

ارتباط وضعیت افسردگی پس از زایمان با سطح سواد سلامت زنان نخست زا

مهسا غفارزاده خویی^۱، مینور لمیعیان^{۱*}، راضیه لطفی^۲، علی منتظری^۳

۱. دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۳. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۷/۲۹

سال شانزدهم، شماره ششم، آذر - دی ۱۳۹۶ صص ۸۰۵-۷۹۷

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۷ آبان ۹۶]

چکیده

مقدمه: سواد سلامت ظرفیت و توان دسترسی، فهم و درک، پردازش و ارزیابی، تصمیم گیری و رفتار در خصوص اطلاعات پزشکی و سلامتی است. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سطح سواد سلامت زنان باردار نخست زا با وضعیت افسردگی پس از زایمان مراجعان به مراکز بهداشتی- درمانی شهر کرج انجام گرفت.

مواد و روش کار: یک مطالعه طولی- آینده نگر به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. ۳۴۸ زن باردار نخست زای سه ماهه سوم پس از کسب رضایت آگاهانه و غربالگری از نظر افسردگی با گونه ایرانی پرسشنامه افسردگی ادینبورو، سوالات دموگرافیک - باروری و پرسشنامه سواد سلامت جمعیت شهری ایران را تکمیل نمودند. در هفته هشتم پس از زایمان پیگیری و مجدداً گونه ایرانی پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورو تکمیل شد. نتایج حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۰ و آزمون های آماری مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره سواد سلامت واحد های پژوهش (۱۴/۶۶±) ۶۷/۳۰ بود. ۳۹/۶٪ واحد های پژوهش سواد سلامت نامطلوب و ۶۰/۴ درصد سواد سلامت مطلوب را نشان دادند. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان ۲۱/۶ درصد به دست آمد. نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک نشان داد علاوه بر وجود افسردگی پیش از زایمان (OR: ۱/۲۱، /۹۵CI: ۰/۹۵-۰/۹۹، P=۰/۰۰۱) و سزارین به دلایل پزشکی (OR: ۵/۵۸، /۹۵CI: ۲/۷۹-۱۱/۱۶، P<۰/۰۰۱)، نمره سواد سلامت (OR: ۰/۹۷، /۹۵CI: ۰/۹۵-۰/۹۹، P=۰/۰۳۳) با وضعیت افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری دارد. **بحث و نتیجه گیری:** یافته های این مطالعه نشان داد که افسردگی پس از زایمان با میزان سواد سلامت زنان ارتباط دارد. به نظر می رسد ارتقای سواد سلامت زنان بتواند به میزان قابل توجهی به کاهش افسردگی پس از زایمان آنان منجر شود. **کلیدواژه:** سواد سلامت، افسردگی پس از زایمان، زنان نخست زا

کد اخلاق: IR.TMU. 1394.144

* نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع جلا آل احمد و چمران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه مامایی و بهداشت باروری

تلفن: ۸۲۸۸۳۸۰۹

E-mail: lamyianm@modares.ac.ir

مقدمه

حاملگی و دوره پس از آن با تغییرات روان شناختی و فیزیولوژیک بسیار مهمی همراه است که گاهی منجر به تغییرات پاتولوژیک و بروز اختلالات روانی می‌گردد [۱]. اختلالات روانی پس از زایمان به سه دسته طبقه بندی می‌گردند: اندوه پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان و سایکوز پس از زایمان [۲]. افسردگی پس از زایمان یک اختلال خلقی و روانی جدی با شیوع ۵ تا ۴۰/۷ درصد است و بیش از ۱۲/۵ درصد از پذیرش های زنان به دلیل مشکلات روانی به مراکز بهداشتی درمانی را به خود اختصاص می دهد. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران از ۷ تا ۴۳ درصد گزارش شده است [۱]. اغلب مطالعات نشان می دهند که افسردگی پس از زایمان در دومین و سومین ماه پس از زایمان ایجاد می شود. اما یافته های معدودی وقوع آن را در روزهای اولیه ی پس از زایمان مطرح کرده اند. به رغم اینکه بعضی از زنان شروع حاد علایم افسردگی را گزارش نموده اند اما افسردگی در این گروه بیشتر به شکل آرام، تدریجی و در طول شش ماه اول پس از زایمان ظاهر می شود [۱]. به رغم برخی اختلاف نظرها درباره بازه زمانی افسردگی پس از زایمان، راهنمای تشخیص و آماری بیماری های روانی DSM-V افسردگی پس از زایمان را به عنوان رویداد افسردگی اساسی که برای اولین بار در طول حاملگی یا در ۴ هفته اول پس از زایمان روی می دهد، تعریف کرده و افسردگی پس از زایمان را به عنوان یک تشخیص جدا و مستقل مطرح نکرده است [۳]. این اختلال شایع و ناتوان کننده اجتماعی، پیامدها و اثرات ناگواری بر مادر، کودک و خانواده می گذارد [۴]. اثرات فوری این اختلال، ناتوانی مادر در انجام مراقبت از نوزاد و خطر خودکشی و نوزاد کشی هستند.

