

شیوع نشانگان افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان باردار

پژوهشگران: علی غلامی^{۱*}، صدف احمد پور^۲، بهنام باغبان^۲، سجاد خیرطلب^۲، زهره فروزان فر^۳

(۱) گروه بهداشت عمومی، مربی، دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران
 (۲) دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران
 (۳) گروه آمار و اپیدمیولوژی، مربی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۳/۲۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۶/۱۰

چکیده

مقدمه: افسردگی دوران بارداری از جمله مهمترین انواع افسردگی در زنان می‌باشد که می‌تواند عواقب وخیمی برای مادر و فرزندش داشته باشد.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین شیوع نشانگان افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر نیشابور در سال ۱۳۹۲ انجام شده است.

روش کار: این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که بر روی ۲۸۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری نیشابور در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان ۹ مرکز بهداشتی درمانی شهر نیشابور ۵ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند و حجم نمونه به صورت نسبی و با توجه به مراجعه‌کنندگان هر مرکز و با استفاده از شیوه تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. افراد منتخب پس از کسب رضایت شفاهی وارد مطالعه شدند. روش گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه‌ای بود که از دو بخش تشکیل شده بود که یک بخش سؤالات دموگرافیک (شامل سن زن باردار، تعداد زایمان‌های قبلی زن باردار، سن بارداری (به هفته)، شغل زن باردار، مدت زمان گذشته از ازدواج، درآمد ماهیانه خانوار، اختلاف سنی زن باردار با همسر، سطح تحصیلات زن باردار، سطح تحصیلات همسر، سابقه سقط جنین، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، سابقه‌ی شخصی یا خانوادگی افسردگی) و بخش دیگر سؤالات پرسشنامه نشانگان افسردگی Beck تشکیل بود. پرسشنامه Beck دارای ۲۱ عبارت می‌باشد که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال دارای چهار گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و هر آیتم درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید مشخص می‌کند و دامنه‌ی کلی نمرات آن بین ۰ تا ۶۳ است که نمره ۱۰ و کمتر از آن بیانگر وضعیت طبیعی، نمره ۱۶-۱۱ نشانگان افسردگی خفیف، ۲۰-۱۷ نیازمند مشورت با روان‌شناس یا روانپزشک، ۳۰-۲۱ نسبتاً افسرده، ۳۱-۴۰ بیانگر نشانگان افسردگی شدید و بیشتر از ۴۰ بیانگر نشانگان افسردگی بیش از حد می‌باشد.

از آنجایی که بروز برخی از علائم افسردگی مانند اختلالات خواب، نوسانات وزن و کاهش انرژی در یک حاملگی طبیعی هم می‌تواند وجود داشته باشد، لذا این موضوع می‌تواند در تشخیص نشانگان افسردگی خطا ایجاد کند، از این رو گرچه مبنای ابتلا به افسردگی امتیاز بالاتر از ۱۰ در نظر گرفته شده است. امتیاز بالاتر از ۱۶ به عنوان آستانه افسردگی در زنان باردار در نظر گرفته شد. در این مطالعه تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌ها و آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی انجام شده است و در حالت تک متغیره از آزمون‌های آماری مربع کای برای مقایسه متغیرهای کیفی، برای مقایسه متغیرهای کمی آزمون تی و برای متغیرهای رتبه‌ای آزمون من ویتنی استفاده شده است و جهت بررسی رابطه متغیرها با افسردگی از مدل رگرسیون لجستیک (روش Backward) استفاده شده و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: میانگین سنی افراد در این مطالعه $25/5 \pm 5/24$ سال بود. از میان ۲۸۰ زن باردار ۱۳۵ نفر (۴۸/۲٪) زیر ۲۵ سال، سطح تحصیلات ۵۵ نفر (۱۹/۶٪) کمتر از متوسطه بود، ۱۵۸ نفر (۵۶/۴٪) اولین حاملگی خود را تجربه می‌کردند و ۵۳ نفر (۱۹/۹٪) در سه ماهه اول بارداریشان بودند. در این مطالعه ۸۴ نفر (۳۰٪) از مادران باردار به درجاتی از نشانگان افسردگی مبتلا بودند که ۵۰ نفر از آنها زیر ۲۵ سال (۵۹/۵٪) و ۳۴ نفر (۴۰/۵٪) بالای ۲۵ سال سن داشتند. ۴۶/۲ درصد از زنانی که درآمد ماهیانه خانوار آنها کمتر یا برابر چهار صد هزار تومان بود و ۲۴/۵ درصد از زنانی که درآمد ماهیانه خانوار آنها بالای این مقدار بود دارای نشانگان افسردگی بودند. همچنین از میان زنانی که بارداری خود را خواسته می‌دانستند ۲۵/۳ درصد و آنهایی که بارداری خود را ناخواسته می‌دانستند ۷۴/۱ درصد دارای نشانگان افسردگی بودند. با استفاده از آزمون مربع کای بین سن زن باردار، شغل زن باردار، درآمد ماهیانه خانوار، سطح تحصیلات زن باردار، سطح تحصیلات همسر، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری با نشانگان افسردگی دوران بارداری رابطه معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$)، اما بین سایر متغیرها (تعداد زایمان‌های قبلی، سن بارداری، مدت زمان گذشته از ازدواج، اختلاف سنی باردار با همسر، سابقه سقط و سابقه افسردگی) با نشانگان افسردگی در دوران بارداری رابطه آماری معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). در نهایت با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره مشاهده شد که رابطه‌ی آماری معناداری بین سن زن باردار

