

## مقاله‌ی پژوهشی

### بررسی افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن: ارزیابی ۴/۵ ماهه

#### خلاصه

**مقدمه:** یکی از اختلالات روان‌شناختی در حاملگی و دوره‌ی پس از آن، افسردگی پس از زایمان می‌باشد که تهدیدی بر امنیت و سلامت مادر و نوزاد می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن انجام گردید.

**روش کار:** این مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۸۶ در بخش زنان و زایمان بیمارستان امام علی (ع) زاهدان انجام شد. سیصد خانم مراجعه‌کننده به بخش زایمان، به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه گردیدند و در چهار نوبت (بلافاصله پس از زایمان، ۴ هفته پس از ارزیابی اول، ۶ هفته پس از ارزیابی دوم و ۸ هفته پس از ارزیابی سوم) با استفاده از پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، بررسی شدند که ارزیابی اولیه، حضوری و سایر ارزیابی‌ها از طریق تماس تلفنی توسط محقق انجام شد. مادرانی که در حال مصرف داروهای روان‌پزشکی بودند، نوزادشان مشکل جدی در سلامت جسمانی داشت، نمره‌ی آزمون افسردگی بک اولین ارزیابی آن‌ها بالای ۱۴ بود و موارد با عدم امکان برقراری تماس تلفنی آن‌ها، از مطالعه خارج شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و ضریب اطمینان ۰/۰۵ تحلیل گردیدند.

**یافته‌ها:** افسردگی در ۸۸ نفر (۳۳/۷٪) گزارش شد. بین شیوع افسردگی و نوع زایمان، سن مادر، جنسیت ناخواسته‌ی نوزاد از طرف والدین، میزان تحصیلات، سابقه‌ی قبلی افسردگی مادر، سابقه‌ی قبلی مراجعه به روان‌پزشک و مصرف داروهای روان در مادر، ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** افسردگی پس از زایمان شیوع نسبتاً بالایی دارد، لذا تعدیل هر یک از عوامل مرتبط با آن در کاهش بروز افسردگی، تاثیر دارد.

**واژه‌های کلیدی:** افسردگی، افسردگی پس از زایمان، زایمان

\*کبری لشکری‌پور

دانشیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

نورمحمد بخشانی

مرکز تحقیقات سلامت کودکان و نوجوانان،

دانشیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

زاهدان

سهیلا حکم‌آبادی

پزشک عمومی، مرکز بهداشت شهرستان

تایباد

سید علی‌رضا سجادی

مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم

رفتاری، استادیار روان‌پزشکی، دانشگاه

علوم پزشکی مشهد

آمنه صفرزاده سرآسیابی

کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده‌ی پرستاری

و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

\*مؤلف مسئول:

ایران، زاهدان، بیمارستان روان‌پزشکی بهاران

dr\_lashkaripour@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۰/۱/۳۱

تاریخ تایید: ۹۰/۸/۵

#### پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری اعضای محترم هیئت علمی و کارکنان بخش زنان و زایمان بیمارستان امام علی (ع) زاهدان، قدردانی می‌شود.

## Original Article

### Postpartum depression and related factors: A 4.5 months study

#### Abstract

**Introduction:** One of the mental disorders in pregnancy and postpartum period is postpartum depression which can be a harm to safety and health of mother and infant. With regard to this matter the study was conducted to investigate the prevalence of postpartum depression and related factors.

**Materials and Methods:** This descriptive-analytical study was conducted at gynecology and obstetrics department of Imam Ali Hospital in Zahedan city, Southeast of Iran. Participants were 300 women selected randomly and were evaluated four times (immediately after delivery, 4 weeks after the first assessment, 6 weeks after the second assessment and 8 weeks after the third assessment) with Beck Depression Inventory and demographic questionnaire. Mothers under treatment for psychiatric problem, mothers whose newborns had serious health problem, those with BDI score of less than 14, and mothers who did have a phone number for follow up were excluded from the study. The data was analyzed using SPSS software.

**Results:** 33.7% of subjects were depressed and there was a significant relationship found between mother's age, type of delivery, infant's gender, mother's education, history of previous depression, or use of psychotropic medications ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Postpartum depression is relatively frequent. Modification of any of the factors involved in this disorder, can be useful in decreasing the incidence of the illness.

**Keywords:** Delivery, Depression, Postpartum Depression

\*Kobra Lashkaripour

Associate professor of psychiatry,  
Zahedan University of Medical  
Science

Noor-Mohammad Bakhshani

Children and Adolescents Health  
Research Center, Associate professor  
of psychiatry, Zahedan University of  
Medical Science

Soheila Hokmabadi

General physician, Health Center of  
Tayebad

Seyyed Ali-Reza Sajjadi

Psychiatry and Behavioral Sciences  
Research Center, Assistant professor  
of psychiatry, Mashhad University of  
Medical Sciences

Ameneh Safarzadeh Sarasiyabi

M.Sc. in midwifery, Faculty of  
nursing and midwifery, Zahedan  
University of Medical Sciences

\*Corresponding Author:

Baharan Psychiatry Hospital,  
Zahedan, Iran

r\_homayounfar@yahoo.com

Received: Apr. 20, 2011

Accepted: Oct. 27, 2011

#### Acknowledgement:

This study was approved by research committee of Zahedan University of Medical Sciences. No grant has supported this present study and the authors had no conflict of interest with the results.

#### Vancouver referencing:

Lashkaripour K, Bakhshani NM, Hokmabadi S, Sajjadi SAR, Safarzadeh Sarasiyabi. Postpartum depression and related factors: A 4.5 months study. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 13(4): 404-12.

## مقدمه

امروزه افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی و معضل عمومی زندگی بشر، محسوب می‌گردد و تقریباً در همه‌ی کشورها و فرهنگ‌ها دیده می‌شود. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که زنان ۲ برابر بیشتر از مردان افسرده می‌شوند. عوامل تشن‌زایی چون زایمان، عادت ماهیانه، درماندگی آموخته شده، تفاوت‌های هورمونی، مهارت‌های ناکافی اجتماعی و تفاوت فشارهای روانی اجتماعی مردان و زنان را در بروز آن دخیل می‌دانند (۱).

حاملگی و دوره‌ی پس از آن، با تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیک بسیار مهمی همراه است که گاهی منجر به تغییرات پاتولوژیک و بروز اختلالات روانی می‌گردد. اختلالات روانی پس از زایمان، از جمله افسردگی پس از زایمان در صورت بروز مشکلاتی را برای مادر، نوزاد و سایر افراد خانواده ایجاد می‌کند و چنین وضعیتی ممکن است بر میزان دل‌بستگی مادر و نوزاد و سایر روابط خانوادگی تاثیر گذاشته و حتی تهدیدی برای امنیت و سلامت مادر، نوزاد و سایر فرزندان باشد (۵-۱).

