

بررسی غم پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به درمانگاههای زنان و زایمان شیراز در سال ۱۳۸۲

نویسنده:

لیلی مصلی نژاد*، کارشناس ارشد بهداشت و روان دانشکده علوم پزشکی جهرم
شهربانو جهانمیری، کارشناس ارشد بهداشت و روان دانشکده علوم پزشکی شیراز
دکتر حمید اشکانی، روانپزشک و استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز

چکیده:

مقدمه: در سنین باروری خطر ابتلا به بیماریهای روانی به خصوص افسردگیها افزایش چشمگیری دارد و این اختلال در سه ماه اول پس از زایمان بیشتر مشاهده می شود با توجه به اهمیت و شیوع افسردگیهای پس از زایمان و به خصوص غم پس از زایمان این مقاله به بررسی میزان و علل مرتبط با آن پرداخته است.

مواد و روش تحقیق: این پژوهش یک مطالعه تحلیلی - مقطعی است که به منظور بررسی میزان شیوع و فاکتورهای مرتبط با غم پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به درمانگاههای زنان و زایمان سطح شهر شیراز انجام گرفته است. نمونه های این پژوهش را ۴۰۰ زن باردار سه ماهه سوم تشکیل داده است که بصورت تصادفی خوشه ای از درمانگاههای زنان و زایمان سطح شهر شیراز جمع آوری شده اند. ابزار گردآوری داده ها شامل دو فرم پرسشنامه بوده است که اولین پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک (فردی، خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی) و پرسشنامه دوم با اقتباس از آزمون ادینبرگ با ده سؤال چهار گزینه ای جهت سنجش غم پس از زایمان استفاده گردیده است. نمونه ها در سه هفته اول پس از زایمان جمع آوری شد و سپس از نمرات ۱۵-۱۰ جهت سنجش افراد مبتلا به غم استفاده گردید. آنالیز داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمونهای تحلیلی نظیر مربع کای، انجام گردید.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که غم پس از زایمان با شیوعی برابر با ۵۱/۳ درصد در جمعیت زنان دیده می شود. این اختلال در افراد خانه دار، نخست زا و جوان بیشتر مشاهده گردید. ارتباط بین غم پس از زایمان با فاکتورهای خانوادگی (کیفیت روابط زن و شوهر) و میزان حمایت آنان از یکدیگر، همچنین ارتباط بین این اختلال و فاکتورهای روانی چون مشکلات زناشویی، حوادث استرس زای اخیر و مشکلات روانی در طول حاملگی نیز با $p = 0/05$ مثبت بود. اما ارتباطی بین این عوامل و فاکتورهای اقتصادی - اجتماعی بدست نیامد.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای افسردگیهای پس از زایمان و نظر به ارتباط بین این اختلالات و عوامل فردی، اجتماعی و خانوادگی لزوم آموزش وسیع زنان زوجین و خانواده با هدف پیشگیری از بیماریهای روانی و ارتقاء سطح سلامت روان در جامعه ضروری است.

واژه های کلیدی: ویژگیهای اپیدمیولوژیک - بارداری - غم پس از زایمان

*نویسنده اصلی، آدرس: جهرم - خیابان استاد مطهری - دانشکده علوم پزشکی

شماره تلفن: ۳۳۳۱۵۲۳-۲۴ فاکس: ۳۳۳۱۵۲۰

تاریخ دریافت: ۸۴/۴/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۸۴/۸/۸

مقدمه :

آبستنی و زایمان برای زن ازدیدگاه روانی یک نیاز محسوب می شود و در زنی که از نظر روانشناختی سالم است حاملگی مظهر خودشکوفایی وهویت یک زن است(۱).