اثرات بعدی و بلند مدت آن: افسردگی دائم در زن، مشکلات و کشمکش های زناشویی، اختلال در روابط کودک و اختلال در جنبه های گوناگون رشد و تکامل کودک هستند [۵].

شیوع افسردگی پس از زایمان به ابزار مورد استفاده برای سنجش افسردگی، فرهنگ جامعه، حجم نمونه و مدت زمانی که زن در دوره پس از زایمان از نظر افسردگی تحت بررسی است بستگی دارد [۶]. در پژوهش های انجام شده بر روی شیوع افسردگی پس از زایمان با استفاده از پرسشنامه بک (Beck) در کرمان شیوع این اختلال ۳۱/۱ درصد، در ایران ۳۰/۵ درصد [۷]، در کانادا با همین پرسشنامه ۶/۲ درصد بوده است. در استفاده از پرسشنامه ادینبورو

شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران ۲۶/۹ درصد [۷]، در ترکیه ۲۷ درصد، در کانادا ۲۰ درصد و در کارولینای شمالی ۳۵ درصد بوده است [۸]. در مطالعه Al Dallal و همکاران در بحرین، میزان شیوع افسردگی پس از زایمان با سطح برش ۱۲ و بالاتر در هفته هشتم پس از زایمان با پرسشنامه افسردگی ادینبورو ۳۷/۱ درصد گزارش شد [۹]. سواد سلامت یک مهارت فردی و اجتماعی و ظرفیت و توان دسترسی، فهم و درک، پردازش و ارزیابی، تصمیم گیری و رفتار در خصوص اطلاعات (و خدمات) پزشکی و سلامتی است که لزوماً به سال های تحصیل یا توانایی خواندن و نوشتن عمومی بر نمی گردد [۱۰]. در مطالعه انجام شده قنبری و همکاران بر روی سطح سواد سلامت زنان باردار تهرانی در سال ۱۳۹۰ با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان

(TOFHLA) مشخص گردید ۳۰ درصد افراد مورد مطالعه سواد سلامت ناکافی، ۲۶/۶ درصد سواد سلامت مرزی، و ۴۵/۴ درصد سواد سلامت کافی داشتند و به طور کلی سواد سلامت محدود، مشکلی شایع در میان زنان باردار مورد مطالعه بوده است که خود مانع از درک صحیح پیام ها و توصیه های بهداشتی می شود [۱۱]. سواد سلامت عنصری مهم در توانایی یک زن برای درگیر شدن با فعالیت های ارتقای سلامت و پیشگیری برای خود و کودکانشان محسوب می شود. بدون درک کافی از اطلاعات مراقبت های بهداشتی، برای یک زن مشکل یا غیرممکن خواهد بود که تصمیم گیری هایی آگاهانه منجر به پیامدهای مطلوب سلامت برای خود و خانواده اش داشته باشد [۱۲]. با وجود اهمیت بسیار زیاد امر سواد سلامت در کیفیت زندگی و ارتقای سلامت مادران که گفته می شود سطوح ناکافی آن با پیامدهای نامطلوب سلامتی برای زنان همراه است و یکی از این پیامدهای نامطلوب در دوره بحرانی پس از زایمان ممکن است افسردگی پس از زایمان باشد، متأسفانه در ایران تاکنون به این موضوع پرداخته نشده است و آمار و شواهدی در این زمینه در دست نیست. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط وضعیت افسردگی پس از زایمان با سطح سواد سلامت زنان نخست زار در مراجعین به مراکز بهداشتی-درمانی انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش طولی-آینده نگر بود که با هدف بررسی ارتباط وضعیت افسردگی پس از زایمان با سطح سواد سلامت زنان نخست زار مراجعین به مراکز بهداشتی-درمانی شهر

