موثرتر از متغیرهای مرتبط با خود زنان می‌باشند که به نوبه خود می‌تواند نشان‌دهنده نقش برجسته مردان در سلامت روانی زنان باردار و در چارچوب خانواده باشد. بنابراین طراحی و ارائه برنامه‌های آموزشی برای همسران در زمینه آگاهی از تغییرات خلقی-روانی و جسمی دوران بارداری و ترغیب آنان برای توجه به نیازهای عاطفی و روانی همسرانشان در دوران بارداری، در کنار توانمندی سازی زنان و آگاه نمودن آنان از حقوق باروری، از طریق نهادهای ذیربط برای کاهش این معضل بهداشتی پیشنهاد می‌گردد.

جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه سنجش افسردگی بک و یک پرسشنامه طراحی شده بر اساس خصوصیات دموگرافیک گروه بررسی، تمایلات و نگرش آنها نسبت به بعضی عرصه‌های بهداشت باروری و مؤلفه‌هایی نظیر وفاق خانواده و روابط جنسی و جنسیتی صورت گرفته است.

داده‌ها با استفاده از آنالیز تک متغیره و مدل رگرسیون لجستیک چندگانه گام به گام، مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه ۴/۴۹ درصد زنان باردار افسرده و ۶/۵۰ درصد سالم و طبیعی شناخته شدند. میانگین نمره افسردگی بک در جمعیت مورد مطالعه ۱۱/۴۳ با انحراف معیار ۷/۵۷ می‌باشد. یافته‌ها حاکی از آن است که متغیرهای مرتبط با سطح تحصیلات و شغل شوهران و نیز خشونت فیزیکی و جنسی اعمال شده از سوی آنان در بروز افسردگی به مراتب مؤثرتر از متغیرهای دموگرافیک و نگرشی زنان باردار در این خصوص می‌باشند.

این مسأله به طور پیدا و پنهان به نقش مؤثر و محوری مردان در ساختار خانواده، چارچوب مردسالارانه خانواده و وابستگی زنان به مردان در ابعاد اقتصادی - فرهنگی، اجتماعی - روانی دلالت دارد.

تشکر و قدردانی

از مادران و بانوانی که با مشارکت صمیمانه خود انجام این پژوهش را ممکن نمودند و نیز از مدیریت پرستاری و مددکاری بیمارستان میرزا کوچک خان دانشگاه علوم پزشکی

References

- 1) Oakley Browne MA, Joyce PR, Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR. Disruptions in childhood parental care as risk factors for major depression in adult women. *Aust N Z J Psychiatry*. 1995; 29(3):437-48.
- 2) Leung WC, Kung F, Lam J, Leung TW, Ho PC. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002; 79(2):159-66.
- 3) Cook RJ. Women's health and human rights. World Health Organization. Geneva. 1994.
- 4) Kendell RE, Wainwright S, Hailey A, Shannon B. The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychol Med*. 1976; 6(2):297-302.
- 5) Pitt B. Atypical depression following childbirth. *Br J Psychiatry*. 1968; 114(516):1325-35.
- 6) Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001; 323(7307):257-60.
- 7) Sheehan DV. Diagnosis and psychiatry: examination of the psychiatric patient. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive text-book of psychiatry*. Baltimore. Williams & Wilkins. 1989; PP: 534-45.
- 8) Zimmer-Gembeck MJ, Helfand M. Low birthweight in a public prenatal care program: behavioral and psychosocial risk factors and psychosocial intervention. *Soc Sci Med*. 1996; 43(2):187-97.
- 9) Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58 Suppl 15:26-32.
- 10) Holcomb WL Jr, Stone LS, Lustman PJ, Gavard JA, Mostello DJ. Screening for depression in pregnancy: characteristics of the Beck Depression Inventory. *Obstet Gynecol*. 1996; 88(6):1021-5.
- 11) Field T. Maternal depression effects on infants and early interventions. *Prev Med*. 1998; 27(2):200-3.
- 12) Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2000; 95(4):487-90.
- 13) Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002; 359(9314):1331-6.
- 14) Rahman A, Harrington R, Bunn J. Can maternal depression increase infant risk of illness and growth impairment in developing countries? *Child Care Health Dev*. 2002; 28(1):51-6.
- 15) Zeitlin D, Dhanjal T, Colmsee M. Maternal- Foetal bonding: the impact of domestic violence on the bonding process between a mother and child. *Archives of Women's Mental Health*. 1999; 2(4): 183-189.
- 16) Devilly GJ. Assessment Devices. Retrieved March 24, 2004, from Swinburne University, Clinical & Forensic Psychology Web site: <http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/assessment.html>
- 17) Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 2:29-33.
- 18) Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1995; 85(4):583-9.
- 19) طومیانس، ژانت. بررسی افسردگی زنان باردار. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. سال ۱۳۷۸. صفحه ۳۱.
- 20) کاربخش، م. صداقت، م. افسردگی حین بارداری، لزوم ادغام بیماریابی در مراقبت های خانمهای باردار. فصلنامه پایش. سال اول. شماره دوم. پاییز ۱۳۸۱. صفحات ۷۴ تا ۸۱.
- 21) Cox JL, Connor YM, Henderson I, McGuire RJ, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth by self report questionnaire. *J Affect Disord*. 1983; 5(1):1-7.
- 22) Zimmer-Gembeck MJ, Helfand M. Low birthweight in a public prenatal care program: behavioral and psychosocial risk factors and psychosocial intervention. *Soc Sci Med*. 1996; 43(2):187-97.
- 23) Kumar R. Motherhood & mental illness: the role of the midwife in prevention & treatment. *Midwives Chron*. 1984; 97(1154):70-4.
- 24) Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br J Psychiatry*. 1982; 140:111-7.
- 25) Kitamura T, Sugawara M, Sugawara K, Toda MA, Shima S. Psychosocial study of depression in early pregnancy. *Br J Psychiatry*. 1996; 168(6):732-8.
- 26) Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ*. 1996; 154(6):785-99.
- 27) Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol*. 1989; 160(5 Pt 1):1107-11.
- 28) Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Heinen AG, Dekker GA, van Geijn HP. Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy-related complaints. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996; 17(2):93-102.
- 29) Baker D, Taylor H. The relationship between condition-specific morbidity, social support and material deprivation in pregnancy and early motherhood. ALSPAC Survey Team. *Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood*. *Soc Sci Med*. 1997; 45(9):1325-36.
- 30) Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Clinical and psychosocial correlates of antenatal depression: a review. *Psychother Psychosom*. 1996; 65(3):117-23.
- 31) Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Eighth Ed. Baltimore. Williams & Wilkins. 1998; PP: 667-8.
- 32) Sugawara M, Toda MA, Shima S, Mukai T, Sakakura K, Kitamura T. Premenstrual mood changes and maternal mental health in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychol*. Willams & Wilkins. 1997; 53(3):225-32.
- 33) Baker D, Taylor H. The relationship between condition-specific morbidity, social support and material deprivation in pregnancy and early motherhood. ALSPAC Survey Team. *Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood*. *Soc Sci Med*. 1997; 45(9):1325-36.
- 34) Thompson J, Canterino JC, Feld SM, Stumpf PG, Kuo Y, Harrigan JT. Risk factors for domestic violence in pregnant women. *Prim. Care Update Ob Gyns*. 2000; 7(4):138-141.
- ۳۵) دجوفی، آ. کارنت زنان. چاپ سوم. جلد دوم. ترجمه دکتر نادر قطبی. نشر تیمورزاده. سال ۱۳۷۷. صفحه ۴۵۹.