افسردگی پس از زایمان یک اختلال خلقی و روانی جدی با شیوع ۴۰/۷-۵ درصد می‌باشد (۲، ۱) (۱۵-۶) و بیش از ۱۲/۵ درصد پذیرش‌های زنان به دلیل مشکلات روانی را به خود اختصاص می‌دهد (۱۵). شیوع افسردگی پس از زایمان به ابزار مورد استفاده برای سنجش افسردگی، فرهنگ جامعه، حجم نمونه و مدت زمانی که زن در دوره‌ی پس از زایمان از نظر افسردگی تحت بررسی است، بستگی دارد (۷).

اغلب مطالعات نشان می‌دهند که افسردگی پس از زایمان در دومین و سومین ماه پس از زایمان ایجاد می‌شود اما یافته‌های کمی وقوع آن را در روزهای اولیه‌ی پس از زایمان مطرح کرده‌اند. هر چند بعضی از زنان شروع حاد علائم افسردگی را گزارش نموده‌اند اما افسردگی در این گروه بیشتر به شکل آرام، تدریجی و در طول شش ماه اول پس از زایمان ظاهر می‌شود (۱، ۷، ۱۰).

در زمانی که مادر با تولد نوزاد، انتظار تجارب لذت‌بخش را در زندگی دارد، با حالات ناشناخته و ناخوش‌آیندی 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. در افسردگی پس از زایمان، اغلب اشتهای بیمار افزایش یافته و باعث افزایش وزن می‌شود. میل به خواب سنگین به خصوص در زنان نخست‌زا<sup>۱</sup> افزایش یافته اما با کوچک‌ترین گریه‌ی نوزاد بیدار شده و دیگر قادر به خوابیدن نیستند. تحریک‌پذیری، گریه‌های خود به خودی و غیر قابل کنترل، رفتارهای انفجاری و پرخاشگرانه، اضطراب شدید، حملات پانیک و ترس و میل به تنهایی از دیگر علائم افسردگی پس از زایمان می‌باشد. یکی از برجسته‌ترین خصوصیات افسردگی پس از زایمان، طرد کردن نوزاد می‌باشد که اغلب به دلیل خشم و عصبانیت غیر طبیعی مادر است. موضوع مهم و هشداردهنده، وجود علائم روانی نظیر افکار خودکشی و آشفتگی‌های زیاد در الگوی خواب می‌باشد (۱، ۶، ۷، ۱۴، ۱۶).

هنوز علت این بیماری شناخته نشده است ولی از نظر سبب‌شناسی نظریه‌های چندگانه‌ای جهت شناخت افسردگی پس از زایمان وجود دارد که شامل عوامل زیستی (نظیر علل هورمونی مثل افت ناگهانی غلظت استروژن و افزایش دفع ادراری کورتیزول، ناقل‌های عصبی و نظریه‌های ژنتیکی)، عوامل روانی (نظیر نظریه‌های شخصیتی) و عوامل اجتماعی (نظیر حمایت‌های اجتماعی، تنش‌های زندگی، فرهنگ و میزان آمادگی جهت تولد نوزاد) می‌باشند (۱، ۳، ۶، ۱۰-۸). در مطالعه‌ای که در کرمان انجام گردید افسردگی در مادران نخست‌زا، مادران با سابقه‌ی سقط و سابقه‌ی مرگ کودک و در بارداری‌های ناخواسته بیشتر بوده است و اهمیت جنسیت کودک از نظر مادر و تعداد فرزند بیشتر، با افزایش شیوع افسردگی ارتباط معنی‌دار نشان داده است (۱۶). افسردگی پس از زایمان علاوه بر اثرات زیان‌بخش در روابط مادر و کودک، ارتباط با همسر را نیز مختل می‌کند و همسران زنان افسرده، اغلب افسرده می‌شوند که در صورت عدم درمان، گاه منجر به جدایی و طلاق می‌شود (۱۷).

<sup>1</sup>Prim Par

زایمان) و چهارمین ارزیابی در هفته‌ی هجدهم (۴/۵ ماه پس از زایمان) بوده است.

اطلاعات از طریق پرسش‌نامه‌ی مشخصات فردی که شامل سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد حاملگی و تعداد فرزندان، سابقه‌ی سقط، سابقه‌ی مرگ کودک، نوع زایمان، جنس نوزاد، خواسته و ناخواسته بودن حاملگی، خواسته و ناخواسته بودن جنسیت نوزاد از جانب خود بیمار، خواسته و ناخواسته بودن جنسیت نوزاد از جانب همسر، سابقه‌ی قبلی افسردگی، سابقه‌ی مراجعه به روان‌پزشک و مصرف داروهای روان‌پزشکی و شیوه‌ی تغذیه‌ی نوزاد می‌باشد و پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک<sup>۳</sup>، جمع‌آوری شد.

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش معرفی شد و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت.

شهرت این ابزار را از آن جا می‌توان دریافت که در طول ۳۰ سال از زمان معرفی آن بیش از ۱۰۰۰ پژوهش درباره‌ی آن انجام گرفته یا این که در آن پژوهش‌ها به کار رفته است. در ایران نیز این آزمون توسط اخوت، استاندارد شده و به طور وسیعی برای سنجش افسردگی در افراد طبیعی و بیماران دچار اختلال روانی به کار رفته است. آزمون افسردگی بک به عنوان یک آزمون بری از فرهنگ<sup>۴</sup> شناخته شده و برای طبقات و اقشار مختلف اجتماعی، فقیر و غنی، قابل اجرا می‌باشد.

در این آزمون از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود که شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس از ۰-۳ درجه‌بندی کنند. پرسش‌های آن به حوزه‌هایی مانند احساس شکست، احساس گناه، تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و فقدان اشتها و ... مربوط است. پرسش‌نامه خودآزما است و تکمیل آن ۱۰-۵ دقیقه طول می‌کشد.

اعتبار و روایی این پرسش‌نامه از هنگام تدوین یعنی حدود ۳۰ سال پیش تاکنون مورد ارزیابی روان‌سنجی گسترده قرار گرفته است. یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی نشان داده است که ضرایب به دست آمده از

تشخیص سریع و افتراق این اختلال از غم پس از زایمان<sup>۱</sup> یکی از وظایف گروه درمان محسوب می‌شود. گروه پزشکی (اعم از پزشک عمومی، ماما و کارشناسان واحد تنظیم خانواده و واکسیناسیون) باید قادر باشند افرادی را که مستعد ابتلا به اختلالات روانی پس از زایمان (خصوصاً افسردگی پس از زایمان) هستند، شناسایی نموده و آن‌ها را در مورد مراقبت‌ها و حمایت‌های این دوره، راهنمایی نمایند. درمان با مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین<sup>۲</sup> (SSRIs)، روان‌درمانی (گاه به عنوان یک شیوه‌ی درمان و گاه برای افزایش پذیرش درمان دارویی توسط بیمار) و در موارد شدید، بستری بیمار، ضرورت پیدا می‌کند (۱۸). بنا بر این علایم افسردگی در حین بارداری یا سابقه‌ی قبلی افسردگی و وجود عوامل خطر، پی‌گیری و مراقبت دقیق را ضروری می‌سازد (۱۹).

