

# بررسی میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران - به روش مرور سیستماتیک و متا آنالیز

یوسف ویسانی<sup>۱</sup>، دکتر کورش سایه میری<sup>۲،۳\*</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۲. اداره کل آموزش و پرورش استان کردستان، کردستان، ایران.
۳. استادیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۴. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۵/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲/۱۳

## خلاصه

**مقدمه:** افسردگی پس از زایمان به عنوان رویداد افسردگی اساسی در ۴ هفته اول پس از زایمان مشخص می شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران به روش متا آنالیز انجام شد. **روش کار:** مطالعه حاضر به صورت مرور سیستماتیک و فرا تحلیل (متا آنالیز) شیوع افسردگی پس از زایمان است که با استفاده از کلید واژه های معتبر و جستجو در پایگاه های SID (پایگاه جهاد دانشگاهی)، Google، MAG Iran، Medlib، Iran Medex تعداد ۱۵ مقاله در فاصله سال های ۱۳۷۶-۱۳۸۸ در نواحی مختلف ایران انتخاب شد. جهت بررسی ناهمگنی در مطالعات از شاخص  $I^2$  استفاده شد. داده ها با روش متا آنالیز و با استفاده از مدل اثرات تصادفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت..

**یافته ها:** در مطالعه حاضر کل حجم نمونه مورد بررسی ۱۱۶۶۵ نفر با میانگین ۷۷۷ نمونه در هر مطالعه بود. میزان شیوع کلی افسردگی پس از زایمان در ایران ۲۸/۷٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۴/۹-۳۲/۵) برآورد شد. این میزان در مطالعاتی که از پرسشنامه ادینبرگ و بک استفاده کرده بودند، به ترتیب ۲۶/۹٪ (CI ۹۵٪: ۲۲/۳-۳۱/۶) و ۳۰/۵٪ (CI ۹۵٪: ۲۱/۴-۳۹/۶)، در زنان با سابقه افسردگی ۳۹/۶٪ (CI ۹۵٪: ۳۶/۶-۷۳/۳)، در زنان شاغل ۳۳/۵٪ (CI ۹۵٪: ۱۲/۱-۵۴/۸) و زنان خانه دار ۲۹٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۴/۵-۴۳/۵) و در زنان با بارداری خواسته ۴۰/۳٪ (CI ۹۵٪: ۲۶/۶-۵۴/۱) و ناخواسته ۵۰/۵٪ (CI ۹۵٪: ۳۴/۸-۶۶/۳) بود.

**نتیجه گیری:** شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران بالا و در مقایسه با مطالعات مشابه انجام شده در سایر نقاط دنیا بیشتر است. سابقه افسردگی پس از زایمان در زنان شاغل، با سابقه افسردگی و بارداری ناخواسته بیشتر از کل جامعه مادران است.

**کلمات کلیدی:** افسردگی پس از زایمان، ایران، شیوع، متا آنالیز، مرور سیستماتیک

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر کورش سایه میری؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. تلفن: ۰۹۱۸۳۴۱۰۷۸۲

پست الکترونیک: sayehmiri@razi.tums.ac.ir

## مقدمه

علی رغم برخی اختلاف نظرها درباره بازه زمانی افسردگی پس از زایمان، راهنمای تشخیص و آماری بیماری های روانی<sup>۱</sup> (DSM-IV)، افسردگی پس از زایمان را به عنوان رویداد افسردگی اساسی که در ۴ هفته اول پس از زایمان روی می دهد، تعریف کرده است (۱). این اختلال با علائم خلق افسرده، تحریک پذیری، احساس عدم لذت از زندگی، بی خوابی، سرگیجه مکرر، علائم جسمی، دوگانگی روانی، احساس منفی نسبت به شیرخوار، عدم توانایی در مراقبت از او و وجود افکار خودکشی مشخص می شود (۲). میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در جوامع مختلف بین ۵ تا ۴۰ درصد می باشد و بیش از ۱۲/۵ درصد از پذیرش های زنان به دلیل مشکلات روانی ناشی از افسردگی می باشد (۳). عوامل مختلف روانی و زایمانی احتمال افسردگی پس از زایمان را افزایش می دهند، اگرچه این عوامل گاهی در تضاد با هم هستند و به طور مؤثر نمی توانند کمکی به تشخیص زنان در معرض خطر بکنند، اما اطلاعات حاصل از آن ممکن است به ما کمک کند که زنان در معرض خطر زیاد را شناسایی کرده و آنان را از اقدامات اولیه مفید بهره مند سازیم (۴). بر اساس مطالعات انجام شده در ایران، مهمترین این عوامل در کشور ما شامل: سابقه ابتلاء به افسردگی، رتبه تولد، تحصیلات کم مادر، شغل زنان، ناخواسته بودن بارداری، مورد خشونت قرار گرفتن و عدم حمایت های خانوادگی و اجتماعی می باشد که در اکثر مطالعات انجام شده با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری داشته اند (۵، ۶). در یک مطالعه متاآنالیز که توسط بهادران و همکاران (۲۰۰۸) در ایران انجام شد، مهمترین عوامل خطر افسردگی پس از زایمان رتبه تولد و ناخواسته بودن بارداری ذکر شد (۷).