روان زن در دوران حاملگی تحت تأثیر عواملی از قبیل احساس وی در مورد توافق ها وتضادها ، ارتباط جنسی و خواستن یا نخواستن کودک می باشد(۲). ایزدی معتقد است بحرانهای زندگی زن یعنی بلوغ ، قاعدگی چگونگی روابط جنسی ، آبستنی و بالاخره زایمان چون حلقه های زنجیری به هم پیوسته است و روان و جسم زن را بطور انکار ناپذیری تحت تأثیر تحت قرار می دهد. در حالیکه تغییر و تحولات هورمونی و بیوشیمی در هر یک از این مراحل بحرانی در چگونگی فعالیت روانی و نحوه سلوک و رفتار زن تأثیر دارند(۳) در سن باروری خطر ابتلا به بیماریهای روانی به خصوص افسردگی ها افزایش چشمگیری دارد و در سه ماه اول پس از زایمان بیشتر مشاهده می شود. در ارتباط با خصوصیات و واکنشهای روحی - روانی زن در دوران حاملگی و تغییرات حاملگی خصوصیات زنان با مرحله قبل از حاملگی کاملاً متفاوت است. در این زمان واکنشهای نورتیکی توسعه پیدا می کند و در زمان دو هفته پُرس از زایمان به حداکثر خود رسیده و تا ۸ الی ۱۶ هفته بعد به میزان طبیعی خود برنمی گردد(۴).

کاپلان و سادوک غم پس از زایمان را یک بیماری آشفته کننده ای می دانند که در ده روز اول پس از زایمان اتفاق افتاده در نزدیک به ۵۰ درصد از زنانی که یک زایمان طبیعی تجربه می کنند اتفاق می افتد(۱). شیوع غم پس از زایمان در کشورها و نژادها ی مختلف متفاوت است. دربریتانیا ۴۲ الی ۷۵ درصد، تانزانیا ۷۶ درصد، جامائیکا ۶۰ درصد ، آلمان ۲۹ درصد و ژاپن ۱۳ الی ۲۶ درصد است (۵). این اختلال با شیوع ۵۰ تا ۷۰ درصدی در اکثریت جمعیت زنان در بین روزهای سوم تا چهاردهم پس از زایمان اتفاق افتاده و علایم آن بصورت مستمر ممکن است چندین روز تا چندین هفته بطول بیانجامد(۶). این اختلال با علایم بی ثباتی خلقی ، گنجی ، فراموشی ، احساس غمگینی ، اضطراب ، فقدان تمرکز و عدم قدرت انجام فعالیتهای روزانه و احساس وابستگی دیده می شود (۴).

در زمینه علت یابی بیماری و عوامل مرتبط با این اختلال آنرا با تغییرات سریع هورمونی ، استرسهای فیزیکی و روانی ناشی از زایمان ، مشکلات جسمانی ، بی ثباتی روانی پس از حاملگی و زایمان و آگاهی و اضطراب از افزایش مسئولیت پذیری و پذیرش نقش مادری ، خستگی ، اختلال خواب نگرانی از نحوه مراقبت کودک ، حمایت همسر ، پرستار و غیره مرتبط میدانند. (۶) . دیگران این اختلال را با زمینه تغییرات شدید هورمونی ، تاریخچه قبلی از افسردگی (در ۳۰ درصد) از موارد ، سابقه خانوادگی از اختلالات خلقی ، رابطه زناشویی ضعیف بخصوص وجود سابقه سوء استفاده جسمی و مصرف مواد و الکل ، فقدان حمایتهای اجتماعی ، تردید نسبت به زندگی زناشویی ، افزایش وقایع تنش زای زندگی ، زایمان سخت و مشکل ، زایمانهای متعدد و آنتی بادیهای غیر طبیعی در تیروئید مرتبط می دانند(۴)(۵). با در نظر گرفتن شیوع بالای اختلالات روانی پس از زایمان و به خصوص غم پس از زایمان که تقریباً در نیمی از جمعیت زنان مشاهده می شود این سؤال در ذهن پژوهشگر بوجود آمده است که علت عدم درگیری نیم دیگر جمعیت چیست ؟

همچنین با توجه به اینکه فرهنگ و آداب و رسوم جامعه نیز نقش مؤثری در نگرش خانواده نسبت به حاملگی دارد برای زنان در کشورهایی مانند ایران ازدواج در سنین پایین و حاملگی بلافاصله پس از ازدواج کم و بیش عرف پذیرفته شده اجتماعی محسوب می شود . که این عوامل علاوه بر بالا بودن میزان زاد و ولد اهمیت رسیدگی به این مسأله را در جامعه ما افزایش می دهد(۷).

