

## ارتباط بین افسردگی پس از زایمان با باورهای کنترل سلامت در دوران بارداری و برخی عوامل جمعیت شناختی

دکتر مهدی مشکی، طاهره بلوچی بیدختی، خدیجه چروی

نویسنده‌ی مسوول: گناباد، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت tbaloochi@gmail.com

دریافت: ۹۲/۳/۱۲ پذیرش: ۹۲/۹/۱۸

### چکیده

**زمینه و هدف:** افسردگی پس از زایمان، علاوه بر سلامت مادر، بر رشد و تکامل روانی نوزاد تاثیر منفی و نامطلوب دارد. در نظریه جایگاه مهار سلامت، اعتقاد فرد به این امر است که سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی یا بیرونی می‌باشد. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین رابطه بین افسردگی پس از زایمان با باورهای کنترل سلامت در دوران بارداری و برخی عوامل جمعیت شناختی انجام شد. روش بررسی: این مطالعه‌ی مقطعی شامل ۲۳۰ نفر زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های دموگرافیک، جایگاه چند وجهی مهار سلامت، افسردگی ادینبورگ بود. داده‌ها بعد از جمع‌آوری توسط آزمون‌های *ANOVA, Multiple Regression, Pearson Correlation* مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** در این مطالعه، شیوع افسردگی ۲۱/۵ درصد نشان داده شد. سن نمونه‌ها و افسردگی پس از زایمان دارای ارتباط معناداری بودند. با افزایش تعداد فرزندان احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان نیز افزایش می‌یافت. احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان در زنان دارای سابقه‌ی سقط بیشتر از زنانی بود که فاقد این تجربه بودند. جنسیت نوزاد با افسردگی پس از زایمان ارتباط معناداری داشت به این ترتیب که وقوع افسردگی پس از زایمان در مادران با نوزاد پسر بیشتر از مادران با نوزاد دختر بود. باور درونی، باور افراد موثر و باور شانس پیش بینی کننده‌هایی بودند که بر افسردگی پس از زایمان به ترتیب تاثیر معنادار منفی، مثبت و مثبت داشتند.

**نتیجه گیری:** با شناخت باورهای کنترل سلامت به ویژه باور شانس می‌توان زنان باردار در معرض خطر افسردگی پس از زایمان را شناسایی و با برگزاری برنامه‌های آموزشی مناسب در جهت افزایش باورهای درونی و کاهش باورهای بیرونی از این مشکل عمده بهداشتی پیشگیری کرد.

**واژگان کلیدی:** باورهای کنترل سلامت، بارداری، افسردگی پس از زایمان، سلامت زنان

### مقدمه

را در زندگی دارد، با حالات ناشناخته و ناخوشایندی چون نگرانی و اضطراب، احساس ضعف و ناتوانی، عدم لذت، اختلال خواب و اشتها و عدم اعتماد و احساس بی‌کفایتی به عنوان والد، دست به گریبان می‌شود (۲). دوره‌ی پس از

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 خطر آفرین باشند (۱). در زمانی که مادر با تولد نوزاد، انتظار تجارب لذت‌بخش

۱- دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشیار مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۲- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مربی مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده‌ی بهداشت و مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

کودکان اغلب بسیار تحریک پذیر هستند و فعالیت کمتر از حد معمول و چهره‌ی غمگین تری نسبت به کودکانی که مادرانشان افسرده نیستند، دارند (۸). افسردگی پس از زایمان علاوه بر اثرات زیان بخش در روابط مادر و کودک، ارتباط با همسر را نیز مختل می‌کند و همسران زنان افسرده اغلب دچار افسردگی می‌شوند و در صورتی که افسردگی پس از زایمان بر طرف نشود، ممکن است به طلاق و جدایی منجر گردد (۱۰). بسیاری از محققین معتقدند افسردگی پس از زایمان اغلب بدون تشخیص باقی می‌ماند و تعداد زیادی بدون دریافت مراقبت بهداشتی این دوران را سپری می‌نمایند و فقط ۲۰ درصد با متخصص مشورت می‌کنند (۱۱). تاکنون مطالعات زیادی در مورد شیوع افسردگی و ارتباط آن با خصوصیات جمعیت شناختی در اغلب کشورهای پیشرفته انجام شده است که دارای بافت اجتماعی و نظام مراقبتی متفاوتی نسبت به کشورهای در حال توسعه هستند (۱۲) و عوامل خطر متفاوتی در ایجاد افسردگی موثر شناخته شده است (۱۲). از جمله جوهانسون و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که مهم‌ترین عوامل خطر ساز افسردگی پس از زایمان، عوامل اجتماعی دموگرافیکی مانند سطح تحصیلات، اجاره‌ای بودن مسکن مورد سکونت و دریافت خدمات بیمه‌ای و مهم‌ترین عوامل خطر ساز شخصیتی، عوامل درکی فرد از خود به‌عنوان شخص عصبی، غمگین بودند (۱۳). مطالعه‌ی بک نشان داد که عواملی چون افسردگی قبل از زایمان، روابط زناشویی، سابقه‌ی افسردگی قبلی، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی اجتماعی، حاملگی ناخواسته از مهم‌ترین عوامل تعیین کننده‌ی افسردگی می‌باشد (۱۳). از آنجایی که نتایج مطالعات در ارتباط با متغیرهای جمعیت شناختی موثر بر افسردگی پس از زایمان مغایر می‌باشد، لذا به نظر می‌رسد جهت رسیدن به شواهد بیشتر در خصوص شیوع این مشکل مهم بهداشتی و عوامل تاثیر گذار انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه ضروری باشد.

