# بررسی سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار

**فاطمه میرسلیمی[۱]، فضل اله غفرانی پور[۱*]، علی منتظری[۲]، آزیتا نوروزی[۳]**

۱. دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات سنجس سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

۳. دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

نشریه پایش

سال هجدهم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۸ صص ۵۳۳- ۵۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۸/۱۲

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۹ آبان ۹۸]

**چکیده**

**مقدمه:** سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان تحت عنوان آگاهی و باورها در رابطه با افسردگی پس از زایمان که به شناخت، کنترل یا پیشگیری از آن کمک می کند، تعریف می شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان زنان باردار مراجعه کننده به یکی از مراکز درمانی شهر تهران انجام شد.

**مواد و روش کار:** یک مطالعه مقطعی به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. ۳۸۸ زن باردار در سه ماهه سوم بارداری سوالات جمعیت شناختی و نیز گویه های بالینی و پرسشنامه محقق ساخته سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان را تکمیل نمودند. نتایج حاصل با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۲ و آزمون های آماری متناسب مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** میانگین نمره سواد سلامت روان شرکت کنندگان در خصوص افسردگی پس از زایمان واحدهای پژوهش (۰/۳۹±)۳/۷۸ بود. در رابطه با ابعاد سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان، بیشترین میانگین نمره به آگاهی از فعالیتهای خودمراقبتی (۰/۵۵±) ۴/۵۳، و کمترین میانگین نمره به باورها از خدمات بهداشتی موجود (۱/۱۰±)۲/۵۰، اختصاص یافت. نتایج حاصل از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان با تحصیلات (P<۰/۰۰۱)، وضعیت اشتغال (P=۰/۰۰۱)، سابقه مشکلات روان در خانواده (P=۰/۰۴۷) و منبع اطلاعات در باره افسردگی پس از زایمان (P=۰/۰۰۵) ارتباط معنی دار دارد.

**بحث و نتیجه گیری:** یافته های این مطالعه نشان داد که زنان باردار از میزان متوسطی از سواد سلامت روان برخوردار بودند. به نظر می رسد برنامه های مداخله ای آموزشی بتوانند در ارتقای سواد سلامت روان زنان و در نهایت کاهش افسردگی پس از زایمان موثر باشند.

**کلیدواژه:** سواد سلامت روان، افسردگی پس از زایمان، عوامل مرتبط، زنان باردار

**کد اخلاق:** TR.TMU.REC.1394.259

* نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع جلال آل احمد و چمران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه آموزش بهداشت
E-mail: ghofranf@modares.ac.ir

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.9.8 ]

## مقدمه

بارداری و دوره پس از آن جزء وقایع مهم زندگی زنان محسوب می شود؛ چنانکه به طور فزاینده ای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنان را تحت تاثیر قرار می دهد. اندوه، افسردگی و اضطراب پس از زایمان جزء عوارض شایع این دوران به شمار می آیند [۳-۱].

افسردگی پس از زایمان یک مشکل شایع و قابل درمان با تاثیرات گسترده بر مادر و خانواده است که بعضی از زنان پس از تولد نوزاد، آن را تجربه می‌کنند [۴]. شیوع افسردگی پس از زایمان بالاست. مطالعات انجام شده در شهر تهران شیوع افسردگی پس از زایمان را حدود ۲۵٪ گزارش کرده اند [۸-۵]. این اختلال شایع و ناتوان کننده اجتماعی، تاثیر منفی چشمگیری بر تمام ابعاد کیفیت زندگی مادر می گذارد [۹،۱۰ ]. ادامه اختلال و عدم تشخیص به موقع آن منجر به عدم دلبستگی مادر به کودک، مشاجره با همسر ، عدم توانایی انجام وظایف مادری و همسری و اختلال در جنبه های گوناگون رشد و تکامل کودک می‌گردد [۱۱] و نیز می تواند صورت نادر منجر به تراژدی خودکشی مادر یا فرزندکشی شود [۱۲،۱۳].