بر اساس مطالعه ویسنر و همکاران (۲۰۰۲) که به صورت متا آنالیز مبتنی بر جامعه بود، شیوع افسردگی پس از زایمان ۱۳٪ گزارش شد (۸). در ایران مطالعات مختلفی پیرامون افسردگی پس از زایمان انجام شده است که نتایج متفاوتی داشته اند. در مطالعه خیرآبادی و همکاران

(۲۰۰۹) در اصفهان که بر روی ۶۶۲۷ نفر از زنان واجد شرایط انجام شد، شیوع افسردگی پس از زایمان ۳۰٪ و بیشترین میزان شیوع افسردگی شدید (۱۹٪) و متوسط (۳۷٪) در بین زنان خانه دار بود (۹). همچنین در مطالعه ای که دولتیان و همکاران (۲۰۰۸) در تهران بر روی ۲۸۵ نفر از زنان واجد شرایط انجام دادند، میزان شیوع افسردگی پس از زایمان ۲۰٪ و بیشترین میزان (۲۶/۷٪) در بین زنان با بارداری ناخواسته بود. میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان در ایران از ۷٪ تا ۴۳٪ گزارش شده است (۱۰).

با توجه به اهمیت میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان، اطلاع از آخرین آمار آن در سطح کشور می تواند به برنامه ریزان بهداشتی درمانی کمک نماید تا در جهت کاهش آن برنامه های مناسبی طراحی نمایند.

یکی از مهمترین اهداف مطالعات متا آنالیز، فراهم آوردن یک نتیجه دقیق و معتبر، به دلیل افزایش حجم نمونه ناشی از ترکیب مطالعات مختلف و در نتیجه کاهش فاصله اطمینان این اندازه ها و حل مشکلات ناشی از نتایج بحث انگیز مطالعات گذشته است (۱۱). با توجه به مطالعات متعدد انجام شده در زمینه افسردگی پس از زایمان و به منظور اعتبار بخشیدن به نتایج حاصل از این مطالعات، لزوم انجام یک مطالعه متا آنالیز ضروری به نظر می رسد تا یک میزان دقیق و معتبر برای برنامه ریزان و پژوهشگران در این زمینه فراهم آید. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران و تعیین این میزان بر حسب نوع زایمان، سابقه افسردگی، شغل و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری به روش متا آنالیز انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر به صورت مرور سیستماتیک و فرا تحلیل (متا آنالیز) شیوع افسردگی پس از زایمان است. یافته های این مطالعه بر اساس مطالعات انجام شده در کشور و از مقالات چاپ شده در مجلات داخلی پایگاه های SID (پایگاه جهاد دانشگاهی)، MAG Iran، Google، Iran، Medlib، Medex استفاده شد.

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

## آنالیز آماری

با توجه این که در هر مقاله میزان شیوع افسردگی و تعداد نمونه استخراج شده بود، برای محاسبه واریانس هر مطالعه از توزیع دو جمله ای استفاده شد. برای ترکیب میزان های شیوع مطالعات مختلف، از میانگین وزنی استفاده شد. به هر مطالعه متناسب با عکس واریانس آن وزن داده شد. با توجه به تفاوت زیاد میزان های شیوع در مطالعات مختلف (ناهمگنی<sup>1</sup> مطالعات) و معنی دار شدن شاخص ناهمگنی ( $I^2$ ) از مدل اثرات تصادفی در متا آنالیز استفاده شد. میزان ناهمگنی در این مطالعه ۹۳/۳٪ بود که در ردیف مطالعات با ناهمگنی شدید قرار می گیرد (شاخص  $I^2$  کمتر از ۲۵٪ ناهمگنی کم، بین ۲۵٪ و ۷۵٪ ناهمگنی متوسط، ۷۵٪ و بیشتر ناهمگنی زیاد).

