

بررسی ارتباط افسردگی پس از زایمان با برخی از عوامل فردی و روانی اجتماعی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت

پژوهشگران: نعیم‌ا خدادادی^۱، هایده محمودی^۲، سیده نوشاز میرحق جو^۳، ایمان تقدسی^۴

(۱) کارشناس ارشد پرستاری (گرایش روانپرستاری)

(۲) کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۳) کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۴) کارشناس ارشد آمار حیاتی

چکیده:

مقدمه: افسردگی پس از زایمان نوعی اختلال روانی محسوب می شود که عوامل فردی و روانی - اجتماعی با آن ارتباط دارند. هدف: این پژوهش یک مطالعه از نوع توصیفی همبستگی بوده و با هدف تعیین میزان افسردگی پس از زایمان و ارتباط بین افسردگی پس از زایمان و عوامل فردی و روانی - اجتماعی انجام شده است.

روش کار: تعداد نمونه در این پژوهش ۳۵۰ نفر بودند و از بین مادرانی که بین ۸ - ۶ هفته پس از زایمان خود به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند به صورت تصادفی، خوشه ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل دو پرسشنامه، در ارتباط با عوامل فردی و روانی - اجتماعی مادران و آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود، که به روش مصاحبه و توسط پژوهشگر تکمیل شد. نتایج: ۱۶ درصد نمونه ها به افسردگی پس از زایمان مبتلا بودند و بین افسردگی پس از زایمان و عوامل فردی اجتماعی مثل کفایت درآمد خانوار برای هزینه های زندگی ($P < 0/0001$)، رضایت از زندگی با خانواده همسر ($P = 0/021$)، حوادث ناگوار زندگی ($P < 0/0001$)، سابقه بیماری روانی در خانواده ($P < 0/0001$)، سابقه افسردگی پس از زایمان در خانواده ($P = 0/008$)، حاملگی ناخواسته ($P = 0/041$)، تمایل به سقط جنین ($P < 0/0001$)، رضایت مادر از جنس نوزاد ($P = 0/034$)، رضایت خانواده همسر از جنس نوزاد ($p = 0/005$)، نوع ارتباط با همسر ($P < 0/0001$)، نوع ارتباط با خانواده همسر ($P < 0/0001$) و ارتباط معنی دار آماری وجود داشت.

نتیجه گیری: نتایج این تحقیق بیانگر آنست که درصد قابل توجهی (۱۶٪) از مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان بودند و برخی از عوامل فردی و روانی - اجتماعی در بروز این اختلال مؤثر بوده است. کلید واژه ها: افسردگی پس از زایمان، عوامل فردی و روانی - اجتماعی.

مقدمه

زایمان (۲). افسردگی پس از زایمان نوعی افسردگی مقاوم به درمان و سایکوتیک است (۳) و علائم آن از هفته ششم پس از زایمان شروع می شود (۴). این اختلال با علائم، خلق افسرده، عدم احساس لذت، تحریک پذیری، بی خوابی سرگیجه مکرر، علائم جسمی، دوگانگی روانی، احساس منفی نسبت به شیر خوار، وجود افکار خودکشی و عدم توانایی در مراقبت از کودک مشخص می شود (۵). اختلالات افسردگی در ۲۰ - ۱۰ درصد از زنان در دوره پس از زایمان رخ می دهد (۶). در ایران نیز، شیوع آن را حدود ۲۲ درصد گزارش کرده اند (۷). در مورد عوامل مؤثر در ایجاد افسردگی پس از زایمان نظریات متعددی وجود دارد.

در دوره پس از زایمان که معمولاً ۶ هفته بعد از تولد نوزاد است تغییرات ناشی از حاملگی طبیعی در بدن با روند تدریجی به حالت قبل از حاملگی بر می گردد (۱). دوره پس از زایمان گاهی بحدی استرس زا است که تعادل حیاتی را برهم زده و در بعضی مواقع سبب بروز پاره ای از مشکلات جسمی و روانی در فرد می شود و ممکن است به عنوان یک عامل آشکار ساز سبب بروز یا عود مجدد یک اختلال روانی در فرد گردد (۱). اختلالات روانی پس از زایمان به سه دسته طبقه بندی می شوند، اندوه پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان و سایکوز پس از