با وجود شدت و جدیت عوارض افسردگی پس از زایمان، تنها در حدود ۴۰ درصد از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان توسط مراقبان سلامت شناسایی می شوند و درصد قابل توجه ای از آنها برای علائم افسردگی خود تحت درمان قرار نمی گیرند [۱۴]. علاوه بر این، بر چسب بیماری روانی باعث می شود که بیماران از دادن اطلاعات در باره علائم افسردگی خودداری کنند [۱۵] و تقریباً نیمی از موارد افسردگی پس از زایمان به دلیل عدم تمایل مادر در آشکار کردن احساس خود تشخیص داده نمی شوند [۱۶]. عواملی از جمله عدم آگاهی از علائم و انواع درمانهای افسردگی به عنوان مهمترین موانع درخواست کمک از خدمات بهداشتی طی دوران پس از زایمان تلقی می شوند [۱۷،۱۸] که مطرح کننده نقش سواد سلامت روان در فرایند کمک خواهی است.

طبق تعریف موسسه پزشکی، سواد سلامت عبارتست از میزان ظرفیت فرد برای کسب، درک و تفسیر اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی که برای تصمیم گیری متناسب لازم بوده [۱۹] و با ارتقای پیامدهای سلامت و کاهش هزینه ها ارتباط دارد [۲۰]. تلاشها جهت ارتقای سواد سلامت جامعه از طریق افزایش آگاهی و توانمند سازی آنها به منظور شناخت، پیشگیری و درمان مشکلات شایع جسمی متمرکز شده است. با وجود اینکه تاکید کمتر بر افزایش آگاهی جامعه در مورد شناخت و درمان اختلالات روان و کنترل علائم آنها [۲۱]، و جهت تلاش برای توجه به این جنبه فراموش شده روان، جُرُم و همکاران را در سال ۱۹۹۷ بر آن داشت که مفهوم سواد سلامت روان را تحت عنوان دانش و باورها در باره اختلالات روان که به شناخت، کنترل یا پیشگیری از اختلالات روان کمک می کند، تعریف کنند [۲۲].

طبق مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف آگاهی اندکی درباره پیشگیری از اختلالات روان و پیشرفت آن، درخواست کمک و اطلاع از درمانهای موجود در میان عموم مردم وجود دارد[۲۲]. لذا یک قدم مهم برای ارتقای سلامت روان جامعه درک وضعیت سواد سلامت روان است. طبق مطالعه انجام شده توسط رکتو و همکاران بر روی سواد سلامت روان نوجوانان باردار و زایمان کرده اسپانیایی تبار در سال ۲۰۱۶ با استفاده از ابزار سنجش سواد سلامت روان (MHLS) اصلاح شده، سطح سواد سلامت روان واحدهای پژوهش در حد متوسط گزارش شد(افرادی که احساس افسردگی داشتند با میانگین نمره سواد سلامت روان ۷۴/۴۵ و انحراف معیار ۹/۸۲ و افرادی که احساس افسردگی نداشتند با میانگین ۶۷/۳۵ و انحراف معیار ۵/۳۷) [۲۳]. در مطالعه دیگری که توسط فونسکا و همکاران در سال ۲۰۱۷ با استفاده از پرسشنامه سواد افسردگی(D-LiT) سطح سواد افسردگی زنان باردار و زایمان کرده در حد متوسط گزارش شد [۲۴]. با وجود اهمیت نقش سواد سلامت روان به عنوان تسهیل کننده فرایند کمک خواهی و استفاده از خدمات سلامت روان در زنان و به تبع آن تشخیص زودرس و درمان اختلالات روان متاسفانه در ایران تا کنون به این موضوع پرداخته نشده است و آمار و شواهدی در این زمینه در دست نیست. مطالعه حاضر با هدف بررسی سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران انجام شد.