نفر (۲۳ درصد) از واحد های پژوهش بارداری فعلی ناخواسته بود و در ۲۶۸ نفر (۷۷ درصد) از واحد های پژوهش بارداری فعلی با برنامه ریزی و به صورت خواسته بود. از نظر جنسیت نوزاد ۵۰/۳ درصد واحد های پژوهش را دختر و ۴۹/۷ درصد را پسر تشکیل دادند. ۸۳/۶ درصد از واحد های پژوهش از جنسیت نوزاد، خود راضی و ۱۶/۴ درصد از واحد های پژوهش از جنسیت نوزاد خود ناراضی بودند. اکثریت واحد های پژوهش (۴۴/۵ درصد) زایمان طبیعی را گزارش نمودند. سزارین به دلایل پزشکی با ۳۷/۵ درصد در رتبه دوم قرار داشت. تنها ۱۸/۱ درصد واحد های پژوهش سزارین خودخواسته داشتند. میانگین نمره افسردگی ادینبورو (EPDS) واحد های پژوهش در سه ماهه سوم بارداری (۲/۹ ± ۷/۸۲) و میانگین نمره افسردگی ادینبورو (EPDS) واحد های پژوهش در هفته هشتم پس از زایمان (۳/۲۹ ± ۱۰/۰۶) بود. (جدول شماره ۳) ۷۵ نفر (۲۱/۶ درصد) واحد های پژوهش در هفته هشتم پس از زایمان با کسب نمره ۱۳ و بالاتر، افسردگی پس از زایمان داشتند (جدول شماره ۴). میانگین نمره کل سواد سلامت واحد های پژوهش ۶۷/۳۰ ± ۱۴/۶۶ بود که در سطح (سواد سلامت). ۱۳/۲ درصد واحد های پژوهش دارای سواد سلامت ناکافی، ۲۶/۴ درصد دارای سواد سلامت نه چندان کافی، ۵۰/۳ درصد واحدهای پژوهش سواد سلامت کافی و ۱۰/۱ درصد واحد های پژوهش دارای سواد سلامت عالی بود. در مجموع، ۱۳۸ نفر (۳۹/۶ درصد) واحد های پژوهش سواد سلامت نامطلوب (مجموع سطوح ناکافی و نه چندان کافی) و ۲۱۰ نفر (۶۰/۴ درصد) واحد های پژوهش سواد سلامت مطلوب (مجموع سطوح کافی و عالی) داشتند. نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک (جدول شماره ۵) نشان داد، افسردگی پس از زایمان با نمره سواد سلامت واحد های پژوهش (OR=۰/۹۷،٪۹۵CI:۰/۹۵-۰/۹۹،P=۰/۰۳۳) ارتباط معنی دار دارد. همچنین افسردگی پس از زایمان با خواسته یا ناخواسته بودن بارداری (p=۰/۰۴۳)، نمره افسردگی ادینبورو در سه ماهه سوم بارداری (p=۰/۰۰۱) و سزارین به دلایل پزشکی و اورژانس (p<۰/۰۰۱) ارتباط معنی دار داشت و با سن واحدهای پژوهش (p=۰/۵۴۴)، شاخص توده بدنی (p=۰/۱۷۲)، سن هنگام ازدواج (p=۰/۸۷۲)، جنسیت نوزاد (p=۰/۳۷) و سزارین انتخابی (p=۰/۲۱۴) ارتباط معنی دار مشاهده نشد.

کرج (استان البرز) از زمستان ۱۳۹۴ تا تابستان ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه گیری به روش آسان یا دردسترس بود. جمعیت مورد مطالعه را کلیه زنان باردار نخست زای سه ماهه سوم بارداری دارای سواد خواندن و نوشتن و (که به اظهار خود اعتیاد به سیگار یا مواد مخدر نداشتند) تشکیل دادند. پژوهش حاضر پس از کسب موافقت کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی انجام شد. تعداد ۳۷۵ باردار نخست زای واقع در سه ماهه سوم بارداری پس از آگاهی از اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، سوالات جمعیت شناختی و باروری طراحی شده توسط پژوهشگر، پرسشنامه سواد سلامت جمعیت شهری ایران (HELIA) و پرسشنامه گونه ایرانی افسردگی بارداری و پس از زایمان ادینبورو (EPDS) را تکمیل کردند. تعداد ۲۷ نفر از زنان بارداری که در پرسشنامه افسردگی ادینبورو نمره مساوی یا بالاتر از ۱۳ کسب کرده بودند غربالگری شده و به عنوان فرد افسرده از مطالعه خارج شدند. تمامی افراد واجد شرایط باقیمانده مطالعه (۳۴۸ نفر) به عنوان واحد های پژوهش در هفته هشتم پس از زایمان پیگیری شده و در مورد نوع زایمان مورد پرسش قرار گرفته و گونه ایرانی پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورو (EPDS) را تکمیل نمودند. اطلاعات و داده های واحدهای پژوهش در نرم افزار SPSS ۲۰ وارد شد و نتایج با استفاده از روش های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی (رگرسیون لجستیک) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته های حاصل از نتایج آمار توصیفی که در جداول شماره ۱ و ۲ آورده شده است، نشان داد میانگین سنی واحد های پژوهش، (۴/۸۲ ±) ۲۷/۱۳ است. بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال با ۶۶/۷ درصد و کمترین فراوانی گروه ۳۵-۴۴ با ۷/۲ درصد بود. ۷۵ درصد زنان تحت مطالعه خانه دار بودند. بیشترین درصد فراوانی سطح تحصیلات واحد های پژوهش مربوط به گروه لیسانس با ۳۵/۹ درصد و در مرتبه دوم با مربوط به گروه دیپلم با ۳۳/۹ درصد بود. و کمترین درصد فراوانی با ۲/۶ درصد متعلق به گروه فوق لیسانس و بالاتر بود. بیشترین سطح تحصیلات همسران واحد های پژوهش مربوط به لیسانس و بالاتر بود. ۵۵/۵ درصد واحد های پژوهش سطح درآمد ماهانه یک تا دو میلیون تومان داشتند. در ۸۰

جدول ۱: خصوصیات کیفی جمعیت شناختی و باروری واحد های پژوهش (n=۳۴۸)