روش کار

این تحقیق بر حسب ماهیت موضوع و اهداف پژوهش از نوع تحقیقات توصیفی همبستگی است و جامعه پژوهش این تحقیق شامل تمامی مادرانی است که ۶-۸ هفته پس از زایمان به واحدهای بهداشت خانواده، مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت جهت اولین نوبت واکسیناسیون ثلاث و فلج اطفال شیرخوار خود (۴۵ روزگی) مراجعه نموده بودند و از بین آنان ۳۵۰ نفر به طریق تصادفی خوشه ای بعنوان نمونه پژوهش انتخاب گردید. محیط پژوهش حاضر مراکز بهداشتی درمانی پنج گانه واقع در ۵ نقطه شرق، غرب، شمال، جنوب و مرکز شهر رشت است. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای متشکل از سه بخش بود که بخش اول آن پرسشنامه عوامل فردی مشتمل بر ۱۳ سوال، بخش دوم پرسشنامه عوامل روانی - اجتماعی، مشتمل بر ۱۷ سوال و بخش سوم آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود که از ده عبارت تشکیل شده بود. متغیرهای اصلی این پژوهش عوامل فردی و روانی - اجتماعی (متغیر مستقل) و افسردگی پس از زایمان (متغیر وابسته) بودند که تماماً کیفی بوده و بر اساس مقیاس اندازه گیری رتبه ای و طرح تک مرحله ای مورد بررسی قرار گرفتند. متغیرهای مربوط به مشخصات فردی و روانی - اجتماعی کمی از نوع نسبی و کیفی از نوع اسمی و رتبه ای بودند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش آمار توصیفی و استنباطی (آزمون های آنالیز واریانس یکطرفه و آزمون من ویتینیو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته های نشان می دهند که میزان افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت حدود ۱۶ درصد می باشد. اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۵/۷٪) در گروه سنی ۲۰-۳۵ قرار داشتند. ۹۲/۹ در صد بین ۱-۳ بار حاملگی، ۹۶ درصد ۱-۳ فرزند، ۹۴/۹ درصد ۱-۳

طبق این نظریات عوامل فردی، روانی- اجتماعی، سابقه بیماری های روانی و عوامل هورمونی را در بروز آن موثر می دانند. از عوامل فردی موثر می توان سن، وضعیت تأهل، تعداد زایمان، سطح تحصیلات وضعیت اجتماعی و اقتصادی و مشکلات زایمانی (لیبرطولانی، سزارین و مرده زایی) را نام برد، از عوامل روانی - اجتماعی که بر آسیب پذیری زنان در مقابل اختلال افسردگی پس از زایمان موثرند عبارتند از 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 (۶).

کالمن معتقد است: از آنجائیکه مادران افسرده نسبت به کودکان خود نگرش منفی دارند در قبال پرورش کودک احساس مسئولیت نمی کنند و به علت وجود مشکل در برقراری تعامل با کودک، نمی توانند نیازهای فیزیکی کودک را بر آورده سازند (۴).

به اعتقاد بک و گیبل این اختلال قابل درمان است ولی قبل از اقدام به هر کاری باید زنانی که تازه زایمان نموده اند از نظر ابتلا به این اختلال غربالگری شوند (۸).

از آنجا که پرستاران در مراکز مشاوره و تنظیم خانواده که کانون مراجعه مادران جوان است باید به مادرانی که هنوز تصمیم به باردار شدن ندارند و همچنین زنان باردار و همسرانشان، قبل از تولد کودک آموزش لازم درباره علائم و نشانه های افسردگی پس از زایمان و عوامل پیش بینی کننده آن بدهند (۲) و لازمه این امر آگاهی کافی پرستاران از عوامل خطر ساز بیماری است. لذا این تحقیق با هدف تعیین میزان افسردگی پس از زایمان و ارتباط برخی از عوامل فردی و روانی - اجتماعی با آن صورت گرفته است.

با همسران خود ارتباط نامناسب داشتند و ۱۰ درصد نیز با خانواده همسران خود رابطه مطلوبی نداشتند.

همچنین نتایج پژوهش در مورد ارتباط بین افسردگی پس از زایمان و عوامل فردی مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان نشان داد که در ۱۰/۹ درصد از زنانی که درآمد خانوار برای هزینه های زندگی آنها کافی نبود افسردگی پس از زایمان وجود داشت ($p < 0/0001$).

در مورد ارتباط بین افسردگی پس از زایمان و برخی از عوامل روانی - اجتماعی، یافته ها نشان داد که ۸۳/۴ درصد از زنانی که میزان رضایت از زندگی با بستگان همسر را بسیار کم و کم عنوان نموده بودند و ۴۸/۶ درصد از واحدهای مورد پژوهش که وقوع حوادث ناگوار را گزارش نمودند به افسردگی پس از زایمان مبتلا بودند.