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش مقطعی بود که با هدف بررسی سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به یکی از مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران از فروردین تا تابستان ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه گیری به روش در دسترس بود. جمعیت مورد مطالعه را زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری دارای سواد خواندن و نوشتن و سن ۱۸ سال به بالا تشکیل دادند (شرکت کنندگانی که به شرکت در



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.9.8 ]

مطالعه تمایل نداشتند و یا پرسشنامه ناقص تکمیل کردند از مطالعه حذف شدند). پژوهش حاضر پس از کسب موافقت کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی انجام شد. تعداد ۳۸۸ زن باردار واقع در سه ماهه سوم بارداری پس از آگاهی از اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه سوالات جمعیت شناختی و بالینی و ابزار محقق ساخته سنجش سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان را به صورت خود گزارشی در درمانگاه مامایی واقع در بیمارستان جامع بانوان آرش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تکمیل کردند. پس از تهیه نسخه نهایی ابزار محقق ساخته سنجش سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان، روایی محتوایی، صوری و سازه ای و نیز پایایی آن بررسی شد. در روایی محتوایی، نظرات اصلاحی تعدادی از متخصصان و صاحبنظران در رشته های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و بهداشت باروری در پرسشنامه اعمال گردید. در تعیین روایی صوری از نظرات تعدادی از مادران باردار و زایمان کرده استفاده شد. برای بررسی روایی سازه، پرسشنامه در یک مطالعه مقطعی بکار گرفته شد ومورد تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی قرار گرفت. تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۳۹ گویه انجام شد و در نهایت ۳۱ گویه با ۷ عامل با پوشش واریانس کل ۴۹٪ در پرسشنامه باقی ماندند. این ۷ عامل شامل توانایی شناخت افسردگی پس از زایمان(۶ گویه در باره علائم و نشانه های افسردگی پس از زایمان)، آگاهی از علل و عوامل خطر(۵ گویه در باره عوامل زیست شناختی، خانوادگی، اجتماعی و محیطی که خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش می دهند)، آگاهی از فعالیتهای خود مراقبتی(۵ گویه در باره رفتارهای خود مراقبتی جهت پیشگیری یا کنترل علائم افسردگی پس از زایمان می باشد)، آگاهی از خدمات بهداشتی موجود (۲ گویه در باره آگاهی از کارکنان خدمات سلامتی و خدماتی را که آنها ارائه می دهند)، باورها در باره خدمات بهداشتی موجود (۲ گویه در باره نگرشها نسبت به کارکنان خدمات سلامتی و خدماتی را که آنها ارائه می دهند)، نگرشها نسبت به افسردگی پس از زایمان (۶ گویه در باره نگرشهایی که روی شناخت افسردگی پس از زایمان و تمایل برای رفتار درخواست کمک اثر می گذارد) و آگاهی از چگونگی دستیابی به اطلاعات(۵ گویه در باره آگاهی از انواع مختلف منابع اطلاعات در باره افسردگی پس از زایمان، آگاهی از چگونگی استفاده از آنها و توانایی ارزیابی آنها) بودند. سوالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای طراحی و از ۱ تا ۵ نمره دهی شدند( از کاملاً مخالفم یا کاملاً غیر محتمل= ۱ تا کاملا موافقم یا کاملا محتمل= ۵ و سوالات معکوس هم بر عکس نمره دهی شدند). نمره کل پرسشنامه و ابعاد آن از طریق جمع نمرات سوالات تقسیم بر تعداد سوالات و حداقل تا حداکثر نمره از ۱ تا ۵ محاسبه گردید. در نهایت در تحلیل عاملی تاییدی پرسشنامه سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان بر روی یک نمونه دیگر از زنان باردار و زایمان کرده مورد بررسی قرارگرفت و ۳۱ گویه تایید شد. در بررسی پایایی پرسشنامه، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۰ و برای ابعاد آن از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳ بدست آمد. داده های واحدهای پژوهش در نرم افزار نسخه SPSS وارد شد و نتایج با استفاده از روش های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی (تی تست مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

