

بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با افسردگی بعد از زایمان در زنان

مبتلا به پره اکلامپسی

زهرا عابدیان^۱، نرگس سلطانی^{۲*}، دکتر نغمه مخبر^۳، دکتر حبیب الله اسماعیلی^۴

۱. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۳. دانشیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۹

خلاصه

مقدمه: افسردگی، مهم ترین اختلال خلقی پس از زایمان است. حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل خطر برای افسردگی پس از زایمان شناخته شده است. از آنجایی که زنان مبتلا به پره اکلامپسی با شکایات غیر قابل انتظار در حول و حوش زایمان مواجه هستند، به حمایت بیشتری نیاز دارند، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی با افسردگی بعد از زایمان در مبتلایان به پره اکلامپسی انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۲۲ زن مبتلا به پره اکلامپسی بستری در زایشگاه بیمارستان های دولتی و تأمین اجتماعی مشهد انجام شد. پرسشنامه افسردگی بک II در هفته ۶ پس از زایمان و پرسشنامه حمایت اجتماعی در هفته ۲ و ۶ پس از زایمان تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و کروسکال والیس انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمره حمایت اجتماعی در هفته دوم بعد از زایمان $34/1 \pm 1/39$ و در هفته ۶ بعد از زایمان $23/3 \pm 1/04$ بود. بین حمایت اجتماعی هفته ۲ با حمایت اجتماعی هفته ۶ بعد از زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/001$). میانگین نمره افسردگی $11/1 \pm 5/5$ بود. بین حمایت اجتماعی هفته ۲ ($p=0/01$) و هفته ۶ ($p=0/02$) بعد از زایمان با افسردگی هفته ۶ بعد از زایمان، ارتباط مثبت و معنی داری وجود داشت. **نتیجه گیری:** بین حمایت اجتماعی و افسردگی بعد از زایمان همبستگی مثبت وجود داشت. با افزایش میزان نمره حمایت اجتماعی بعد از زایمان میزان افسردگی افزایش می یافت.

کلمات کلیدی: افسردگی، پره اکلامپسی، پس از زایمان، حمایت اجتماعی

* نویسنده مسئول مکاتبات: نرگس سلطانی؛ دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۹۰۸۵۴۸۸ ؛ پست الکترونیک: Soltani.n@bums.ac.ir

مقدمه

دوره پس از زایمان همانند دوران بارداری، با برخی تغییرات روانی و جسمانی در مادران همراه است. مادران در این دوره، طیفی از اختلال های روانی (از بسیار خفیف تا شدید روانی را تجربه می کنند. یکی از اختلال های روانی که در دوره پس از زایمان توسط برخی از مادران تجربه می شود، اختلال افسردگی پس از زایمان است (۱). در دوره پس از زایمان احتمال بروز اختلالات خلقی بیشتر شده؛ به گونه ای که ۵۰٪ زنان طی دو هفته اول و ۲۰-۱۰ درصد طی ۲ ماه اول پس از زایمان غم، اندوه و افسردگی را تجربه می کنند (۶-۲). افسردگی پس از زایمان با احساس غمگینی، عدم درک لذت، تحریک پذیری، عصبانیت و کاهش اعتماد به نفس مشخص می شود. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعات انجام شده در جهان بین ۶۰-۰ درصد و در ایران بین ۴۰-۱۶ درصد گزارش شده است. زایمان، تأثیر منفی چشمگیری بر تمام ابعاد کیفیت زندگی مادر دارد. ادامه اختلال و عدم تشخیص به موقع آن منجر به تطابق غیر مؤثر مادر با کودک، همسر و خانواده و در نتیجه عدم توانایی انجام وظایف مادری و همسری و در صورت تشدید، منجر به تراژدی خودکشی مادر و یا فرزندکشی می شود (۷).

اختلالات افسردگی علاوه بر هزینه مستقیم برای سیستم خدمات بهداشتی، هزینه های غیر مستقیم بیشتری به دلیل ناتوانی در انجام کار ایجاد می کنند. در ایالات متحده آمریکا سالانه ۵۰-۳۰ بلیون دلار صرف هزینه های پزشکی درمان افسردگی می شود (۸). بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، این اختلال دومین عامل منجر به بار جهانی بیماری در سال ۲۰۲۰ میلادی خواهد شد (۸، ۹).

نظریات متعددی در مورد عوامل مؤثر در ایجاد افسردگی پس از زایمان ارائه شده است. بر اساس این نظریات عوامل زیستی، روانی-اجتماعی و فرهنگی در ایجاد افسردگی پس از زایمان دخالت دارند. عوامل روانی-اجتماعی که بر آسیب پذیری زنان در ایجاد اختلال افسردگی پس از زایمان مؤثرند شامل: ویژگی های شخصیتی، سبک های سازگاری، حوادث استرس

زای زندگی در طول بارداری و نزدیک به زمان زایمان، عدم رضایت از ازدواج و ناکافی بودن حمایت اجتماعی می باشند (۱۰).