این مطالعه با هدف شناسایی عوامل خطر و فراوانی افسردگی پس از زایمان و ایجاد حساسیت نسبت به این اختلال، در کارشناسان مربوطه شاغل در مراکز بهداشتی درمانی، جهت پیشگیری از عوارض ناخواسته این اختلال بر سلامت مادر، نوزاد و خانواده در شهر زاهدان طراحی گردید.

## روش کار

این بررسی، یک مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی است که در سال ۱۳۸۶ در شهر زاهدان، در زایشگاه بیمارستان امام علی (ع) انجام گرفت. با توجه به مطالعات قبلی ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. افرادی که در حال مصرف داروهای روان‌پزشکی بودند، مادرانی که نوزادشان مشکل جدی در سلامت جسمانی داشتند، نمره‌ی آزمون افسردگی بک بالای ۱۴ داشتند و در مواردی که امکان برقراری تماس تلفنی (به دلیل نداشتن تلفن یا عدم رضایت) با آن‌ها وجود نداشت، از مطالعه حذف شدند. بیماران در چهار نوبت (اولین نوبت، حضوری و بقیه‌ی موارد، تلفنی) مورد ارزیابی قرار گرفتند که اولین ارزیابی، روز اول زایمان (قبل از ترخیص)، دومین ارزیابی در هفته‌ی چهارم (ماه اول پس از زایمان)، سومین ارزیابی در هفته‌ی دهم (۲/۵ ماه پس از

<sup>3</sup>Beck Depression Inventory

<sup>4</sup>Culture Free

<sup>1</sup>Postpartum Blue

<sup>2</sup>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

زایمان، جنسیت نوزاد از دید پدر و مادر، سابقه‌ی افسردگی و سابقه‌ی مصرف داروهای روان‌پزشکی و افسردگی، ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، افسردگی در گروه سنی زیر ۱۸ سال تفاوت معنی‌دار با سایر گروه‌های سنی دارد. همین‌طور افسردگی در مادران با تحصیلات مقطع دبیرستانی و دیپلم و مادران با سابقه‌ی قبلی افسردگی و مصرف داروهای روان‌گردان و مادران سزارین شده و زنان با میزان علاقه‌مندی کم به همسر و افرادی که جنسیت نوزادشان از نظر پدر و مادر ناخواسته بوده است، تفاوت معنی‌دار با سایر گروه‌ها دارد.

هم‌چنین در این مطالعه متغیرهای دیگری مثل خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، سابقه‌ی قبلی مرگ نوزاد، شغل مادر، تعداد فرزندان، سابقه‌ی سقط و نخست‌زا یا چندزا بودن مادر و نوع تغذیه‌ی نوزاد نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود بین شیوع افسردگی با متغیرهایی مثل خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، سابقه‌ی قبلی مرگ نوزاد، شغل مادر، تعداد فرزندان، سابقه‌ی سقط و نخست‌زا یا چندزا بودن مادر و نوع تغذیه‌ی نوزاد، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. بیماران در چهار نوبت (بار اول، حضوری و سه نوبت بعدی تلفنی) ارزیابی شدند که نتایج آن در نمودار ۱ مشاهده می‌گردد. همان‌طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، در اولین ارزیابی با آزمون افسردگی بک (پس از زایمان، قبل از ترخیص) تعداد ۲۰ نفر (۶/۷٪) و در ارزیابی دوم (یک ماه پس از زایمان) تعداد ۴۸ نفر (۱۷/۶٪) افسرده بودند که ضمن ارجاع به روان‌پزشک از مطالعه خارج گردیدند و تماس تلفنی با ۷ نفر مقدور نشد. در ارزیابی سوم (۲/۵ ماه پس از زایمان) ۳۳ نفر (۱۵/۵٪) افسرده بودند و در مورد ۱۲ بیمار تماس تلفنی به دلیل قطعی تلفن یا تغییر شماره و .... برقرار نشد. در ارزیابی چهارم (۴/۵ ماه پس از زایمان) ۱۸۰ بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند و ۷ بیمار (۳/۹٪) افسرده بودند.

### بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور کلی شیوع افسردگی پس از زایمان در محدوده‌ی ۱۵-۱۰ درصد ذکر شده است (۲،۱)، اما نتایج پژوهش‌های متعدد در مورد افسردگی پس از زایمان در جوامع مختلف از ۵

۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ برای فرم معمولی ۲۱ ماده‌ای آن بوده است. استیر، بک، براون و برجیک گزارش کردند که بیمارانی که اختلال افسردگی اساسی دارند در مقایسه با کسانی که اختلال آن‌ها از نوع افسرده‌خویی است، نمره‌های نسبتاً بالاتری می‌گیرند. فرم کامل ۲۱ سئوالی در این تحقیق به کار رفته است. پاسخ‌های پرسش‌نامه‌ی بک برای افراد نمره‌گذاری شده و طبق قرارداد به این صورت است: ۱۴-۰ به عنوان افراد طبیعی یا افراد با افسردگی در سطح بهنجار، ۳۱-۱۵ افراد با افسردگی خفیف، ۴۷-۳۲ افراد با افسردگی متوسط، ۶۳-۴۸ افراد با افسردگی شدید قلمداد می‌شوند (۲۰).

در هر نوبت ارزیابی، بیمارانی که نمره‌ی آن‌ها در پرسش‌نامه‌ی بک بالاتر از ۱۴ بود، ضمن ارجاع به روان‌پزشک از مطالعه حذف می‌گردیدند. در خاتمه، داده‌ها با استفاده از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیلی و آزمون مجذور خی با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

در این مطالعه که با هدف بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به بخش زنان و زایمان بیمارستان امام علی (ع) در شهرستان زاهدان صورت گرفت، ۳۰۰ بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند که از این تعداد، ۳۹ نفر به علت داشتن نمره‌ی بک بالاتر از ۱۴ در اولین ویزیت و به دلیل عدم امکان دسترسی در پی‌گیری‌های بعدی از مطالعه حذف و تعداد ۲۶۱ نفر تا پایان مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در هر دوره از ارزیابی‌ها، بیمارانی که بر اساس آزمون افسردگی بک افسرده بودند ضمن ارجاع به روان‌پزشک از مطالعه خارج می‌شدند.