با توجه به نوع داده های مورد تحلیل که همگی میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان بودند نیازی به تعیین سوگرایی انتشار و رسم نمودار قیفی نبود. برای بررسی ارتباط میزان شیوع افسردگی با سال انجام مطالعه، از متا رگرسیون استفاده شد. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان بر حسب نوع زایمان (سزارین و طبیعی)، رضایت از بارداری (خواسته و ناخواسته بودن بارداری)، شغل (خانه دار و شاغل) و سابقه ابتلاء به افسردگی با استفاده از آنالیز زیر گروه ها<sup>۲</sup> محاسبه شد. داده ها با استفاده از نرم افزار STATA (نسخه ۱۱/۱) تجزیه و تحلیل شدند.

## یافته ها

در یک مرور سیستماتیک طی جستجو ۵۵ مقاله شناسایی شد که پس از بررسی عناوین مقالات، چکیده ۳۹ عنوان مقاله وارد لیست شده و جنبه های مختلف مورد بررسی در مطالعه از چکیده ها وارد چک لیست شدند. پس از ارزیابی نهایی، تعداد ۱۵ مقاله از چک لیست گذشتند و متن کامل مقالات در اختیار پژوهشگر قرار گرفت. مطالعات نهایی در فاصله سال های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۹ به انجام رسیده بود و کل حجم نمونه مورد

جستجو به صورت استفاده از کلید واژه های معتبر فارسی (افسردگی پس از زایمان، میزان شیوع) و انگلیسی (depression postpartum) و ترکیبات احتمالی آن با استراتژی جستجو در عناوین انجام شد.

## انتخاب مطالعات و استخراج داده ها

پژوهشگر در ابتدا تمامی مقالات مرتبط با افسردگی پس از زایمان را جمع آوری و پس از اتمام جستجو، لیستی از چکیده مقالات را تهیه کرد. در این مرحله تمامی مقالاتی که در عنوان آنها "میزان شیوع" و "افسردگی پس از زایمان" ذکر شده بود، وارد لیست اولیه شدند و سایر مقالاتی که در مورد شیوع افسردگی قبل از زایمان، در همسران یا صرفاً عوامل خطر مرتبط با این اختلال را مورد بررسی قرار داده بود، از فهرست مقالات خارج شدند. سپس چک لیستی از اطلاعات لازم برای مطالعه (نام پژوهشگر، عنوان مقاله، سال انجام، محل انجام، شیوه انتخاب نمونه، تعداد نمونه، نوع مطالعه، ابزار سنجش افسردگی پس از زایمان، میزان شیوع کلی و در زیر گروه ها) برای کلیه مطالعاتی که ارزیابی اولیه شده بودند، به منظور ارزیابی نهایی تهیه شد. پژوهشگران چک لیست نهایی را بررسی کرده و در نهایت مقالات مرتبط با عنوان مطالعه، وارد متا آنالیز شدند.

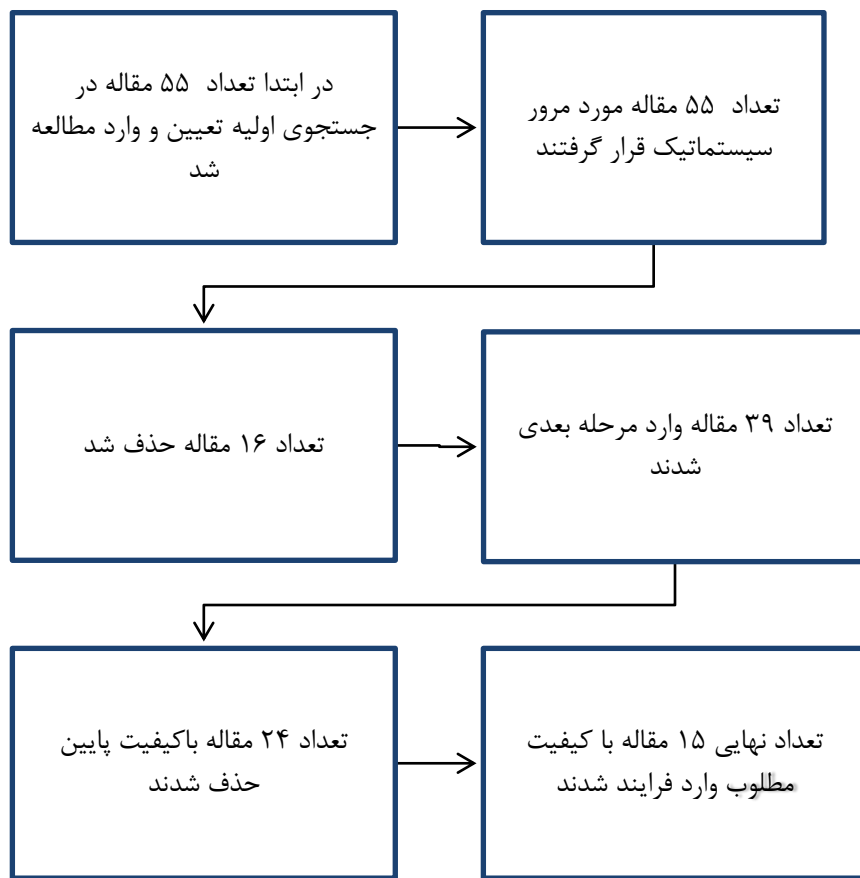
بر اساس این مراحل، در جستجوی اولیه تعداد ۵۵ مقاله با استفاده از کلید واژه ها در دسترس قرار گرفت که ۳۹ مقاله با عنوان های مرتبط وارد لیست چکیده مقالات شدند. ارزیابی کیفی و نهایی مقالات با استفاده از چک لیست و معیارهای مورد توجه پژوهشگر برای ارزیابی نهایی شامل (۱- معیارهای انتخاب نمونه و حجم نمونه ۲- شیوه و متدولوژی طرح ها ۳- زمان انجام طرح ها ۴- نوع ابزار سنجش به کار رفته برای برآورد میزان شیوع ۵- میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در کل و در زیر گروه ها) بودند. مقالاتی که نمونه آنها فقط شامل زنان پس از زایمان بود و از ابزار سنجش استاندارد استفاده کرده بودند، مورد تأیید نهایی قرار گرفتند. در نهایت ۱۵ مقاله مناسب به مرحله متا آنالیز وارد شد. متن کامل مقالات به منظور آنالیز مورد بررسی قرار گرفت.