بارداری وجود دارد. ($OR = 0/35, P < 0/001$)، درآمد ماهیانه خانوار ($OR = 0/32, P < 0/001$) و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری ($OR = 11/66, P < 0/001$) با نشانگان افسردگی دوران بارداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد شیوع نشانگان افسردگی زنان باردار شهر نیشابور در سطح نسبتاً بالایی باشد. لذا با توجه به این نتایج شایسته است که مدیران سیستم‌های بهداشتی درمانی نیشابور مداخلات لازم را جهت کاهش و یا حتی پیشگیری از افسردگی در این دوران اتخاذ نمایند.

کلیدواژه: افسردگی، شیوع، زنان باردار، آبستنی

مقدمه

اختلالات خلقی خصوصاً افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی در جهان است. افسردگی عبارت است از وجود خلق افسرده روزانه به مدت حداقل دو هفته، که معمولاً با علائمی نظیر اندوه، بی‌تفاوتی، فقدان علاقه و لذت، پوچی، بی‌ارزشی، عدم تسلط بر محیط و تحریک‌پذیری، کندی یا تهییج حرکتی، خستگی، اختلال تمرکز و تصمیم‌گیری، احساس شرمساری یا گناه و افکاری در رابطه با مرگ همراه است. خطر ابتلا به افسردگی در زنان حدوداً ۲ تا ۳ برابر مردان گزارش شده است (۱، ۲). بارداری یک دوره حاد در زندگی زنان است که در طی آن تغییرات هیجانی جسمانی و اجتماعی زیادی رخ می‌دهد (۳). افسردگی نیز یکی از مشکلاتی است که ممکن است در دوران بارداری رخ دهد. باید توجه داشت عوارض افسردگی دوران بارداری تنها محدود به مادر باردار نمی‌باشد و می‌تواند مشکلات و عوارض جبران‌ناپذیری زیادی را برای نوزاد ایجاد نماید که از جمله مهمترین آنها: زایمان زودرس، وزن کم موقع تولد، سوء تغذیه و اسهال‌های دوره‌ای، عدم تطابق و سازش با محیط و حتی رفتارهای ضد اجتماعی در سنین بالاتر می‌باشد (۴). عوامل متعددی در بروز نشانگان افسردگی دوران بارداری دخیل است که از جمله مهمترین آنها می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: سن زن در زمان بارداری، تعداد بارداری‌های قبلی، سن حاملگی، وضعیت شغلی زن باردار، میزان حمایت اجتماعی، استرس‌ها، سابقه مصرف سیگار و داروهای غیرمجاز، سابقه مشکلات و عوارض حاملگی مثل سقط و مرگ جنینی داخل رحمی، تهوع و استفراغ زیاد و همچنین سابقه‌ی اختلال شخصیت، خشونت و افسردگی شخصی و یا خانوادگی، کم‌خونی، رژیم غذایی، اختلال خواب و خواسته و ناخواسته بودن بارداری (۵، ۶). اگرچه در مورد افسردگی دوران بارداری مطالعات زیادی انجام شده است، اما در نتایج حاصل از آن، چه از نظر شیوع و چه از نظر عوامل مؤثر بر آن آمارهای متفاوتی ارائه گردیده است. فراوانی افسردگی در این مطالعات بین ۳/۲۹ تا ۴۵/۷ درصد موارد ذکر گردیده است (۸، ۷، ۵، ۴، ۱). این واقعیت