یافته های حاصل از نتایج آمار توصیفی که در جداول شماره ۱ و ۲ آورده شده است، نشان داد میانگین سنی واحدهای پژوهش (۵/۴۶ ± ۲۷/۳۲) است. بیش از ۹۰ درصد زنان مورد مطالعه خانه دار بودند. میانگین میزان تحصیلات واحدهای پژوهش (۲/۲۴ ± ۱۲/۹۴)بود. بیش از ۶۵ درصد زنان تحت مطالعه وضعیت اقتصادی خانوار را متوسط گزارش کردند. میانگین نمره کل سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان واحدهای پژوهش ۰/۳۹ ± ۳/۷۸ بود. نتایج حاصل از آزمون تی مستقل (جدول۳) نشان داد، سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان با میزان تحصیلات($P<۰/۰۰۱$) و سابقه مشکلات روان در خانواده($P=۰/۰۴۷$) ارتباط معنی دار داشته و با سن($P=۰/۱۵۰$)، و تعداد بارداری($p=۰/۳۶۵$) ارتباط معنی دار نداشت. همچنین در آنالیز واریانس یکطرفه(جدول ۳) نتایج نشان داد که سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان با وضعیت اشتغال($P=۰/۰۰۱$) و منبع اطلاعات در باره افسردگی پس از زایمان($P=۰/۰۰۵$) ارتباط معنی دار داشته و با وضعیت اقتصادی($P=۰/۱۱۲$) ارتباط معنی دار نداشت.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.9.8 ]

**جدول ۱: خصوصیات جمعیت شناختی و بالینی واحدهای پژوهش(n=۳۸۸)**

| | میانگین | انحراف معیار | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|---|
| **سن** | ۲۷/۳۲ | ۵/۴۶ | | |
| **تحصیلات** | ۱۲/۹۴ | ۲/۲۴ | | |
| **وضعیت اشتغال** | | | | |
| خانه دار | | | ۳۵۰ | ۹۰/۲ |
| شاغل | | | ۲۲ | ۵/۷ |
| دانشجو | | | ۱۶ | ¼ |
| **سن همسر** | ۳۱/۴۹ | ۵/۲۶ | | |
| **تحصیلات همسر** | ۱۱/۸۳ | ۳/۰۶ | | |
| **وضعیت اقتصادی** | | | | |
| خوب | | | ۱۱۹ | ۳۰/۷ |
| متوسط | | | ۲۵۴ | ۶۵/۵ |
| بد | | | ۱۱ | ۲/۸ |
| بسیار بد | | | ۳ | ۰/۸ |
| **سابقه مشکلات روان در خانواده** | | | | |
| بلی | | | ۲۸ | ۷/۲ |
| خیر | | | ۳۶۰ | ۹۲/۸ |
| **انتخاب روشهای درمانی در باره افسردگی پس از زایمان** | | | | |
| روان درمانی | | | ۱۹۸ | ۵۱/۰ |
| مصرف داروها | | | ۱۵ | ۳/۹ |
| هر دو | | | ۴۲ | ۱۰/۸ |
| هیچکدام | | | ۱۲۸ | ۳۳/۰ |
| **منبع کمک در باره افسردگی پس از زایمان** | | | | |
| پزشک عمومی | | | ۱۲ | ۳/۱ |
| متخصص زنان | | | ۴۹ | ۱۲/۶ |
| ماما | | | ۱۱ | ۲/۸ |
| روانشناس | | | ۱۶۰ | ۴۱/۲ |
| روانپزشک | | | ۴۳ | ۱۱/۱ |
| دوستان و بستگان | | | ۱۰۸ | ۲۷/۸ |
| **منبع اطلاعات در باره افسردگی پس از زایمان** | | | | |
| پزشک عمومی | | | ۴۹ | ۱۲/۶ |
| متخصص زنان | | | ۳۹ | ۱۰/۱ |
| ماما | | | ۱۴ | ۳/۶ |
| روانشناس | | | ۵۲ | ۱۳/۴ |
| روانپزشک | | | ۱۸ | ۴/۶ |
| اینترنت | | | ۹۹ | ۲۵/۵ |
| رادیو و تلویزیون | | | ۱۴ | ۳/۶ |
| دوستان و بستگان | | | ۲۵ | ۶/۴ |
| کتاب | | | ۱۸ | ۴/۶ |
| نمی دانم از کجاباید اطلاعات را بدست آورم | | | ۵۵ | ۱۴/۲ |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.9.8 ]