<sup>1</sup> heterogeneity

<sup>2</sup> -subgroup analysis

تمام مقالات از نوع مقطعی - تحلیلی بود و در تمام مطالعات میزان شیوع افسردگی پس از زایمان به صورت کلی محاسبه شده بود که کمترین آن مربوط به شهر اردبیل در سال ۱۳۸۶ (۱۶٪) و بیشترین آن در شهر تهران در سال ۱۳۸۱ (۴۳٪) بود. جهت تعیین میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در ۱۱ مقاله از پرسشنامه ادینبرگ و در ۴ مقاله از پرسشنامه بک استفاده شده بود (شکل ۱ فلوجارت مطالعه).

بررسی ۱۱۶۶۵ نفر با میانگین ۷۷۷ نمونه در هر مطالعه بود. فراوانی مطالعات انجام شده در کشور، ۳۳٪ از مطالعات در شمال کشور، ۱۳٪ در شمال غرب، ۲۰٪ در غرب، ۲۶٪ در مرکز و ۸٪ در جنوب کشور انجام شده بود. روش نمونه گیری در تمام مطالعات به روش تهیه لیست از افراد واجد شرایط بود که در ۳۳٪ مطالعات پس از تهیه لیست، افراد واجد شرایط با استفاده از انتخاب تصادفی نمونه ها انتخاب شده بودند. روش مطالعه در



شکل ۱- فلوجارت مراحل ورود مطالعات به مرور سیستماتیک و متا آنالیز

مشخصات مقالات مورد بررسی در مورد میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- مشخصات مقالات مورد بررسی در مورد میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران

محل انجام مطالعه	سال انجام مطالعه	تعداد نمونه مطالعه	میزان شیوع افسردگی پس از زایمان (درصد)	ابزار سنجش
اصفهان	۱۳۸۸	۶۶۲۷	۳۰	EPDS*
قم	۱۳۸۷	۳۰۰	۲۳/۷	EPDS
گرگان	۱۳۸۲	۱۸۰	۲۳/۳	EPDS
کرمانشاه	۱۳۸۶	۵۳۱	۴۰/۷	EPDS
ساری	۱۳۸۱	۴۲۲	۲۲	EPDS
تبریز	۱۳۸۷	۶۰۰	۳۴/۷	EPDS
همدان	۱۳۸۵	۴۰۰	۳۲	BDI <sup>†</sup>
اردبیل	۱۳۸۶	۳۵۰	۱۶	EPDS
کرمانشاه	۱۳۸۴	۳۳۰	۲۴	BDI
رشت	۱۳۸۶	۴۱۵	۲۵	BDI
تهران	۱۳۸۱	۵۸۰	۴۳	BDI
رامسر	۱۳۸۴	۲۰۰	۲۴/۵	BDI
شهر کرد	۱۳۷۶	۳۰۰	۲۱/۳	BDI
دزفول	۱۳۸۷	۱۴۰	۳۱/۴	BDI
تهران	۱۳۸۴	۲۸۵	۲۰	BDI

\*Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)  
 †Beck depression inventory (BDI)

شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران در مجموع (جدول ۲).  
 ۲۸/۷٪ (فاصله اطمینان ۲۴/۹-۳۲/۵٪: ۹۵٪) برآورد شد

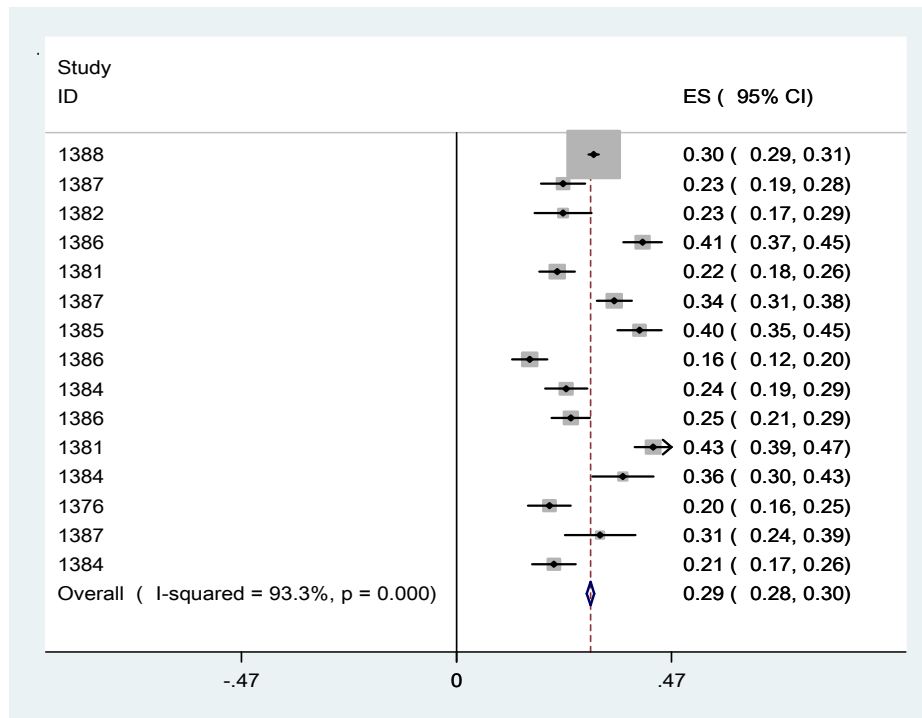
جدول ۲- شیوع افسردگی پس از زایمان در زیر گروه های مورد مطالعه در ایران

گروه مورد مطالعه	تعداد مطالعه	تعداد نمونه	میزان شیوع افسردگی پس از زایمان (فاصله اطمینان ۹۵٪)	میزان عدم تجانس درصد	سطح معنی داری
شغل	خانه دار	۴	۲۹ (۱۴/۵ تا ۴۳/۵)	۹۹	۰/۰۰۱
	شاغل	۴	۳۳/۵ (۱۲/۱ تا ۵۴/۸)	۹۹/۴	۰/۰۰۱
رضایت از بارداری	خواسته	۵	۴۰/۳ (۲۶/۶ تا ۵۴/۱)	۹۸/۷	۰/۰۰۱
	ناخواسته	۶	۵۰/۵ (۳۴/۸ تا ۶۶/۳)	۹۹/۱	۰/۰۰۱
نوع پرسشنامه	ادینبرگ	۱۱	۲۶/۹ (۲۲/۳ تا ۳۱/۶)	۹۳/۲	۰/۰۰۱
	بک	۴	۳۰/۵ (۲۱/۴ تا ۳۹/۶)	۹۵/۳	۰/۰۰۱
نوع زایمان	سزارین	۱	۲۷/۶ (۲۲/۴ تا ۳۲/۸)	۰	۰/۰۰۱
	طبیعی	۱	۱۳/۶ (۹/۲۲ تا ۱۷/۸)	۱	۰/۰۰۱
سابقه افسردگی		۳	۳۹/۶ (۳۶/۷ تا ۶۶/۱)	۹۹/۷	۰/۰۰۱
شیوع کلی		۱۵	۲۸/۹ (۲۴/۹ تا ۳۲/۹)	۹۳/۳	۰/۰۰۱

این میزان در مطالعاتی که از پرسشنامه ادینبرگ و بک استفاده کرده بودند، به ترتیب ۲۶/۹٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۲/۳-۳۱/۶) و ۳۰/۵٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۱/۴-۳۹/۶)، در زنان با سابقه افسردگی ۳۹/۶٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۳۶/۷-۶۶/۱)، در زنان شاغل ۳۳/۵٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۲/۱-۵۴/۸) و زنان خانه دار ۲۹٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۴/۵-۴۳/۵) و در زنان با بارداری خواسته ۴۰/۳٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۶/۶-۵۴/۱) و با بارداری ناخواسته ۵۰/۵٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۳۴/۸-۶۶/۳) برآورد شد. با توجه به ناهمگنی