حمایت اجتماعی عبارت از کسب اطلاعات، دریافت کمک های مادی، دریافت توصیه های بهداشتی و دریافت حمایت عاطفی از طرف افرادی که فرد به آن ها علاقمند است و یا از طرف شبکه اجتماعی فرد مانند همسر، بستگان، دوستان و پرسنل بهداشتی است (۱)، (۱۱)

مطالعات گذشته نشان داده اند که فقدان حمایت اجتماعی، یک عامل خطر مهم برای افسردگی پس از زایمان است. در حالی که پیوند های اجتماعی قوی، به عنوان یک حفاظ در مقابل افسردگی در طول بارداری و پس از زایمان عمل می کنند (۱، ۱۲).

مشکلات ناشی از بارداری یکی از چهار عامل اصلی در بارداری شامل کاهش حمایت، تاریخچه قبلی افسردگی، مشکلات مامایی و نوزادی و حوادث استرس آور زندگی منجر به افسردگی پس از زایمان می شود (۱۳). در این بین پره اکلامپسی، یک عارضه مهم در بارداری است. اگرچه اتیولوژی این عارضه ناشناخته است، ولی عوامل روانی و عوامل مرتبط با سیستم عصبی در آن دخیل هستند (۱۴) و در ۲ تا ۴/۵ درصد از بارداری ها رخ می دهد (۱۵). مطالعه حبلی و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد در زنان با سابقه سندرم هلپ، ۳۲٪ افسردگی در بارداری بعدی مشاهده می شود (۱۶). بعد از زایمان علائم پره اکلامپسی مانند فشارخون و پروتئینوری برطرف می شوند اما زنان مبتلا به پره اکلامپسی نسبت به زنان با بارداری طبیعی، اختلالات خلقی بیشتری را پس از زایمان تجربه می کنند (۱۷). شواهدی وجود دارد که افسردگی، یک عامل خطر مستقل برای بیماری های قلبی-عروقی و احتمالاً برای پره اکلامپسی است (۱۸).

علی رغم ارتباط قوی بین استرس و افسردگی، تنها حدود ۵۰-۲۰ درصد از افرادی که استرس و افسردگی شدیدی را تجربه می کنند، دچار افسردگی می شوند. به نظر می رسد حمایت اجتماعی، افراد را برای افسردگی آسیب پذیر می سازد (۱۹). بیماری مادر و

شکایات غیر قابل انتظار حول و حوش زایمان، در مجموع باعث صدمه جسمی و روانی به مادر می شود (۲۰) و این مشکلات احتمالاً در زنان دچار مشکلات مامایی از جمله پره اکلامپسی شایع تر است (۳). از طرف دیگر، زنانی که استرس اضافی در بارداری و یا پس از تولد نوزاد دریافت کرده اند، به حمایت بیشتری نیاز دارند (۲۰). از آنجایی که زنان مبتلا به پره اکلامپسی علاوه بر مشکلات زایمان، استرس اضافی ناشی از افزایش فشار خون در بارداری و یا مشکلات نوزادی پس از تولد نوزاد دارند و به حمایت بیشتری نیاز دارند، مطالعه حاضر با هدف تعیین بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با افسردگی بعد از زایمان در مبتلایان به پره اکلامپسی انجام شد.

روش کار

این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۲۲ زن مبتلا به پره اکلامپسی در زایشگاه بخش زنان و مامایی بیمارستان های امام رضا (ع)، قائم (عج) و ام البنین (س) و تأمین اجتماعی مشهد انجام شد. واحد های پژوهش زنان باردار ۳۷ هفته مبتلا به پره اکلامپسی خفیف و شدید بودند که بر اساس طبقه بندی کالج آمریکایی زنان و مامایی آمریکا (ACOG)^۱ (۲۱) یک هفته از تشخیص پره اکلامپسی آن ها می گذشت و جهت کنترل فشار خون و یا ختم بارداری در زایشگاه و یا بخش مامایی بیمارستان های محیط پژوهش از ۱۳ خرداد ۱۳۹۱ تا ۱۵ شهریور ۱۳۹۱ و از ابتدای تیر ماه ۱۳۹۲ لغایت ۲۰ مهر ماه ۱۳۹۲ بستری بودند. حجم نمونه با استفاده از مطالعه پایلوت و با توجه به ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی در هفته ۲ و ۶ با افسردگی بعد از زایمان با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۱۰۰ نفر به دست آمد که با احتساب ۲۰٪ ریزش نمونه، ۱۲۰ نفر برآورد شد و در نهایت تجزیه و تحلیل داده ها بر روی ۱۲۲ زن باردار که پرسشنامه ها را در زمان بستری، ۲۴ ساعت پس از زایمان و هفته ۲ و ۶ پس از زایمان تکمیل کردند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: حاملگی ترم، سن بالای ۱۸ سال و