درصد	تعداد	
		رده سنی
۲۶/۱	۹۱	۱۵-۲۴ سال
۶۶/۷	۲۳۲	۲۵-۳۴ سال
۷/۲	۲۵	۳۵-۴۴ سال
		وضعیت اشتغال
۷۵	۲۶۱	خانه دار
۲۵	۸۷	شاغل
		سطح تحصیلات
۸/۶	۳۰	سیکل
۳۳/۹	۱۱۸	دیپلم
۱۹	۶۶	فوق دیپلم
۳۵/۹	۱۲۵	لیسانس
۲/۶	۹	فوق لیسانس و بالاتر
		سطح تحصیلات همسر
۰	۰	بی سواد
۵/۷	۲۰	سیکل
۲۳/۳	۸۱	دیپلم
۲۴/۷	۸۶	فوق دیپلم
۳۸/۲	۱۳۳	لیسانس
۸	۲۸	فوق لیسانس و بالاتر
		سطح درآمد ماهانه
۱/۱	۴	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان
۱۶/۴	۵۷	۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان
۵۵/۵	۱۹۳	۱ تا ۲ میلیون تومان
۲۷	۹۴	بالاتر از دو میلیون تومان
		خواسته یا ناخواسته بودن بارداری
۷۷	۲۶۸	خواسته
۲۳	۸۰	ناخواسته
		جنسیت نوزاد
۵۰/۳	۱۷۵	دختر
۴۹/۷	۱۷۳	پسر
		مورد دلخواه بودن جنسیت
۸۳/۶	۲۹۱	بلی
۱۶/۴	۵۷	خیر
		نوع زایمان
۴۴/۵	۱۵۵	طبیعی
۱۸/۱	۶۳	سزارین خودخواسته
۳۷/۴	۱۳۰	سزارین اورژانس

جدول ۲: خصوصیات کمی جمعیت شناختی و باروری واحد های پژوهش (n=۳۴۸)

حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین	
۴۱	۱۶	۴/۸۲	۲۷/۳۴	سن
۳۹	۱۵	۴/۵۶	۲۲/۹۰	سن موقع ازدواج
۱۴	-۲/۵	۲/۳۶	۳/۶۷	اختلاف سنی بین زوجین
۱۴	۰	۱/۷	۳/۴۲	فاصله سنی بین زوجین
۳	۰	۰/۵۷	۰/۲۷	تعداد سقط قبلی
۱۱۶	۴۴	۱۱/۱۷	۶۳/۵۶	وزن قبل از بارداری یا سه ماهه اول بارداری
۱۸۳	۱۴۹	۴/۷۸	۱۶۳/۲۹	قد
۴۵/۳۱	۱۶/۱۶	۳/۷۲	۲۲/۷۹	شاخص توده بدنی

جدول ۳: میانگین نمره افسردگی ادینیورو واحد های پژوهش در سه ماهه سوم بارداری و هفته هشتم پس از زایمان (n=۳۴۸)

میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
۷/۸۲	۲/۹	۰	۱۲
۱۰/۰۶	۳/۲۹	۰	۲۵

نمره افسردگی ادینیورو در سه ماهه سوم بارداری

نمره افسردگی ادینیورو در هفته هشتم پس از زایمان

جدول ۴: طبقه بندی نمره افسردگی پس از زایمان واحدهای پژوهش در هفته هشتم پس از زایمان (n=۳۴۸)

تعداد	درصد
۷۵	۲۱/۶
۲۷۳	۷۸/۴

نمره ۱۳ و بالاتر (افسرده)

نمره پایین تر از ۱۳ (غیر افسرده)

جدول ۵: نتایج رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره افسردگی پس از زایمان