زایمان، زمانی است که زنان در معرض آسیب پذیری جسمانی و عاطفی قرار دارند. اختلالات روانی این دوران به سه دسته غم، افسردگی و روانپریشی پس از زایمان تقسیم می‌شوند. غم پس از زایمان پیش درآمد افسردگی پس از زایمان است. افسردگی پس از زایمان اگر چه شدت کمتری از روانپریشی دارد ولی پایدارتر و ناتوان کننده‌تر از غم پس از زایمان است. اختلال روحی روانی که در طی سه تا شش ماه اول پس از زایمان رخ می‌دهد به‌عنوان افسردگی پس از زایمان (Post Partum Depression) در نظر گرفته می‌شود (۳). ویسنر بیان می‌دارد که ۱۳ درصد زنان افسردگی پس از زایمان را تجربه می‌کنند (۴). همچنین خرمی راد در مطالعه‌ی خود شیوع افسردگی پس از زایمان در زنان ایرانی را 22/2 درصد مطرح می‌کند (۵). برخی از پژوهش‌ها فراوانی این اختلال را در دنیا تا ۳۳ درصد نیز ذکر کرده‌اند (۶). سبب‌شناسی افسردگی پس از زایمان، بسیار پیچیده است. در مطالعه‌ی متآنالیز انجام شده توسط ربک، ۱۳ عامل پیشگویی کننده‌ی افسردگی پس از زایمان شامل سابقه‌ی افسردگی قبل از حاملگی، عزت نفس، استرس مراقبت از نوزاد، اضطراب والدین، استرس‌های زندگی، حاملگی برنامه‌ریزی نشده، حمایت اجتماعی، سابقه‌ی قبلی افسردگی، خلق و خوی نوزاد، غم مادری، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، ارتباط زناشویی و وضعیت زناشویی هستند (۷). اختلال افسردگی می‌تواند اثر منفی بر رابطه‌ی همبستگی بین مادر و کودک داشته باشد و حتی رشد شیرخوار را به تعویق بیندازد (۸). کانینگهام می‌نویسد: چون در بعضی از موارد زن مبتلا ممکن است ماه‌ها یا سال‌ها علامت‌دار باقی بماند، لذا افسردگی مادر می‌تواند کیفیت ارتباط مادر با کودک را تحت تاثیر قرار دهد، مادران افسرده تعاملات اجتماعی کمتری دارند و کمتر با کودکان خود بازی می‌کنند (۹). نوزادان زنان افسرده شواهدی دال بر یک ارتباط غیرایمن را با مادرانشان نشان می‌دهند و در آزمون‌های رشد ضعیف‌تر عمل می‌کنند. این

و جهی باور کنترل نشان داد که هر دو نوع باور بیرونی افراد موثر و شانس بر افسردگی موثر هستند (۱۶). لامانا، رزینام و هاداری نشان دادند که باور کنترل بیرونی شانس ارتباط بیشتری با افسردگی دارد و همچنین نسبت به باور کنترل بیرونی افراد موثر، پیشگوی بهتری برای افسردگی است (۱۶). اگر باور کنترل بیرونی، یا نوع خاصی از آن، افسردگی پس از زایمان را در زنان باردار پیش بینی کند از این مفهوم می‌توان در جهت پیشگویی و درمان این جمعیت‌ها استفاده کرد. شاید بتوان گفت اولین منفعت از بررسی رابطه بین باور کنترل و افسردگی پس از زایمان شناسایی زنان باردار در معرض خطر براساس نوع باور آن‌ها است. بنابراین پژوهشگران بر آن شدند که با بررسی رابطه‌ی بین افسردگی پس از زایمان با انواع باور کنترل سلامت (درونی، افراد موثر، شانس) و برخی عوامل جمعیت شناختی در زنان بتوانند گامی موثر در جهت شناسایی زنان باردار در معرض خطر برداشته و به دنبال آن اقدامات مرتبط را انجام دهند.

### روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر یک تحقیق توصیفی - مقطعی از نوع تحلیلی است که در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ انجام شد. با در نظر گرفتن مقادیر  $P = 0/22$ ،  $\alpha = 0/95$  و  $\beta = 0/90$  در فرمول، اندازه‌ی نمونه تعیین شد. ۲۳۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی گناباد به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد این مطالعه شدند. معیارهای ورود نمونه‌ها شامل ساکن گناباد، سن حاملگی ۲۸ تا ۳۰ هفته، داشتن سواد خواندن و نوشتن، جنین سالم در سونوگرافی، نداشتن سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های روانی یا افسردگی (که محقق با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده زنان باردار و پرسش از خود نمونه‌ها به سلامت آن‌ها پی برد)، رضایت نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه و معیارهای خروج شامل بروز زایمان زودرس در حین مداخله، سابقه‌ی