**جدول۲: میانگین نمره سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان و ابعاد آن در واحدهای پژوهش**

| | میانگین | انحراف معیار | حداقل | حداکثر |
|---|---|---|---|---|
| شناخت افسردگی پس از زایمان | ۳/۶۶ | ۰/۷۴ | ۱/۱۷ | ۵ |
| آگاهی از علل و عوامل خطر | ۳/۶۴ | ۰/۷۸ | ۱ | ۵ |
| آگاهی از فعالیتهای خود مراقبتی | ۴/۵۳ | ۰/۵۵ | ۱/۲۰ | ۵ |
| آگاهی از خدمات بهداشتی موجود | ۴/۱۵ | ۰/۹۱ | ۱ | ۵ |
| باورها در باره خدمات بهداشتی موجود | ۲/۵۰ | ۱/۱۰ | ۱ | ۵ |
| نگرشها نسبت به افسردگی پس از زایمان | ۳/۷۵ | ۰/۷۸ | ۱ | **۵** |
| آگاهی از چگونگی دستیابی به اطلاعات | ۳/۷۲ | ۰/۸۰ | ۱ | ۵ |
| سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان | ۳/۷۸ | ۰/۳۹ | ۲/۲۶ | ۴/۸۴ |

**جدول ۳: ارتباط سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان با مشخصات جمعیت شناختی و بالینی واحدهای پژوهش**

| | تعداد | میانگین(انحراف معیار) | P value |
|---|---|---|---|
| **سن** | | | |
| <۳۰ | ۲۵۷ | ۳/۷۶(۰/۳۸) | ۰/۱۵۰ |
| ≥۳۰ | ۱۳۱ | ۳/۸۲(۰/۳۹) | |
| **تحصیلات** | | | |
| ≤۱۲ | ۲۶۷ | ۳/۷۱(۰/۳۷) | <۰/۰۰۱ |
| >۱۲ | ۱۲۱ | ۳/۹۴(۰/۳۷) | |
| **وضعیت اشتغال** | | | |
| خانه دار | ۳۵۰ | ۳/۷۶(۰/۳۸) | ۰/۰۰۱ |
| شاغل | ۲۲ | ۴/۰۰(۰/۴۴) | |
| دانشجو | ۱۶ | ۴/۰۲(۰/۳۱) | |
| **وضعیت اقتصادی** | | | |
| خوب | ۱۱۹ | ۳/۸۱(۰/۴۱) | ۰/۱۱۲ |
| متوسط | ۲۵۴ | ۳/۷۸(۰/۳۶) | |
| بد | ۱۱ | ۳/۶۳(۰/۵۰) | |
| بسیار بد | ۳ | ۳/۳۶(۰/۵۴) | |
| **تعداد بارداری** | | | |
| ۱ | ۲۵۵ | ۳/۷۹ | ۰/۳۶۵ |
| >۱ | ۱۳۳ | ۳/۷۶ | |
| **سابقه مشکلات روان در خانواده** | | | |
| بلی | ۲۸ | ۳/۹۲(۰/۳۴) | ۰/۰۴۷ |
| خیر | ۳۶۰ | ۳/۷۷(۰/۳۹) | |
| **منبع اطلاعات در باره افسردگی پس از زایمان** | | | |
| پزشک | ۴۹ | ۳/۷۶(۰/۳۴) | ۰/۰۰۵ |
| متخصص زنان | ۳۹ | ۳/۷۴(۰/۳۹) | |
| ماما | ۱۴ | ۳/۵۶(۰/۴۴) | |
| روانشناس | ۵۲ | ۳/۸۸(۰/۳۹) | |
| روانپزشک | ۱۸ | ۳/۷۹(۰/۲۴) | |
| دوستان و بستگان | ۲۵ | ۳/۵۹(۰/۴۶) | |
| رادیو و تلویزیون | ۱۴ | ۳/۷۹(۰/۲۸) | |
| کتابچه و بروشورها | ۱۸ | ۳/۸۶(۰/۵۲) | |
| اینترنت | ۹۹ | ۳/۸۸(۰/۳۸) | |
| نمی دانم از کجا باید اطلاعات را بدست آورم | ۵۵ | ۳/۷۱(۰/۳۲) | |