بارداری تک قلو بود. در صورت مرگ نوزاد در دوران پری ناتال، بستری نوزاد در NICU بیش از ۲۴ ساعت، وجود حادثه استرس آور در طول مطالعه و تولد نوزاد به ظاهر ناسالم، سابقه بیماری روانی، وجود حادثه استرس زا در طول بارداری، سابقه نازایی و در صورت مشکلات بارداری غیر از پره اکلامپسی، واحد های پژوهش از مطالعه خارج می شدند. در این مطالعه نمونه گیری به صورت غیر احتمالی و در دسترس انجام شد؛ به این ترتیب که پژوهشگر و یا همکار او هر روز صبح به زایشگاه های محیط پژوهش مراجعه و زنان مبتلا به پره اکلامپسی که در زایشگاه بستری بودند و یا در طی ۲۴ ساعت قبل بستری شده و جهت کنترل فشار خون به بخش مامایی منتقل شده بودند را در دفتر زایشگاه شناسایی می کرد و در صورت کسب معیارهای ورود و خروج و دریافت رضایت نامه واحدهای پژوهش در بدو ورود به مطالعه، واحد های پژوهش پرسشنامه اطلاعات فردی را تکمیل می کردند. در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان، فرم اطلاعات مادر و نوزاد، در هفته دوم پس از زایمان، پرسشنامه حمایت اجتماعی پس از زایمان و در هفته ۶ پس از زایمان، پرسشنامه حمایت اجتماعی پس از زایمان و افسردگی بک II تکمیل شد. مشخصات فردی شامل سؤالاتی در مورد مشخصات فردی، اطلاعات مربوط به بارداری و فرم اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد در ۲۴ ساعت اول بود که شامل سؤالاتی نظیر نوع زایمان، نمره درد زمان بستری و انتقال نوزاد به بخش مراقبت های ویژه نوزادان بود که روایی آن به روش روایی محتوا تعیین شد. پرسشنامه افسردگی بک II نیز نوع بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است و با ملاک های افسردگی در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)^۲ منطبق شده است و شامل ۲۱ سؤال است که پاسخ ها بین ۰-۳ نمره گذاری می شوند. کمترین امتیاز صفر و بیش ترین امتیاز ۶۳ است و به افسردگی جزئی (۱۳-۰)، افسردگی خفیف (۱۹-۱۴)، متوسط (۲۸-۲۰) و شدید (۶۳-۲۹) تقسیم بندی می شود. پایایی این پرسشنامه در ایران توسط کارجو کسمائی در سال ۱۳۹۲ تأیید

^۲ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition

^۱ American College of Obstetrics and Gynecology

شده است (۲۱). ابزار حمایت اجتماعی پس از زایمان، یک ابزار پژوهشگر ساخته و خلاصه شده ابزار هاپکینز (۲۰۰۸) و مشتمل بر ۲۰ سؤال می باشد که سؤالات بر اساس مقیاس ۵ نقطه ای لیکرت به صورت هرگز (۰)، به ندرت (۱)، معمولاً (۲)، بیشتر اوقات (۳) و همیشه (۴) طبقه بندی می شوند. نمره کل پرسشنامه بین ۰ تا ۸۰ است که نمرات بالاتر، نشان دهنده حمایت بیشتر می باشد. روایی این ابزار به روش روایی محتوا تعیین شد. این ابزار پس از طراحی، جهت ارزیابی در اختیار ۱۰ تن از صاحب نظران و اساتید دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۴) روانپزشک و ۶ هیئت علمی گروه مامایی) قرار گرفت و پس از لحاظ کردن اصلاحات لازم، در مطالعه استفاده شد. پایایی این ابزار نیز از طریق آلفای کرونباخ بر روی ۱۰ نفر با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ تعیین شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و کروسکال والیس انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش $27/21 \pm 6/2$ سال بود. سطح تحصیلات اکثر واحدهای پژوهش در حد دیپلم (۲۹/۵٪) و سپس راهنمایی (۲۳/۸٪) بود. تحصیلات همسران اکثر واحدهای پژوهش نیز در حد دیپلم و ابتدایی (۳۰/۳٪) بود. اکثر واحدهای پژوهش خانه دار (۷۴/۶٪) و شغل همسر اکثر آن ها آزاد (۸۲٪) بود. میانگین درآمد ماهیانه خانواده 532010 ± 248490 تومان بود. بیش از نیمی از واحدهای پژوهش (۵۱/۶٪) نخست باردار بودند. میانگین تعداد فرزند زنده در واحدهای پژوهش که چندزا بودند $1/2 \pm 0/81$ نفر بود. اکثر واحدهای پژوهش (۷۸٪) ۹۶ نفر با آمادگی قبلی و خواسته باردار شده بودند. اکثر افراد (۷۹/۵٪) ۹۷ نفر به طور منظم (تعداد ۵ مراقبت در طول بارداری) جهت مراقبت های دوران بارداری به مراکز ارائه دهنده مراقبت های دوران بارداری مراجعه کرده و تحت مراقبت قرار داشتند. ۱۱۰ نفر (۹۰/۲٪) از افراد در کلاس های آمادگی زایمان شرکت نکرده بودند. بیش