همچنین با توجه به اینکه تحقیق اندکی که در زمینه اختلالات روانی پس از زایمان در ایران انجام گرفته، یافته ها و نتایج این پژوهش می تواند مورد استفاده کلیه دست اندر کاران بهداشتی - درمانی کشور دانشجویان علاقمند ، روانشناسان و دست اندر کاران بهداشت روان جامعه قرار گیرد . باشد تا با افزایش سطح سلامت و بهداشت روان جامعه از ایجاد بروز بیماریهای روانی مزمن جلوگیری به عمل آوریم .

مواد و روش تحقیق:

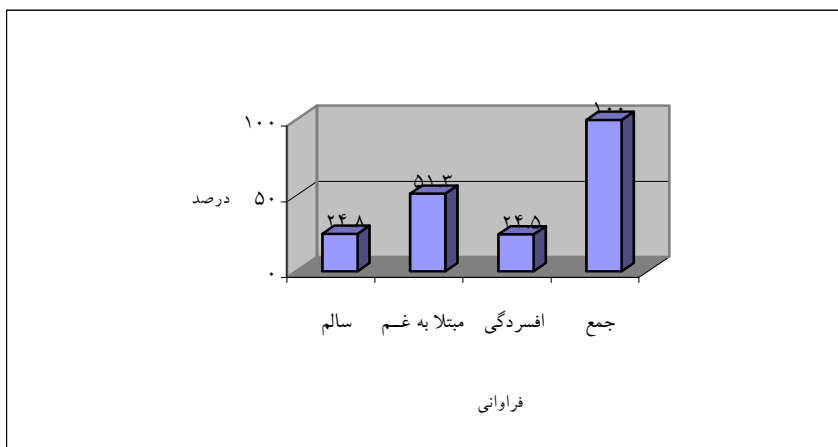
این پژوهش یک مطالعه تحلیلی - مقطعی است که به منظور بررسی میزان و علل مرتبط با غم پس از زایمان انجام شده است. در طی تحقیق از دو پرسشنامه حاوی ویژگی خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی به علاوه پرسشنامه دیگری که از آزمون ادینبرگ^۱ اقتباس شده و حاوی ده سؤال چهار گزینه ای است جهت سنجش غم پس از زایمان استفاده شده است و سپس ویژگیهای افراد مبتلا به غم با افراد بدون غم مورد مقایسه قرار گرفت. آزمون ادینبرگ یک آزمون معتبر در شناسایی افسردگی های پس از زایمان بوده و پایایی و روایی آن توسط محققین مختلف و در کشورهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته است از جمله لی و ییب^۲ در چین ، این تست را بعنوان یک پرسشنامه معتبر در سنجش افسردگی های پس از زایمان استفاده کردند (۸). حساسیت و ویژگی آزمون در سوئد ۹۶٪ و ۴۹٪ و در امارات متحده عربی این میزان ۷۳٪ و ۹۰٪ و در نروژ ۹۵٪ و ۸۷٪ به دست آمده است (۹) (۱۰) (۱۱) (۱۲). جامعه پژوهش را ۴۰۰ نفر زنان در دوره دو هفته ای پس از زایمان که جهت معاینه به درمانگاههای زنان و زایمان سطح شیراز در طی مدت نمونه گیری مراجعه کرده اند تشکیل داده است .

روش نمونه گیری پژوهش روش نمونه گیری مبتنی بر هدف بوده است که پس از مراجعه به درمانگاههای زنان در کلیه زنانیکه در مدت یک ماه

اول پس از زایمان مراجعه کرده بودند از مومن انجام گردید و سپس با توجه به نمرات بدست آمده، نمرات بین ۱۵-۱۰ با در نظر گرفتن cut-off score=10 جهت بررسی بیماران با غم پس از زایمان استفاده گردید. (۸-۱۱). آنالیز نهایی از یافته ها با استفاده از نرم افزار (spss(win) بوده است.