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به جستجو های کتابخانه ای، مطالعه ای که به طور اختصاصی سواد سلامت روان در ارتباط با افسردگی پس از زایمان را در زنان باردار مورد بررسی قرار دهد یافت نشد که نشان دهنده غفلت در انجام مطالعات مرتبط با مشکلات روان و سواد سلامت روان در زنان باردار است. مطالعه حاضر با هدف بررسی سواد



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.9.8 ]

سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار با استفاده از ابزار محقق ساخته سنجش سواد سلامت روان که در خصوص افسردگی پس از زایمان طراحی و روانسنجی شده بود، انجام گرفت. در پژوهش حاضر ۴۱/۲٪ از شرکت کنندگان در مطالعه، روانشناسان را به عنوان اولین منبع درخواست کمک گزارش کردند و متعاقب آن دوستان و بستگان در دومین جایگاه از نظر درخواست کمک قرار گرفتند(۲۷/۸٪). همچنین به اینترنت (۲۷/۱٪) به عنوان بیشترین منبع کسب اطلاعات در باره افسردگی پس از زایمان اشاره شده است. نتایج یک مطالعه استرالیایی نشان داد که پزشکان عمومی اولین منبع درخواست کمک و اطلاعات برای مدل فرضی ارائه شده در مطالعه بودند. نتایج متفاوت این مطالعه با مطالعه استرالیایی را می توان به خاطر سیستم ارجاع در بیماریابی در کشورهای پیشرفته مثل استرالیا نسبت داد که پزشک خانواده نقش مهمی در تشخیص بیماریها و ارجاع بیماران دارند(۲۵). همچنین نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان زنان تحت مطالعه۳/۷۸ بدست آمد که در حد متوسط گزارش شد. این یافته ها نشان می دهند که هنوز جمعیت کثیری از زنان باردار از حد مناسبی از آگاهی در باره افسردگی پس از زایمان برخوردار نیستند که این امر نیاز به بررسی و ارتقای تسهیل کننده هایی که اثرگذار بر روی رفتار کمک طلبی زنان دارد (مانند اهمیت نقش سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان). در مطالعه فونسکا و همکاران با موضوع بررسی سواد افسردگی و آگاهی از علائم روانشناختی افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان، سطوح متوسطی از سواد افسردگی در میان زنان باردار و زایمان کرده با استفاده از ابزار سواد افسردگی(D-Lit) گزارش شد که نتایج آن با یافته های این مطالعه همخوانی دارد(۲۴). در مطالعه رکتو و همکاران که بر روی زنان باردار و زایمان کرده اسپانیایی تبار با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت روان(MHLS) انجام شد، میانگین امتیاز سواد سلامت روان ۶۷/۳۵ از ۱۰۰ بود که با نتایج مطالعه کنونی همخوانی داشت(۲۳). یافته های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره بیشتر ابعاد سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان از جمله توانایی شناخت افسردگی پس از زایمان، آگاهی از علل و عوامل خطر، نگرشها نسبت به افسردگی پس از زایمان و آگاهی از چگونگی دستیابی به اطلاعات در باره افسردگی پس از زایمان در حد متوسط بود. بنابراین ارتقای آگاهی در باره علائم و نشانه های افسردگی پس از زایمان، علل و عوامل خطر و درمانهای افسردگی پس از زایمان از طریق مداخلات آموزشی در زنان باردار مورد نیاز است. به علاوه نتایج ما نشان داد که بیشترین و کمترین میانگین نمرات در ابعاد مختلف به ترتیب به آگاهی از فعالیتهای خود مراقبتی و باورها در باره خدمات بهداشتی موجود اختصاص داشت. آموزش فردی در باره استفاده از ضد افسردگیها به عنوان روشی که می تواند منجر به درمان و کنترل افسردگی پس از زایمان شود باید در اولویت برنامه های کارکنان خدمات سلامتی قرار گیرد.