در مورد بررسی ارتباط سابقه ابتلا به بیماری روانی در خانواده با افسردگی پس از زایمان، ۸۸/۲ درصد از واحدهای مورد پژوهش که سابقه ابتلا به بیماری روانی در خانواده را گزارش نمودند، به افسردگی پس از زایمان مبتلا بودند و این رابطه از طریق آزمون آماری من ویتینی - یو معنی دار بود ($p < 0/0001$).

و همچنین در مورد بررسی ارتباط سابقه ابتلا به افسردگی پس از زایمان در خانواده با افسردگی پس از زایمان، ۵۷/۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش که سابقه خانوادگی ابتلا به افسردگی پس از زایمان را ذکر نمودند، خود نیز به این مشکل مبتلا بودند و نتایج آزمون آماری من ویتینی - یو رابطه معنی داری را نشان داد ($p < 0/0001$). بین حاملگی ناخواسته و افسردگی پس از زایمان از طریق آزمون آماری من ویتینی - یو ارتباط معنی دار آماری وجود داشت ($P = 0/041$) و ۲۹/۹ درصد از زنان با حاملگی ناخواسته دچار افسردگی پس از زایمان شده بودند. در مورد بررسی ارتباط تمایل به سقط جنین با افسردگی

زایمان، ۳/۴ در صد سابقه مرده زایی، ۱۳/۱ درصد سابقه سقط، ۹۲ درصد از نمونه ها همسر دار و ۱/۱ درصد از واحدهای مورد مطالعه از همسر جدا شده بودند. همچنین ۶/۶ درصد از نمونه های پژوهش بیسواد و ۳۱/۴ درصد دیپلمه بودند، اما بیشترین آنها (۵۳/۷٪) سواد خواندن و نوشتن و ۸/۳ درصد نمونه های پژوهش از تحصیلات بالای دیپلم برخوردار بودند. ۴۲/۶ درصد از واحدهای مورد مطالعه زایمان طبیعی و ۵۷/۴ درصد زایمان سزارین داشتند. ۶۸/۳ درصد درآمد کافی و ۵۰/۳ درصد منزل استیجاری داشتند. تعداد افراد خانوار در ۴۸/۹ درصد موارد سه نفره و ۲۳/۱ درصد موارد بیش از پنج نفر بود.

از طرفی یافته های حاصل از این پژوهش در رابطه با عوامل روانی - اجتماعی مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان حاکی از آن است که ۱۱/۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش با خانواده همسران خود زندگی می کردند. ۳۰/۸ درصد رضایت کم از زندگی با خانواده همسر داشتند و ۱۰ درصد از واحدهای مورد پژوهش وقوع حوادث ناگوار را گزارش کردند و بیشترین واقعه ناگوار تجربه شده (۳۷/۱٪) مربوط به وقوع حادثه بود. در ۴/۹ درصد از واحدهای مورد مطالعه سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری روانی و در ۲ درصد آنها از سابقه خانوادگی ابتلاء به افسردگی پس از زایمان وجود داشت. ۱۹/۱ درصد حاملگی ناخواسته و ۶ درصد تمایل به سقط جنین داشتند، ۹۸/۳ درصد موارد پژوهش، ۹۸/۹ درصد همسران آنها و ۹۸/۳ درصد از خانواده های همسران آنها نیز از جنسیت نوزاد متولد شده راضی بودند. ۹۶/۴ درصد از زنان شاغل و همچنین ۹۶/۴ درصد از همسران آنها از شغل زنان خود راضی بودند. ۹۶/۴ درصد از زنان شاغل جهت مراقبت از نوزاد خود پس از اتمام مرخصی زایمان برنامه ریزی داشتند و در ۵۳/۶ درصد موارد، مراقبت از نوزاد (پس از اتمام مرخصی زایمان) بر عهده خانواده آنها بود. ۵/۴ درصد از واحدهای مورد مطالعه

زایمان معنی دار است. این بدان معنی است که در صورت کافی نبودن درآمد خانوار زنان در مقابل افسردگی پس از زایمان آسیب پذیرتر خواهند بود. بوراگ و لایفر می نویسند، نگرانی های مالی در زندگی زنان با افسردگی پس از زایمان، بارز می باشد (۱۰).

بین متغیر رضایت زندگی با خانواده همسر و افسردگی پس از زایمان ارتباط معکوس و معنی دار بود.

