

ارتباط متغیرهای اجتماعی، زیست‌شناسی و روان‌شناختی با افسردگی پس از زایمان زنان شهر اصفهان

پژوهشگر: دکتر حمیدرضا عریضی*

چکیده:

رفتار انسان به ابعاد زیست‌شناختی، روانشناختی، فرهنگی و ساختار اجتماعی تقسیم می‌شود. این ابعاد می‌توانند تعیین‌کننده میزان بروز افسردگی پس از زایمان در زنان باشند (وارنر و همکاران، ۱۹۹۶). از این رو پژوهش حاضر که مطالعه‌ای توصیفی - مقطعی از نوع علمی پس از وقوع بوده، با هدف تعیین ارتباط متغیرهای وابسته به فرهنگ، زیست‌شناسی و روانشناختی و افسردگی پس از زایمان در زنان ایرانی صورت گرفته است. تعداد ۲۹ نمونه با افسردگی پس از زایمان از بین ۳۰۰ نفر مراجعه‌کننده در دوره پس از زایمان که جهت دریافت خدمات تنظیم خانواده و واکسیناسیون نوزاد خود به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده‌اند با روش آسان انتخاب شدند و مورد آزمون قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات این پژوهش پرسشنامه‌ای با ۹۲ سؤال، که در ۴ مقیاس درجه‌بندی شده بود. این ابزار توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید. نتایج پژوهش نشان داد که سبک تغذیه کودکان با افسردگی ارتباط دارد و بدینصورت سبک تغذیه از پستان رابطه معنی‌دار و منفی با بروز افسردگی دارد ($R = -0.32$). برخلاف انتظار، رویدادهای استرس‌آور زندگی با افسردگی پس از زایمان ارتباطی نداشته اما متغیرهای حمایت اجتماعی و مفهوم نقش ادغام شده با آزادی، با افسردگی ارتباط دارد ($R = 0.32$). رضایت از شغل و همکار هر دو رابطه معکوس و معنی‌داری با افسردگی دارد ($R = -0.41$). نتایج رگرسیون چندگانه نشان می‌دهد متغیرهای رضایت از همکار، رضایت از زندگی و نیاز به کمک، متغیرهای پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان بوده و در مجموع ۰/۱۵ واریانس افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند.

واژگان کلیدی: افسردگی پس از زایمان، متغیرهای اجتماعی، متغیرهای روانشناختی، متغیرهای زیست‌شناختی.

مقدمه:

درجه‌ای از افسردگی را تجربه می‌نمایند که به آن افسردگی خفیف پس از زایمان می‌گویند (شاند^۲، ۱۹۸۵ و روبین^۳، ۱۹۶۲). مارسلا^۴، (۱۹۸۰) عنوان می‌کند که شیوع افسردگی

اختلالات افسردگی در بین فرهنگهای گوناگون متفاوت است و در شرق و غرب شکل خاص خود را دارد (واتسون و اوانز^۱، ۱۹۸۶). در فرهنگهای غربی ۵۰ درصد مادران

1 - Watson & Evans.

2 - Shand.

3 - Robin

4 - Marsella.

* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

در فرهنگهای غیرومی کمتر از فرهنگهای غربی است. هریس^۱ (۱۹۸۱) پس از بررسی جامعه زنان آفریقای شرقی دریافت که افسردگی پس از زایمان نمودی از فرهنگ آنان است. با این حال شیمیتسو و کاپلان^۲ (۱۹۸۷) هنگامیکه زنان عادی را با زنان پس از دوره زایمان از نظر افسردگی مقایسه کردند، دریافتند که دو گروه براساس فهرست بررسی نشانه‌های افسردگی با یکدیگر تفاوتی ندارد. وارنر و همکاران^۳ (۱۹۹۶) رفتار انسان را به ابعاد گوناگون زیست‌شناختی، روانشناختی، فرهنگی و ساختار اجتماعی تقسیم می‌کنند. بیشترین واریانس تعیین‌کننده رفتار انسانی از نظر وارنر و همکاران ساختار اجتماعی و بعد از آن فرهنگی، روانشناختی و زیست‌شناختی است در مطالعه افسردگی پس از زایمان تغییرات در روابط خانوادگی که بخشی از ساختار اجتماعی است و نیز نگرشهای فرهنگی و آداب و رسوم می‌توانند میزان بروز افسردگی پس از زایمان را تعیین کنند.