تک متغیره		چند متغیره	
OR(۹۵% CI)	P-Value	OR(۹۵% CI)	P-Value
۰/۹۱ (۰/۸۶-۰/۹۶)	۰/۰۰۱	۰/۹۴ (۰/۸۷-۰/۹۹)	۰/۵۴
۱/۰۰ (ref.)	---	---	---
۱/۲۹ (۰/۷۰-۲/۳۹)	۰/۴۰	---	---
۱/۰۰ (ref.)	---	---	---
۱/۱۷ (۰/۱۳-۱/۰۲)	۰/۸۳	---	---
۲/۷۷ (۰/۳۲-۲۳/۸۴)	۰/۳۵	---	---
۲/۹۷ (۰/۳۵-۲۴/۷۵)	۰/۳۱	---	---
۳/۴۲ (۰/۳۷-۳۱/۵۸)	۰/۲۷	---	---
۱/۰۰ (ref.)	----	---	---
۱/۳۲ (۰/۴۲-۴/۱۶)	۰/۶۳	---	---
۲/۰۶ (۰/۶۴-۶/۶۰)	۰/۲۲	---	---
۱/۸۳ (۰/۵۶-۵/۹۸)	۰/۲۱	---	---
۲/۵۷ (۰/۶۱-۱۰/۷۰)	۰/۱۹	---	---
۱/۰۰ (ref.)	----	---	---
۱/۱۳ (۰/۶۱-۲/۱۱)	۰/۶۸	---	---
۱/۵۰ (۰/۶۹-۳/۲۳)	۰/۳	---	---
۰/۹۱ (۰/۸۴-۰/۹۹)	۰/۰۳	۰/۹۴ (۰/۸۵-۱/۰۲)	۰/۱۷
۰/۹۱ (۰/۸۶-۰/۹۷)	۰/۰۴	۰/۹۸ (۰/۸۱-۱/۱۹)	۰/۸۷
۱/۰۹ (۰/۹۸-۱/۲۱)	۰/۰۹	---	---
۰/۹ (۰/۷۶-۱/۰۶)	۰/۲۲	---	---
۱/۰۰ (ref.)	---	---	---
۳/۲۲ (۱/۸۵-۵/۶۰)	<۰/۰۰۱	۱/۹۹ (۱/۰۲-۳/۸۸)	۰/۰۴۳
۱/۰۰ (ref.)	----	---	---
۱/۰۰ (ref.)	---	---	---
۱/۰۲ (۰/۶۱-۱/۷۰)	۰/۹۴	---	---
۱/۰۰ (ref.)	---	---	---
۱/۸۹ (۱/۰۱-۳/۵۵)	۰/۰۴	۱/۴۰ (۰/۶۶-۲/۹۷)	۰/۳۷
۱/۲۹ (۱/۱۵-۱/۴۴)	<۰/۰۰۱	۱/۲۱ (۱/۰۸-۱/۳۷)	۰/۰۰۱
۰/۹۶ (۰/۹۴-۰/۹۸)	<۰/۰۰۱	۰/۹۷ (۰/۹۵-۰/۹۹)	۰/۰۳۳
۱/۰۰ (ref.)	---	---	---
۱/۸۳ (۰/۸-۴/۲۱)	۰/۱۵	۱/۷۸ (۰/۷۱-۴/۴۲)	۰/۲۱۴
۵/۰۸ (۲/۷۱-۹/۵۳)	<۰/۰۰۱	۵/۵۸ (۲/۷۹-۱۱/۱۶)	<۰/۰۰۱

سن

وضعیت اشتغال

شاغل

خانه دار

تحصیلات زن

فوق لیسانس و بالاتر

لیسانس

فوق دیپلم

دیپلم

سیکل

تحصیلات همسر

فوق لیسانس و بالاتر

لیسانس

فوق دیپلم

دیپلم

سیکل و پایین تر

سطح درآمد ماهانه

بالای دو میلیون تومان

یک تا دو میلیون تومان

زیر یک میلیون تومان

شاخص توده بدنی

سن هنگام ازدواج زن

تفاوت سنی بین زوجین

تعداد سالهای ازدواج تا زایمان

خواسته یا ناخواسته بودن بارداری

خواسته

ناخواسته

جنسیت نوزاد

پسر

دختر

مورد دلخواه بودن جنسیت نوزاد

بلی

خیر

نمره افسردگی سه ماهه سوم بارداری

نمره سواد سلامت

نوع زایمان

طبیعی

سزارین به درخواست مادر

سزارین به دلایل پزشکی

بحث و نتیجه گیری

به رغم جستجوهای تیم پژوهش، مطالعه ای در زمینه وضعیت افسردگی پس از زایمان با سواد سلامت دیده نشد. اگرچه مطالعات بررسی رابطه سواد سلامت با مشکلات و بیماری های جسمی زنان، همانند سرطان سینه در سنین باروری [۱۷-۱۳] و دیابت [۱۹، ۱۸] و سایر مسایل جسمی مورد توجه بوده، به نظر می رسد از مطالعات ارتباط سواد سلامت با مسایل روانی زنان خصوصا افسردگی پس از زایمان مورد غفلت واقع شده است. مطالعه حاضر برای نخستین بار با هدف بررسی ارتباط وضعیت افسردگی پس از زایمان با سطح سواد سلامت زنان نخست زا در مراجعان به مراکز بهداشتی-درمانی انجام گرفت. در پژوهش حاضر میانگین سواد سلامت زنان باردار نخست زای تحت مطالعه ۶۷/۳۰ به دست آمد. به طور کلی ۳۹/۶٪ واحد های پژوهش سواد سلامت نامطلوب (محدود) و حدود ۶۰/۴٪ سواد سلامت مطلوب داشتند. به نظر می رسد این مقدار از سواد سلامت مطلوب در میان زنان مورد مطالعه قابل قبول باشد. در مطالعه ملی طاووسی و همکاران با موضوع سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها میانگین سواد سلامت زنان با پرسشنامه (HELIA)، ۶۹/۰۲ اندازه گیری شده بود [۱۲]؛ که با نتایج حاصل از مطالعه حاضر هم خوانی دارد. در مطالعه قنبری و همکاران روی زنان باردار شهر تهران، با پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (TOFHIA)، میانگین امتیاز سواد سلامت ۶۶/۴ از ۱۰۰ داشتند و ۳۰ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت ناکافی، ۲۴/۶ درصد دارای سواد سلامت مرزی و ۵۴/۴ درصد سواد سلامت کافی داشتند [۱۰]. در مطالعه طهرانی و همکاران، سواد سلامت زنان شرکت کننده در پژوهش ۴۱/۱ درصد بود و سواد سلامت در مطالعه آنها ارتباط معنی دار با وضعیت اقتصادی پایین نشان داد ($p < 0.004$) و سطح تحصیلات قوی ترین ارتباط را سطح سواد سلامت داشت [۲۰]. نتایج متفاوت این مطالعه با مطالعه طهرانی و همکاران را می توان به متفاوت بودن ابزار مورد استفاده و بالاتر بودن سطح تحصیلات واحد های مطالعه حاضر دانست. در مطالعه حاضر میزان درصد افسردگی پس از زایمان واحد های پژوهشی، با سطح برش ۱۳ و بالاتر درگونه ایرانی پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورو، ۲۱/۶ درصد بود. میزان شیوع افسردگی در مطالعه فراثحلیل ویسانی و همکاران با استفاده از پرسشنامه ادینبورو، ۲۶/۹ درصد گزارش شد [۷]. که شیوع بالاتر در مطالعه آنها احتمالا به علت حجم بالای نمونه پژوهش آنان