اولین ارزیابی حضوری و سایر ارزیابی‌ها تلفنی انجام می‌گرفت. از تعداد ۲۶۱ نفر مورد مطالعه تعداد ۱۷۳ نفر (۶۶/۳٪) بر اساس پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، طبیعی بودند و تعداد ۸۸ نفر (۳۳/۷٪) نمره‌ی بالاتر از ۱۴ داشتند و افسرده بودند. در گروه بیماران افسرده ۵۰ نفر (۱۹/۲٪) افسردگی خفیف، ۲۸ نفر (۱۰/۷٪) افسردگی متوسط و ۱۰ نفر (۳/۸٪) افسردگی شدید داشتند. در تحلیل انجام شده با آزمون مجذور خی بین متغیرهای متعددی مثل سن مادر، تحصیلات مادر، نوع

صحتی شفایی در تبریز ۳۴/۷ درصد (۱۳)، شیرزی در همدان ۳۲ درصد (۹)، غفاری نژاد در کرمان ۳۱/۱ درصد (۱۶)، حسینی در کرمانشاه ۲۴/۸ درصد (۴)، خرمی راد در قم ۲۳/۷ درصد (۱۵)، فروزنده در شهرکرد ۲۱/۳ درصد (۸) و سالاری در مشهد ۹/۹ درصد از مادران، افسرده بودند (۷).

درصد در دانمارک تا ۱۳/۴ درصد در برزیل و ۳۶ درصد در شیلی (۱۵) و ۱۳/۸ درصد در ژاپن (۱۱) و ۱۵/۸۱ درصد در اسکاتلند (۱۲) متغیر است. در مطالعات انجام شده در گروه‌های ایرانی نیز نتایج متفاوتی مشاهده می‌شود که در مطالعه‌ی زنگنه ۴۰/۷ درصد (۱۴)،