در این راستا می‌توان فرهنگ ایران و ژاپن را در نظر گرفت. در فرهنگ ژاپن فاصله بین نسلها کمتر است و گاهی سه نسل در نزدیکی یکدیگر زندگی می‌کنند (یوشیدا^۴ و همکاران، اوپایایا و کرید^۵، ۱۹۹۰، ماسودا^۶ ۱۹۷۹). در ایران نیز روابط خانواده‌ها نزدیک‌تر از غرب است. این متغیر فرهنگی بسیاری از عوامل مؤثر بر افسردگی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد نحوه تغذیه نوزاد از طریق شیر مادر و یا بطری نیز ممکن است عامل تعیین‌کننده استعداد فرد به افسردگی پس از زایمان باشد. نتایج پژوهشها نشان داده‌اند، زنانی که کودکان خود را از طریق بطری تغذیه می‌کنند افسرده‌تر از زنانی هستند که کودکان خود را با شیر مادر تغذیه می‌کنند (والکر^۷، مودال و نیوتن^۸، ۱۹۷۲) فقدان حمایت اجتماعی نیز یک عامل خطر مهم به حساب می‌آید. درباره نقش مهم روانشناختی صنعتی و سازمانی و سازه‌های مربوط به آن در افسردگی پس از زایمان کمتر تحقیق شده است یکی از این سازه‌ها مفهوم نقش زنان

می‌باشد پژوهش‌ها نشان داده‌اند هر چه مفهوم نقش زنان با آزادی بیشتر آنان همراه باشد در آن صورت مفاهیمی از قبیل استقلال اقتصادی و نیز برابری در اهداف تحصیلی و شغلی و داشتن شغلی حتی به هنگام پرورش فرزندان مطرح می‌گردند شیمیتسو، کاپلان (۱۹۸۷) و اوپادایا و کرید (۱۹۹۰)، معتقدند تفاوت‌های فرهنگی در شیوع افسردگی پس از زایمان تأثیر می‌گذارد. آنها متغیرهای مؤثر بر افسردگی پس از زایمان را در ژاپن و آمریکا مقایسه کردند و دریافتند که درک نقش در این دو فرهنگ متفاوت است، زیرا در ژاپن کارکردن برای زنان امری فرعی است و کمتر زنان شاغل هستند در حالی که در جامعه آمریکا اکثر زنان کار می‌کنند و نقش اقتصادی مهمی در خانواده دارند. از طرف دیگر ویفن و گوتلیب^۹ (۱۹۹۳) دریافتند که زنان با اندوه مادرانه پس از زایمان دارای کودکانی هستند که بیشتر گریه می‌کنند، شبانگهان بیشتر از خواب بیدار شده و میزان استفراغ بیشتری دارند. وود^{۱۰} (۱۹۹۴) نشان داده است که اختلالات هیجانی پس از زایمان با فقدان خواب یا محرومیت از خواب ارتباط دارد و همچنین رویدادهای زندگی با افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد با توجه به این مهم پژوهشگر تصمیم به اجرای این پژوهش در زمینه افسردگی پس از زایمان گرفت.

اهداف پژوهش:

اهداف این پژوهش تعیین میزان بروز افسردگی مادران در هفته ۶-۴ بعد از زایمان در اصفهان و تعیین عوامل مساعدکننده افسردگی پس از زایمان شامل متغیرهای

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1 - Harris | 2 - Shimizu & Kaplan |
| 3 - Warner & etal. | 4 - Yoshida & etal |
| 5 - Upadhyaya & Creed | 6 - Masuda |
| 7 - Walker | 8 - Modahl & Newton |
| 9 - Whiffen & Gotllib | 10 - Wood |

اجتماعی از قبیل حمایت اجتماعی و برنامه‌ریزی کار، متغیرهای روانشناختی شامل احساس تنهایی، نیاز به کمک، رضایت از زندگی، رضایت شغلی، رضایت از همکار، درک نقش و رویدادهای زندگی، متغیرهای زیست‌شناسی از قبیل فقدان خواب و وضعیت تغذیه‌ای کودک در آنان بوده است.

روش پژوهش:

این مطالعه مقطعی از نوع علمی پس از وقوع در سال ۱۳۸۱ بر روز تعداد ۲۹ نفر از زنان با افسردگی پس از زایمان از بین ۳۰۰ نفر مراجعینی که جهت دریافت خدمات بهداشتی برای خود یا فرزندانشان به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان مراجعه می‌نمودند، انجام شد. روش نمونه‌گیری بصورت انتخاب آسان بود.