ترین واحد مراقبتی که واحد های پژوهش جهت مراقبت شرکت کرده بودند مراکز بهداشتی درمانی (۵۱/۶٪، ۶۳ نفر) بود و ۳۴ نفر (۲۷/۹٪) همزمان به مراکز بهداشتی و پزشک مراجعه می کردند. میانگین سن بارداری $1/07 \pm 37/9$ هفته، مدت لیبر $3/6 \pm 7/2$ ساعت، میانگین نمره درد در زمان بستری بر اساس مقیاس دیداری درد $2/9 \pm 4/7$ ، میانگین نمره درد زمان زایمان بر اساس مقیاس دیداری درد $2/9 \pm 4/7$ و میانگین نمره خستگی پس از زایمان بر اساس مقیاس دیداری خستگی $2/3 \pm 5/8$ بود. نوع زایمان اکثر واحدهای پژوهش ۷۰ نفر (۵۷/۵٪) زایمان طبیعی بود (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب نوع

زایمان		
نوع زایمان	تعداد	درصد
زایمان طبیعی	۷۰	۵۷/۴
سزارین انتخابی	۹	۷/۴
سزارین اورژانس	۴۳	۳۵/۲
کل	۱۲۲	۱۰۰/۰

جنس نوزاد اکثر واحدهای پژوهش (۵۱/۶٪) پسر بود. میانگین وزن نوزادان در هنگام تولد 2950 ± 47 گرم، آپگار دقیقه اول $8/3 \pm 0/95$ و آپگار دقیقه پنجم نوزادان $9/1 \pm 0/73$ بود. ۲۷ نوزاد به NICU منتقل و میانگین مدت بستری در NICU، $14/4 \pm 9/5$ ساعت بود. ۶۹ نفر (۵۶/۶٪) از واحدهای پژوهش پره اکلامپسی شدید و ۵۳ نفر (۴۳/۴٪) پره اکلامپسی خفیف داشتند. بیش ترین حمایت در لیبر و زایمان از طرف ماما (۴۴/۳٪) ارائه شده بود. طی دو هفته اول بعد از زایمان بیش ترین حمایت (۷۷ نفر، ۶۳/۱٪) به زائو از طرف مادران زائو ارائه شده بود.

میانگین نمره حمایت اجتماعی هفته دو بعد از زایمان $1/39 \pm 34/1$ ، میانگین نمره حمایت اجتماعی هفته ۶ بعد از زایمان $1/04 \pm 23/3$ و میانگین نمره افسردگی $11/1 \pm 5/5$ بود.

بر اساس نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف، داده های مربوط به افسردگی از توزیع نرمال برخوردار نبودند، لذا پس از تبدیل لگاریتمی، همبستگی بین نمره حمایت

اجتماعی و افسردگی با استفاده از تست ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، بین سن بارداری، آپگار دقیقه پنجم، مدت بستری نوزاد در NICU، نمره خستگی مادر بعد از زایمان و روزهای کمک به مادر بعد از

زایمان با میانگین نمره افسردگی هفته ۶ بعد از زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت، اما بین میانگین نمره افسردگی با آپگار دقیقه اول، نمره درد مادر در زمان بستری، نمره درد زمان زایمان و مدت لیبر ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (جدول ۲).

جدول ۲- ضریب همبستگی سن بارداری، نمرات آپگار دقیقه اول و پنجم، طول مدت بستری نوزاد در NICU، نمره درد بستری و لیبر و خستگی، مدت لیبر و روزهای کمک با میانگین نمره افسردگی بعد از زایمان

متغیرها	ضریب همبستگی پیرسون	P value
سن بارداری	$r = -0/08$	$p = 0/356$
آپگار دقیقه اول	$r = 0/19$	$* p = 0/02$
آپگار دقیقه پنجم	$r = 0/11$	$p = 0/206$
مدت بستری نوزاد در NICU	$r = 0/34$	$p = 0/08$
نمره درد مادر در زمان بستری	$r = 0/23$	$* p = 0/01$
نمره درد مادر در زمان لیبر	$r = 0/34$	$* p = 0/03$
نمره خستگی مادر بعد از زایمان	$r = -0/061$	$p = 0/504$
مدت لیبر	$r = 0/28$	$* p = 0/01$
روزهای کمک به مادر بعد از زایمان	$r = -0/085$	$p = 0/351$

بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، بین حمایت اجتماعی هفته ۲ با حمایت اجتماعی هفته ۶ پس از زایمان ($r = 0/88$ ، $p = 0/001$) و همچنین بین حمایت اجتماعی هفته ۲ و هفته ۶ بعد از زایمان با افسردگی هفته ۶ بعد از زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (جدول ۴).

بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس بین مدت بستری نوزاد در NICU و شدت افسردگی بعد از زایمان اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($p = 0/022$). همچنین بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس، بین نوع زایمان ($p = 0/152$)، جنس نوزاد ($p = 0/551$) و شدت پره اکلامپسی ($p = 0/911$) با میانگین نمره افسردگی بعد از زایمان اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت (جدول ۳).

جدول ۳- ارتباط بین نوع زایمان، جنس نوزاد و شدت پره اکلامپسی با افسردگی بعد از زایمان

متغیر	افسردگی بعد از زایمان			
	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	تعداد
نوع زایمان	طبیعی	۱۱/۳±۶/۰۳	۴	۷۰
	سزارین انتخابی	۸/۱±۳/۵	۴	۹
	سزارین اورژانس	۱۱/۵±۵/۰۳	۲	۴۳
جنس نوزاد	دختر	۱۱/۲±۵/۲	۲	۵۹
	پسر	۱۱/۰۹±۵/۸	۳	۶۳
شدت پره اکلامپسی	خفیف	۱۱/۱±۵/۵	۲	۵۳
	شدید	۱۱/۱±۵/۶	۳	۶۹

*آزمون کروسکال والیس

جدول ۳- ضریب همبستگی حمایت اجتماعی هفته ۲ هفته ۶ بعد از زایمان با میانگین نمره افسردگی بعد از زایمان

میانگین نمره افسردگی بعد از زایمان		متغیرها
سطح معنی داری * p = ۰/۰۱	ضریب همبستگی پیرسون r = ۰/۲۲	حمایت اجتماعی هفته ۲
* p = ۰/۰۲	r = ۰/۲۰۹	حمایت اجتماعی هفته ۶

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان در مبتلایان به پره اکلامپسی انجام شد.

افسردگی پس از زایمان یکی از مهم ترین مشکلاتی است که زندگی مادر، نوزاد و خانواده را تهدید می کند. در این مطالعه میانگین نمره افسردگی هفته ۶ پس از زایمان $11/1 \pm 5/5$ بود. مطالعه ای که شیوع افسردگی پس از زایمان را به دنبال پره اکلامپسی بررسی کند، یافت نشد. البته در مطالعه رحمانی و همکاران (۲۰۱۱) شیوع افسردگی به دنبال فشار خون $21/3\%$ بود، ولی از آنجایی که ابزار مورد استفاده در این مطالعه متفاوت با ابزار مطالعه حاضر بود، قابل قیاس با مطالعه حاضر نبود (۱۱). در مطالعه بهرامی و همکاران (۲۰۱۰) میانگین افسردگی در ۴-۶ هفته پس از زایمان $7/9 \pm 4/4$ در مطالعه صحتی و همکاران (۲۰۰۹) میانگین افسردگی در ۲ ماه پس از زایمان $10/8 \pm 5/5$ و در مطالعه یاگمار و همکار (۲۰۱۰)، $8/3 \pm 5/6$ بود که کمتر از مطالعه حاضر بود (۲۶-۲۴). تفاوت مشاهده شده می تواند ناشی از تفاوت در ابزار و زمان سنجش افسردگی و از همه مهم تر به دلیل تفاوت در جامعه پژوهش باشد، زیرا در مطالعه حاضر افسردگی در زنان مبتلا به پره اکلامپسی بررسی شد که علاوه بر زایمان، استرس اضافی دیگری نیز داشتند. بیماری مادر، شکایات غیر قابل انتظار حول و حوش زایمان، نیاز به درمان های طولانی مدت و نیاز به بستری شدن های طولانی مدت، در مجموع باعث صدمه جسمی و روانی به مادر می شود، بنابراین انتظار بالاتر بودن میانگین افسردگی پس از زایمان در مطالعه حاضر نسبت به مطالعه بهرامی، صحتی و یاگمار قابل توجیه است.

برخلاف نتایج اکثر مطالعات، در مطالعه حاضر بین حمایت اجتماعی هفته ۲ و حمایت اجتماعی هفته ۶ پس از زایمان با میانگین افسردگی بعد از زایمان ارتباط