انکارناپذیر است که بهداشت و سلامت روان زن محدود به خانواده نمی‌باشد بلکه بسیاری از بخش‌های جامعه را نیز در بر می‌گیرد، اما متأسفانه در کشور ما آنچنان که به نیازهای جسمی زن باردار آن هم تحت تأثیر سنتها و باورهای قدیمی توجه می‌شود، نیازهای روانی زن باردار مورد توجه قرار نمی‌گیرد. لذا این مطالعه با هدف تعیین شیوع نشانگان افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر نیشابور انجام شده است.

روش کار

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد که بر روی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری نیشابور در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. در این مطالعه حجم نمونه با توجه به آمارهای ارائه شده از شیوع افسردگی دوران بارداری در مقالات داخلی (۱۰، ۸، ۵)، ($P=0/58$) و با استفاده از فرمول حجم نمونه نسبت‌ها، ۲۸۰ نفر برآورد گردید. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان ۹ مرکز بهداشتی درمانی شهر نیشابور ۵ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند و حجم نمونه به صورت نسبتی و با توجه مراجعه‌کنندگان هر مرکز و با استفاده از شیوه تصادفی سیستماتیک در هر مرکز انتخاب شدند. افراد منتخب پس از کسب رضایت شفاهی وارد مطالعه شدند و به آنها اطمینان داده شد که این اطلاعات محرمانه است و پاسخ‌های آنها نزد محققین محفوظ باقی خواهد ماند.

روش گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه-ای بود که از دو بخش تشکیل شده بود که یک بخش سؤالات دموگرافیک (شامل سن زن باردار، تعداد زایمان-های قبلی زن باردار، سن بارداری (به هفته)، شغل زن باردار، مدت زمان گذشته از ازدواج، درآمد ماهیانه خانوار، اختلاف سنی زن باردار با همسر، سطح تحصیلات زن باردار، سطح تحصیلات همسر، سابقه‌ی سقط جنین، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، سابقه‌ی شخصی یا خانوادگی افسردگی) و بخش دیگر سؤالات پرسشنامه

استفاده شده است و جهت بررسی رابطه متغیرها با افسردگی از مدل رگرسیون لجستیک (روش Backward) استفاده شده و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج:

میانگین سنی افراد مورد بررسی در این مطالعه ۲۴/۵±۵/۲۵ سال بود. از میان ۲۸۰ زن باردار مورد بررسی در این مطالعه ۱۳۵ نفر (۴۸/۲٪) زیر ۲۵ سال، سطح تحصیلات ۵۵ نفر (۱۹/۶٪) کمتر از متوسطه بود، ۱۵۸ نفر (۵۶/۴٪) اولین حاملگی خود را تجربه می‌کردند و ۵۳ نفر (۱۹/۹٪) در سه ماهه اول بارداریشان بودند (جدول شماره ۱). در این مطالعه مشاهده شد که ۸۴ نفر (۳۰٪) از مادران باردار مورد مطالعه به درجانی از نشانگان افسردگی مبتلا بودند که ۵۰ نفر از آنها زیر ۲۵ سال (۵۹/۵٪) و ۳۴ نفر (۴۰/۵٪) بالای ۲۵ سال سن داشتند. ۴۶/۲ درصد از زنانی که در آمد ماهیانه خانوار آنها کمتر یا برابر چهار صد هزار تومان بود و ۲۴/۵ درصد از زنانی که درآمد ماهیانه خانوار آنها بالای این مقدار بود دارای نشانگان افسردگی بودند. همچنین از میان زنانی که بارداری خود را خواسته می‌دانستند ۲۵/۳ درصد و آنهایی که بارداری خود را ناخواسته می‌دانستند ۷۴/۱ درصد دارای نشانگان افسردگی بودند. در این مطالعه با استفاده از آزمون مربع کای بین سن زن باردار، شغل زن باردار، در آمد ماهیانه خانوار، سطح تحصیلات زن باردار، سطح تحصیلات همسر، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری با نشانگان افسردگی دوران بارداری رابطه معناداری مشاهده شد ($p < 0/05$)، اما بین سایر متغیرها (تعداد زایمان‌های قبلی، سن بارداری، مدت زمان گذشته از ازدواج، اختلاف سنی باردار با همسر، سابقه سقط و سابقه افسردگی) با نشانگان افسردگی در دوران بارداری رابطه آماری معناداری مشاهده نشد ($p > 0/05$). در نهایت با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره بین سن زن باردار، درآمد ماهیانه خانوار و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری با افسردگی دوران بارداری رابطه‌ی آماری معناداری مشاهده شد (جدول شماره ۲).