**جدول ۱- مقایسه‌ی فراوانی افسردگی پس از زایمان برحسب متغیرهای مطالعه با استفاده از آزمون مجذور خی**

آزمون افسردگی بک	متغیر	طبیعی تعداد (درصد)	افسرده تعداد (درصد)	$\chi^2$	P																																																																																																																																				
نوع زایمان	سزارین	۷۳ (۵۸/۴)	۵۲ (۴۱/۶)	۶/۶۷۱	۰/۰۱																																																																																																																																				
	طبیعی	۱۰۰ (۷۳/۵)	۳۶ (۲۶/۵)			سابقه‌ی قبلی افسردگی	دارد	۱۵۵ (۶۶/۵)	۷۸ (۳۳/۵)	۱۷/۱۵۰	۰/۰۰۱	ندارد	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)	سابقه‌ی مصرف داروی روان‌پزشکی	دارد	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱۱/۳۴۶	۰/۰۰۱	ندارد	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)	جنسیت نوزاد از دید مادر	خواسته	۱۴۲ (۷۰)	۶۱ (۳۰)	۵/۴۹۷	۰/۰۱	ناخواسته	۳۱ (۵۳/۴)	۲۷ (۴۶/۶)	جنسیت نوزاد از دید پدر	خواسته	۱۴۸ (۷۰/۱)	۶۳ (۲۹/۹)	۷/۳۳۸	۰/۰۰	ناخواسته	۲۵ (۵۰)	۲۵ (۵۰)	سن مادر	۱۹-۲۹ سال	۱۱۵ (۷۱/۹)	۴۵ (۲۸/۱)	۷/۴۳۶	۰/۰۲	۳۰-۴۹ سال	۵۰ (۶۰/۲)	۳۳ (۳۹/۸)	حاملگی خواسته	بلی	۱۲۱ (۶۷/۶)	۵۸ (۳۲/۴)	۰/۴۴۰	۰/۵۰	خیر	۵۲ (۶۳/۴)	۳۰ (۳۶/۶)	سابقه‌ی مرگ نوزاد	بلی	۱۰ (۵۰)	۱۰ (۵۰)	۲/۵۷۰	۰/۱۰	خیر	۱۶۳ (۶۷/۶)	۷۸ (۳۳/۷)	شغل	خانه‌دار	۱۵۵ (۶۶/۵)	۷۸ (۳۳/۵)	۰/۰۵۶	۰/۰۸	کارمند	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)	تعداد فرزندان	۳ فرزند <	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۱/۰۴۱	۰/۵۹	۳-۵ فرزند	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)	۶ فرزند >	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)	چندزایی	نخست‌زا	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱/۴۱۹	۰/۲۲	چندزا	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)	سابقه‌ی سقط	بلی	۲۶ (۶۳/۴)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۷۹	۰/۶۷	خیر	۱۴۷ (۶۶/۳)	۷۳ (۳۳/۲)	نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳	شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)	هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)	تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳	ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)	سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)	دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)		کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)
سابقه‌ی قبلی افسردگی	دارد	۱۵۵ (۶۶/۵)	۷۸ (۳۳/۵)	۱۷/۱۵۰	۰/۰۰۱																																																																																																																																				
	ندارد	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)			سابقه‌ی مصرف داروی روان‌پزشکی	دارد	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱۱/۳۴۶	۰/۰۰۱	ندارد	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)	جنسیت نوزاد از دید مادر	خواسته	۱۴۲ (۷۰)	۶۱ (۳۰)	۵/۴۹۷	۰/۰۱	ناخواسته	۳۱ (۵۳/۴)	۲۷ (۴۶/۶)	جنسیت نوزاد از دید پدر	خواسته	۱۴۸ (۷۰/۱)	۶۳ (۲۹/۹)	۷/۳۳۸	۰/۰۰	ناخواسته	۲۵ (۵۰)	۲۵ (۵۰)	سن مادر	۱۹-۲۹ سال	۱۱۵ (۷۱/۹)	۴۵ (۲۸/۱)	۷/۴۳۶	۰/۰۲	۳۰-۴۹ سال	۵۰ (۶۰/۲)	۳۳ (۳۹/۸)	حاملگی خواسته	بلی	۱۲۱ (۶۷/۶)	۵۸ (۳۲/۴)	۰/۴۴۰	۰/۵۰	خیر	۵۲ (۶۳/۴)	۳۰ (۳۶/۶)	سابقه‌ی مرگ نوزاد	بلی	۱۰ (۵۰)	۱۰ (۵۰)	۲/۵۷۰	۰/۱۰	خیر	۱۶۳ (۶۷/۶)	۷۸ (۳۳/۷)	شغل	خانه‌دار	۱۵۵ (۶۶/۵)	۷۸ (۳۳/۵)	۰/۰۵۶	۰/۰۸	کارمند	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)	تعداد فرزندان	۳ فرزند <	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۱/۰۴۱	۰/۵۹	۳-۵ فرزند	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		۶ فرزند >	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			چندزایی	نخست‌زا	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱/۴۱۹	۰/۲۲	چندزا	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)	سابقه‌ی سقط	بلی	۲۶ (۶۳/۴)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۷۹	۰/۶۷	خیر	۱۴۷ (۶۶/۳)	۷۳ (۳۳/۲)	نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳		شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)			هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)	تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)		۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳			ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)	سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)	دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)		کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)
سابقه‌ی مصرف داروی روان‌پزشکی	دارد	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱۱/۳۴۶	۰/۰۰۱																																																																																																																																				
	ندارد	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)			جنسیت نوزاد از دید مادر	خواسته	۱۴۲ (۷۰)	۶۱ (۳۰)	۵/۴۹۷	۰/۰۱	ناخواسته	۳۱ (۵۳/۴)	۲۷ (۴۶/۶)	جنسیت نوزاد از دید پدر	خواسته	۱۴۸ (۷۰/۱)	۶۳ (۲۹/۹)	۷/۳۳۸	۰/۰۰	ناخواسته	۲۵ (۵۰)	۲۵ (۵۰)	سن مادر	۱۹-۲۹ سال	۱۱۵ (۷۱/۹)	۴۵ (۲۸/۱)	۷/۴۳۶	۰/۰۲	۳۰-۴۹ سال	۵۰ (۶۰/۲)	۳۳ (۳۹/۸)	حاملگی خواسته	بلی	۱۲۱ (۶۷/۶)	۵۸ (۳۲/۴)	۰/۴۴۰	۰/۵۰	خیر	۵۲ (۶۳/۴)	۳۰ (۳۶/۶)	سابقه‌ی مرگ نوزاد	بلی	۱۰ (۵۰)	۱۰ (۵۰)	۲/۵۷۰	۰/۱۰	خیر	۱۶۳ (۶۷/۶)	۷۸ (۳۳/۷)	شغل	خانه‌دار	۱۵۵ (۶۶/۵)	۷۸ (۳۳/۵)	۰/۰۵۶	۰/۰۸	کارمند	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)	تعداد فرزندان	۳ فرزند <	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۱/۰۴۱	۰/۵۹	۳-۵ فرزند	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		۶ فرزند >	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			چندزایی	نخست‌زا	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱/۴۱۹	۰/۲۲	چندزا	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)	سابقه‌ی سقط	بلی	۲۶ (۶۳/۴)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۷۹	۰/۶۷	خیر	۱۴۷ (۶۶/۳)	۷۳ (۳۳/۲)	نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳	شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳	ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)		سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)	دیپلم			۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)		کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)	۱۰ (۲۴/۴)								
جنسیت نوزاد از دید مادر	خواسته	۱۴۲ (۷۰)	۶۱ (۳۰)	۵/۴۹۷	۰/۰۱																																																																																																																																				
	ناخواسته	۳۱ (۵۳/۴)	۲۷ (۴۶/۶)			جنسیت نوزاد از دید پدر	خواسته	۱۴۸ (۷۰/۱)	۶۳ (۲۹/۹)	۷/۳۳۸	۰/۰۰	ناخواسته	۲۵ (۵۰)	۲۵ (۵۰)	سن مادر	۱۹-۲۹ سال	۱۱۵ (۷۱/۹)	۴۵ (۲۸/۱)	۷/۴۳۶	۰/۰۲	۳۰-۴۹ سال	۵۰ (۶۰/۲)	۳۳ (۳۹/۸)	حاملگی خواسته	بلی	۱۲۱ (۶۷/۶)	۵۸ (۳۲/۴)	۰/۴۴۰	۰/۵۰	خیر	۵۲ (۶۳/۴)	۳۰ (۳۶/۶)	سابقه‌ی مرگ نوزاد	بلی	۱۰ (۵۰)	۱۰ (۵۰)	۲/۵۷۰	۰/۱۰	خیر	۱۶۳ (۶۷/۶)	۷۸ (۳۳/۷)	شغل	خانه‌دار	۱۵۵ (۶۶/۵)	۷۸ (۳۳/۵)	۰/۰۵۶	۰/۰۸	کارمند	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)	تعداد فرزندان	۳ فرزند <	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۱/۰۴۱	۰/۵۹	۳-۵ فرزند	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		۶ فرزند >	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			چندزایی	نخست‌زا	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱/۴۱۹	۰/۲۲	چندزا	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)	سابقه‌ی سقط	بلی	۲۶ (۶۳/۴)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۷۹	۰/۶۷	خیر	۱۴۷ (۶۶/۳)	۷۳ (۳۳/۲)	نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳	شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳	ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)		سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)			دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)		کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)	۱۰ (۲۴/۴)																	
جنسیت نوزاد از دید پدر	خواسته	۱۴۸ (۷۰/۱)	۶۳ (۲۹/۹)	۷/۳۳۸	۰/۰۰																																																																																																																																				
	ناخواسته	۲۵ (۵۰)	۲۵ (۵۰)			سن مادر	۱۹-۲۹ سال	۱۱۵ (۷۱/۹)	۴۵ (۲۸/۱)	۷/۴۳۶	۰/۰۲	۳۰-۴۹ سال	۵۰ (۶۰/۲)	۳۳ (۳۹/۸)	حاملگی خواسته	بلی	۱۲۱ (۶۷/۶)	۵۸ (۳۲/۴)	۰/۴۴۰	۰/۵۰	خیر	۵۲ (۶۳/۴)	۳۰ (۳۶/۶)	سابقه‌ی مرگ نوزاد	بلی	۱۰ (۵۰)	۱۰ (۵۰)	۲/۵۷۰	۰/۱۰	خیر	۱۶۳ (۶۷/۶)	۷۸ (۳۳/۷)	شغل	خانه‌دار	۱۵۵ (۶۶/۵)	۷۸ (۳۳/۵)	۰/۰۵۶	۰/۰۸	کارمند	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)	تعداد فرزندان	۳ فرزند <	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۱/۰۴۱	۰/۵۹	۳-۵ فرزند	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		۶ فرزند >	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			چندزایی	نخست‌زا	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱/۴۱۹	۰/۲۲	چندزا	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)	سابقه‌ی سقط	بلی	۲۶ (۶۳/۴)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۷۹	۰/۶۷	خیر	۱۴۷ (۶۶/۳)	۷۳ (۳۳/۲)	نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳	شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳	ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)		سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)			دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)		کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)	۱۰ (۲۴/۴)																										
سن مادر	۱۹-۲۹ سال	۱۱۵ (۷۱/۹)	۴۵ (۲۸/۱)	۷/۴۳۶	۰/۰۲																																																																																																																																				