یافته ها :

بر اساس یافته های پژوهش مشخص گردید که میانگین سن زنان مورد مطالعه با $3/18 \pm 19$ بوده است. ۳۳/۳ درصد افراد بیسواد و بقیه از سطح سوادی در حدود راهنمایی و دیپلم برخوردار بوده اند. ۱۵/۳ درصد از زنان مورد بررسی را افراد شاغل و بقیه را افراد خانه دار تشکیل دادند. شغل همسر در ۶۷/۳ درصد آزاد و بقیه دارای مشاغل دولتی بوده اند. میزان تحصیلات همسر در ۶۲/۳ درصد موارد در مقاطع راهنمایی تا دیپلم بوده است. براساس یافته ها مشخص گردید که سن زنان از دواج در اکثر افراد مبتلا به غم با $5/6 \pm 55$ درصد زیر ۲۰ سال بوده و $3/7 \pm 53$ درصد از افراد مورد پژوهش تنها یک زایمان را تجربه کرده اند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته ها بیانگر این مطلب است، که غم پس از زایمان با شیوع $5/3 \pm 51$ درصد در نیمی از جمعیت زنان دیده می شود.



نمودار شماره (۱) توزیع فراوانی اختلالات پس از زایمان در نمونه های مورد پژوهش

همچنین افسردگی پس از زایمان نیز با میزان قابل توجهی در همان روزهای اول پس از زایمان مشاهده گردید (۱) براساس نتایج تحقیق مشخص گردید کیفیت روابط بین زن و شوهر، میزان حمایت روحی آنان از یکدیگر و رضایت آنها از زندگی زناشویی تاثیر مثبتی بر سلامت روانی زن در دوران پس از زایمان دارد که مورد مذکور با $(p=0/02)$ مورد تأیید قرار گرفته است (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع تغییرات عددی واحدهای مورد پژوهش بر اساس احساس زن نسبت به همسر

سطح معنی داری	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد	پارامتر کمی
۰/۰۰۲	۲۲/۵۸ \pm ۱۱/۳۱	۲۲۴	فاکتورهای مورد نظر
	۲۹/۷۷ \pm ۱۲/۴۴	۱۳	علاقتمند
	۳۸/۲۵ \pm ۹/۷۱	۴	بی احساس متنفر

در بررسی ارتباط بین این اختلال و فاکتورهای فردی مشخص گردید که افراد دارای غم عکس العمل نامناسبی در سازش با مشکلات داشته و واکنش آنها نسبت به حاملگی و نقش مادری نسبت به گروه سالم نامناسب و منفی بوده است. اما ارتباط آماری معنی داری بین دو گروه بیمار و غیر بیمار بدست نیامد، همچنین ارتباط معنی داری بین نوع زایمان، تعداد فرزندان و جنسیت آنان در دو گروه وجود نداشت. ارتباط با فاکتورهای روانی مرتبط با غم پس از زایمان مشخص گردید که این مسئله ارتباط مستقیمی با مشکلات خانوادگی (مشکلات ارتباطی زن و شوهر)، $(p=0/001)$ ، حوادث استرس زای یکسال اخیر $(p=0/008)$ مشکلات روحی و روانی زن در طول حاملگی با $(p=0/001)$ دارد. (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر اساس فاکتورهای روانی مرتبط

با حاملگی در مراجعین به درمانگاههای شهر شیراز در سال ۱۳۸۲

P .Value	بیمار		سالم		گروه	متغیرها
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق		
/۰۰۰	۵۸/۷	۲۷	۴۱/۲	۱۹	بلی	اختلافات زناشویی
	۲۸	۵۲	۷۲	۱۳۴	خیر	
/۰۷	۴۴/۳	۹۳	۵۵/۷	۱۱۷	بلی	حمایت از طرف خانواده
	۶۱/۳	۱۹	۱۳۸	۱۲	خیر	
/۰۰۰۸	۵۴/۳	۱۹	۴۵/۷	۱۶	بلی	حوادث استرس زای یکسال اخیر
	۳۱/۲	۶۴	۶۸/۸	۱۴۱	خیر	
/۰۰۰۱	۷۶/۹	۲۰	۲۳/۱	۶	بلی	مشکلات روانی در طول حاملگی
	۴۲/۸	۹۲	۵۷/۲	۱۲۳	خیر	
/۰۵۲۰	۹	۲۵	۲۵	۳	بلی	سابقه بیماری روانی در خانواده
	۴۴/۹	۱۰۲	۵۵/۱	۱۲۵	خیر	