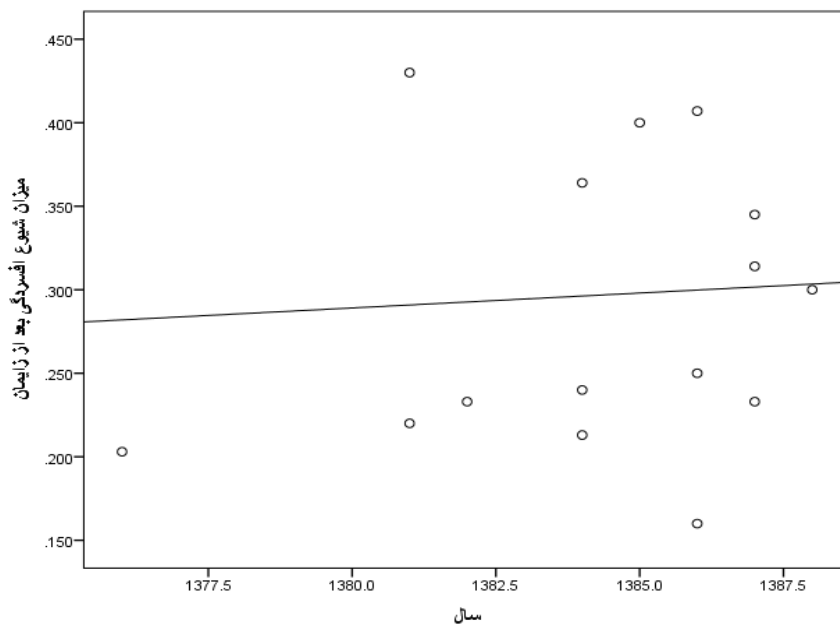
این میزان در مطالعاتی که از پرسشنامه ادینبرگ و بک استفاده کرده بودند، به ترتیب ۲۶/۹٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۲/۳-۳۱/۶) و ۳۰/۵٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۱/۴-۳۹/۶)، در زنان با سابقه افسردگی ۳۹/۶٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۳۶/۷-۶۶/۱)، در زنان شاغل ۳۳/۵٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۲/۱-۵۴/۸) و زنان خانه دار ۲۹٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۴/۵-۴۳/۵) و در زنان با بارداری خواسته ۴۰/۳٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۶/۶-۵۴/۱) و با بارداری ناخواسته ۵۰/۵٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۳۴/۸-۶۶/۳) برآورد شد. با توجه به ناهمگنی

مطالعات (شاخص  $I^2$ : ۹۳/۳٪) فاصله اطمینان برای هر مطالعه و برای کل مطالعات بر اساس مدل اثرات تصادفی در نمودار ۱ داده شده است.



نمودار ۱- میزان شیوع افسردگی پس از زایمان به صورت کلی و جداگانه برای کلیه مطالعات بر اساس مدل اثرات تصادفی، پاره خط ها فاصله اطمینان میزان شیوع را در هر مطالعه نشان می دهند، نقطه وسط هر پاره خط، برآورد میزان شیوع در هر مطالعه را نشان می دهد. علامت لوزی فاصله اطمینان میزان شیوع را برای کل مطالعات نشان می دهد.

نمودار ۲ روند زمانی میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در فاصله سال های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۸ را نشان می دهد.



نمودار ۲- روند زمانی میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران در فاصله سال های ۱۳۷۶-۱۳۸۹

## بحث

در مطالعه حاضر تعداد کل داده ها ۱۱۶۶۵ نفر از زنان پس از زایمان بود. تعداد ۱۵ مقاله در متا آنالیز نهایی وارد شدند که میانگین تعداد نمونه در این مطالعات ۷۷۷ نفر بود. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان برای کل زنان و همچنین بر حسب نوع زایمان (سزارین و طبیعی)، رضایت از بارداری (خواسته و ناخواسته بودن بارداری)، شغل (خانه دار و شاغل) و سابقه ابتلاء به افسردگی محاسبه شد. میزان عدم تجانس در اندازه های میزان شیوع ۹۳/۳٪ بود که با توجه به تقسیم بندی (کمتر از ۲۵٪ عدم تجانس کم، بین ۲۵٪ و ۷۵٪ عدم تجانس متوسط، ۷۵٪ و بیشتر ناهمگنی زیاد) مشخص می شود که این میزان در این مطالعات به عنوان ناهمگنی زیاد طبقه بندی می شود. لذا جهت بررسی های بعدی از مدل اثرات تصادفی<sup>۱</sup> استفاده شد. بر اساس این مدل فرض بر آن است که تفاوت های مشاهده شده ناشی از نمونه گیری های مختلف و همچنین تفاوت در پارامتر مورد اندازه گیری (شیوع افسردگی پس از زایمان) در مطالعات مختلف است.

