

بررسی شیوع اندوه و افسردگی پس از زایمان و ارتباط آنها با نشانگان پیش از قاعدگی در خانم‌های مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

راضیه باقرزاده^{1*}، نسرین زحمتکشان²، نیلوفر معتمد³، رزیتا خرم‌رودی¹، مهستی گنجو⁴

1. مربی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
2. مربی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
3. استادیار پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
4. مربی مدیریت بهداشت جامعه، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

تاریخ پذیرش مقاله: 1388/2/9

تاریخ دریافت: 1387/7/24

خلاصه

مقدمه: اندوه پس از زایمان، یک اختلال خلقی خفیف است که در صورت پیشرفت به سوی افسردگی پس از زایمان، می‌تواند تهدیدکننده حیات مادر و نوزاد باشد. از این رو، شناخت و پیش‌بینی این اختلالات می‌تواند گامی مهم برای کمک به مادران در دوران پس از زایمان باشد. مطالعه حاضر، به منظور بررسی شیوع اندوه و افسردگی پس از زایمان و ارتباط آن با نشانگان پیش از قاعدگی در خانم‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی - تحلیلی به منظور تعیین شیوع نشانگان پیش از قاعدگی، اندوه و افسردگی پس از زایمان و ارتباط آنها با یکدیگر، در خانم‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شد. تعداد 400 نفر که در سه ماهه اول حاملگی برای مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌گیری به روش آسان انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بود از: پرسشنامه دموگرافیک و دو پرسشنامه برای بررسی نشانگان پیش از قاعدگی، و اندوه و افسردگی پس از زایمان. پرسشنامه‌های دموگرافیک و بررسی نشانگان پیش از قاعدگی، در سه ماهه اول بارداری و پرسشنامه مربوط به اندوه و افسردگی پس از زایمان، در 10 روز اول بعد از زایمان تکمیل گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده پس از کدگذاری، با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی، تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: شیوع نشانگان پیش از قاعدگی، 35/3% و شیوع اندوه و افسردگی پس از زایمان، به ترتیب، 29 و 15/5 درصد بود. بین نشانگان پیش از قاعدگی و سن، سن ازدواج، شغل، تحصیلات، تعداد حاملگی، مصرف داروهای اعصاب و روان، و رضایت از زندگی زن‌اشویی، ارتباط آماری معنی‌دار دیده نشد. بین این نشانگان با تعداد زایمان ($p=0/023$) و وجود بیماری‌های ژنیکولوژیک ($p=0/013$) ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت. بین فاکتورهای ذکر شده با اندوه و افسردگی پس از زایمان، ارتباط آماری معنی‌داری دیده نشد. آزمون همبستگی پیرسون، ارتباط آماری مثبت و معنی‌دار را بین نمرات نشانگان پیش از قاعدگی با اندوه و افسردگی پس از زایمان نشان داد که آزمون مجذور کای نیز این ارتباط را تأیید نمود ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: نشانگان پیش از قاعدگی و اندوه پس از زایمان، در خانم‌های مورد بررسی، نسبتاً شایع بود. نشانگان پیش از قاعدگی می‌تواند یک فاکتور پیش‌بینی‌کننده برای اندوه و افسردگی پس از زایمان در این افراد باشد. توجه به تاریخچه نشانگان پیش از قاعدگی در خانم‌های باردار می‌تواند در شناخت افراد در معرض خطر اندوه و افسردگی پس از زایمان مفید واقع شود.