بنابراین جهت پیشگیری از عوارض جدی و ناخواسته‌ی این اختلال بر سلامت مادر، شیرخوار و خانواده لازم است مشخص شود، کدام زنان در جمعیت کنونی در معرض خطر افسردگی پس از زایمان قرار دارند. لذا بایستی در جستجوی راه و روش‌هایی بود که بتوان زنان باردار را قبل از اینکه درگیر این بیماری شوند شناسایی کرده و راه چاره‌ای برای پیشگیری از آن اندیشید. یکی از این راه‌ها را می‌توان افزایش باور زنان در دوران بارداری بر میزان کنترلی که بر سلامت خود دارند، دانست. سال‌هاست که تفاوت افراد در برداشت آن‌ها از میزان کنترلی که بر زندگی خود دارند، توجه روانشناسان را به خود جلب کرده است و بر همین اساس بود که مفهوم منبع کنترل یا جایگاه مهار، به‌عنوان یک ساختار روانی بر پایه‌ی تئوری یادگیری اجتماعی راتر در سال ۱۹۵۴ شکل گرفت (۱۴). والس‌تون و همکاران در دهه‌ی ۱۹۷۰ بر روی نظریه‌ی جایگاه مهار سلامت کار کردند. این افراد با مشاهده‌ی بیماران دیابتی دریافتند که کارمندان خدمات پزشکی سعی داشتند جایگاه مهار سلامت بیماران را از بیرونی به درونی تغییر دهند. والس‌تون و همسرش در مقاله‌ای عنوان کردند که هدف تمامی آموزش‌دهندگان بهداشت و سلامت، ایجاد کنترل درونی در افراد می‌باشد. کانون کنترل یا جایگاه مهار سلامت (Health Locus of Control) عبارت است از درجه‌ی باور و اعتقاد فرد به این امر که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی یا بیرونی است. کسانی که کانون کنترل سلامتی از نوع بیرونی (External HLC) دارند به این امر معتقدند که پیامدهای معین در زندگی آن‌ها به واسطه‌ی نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعیین می‌شوند و در عوض افرادی که دارای کانون کنترل سلامت درونی (Internal HLC) هستند؛ معتقدند که پیامدهای معین در زندگی در نتیجه‌ی رفتار و اعمال آن‌ها می‌باشد و تعیین کننده‌ی سلامتی آن‌ها به‌طور مستقیم اعمال و رفتارهای آنان می‌باشد (۱۵). بناسی با استفاده از مقیاس چند

استفاده گردید. که در ارتباط با خلق افسرده، اضطراب، احساس گناه و افکار خودکشی است، برای شناسایی زنان با افسردگی پس از زایمان به کار گرفته خواهد شد. یک ابزار غربالگری و نسبتاً یک ابزار تشخیصی است که می‌تواند در کمتر از ۵ دقیقه به پایان برسد. این پرسشنامه معمولاً در حدود ۳ تا ۷ هفته پس از زایمان در اختیار آزمودنی قرار می‌گیرد و دارای ۱۰ عبارت کوتاه است که هر عبارت ۴ پاسخ را شامل می‌شود. براساس نوع پاسخ، نمره‌ی این مقیاس صفر تا ۳۰ می‌باشد و کسب نمره‌ی ۱۲ و بیشتر به عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود (۳). این پرسشنامه استاندارد و مورد تایید می‌باشد. در ایران و در سال ۱۳۷۲، نمازی پایایی ۹۰ درصد و منتظری در ۱۳۸۶ پایایی ۸۰ درصد را برای آن گزارش کرده‌اند (۱۹).

پس از اخذ فرم رضایتنامه از نمونه‌ها، تکمیل اطلاعات جمعیت شناختی و زمینه‌ی ای مادر، پرسشنامه‌ی افسردگی EPDS (در هفته‌ی ۴ پس از زایمان)، پرسشنامه‌ی چند وجهی جایگاه مهار سلامت، اطلاعات استخراج شده و با استفاده از آزمون‌های *Multiple Regression*, *ANOVA*, *Pearson Correlation* مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. معناداری نتایج آزمون‌ها در سطح  $P < 0.05$  منظور گردید.

#### یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر ۲۳۰ نفر از زنان باردار شهرستان گناباد که جهت انجام معاینات روتین دوران بارداری به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند، به‌عنوان نمونه‌های مورد مطالعه انتخاب شدند. نتایج، میانگین سنی نمونه‌ها را  $27/909 \pm 5/812$  سال و با میانگین سن ازدواج  $75/067 \pm 67/79$  (به ماه) نشان داد. در جدول ۱ برخی از متغیرهای زمینه‌ای نمونه‌ها ارایه شده است.

بستری شدن یا مرگ نوزاد، بروز مشکلات جدی جسمی و روحی همچون مرگ افراد درجه یک خانواده در حین مداخله، عدم تمایل نمونه‌ها برای تداوم مشارکت در پژوهش بودند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از، پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و زمینه‌ای شامل: سن، سن ازدواج به ماه، سطح تحصیلات، سابقه‌ی سقط، تعداد فرزندان، جنسیت نوزاد، نوع بارداری (خواسته یا ناخواسته بودن)، و نیز از ابزار چند وجهی جایگاه مهار سلامت [Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLCS)]،