	۳۰-۴۹ سال	۵۰ (۶۰/۲)	۳۳ (۳۹/۸)			حاملگی خواسته	بلی	۱۲۱ (۶۷/۶)	۵۸ (۳۲/۴)	۰/۴۴۰	۰/۵۰	خیر	۵۲ (۶۳/۴)	۳۰ (۳۶/۶)	سابقه‌ی مرگ نوزاد	بلی	۱۰ (۵۰)	۱۰ (۵۰)	۲/۵۷۰	۰/۱۰	خیر	۱۶۳ (۶۷/۶)	۷۸ (۳۳/۷)	شغل	خانه‌دار	۱۵۵ (۶۶/۵)	۷۸ (۳۳/۵)	۰/۰۵۶	۰/۰۸	کارمند	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)	تعداد فرزندان	۳ فرزند <	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۱/۰۴۱	۰/۵۹	۳-۵ فرزند	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		۶ فرزند >	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			چندزایی	نخست‌زا	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱/۴۱۹	۰/۲۲	چندزا	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)	سابقه‌ی سقط	بلی	۲۶ (۶۳/۴)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۷۹	۰/۶۷	خیر	۱۴۷ (۶۶/۳)	۷۳ (۳۳/۲)	نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳	شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳	ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)		سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)			دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)		کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)	۱۰ (۲۴/۴)																																			
حاملگی خواسته	بلی	۱۲۱ (۶۷/۶)	۵۸ (۳۲/۴)	۰/۴۴۰	۰/۵۰																																																																																																																																				
	خیر	۵۲ (۶۳/۴)	۳۰ (۳۶/۶)			سابقه‌ی مرگ نوزاد	بلی	۱۰ (۵۰)	۱۰ (۵۰)	۲/۵۷۰	۰/۱۰	خیر	۱۶۳ (۶۷/۶)	۷۸ (۳۳/۷)	شغل	خانه‌دار	۱۵۵ (۶۶/۵)	۷۸ (۳۳/۵)	۰/۰۵۶	۰/۰۸	کارمند	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)	تعداد فرزندان	۳ فرزند <	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۱/۰۴۱	۰/۵۹	۳-۵ فرزند	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		۶ فرزند >	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			چندزایی	نخست‌زا	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱/۴۱۹	۰/۲۲	چندزا	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)	سابقه‌ی سقط	بلی	۲۶ (۶۳/۴)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۷۹	۰/۶۷	خیر	۱۴۷ (۶۶/۳)	۷۳ (۳۳/۲)	نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳	شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳	ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)		سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)			دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)		کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)	۱۰ (۲۴/۴)																																												
سابقه‌ی مرگ نوزاد	بلی	۱۰ (۵۰)	۱۰ (۵۰)	۲/۵۷۰	۰/۱۰																																																																																																																																				
	خیر	۱۶۳ (۶۷/۶)	۷۸ (۳۳/۷)			شغل	خانه‌دار	۱۵۵ (۶۶/۵)	۷۸ (۳۳/۵)	۰/۰۵۶	۰/۰۸	کارمند	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)	تعداد فرزندان	۳ فرزند <	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۱/۰۴۱	۰/۵۹	۳-۵ فرزند	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		۶ فرزند >	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			چندزایی	نخست‌زا	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱/۴۱۹	۰/۲۲	چندزا	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)	سابقه‌ی سقط	بلی	۲۶ (۶۳/۴)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۷۹	۰/۶۷	خیر	۱۴۷ (۶۶/۳)	۷۳ (۳۳/۲)	نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳	شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳	ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)		سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)			دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)		کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)	۱۰ (۲۴/۴)																																																					
شغل	خانه‌دار	۱۵۵ (۶۶/۵)	۷۸ (۳۳/۵)	۰/۰۵۶	۰/۰۸																																																																																																																																				
	کارمند	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)			تعداد فرزندان	۳ فرزند <	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۱/۰۴۱	۰/۵۹	۳-۵ فرزند	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		۶ فرزند >	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			چندزایی	نخست‌زا	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱/۴۱۹	۰/۲۲	چندزا	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)	سابقه‌ی سقط	بلی	۲۶ (۶۳/۴)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۷۹	۰/۶۷	خیر	۱۴۷ (۶۶/۳)	۷۳ (۳۳/۲)	نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳	شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳	ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)		سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)			دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)		کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)	۱۰ (۲۴/۴)																																																														
تعداد فرزندان	۳ فرزند <	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۱/۰۴۱	۰/۵۹																																																																																																																																				
	۳-۵ فرزند	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)																																																																																																																																						
	۶ فرزند >	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			چندزایی	نخست‌زا	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱/۴۱۹	۰/۲۲	چندزا	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)	سابقه‌ی سقط	بلی	۲۶ (۶۳/۴)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۷۹	۰/۶۷	خیر	۱۴۷ (۶۶/۳)	۷۳ (۳۳/۲)	نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳	شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)	هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)	تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳	ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)	سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)	دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)		کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)		۱۰ (۲۴/۴)																																																																																		
چندزایی	نخست‌زا	۶۶ (۷۱)	۲۷ (۲۹)	۱/۴۱۹	۰/۲۲																																																																																																																																				
	چندزا	۱۰۷ (۶۳/۷)	۶۱ (۳۶/۳)			سابقه‌ی سقط	بلی	۲۶ (۶۳/۴)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۷۹	۰/۶۷	خیر	۱۴۷ (۶۶/۳)	۷۳ (۳۳/۲)	نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳	شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳		ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)			سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)	دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)		کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)	۱۰ (۲۴/۴)																																																																																						
سابقه‌ی سقط	بلی	۲۶ (۶۳/۴)	۱۵ (۳۶/۶)	۰/۱۷۹	۰/۶۷																																																																																																																																				
	خیر	۱۴۷ (۶۶/۳)	۷۳ (۳۳/۲)			نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳	شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)		هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳	ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)		سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)			دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)		کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)	۱۰ (۲۴/۴)																																																																																															
نوع تغذیه‌ی نوزاد	شیر مادر	۱۰۱ (۶۷/۸)	۴۸ (۳۲/۲)	۰/۹۰۸	۰/۶۳																																																																																																																																				
	شیر خشک	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۳۷)																																																																																																																																						
	هر دو	۹ (۷۵)	۳ (۲۵)			تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳	ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)	سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)	دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)			کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)			۱۰ (۲۴/۴)																																																																																																														
تحصیلات	بی‌سواد	۶۰ (۷۴/۱)	۲۱ (۲۵/۹)	۱۰/۵۷۷	۰/۰۳																																																																																																																																				
	ابتدایی	۲۶ (۵۹/۱)	۱۸ (۴۰/۹)																																																																																																																																						
	سیکل	۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)																																																																																																																																						
	دیپلم	۲۴ (۵۰)	۲۴ (۵۰)																																																																																																																																						
	کاردانی و بالاتر	۳۱ (۷۵/۶)	۱۰ (۲۴/۴)																																																																																																																																						