کلمات کلیدی: اندوه پس از زایمان؛ نشانگان پیش از قاعدگی؛ افسردگی پس از زایمان؛ ایران؛ بوشهر

* نویسنده مسئول مکاتبات: راضیه باقرزاده؛ بوشهر، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، دانشکده پرستاری و مامایی؛ تلفن و نمابر: 0771-2528498؛ پست

الکترونیک: raziehbagherzadeh@yahoo.com

مقدمه

گرچه بارداری و زایمان، وقایعی فیزیولوژیک و در اغلب موارد، خوشایند هستند؛ اما گاه با عوارضی همراه می‌شوند که می‌توانند در صورت عدم توجه، برای مادر خطرآفرین باشند. اندوه پس از زایمان، از جمله عوارضی است که ممکن است در دوران نفاس، مادران را درگیر کند. بسیاری از مادران، در روزهای اول بعد از زایمان دچار افت سطح عاطفه می‌شوند. نوع خفیف این حالت تحت عنوان Baby blues، با حالت‌های غمگینی یا گریه مشخص می‌شود (1). نوع شدیدتر این عارضه که خود را با خلق افسرده، افزایش اضطراب و بیخوابی نشان می‌دهد، افسردگی بعد از زایمان نامیده می‌شود (2). عوامل ایجادکننده اندوه پس از زایمان به درستی شناخته شده نیستند. اما در مورد علل احتمالی می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- احساس یأس در اثر ترس و تهییج که در اکثر زنان، طی حاملگی و زایمان بروز می‌کند؛
- ناراحتی ناشی از اوایل دوره نفاس؛
- خستگی حاصل از عدم خواب در طی لیبر و پس از زایمان؛
- اضطراب در مورد عدم توانایی برای مراقبت از نوزاد؛
- ترس از کاهش جذابیت بعد از زایمان؛
- همچنین دخالت عوامل هورمونی از جمله کاهش سطح اندورفین، استروژن و پروژسترون نیز در بروز این عارضه عنوان شده است (3و4).

پیش‌بینی اندوه پس از زایمان که گاهاً افسردگی را به دنبال دارد می‌تواند برای اتخاذ تدابیر مشاوره‌ای و برنامه‌ریزی طی حاملگی در جهت تعدیل این عارضه کمک‌کننده باشد. عقیده بر این است که تغییرات هورمونی که احتمالاً در ایجاد غمگینی پس از زایمان نقش دارند، مشابه همان تغییراتی است که در نشانگان (سندرم) پیش از قاعدگی نیز رخ می‌دهند (4). نشانگان پیش از قاعدگی را می‌توان به صورت عود دوره‌ای ترکیبی از تغییرات آزاردهنده فیزیکی، روانی یا رفتاری در خلال مرحله لوتئال سیکل قاعدگی تعریف نمود که عوامل متعددی در بروز آن دخالت دارند. سه فرضیه که بیش از همه به عنوان علل این عارضه مطرح شده‌اند، عبارتند از: نظریه هورمون‌های تخمدانی، هورمون‌های هیپوفیز و

نظریه روانی- اجتماعی. واکنش‌های پیچیده بین هورمون‌های تخمدانی، میانجی‌های سیستم عصبی مرکزی و سیستم عصبی خودکار می‌توانند این اختلال را ایجاد کنند. مثلاً گفته می‌شود نوسانات غلظت پلاسمایی استروژن و پروژسترون می‌تواند تغییرات خلقی را شعله‌ور کند (4و5). دو مطالعه در ایران، شیوع اندوه و افسردگی پس از زایمان را در شهرهای شیراز و رشت به ترتیب، 51/3 و 20 درصد ذکر نموده‌اند (7و6). در مطالعه‌ای که توسط Kosinska در سال 2007 در اسپانیا انجام شد، با پرکردن پرسشنامه ادینبرگ که مربوط به افسردگی پس از زایمان است، 38/4% از افراد مورد بررسی، نمره بیش از 10 را کسب نمودند (8). تحقیق Bloch و همکارانش در سال 2006 در فلسطین اشغالی، تغییرات خلقی شدید را در 7/3% افراد مورد بررسی نشان داد که حداکثر آن، 4 الی 6 روز پس از زایمان بود (9). عوامل دموگرافیک مرتبط با اندوه و افسردگی پس از زایمان در مطالعات مختلف، متعدد و گاه متناقض است. به عنوان مثال، Johnstone و همکارانش، چندزایی را با اختلالات خلقی بعد از زایمان در ارتباط دانستند (10)؛ ولی در ایران، مصلی‌نژاد و نجفی به این ارتباط دست نیافتند. همچنین، در مطالعه این دو محقق، در مورد رابطه سن با این اختلالات، دو نتیجه متفاوت به دست آمد (7و6). در مطالعه Bloch و همکارانش، عوامل خطر مرتبط با غم پس از زایمان شامل تاریخچه نشانگان پیش از قاعدگی، تنش‌های مربوط به بلوغ، تغییرات خلقی در اثر مصرف قرص‌های جلوگیری از بارداری، تغییرات در سه ماهه سوم بارداری، افسردگی پس از زایمان، اختلالات روانی نیازمند درمان و تاریخچه فامیلی از بیماری بود (9). در حالی که مطالعه Haywood، بین نشانگان پیش از قاعدگی با اندوه و افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌دار نشان نداد (11). با توجه به شایع بودن اندوه پس از زایمان و اینکه این عارضه می‌تواند در نهایت، افسردگی پس از زایمان را به دنبال داشته باشد که گاهاً منجر به خودکشی یا کشتن نوزاد توسط مادر می‌گردد (12)، تعیین عواملی که بتوانند در پیش‌بینی و شناسایی این عارضه کمک‌کننده باشد، حائز اهمیت بوده و می‌تواند به عنوان گامی مؤثر در جهت ارتقای سلامت مادران مورد توجه قرار گیرد. نظر به متناقض بودن عوامل مرتبط با اختلالات خلقی پس از