نشانگان افسردگی Beck تشکیل بود. پرسشنامه Beck (۱۱) دارای ۲۱ عبارت می‌باشد که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری میکند. هر سوال دارای چهار گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و هر آیتم درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید مشخص می‌کند و دامنه‌ی کلی نمرات آن بین ۰ تا ۶۳ است. پژوهش‌های انجام گرفته در ایران اعتبار و پایایی پرسشنامه‌ی Beck را گزارش کرده است (۱۲). نحوه نمره‌دهی آزمون Beck به این شکل است که آزمون‌گر باید نمراتی را که آزمودنی با انتخاب هر گزینه در سؤالات مشخص کرده را با یکدیگر جمع کند و در نهایت نتیجه آزمون به این شکل تفسیر می‌شود که نمره ۱۰ و کمتر از آن بیانگر وضعیت طبیعی، نمره ۱۶-۱۱ نشانگان افسردگی خفیف، ۲۰-۱۷ نیازمند مشورت با روان‌شناس یا روانپزشک، ۳۰-۲۱ نسبتاً افسرده، ۳۱-۴۰ بیانگر نشانگان افسردگی شدید و بیشتر از ۴۰ بیانگر نشانگان افسردگی بیش از حد می‌باشد. از آنجایی که بروز برخی از علائم افسردگی مانند اختلالات خواب، نوسانات وزن و کاهش انرژی در یک حاملگی طبیعی هم می‌تواند وجود داشته باشد، لذا این موضوع می‌تواند در تشخیص نشانگان افسردگی خطا ایجاد کند (۱۳). از این رو گرچه مبنای ابتلا به افسردگی امتیاز بالاتر از ۱۰ در نظر گرفته شده است ولی چون علایم فوق می‌تواند امتیازات را در ملاک Beck افزایش دهد برخی مطالعات پیشنهاد می‌کنند بهتر است آستانه بالاتری را مرز افسردگی زنان باردار در نظر بگیریم به همین خاطر در مطالعه Holcomb و همکاران امتیاز بالاتر از ۱۶ به عنوان آستانه افسردگی در زنان باردار پیشنهاد شده است و حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۸۳٪ و ۸۹٪ بدست آمده است (۱۴). از این رو در این مطالعه نیز امتیاز ۱۶ آستانه نشانگان افسردگی در زنان در نظر گرفته شده است. در این مطالعه تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شده است و در حالت تک متغیره از آزمون‌های آماری مربع کای برای مقایسه متغیرهای کیفی، برای مقایسه متغیرهای کمی آزمون تی و برای متغیرهای رتبه‌ای آزمون من ویتنی