شرکت کنندگان در مطالعه ما آگاهی خوبی از کارکنان خدمات سلامتی و خدماتی ارایه شده توسط آنها داشتند. آموزش در باره کارکنان خدمات سلامتی و خدماتی آنها می تواند مفید باشد. این خدمات زنان را در دسترسی به متخصصان سلامت روان، توانا و قادر می سازد.

در نهایت مطالعه کنونی در مورد ارتباط بین مشخصات جمعیت شناختی و بالینی با سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان، نشان داد که سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان با تحصیلات، وضعیت اشتغال، سابقه مشکلات روان در خانواده و منبع اطلاعات در باره افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد. فونسکا و همکاران در مطالعه خود نشان دادند در میان عوامل جمعیت شناختی تحصیلات ($p<۰/۰۵$)، میزان درآمد ($p<۰/۰۱$) و وضعیت اشتغال ($p<۰/۰۱$) با سواد افسردگی ارتباط معنی دار داشت و در میان عوامل بالینی فقط سابقه مشکلات روان ($p<۰/۰۱$) در گذشته با سواد افسردگی ارتباط معنی داری داشت (۲۷). علت عدم ارتباط وضعیت اقتصادی با سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان در مطالعه کنونی را احتمالاً می توان به خاطر درصد بالای افراد که وضعیت متوسط را گزارش کردند نسبت داد. با توجه به نتایج این مطالعه که زنان باردار از میزان متوسطی از سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان برخوردار بودند به نظر می رسد اجرای برنامه های مداخله ای آموزشی توسط ماماها در مراکز بهداشتی درمانی بتوانند در ارتقای سواد سلامت روان زنان باردار و در نهایت کاهش افسردگی پس از زایمان موثر باشند. از محدودیتهای این مطالعه می توان به نمونه پژوهش اشاره کرد که با توجه به انتخاب یک بیمارستان شهر تهران ممکن است نماینده کل جامعه زنان باردار نبوده باشند لذا پیشنهاد می شود در مطالعات آینده از زنان باردار در سطح شهر نمونه گیری به عمل آید.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.9.8 ]

**سهم نویسندگان**

فاطمه میرسلیمی: همکاری در اجرای طرح، جمع آوری اطلاعات، تحلیل داده ها و نگارش گزارش نهایی مطالعه

فضل الله غفرانی پور: نویسنده مسئول، همکاری در اجرای طرح و همکاری در نگارش گزارش نهایی مطالعه

علی منتظری: همکاری در اجرای طرح و نگارش گزارش نهایی

آزیتا نوروزی: همکاری در اجرای طرح و نگارش گزارش نهایی

**تشکر و قدردانی**

این مقاله حاصل بخشی از رساله دکتری مصوب کمیته تخصصی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت بود. بدینوسیله نویسندگان مقاله ازهمه زنان بارداری که در مطالعه شرکت کردند تشکر و قدردانی می کنند.

**منابع**

**1.** Fisher J, Tran T, La BT, Kriitmaa K, Rosenthal D, Tran T. Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use. Bulletin of the World Health Organization 2010; 88:737–745

**2.** Comasco E, Sylvén SM, Papadopoulos FC, Oreland L, Sundstrom-Poromaa I, Skalkidou A. Postpartum depressive symptoms and the BDNF Va166Met functional polymorphism: effect of season of delivery. Archives Women's Mental Health 2011; 14:453-463

**3.** Boyd RC, Mogul M, Newman D, Coyne JC. Screening and referral for postpartum depression among low-income women: a qualitative perspective from community health workers. Depression Research and Treatment 2011; 2011:7

**4.** Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2003; 24:257-66

**5.** World Health Organization. World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva World Health Organization 2001. Available from: URL; http://books.google.com/books?