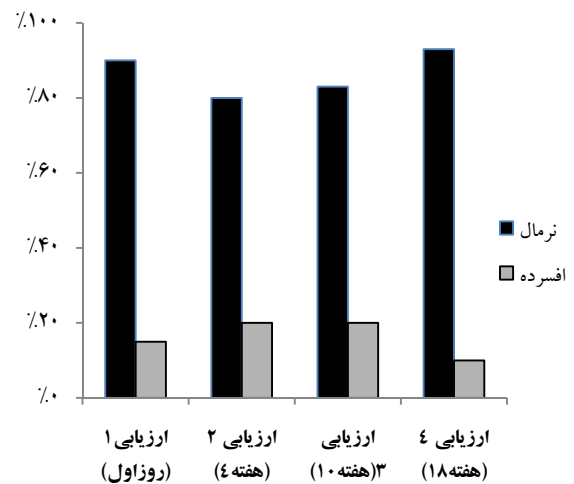
احتمال بروز افسردگی در این گروه از بیماران توجه ویژه به بروز علائم افسردگی پس از زایمان در این گروه از زنان، توصیه می‌شود.

در پژوهش انجام شده بین افسردگی پس از زایمان و سن مادر، ارتباط معنی‌داری وجود داشت به طوری که میانگین نمره‌ی افسردگی در گروه سنی زیر ۱۸ سال بالاتر بوده است که خود موید این مطلب می‌باشد؛ هم‌چنین این مسئله می‌تواند ناشی از عدم آمادگی مادر جهت پذیرش مسئولیت‌های مادری و به دنبال آن احساس بی‌کفایتی و بروز افسردگی باشد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین افسردگی پس از زایمان و تحصیلات مادر، ارتباط معنی‌داری وجود دارد به طوری که در افراد دبیرستانی و دیپلم، میانگین نمره‌ی افسردگی پس از زایمان بیشتر از سایرین بوده است که با مطالعات قبلی تفاوت دارد. در مطالعات قبلی در افرادی که سطح تحصیلات کمتر داشتند میزان بروز افسردگی بیشتر بوده است. (۴ و ۹ و ۱۳).

در این مطالعه بین جنسیت مورد انتظار از طرف پدر یا مادر و میزان بروز افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری مشاهده شد و در افرادی که جنسیت نوزاد مطابق با خواسته‌ی پدر یا مادر نبوده است، افسردگی بیشتر مشاهده شد. این مطلب با مطالعه‌ی فروزنده در شهر کرد (۸) و حسینی در کرمانشاه (۴) مطابقت دارد که این موضوع می‌تواند ناشی از مسایل فرهنگی خانواده‌ها به دلیل توجه خاص به جنس پسر به عنوان حامی در انجام مسئولیت‌های خانوادگی و کاری باشد. در مطالعه‌ی زنگنه، ارتباط معنی‌داری بین جنس نوزاد و افسردگی مشاهده نشده است (۱۴). سابقه‌ی قبلی افسردگی و مراجعه به روان‌پزشک و سابقه‌ی مصرف داروهای اعصاب و روان نیز از عواملی بود که با میزان بروز افسردگی مشابه مطالعه‌ی زنگنه (۱۴) و خرمی‌راد (۱۵) و فروزنده (۸) ارتباط معنی‌داری داشت و احتمالاً تنش حاملگی و زایمان می‌تواند به عنوان عامل خطر در بروز مجدد افسردگی نقش داشته باشد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین افسردگی پس از زایمان و وضعیت حاملگی مادر (نخست‌زا یا چندزا) برخلاف مطالعه‌ی غفاری‌نژاد (۱۶)، شغل مادر، تعداد فرزندان و سابقه‌ی سقط جنین، برخلاف مطالعه‌ی غفاری‌نژاد (۱۶)، سابقه‌ی مرگ



**نمودار ۱- فراوانی افسردگی در شرکت‌کنندگان در ارزیابی‌های انجام شده (روز اول، هفته‌های ۴ و ۱۰ و ۱۸ پس از زایمان)**

در مطالعه‌ی حاضر نیز بر اساس پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، ۳۳/۷ درصد افراد، افسردگی داشتند که از این تعداد ۱۹/۲ درصد افسردگی خفیف، ۱۰/۷ درصد از افسردگی متوسط و ۳/۸ درصد از افسردگی شدید رنج می‌بردند.

در مطالعه‌ی شیری در همدان ۶۸ درصد افراد بهنجار بوده و ۳۲ درصد آن‌ها افسردگی داشتند که ۱۹ درصد به افسردگی خفیف، ۴ درصد به افسردگی متوسط و ۹ درصد به افسردگی شدید مبتلا بودند (۹).

این نتیجه با اغلب مطالعات انجام شده در سایر نقاط کشور همخوانی دارد ولی با بعضی مطالعات نیز متفاوت است که می‌تواند به دلیل تفاوت در ابزار سنجش، نحوه‌ی ارزیابی و انجام مصاحبه‌ی بالینی (مطالعه‌ی سالاری) (۷)، زمان ارزیابی و تفاوت‌های فرهنگی گروه‌های مورد مطالعه باشد.

همین‌طور نتایج پژوهش نشان داد که بین افسردگی پس از زایمان و نوع زایمان (سزارین یا طبیعی)، مشابه مطالعه‌ی دولتیان (۳) و برخلاف مطالعه‌ی حسینی (۴)، ارتباط معنی‌داری وجود دارد. زنان تحت عمل سزارین احتمالاً به دلیل تنش ناشی از عوامل منجر به سزارین و تنش ناشی از بیهوشی و جراحی، دارای نمره‌ی افسردگی بالاتری بوده و احتمال ابتلای آن‌ها به افسردگی آشکار در آینده بیشتر است.

بنابراین به نظر می‌رسد کاهش سزارین غیر ضروری در کاهش علائم افسردگی پس از زایمان موثر باشد. در ضمن با توجه به

حضور با شرکت کنندگان می‌باشد که به دلیل احتمال عدم مراجعه‌ی مجدد و امکان ارتباط حضوری، بررسی‌های بعدی تلفنی انجام گردید که عدم امکان برقراری ارتباط با شرکت کنندگان به دلیل جابه‌جایی یا شماره‌ی اشتباهی یا قطع بودن تلفن از دیگر محدودیت‌های کار در این پژوهش بود.

پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای مشابه در زنان روستایی نیز انجام گردد و به دلیل شیوع بالای افسردگی در این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده در ایران، در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، رابطین بهداشتی و ماماها و کارشناسان واحد تنظیم خانواده و واکسیناسیون شاغل در این مراکز، آموزش‌های لازم را برای تشخیص زودرس علایم افسردگی پس از زایمان دیده، این اطلاعات را به خانوارهای تحت پوشش نیز انتقال دهند و در صورت بروز علایم افسردگی در زنان، جهت پیشگیری از عواقب آن، بیماران را به مراکز درمانی تخصصی ارجاع نمایند. هم‌چنین توصیه می‌شود با کاهش سزارین غیر ضروری از وارد شدن تنش اضافی جراحی بر مادر و احتمال افسردگی پس از زایمان پیشگیری گردد.

به نظر می‌رسد که آموزش به خانواده‌ها جهت کاهش ازدواج در سنین پایین و حداقل پیشگیری از بارداری در این سنین و هم‌چنین آموزش جهت کاهش حساسیت خانواده‌ها به جنسیت نوزاد و نیز آموزش مهارت‌های فرزندپروری می‌تواند راهکار مناسبی جهت کاهش بروز افسردگی پس از زایمان در زنان باشد.

امید است با انجام مطالعات بیشتر و وسیع‌تر در زمینه‌ی افسردگی پس از زایمان و در نظر گرفتن عوامل خطر موثر، شاهد ارتقای سلامت روانی مادران، فرزندان و خانواده باشیم.

کودک، برخلاف مطالعه‌ی غفاری‌نژاد (۱۶)، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی مادر، برخلاف مطالعه‌ی حسینی (۴) و غفاری‌نژاد (۱۶) و خرمی‌راد (۱۵)، نوع تغذیه‌ی نوزاد برخلاف مطالعه‌ی فروزنده در شهرکرد (۸) ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. تمامی متغیرهای عنوان شده، عواملی هستند که می‌تواند نقش به‌سزایی در بهداشت روانی و سازگاری مادران با موقعیت جدید و در نهایت سلامت و بهداشت خانواده بازی کند. در ضمن باید توجه داشت که با افزایش مسئولیت‌های ناشی از تولد کودک، نیاز به حمایت اجتماعی، خانوادگی و عاطفی زنان بیشتر شده و در نتیجه سطوح پایین حمایت اجتماعی می‌تواند بر ایجاد افسردگی پس از زایمان نقش فعالی داشته باشد، به خصوص در مادران با سنین پایین که بیشترین آسیب‌پذیری را دارا می‌باشند.

با توجه به این که افسردگی پس از زایمان به عنوان یک معضل خانوادگی و اجتماعی شیوع نسبتاً بالایی دارد و با توجه به چندعاملی بودن این بیماری، کاهش هر یک از عوامل موثر می‌تواند احتمال افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد. تشخیص به موقع و درمان آن از عواقب این اختلال مادر، نوزاد و خانواده می‌کاهد و عملکرد خانوادگی و کیفیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد.

محدودیت‌های این پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

این مطالعه به طور عمده بر روی زنان شهری مراجعه‌کننده به بیمارستان در شهر زاهدان انجام گردید. با توجه به عوامل فرهنگی و تنش‌های محیطی متفاوتی که زنان روستایی تحمل می‌کنند، میزان افسردگی پس از زایمان در این گروه احتمالاً متفاوت خواهد بود. یکی از محدودیت‌های دیگر، عدم ارتباط

## References

1. Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry-behavioral sciences/clinical psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 857-69.
2. Janati Y, Khaki N. [Psychiatry in midwifery]. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Jamee Negar; 2005: 171-97. (Persian)
3. Dolatian M, Maziar P, Alavi-Mazd H, Yazdgerdi M. [The relationship between mode of delivery and postpartum depression]. Journal of reproduction and infertility 2007; 3(28): 260-8. (Persian)
4. Hosseini H, Naghibi AH, Khademloo M. [Postpartum depression and its relationship with some related factors]. Journal of Babul University of Medical Sciences 2008; 10(2): 76-81. (Persian)



5. Perfetti J, Clark R, Fillmore CM. Postpartum depression: identification, screening and treatment. *WMJ* 2004; 103(6): 56-63.
6. Beck CT. Predictors of postpartum depression: An Update. *Nurs Res* 2001; 50(5): 275-85.
7. 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(4): 302-11. (Persian)
8. Forouzandeh N, Dashtebozorgi B. [Prevalence and risk factors of postpartum depression in women referred to health centers in urban of Shahrekord]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2000; 2(1): 43-51. (Persian)
9. Shabiri F, Farhadinasab A, Nazari M. [Detecting postpartum depression in referents to medical and health centers in Hamadan city]. *Scientific journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services* 2007; 149(3): 24-9. (Persian)
10. Lee DTS, Yip ASK, Chan SSM, Tsui MHY, Wong WS, Chung TKH. Post delivery screening for postpartum depression. *Psychosom Med* 2003; 65: 357-61.
11. Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Hirota Y. Employment, income, and education and risk of postpartum depression: The Osaka Maternal and Child Health Study. *J Affect Disord* 2011; 130(1-2): 133-7.
12. Nagy E, Molnar P, Pal A, Orvos H. Prevalence rates and socioeconomic characteristics of postpartum depression in Hungary. *Psychiatr Res* 2011; 185(1-2): 113-20.
13. Sehati Shafaei F, Rangbar Kouchaksaraei F, Ghoujzadeh M, Mohammad Rezaei ZH. [Study of relationship between some predisposing factors and postpartum depression]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2008; 8(1): 54-61. (Persian)
14. Zanganeh M, Shams Alizadeh N, Kamravamesh M, Rezaei M, Pormehr S. [Postpartum depression and its relation to baby gender and unplanned pregnancy]. *Scientific journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2009; 14(2): 65-71. (Persian)
15. Khoramirad A, Mousavilotfi SM, Shouribidgoli AR. [Prevalence of postpartum depression and related factors in Qom]. *Pejohandeh* 2010; 15(2): 62-6. (Persian)
16. Ghaffari Nejad AR, Khobyari F, Poya F. [Prevalence of postpartum depression in Kerman]. *Andeesheh va Raftar* 1999; 17-18(5): 24-9. (Persian)
17. Hassan Zahraee R, Fahami F, Yazdani M, Ahmadi Z, Bashardoost N. [Supportive role of the midwife in preventing postpartum depression]. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2003; 25: 19-24. (Persian)
18. Hirst KP, Moutier CY. Postpartum major depression. *Am Fam Phys* 20; 82(8): 926-33.
19. Susman JL. Postpartum depressive disorders. *J Fam Pract* 1996; 43(6 Suppl): 17-24.
20. Groth-Marnat G. [Handbook of psychological assessment]. Pashasharifi H, Nikkhou MR. (translators). Tehran: Roshd; 1997: 1994-5. (Persian)