بحث و نتیجه گیری

بروز افسردگی در دوران بارداری شروع زنجیره‌ای از مشکلات در آینده برای زن باردار است. افسردگی در این دوران نه تنها زن باردار را از نظر رفتاری و روانی دچار مشکل می‌کند بلکه تبعات منفی برای جنین به همراه خواهد داشت. متأسفانه تبعات این مشکل به همین جا خاتمه نیافته و با وضع حمل زن باردار، او را مستعد بروز نشانگان افسردگی پس از زایمان نیز می‌کند، از طرف دیگر باعث بروز مشکلاتی هم برای نوزاد شده و روابط بین مادر و نوزاد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۵). در این مطالعه که به منظور تعیین شیوع افسردگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر نیشابور انجام شده است مشاهده شد که ۳۰ درصد از جمعیت مورد مطالعه به درجاتی از افسردگی مبتلا بودند. در مطالعه‌ای که توسط Benute و همکاران بر روی ۵۱ زن باردار انجام شد ۳۳/۳ درصد از آنان به افسردگی مبتلا بودند (۷). در مطالعه‌ای که بر روی ۱۷۴۵ زن باردار در ژاپن انجام شد حدود ۱۹ درصد آنها علائم افسردگی از خود نشان دادند (۶). در مطالعه Krauss و همکاران ۱۴/۲٪ از زنان مورد مطالعه از افسردگی دوران بارداری رنج می‌بردند (۱۶). با توجه به نتایج این مطالعه و سایر مطالعات فوق‌الذکر مشاهده می‌شود که افسردگی زنان در دوران بارداری دارای شیوع نسبتاً بالایی می‌باشد که البته شیوع نشانگان افسردگی در این مطالعه از اکثر مطالعات ذکر شده بیشتر است. یافته‌های این مطالعه وجود ارتباط معناداری را میان سن زن باردار و نشانگان افسردگی دوران بارداری نشان می‌دهد. به گونه‌ای که درصد افسردگی در زنان زیر ۲۵ سال بیشتر بوده است. اکبری و توقیری به نقل از Aiko اظهار می‌دارند که احتمالاً با افزایش سن زن باردار میزان ابتلا به افسردگی در جمعیت مورد مطالعه کاهش می‌یابد (۵). همچنین در مطالعه Mistrی و همکاران ارتباط معکوسی بین بروز افسردگی و سن زن باردار مشاهده شده است (۱۷). با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت با افزایش سن و کسب آگاهی‌ها و تجارب بیشتر در زندگی آمادگی مادر هم برای مواجهه با بارداری و شرایط جسمی و روانی خاص آن

دوران افزایش می‌یابد. در این مطالعه مشاهده شد که بین افسردگی و وضعیت اقتصادی خانواده افراد مورد بررسی ارتباط معناداری وجود دارد به این گونه که هرچه وضعیت اقتصادی خانواده در سطح بهتری بود، شیوع افسردگی در زنان باردار نیز کمتر بود. در مطالعه‌ای که توسط Krauss و همکاران با هدف بررسی شیوع افسردگی و رابطه آن با ویژگی‌های فردی در زنان باردار بر روی ۳۳۹ زن باردار در برزیل انجام گرفته است مشاهده شد که وضعیت اقتصادی ضعیف خانوار یکی از عوامل خطر افسردگی می‌باشد (۱۶). در حالی که در مطالعه‌ای که توسط Ross و همکاران انجام شد ارتباط معناداری میان افسردگی دوران بارداری و وضعیت اقتصادی خانوار مشاهده نشد (۱۸).

نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که رفاه اجتماعی بالا که می‌تواند به تبع وضعیت اقتصادی خوب خانوار حاصل شود قادر است بخشی از دغدغه‌ها و نگرانی‌های زنان باردار را در خصوص رشد و پرورش جنین داخل رحم خود برطرف نماید و شیوع افسردگی در این جمعیت را کاهش دهد، همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد زنانی که بارداری آنها آگاهانه بوده است کمتر از زنانی که بارداری ناخواسته داشته‌اند، در معرض خطر افسردگی قرار گرفته‌اند. در مطالعه حبیب زاده و همکاران که با هدف مقایسه افسردگی در حاملگی‌های خواسته و ناخواسته انجام گرفت، مشاهده شد که شیوع افسردگی در حاملگی‌های ناخواسته بیش از مواردی بوده است که به صورت خواسته باردار شده‌اند (۱). از سوی دیگر در مطالعه لالویی و همکاران که با هدف تعیین میزان افسردگی در ۴۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مراقبت از بارداری بیمارستان‌های بقیه‌ا... و نجمیه تهران صورت گرفته است، هیچ گونه ارتباطی میان افسردگی دوران بارداری و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری یافت نشد (۱۹). نتایج مطالعه ما نشان می‌دهد که آمادگی ذهنی قبلی برای بارداری می‌تواند در کنترل احساسات و عواطف زنان در دوران بارداری مؤثر باشد و زنان باردار را نسبت به تغییرات دوران بارداری هوشیارتر کرده، لذا زنانی که بارداری خواسته داشته‌اند راحت‌تر می‌توانند با این تغییرات کنار بیایند.