زایمان در مطالعات و جوامع مختلف و با توجه به اینکه در ایران، مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط نشانگان پیش از قاعدگی با اختلالات خلقی پس از زایمان بپردازد انجام نشده بود، مطالعه حاضر به منظور بررسی شیوع آندوه و افسردگی پس از زایمان و ارتباط آن با نشانگان پیش از قاعدگی در خانم‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شد.

روش کار

برای انجام این مطالعه توصیفی-تحلیلی، حجم نمونه با احتساب سطح اطمینان 0/95، شیوع 20% و دقت 0/04، 400 نفر محاسبه شد. از میان مادران بارداری که طی اردیبهشت‌ماه 1386 تا خردادماه 1387 به مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر مراجعه می‌کردند، افراد مورد بررسی، به صورت نمونه‌گیری آسان و مبتنی بر هدف، انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات عبارت بود از: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک؛ و دو پرسشنامه برای سنجش نشانگان پیش از قاعدگی، و آندوه و افسردگی پس از زایمان. پرسشنامه سنجش نشانگان پیش از قاعدگی، یک مقیاس 10 رتبه‌ای و برگرفته از کتب مرجع رشته زنان و زایمان بود که در این پرسشنامه، داشتن حداقل 5 مورد از 10 مورد موجود به عنوان نشانگان پیش از قاعدگی در نظر گرفته می‌شد. سنجش آندوه و افسردگی پس از زایمان، با استفاده از پرسشنامه اقتباس‌شده از آزمون استاندارد سنجش افسردگی پس از زایمان (آزمون ادینبرگ) که در ایران توسط مصلی‌نژاد و همکاران برای سنجش غم و افسردگی پس از زایمان استفاده شده، انجام گرفت. طبق این آزمون، افرادی که نمرات کمتر از 10 را کسب می‌کردند، به عنوان سالم تلقی می‌شدند. نمرات بین 10 الی 15، به عنوان غم پس از زایمان و نمره بیش از 15، به عنوان افسردگی پس از زایمان منظور شد (6).