آماری مثبت و معنی دار در حد پایینی وجود داشت؛ به گونه ای که با افزایش میزان حمایت، میزان افسردگی نیز افزایش داشت. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه چن و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی نداشت (۲۰۱۳). تفاوت مشاهده شده می تواند ناشی از تفاوت در جامعه پژوهش باشد. واحدهای پژوهش در مطالعه چن، مهاجرینی بودند که در تایوان سکنی داشتند و از نظر فرهنگی با افراد محلی در تایوان متفاوت بودند. همچنین افرادی که نگرش اجتماعی بهتری داشتند، میزان افسردگی در آنها کمتر بود. لذا نگرش مثبت اجتماعی، اثر واسطه ای بر حمایت اجتماعی و کاهش میزان افسردگی داشت. اما جامعه پژوهش در مطالعه حاضر زنان مبتلا به پره اکلامپسی، دارای فرهنگ یکسان که با مشکل مهم پره اکلامپسی که جان آنان را تهدید می کرد، بودند. همچنین در مطالعه حاضر، نگرش واحدهای پژوهش نسبت به حمایت دریافت شده مورد ارزیابی قرار نگرفت (۲۷). کیم و همکاران (۲۰۱۳) نیز رابطه حمایت اجتماعی دوران بارداری با افسردگی بعد از زایمان بین مادران نوجوان و مادران بالغ را ارزیابی کردند و نتیجه گرفتند که میزان حمایت دریافت شده بین نوجوانان و بالغین متفاوت است، اما بین حمایت و افسردگی بعد از زایمان بین دو گروه تفاوتی وجود ندارد و با افزایش میزان حمایت، میزان افسردگی کاهش می یابد (۲۸). علت تفاوت در نتایج مطالعه حاضر با مطالعه کیم می تواند مربوط به جامعه پژوهش، سطح تحصیلات و سن واحدهای پژوهش باشد. سن و سطح تحصیلات واحدهای پژوهش در مطالعه حاضر بیشتر بود. در مطالعه کیم، سن مهم ترین پیش بینی کننده افسردگی بود. به علاوه در مطالعه کیم واحدهای پژوهش که اطلاعات کافی در زمینه افسردگی بعد از زایمان دریافت کرده بودند، میزان افسردگی کمتری داشتند. در حالی که مادران مطالعه حاضر علاوه بر ابتلاء به پره اکلامپسی که برای

مادر مخاطره آمیز و استرس زا است، اطلاعاتی نیز در زمینه عوارض بعد از زایمان دریافت نکردند. لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر بیشترین حمایت از طرف مادران واحدهای پژوهش بود، لذا علی رغم دریافت حمایت می توان احتمال داد که نه تنها واحد پژوهش، بلکه فرد حمایت کننده نیز اطلاعات کافی راجع به افسردگی بعد از زایمان نداشته است (۲۸). نتایج مطالعه حاضر با مطالعه هایکینز و همکار (۲۰۰۸) همخوانی نداشت. مطالعه آنان نشان داد زنانی که حمایت کمتری از طرف همسر دریافت می کنند، میزان افسردگی بیشتری دارند (۲۹). حمایت اجتماعی، یک مفهوم چند بُعدی است که ممکن است تحت تأثیر زمان و مسائل فرهنگی محیطی قرار گیرد. فاکتورهای متعددی از جمله قلدری و فشار همزمان از طرف دیگران حتی در صورت دریافت سطح بالای حمایت می تواند عامل خطری برای افسردگی باشد (۲۸). در مطالعه حاضر اکثر مادران از زائو مراقبت می کردند، لذا مسائل ارتباطی بین همسران و مادران زائو، احتمال ایجاد جو نامناسب را به دنبال داشت که با افزایش حمایت، میزان افسردگی نیز افزایش داشت.

سزارین اورژانس به دلیل غیرقابل پیش بینی بودن و عدم آمادگی روحی فرد می تواند با افسردگی پس از زایمان مرتبط باشد، ولی در مطالعه حاضر بین نوع زایمان با میانگین نمره افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری وجود نداشت. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه نیک پور و همکاران (۲۰۱۲)، حسینی و همکاران (۲۰۰۸) و یاگمار و همکار (۲۰۱۰) همخوانی داشت (۷، ۹، ۲۶) ولی با مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۰۶) در رابطه با نوع زایمان و ارتباط آن با افسردگی پس از زایمان همخوانی نداشت (۳۰).

در مطالعه حاضر بین آپگار دقیقه اول نوزاد با افسردگی ارتباط وجود داشت. همچنین با افزایش مدت بستری نوزاد در NICU، شدت افسردگی بعد از زایمان افزایش داشت. مطالعه ای که به بررسی آپگار و ارتباط مدت بستری نوزاد با افسردگی بعد از زایمان پرداخته باشد، در دسترس پژوهشگر قرار نگرفت. علی رغم اینکه در مطالعه حاضر مادران دارای خطر وارد مطالعه شده و

نوزادان با خطر بالای مرگ و میر (از جمله مدت بستری نوزاد در بیمارستان و بخش مراقبت های ویژه نوزادان (NICU) و همچنین نوزادان کم وزن) از مطالعه خارج شدند و نوزادان کم خطر و ترم که کمتر از ۲۴ ساعت در NICU بستری بودند و وزن نرمال داشتند، وارد مطالعه شدند، اما مدت بستری نوزاد در NICU با شدت افسردگی ارتباط داشت. همچنین آپگار دقیقه اول، روشی جهت ارزیابی سلامت نوزاد در لحظه های ابتدایی تولد است و تجویز سولفات منیزیم به مادران پره اکلامپسی می تواند نمره آپگار را تحت تأثیر قرار دهد. لذا انتظار می رود مادران در مورد وضعیت نوزاد استرس داشته باشند. هایکینز نیز گزارش کرد که ۱۷٪ واریانس افسردگی بعد از زایمان را عامل استرس زای مربوط به نوزاد تبیین می کند (۳۱).