با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می‌سد که شیوع نشانگان افسردگی در زنان باردار شهر نیشابور در سطح نسبتاً بالایی می‌باشد لذا شایسته است مدیران سیستم‌های بهداشتی درمانی قبل از اینکه افسردگی این دوران زمینه ساز مشکلات بیشتری برای زن باردار و نوزاد در آینده شود، مداخلات لازم را جهت تشخیص و پیشگیری از افسردگی در این دوران اتخاذ نمایند و با برگزاری کلاس‌های آموزشی در دوران بارداری، بینش صحیحی را در زنان باردار نسبت به علائم و تغییرات این دوران پدید آورند تا سلامت جسمی و روانی زنان و نوزادانشان در آینده تضمین گردد. مراقبت‌های قبل از زایمان فرصت مغتنمی بدست می‌دهد تا ناراحتی‌های هیجانی زن باردار، پیشگیری و درمان گردد. این کار با آموزش و بالا بردن سطح اطلاعات زنان امکان‌پذیر است که می‌تواند مشارکت ارزنده‌ای در سلامت روانی و نشاط زنان باردار و خانواده ایشان داشته باشد.

مهمترین محدودیت این مطالعه این است که این مطالعه مقطعی می‌باشد لذا ممکن است روابط مشاهده شده بین افسردگی و سایر متغیرها قابل اعتماد نباشد، با این وجود نشانه‌هایی از ارتباط برخی از متغیرها با نشانگان افسردگی دوران بارداری را نشان داده است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده با استفاده از طراحی‌های قوی‌تر انجام گیرد.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از تمامی زنان باردار و سایر افرادی که در انجام این مطالعه به ما یاری رساندند کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم. طرح پژوهشی مربوط به این مقاله در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی نیشابور با کد ۴ به تصویب رسیده است.

جدول شماره (۱): ویژگیهای فردی و اجتماعی واحدهای مورد پژوهش

متغیر	نوع متغیر	تعداد	درصد
سن زن باردار	< ۲۵	۱۳۵	٪۴۸/۲
	≥ ۲۵	۱۴۵	٪۵۱/۸
رتبه‌ی بارداری	حاملگی اول	۱۵۸	٪۵۶/۴
	حاملگی دوم یا بیشتر	۱۲۲	٪۴۳/۶
سن بارداری*	سه ماهه اول	۵۳	٪۱۹/۹
	سه ماهه دوم	۷۵	٪۲۸/۲
	سه ماهه سوم	۱۳۸	٪۵۱/۹
شغل زن باردار	خانه دار	۲۴۵	٪۸۷/۵
	شاغل	۳۵	٪۱۲/۵
درآمد ماهیانه خانوار*	۴۰۰۰۰۰ ریال	۵۲	٪۲۲
	> ۴۰۰۰۰۰ ریال	۱۸۴	٪۷۸
مدت زمان گذشته از ازدواج	< ۵ سال	۱۵۱	٪۵۳/۹
	≥ ۵ سال	۱۲۹	٪۴۶/۱
اختلاف سنی	< ۳ سال	۸۰	٪۲۸/۶
	≥ ۳ سال	۲۰۰	٪۷۱/۴
سطح تحصیلات زن باردار	کمتر از متوسطه	۵۵	٪۱۹/۶
	متوسطه و بالاتر	۲۲۵	٪۸۰/۴
سطح تحصیلات همسر	کمتر از متوسطه	۱۰۴	٪۳۷/۱
	متوسطه و بالاتر	۱۷۶	٪۶۲/۹
سابقه‌ی سقط	دارد	۴۶	٪۱۶/۴
	ندارد	۲۳۴	٪۸۳/۶
سابقه‌ی شخصی یا خانوادگی افسردگی	دارد	۱۰	٪۳/۶
	ندارد	۲۷۰	٪۹۶/۴
خواسته یا ناخواسته بودن بارداری	خواسته	۲۵۳	٪۹۰/۴
	ناخواسته	۲۷	٪۹/۶