از نظر متغیرهای اجتماعی، اقتصادی مرتبط با غم پس از زایمان نیز مشخص گردید که این اختلال با عوامل اقتصادی اجتماعی مرتبط نبوده و یا تاثیر قابل توجهی بر بروز این اختلال ندارد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب متغیرهای اجتماعی و اقتصادی

P .Value	بیمار		سالم		گروه	متغیرها
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق		
/۰۳۰۲	۴۵/۱	۹۷	۵۴/۹	۱۱۸	بلی	رضایت از درآمد خانواده
	۵۶	۱۴	۴۴	۱۱	خیر	
/۰۲۳	۴۴/۶	۸۲	۵۵/۴	۱۰۲	بلی	دریافت آموزشهای مناسب در طول بارداری
	۵۳/۷	۲۹	۴۶/۳	۲۵	خیر	

بحث:

یافته های تحقیق نشان داد که این اختلال در زنان جوان در گروه سنی زیر ۲۵ سال به خصوص در زنان نخست زا بیشتر دیده میشود. ایفابومی^۱ و اکیندل میزان شیوع بیماری را در زنان نخست زا بیشتر میدانند اما لیندمن^۲ شیوع آنرا در زنان چند زای بیشتر ذکر نموده است (۶/۱۳). با توجه به شیوع بالای اختلالات خلقی در زنان جوان (۳/۵۱ درصد) و نظر به اینکه اکثر ازواجها و تولد اولین فرزندان نیز در همین سنین صورت می گیرد. اهمیت رسیدگی به سلامت روانی زنان در این سنین که به عنوان سن باروری و شکوفایی زنان می باشد مشخص می شود، همچنین نظر به بی تجربگی مادر در امر مراقبت از کودک و ایجاد اضطراب در پذیرش نقش جدید مادری لزوم آموزش مناسب مادر در خصوص مراقبت از کودک و آموزش خانواده در ارتباط با حمایت از مادر در دوران حاملگی و زایمان را متذکر می شود. این بیماری در افرادی که واکنش نامناسبی نسبت به مشکلات داشته و به عبارت دیگر افرادی که توان سازگاری کمتری جهت اتخاذ تدابیر مناسب در برخورد با مشکلات دارند بیشتر از دیگران مشاهده می شود نکته قابل توجه در یافته های بدست آمده از تحقیقات مختلف نیز تاثیر چشمگیر حاملگیهای ناخواسته بر ایجاد مشکلات روحی و روانی مادران تاکید دارد به گونه ای که این بیماری در افرادی که پذیرش مثبتی از حاملگی خود نداشته و یا در دام حاملگی های ناخواسته قرار گرفته اند، بیشتر از دیگران مشاهده می شود. یان بروکینگتون^۳ نیز حاملگی ناخواسته و عدم پذیرش حاملگی را از طرف افراد در ابتلا به غم مؤثر می داند (۵).