(۷۷۷ نمونه در هر مطالعه مورد بررسی) و اختلاف سال های مطالعه آنها (۱۳۸۸-۱۳۷۶) مربوط بوده است. در مطالعه خرمی راد و همکاران در شهرستان قم و با پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورو، ۲۳/۷ درصد افسردگی پس از زایمان داشتند [۲۱]. در مطالعه خوشه مهری و همکاران در مراکز بهداشتی-درمانی شمال تهران، با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، در مجموع ۳۰ درصد زنان دارای درجات مختلفی از افسردگی پس از زایمان بودند [۸]. در استرالیا و در مطالعه Clout و همکاران با پرسشنامه افسردگی ادینبورو، ۱۹/۳ درصد افراد مورد مطالعه افسردگی پس از زایمان داشتند [۲۲]. در مطالعه Ming Ho و همکاران با موضوع بررسی تاثیر برنامه آموزشی هنگام ترخیص در کاهش شدت افسردگی پس از زایمان، زنانی که مداخله آموزش زمان ترخیص در مورد افسردگی پس از زایمان را دریافت کرده بودند در مقایسه با زنانی که آموزش عمومی گرفته بودند با احتمال کمتری نمره افسردگی بالاتر داشتند [۲۳]. با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان در ایران و نیز وفق نتایج پژوهش حاضر، به نظر می رسد غربالگری زنان در دوران بارداری و روزهای نخست پس از زایمان و بالا بردن آگاهی خانواده ها در مورد افسردگی پس از زایمان می تواند در کاهش شیوع آن موثر باشد. همچنین با توجه به ارتباط معنی دار وضعیت افسردگی پس از زایمان با نمره افسردگی ادینبورو و وجود افسردگی در سه ماهه سوم بارداری بررسی تشخیصی برای افسردگی در زنان باردار و نیز توجه بیشتر به سلامت روان ایشان در زمره مراقبت های بارداری باید مدنظر مراقبان سلامت به ویژه متخصصان مامایی باشد. آشنایی بیشتر این گروه بهداشتی و درمانی نظام سلامت کشور با انواع پرسشنامه های استاندارد غربالگری افسردگی خصوصا گونه ایرانی پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورو (EPDS) می تواند کمک شایانی به غربالگری و شناسایی زنان باردار در معرض خطر و ارجاع و هدایت آنان به مراکز ذی صلاح مسئول سلامت روان زنان باردار بنماید. همچنین در این راستا و با توجه به نتایج پژوهش حاضر به نظر می رسد و افزایش آگاهی های بهداشتی و سواد سلامت زنان به ویژه زنان باردار می تواند کمک شایانی برای سلامت روان آنها باشد. در این میان سهم انجمن علمی مامایی ایران به عنوان منبع تغذیه ای آگاهی و آموزشی جامعه مامایی و سهم ماماها برجسته تر خواهد بود. توسعه کیفی کلاس های آمادگی بارداری به عنوان پل ارتباطی آموزشی مهم این حرفه و زنان باردار و خانواده های ایشان، و جلب توجه

حرفه مامایی در خصوص تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی-درمانی کشور زنگ خطری برای بهداشت جسمی و روانی زنان کشور محسوب می شود. از محدودیت های این مطالعه فقدان پژوهش هایی در حیطه ارتباط افسردگی پس از زایمان با سطح سواد سلامت زنان نخست زا بود. که امکان مقایسه این پژوهش با مطالعات گذشته را دشوار ساخت. به همین منظور پیشنهاد می شود جهت تعیین دقیق تر ارتباط افسردگی پس از زایمان و سطح سواد سلامت زنان و تعیین عوامل مداخله گر، مطالعات وسیع تری در سطح کشور انجام گیرد.