همچنین یافته های تحقیق نشان داد که ارتباط بین وقوع حوادث ناگوار زندگی و افسردگی پس از زایمان معنی دار است. بائر در این مورد می نویسد، اتفاقات زندگی از عوامل خطر ساز در بروز افسردگی خفیف پس از زایمان است (۵).

همچنین بین دو متغیر سابقه ابتلا به بیماری روانی در خانواده و سابقه ابتلا به افسردگی پس از زایمان در خانواده با افسردگی پس از زایمان مادر ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد.

این یافته ها با یافته های حاصل از پژوهش حسن زهرایی و همکاران مشابه است (۱۱).

یافته های این تحقیق بیانگر آنست که: بین حاملگی ناخواسته و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی دار وجود داشت (جدول شماره یک). ۲۹/۹ درصد از زنان با حاملگی ناخواسته است یعنی شرایط برای تولد نوزاد مهیا نبوده و می تواند لطمه جسمی و روانی به مادر وارد سازد و سلامت وی را به خطر اندازد، نگاهبان و همکاران نیز دریافتند که بین حاملگی ناخواسته و افسردگی پس از زایمان رابطه معنی دار وجود دارد (۱۲).

همچنین نتایج بیانگر آن بود که بین تمایل به سقط جنین و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. این امر به این دلیل است که وقتی ناخواسته بودن حاملگی به حدی است که مادر از حیات جنین بیزار است و تمایل به سقط را ابراز می کند. در واقع هیچگونه آمادگی برای پذیرش

پس از زایمان، ۴۷/۶ درصد از نمونه هایی که تمایل به سقط جنین داشتند به افسردگی پس از زایمان مبتلا بودند و این رابطه از طریق آزمون آماری من ویتینی - یو معنی دار بود ($P < 0/0001$).

در مورد بررسی ارتباط رضایت زن از جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان، ۳۳/۳ درصد از واحدهای مورد پژوهش که از جنسیت نوزاد خود راضی نبودند به افسردگی پس از زایمان مبتلا بودند و از طریق آزمون آماری من ویتینی - یو معنی دار بود ($P = 0/034$) و در مورد بررسی ارتباط رضایت خانواده همسر از جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان ۸۳/۳ درصد از زنانی که خانواده همسران آنها از جنسیت نوزاد راضی نبودند افسردگی پس از زایمان مشهود بود و از طریق آزمون آماری من ویتینی - یو ارتباط معنی دار بود ($P = 0/005$).

در مورد بررسی ارتباط بین متغیر ارتباط و سازگاری با همسر و افسردگی پس از زایمان، در ۹۴/۷ درصد از نمونه های که ارتباط و سازگاری با همسر وجود نداشت افسردگی پس از زایمان مشهود بود و این رابطه از طریق آزمون آماری من ویتینی - یو معنی دار بود ($P = 0/0001$) و نهایتاً در مورد بررسی ارتباط بین متغیر ارتباط و سازگاری با خانواده همسر و افسردگی پس از زایمان ۶۸/۶ درصد موارد به افسردگی پس از زایمان مبتلا بودند و این رابطه از طریق آزمون آماری من ویتینی - یو معنی دار بود ($P = 0/0001$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که ۱۶٪ از واحدهای مورد پژوهش به افسردگی پس از زایمان مبتلا بودند که رقم قابل توجهی است. وایت و والکر شیوع ۱۳٪ افسردگی پس از زایمان را در واحدهای مورد پژوهش خود گزارش نمودند (۹). همچنین یافته ها نشان داد که ارتباط بین برخی از عوامل فردی نظیر کفایت درآمد خانوار برای هزینه های زندگی و افسردگی پس از