در مطالعه حاضر همچنین بین نمره درد مادر در لیبر و زایمان در مادران با زایمان طبیعی و مدت لیبر با افسردگی بعد از زایمان ارتباط مثبت و معنی داری وجود داشت. مطالعه ای که به بررسی این متغیرها با افسردگی بعد از زایمان پرداخته باشد، در دسترس پژوهشگر قرار نگرفت. از آنجایی که حوادث استرس زای زندگی در طول بارداری و نزدیک به زمان زایمان (۱۰) می تواند از عوامل مؤثر بر افسردگی بعد از زایمان باشد، لذا شروع درد زایمان در مادران پره اکلامپسی در حول و حوش زایمان، یک عامل استرس زا محسوب شده و از این طریق با افسردگی بعد از زایمان ارتباط دارد.

از آنجایی که بر اساس نتایج مطالعات جوامع شرقی مانند هند و چین، نارضایتی از جنس نوزاد به خصوص زمانی که نوزاد دختر باشد، نقش مؤثری در ایجاد اختلالات روانی پس از زایمان دارد (۳۲)، ارتباط جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان نیز سنجیده شد. در مطالعه حاضر ارتباطی بین جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان وجود نداشت. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه یاگمار و همکار (۲۰۱۰) و دولتیان و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی داشت (۲۶، ۳۰)، ولی با مطالعه حسینی و همکاران (۲۰۰۸) از نظر ارتباط بین جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان همخوانی نداشت (۹). در

از نقاط ضعف مطالعه حاضر، نداشتن گروه کنترل بود. از نقاط قوت این مطالعه می توان به آینده نگر بودن مطالعه اشاره کرد. همچنین در این مطالعه سعی شد مادران بدون مشکلات مامایی به جزء پره اکلامپسی و بدون سابقه مشکلات روانشناختی وارد مطالعه شوند تا در نهایت، افسردگی به دنبال پره اکلامپسی که جان مادر را تهدید می کند نه افسردگی ناشی از مشکلات نوزادی به وجود آمده به دنبال پره اکلامپسی مانند نوزاد پره ترم، ارزیابی شود.

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر برخلاف نتایج اکثر مطالعات با افزایش میزان حمایت در دوره بعد از زایمان، میزان افسردگی افزایش داشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح پژوهشی به شماره قرارداد ۹۲۱۰۸۵ و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشت. بدین وسیله از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی مشهد تشکر و قدردانی می شود.

مطالعه حاضر چون اکثر واحدهای پژوهش نخست زا بودند، جنسیت نوزاد چندان برایشان فرقی نداشت، زیرا مادران نخست زا اولین بار است که صاحب فرزند می شوند و این احتمال که با بارداری بعدی، فرزندی با جنس مخالف فعلی داشته باشند، وجود دارد.

پره اکلامپسی با مشکلات حول و حوش زایمان همراه است. به علاوه مشکلات مامایی همراه با پره اکلامپسی باعث افسردگی پس از زایمان می شود (۳۳). دریافت حمایت اجتماعی متفاوت در دوره پس از زایمان نیز می تواند بر سلامت روان مادران مؤثر باشد (۳۴). در مطالعه حاضر معیارهای ورود به مطالعه شامل مادران مبتلا به پره اکلامپسی با کمترین مشکلات مامایی و بدون سابقه مشکلات روانشناختی بود. با توجه به اینکه بیش ترین فرد حمایت کننده بعد از زایمان مادر زائو بوده است و نیز همبستگی مثبت بین حمایت اجتماعی با افسردگی بعد از زایمان در مطالعه حاضر وجود داشت لذا، علیرغم حمایت مادر از زائو بعد از زایمان، عملکرد وی افسردگی را در زائو بدنبال داشته است. بنابراین، مداخله های رفتاری اجتماعی در جهت آموزش ارتباطات خویشاوندی به منظور ارائه حمایت اجتماعی مطلوب به زائو در جهت کاهش میزان افسردگی پس از زایمان ضروری به نظر می رسد.