استفاده شد. این مقیاس توسط والسون و همکاران در سال ۱۹۹۲ طراحی شده است و به پیشگویی رفتار بهداشتی مبتنی بر باورهای افراد می‌پردازد. در این پژوهش از نسخه‌های "ب" که مشتمل بر هجده گویه در قالب سه مؤلفه (۶ گویه) تحت عناوین درونی (IHLC)، افراد مؤثر (PHLC) و شانس (CHLC) است، استفاده شد. نسخه‌های ب عمدتاً برای سنجش وضعیت کلی سلامت اشخاص به کار می‌رود. تمامی گویه‌های این پرسشنامه دارای ۶ گزینه در مقیاس لیکرت است و از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. در نتیجه نمره‌ی فرد از ۶ تا ۳۶ برای هر مؤلفه متغیر خواهد بود که با یکدیگر جمع نشده و به‌طور مستقل برآورد می‌گردد. این ابزار نمره‌ی مشخصی به‌عنوان نقطه‌ی برش ندارد بلکه میانگین یا میانه و یا *Z-Score* برای سنجش به کار می‌رود (۱۵). روایی ابزار به روش‌های صوری، محتوا، همزمان و سازه و پایایی به روش‌های دوباره سنجی، آزمون‌های همتا و ثبات درونی در مطالعاتی مجزا و همچنین در زنان باردار مورد تایید قرار گرفتند، به طوری که ضریب آلفای کرونباخ از  $0/69$  تا  $0/72$  و ضریب پایایی فرم‌های موازی از  $0/70$  تا  $0/72$  برای مولفه‌های C,P,I به‌دست آمد (۱۸، ۱۷). همچنین از پرسشنامه افسردگی EPDS [Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)]: Edinburgh

جدول ۱: وضعیت مشخصات زمینه‌ای نمونه‌ها و ارتباط آن با افسردگی پس از زایمان (n=۲۳۰)

متغیر	(درصد) تعداد		سطح معناداری
	غیر افسرده	افسرده	
<b>تحصیلات</b>			
ابتدایی	۴۴(۱۹/۳)	۱۶(۶/۹۵)	۰/۱۸۵*
راهنمایی	۲۵(۱۰/۸)	۷(۳/۰۴)	
دیپلم	۵۷(۲۴/۷۸)	۱۱(۴/۷۸)	
دانشگاهی	۵۴(۲۳/۴۷)	۱۶(۶/۹۵)	
<b>تعداد فرزندان</b>			
۰	۱۳۰(۵۶/۵۲)	۹(۳/۹۱)	
۱	۲۶(۱۱/۳۰)	۵(۲/۱۷)	
۲	۳۵(۱۵/۲۱)	۸(۳/۴۷)	
۴	۶(۲/۶)	۱۰(۴/۳۷)	
<b>نوع بارداری</b>			
خواسته	۱۵۷(۸۲/۲۶)	۲(۰/۸)	۰/۱۹۵*
ناخواسته	۳۵(۱۵/۲۱)	۳۵(۱۵/۲۱)	
<b>سابقه‌ی سقط</b>			
دارد	۳۲(۱۳/۹۱)	۱۱(۴/۷۸)	۰/۵۶*
ندارد	۱۴۷(۶۳/۹۱)	۳۹(۱۶/۹۵)	
<b>جنسیت</b>			
دختر	۷۱(۳۰/۸۶)	۱۸(۷/۸۲)	۰/۰۴۴*
پسر	۶۲(۲۶/۹۵)	۲۱(۱۳/۹)	

\*\*همبستگی پیرسون

\*آنالیز واریانس یکطرفه

زایمان در این گروه هستند. بدین گونه که با افزایش تعداد فرزندان احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان در زنان باردار نیز افزایش می‌یافت. همچنین وقوع این مشکل در مادران با نوزاد پسر بیشتر از مادران با نوزاد دختر بود.

بر اساس نتایج آزمون رگرسیون ارائه شده در جدول ۲ از میان متغیرهای مستقل بررسی شده در پژوهش؛ سن مادران، تعداد فرزندان، و همچنین مولفه‌های جایگاه مهار سلامت (باور درونی، باور افراد موثر، باور شانس) از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده‌ی افسردگی پس از

جدول ۲. مدل رگرسیون متغیرهای اثرگذار بر افسردگی پس از زایمان

متغیرهای مستقل	بتای استاندارد شده	T	سطح معناداری	R2
(Constant)		۸/۱۴	/۰۰۰	۰/۹۵
سن	-۰/۵۷	-۴/۳۹	/۰۰۰	
تعداد فرزندان	۲/۵۶	۵/۱۵	/۰۰۰	
باور درونی	/۵۴	۴/۹۷	/۰۰۰	
باور افراد موثر	-/۵۸	-۶/۳۱	/۰۰۰	
باور شانس	/۲۸	۳/۰۸	/۰۰۳	

مقادیر ضریب همبستگی بین متغیر افسردگی پس از زایمان و مولفه‌های جایگاه مهار سلامت در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد. باور درونی (IHLC) ارتباط معنادار منفی را با افسردگی پس از زایمان نشان داد. بدین گونه که هر چه بر باور درونی زنان باردار افزوده می‌شد احتمال درگیر شدن آن‌ها با افسردگی پس از زایمان کاهش می‌یافت، چرا که افراد با باور درونی بالا توانایی مقابله با مشکلات و حل مسایل را دارند ( $P<0/01$ ). در مقابل باور درونی، باور بیرونی افراد موثر (PHLC) و باور بیرونی شانس معناداری بودند ( $P<0/0001$ ).

قرار داشتند که هر دو ارتباط معنادار مثبتی را با افسردگی پس از زایمان نشان دادند، با اعتقاد بیشتر زنان باردار به دیگران موثر و شانس، احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان در آن‌ها نیز افزایش می‌یافت و با کاهش این دو باور بیرونی احتمال ابتلا به این مشکل نیز کاهش می‌یافت ( $P<0/01$ ). همچنین ارتباط معناداری بین باور درونی با باور افراد موثر و باور شانس مشاهده شد ( $P<0/0001$ ). باور افراد موثر و باور شانس نیز دارای ارتباط معناداری بودند ( $P<0/0001$ ).