* متغیرهای دارای داده های گم شده

جدول شماره (۲): متغیرهای دارای رابطه معنادار با نشانگان افسردگی مادران باردار

متغیرها	ضریب رگرسیون	نسبت شانس	فاصله اطمینان	سطح معنی داری
سن مادر باردار	-۱/۰۵۹	۰/۳۵	(۰/۱۸ , ۰/۶۵)	۰/۰۰۱
درآمد ماهیانه خانوار	-۱/۱۳۱	۰/۳۲	(۰/۶۵ , ۰/۱۶)	۰/۰۰۱
خواسته یا ناخواسته بودن بارداری	۲/۴۵۶	۱۱/۶۶	(۳/۴۱ , ۳۹/۹۱)	۰/۰۰۱

References

- 1-Habibzadeh A, Habibzadeh Z. Evaluation of Effective Factors and its Prevalence on Postpartum Depression Among Women in the City of Qom. *Iran International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2016; 4(1): 23-28.
- 2-Cheraghi M, Najafian M, Amoori N, Bazargan A, Cheraghi M, Motaghi M, Risk factors of postpartum depression in Ramhormoz city, Iran. *J Neuropsychiatry Neuropsychologia*. 2015; 10(1): 1-4.
- 3-Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L. Prenatal depression in Latinas in the US and Mexico. *Matern Child Health J*. 2009; 13(4): 567-76.
- 4-Tannous L, Gigante P, Fuchs S, Busnelo E. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*. 2008; 8(1): 1.
- 5-Akbari S A, Tooghiri MA. Relation between gestational anemia and postpartum depression. *Journal of Nursing and Midwifery*. 2007; 16(56): 19-26.
- 6-Miyake Y, Tanaka K, Okubo H, Sasaki S, Arakawa M. Fish and fat intake and prevalence of depressive symptoms during pregnancy in Japan: Baseline data from the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *J Psychiatr Res*. 2013 May; 47(5): 572-8. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.01.012. Epub 2013 Feb 4.
- 7-Benute GR, Nozzella DC, Prohaska C, Liao A, de Lucia MC, Zugaib M. Twin Pregnancies: Evaluation of Major Depression, Stress, and Social. *Twin Res Hum Genet*. 2013 Apr; 16(2): 629-33. doi: 10.1017/thg.2012.153. Epub 2013 Feb 11.
- 8-KHeyrabadi G, Kabiri A. Comparison of birth growth indices between newborns of depressed and non-depressed women. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2006; 8(1): 24-40. Persian.
- 9-Shahmiri H, Momtazi S. The prevalence of Depression and its Relationship with personal characteristics in pregnant women. *Med J Tabriz Univ Med Sc*. 2006; 28(2): 83-86. Persian.
- 10-Pazande F, Toomians J. Prevalence of depression in parturients referring university hospitals in Tehran in 1999. *Feyz*. 2002; 6(1): 66-70. Persian.
- 11-Rajabi GH, Atary Y, Haghghi J. Factor Analysis Of Beck Questionnaire (BDI-21) In Shahid Chamran University Of Ahvaz Boys Students. *J Of Education and psychology*. 2001; 3(4): 49-66.
- 12-Azkhosh M. Application of psychological tests and clinical diagnosis. Tehran: Ravan Press; 2009.
- 13-Miller LJ, Shah A. Major mental illness during pregnancy. *Primary Care Update for OB/GYNS*. 1999; 6(5): 163-8.
- 14-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 Dec; 88(6): 1021-5.
- 15-Bjørk M, Veiby G, Engelsena B, Gilhus N. Depression and anxiety during pregnancy and the postpartum period in women with epilepsy: A review of frequency, risks and recommendations for treatment. *Seizure J*. 2015(28): 39-45.
- 16-Krauss Pereira P, Govani M, Pilowsky D, Abelha Lima L, Fortes Legay L. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. 2009; 25(12): 2725-36.
- 17-Misri S, Oberlander TF, Fairbrother N, Carter D, Ryan D, Kuan AJ, Reebye P. Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *Can J psychiatry*. 2004; 49(10): 684-9.
- 18-Ross LE, Campbell VL, Dennis CL, Blackmore ER. Demographic characteristics of participant in studies risk factors, prevention, and treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry*. 2006; 51(11): 704-10.
- 19-Laluli A, Kashani N. Determine Of depression in pregnant women attending to prenatal care clinics affiliated baghiyatollah and Najmiyeh Tehran. *J Med Counc IR*. 2007; 26(3): 317-323. Persian.

