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 ـ دی ۱۳۹۶ صص ۸۰۵-۷۹۷
[نشر 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 مجددا گونه ایرانی پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورو تکمیل شد. نتایج حاصل با استفاده از نرم افزار ۲۰ SPSS 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 پژهش 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 لوجستیک نشان داد علاوه بر وجود افسردگی پیش از زایمان (OR:۱/۲۱,٪۹۵CI:۰/۹۵-۰/۹۹, P=۰/۰۰۱) وسزارین 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.6.9.6]

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 نشان‌می 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 خطرخودکشی 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 ۲۷درصد، 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 لزوما 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 پیامد های 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 زا 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 زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.6.9.6]

کرج(استان البرز) از زمستان۱۳۹۴ تا تابستان ۱۳۹۵انجام 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 باردارنخست 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 وگونه ایرانی پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورو(EPDS) را تکمیل نمودند. اطلاعات و داده های واحدهای پژوهش در نرم افزار ۲۰ SPSS وارد شد و نتایج با استفاده از روش های آمار توصیفی(فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی(رگرسیون لوجستیک) 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 نفر(۲۳درصد) از واحد های پژوهش بارداری فعلی ناخواسته بود و در ۲۶۸ نفر(۷۷درصد) 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، ۲۶/۴درصد 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، ۱۳۸نفر(۳۹/۶ درصد) واحد های پژوهش سواد سلامت **نامطلوب** (مجموع سطوح ناکافی و نه چندان کافی) و ۲۱۰نفر (۶۰/۴ درصد) واحد های پژوهش سواد سلامت **مطلوب** (مجموع سطوح کافی و عالی) داشتند. نتایج حاصل از رگرسیون لوجستیک (جدول شماره ۵) نشان داد، افسردگی پس از زایمان با نمره سواد سلامت واحد های پژوهش (OR=۰/۹۷,٪۹۵Cl: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.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.6.9.6]

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

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

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

	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن	۲۷/۳۴	۴/۸۲	۱۶	۴۱
سن موقع ازدواج	۲۳/۹۰	۴/۵۶	۱۵	۳۹
اختلاف سنی بین زوجین	۳/۶۷	۲/۳۶	-۲/۵	۱۴
فاصله سنی بین زوجین	۳/۴۲	۱/۷	۰	۱۴
تعداد سقط قبلی	۰/۲۷	۰/۵۷	۰	۳
وزن قبل از بارداری یا سه ماهه اول بارداری	۶۳/۵۶	۱۱/۱۷	۴۴	۱۱۶
قد	۱۶۳/۲۹	۴/۷۸	۱۴۹	۱۸۳
شاخص توده بدنی	۲۳/۷۹	۳/۷۲	۱۶/۱۶	۴۵/۳۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.6.9.6]

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

	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
نمره افسردگی ادینبورو در سه ماهه سوم بارداری	۷/۸۲	۲/۹	۰	۱۲
نمره افسردگی ادینبورو در هفته هشتم پس از زایمان	۱۰/۰۶	۳/۲۹	۰	۲۵

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

	تعداد	درصد
نمره ۱۳و بالاتر (افسرده)	۷۵	۲۱/۶
نمره پایین تر از ۱۳(غیر افسرده)	۲۷۳	۷۸/۴