**6.** Haque A., Namavar A., Breene K. Mental Health in Middle Eastern/Arab Women Muslim 2015; 9: 65-84

**7.** Khodadadian N, Mahmoudi H, Mir Haghjou SN. Postpartum depression relationship with some psychosocial effects in mothers. Journal OF Ardabil Uviversity of Medical ScienceS2008; 8:142-148 [Persian]

**8.** Beigy MA, Bahadoran P. Stress and anxiety in pregnancy. Journal of Nursing and Midwifery Research 2005; 27: 41-46 [Persian]

**9.** Posmontier B. Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. Journal of Midwifery & Women's Health 2008; 53:310-8

**10.** Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet 2014; 384:1800-19

**11.** Esscher A, Essén B, Innala E, et al. Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. The British Journal of Psychiatry 2016; 208:462-9

**12.** Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. Archives Women's Mental Health 2005; 8:77-87

**13.** Ko JY, Farr SL, Dietz PM, Robbins CL. Depression and treatment among US pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005–2009. Journal of Women's Health 2012;21:830-6

14.Woolhouse H, Brown S, Krastev A, Perlen S,Gunn J.Seeking help for anxiety and depression after child birth:results of the maternal health study, Archives of Women's Mental Health 2009;12:75-83

**15.** Zauderer C L.postpartum depression: how child birth educators can help Break the silence.The Journal of Perinatal Education 2009; 18:23-31

**16.** Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. Birth 2006; 33:323-31 http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x.

**17.** Fonseca A, Gorayeb R, Canavarro MC. Women′ s help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. Midwifery 2015;31:1177-85 http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.09.002.

**18.** Bohlman LN, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington (DC): National Academies Press; 2004

**19.** Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.Institute of Medicine. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Retrieved October 12, 2012, from the National Academies PressWeb site: http://www.nap.edu/ catalog.php? record_id=10883.

**20.** Jorm, A. F. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. American Psychologist 2012; 67: 231-



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.9.8 ]

243http://dx.doi.org/10.1037/a0025957
**21.** Jorm A F, Korten A. E Jacomb P. A, Christensen, H, Rodgers B, & Pollitt P. Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. The Medical Journal of Australia 1997; 166:182-189
**22.** Recto P, Champion JD. Assessment of mental health literacy among perinatal Hispanic adolescents. Issues in mental health nursing 2017; 38:1030-8
**23.** Fonseca A, Silva S, Canavarro MC. Depression literacy and awareness of psychopathological symptoms during the perinatal period. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2017; 46:197-208
**24.** Thorsteinsson EB, Loi NM, Moulynox AL. Mental health literacy of depression and postnatal depression: A community sample. Open Journal of Depression 2014;3:101-111

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.9.8 ]

# ABSTRACT

## Postpartum depression literacy among pregnant women

Fatemeh Mirsalimi[1], Fazlollah Ghofranipour[1*], Ali Montazeri[2], Azita Noroozi[3]

1. Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
3. Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

Payesh 2019; 18(5): 525- 533
Accepted for publication: 3 November 2019
[EPub a head of print-10 November 2019]

**Objective (s):** Postpartum depression literacy is defined as 'knowledge and beliefs about postpartum depression which aid its recognition, management or prevention'. The purpose of this study was to understand postpartum depression literacy in pregnant women.
**Methods:** A cross-sectional study was conducted with a convenient sample of pregnant women in Tehran, Iran. Participants completed a demographic and clinical questionnaire and the postpartum depression literacy scale (PoDLiS). The data were analyzed using SPSS version 22.0.
**Results:** In all 388 pregnant women participated in the study. The mean postpartum depression literacy for participants was 3.78 (SD =0.39). According to the dimensions of postpartum depression literacy, the highest mean score was for knowledge of self-care activities 4.53 (SD= 0.55) and the lowest for beliefs about professional help available 2.50 (SD = 1.10). The results of independent t test and one-way ANOVA showed that postpartum depression literacy significantly was associated with education (P<0.001), occupational status (P=0.001), family history of mental disorders (P=0.047), and source of seeking information about postpartum depression (P=0.005).
**Conclusion:** The findings suggest that pregnant women had a moderate level of postpartum depression literacy. It seems that educational interventions to be effective in promoting women's mental health literacy and ultimately reducing postpartum depression.

**Key Words:** Healthy Citizen Campaign, Health-based messages, Tehran

* Corresponding author: Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
E-mail: ghofranf@modares.ac.ir



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.9.8 ]