شرایط پذیرش واحدهای مورد پژوهش شامل موارد زیر بوده است:

واحدهای مورد پژوهش دارای بیماریهای شناخته شده روانی نبوده و سابقه بیماریهای مزمن که سلامتی آنها را تحت الشعاع قرار داده باشد در آنان دیده نشود. نوع زایمان آنها طبیعی و سزارین بدون عوارض خاص زایمانی بوده است بطوری که خاطره بدی از زایمان در ذهن آنها ایجاد نکرده باشد و شاغل نیز بوده‌اند.

ابزار گردآوری اطلاعات عبارت از پرسشنامه‌ای شامل ۹۲ سؤال با ۴ مقیاس درجه‌بندی بود که از طریق مصاحبه با واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید.

اطلاعات دموگرافیک شامل سن مادر، سطح تحصیلات، رضایت کلی وی از زندگی مورد پرسش قرار گرفت، برای سنجش افسردگی، از مقیاس افسردگی پیت^۱ با ۲۴ سؤال استفاده گردید که براساس تجارب بالینی وی با بیماران افسرده پس از زایمان ساخته و اعتباریابی گردیده است. این پرسشنامه ۱۲ حیطه افسردگی از قبیل اشتها، شناخت، احساس گناه، تحریک پذیری و نیز کاهش سطح

عملکرد روانی - حرکتی و شخصیت زدایی را مورد سنجش قرار داده است که نمره بالای ۱۹ نشان دهنده افسردگی بود پرسشنامه مذکور با روش اعتباریابی صوری اعتباریابی شد و پایایی آن با آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ بدست آمد.

تغییرات فیزیولوژی برحسب سبک تغذیه کودک ارزیابی شده که تصور می‌شود به حالت برونی زنان تأثیر می‌گذارد دامنه نمره‌ها از صفر تا ۲ است که صفر معادل تغذیه از شیر مادر و ۲ معادل تغذیه با شیر خشک است و ۱ به معنای تغذیه شیر مادر به همراه شیرخشک می‌باشد. محرومیت از خواب از طریق تعداد دفعاتی که مادر در طول شب بیدار شده است مورد سنجش قرار گرفته است. رویدادهای استرس‌آور زندگی از طریق مقیاس درجه‌بندی سازگاری مجدد هلمز و راهه^۲ در سال ۱۹۶۷ مورد سنجش قرار گرفت. برای تعیین حمایت اجتماعی، ۶ سؤال از مقیاسهای هایتلر^۳ و توبر^۴ برگرفته شده است همچنین ۲ سؤال جهت ارزیابی نیاز مادران به کمک دیگران و ۵ سؤال به ارزیابی مفهوم نقش در بین زنان پرداخته است. بخشی از مقیاس شاخص توصیف شغل^۵ (JDI) برای رضایت شغلی ساخته شده توسط اسمیت، کندال و هولین در سال ۱۹۶۹ نیز مورد استفاده قرار گرفت.

اطلاعات بدست آمده توسط رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

میانگین سنی واحدهای مود پژوهش زنان ۲۲/۴۸ سال و میانگین تحصیلات آنها ۱۳/۲۵ و همسران آنها ۱۴/۷۵ (برحسب تعداد سالهایی که با موفقیت طی شده) بوده است ضریب همبستگی برای ارزیابی روابط بین متغیرها

1 - Pitt.

2 - Holmes & Rahe

3 - Heitler

4 - Tauber

5 - Job descriptive index

و تحلیل رگرسیون مرحله‌ای برای نمونه پژوهش حاضر انجام شده است تا عوامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان را در بین واحدهای مورد پژوهش مشخص کند.