سهم نویسندگان

مهسا غفارزاده خویی: همکاری در اجرای طرح، جمع آوری اطلاعات، تحلیل داده ها و نگارش گزارش نهایی مطالعه
مینور لمیعیان: نویسنده مسئول، همکاری در اجرای طرح، تحلیل داده ها، همکاری در نگارش گزارش نهایی مطالعه
راضیه لطفی: مشاور اجرایی طرح
علی منتظری: همکاری در اجرای طرح، تحلیل و آنالیز داده ها و همکاری در نگارش گزارش نهایی مطالعه

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب کمیته تخصصی دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس با کد کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی ۱۴۴. IR.TMU.۱۳۹۴ و با همکاری دانشگاه علوم پزشکی البرز بود. بدینوسیله از حوزه محترم معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به جهت تصویب و تامین اعتبار مالی پژوهش، تمامی همکاران محترم مامایی شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کلینیک بیمارستان تخت جمشید کرج و کلیه زنان بارداری که در طول پژوهش در کمال صبر و دقت، سعه صدر و همکاری لازم را داشته اند، مراتب تشکر و قدردانی بعمل می آید.

منابع

1. Lashkaripour k, Bakhshani Noor M, Hokmabadi S, Sajjadi A, Safarzadeh Sarasiabi A. Postpartum depression and related factors: A 4/5 months study. The quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. Winter 2012; 13: 404-412 [Persian]

زنان باردار و خانواده های ایشان به مسائل روانی بارداری و بازه زمانی پس از زایمان در کنار مسائل بهداشت جسمی بارداری برای کاهش شیوع افسردگی موثر خواهد بود. در مطالعه توصیفی-تحلیلی لشکری پور و همکاران با موضوع بررسی افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن، ۳۰۰ خانم مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان امام علی(ع) زاهدان که با استفاده از پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی بک، انجام شدند، نتایج نشان داد زایمان سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی احتمال افسردگی پس از زایمان را حدود ۶/۵ برابر افزایش میدهد ($P=0/01$) [۱]. که با نتایج مطالعه حاضر در خصوص ارتباط افسردگی پس از زایمان واحد های پژوهش با نوع زایمان همخوانی دارد. در مطالعه حاضر، احتمال افسردگی پس از زایمان در زنان متحمل سزارین به دلایل پزشکی و اورژانس، احتمالاً به خاطر حس شکست و تروماتیک بودن این نوع از زایمان حدود ۵/۵ برابر بیشتر از زایمان طبیعی بود لذا با توجه به سیاست های کنونی سیستم بهداشت و درمان کشور مبنی بر افزایش زایمان طبیعی، به علت عدم آگاهی دقیق زنان باردار و عدم آماده سازی جسمی و روانی آنان، شاهد میزان بالای سزارین در اغلب زنان باردار هستیم. در این راستا باید، توجه به برنامه های آموزشی و ارتقای سواد سلامت بارداری و زایمان مادران، توسط متخصصان حرفه مامایی ضروری توجه شده و شرکت در کلاس های آمادگی زایمان مورد تاکید قرار گیرد، تا با افزایش آگاهی و سواد سلامت، نگاه زنان باردار به زایمان طبیعی نگاهی منطقی و مثبت تری گردد. شایان به ذکر است حمایت های همسر و خانواده در سوق دادن به نوع نگاه زنان باردار به مقوله زایمان و انتخاب نوع زایمان را نمی توان کم تاثیر دانست. با توجه ارتباط ناخواسته بودن بارداری در واحد های پژوهش با افسردگی پس از زایمان، و وجود ارتباط مشابه در مطالعه Beck [۲۴] تجدیدنظری جدی در سیاست های افزایش جمعیتی و خدمات تنظیم خانواده توسط سیاست گذاران بهداشت کشور اهمیت ویژه دارد. عدم توجه به عواقب بارداری های ناخواسته و کمرنگ شدن نقش متخصصان

2. Kaplan H, Sadok B. Comprehensive Text Book of psychiatry. 6th Edition,: Lippincott: Philadelphia, 2005
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM 5). American Psychiatric Association May 2013