جدول ۳. ماتریس همبستگی پیرسون افسردگی پس از زایمان و مولفه‌های جایگاه مهار سلامت

متغیر	باور درونی	باور افراد موثر	باور شانس	میانگین	سطح معناداری
EPDS	۰/۲۱*	۰/۲۱*	۰/۲۱*	۹/۳۳±۴/۷۴	۰/۰۱
باور درونی	۱	۱/۰۰*	۱/۰۰*	۲۸/۳۳±۳/۶۷	<۰/۰۰۰۱
باور افراد موثر	۱/۰۰*	۱	۱/۰۰*	۲۵/۱۶±۴/۹۱	<۰/۰۰۰۱
باور شانس	۱/۰۰*	۱/۰۰*	۱	۱۶/۵±۲/۵۵	<۰/۰۰۰۱

\* معناداری در سطح ۰/۰۵

### بحث

پیوسته است و جسم و روان زن را به‌طور انکار ناپذیری تحت تاثیر قرار می‌دهند (۲۰). افسردگی در مقایسه با بسیاری از مشکلات بهداشتی شایع، یک مشکل جدی است که با

بحران‌های زندگی زن یعنی بلوغ، قاعدگی، روابط جنسی، بارداری و بالاخره زایمان همچون حلقه‌های زنجیر به هم

میزان مرگ بالایی همراه است، به طوری که پژوهش‌های قبلی احتمال خودکشی در افراد افسرده را تا ۱۵ درصد گزارش نموده است (۲۱). افسردگی پس از زایمان، بر تمام ابعاد مربوط به کیفیت زندگی مادر تاثیر منفی و قابل توجهی دارد و شامل خستگی، خلق افسرده، از دست دادن علاقه به انجام اغلب فعالیت‌ها، تغییر واضح اشتها یا وزن، بی‌خوابی یا پرخوابی، تغییرات روانی حرکتی، احساس بی‌ارزشی یا گناه، کاهش تمرکز و افکار دایمی مرگ است (۲۲). درمورد درمان افسردگی پس از زایمان بک و گیل اظهار می‌دارند، این اختلال قابل درمان بوده ولی قبل از اقدام به هر کاری باید کلیه‌ی زنانی را که تازه زایمان کرده‌اند از نظر ابتلا به این اختلال غربالگری نمود (۲۳). نظریه‌ی جایگاه مهار سلامت یکی از عمده‌ترین مدل‌های باور بهداشتی برای طراحی برنامه‌های آموزش بهداشت محسوب می‌شود و نقش آن در فهم و پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی شناخته شده است (۱۸). باور درونی با آگاهی و نگرش مثبت، وضعیت روانشناختی، رفتارهای بهداشتی و سلامت همراه و همگام می‌شود. در مقابل، بیشتر منابع بیرونی جایگاه مهار سلامت با رفتارهای بهداشتی منفی و وضعیت روانشناختی ضعیف همراه می‌شوند (۱۵). در مطالعه‌ی حاضر شیوع افسردگی در بین زنان باردار ۲۱/۵ درصد نشان داده شد. در مطالعات داخلی این رقم ۲۲/۲ درصد در خرم آباد، ۳۹/۲ درصد در بیمارستان‌های تابعه شرکت نفت تهران و ۳۰/۵ درصد در تبریز گزارش شده است. در جوامع مختلف هم از ۵ درصد در دانمارک تا ۱۳/۴ درصد در برزیل و ۳۶ درصد در شیلی متغیر است (۵). در مدل رگرسیون برازش یافته، با توجه به ضرایب متغیرهای پیشگو، بین متغیر سن نمونه‌ها و افسردگی پس از زایمان ارتباط معناداری مشاهده شد که نتایج مطالعه‌ی اوآنز و همکاران (۲۴) را همراهی می‌کند. در حالی که مطالعات کنترلی و گات (۲۵) ارتباط معناداری را نشان ندادند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین سطح تحصیلات و افسردگی

پس از زایمان ارتباط آماری معناداری وجود ندارد که با بررسی‌های انجام شده توسط نجفی و همکاران (۲۶) و احمدی و آذری (۲۷) همخوانی دارد. در حالی که نتایج مطالعه چآی و همکاران حمایت‌کننده‌ی یافته‌های این مطالعه نیست، به طوری که در زنان با تحصیلات پایین‌تر میزان ابتلا به این اختلال بیشتر مشاهده شد (۲۸). یافته‌های پژوهش صالحی و همکاران نیز نشان داد که تحصیلات بالاتر شانس افسردگی پس از زایمان را کاهش می‌دهد (۱۳). افزایش تحصیلات مادر باعث افزایش آگاهی وی نسبت به حقوق اجتماعی و نیازهای جسمانی- روانی شده، شاید به علت بالا رفتن آگاهی و توان دسترسی مادر به منابع اطلاعاتی، وی را جهت پذیرش مسوولیت جدید آماده کند (۲۹). مطالعه‌ی صدر و همکاران (۳۰) نیز مانند این پژوهش نشان داد که ارتباط معناداری بین نوع بارداری (خواسته یا ناخواسته بودن) و افسردگی پس از زایمان وجود ندارد. اما ایران فر و همکاران گزارش کردند در بین ۱۶۳ زن باردار ایرانی (۵۸ مورد ناخواسته و ۱۰۵ مورد خواسته) ناخواسته بودن بارداری از عوامل موثر بر افسردگی پس از زایمان بوده است (۳۱). دنیز معتقد است ناخواسته بودن بارداری می‌تواند موجب ایجاد حالت دوگانگی نسبت به کودک و عدم پذیرش فرزند شود، که هر دو عامل می‌توانند احتمال بروز افسردگی را در فرد افزایش دهند (۳۲). یافته‌های این مطالعه نشان داد ارتباط معناداری بین تعداد فرزندان با افسردگی پس از زایمان وجود دارد که در تایید یافته‌های مطالعه‌ی زهرایی و همکاران می‌باشد. نتایج تحقیق هانگ موید نتایج مطالعه‌ی حاضر است. می‌توان گفت با افزایش تعداد فرزندان زمان کمتری برای استراحت و تفریح مادر باقی می‌ماند (۳۳). در نتیجه، این عوامل منجر به خستگی مادر شده و می‌تواند وی را مستعد ابتلا به افسردگی پس از زایمان نماید (۲۹). در مطالعه‌ی حاضر سابقه‌ی سقط در مادر باردار ارتباط معناداری را با افسردگی پس از زایمان نشان نداد. موسوی و