اوک و همکارانش می نویسند که بسیاری از عوامل خطر ساز روانی - اجتماعی موثر در افسردگی پس از زایمان را می توان قبل از زایمان و یا بلافاصله بعد از زایمان تعیین کرد (۱۳). بنابراین بکارگیری پرسشنامه عوامل فردی و روانی - اجتماعی و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ ۸ - ۶ هفته پس از زایمان می تواند مادران افسرده را پس از زایمان غربالگری نماید. با توجه به نتایج تحقیق فوق می توان از این پرسشنامه ها بعنوان یک روش پیشگیری ثانویه استفاده نمود. این پیشگیری به منظور بیماریابی یا تشخیص و شناخت فوری علایم غیر عادی و یا رفتار های نا متعادل مربوطه، انجام اقدامات درمانی به موقع و مناسبت جهت رفع علائم خفیف بیماری، پیشگیری از وخیم شدن اختلال، بازتوانی مؤثر مبتلایان استفاده می شود. همچنین به منظور تحقق اهداف پیشگیری لازم است به پرستاران در مورد عوامل خطر ساز این مشکل آگاهی داده شود تا در صورت مشاهده برخی عوامل فردی و روانی - اجتماعی خاص مادر را در برنامه حمایتی - آموزشی خود قرار دهند (۲). در مراکز مشاوره و تنظیم خانواده که کانون مراجعه مادران جوان است باید به مادرانی که هنوز تصمیم به باردار شدن ندارند و همچنین زنان باردار و همسرانشان قبل از تولد کودک آموزش لازم درباره علائم و نشانه های افسردگی پس از زایمان و عوامل پیش بینی کننده آن داده شود.

نتیجه گیری نهایی

کلاً نتایج این تحقیق بیانگر آن است که از یک سو درصد قابل توجهی (۱۶٪) از مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان بودند و از طرف دیگر در بروز این مشکل برخی از عوامل فردی و روانی و اجتماعی مؤثر بوده است.

نقش های مادری ندارد و لطمه ناشی از این عدم آمادگی مادر و از طرفی احساس گناه مادر دست به دست هم داده و زمینه را برای بروز افسردگی پس از زایمان مهیا می کند، این نتایج با نتایج حسن زهرایی و همکاران همسو است (۱۱).

همچنین یافته ها نشان داد؛ بین دو متغیر رضایت مادر و خانواده همسر از جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان مادر ارتباط معنی دار آماری مشاهده شده (جدول شماره یک) ناخواسته بودن جنس نوزاد می تواند تنشی دراز مدت را برای مادر بدنبال داشته باشد و این موضوع می تواند نقش موثری را در بهداشت روانی مادر و سازگاری وی با موقعیت جدید و در نهایت سلامت و بهداشت خانواده ایفا نماید. این نتایج با نتایج پژوهش خمسه مطابقت دارد (۷) ($P=0/005$).

همچنین یافته ها نشان داد بین متغیر های ارتباط و سازگاری با همسر و خانواده همسر و افسردگی پس از زایمان مادر ارتباط معنی دار آماری وجود دارد (جدول شماره یک) مادرانی که ارتباط و سازگاری خوبی با همسران و خانواده های همسران خود ندارند در مقابل ابتلا به افسردگی پس از زایمان تاثیر پذیر تر هستند وایت ووالکر حمایت و توجه همسر و اطرافیان را از جمله عوامل موثر بر پیشگیری از افسردگی پس از زایمان دانسته اند (۹) چنانکه مشاهده شد بین برخی از عوامل فردی و روانی - اجتماعی با افسردگی پس از زایمان معنی دار آماری ارتباط وجود دارد (جدول شماره ۱). لذا از آنجایی که هر تولد آغاز گر پرورش یک انسان یا عضوی از جامعه است و اولین پایه های این پرورش توسط مادران بنا نهاده می شود، مادرانی می توانند گامهای موثر تر در پرورش کودک سالم بر دارند که خود از سلامت جسمی و روحی برخوردار باشند پس توجه به وضعیت روحی مادران و شناخت عوامل موثر بر آن اهمیت دارد

جدول شماره (۱): آزمونها و نتایج ارتباط متغیرهای پژوهش با افسردگی پس از زایمان

نتیجه	Pvalue	آزمون	متغیر
معنی دار	$p < 0/0001$	من ویتنی - یو	کفایت در آمد خانوار برای هزینه های زندگی
معنی دار	$p < 0/02$	آنالیز واریانس	رضایت از زندگی با خانواده همسر
معنی دار	$p < 0/0001$	من ویتنی - یو	وقوع حوادث ناگوار
معنی دار	$p < 0/0001$	من ویتنی - یو	سابقه ابتلا به بیماری روانی در خانواده
معنی دار	$p < 0/008$	من ویتنی - یو	سابقه ابتلا به افسردگی پس از زایمان در خانواده
معنی دار	$p < 0/04$	من ویتنی - یو	حاملگی ناخواسته
معنی دار	$p < 0/0001$	من ویتنی - یو	تمایل به سقط جنین
معنی دار	$p < 0/034$	من ویتنی - یو	رضایت مادر از جنس نوزاد
معنی دار	$p < 0/005$	من ویتنی - یو	رضایت خانواده همسر از جنس نوزاد
معنی دار	$p < 0/0001$	من ویتنی - یو	چگونگی ارتباط با همسر
معنی دار	$p < 0/0001$	من ویتنی - یو	چگونگی ارتباط با خانواده همسر