1- Ifabumyi, Akindel
2- lindman
3- Ianbrokington

باتوجه به نقش فاکتورهای روانی مرتبط با غم پس از زایمان و ارتباط آن با عواملی مانند مشکلات زناشویی، حواث استرس زا و مشکلات روانی در طول حاملگی که ارتباط میان این اختلال با فاکتورهای مذکور را تأیید می کند روس وگیلبرت^۱ و همکاران مشخص کردند که ۵۰ درصد از زنان باردار افسرده و مضطرب که در زمان پس از زایمان از بیماریهای مذکور رنج می برند از مشکلات روحی- روانی زمان بارداری رنج برده و یا در دام حاملگی ناخواسته قرار گرفته و پذیرش مثبتی از حاملگی خود نداشته اند (۱۵-۱۲). یان بروکینگتون نیز در کتاب مادر شدن و سلامت روانی نیز حاملگی ناخواسته و عدم پذیرش مثبت حاملگی از طرف مادر را در ابتلا به غم پس از زایمان و تشدید علائم روانی پس از زایمان موثر میدانند (۵). باتوجه به نقش فاکتورهای روانی دیگر چون حوادث استرس زای اخیر فرد، تحقیقات انجام شده توسط ماتی وبارنت^۲ این موضوع را با اختلال در قدرت سازگاری، سازش با مشکلات اجتماعی و محیطی، مشکلات زناشویی، اختلال ترس و میزان استرس مادران در زمان بارداری ۵۷ تا ۱۰۰ درصد موثر دانسته اند (۱۱). بین بروکینگتون برخورداری از تاریخچه مثبت از بیماریهای روانی حین حاملگی تنشهای زمان حاملگی بروز این اختلال را با سابقه اختلالات نوروتیک، افسردگی های مزمن پس از زایمان و موثر می داند و استین^۳ میزان بروز این اختلالات را با سابقه اختلالات نوروتیک افسردگی و تغییرات خلقی در زمان حاملگی و سابقه افسردگی قبلی فرد هم جهت میداند (۵-۱۷-۱۳). پیترسن نیز بروز این بیماری را در سه ماهه اول پس از زایمان نسبت به سایر اوقات بیشتر دانسته و آنرا با عوارض دارویی افسردگیهای قبلی، فقدان اجتماع مادر از طرف خانواده و همسر و وقایع تنش زای خانوادگی بخصوص ارتباط بین زن و شوهر، مرتبط می داند که نتایج تحقیق نیز بر تأثیر قابل توجه روابط زن و شوهر میزان حمایت عاطفی آنان نسبت به یکدیگر مشکلات زناشویی و حوادث بحرانیهای تحمل شده توسط زن باردار تأکید کرده است یافته های بدست آمده از تحقیق مذکور و تحقیق مختلف نشانگر ارتباط موثر بین اختلال غم پس از زایمان با فاکتورهای روانی و سپس خانوادگی افراد می باشد. با توجه به نقش فاکتورهای روانی چون حوادث استرس زای اخیر فرد تحقیقات انجام شده توسط ماتی وبارنت این موضوع را با اختلال در قدرت سازگاری، عدم سازش با مشکلات محیطی و اجتماعی، مشکلات زناشویی، اختلال استرس و میزان تنشهای مادر باردار تا سقف ۵۷ تا ۱۰۰ درصد موثر دانسته اند (۱۵).

استین میزان بروز غم پس از زایمان را با سابقه اختلالات نوروتیک، تغییرات خلقی در زمانی حاملگی و سابقه افسردگی قبلی فرد مرتبط می داند. ویان بروکینگتون نیز برخورداری فرد از تاریخچه مثبت بیماریهای روانی در حین حاملگی، تنشهای زمان بارداری و وجود سابقه اختلالات نوروتیک **** مزم را در بروز غم پس از زایمان موثر می داند (۵)(۱۶). پیترسن نیز میزان غم پس از زایمان را در سه ماهه اول پس از زایمان بیشتر از سایر اوقات دانسته و آنرا با عوارض دارویی، فقدان حمایت مادر از طرف خانواده و همسر، وقایع تنش زای خانوادگی به خصوص ارتباط بین زن و شوهر مرتبط می دارند (۱۷).

نتایج تحقیق نیز بر تأثیر قابل توجه کیفیت روابط زن و شوهر، میزان حمایت عاطفی آنان از یکدیگر، مشکلات زناشویی، حوادث و بحرانیهای تجربه شده توسط مادر باردار تأکید کرده و یافته های بدست آمده از آن ارتباط موثر بین اختلال غم پس از زایمان با فاکتورهای روانی و سپس خانوادگی افراد صحت می گذارد.

نتیجه گیری:

با توجه به نتایج بدست آمده از تحقیق می توان بیان نمود که نظر به شیوع بالای مشکلات روانی پس از زایمان و بخصوص افسردگی های پس از زایمان و با توجه به اینکه این اختلالات به تنهایی در اثر عوامل بیوشیمیایی و هورمونی صورت نمی گیرد و عوامل متعددی از جمله عوامل روان اجتماعی و فردی در بروز این اختلالات مؤثرند لذا **پیشنهاد** می شود با شناسایی این عوامل و آموزش مناسب و پیشگیری از بروز آن از مشکلات این دوران کاسته و زمینه را برای سلامت مادران و نوزادان جامعه کشورمان فراهم سازیم.

۱- Kaplan H. Sadock ; Synopsis of Lee R,Evan SE.psychiatry, Behavioral Science Clinical Psychiatry. Baltimore ,williams and wilkins co; 1991.