بیشترین میزان شیوع افسردگی پس از زایمان مربوط به مطالعه پازنده و همکاران بود که در سال ۱۳۸۱ در تهران با حجم نمونه ۵۸۰ نفر به انجام رسید و میزان شیوع افسردگی پس از زایمان ۴۳٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۴۷ - ۳۹) برآورد شد (۱۲). کمترین میزان شیوع افسردگی پس از زایمان مربوط به مطالعه نریمانی و همکاران بود که در سال ۱۳۸۶ در اردبیل با حجم نمونه ۳۵۰ نفر به انجام رسید و میزان شیوع افسردگی پس از زایمان ۱۶٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۹/۸-۱۲/۲) برآورد شد (۱۳).

در تمام مطالعات برای به دست آوردن میزان شیوع افسردگی پس از زایمان از دو پرسشنامه استاندارد ادینبرگ (۶۶٪) و بک (۳۴٪) استفاده شد. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعاتی که از تست ادینبرگ استفاده کرده بودند، بیشتر بود که نشان دهنده حساسیت بیشتر این تست نسبت به تست بک می باشد. در برخی از برنامه های غربالگری از این دو پرسشنامه همزمان استفاده شده است. در پرسشنامه ادینبرگ حداقل نمره ۰ و

حدکثر نمره ۳۰ است. فردی با نمره ۱۳ و بالاتر، احتمالاً از افسردگی شدید رنج می برد (۱۴). این تشخیص مبنای بالینی ندارد و فرد برای تشخیص قطعی باید مورد معاینه بالینی قرار بگیرد (۱۵). بر اساس پیشنهاد دانشکده زنان و زایمان آمریکا، غربالگری افسردگی حین و بعد از زایمان باید به صورت بالقوه مورد توجه قرار گیرد (۱۶) اگر چه داده های لازم برای غربالگری عمومی این اختلالات وجود ندارد و فقط می توان زنان در معرض خطر را به منظور غربالگری شناسایی کرد. آمادگی برای مراقبت های بعد از زایمان و همچنین درمان های پیشگیری کننده برای این زنان پیشنهاد می شود (۱۷). درمان های پیشگیری کننده ممکن است شامل روان درمانی در سه ماهه سوم و درمان های دارویی بلافاصله پس از زایمان باشد. داروهای نظیر سرترالین<sup>۲</sup> اگر بلافاصله پس از زایمان تجویز شوند، می توانند افسردگی شدید پس از زایمان و همچنین بازگشت بیماری را کاهش دهند (۱۸).

میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در زنان با بارداری ناخواسته ۵۰/۵٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۶۶/۳-۳۴/۸) بود که نشان دهنده شیوع بالاتر این میزان در این گروه نسبت به شیوع کلی آن در این مطالعه است که این یافته با نتایج مطالعه بهادران و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف بررسی متاآنالیز عوامل خطر افسردگی پس از زایمان در ایران انجام شد، همخوانی داشت. در این مطالعه بین شیوع افسردگی پس از زایمان و ناخواسته بودن بارداری ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p=0/023$ ,  $Z=15/72$ ).

ناخواسته بودن بارداری در مطالعات متعدد یکی از عوامل خطر مهم ابتلاء به این اختلال است (۷). شیوع افسردگی پس از زایمان بر حسب زنان خانه دار و شاغل به ترتیب ۲۹٪ و ۳۳/۳٪ برآورد شد که این اعداد تقریباً نزدیک میزان شیوع در کل جامعه زنان است. در مطالعه خیرآبادی و همکاران (۲۰۰۹) در اصفهان که به منظور شناخت عوامل خطر بروز افسردگی پس از زایمان انجام شد، بین خانه دار بودن مادران و افسردگی پس از زایمان ارتباط معناداری مشاهده شد ( $p<0/01$ ,  $OR=1/73$ ). فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲/۴۷-۱/۲۲ (۹). میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در زنان با سابقه افسردگی

<sup>2</sup> - Sertraline

<sup>1</sup> Random Effects Model

بسیار کم و محدود بودند. ۳) در برخی مطالعات تفاوتی بین افسردگی خفیف و شدید مشخص نشده بود و داده ها به صورت کلی ارائه شده بود. ۴) عوامل خطر هورمونی و خونی در هیچ کدام از مطالعات بررسی نشده بود.