منابع:

- 9 – Dewight , Megan M . walker , Edward A. Depressive disorder during pregnancy and post partum . Washington ; Lippincott . 1998 . pp: 85 – 88 .
- 10 – Burroughs , Arlene . Leifer , Gloria . Maternity nursing . philadelphia ; Saunders . 2001. pp: 309
- ۱۱ – حسن زهرایی ، روشنگر و همکاران. بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانمهای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان در زمستان سال ۱۳۷۶. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان . زمستان ۱۳۷۷. شماره ۱۱ .
- ۱۲- نگاهبان بنایی ، طیبه و همکاران. بررسی میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۷۸. مجموعه مقالات همایش سراسری تازه های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی . معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز . دانشکده پرستاری و مامایی . ۱۳۷۹ .
- 13 – Evec. Johnston E, C. P. L. Freeman , A. K. Zealley. Companion to psychiatric studies. London: Churchill Livingston. 1998. pp: 557 – 558.

- ۱- گری ، کانینگهام . بارداری و زایمان ویلیامز . ترجمه بهرام قاضی جهانی و همکاران . تهران. انتشارات گلبن با همکاری اریا طب . ۱۳۸۰ .
- 2 – Edler , Cathi . Beyond The baby blue ; post partum depression on nursing spectrum . Career fitness . On line 2002 .
- 3 – Glod , Carola . Contemporary psychiatric mental health nursing . philadelphia : Davis . 1998 .
- 4 – Colman , Jashua . Post partum depression . Twins 2001 . Internet Websites online PPDsupport group . Http; // WWW . geocities . com / welle slog /4665 / .
- 5 – Bauer , Barbara . Hill , Signc . Mental health nursing . Philadelphia ; Saunders . 2000.
- 6 – Caplan,H. Sadok , B . Comprehensive textbook of psychiatry). Six edit . Philadelphia: Lippincott . 2000 .
- ۷- خمسه ، فریال. بررسی عوامل روانی - اجتماعی موثر در افسردگی پس از زایمان در بیمارستان زنان شهر کرج. پایان نام جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد پرستاری. تهران. دانشگاه تربیت مدرس . ۱۳۷۲.
- 8 – Tatano Beck , Cheryl . Gable , Robert . Further validation of the post partum depression screening scale . Nursing Research . 2001. 50 (3) . pp : 155 – 163.

Relationship between post partum depression with some demographic and psychosocial factors in mothers visiting health – medical centers in city of Rasht

By: Khodadadi. N. MSN, Mahmoodi. H. MSN, Mirhaghjoo. N. MS, Taghadosi. I. Ms in statistics

Abstract:

Introduction: Postpartum depression is a kind of psychiatric disorder that demographic and psychosocial factors are related to it.

Objective: In this descriptive – co relational study that aimed to determine the rate of postpartum depression and determine relationship between postpartum depression and demographic and psychosocial factors.

Methods: In this study 350 women were selected through random clustering. The instrument for gathering data was two questionnaires including demographic psychosocial data and Edinburgh test. Researcher through interview completed these questionnaires.

Results: The result indicated that 16% of sample had postpartum depression. The results indicated a significant correlation between enough family income for expenditure ($p < 0.0001$) satisfied living with husband's relatives ($p = 0.021$) life's unusual events ($p < 0.0001$) history of mental disorder in family ($p < 0.0001$) history of post partum depression in family ($p = 0.008$) unwanted pregnancy ($p = 0.041$) wanted abortion ($p < 0.0001$) satisfaction of mothers about baby's sex ($p = 0.034$) satisfaction of husband's family about baby's sex ($p = 0.005$) kind of communication with husband ($p < 0.0001$) kind of communication with husband's family ($p < 0.0001$) and postpartum depression. There was not a significant relationship between age, number of children, number of pregnancy and delivery, past abortion and still birth, occupation condition, marital status, kind of delivery, level of education, the numbers of members living in family, living with husband's relative, kind of life's unusual event, satisfied husband about baby sex, satisfied husband about mother's job, planning for care of new born and post partum depression.

Conclusion: Nurses have important roles in secondary prevention by screening women with postpartum depression, and refer them appropriately and quickly to psychiatrist. Nurses need to be knowledgeable about high – risk factors and share this information with women and their families.

Key words: post partum depression, demographic and psychosocial factors