4. Galler JR, Harrison RH, Ramsey F, Forde V, Butler SC. Maternal depressive symptoms affect infant cognitive development In Barbados. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000; 41: 747-57
5. Mclearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 2006; 160: 279-84
6. Salary P, Banafshe E, Hebrani P, Jabbari Nooghabi H. [On the relationship between maternal fatigue and postpartum depression]. *Journal of fundamentals of mental health* 2010; 11: 302-11 [Persian]
7. Veisani Y, Sayehmiri K. Prevalence of postpartum depression in Iran_ A systematic review and meta_analysis. *The Iranian Journal. of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2012; 15: 21-29 [Persian]
8. Khooshemehry G, Shariati feizabadi A, Naserkhaki V. Prevalence of Postpartum Depression and the Factors that decides in North of Tehran. *Scientific Journal of Hamedan Nursing & Midwifery Faculty* 2012;3:59-69 [Persian]
9. Al Dallal FH, Grant IN. Postpartum depression among Bahraini women: prevalence of symptoms and psychosocial risk factors. *Eastern Mediteranean Health Journal* 2012; 4:439-445
10. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin Seyed A, Jahangiri K, Ebadi M, Naderimagham S, Solimanian A, Sarbandi F, Motamedi A, Naghibi Sistani M.M. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research (Payesh)* 2014; 13: 589-599[Persian]
10. Ghanbari Sh, Majlesi F, Ghaffari M. *Daneshvarmed* 2012; 19: 1-12[Persian]
11. Shieh C, Halstead J A. Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing(JOGNN)* 2009; 38: 601- 612. Available at: <http://jognn.awhonn.org>.
12. Tavousi M, Montazeri A, Haeri Mehrizi A, et al. Health Literacy in Iran: finding from a national study. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research (Payesh)* 2015; 15: 95-102[Persian]
13. Lamyian M, Moghaddam-Banaem L, Setoodeh SM. Health Literacy in Iranian with Breast Cancer. *Austin Public Health* 2016; 1:1002
14. Haghghi S, Lamyian M, Geranpaye L. Assessment of the level of Health Literacy among Fertile Iranian Women with Breast Cancer. *Electronic Physician*. 2015; 7: 1359-1364
15. Pagan JA, Brown CI, Asch DA, Armstrong K, Bastida E, Guerra C. Health Literacy and breast cancer screening among Mexican American women in South Texas. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*. 2012; 27: 132-137
16. Cox N, Bowmer C, Ring A. Health Literacy and the provision of information to women with breast cancer. *Clinical oncology* 2012; 23: 223
17. Sentell T, Braun KL, Davis J. Health Literacy and Meeting Breast and Cervical Cancer Screening Guidelines among Asians and Whites in California. *Springer Plus* 2015; 4:1-9
18. Khosravi A, Ahmadzaadeh Kh, Arastoopoor Sh, Tahmasbi R. Health Literacy Levels OF Diabetic Patients Referred to Shiraz Health Centers and Its Effective Factors. *Health Information Management* 2015; 12: 205[Persian]
19. Endres L.K, Sharp L.K, Haney E, Dooley S.L. Health Literacy and Pregnancy Preparedness in Pregestational Diabetes. *Diabetes Care*. 2004; 27: 331-334
20. Tehrani Banihashemi A, Amirkhani M.A, Haghdoost A, et al. Health Literacy and the Influencing Factors: A Study in Five Providences of Iran. *Journal of Strides in Development of Medical Education* 2007; 4: 1-9[Persian]
21. Khorramirad A, Mousavi Lotfi M, Shoori Bidgoli A. Prevalence of Postpartum Depression and Related Factors in Qom. *Pajoohandeh Journal* 2010; 15: 62-66 [Persian]
22. Clout D, Brown R. Socio-demographic, pregnancy, obstetric and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders* 2015; 188: 60-67
23. Shiao Ming H, Shu-Shya H, Cecilia M, et al. Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression: A randomial controlled evaluation study. *Patient Education and Counselling* 2009; 77: 68-71
24. Beck CT. Predictors of postpartum depression: An Update. *Nursing Research* 2001; 50: 275-85

ABSTRACT**The relationship between postpartum depression and health literacy among nulliparous women**

Mahsa Ghaffarzadeh Khoei¹, Minoor Lamyaian^{1*}, Razieh Lotfi², Ali Montazeri³

1. Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. School of Nursing & Midwifery, Alborz Medical Science University, Karaj, Iran
3. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2017; 6: 797- 805

Accepted for publication: 1 November 2017

[EPub a head of print-18 November 2017]

Objective (s): Health literacy is the capacity and the ability to access to, and understand, health information to maintain and improve. The current study aimed to investigate the relationship between health literacy and postpartum depression among nulliparous pregnant women who referred to health centers in Karaj, Iran.

Methods: A prospective study was carried out on a sample of 348 nulliparous women in third trimester of their pregnancy. They have completed a demographic, a reproductive questionnaire, the Health Literacy Inventory for Adults (HELIA). In addition they have completed the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) as outcome measures at two points in time at baseline and at 8th week after delivery. Logistic regression analysis was performed to assess the relationship between health literacy and depression.

Results: The mean health literacy among women was 67.30(±14/66) indicating that 39/6% of women had limited health literacy. The prevalence of postpartum depression was 21.6%. The results of multivariable logistic regression showed that in addition to depression during pregnancy (OR: 1.21, 95% CI: 1.08-1.37, P=0.001) and type of delivery (OR for cesarean section for medical reasons: 5.58, 95% CI: 2.79-11.16, P <0/001), health literacy score (OR: 0.97, 95% CI: 0.95-0.99, P=0.033) was significantly associated with postpartum depression.

Conclusion: The findings suggest that postpartum depression significantly is associated with health literacy in nulliparous women. It seems that promoting health literacy among this population could lead to significant reduction in e postpartum depression.

Key Words: Health Literacy, Postpartum Depression, nulliparous women

* Corresponding author: Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Tel: 82883809
E-mail: lamyianm@modares.ac.ir