آزمون ادینبرگ یک پرسشنامه استاندارد برای بررسی افسردگی پس از زایمان می‌باشد و مطالعات نشان داده‌اند این ابزار می‌تواند برای سنجش آندوه و اختلالات خلقی در روزهای اول نفاس نیز استفاده شود (13 و 14). ورود افراد به این مطالعه، کاملاً اختیاری بود. به

شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده، محرمانه باقی خواهند ماند. جمع‌آوری اطلاعات، با روش مصاحبه حضوری انجام شد. در طی مصاحبه، پرسشنامه دموگرافیک و سنجش نشانگان پیش از قاعدگی در سه ماهه اول بارداری و آزمون اقتباس‌شده از آزمون ادینبرگ در 10 روز اول دوره نفاس تکمیل گردید. پیامدهای نامطلوب بارداری از جمله مرگ جنین، زایمان زودرس، زایمان ابزاری، تولد نوزاد با ناهنجاری مادرزادی، بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه و عدم مراجعه افراد مورد بررسی در 10 روز اول پس از زایمان، جزو معیارهای خروج از پژوهش بودند. اطلاعات جمع‌آوری‌شده، کدگذاری شده و با استفاده از نسخه 13 نرم‌افزار SPSS، آمار توصیفی و آزمون‌های مجذور کای و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج آزمون‌های آماری در سطح زیر 0/05، معنی‌دار فرض شدند (مقدار p).

نتایج

اکثر افراد مورد بررسی، بین 21 الی 30 سال سن داشتند. کلیه اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد مورد بررسی، در جدول 1 اعلام شده است. میزان شیوع نشانگان پیش از قاعدگی، و آندوه و افسردگی پس از زایمان، در جدول 2 ارائه شده است.

آزمون مجذور کای، بین نشانگان پیش از قاعدگی و سن، سن ازدواج، شغل، تحصیلات، جود بیماری‌ها و رضایت از زندگی زناشویی، ارتباط آماری معنی‌داری نشان نداد.

بین نشانگان پیش از قاعدگی و دفعات حاملگی، ارتباط آماری مثبت و معنی‌داری وجود داشت. بدین معنی که بیش از 53/2% افرادی که نشانگان پیش از قاعدگی داشتند، حاملگی اول بودند، اما در بین کسانی که نشانگان پیش از قاعدگی را نداشتند، 39% افراد حاملگی اول بودند ($p=0/023$). بین بیماری‌های زنان و نشانگان پیش از قاعدگی، ارتباط آماری معنی‌دار دیده شد. بدین معنی که نشانگان پیش از قاعدگی در افراد با تاریخچه جراحی بر روی رحم یا تخمدان یا افراد با سابقه نازایی، بیشتر بود ($p=0/013$). بین آندوه پس از زایمان و هیچکدام از موارد فوق، ارتباط آماری معنی‌دار

وجود نداشت. آزمون مجذور کای نشان داد بین نشانگان پیش از قاعدگی و اندوه و افسردگی پس از زایمان، ارتباط آماری مثبت و معنی دار وجود دارد ($p < 0/001$). آزمون همبستگی پیرسون بین نمرات نشانگان پیش از قاعدگی و نمرات حاصل از پرسشنامه اکتباس شده از آزمون ادینبرگ نیز این ارتباط را تأیید نمود ($p < 0/001$).

جدول 1- خصوصیات جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

خصوصیات جمعیت شناختی	سن	تعداد (درصد)
سن	کمتر از 20	58 (14/5)
	21-30	255 (63/8)
	31-40	75 (18/7)
	بالای 40	12 (3)
سن ازدواج	کمتر از 20	171 (42/8)
	21-30	219 (54/8)
	31-40	8 (2)
	بالای 40	2 (0/5)
سطح تحصیلات	بیسواد	4 (1/1)
	ابتدایی	33 (8/3)
	سیکل	84 (21)
	دیپلم	187 (46/8)
وضعیت شغلی	دانشگاهی	91 (22/8)
	خانه‌دار	308 (77)
	کارمند	83 (20/8)
	کارگر	7 (1/8)
مصرف داروهای اعصاب و روان	شغل آزاد	2 (0/5)
	منفی	381 (95/3)
رضایت از زندگی زناشویی	مثبت	19 (4/8)
	منفی	368 (92)
		32 (8)

جدول 2- شیوع نشانگان پیش از قاعدگی، اندوه و

افسردگی پس از زایمان

نوع اختلال	تعداد (درصد)
نشانگان پیش از قاعدگی	141 (35/3)
اندوه پس از زایمان	116 (29)
افسردگی پس از زایمان	62 (15/5)