سبک تغذیه کودکان با افسردگی ارتباط دارد و سبک تغذیه از پستان مادر رابطه معنی‌دار و منفی با افسردگی دارد ($R = -0.32$). به عبارت دیگر هر چه زنان به تغذیه کودکان با پستان روی آورند احتمال بروز افسردگی در آنان کاهش خواهد یافت. برخلاف پیش‌بینی، رویدادهای استرس‌آور زندگی با افسردگی ارتباطی ندارد. متغیر نیاز به کمک با افسردگی ارتباط دارد و ضریب همبستگی برابر با 0.32 می‌باشد. مفهوم نقش ادغام شده با آزادی با افسردگی ارتباط دارد ($R = 0.32$). رضایت شغلی رابطه معکوس با افسردگی دارد ($R = 0.37$) و رضایت از همکار نیز رابطه معکوس معنی‌دار با افسردگی دارد ($R = 0.41$). نتایج رگرسیون چندگانه نیز نشان می‌دهد که به ترتیب رضایت از همکار، رضایت از زندگی و نیاز به کمک متغیرهای پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان هستند و در مجموع 0.15 واریانس افسردگی را پیش‌بینی می‌کند (جدول ۲).

بحث و نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر در مورد متغیرهای پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان در ایران و در مقایسه آن با نتایج بدست آمده در تحقیق یوشیدا و همکاران در سال ۱۹۹۷ به نظر می‌رسد که متغیرهای پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان در ایران و ژاپن متفاوت است همین‌طور با توجه به تحقیق وارنر و همکاران (۱۹۹۶) و ویفن و همکاران ۱۹۹۳ متغیرهای پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان در ایران و کشورهای غربی متفاوتند اما متغیرهای مربوط به افسردگی پس از زایمان در این

پژوهشها با یکدیگر مشابه است. به عبارت دیگر هر چند متغیرهای مربوط در ضرائب همبستگی ساده یکسان هستند اما متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در رگرسیون متفاوتند در ژاپن زنان با نقش سنتی به احتمال بیشتر دچار افسردگی می‌شوند نمونه حاضر در مورد زنان در ایران نیز چنین نتیجه‌ای دیده می‌شود عواملی مثل رضایت از همکار و نیاز به کمک اولویت بیشتری دارد به نظر می‌رسد برای کاهش افسردگی پس از زایمان در زنان شاغل باید تغییراتی در محیط کار آنها صورت گیرد تا محیط مناسب‌تری ایجاد شود به دلیل اینکه رضایت از زندگی نیز جزء متغیرهای پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان می‌باشد به نظر می‌رسد برای رضایت از زندگی باید تلاش بیشتری صورت گیرد علاوه بر آن استقلال مالی زن و دیگر مفاهیم رهایی بخش در مفهوم نقش زنان در جامعه ایرانی می‌تواند افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد. با توجه به اینکه پژوهشها نشان داده‌اند زنانی که با افسردگی پس از زایمان دچار می‌شوند در تربیت فرزندان خود با دشواریهایی روبرو هستند و فرزندان آنها با مشکلات بیشتر روانشناختی و اجتماعی دست به گریبان خواهند شد و سرمایه آینده کشور از طریق آنها تأمین می‌شود به این موارد باید توجه جدی نمود بسیاری از ضرائب همبستگی بدست آمده در پژوهش حاضر با پیشینه پژوهشها همخوانی دارد. مثلاً اینکه زنانی که با پستان به فرزندان خود شیر می‌دهند کمتر دچار افسردگی پس از زایمان می‌شوند (مودال و نیوتن، ۱۹۷۹). با این حال پژوهش حاضر از نظر رابطه بین عوامل مربوط به محیط کار و افسردگی پس از زایمان در نمونه زنان ایرانی شاید تنها پژوهش گزارش شده باشد.

جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار نمره های متغیرها در نمونه زنان افسرده

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
—	n = ۲۹	n = ۲۹
افسردگی	۱۸/۱۲	۵/۰۲
سن	۲۲/۴۸	۳/۶۴
تعداد کودکان	۱/۶۶	۰/۷۹
تحصیلات زن	۱۳/۲۵	۰/۶۲
تحصیلات همسر	۱۴/۷۵	۰/۶۹
نوع تغذیه کودک	۰/۲۸	۰/۵۸
فقدان خواب	۲/۶۶	۱/۳۸
درد	۰/۷۹	۰/۶۷
رویدادهای زندگی	۳۱۹	۱۷۵/۰۹
احساس تنهایی	۵/۸۳	۱/۴۲
نیاز به کمک	۲/۸۷	۱/۴۸
رضایت از زندگی	۱/۴۲	۰/۵۲
حسن فداکاری	۱/۰۲	۰/۶۹
درک نقش	۸/۲۸	۲/۰۳
برنامه ریزی کار	۳/۲۸	۲/۵۸
رضایت شغلی	۲۱/۴۳	۶/۰۲
رضایت از همکار	۲۵/۴۴	۵/۱۱