Prevalence of Depression Symptoms and its Effective Factors in Pregnant Women

By: Gholami A^{1*}, Ahmadpoor S², Baghban B², Kheirtalab S², Foroozanfar Z³

1- Department of Public Health, Instructor, Ph.D Candidate of Epidemiology, School of Public Health, Neysaboor University of Medical Sciences, Neysaboor, Iran

2- BSc student in nursing, Students Research Committee, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran

3- Department of statistics and Epidemiology, Instructor, Kerman University of Medical Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Received: 2014/02/25

Accepted: 2014/09/01

Abstract

Introduction: Depression during pregnancy is among the most important types of depression in women, which can have serious consequences for both mother and child.

Objective: Therefore, this study aimed to determine the prevalence of depression and its effective factors in pregnant women attending health centers in Neyshabur in 2013.

Methods: This cross-sectional descriptive and analytic study was conducted on 280 pregnant women referring to health centers in Neyshabur in 2013. Five of nine health centers were randomly selected using cluster sampling method. Sample size was determined considering ratio data and the referrals to each center using random systematic method. They were enrolled after obtaining verbal consent.

In this study, data collection tool was a two-part questionnaire. First part consisted of demographic information (age, number of previous deliveries, gestational age (in weeks), pregnant woman's job, year(s) of marriage, family monthly income, age difference with husband, pregnant women's education, spouse's education level, abortion history, planned or unplanned pregnancy, personal or family depression history). Second part contained Beck Depression Inventory with 21 items which measures physical, behavioral and cognitive symptoms of depression. Each question has four options that can be scored from 0 to 3 and each item specifies various degrees of depression from mild to severe. Total range of its scores ranges between 0 to 63. Scores less than 10 represent a normal status, 11- 16 mild depression, 17-20 need consultation with psychologist or a psychiatrist, 21-30 relative depression, 31-40 severe depression and more than 40 very severe depressions. Since the onset of some symptoms such as sleep disorders, weight fluctuations and energy reduction can exist in a normal pregnancy, diagnosing depression may be difficult. Although developing depression score is considered to be higher than 10, scores higher than 16 were considered as the threshold of depression in pregnant women. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the data. For univariate analysis, chi-square was determined to compare the qualitative variables. T-test and Mann-Whitney test were used to compare the quantitative and ordinal variables, respectively. Moreover, logistic regression model (Backward) was used to examine the relationship between study variables and depression. Significance level was considered less than 0.05.

Results: The mean age of the patients was 25.5 ± 5.24 years. 135 (48.2%) of the 280 women were under 25 years of age. 55 cases had (19.6%) less than high school education. 158 women (56.4%) experienced their first pregnancy. 53 cases (19.9%) were in their first trimester of pregnancy. In this study, 84 (30%) of pregnant women had some degrees of depression symptoms. 50 of them were under 25 years (59.5%) and 34 (40.5%) were over 25 years old. 46.2% of women whose family monthly income was less than or equal to 150 \$, and 24.5% of women with income above this amount had symptoms of depression. Furthermore, 25.3% of women with planned pregnancy and 74.1% of those with unplanned pregnancy had symptoms of depression. Using the chi-square test, a statistically significant relationship was observed between age, pregnant woman's job, monthly

family income, level of education, spouse's education level, planned or unplanned pregnancy with symptoms of depression during pregnancy ($p < 0.05$). Yet, other variables (number of previous deliveries, gestational age, year(s) of marriage, age difference with husband, abortion and depression history) were not significantly associated with symptoms of depression during pregnancy ($p > 0.05$). Finally, using multivariate logistic regression model showed a significant relationship between age of pregnant women ($P < 0.001$, OR =0.35), family monthly income ($P < 0.001$, OR =0.32) and planned or unplanned pregnancy ($P < 0.001$, OR =11.66) with symptoms of depression during pregnancy.

Conclusion: In attention to study findings, it seems that pregnant women's depression level in Neyshabur is high. Therefore, it is suggested that managers of therapeutic health care centers implement appropriate interventions in order to reduce or prevent depression during pregnancy.

Keywords: Depression, Prevalence, Pregnant Women, Pregnancy

*Corresponding Author: Ali Gholami, Neysaboor, School of Public Health

Email: aagholami80@yahoo.com