بحث

نتایج پژوهش حاضر، شیوع نشانگان پیش از قاعدگی، و اندوه و افسردگی پس از زایمان را به ترتیب، 35/3%، 29% و 15/5% نشان داد. در این زمینه، مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف، آمار متفاوتی را نشان

می‌دهند. به عنوان مثال، شیوع نشانگان پیش از قاعدگی در مطالعه انجام شده در آمریکا، 41% و در نیجریه، 23/8% گزارش گردیده است (15 و 16). یکی از مطالعات انجام شده در ایران، شیوع نشانگان پیش از قاعدگی را 78/4% گزارش کرده است (17). در مورد شیوع اندوه و افسردگی پس از زایمان نیز آمارهای متفاوتی گزارش شده است. مطالعات انجام شده، شیوع اندوه پس از زایمان را در ایران، 51/3% و در اسپانیا، 33% نشان داده‌اند (18 و 6). همچنین افسردگی پس از زایمان در ایران، 31/1%؛ یونان، 19/8%؛ در مهاجران هندی آمریکا، 28%؛ اتریش، 20%؛ هنگ کنگ، 19/8% و در استرالیا، 25/9% گزارش شده است (19-23 و 6). علیرغم اینکه آمارهای ارائه شده کشورهای مختلف، متفاوت می‌باشد، ولی نتایج مطالعات نشان می‌دهند که اختلالات مذکور، نسبتاً شایع هستند. نکته مهم این است که وجود هر کدام از عوارض می‌تواند زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی فرد مبتلا را با مشکل مواجه سازد. بنابراین، شناخت هر کدام از عوارض ذکر شده می‌تواند در ارائه بهتر خدمات مراقبتی و پیشبرد سلامت زنان مؤثر باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین نشانگان پیش از قاعدگی با بیماری‌های زنان و پاریتی پایین، ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. Sule و همکارانش نیز در پژوهش خود بین پاریتی و سن پایین با نشانگان پیش از قاعدگی، ارتباط آماری مثبت معنی‌دار را گزارش کرد (16). در مطالعه حاضر، بین سن و نشانگان پیش از قاعدگی، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نگردید. بین نشانگان پیش از قاعدگی و سایر متغیرهای دموگرافیک از قبیل سن ازدواج، شغل، تحصیلات و رضایت از زندگی زناشویی، ارتباط آماری معنی‌داری دیده نشد. همچنین بین اندوه و افسردگی پس از زایمان و متغیرهای ذکر شده فوق نیز ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد. در این زمینه، مطالعه نجفی در رشت نیز بین سن، میزان تحصیلات و پاریتی مادران با افسردگی پس از زایمان، ارتباط آماری معنی‌داری نشان نداد (7). نتایج تحقیقات در مورد ارتباط پاریتی و اندوه پس از زایمان، متفاوت است. مطالعه مصلی‌نژاد، ارتباط بین پاریتی پایین و اندوه پس از زایمان را نشان داد (6)؛

درحالی که در مطالعه Johnstone، میزان آندوه پس از زایمان در خانم‌های چندزا بیشتر بوده است (10). بررسی مطالعات مختلف نشان می‌دهد نتایج مربوط به ارتباط عوامل دموگرافیک با نشانگان پیش از قاعدگی و آندوه پس از زایمان، متفاوت و گاه متناقض است که این اختلاف را شاید بتوان با تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف، مرتبط دانست. اما نکته مهم این است که اختلالات خلقی پیش از قاعدگی و پس از زایمان در تمام اقشار و جوامع دیده می‌شود. به نظر می‌رسد تغییرات فیزیولوژیک دوره نفاس در مادران، باعث کم‌رنگ‌شدن تأثیر فاکتورهای دموگرافیک و نتایج متناقض در مطالعات مختلف می‌گردد.