شارترز ذکر کرده‌اند مردم آسیایی به ویژه ساکنین خاورمیانه بر حسب شرایط فرهنگی، مذهبی، قومیتی و اعتقادی خویش دارای باورهای بیشتر و قوی‌تری به بخت و اقبال به ویژه تقدیر و سرنوشت هستند که در مولفه‌ی CHLC خلاصه می‌گردد (۳۹). در این مطالعه ماتریس همبستگی پیرسون نشان داد که بین باور کنترل درونی و افسردگی پس از زایمان ارتباط معناداری وجود دارد. یافته‌های مطالعه آبراهام نیز همانند این مطالعه نشان داد که یک ارتباط معنادار منفی بین باور درونی و افسردگی پس از زایمان وجود دارد (۴۰). افراد دارای اعتقاد و کنترل درونی به ویژه در امر سلامت انگیزه‌ی بیشتری در روند کمک به خود خواهند داشت و در ضمن خود را به عنوان تعیین کننده‌ی تغییرات خواهند شناخت (۱۵). با تکیه بر مطالعات قبلی این فرض وجود دارد که باور درونی بالا می‌تواند به عنوان یک فاکتور محافظتی در برابر افسردگی عمل کند (۱۶). وارد و استپتو نیز معتقدند که منبع کنترل درونی بالا با افزایش احتمال رفتارهای سالم و مثبت ارتباط دارد (۴۱). یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نیز بین باورهای کنترل سلامت بیان کننده همبستگی معنادار بین باور درونی با هر دو نوع باور بیرونی افراد موثر و باور شانس بود. مطالعه‌ی مشکی و همکاران نیز نشان دهنده‌ی یک ارتباط معنادار و منفی بین باور درونی و باور شانس بود (۲۶). باور افراد موثر و باور شانس نیز دارای ارتباط معناداری بودند که نتایج مطالعه‌ی مشکی و همکاران این نتایج را تایید نمی‌کند (۳۹). این پژوهش نیز دارای محدودیت‌هایی است، بدین صورت که به‌طور عمده بر روی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان گناباد انجام گردید. با توجه به عوامل فرهنگی و تنش‌های محیطی متفاوتی که زنان روستایی تحمل می‌کنند، میزان افسردگی پس از زایمان و همچنین میزان باوری که بر کنترل سلامتی خود دارند، در این گروه احتمالاً متفاوت خواهد بود. همچنین این مطالعه فقط محدود به شهرستان گناباد بوده است که بایستی فقط عوامل اجتماعی،

همکاران نیز این ارتباط را در مطالعه خود نشان دادند (۳۴). در حالی که یافته‌های مطالعه جوزفسون و همکاران نتایج این مطالعه را تایید نمی‌کند (۳۵). یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده‌ی وجود ارتباط معناداری بین جنسیت نوزاد و افسردگی پس از زایمان بود. در مطالعات انجام شده در چین (۳۶) و ترکیه (۳۷) مادرانی که نوزاد دختر به دنیا آورده بودند بیشتر دچار افسردگی پس از زایمان شده بودند. به نحوی که در مطالعه‌ی زای و همکاران در چین شیوع افسردگی در مادرانی که نوزاد دختر به دنیا آورده بودند دو برابر مادرانی بود که نوزاد پسر به دنیا آورده بودند (۳۶). در حالی که یافته‌های مطالعه‌ی خمسه (۳۸) و صدر در ایران (۳۰) هیچ‌گونه ارتباط معناداری را بین این دو متغیر نشان نداد. یکی از اهداف مطالعه‌ی حاضر تعیین اعتبار پیشگویی باور کنترل برای افسردگی پس از زایمان بود. نتایج نشان داد که باور درونی، باور افراد موثر و باور شانس پیش‌بینی کننده‌هایی بودند که بر افسردگی پس از زایمان به ترتیب تاثیر معنادار منفی، مثبت و مثبت داشتند. در حالی که در این مطالعه باور درونی و باور افراد موثر پیش‌بینی کننده‌های قوی‌تری نسبت به باور شانس بودند در مطالعه ریچاردسون و همکاران نتایج نشان داد که باور شانس پیشگویی مهم افسردگی، مخصوصاً در زنان باردار است. زنان باردار ممکن است در دوران بارداری تجاربی را کسب کنند که تصور کنند توان کنترل آن را ندارند. تغییرات هورمون‌ها، الگوی خواب و حالات بدن تنها تعداد کمی از تجاربی هستند که ممکن است زنان باردار احساس کنند که فقط برای آن‌ها اتفاق افتاده است. اشخاصی که باور بیرونی بالایی از نوع افراد موثر دارند معتقدند توان کنترل اتفاقاتی را که در زندگی برای آن‌ها رخ می‌دهد را ندارند و اشخاصی که باور بیرونی بالایی از نوع شانس دارند همه جهان را بر پایه‌ی شانس استوار می‌دانند، این فقدان کنترل باعث می‌شود افراد تصور کنند هیچ کس نمی‌تواند به آن‌ها کمک کند که این خود باعث افزایش افسردگی می‌شود (۱۶). مارکز و لوسزینسکا و