### نتیجه گیری

شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران بالا و در مقایسه با مطالعات مشابه انجام شده در سایر نقاط دنیا بیشتر است. سابقه افسردگی پس از زایمان در زنان شاغل، با سابقه افسردگی و بارداری ناخواسته بیشتر از کل جامعه مادران است.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام جهت تأمین اعتبار مالی پروژه و همچنین به جهت مساعدت های لازم تشکر و قدردانی می شود.

۳۹/۶٪ بود که با سایر میزان های به دست آمده در سایر نقاط دنیا همخوانی دارد و این میزان در مطالعه خیرآبادی و همکاران (۲۰۰۹) در اصفهان ۳۵/۸٪ به دست آمد (۹) که نشان دهنده این واقعیت است که زنان با سابقه افسردگی در معرض خطر زیاد ابتلاء به افسردگی پس از زایمان نسبت به زنان بدون سابقه ابتلاء هستند. همچنین مطالعه استینر (۲۰۰۲) نشان داد که ۷۸/۳٪ از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در خود یا خانوادگی خود سابقه ابتلاء به افسردگی داشته اند (۱۱) به طور کلی این داده ها نشان داد که سابقه ابتلاء به افسردگی می تواند یکی از عوامل بسیار مهم در غربالگری افراد مستعد ابتلاء به افسردگی پس از زایمان باشد (۱، ۱۶، ۱۸، ۱۹).

از محدودیت های این مطالعه می توان به مواردی چند اشاره کرد: ۱) اکثر نمونه های انتخاب شده برای مطالعات بر اساس انتخاب تصادفی نبودند که این امر باعث عدم انتخاب نمونه ای که معرف جامعه زنان مورد پژوهش باشد، شده بود. ۲) متغیرهای مورد بررسی در مطالعات

### منابع

1. Miller LJ, LaRusso EM. Preventing postpartum depression. *Psychiatr Clin North Am* 2011 Mar;34(1):53-65.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2005.
3. Harrington AR, Greene-Harrington CC. Healthy Start screens for depression among urban pregnant, postpartum and interconceptional women. *J Natl Med Assoc* 2007 Mar;99(3):226-31.
4. Bloch M, Rothenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord* 2005 Sep;88(1):9-18.
5. Azimi Loatti H, Danesh M, Hossini SH, Khalilian A, Zarghami M. [Postpartum depression in women referred to health centers care-Sari] [Article in Persian]. *Iran J Psychiat Clin Psychol* 2005;11(1):31-42.
6. Behbodi Moghadam Z. [Prevalence of postpartum depression and its risk factors In women referred to health centers dependent Shahid Beheshti University of Medical Sciences]. Tehran:Tehran University of Medical Sciences;2001. [In Persian].
7. Bahadoran P, Shokrani Foroushani S, Ehsanpour S, Abedi A. A meta-analysis on studies about obstetric risk factors of postpartum depression in Iran within 1995-2005. *IJNMR* 2008;13(4):129-33.
8. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002 Jul 18;347(3):194-9.
9. Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatin M, Salehi M, Sadri GH H, Kelishadi M, et al. Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. *Arch Iran Med* 2009 Sep;12(5):461-7.
10. Dolatian M, Maziyar P, Alavi Majd H, Yazdjerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *Med J Reprod Inferti* 2006;7(3):260-8.
11. Steiner M. Postnatal depression: a few simple questions. *Fam Pract.* 2002 Oct;19(5):469-70.
12. Pazande F, Toominas J, Afshar F, Valaei N. [Prevalence of depression referring university hospitals in Tehran in 1999] [Article in Persian]. *KAUMS (Fayz)* 2002;6(1):66-70.
13. Narimani M, Nakhostin-Roohi P, Yousefi M. [Prevalence and risk factors of postpartum depression] [Article in Persian]. *J Ardabil Uni Med Sci* 2004;4(2):53-8.
14. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1996 Sep;94(3):181-4.
15. Saldanha D, Rathi N. Evaluation of risk factors in postpartum depression. *Asian J Psychiatry* 2011;4:S56.



16. Petrosyan D, Armenian HK, Arzoumanian K. Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. *J Affect Disord* 2011 Dec;135(1-3):77-81.
17. Mori T, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Suzuki K, Mori N, Takei N. Psychosocial risk factors for postpartum depression and their relation to timing of onset: the Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. *J Affect Disord* 2011 Dec;135(1-3):341-6.
18. Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Hirota Y. Employment, income, and education and risk of postpartum depression :the Osaka Maternal and Child Health Study. *J Affect Disord* 2011 Apr;130(1-2):133-7.
19. Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *J Affect Disord* 2011 Jul;132(12):158-64.