از آنجا که عوامل دموگرافیک معمولاً با آندوه و افسردگی پس از زایمان در اغلب مطالعات، بی‌ارتباط بوده و یا نتایج متفاوت داشته‌اند، بررسی عواملی که ارتباط محکمتری با عوارض مذکور داشته باشند شاید بتواند برای شناخت مادران در معرض خطر مفید باشد. از جمله این موارد، نشانگان پیش از قاعدگی است. در مطالعه حاضر، بین نشانگان پیش از قاعدگی و آندوه و افسردگی پس از زایمان، ارتباط آماری مثبت و معنی‌دار دیده شد ($p < 0/001$). در این زمینه، مطالعات انجام‌شده در سایر کشورها نیز این ارتباط را نشان داده‌اند که از بین آنها می‌توان به گزارش‌های Bloch (2006) در فلسطین اشغالی (9)، دنیس (2007) در کانادا (24)، و گارسیا استیو (2008) در اسپانیا (18) اشاره نمود.

اما مطالعه Haywood و همکارانش در انگلستان، ارتباطی را بین علایم روانی نشانگان پیش از قاعدگی و افسردگی پس از زایمان نشان نداد (11). البته میزان نمونه در این پژوهش کم بود که خود محققین نیز این فاکتور را جزو محدودیت‌های مطالعه عنوان نموده‌اند. اختلاف نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر و دیگر مطالعات مشابه نیز می‌تواند بدین علت باشد.

در این مطالعه و اغلب مطالعات انجام‌شده، بین عوامل دموگرافیک و آندوه پس از زایمان، ارتباط آماری معنی‌دار دیده نشده است؛ اما نشانگان پیش از قاعدگی را می‌توان به عنوان یک فاکتور پیش‌بینی‌کننده آندوه و افسردگی پس از زایمان مطرح نمود. از آنجا که

اختلالات هورمونی به عنوان یک عامل برای هر دو مشکل فوق در نظر گرفته می‌شود، به نظر می‌رسد عامل مذکور بیشترین تأثیر را در ایجاد این اختلالات دارد. اگر چه غم پس از زایمان یک اختلال خود محدودشونده است، اما در تعدادی از افراد، ادامه یافته و پیش‌زمینه اختلالات شدیدتری از جمله افسردگی پس از زایمان می‌باشد (3). مطالعات مختلف نیز به این نتیجه رسیده‌اند که آندوه پس از زایمان، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای بروز افسردگی پس از زایمان است (14 و 22 و 25).

نتیجه‌گیری

آندوه پس از زایمان، درصد نسبتاً زیادی از زنان را درگیر می‌کند و سابقه نشانگان پیش از قاعدگی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده این اختلال باشد. بنابراین، بررسی خانم‌های باردار از همان اوایل حاملگی از نظر وجود سابقه نشانگان پیش از قاعدگی همراه با در نظر گرفتن دیگر عوامل مساعدکننده و توجه دقیق پس از زایمان از لحاظ علایم اختلالات خلقی می‌تواند راهنمایی برای پرسنل بهداشتی و خانواده فرد باشد، تا افراد در معرض خطر را برای مشاوره و بررسی بیشتر، به روانشناسان بالینی و متخصصین ارجاع دهند. بنابراین گرفتن تاریخچه از لحاظ وجود نشانگان پیش از قاعدگی می‌تواند در برنامه کاری ماماها و پرسنل بهداشت خانواده گنجانده شود تا تشخیص به موقع انجام پذیرد و کسانی که مستعد اختلالات خلقی پس از زایمان هستند، مورد بررسی و حمایت‌های بیشتری قرار گیرند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، رویکرد گذشته‌نگر به نشانگان پیش از قاعدگی و عدم دسترسی به پرونده‌های پزشکی افراد مورد بررسی و ثبت بیماری‌ها بر اساس گفته‌های این افراد می‌باشد. انجام مطالعاتی که بتوانند نشانگان پیش از قاعدگی را قبل از بارداری و اختلالات خلقی پس از زایمان را پس از بارداری ثبت نمایند، می‌تواند نتایج معتبرتری را ارائه کند. از سوی دیگر، دسترسی به پرونده پزشکی افراد مورد بررسی می‌تواند موجب رسیدن به نتایج بهتر در مورد ارتباط نشانگان پیش از قاعدگی و اختلالات خلقی پس از زایمان با وجود بیماری‌ها گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شده و نتیجه اجرای طرح پژوهشی مصوب به شماره 20/8/3/1999 ادپ می‌باشد.