افراد با باور درونی بالا می‌توانند از پس حل مسایل و مشکلات دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان بر آیند و افراد با باور بیرونی به ویژه باور شانس توانایی کنترل این مشکلات را نداشته و در برابر آن‌ها احساس ناتوانی می‌کنند، بنابراین این احتمال می‌رود که بروز افسردگی پس از زایمان در آن‌ها بالا باشد. شاید بتوان اظهار کرد که با شناخت نوع باورهای کنترل سلامت به ویژه باور شانس که با رفتارهای بهداشتی منفی و وضعیت روانشناختی ضعیف همراه است می‌توان زنان باردار در معرض خطر افسردگی پس از زایمان را شناسایی کرده، با برگزاری برنامه‌های آموزشی مناسب در جهت افزایش باورهای درونی و کاهش باورهای بیرونی از این مشکل عمده بهداشتی پیشگیری کرد.

فرهنگی، باورها، آداب و رسوم زنان باردار مورد پژوهش این منطقه را در نظر گرفت و برای درک رابطه‌ی بین افسردگی پس از زایمان با مولفه‌های جایگاه مهار سلامت و عوامل جمعیت شناختی در سایر جمعیت‌ها، پژوهش‌های بیشتری در سایر محیط‌ها، جمعیت‌ها و قومیت‌ها می‌تواند انجام شود.

### نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه بیان کننده‌ی تاثیر گذاری معنادار متغیرهای مستقل سن نمونه‌ها، تعداد فرزندان و جنسیت نوزاد بر متغیر وابسته‌ی افسردگی پس از زایمان بود. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نوع باور (درونی، افراد موثر، شانس) زنان در دوران بارداری به میزان زیادی در بروز افسردگی پس از زایمان تاثیرگذار است. بدین معنا که

### References

- 1- Bagherzadeh R, Zahmatkeshan N, Moatamed N, Khorramroudi R, Ganjoo M. Prevalence of maternal blues, postpartum depression and their correlation with premenstrual syndrome in women referred to health centers affiliated to Bushehr university of medical sciences. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2009; 12: 9-15.
- 2- Harrington AR, Harrington CCG. Healthy start screens for depression among urban pregnant, postpartum and interconceptional women. *J Natl Med Assoc.* 2007; 99: 226-31.
- 3- Kiani F, Khadivzadeh T, Sargolzaee MR, Behnam Vashani HR. Marital satisfaction in pregnancy and postpartum depression. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2008; 13: 37-44. [In Persian]

- 4- Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice: postpartum depression. *N Engl J Med.* 2002; 347: 194-99.
- 5- Khorramirad A, Mousavi Lotfi M, Shoori Bidgoli A. Prevalence of postpartum depression and related factors in Qom. *Pajoohandeh.* 2010; 15: 62-66. [In Persian]
- 6- Sharifi Kh, Sooky Z, Akbari H, Sharifi M. Assessment of the relationship between the method of delivery and postpartum depression. *Feyz J.* 2008; 12: 50-55. [In Persian]
- 7- Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J.* 2000; 6: 34-54.
- 8- Golyan Tehrani Sh, Geranmayeh M, Mehran A, Cheraghi O. The relation between postpartum

- depression with total serum cholesterol changes before and after child birth. *J Nurs Midwifery Tehran Univ Med Sci.* 2008; 13: 59-68. [In Persian]
- 9- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetric. Philadelphia: McGraw-Hill Company 2005. *Heart Views.* 2012. 13: 71-73.
- 10- Hassan Zahraee R, Fahami F, yazdani M, Ahmadi Z, Bashardoost N. Supportive role of the midwife in preventing postpartum depression. *J Qazvin Univ Med Sci.* 2003; 7: 19-24. [In Persian]
- 11- Lowdermilk L, Perry E, Bobak M. Maternity & women health care. 7th Edition. 2000.
- 12- Postnatal depression in southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry.* 2008; 8: 1.
- 13- Salehi L, Tavafian S, Salehi F. Demographic features affecting on postpartum depression. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci.* 2009; 64: 25-31.
- 14- Khosravi Z, Aghagani M. Relationship between mental health, locus of control and coping mechanism of junior girl's students in Tehran high schools. *Women Studies.* 2003; 1: 19-54. [In Persian]
- 15- Watson WJ, Stewart D. Postpartum adjustment: Helping couples survive during the first year. *Patient Care.* 2005; 16: 58-64.
- 16- Richardson A, Field T, Newton R, Bendella D. Locus of control and prenatal depression. *Infant Behav Dev.* 2012; 35: 662-8.
- 17- Moshki M, Ghofranipour F. Iranian version of form B of the multidimensional health locus of control scales among the youth. *J Clin Nurs.* 2011; 20: 419-24.
- 18- Moshki M, Tavakolizadeh J, Bahri N. The relationship between health locus of control and life style in pregnant women. *Armaghan-e-danesh.* 2010; 15: 161-70.
- 19- Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The edinburgh postnatal depression scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry.* 2007; 7: 11-15.
- 20- Mossalanejad I. Motherhood and mental health. Vol2. Tehran: Rosian book publications; 2008.
- 21- O'Boyle AL, Magann EF, Ricks RE Jr, Doyle M, Morrison JC. Depression screening in the pregnant soldier wellness program. *South Med J.* 2005; 98: 416-18.
- 22- Logsdon MC, Wisner K, Hanusa BH, Phillips A. Role functioning and symptoms remission in women with postpartum depression after antidepressant treatment. *Arch Psychiatr Nurs.* 2003; 17: 277-80.
- 23- Jafarpour M, Esfandiari M, Mokhtarshahi SH, Hosseini F. Postpartum depression and its relationship with stressful life events. *Behbood.* 2006; 10(4): 320-31. [In Persian]
- 24- Evans J. Depression during pregnancy: as common as postpartum depression? *Watch Psychiatry.* 2001; 12: 45-52.
- 25- Kennerly H, Gath D. Maternity blues: III. association with obstetric, psychological and