جدول ۲ - رگرسیون چندگانه پیش بینی کننده افسردگی در ایران به روش مرحله ای

معنی داری	F	سطح معنی داری	t	B	بتا	افزایش R2	R2	ضریب همبستگی چندگانه	
۰/۰۰۱	۱۲/۵۴	۰/۰۲	-۳/۰۶	-۰/۱۴۹	-۰/۲۱۱	—	۰/۱۴۹	۰/۳۸۶	رضایت همکار
—	—	۰/۰۰۱	-۴/۷	-۰/۱۶۵	-۰/۳۱۳	٪۳۶	—	—	رضایت از زندگی
—	—	۰/۰۳	-۳/۰	-۰/۲۱۱	-۰/۲۰۸	٪۴۹	—	—	نیاز به کمک

منابع:

- 1 - Harris, B. (1981). "Maternity blues" in East African clinic attenders. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1293 - 1295.
- 2 - Heitler, S. k. (1976). Postpartum depression: A - multi - diptensional study. *Dissertation Abstracts International*. 36. 5792B - 5793B. (University Microfilms No. 79 - 10, 175).
- 3 - Holmes T., & Raher. (1967). The Social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic Research*, 11, 213 - 218.
- 4 - Marsella, A. J. (1980). Depressive experience and disorder across cultures. In H. C. Triandis & J. C. Draguns (Eds). *Handbook of cross - cultural psychology*. Vol6. psychopathology (PP: 237-298). Boston: Allyn & Bacon.
- 5 - Masuda, M. (1979) *American Japanese family*, Tokyo, Nippon.
- 6 - Moahl, C. & Newton, N. (1979) Mood state differences between breast and bottle - feeding mothers. In L. Carenza (Eds). *Emotions and reproduction* (Vol. 20A). New York : Academic Press.
- 7 - Plit, B. (1968). A - typical depression following childbirth. *British Journal of psychiatry*, 114, 1325 - 1335.
8. Plit, B. (1973). "Maternity blues. " *British Journal of psychiatry*, 122. 431 - 433.
- 9 . Robin, A.A. (1962). *The psychological changes of parturition* psychiatric quarteriy, 36, 129.
- 10 - Shand, N. (1985). *Culture's Influence in Japanese and American Maternal Role perception and confidence* psychiatry 48, 52 - 62.
- 11 - Shimizu, Y. M. & Kaplan, b.J. (1987). Postpartum depression in the United States and Japan. *Journal of Cross - Cultural psychology*, 18(1), 15-30.
- 12 - Smith, P, Iendall, C & Holin, C, (1969) *The measurement of work satisfaction*, chicago Rand MC Nally.
- 13 - Tauber, M.A. (1974). Postpartum depression, environmental stress and educational aspiration. *Disserlation Abstracts International*, 34, 6226B. (University Microfilm).
- 14 - Upadhaya, A., Creed, F., (1990). Psychiatric morbidity among mothers attending well - baby clinic: A cross - cultural comparision. *Acta psychiatrica Scandinavica* 81(2), 148 - 151.
- 15 - Walker, J.J. (1996). Care of the patient with severe pregnancy induced hypertension. *European Journal of obsterics, Gynecology, and Reproductive Biology* 65(1), 127 - 35.
- 16 - Warner, R., Appleby. L., Whiton, A., & Faragher , B. (1996). Demographic and Obstetric Risk Factors for postnatal psychiatric Morbidity. *British Jornal of Psychiatry* 168, 607 - 611.
- 17 - Watson, E., Evans, S.J. (1986). An example of cross - cultural measurement of psychological symptoms in post - partum mothers. *Social Science & Medicine*, 23(9), 869 - 874.
- 18 - Whiffen, V. E., & Gollib, I. H. (1993). Comparison of Postpartum and nonpostartum depression Clinical presentation, Psychiatric, and psychosocial Functioning. *Journal of Consulting & clinical psychology*, 61(3), 485 - 494.
- 19 - Wood, J. W. (1994) *Dynamics of Human Reproduction: Biology, Biometry, Demography*. New york: Aldine De Gruyter.
- 20 - Yashida, K. etal (1997). Postnatal Japanese women who have given birgh in England. *Journal of Affective Disorders*, 43(1), 67 - 77.