از پرسنل مراکز بهداشتی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر که بی‌شک بدون همکاری صمیمانه آنها انجام این مطالعه ممکن نبود صمیمانه قدردانی می‌نماییم.

منابع

1. Scott JR, Gibbs R, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003. p.49.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003. p.870.
3. Canningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22nd ed. New York: MCGRAW-HILL-Medical publishing Division; 2005. Chapter 3;p.705-6
4. Beckmann CR, Ling FW, Smith RP, Barzansky BM, Herbert WN, Laube DW. Obstetrics and gynecology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p.397.
5. Ryan KJ, Bekowitz RS, Barbieri RL, Dunaif A. Kistner's Gynecology and women's health. 7th ed. St. Louis: Mosby, Elsevier; 1999. p.520-9.
6. Mosallanegad L, Gahanmiri L, Ashkani H. Assessing post partum blue in women referring to maternity clinic in Shiraz-1382. Jahrom Med J 2005;2(2):22-27. (Full Text in Persian)
7. Najafi K, Avakh F, Nazifi F, Sabrkonandeh S. Prevalence of postpartum depression in alzahra hospital in Rasht in 2004. J Guilan Univ Med Sci 2006;15(59):97-105. (Full Text in Persian)
8. Kosinska K, Horosz E, Wielgos M, Szymusic I. Affective disorder in the first week after delivery: prevalence and risk factors. Ginekol Pol 2008;79(3):182-5.
9. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. Gen Hosp Psychiatry 2006;28(1):3-8.
10. 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.
11. Haywood A, Slade P, King H. Is there evidence of an association between postnatal distress and premenstrual symptoms? J Affect Disord 2007;99(1-3):241-5.
12. Pariser SF, Nasrallah HA, Gardner DK. Postpartum mood disorders: clinical perspectives. J Women's Health 1997;6(4):421-34.
13. Edhborg M. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. Scand J Caring Sci 2008;22(2):186-95.
14. Adewuya AO. Early postpartum mood as a risk factor for postnatal depression in Nigerian women. Am J Psychiatry 2006;163:1435-7.
15. Singh BB, Berman BM, Simpson RL, Annechild A. Incidence of premenstrual syndrome and remedy usage: a national probability sample study. Altern Ther Health Med 1998;4(3):75-9.
16. Sule ST, Umar HS, Madugu NH. Premenstrual symptoms and dysmenorrhoea among Muslim women in Zaria, Nigeria. Ann Afr Med 2007;6(2):68-72.
17. Shahpourian F, Mahmoodi Z, Bastani F, Parsai S, Hosseini F. Premenstrual syndrome (pms) and the related symptoms among students of iran university of medical sciences (iums). Q Iran J Nursing 2006;18(44):58-66.

18. Garcia-Esteve L, Navarro P, Ascaso C, Torres A, Aguado J, Gelabert E, et al. Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2008;11(3):193-200.
19. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kreatsas G, Christodoulou GN. A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Compr Psychiatry* 2008;49(3):275-82.
20. Goyal D, Murphy SO, Cohen J. Immigrant Asian Indian women and postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35(1):98-104.
21. Bergant AM, Heim K, Ulmer H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res* 1999;46(4):391-4.
22. Leung SS, Martinson IM, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study. *Res Nurs Health* 2005;28(1):27-38.
23. Webster J, Linnane JW, Dibley LM, Pritchard M. Improving antenatal recognition of women at risk for postnatal depression. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000;40(4):409-12.
24. Dennis CL, Ross LE. Depressive symptomatology in the immediate postnatal period: identifying maternal characteristics related to true- and false-positive screening scores. *Can J Psychiatry* 2006;51(5):265-73.
25. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord* 2009; 113(1-2):77-87.