- psychiatric factors. *Br J Psychiatry*. 1989; 155: 367-73.
- 26- 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: 97-105. [In Persian]
- 27- Ahmadi S, Azari Z. The effect of husbands' social support on their wives' postpartum depression. *Iranian J Nurs Midwifery Res*. 2005; 28: 51-61. [In Persian].
- 28- Chaaya M, Campbell OM, El kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Post partum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health*. 2002; 5: 65-72.
- 29- Rahmani F, Seyedfatemi N, Asadollahi M, Seyedrasooli A. Predisposing factors of postpartum depression. *Iranian J Nurs*. 2011; 24: 78-87. [In Persian]
- 30- Sadr SS, Dolatian M, Behboudi Moghadan Z. Prevalence of postpartum depression and factors affecting Tehran. *J Med Coun I.R. Iran*. 2004; 22: 189-93. [In Persian]
- 31- Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, NazhadJafar P, Razaie M. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women? *East Mediter Health J*. 2005; 11: 618-24.
- 32- Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110: 338-46.
- 33- Hung CH, Lin CJ, Stocker J, Yu CY. Predictors of postpartum stress. *J Clin Nurs*. 2011; 20: 666-74.
- 34- Mousavi S, Sabahi-Bidgoli M, Omidi A, et al. Prevalence of postpartum depression and its relation to some psychosocial factors in mothers referred to health centers of Kashan during 2007-2008. *Feyz*. 2011; 15: 247-53. [In Persian]
- 35- Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. 2002; 99: 223-38.
- 36- Xie RH, He G, Liu A, Bradwejn J, Walker M, Wen SW. Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Soc Sci Med*. 2007; 65: 680-4.
- 37- Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoglu U, Saltik A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *J Reprod Med*. 2004; 49: 908-14.
- 38- Khamseh F. Evaluation of psychosocial factors affecting in postpartum depression. *Med J*. 2003; 4: 327-31.
- 39- Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh E. Effect of an educational program with self-esteem and health control beliefs on mental health promotion of university students. *Feyz*. 2009; 4: 38-44.
- 40- Abraham AJ. Correlating health locus of control and risk for postpartum depression. master's thesis. ProQuest dissertations and theses database. 2008.
- 41- Steptoe A, Wardle J. Locus of control and health behavior revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries. *Br J Psychol*. 2001; 92: 659-72.

## The Relationship of Postpartum Depression to Health Control Beliefs and Demographic Factors

Moshki M<sup>1</sup>, Baloochi Beydokhti T<sup>2</sup>, Cheravi K<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Public Health, School of Public Health, Social Development & Health Promotion Research Centre, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

<sup>2</sup>Dept. of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Social Development & Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

**Corresponding Author:** Baloochi Beydokhti T, Dept. of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Social Development & Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

**E-mail:** tbaloochi@gmail.com

**Received:** 2 Jun 2013      **Accepted:** 9 Dec 2013

**Background and Objective:** Postpartum depression in addition to the mother's health has a negative impact on infant development. Health Locus of Control (HLC) is the degree to which an individual believes that his behavior is controlled by external or internal factors. This study aimed to assess the postpartum depression and its relationship to HLC scale and some of demographic factors in Gonabad.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional study, the participants were 230 pregnant women visiting their obstetrician on a regular basis. The data collection instruments included a demographic questionnaire, multidimensional HLC and Edinburg depression scales. The collected data were analyzed with SPSS-20 using statistical tests of ANOVA, multiple regression, and Pearson coefficient correlation.

**Results:** The prevalence of depression was 21.5%. There was a significant correlation between age and postpartum depression. Delivery frequency affected postpartum depression, i.e., increasing the number of children also increased the risk of postpartum depression. EPDS score was positively correlated with neonatal sexuality, so that the occurrence of postpartum depression in mothers with newborn baby boys was more than girls. Inner confidence, acceptance of effective people and belief in chance were predictors of postpartum depression which exhibited significant effects of negative, positive and positive, respectively.

**Conclusion:** Studies of health control beliefs, especially belief in chance can be valuable in identifying pregnant women who are at risk of postpartum depression. Since belief in chance was a significant predictor of depression symptoms, clinicians might assess this component to identify those women who are at risk of developing depression during their pregnancy and to develop prevention programs and treatment procedures.

**Keywords:** Health locus of control, Pregnancy, Postpartum depression, Women's health