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

	تک متغیره		چند متغیره	
	OR(۹۵% CI)	P-Value	OR(۹۵% CI)	P-Value
سن	۰/۹۱ (۰/۸۶-۰/۹۶)	۰/۰۰۱	۰/۹۴ (۰/۸۷-۰/۹۹)	۰/۵۴
وضعیت اشتغال				
شاغل	۱/۰۰ (ref.)	----	----	---
خانه دار	۱/۲۹ (۰/۷۰-۲/۳۹)	۰/۴۰	---	---
تحصیلات زن				
فوق لیسانس و بالاتر	۱/۰۰ (ref.)	----	---	---
لیسانس	۱/۱۷ (۰/۱۳-۱۰/۰۲)	۰/۸۳	---	---
فوق دیپلم	۲/۷۷ (۰/۳۲-۲۳/۸۴)	۰/۳۵	---	---
دیپلم	۲/۹۷ (۰/۳۵-۲۴/۷۵)	۰/۳۱	---	----
سیکل	۳/۴۲ (۰/۳۷-۳۱/۵۸)	۰/۲۷	----	---
تحصیلات همسر				
فوق لیسانس و بالاتر	۱/۰۰ (ref.)	-----	----	----
لیسانس	۱/۳۲(۰/۴۲-۴/۱۶)	۰/۶۳	----	----
فوق دیپلم	۲/۰۶ (۰/۶۴-۶/۶۰)	۰/۲۲	----	----
دیپلم	۱/۸۳ (۰/۵۶-۵/۹۸)	۰/۲۱	----	----
سیکل و پایین تر	۲/۵۷ (۰/۶۱-۱۰/۷۰)	۰/۱۹	----	----
سطح درآمد ماهانه				
بالای دو میلیون تومان	۱/۰۰ (ref.)	-----	----	----
یک تا دو میلیون تومان	۱/۱۳ (۰/۶۱-۲/۱۱)	۰/۶۸	----	----
زیریک میلیون تومان	۱/۵۰ (۰/۶۹-۳/۲۳)	۰/۳	---	----
شاخص توده بدنی	۰/۹۱ (۰/۸۴-۰/۹۹)	۰/۰۳	۰/۹۴ (۰/۸۵-۱/۰۲)	۰/۱۷
سن هنگام ازدواج زن	۰/۹۱ (۰/۸۶-۰/۹۷)	۰/۰۰۴	۰/۹۸ (۰/۸۱-۱/۱۹)	۰/۸۷
تفاوت سنی بین زوجین	۱/۰۹ (۰/۹۸-۱/۲۱)	۰/۰۹	---	----
تعداد سالهای ازدواج تا زایمان	۰/۹ (۰/۷۶-۱/۰۶)	۰/۲۲	---	----
خواسته یا ناخواسته بودن باداری				
خواسته	۱/۰۰ (ref.)	----	---	----
ناخواسته	۳/۲۲ (۱/۸۵-۵/۶۰)	<۰/۰۰۱	۱/۹۹ (۱/۰۲-۳/۸۸)	۰/۰۴۳
جنسیت نوزاد				
پسر	۱/۰۰ (ref.)	----	---	----
دختر	۱/۰۲ (۰/۶۱-۱/۷۰)	۰/۹۴	---	----
مورد دلخواه بودن جنسیت نوزاد				
بلی	۱/۰۰ (ref.)	----	----	----
خیر	۱/۸۹ (۱/۰۱-۳/۵۵)	۰/۰۴	۱/۴۰ (۰/۶۶-۲/۹۷)	۰/۳۷
نمره افسردگی سه ماهه سوم بارداری	۱/۲۹ (۱/۱۵-۱/۴۴)	<۰/۰۰۱	۱/۲۱(۱/۰۸-۱/۳۷)	۰/۰۰۱
نمره سواد سلامت	۰/۹۶ (۰/۹۴-۰/۹۸)	<۰/۰۰۱	۰/۹۷ (۰/۹۵-۰/۹۹)	۰/۰۳۳
نوع زایمان				
طبیعی	۱/۰۰ (ref.)	---	----	----
سزارین به درخواست مادر	۱/۸۳ (۰/۸-۴/۲۱)	۰/۱۵	۱/۷۸ (۰/۷۱-۴/۴۲)	۰/۲۱۴
سزارین به دلایل پزشکی	۵/۰۸ (۲/۷۱-۹/۵۳)	<۰/۰۰۱	۵/۵۸ (۲/۷۹-۱۱/۱۶)	<۰/۰۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.6.9.6]

بحث و نتیجه‌گیری

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 (TOFHLA)، 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($p<۰/۰۰۴$) 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 فراتحلیل 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.6.9.6]