منابع

- Masoudnia E. Relationship between Perceived Social Support and Risk of Postpartum Depression Disorder. *Iran Journal of Nursing (IJN)* 2011; 24(70):8-18.(Persian).
- Prife J, Magowan B. *Clinical obstetrics and gynecology*. Philadelphia: Saunders; 2004. P. 34.
- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York: The McGraw Hill Medical publishing; 2010.
- Fraser DM, Coope MA. *Myles textbook for midwifery*. 14th ed. London: Churchill Livingstone; 2003. P.653-661.
- Diane M, Cunnigham M, Jankowski K, Zayas L. Health related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol*; 2001; 97(6):988-93.
- Wong DL, Perry SE. *Maternal Child Nursing Care*. Boston: Mosby; 1998. P.502.
- Nikpoor M, Abedian Z, Mokhber N, Khaleghi Z, Bani Hussein SZ, Ebrahim Zadeh S. Relationship Between Delivery Method And Postpartum Depression. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 14(1):46-53.
- Salari P, Banafshe E, Hebrani P, Jabbari Nooghabi H. On the relationship between maternal fatigue and postpartum depression. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 11(4): 302-11.
- Hosseini H, Naghibi A.H, Khademloo M. Postpartum depression and its relationship with some related factors. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2008; 10(2):76-81.(Persian).
- Khodadady N, Mahmoodi H, Mir Haghjoo SN. Relationship of postpartum depression with Psychosocial effects of maternal. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2009; 2(8): 142-8. (Persian).
- Rahmani F, Seyed Fatemi N, Asadollahi M, Seyed Rasooli A. Predisposing factors for

- postpartum depression. *Iran Journal of Nursing* 2011;24(72): 78-87.(Persian).
13. Xie R, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SH. Prenatal Social Support, Postnatal Social Support, and Postpartum Depression. *Ann Epidemiol* 2009; 19(9): 637-43.
 14. Chaaya M, Campbell OMR, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health* 2002; 5(2): 65-72.
 15. 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.
 16. Palmsten K, Setoguchi S, Margulis AV, Patrick AR, Hernández-Díaz S. Elevated Risk of Preeclampsia in Pregnant Women With Depression: Depression or Antidepressants?. *Am J Epidemiol* 2012; 175(10):988-97.
 17. Habli M, Eftekhari N, Wiebracht E, Bombrys A, Khabbaz M, How H, et al. Long-term maternal and subsequent pregnancy outcomes 5 years after hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP) syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201(4): 385.e1-5.
 18. Brussé I, Duvékot J, Jongerling J, Steegers E, De Koning I. Impaired maternal cognitive functioning after pregnancies complicated by severe pre-eclampsia: a pilot case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87(4):408-12.
 19. Qiu CH, Sanchez SE, Lam N, Garcia P, Williams MA. Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study. *BMC Women's Health* 2007; 7:15.
 20. Ezzati A, Nouri R, Hasani J. Model between Social Support, Coping Strategies, Stigma and Depression in Infertile Women in Tehran. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013;16(45):20-8.(Persian).
 21. Pampus MGv, Wolf H, Schultz WCMW, Neeleman J, Aarnoudse JG. Posttraumatic Stress Disorder following Preeclampsia and HELLP Syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004; 25(3-4):183.
 22. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams Obstetrics*. 23rd Edition, New York: The Mc Graw Hill Medical; 2010.
 23. Morrell C, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A. Costs and benefits of community postnatal support workers: a randomized controlled trial. *Health Technol Assess* 2000; 4(6):1-100.
 24. Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric Properties of a Persian-Language Version of the Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II). *Depress Anxiety* 2005;21(4):185-92.
 25. Bahrami N, Araban, M, Bahrami S. The Impact of antenatal education on postpartum depression, Dezful, Iran. *Medical Journal Of Hormozgan University* 2010;13(4),276-283.
 26. Sehati Shafaei F, RanjbarKuchaksarayi F, Qujazadeh M, Mohamad Rezaei J. Evaluation of risk factors associated with postpartum depression. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2009;1(8): 54-61.(Persian).
 27. Yagmur Y, Uiuokoca N. Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *Int J Public Health* 2010; 55:543-9.
 28. Chen H- H, Hwang F-M, Tai C-J, Chien L-Y. The Interrelationships Among Acculturation, Social Support, and Postpartum Depression Symptoms Among Marriage-Based Immigrant Women in Taiwan: A Cohort Study. *J Immigr Minor Health* 2013; 15: 17-23.
 29. Kim .T HM, Connolly J A, Tamim H. The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14:162.
 30. Hopkins J, Campbell SB. Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. *Arch Womens Ment Health* 2008; 11(1):57-65.
 31. Dolatian M, Maziar P, AlaviMajd H, Yazdjerdi M. The relationship between mode of delivery with postpartum depression. *J Reprod Fertil* 2006;7(3):260-8.
 32. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. Role of infant-related stressors in postpartum depression. *J Abnorm Psychol* 1987; 96(3): 237-41..
 33. Goyal D, Murphy SO, Cohen J. Immigrant Asian Indian women and postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35(1): 98-104.
 34. Hoedjes M, Berks D, Vogel I, Franx A, Bangma M, Darlington AS, et al. Postpartum depression after mild and severe preeclampsia. *J Womens Health (Larchmt)* 2011; 20(10):1535-42.
 35. Clark Stacy L, Illinois C. The role of school, family, and peer support in moderating the relationship between stress and subjective well-being:an examination of gender differences among early adolescents living in an urban area[PhD thesis].Chicago:Loyola university chicaco;2008.