زنان باردار و خانواده های ایشان بـه مسـائل روانـی بـارداری و بـازه زمانی پس از زایمان در کنار مسائل بهداشت جسمی بـارداری بـرای کاهش شیوع افسردگی موثر خواهد بود. در مطالعه توصیفی-تحلیلی لشکری پور و همکاران با موضوع بررسی افسردگی پس از زایمـان و عوامل مرتبط با آن، ۳۰۰ خـانم مراجعـه کننـده بـه بخـش زایمـان بیمارسـتان امـام علـی(ع) زاهـدان کـه بـا اسـتفاده از پرسشـنامه و پرسشنامه افسـردگی بـک، انجـام شـدند، نتـایج نشـان داد زایمـان سزارین در مقایسه بـا زایمـان طبیعـی احتمـال افسـردگی پـس از زایمان را حدود ۶/۵ برابر افزایش میدهد (P=۰/۰۱)[۱]. که با نتایج مطالعه حاضر در خصوص ارتباط افسردگی پس از زایمان واحد های پژوهش با نوع زایمـان همخـوانی دارد. در مطالعـه حاضـر، احتمـال افسردگی پس از زایمان در زنان متحمل سزارین به دلایل پزشکی و اورژانس، احتمالا به خاطر حس شکست و تروماتیک بودن ایـن نـوع از زایمان حدود ۵/۵ برابر بیشتر از زایمان طبیعی بود لذا با توجه به سیاست های کنـونی سیسـتم بهداشـت و درمـان کشـور مبنـی بـر افزایش زایمان طبیعی، به علت عدم آگاهی دقیق زنان باردار و عـدم آماده سازی جسمی و روانی آنان، شـاهد میـزان بـالای سـزارین در اغلب زنان باردار هستیم. در این راستا باید، توجـه بـه برنامـه هـای آموزشی و ارتقای سواد سلامت بـارداری و زایمـان مـادران، توسـط متخصصان حرفه مامایی ضـروری توجـه شـده و شـرکت در کـلاس های آمادگی زایمان مورد تاکید قرار گیرد، تـا بـا افـزایش آگـاهی و سواد سلامت، نگاه زنان باردار به زایمـان طبیعـی نگـاهی منطقـی و مثبت تری گردد. شایان به ذکر است حمایت های همسر و خـانواده در سوق دادن به نوع نگاه زنان باردار به مقوله زایمان و انتخاب نـوع زایمان را نمی توان کم تاثیر دانست. با توجه ارتباط ناخواسته بـودن بارداری در واحد های پژوهش با افسردگی پس از زایمـان، و وجـود ارتبـاط مشـابه در مطالعـه Beck [۲۴] تجدیـدنظری جـدی در سیاست های افزایش جمعیتـی و خـدمات تنظـیم خـانواده توسـط سیاست گذاران بهداشت کشور اهمیـت ویـژه دارد. عـدم توجـه بـه عواقب بارداری های ناخواسـته و کمرنـگ شـدن نقـش متخصصـان حرفه مامایی در خصوص تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی- درمانی کشور زنگ خطـری بـرای بهداشـت جسـمی و روانـی زنـان کشـور محسوب می شود. از محدودیت های ایـن مطالعـه فقـدان پـژوهش هایی در حیطه ارتبـاط افسـردگی پـس از زایمـان بـا سـطح سـواد سلامت زنان نخسـت زا بـود. کـه امکـان مقایسـه ایـن پـژوهش بـا مطالعـات گذشـته را دشـوار سـاخت. بـه همـین منظـور پیشـنهاد می شود جهت تعیین دقیق تر ارتبـاط افسـردگی پـس از زایمـان و سطح سواد سلامت زنـان و تعیـین عوامـل مداخلـه گـر ، مطالعـات وسیع تری در سطح کشور انجام گیرد.

سهم نویسندگان

مهسـا غفـارزاده خـویی: همکـاری در اجـرای طـرح، جمـع آوری اطلاعات، تحلیل داده ها و نگارش گزارش نهایی مطالعه

مینور لمیعیان: نویسنده مسئول، همکاری در اجرای طـرح، تحلیـل داده ها، همکاری در نگارش گزارش نهایی مطالعه

راضیه لطفی: مشاور اجرایی طرح

علی منتظری: همکاری در اجرای طرح، تحلیـل و آنـالیز داده هـا و همکاری در نگارش گزارش نهایی مطالعه

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب کمیته تخصصی دانشکده پزشکی دانشـگاه تربیـت مـدرس بـا کـد کمیتـه اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی۱۴۴ .IR.TMU.۱۳۹۴ و بـا همکاری دانشگاه علوم پزشکی البرز بود. بدینوسیله از حوزه محتـرم معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به جهـت تصـویب و تـامین اعتبار مالی پژوهش، تمامی همکاران محترم مامایی شاغل در مراکـز بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشـکی البرز،کلینیـک بیمارسـتان تخت جمشید کرج و کلیه زنان بـارداری کـه در طـول پـژوهش در کمال صبر و دقت، سعه صدر و همکاری لازم را داشـته انـد، مراتـب 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]

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.6.9.6]

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 symp- toms at 2 to 4 months postpartum and early pa- renting 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. Haghighi 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.6.9.6]

ABSTRACT

The relationship between postpartum depression and health literacy among nulliparous women

Mahsa Ghaffarzadeh Khoei[1], Minoor Lamyaian[1*], Razieh Lotfi[2], Ali Montazeri[3]

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.6.9.6]

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