۳- ایزدی ، سیروس ، بحرانهای زندگی زن . انتشارات سهامی چهره آذرماه ۱۳۶۵

۲-مجدد.حمید.بهداشت روانی دوران بارداری و تکالیف شوهران در ایمن دوران " .مجله بهداشت ۶۹- ۱۳۶۸ ، س ۵ ، ش ۶- ص ۴۴- ۴۶

4- Sweet, Bety, R. A text book for midwives. midwifry llth. ed, London, Bailliere Tindall, co , 1988.

5- Ian Brokington . mother hood and mental illness. oxford New York , Oxford University Press, 1990

6-Indman ED :post partum psychiatric illness,Br J Psychiatry: 2001 ; 157:813-7.

7- Bloch – Sidney:An introduction to the psycho Therapies;_ 2th ed, New York , Oxford Medical Publication , 1986

8-Lee D ,Yip Sk, Chiu Hf ,et al :Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh post natal depression scale ,Br J psychiatry: 1998 ;173:271.

9-Wickberg B,Hwang Cp: The Edinburgh postnatal depression scale :validation a Swedish community sample.Acta Psychiatr Scand:1996 ;96(3):181-4

10-Ghubash R .Abou-saleh MT, Daradkeh Tk:The validity of the Arabic Edinburgh postnatal depression scale.Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol:1997; 32(8):474-7.

11-Eberhard-Gra M,Eskild A, Tambs K,et al :The Edinburgh postnatal depression scale: validation Norwegian community sample.Nord J psychiatry:2001; 55(2):113-7.

12-Harris B,Huckle P,Thomas R ,etal :The use of rating scales to identify post-natal depression,Br J Psychiatry:1990 ; 154:813-7.

13- Ifabumuyi , o. Akindel, m : post partom mental illness in northern Nigeria, Acta psychiatrica Scandinavica : 1995; 72: 63 68.

14-Ross Lee ,Gilbert Evans SE, Sellers EM: Measurment issues in postpartum depression part1:anxiety as a feature of Postpartum depression, Arch women ment health : 2003;6(1) :51-7.

15-Matthey S, Barnett B, Howie P,et al: Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers :whatever happened to anxiety?,J Affect Disorder : 2002 ; 74(2):139-47.

16- Stein Gorge S.pattern of mental change and body weight change in the First postpartom week.Journal of Psycho Somatic Research: 1990 ; 25: 105. 111.

17-Pederson CA.:Post partum mood and anxiety disorder :a guide for the nonpsychiartic clinican with an aside on thyroid association with postpartum mood, Throid :1999; 9(7):691-7.

The Assessing post partum blue in women refer to maternity Clinics In Shiraz at 1382.

Mosalnjad L . (M.Sc)
Jahanmiri S. (MSc)
Ashkani H. (M.D)

Abstract:

Introduction: There are high prevalence of psychiatric disorders in reproductive age women, that increase in third month of post partum .Attention to importance of this and high incidence of postpartum depression specially to postpartum blue , This study was performed to investigate the rate and related factor of postpartum in Shiraz.

Material and method: This study is a analytical –cross-sectional type with the aim of investigating the finding of post partum blue in postpartum women's referring to maternity clinics in Shiraz. The samples consisted of 400 pregnant women in 2 weeks after postpartum that came to maternity clinic for postpartum evaluation in sampling period. The data were collected through questionnaires, the first questionnaire contained epidemiologic information (personal / Family / economical and social conditions) and The second questionnaire contained Edinbrough test with 10 multiple choice item to measure postpartum blue .The analysis of the data was based on analytic as chi square test and other explanation statistics.

Result :The incidence of postpartum blue was 51.3 This problem was more prevalent in prim housewives, in par. The relation between postpartum blue and familial factor (quality of spouse relationship) and mutual support between them , the same as between this disturbance and psychological factors as couple problem , stress life event and psychological problem was positive ($p < .005$) .No obtained relation between this problems and psychosocial problem.

Conclusion: In attention to high prevalence of postpartum depression and relation between this problem , personal- and familiar factors, Wide teaching of women ,couple and family with aim of prevention to psychiatric disease and increase level of mental health in our community is needed.

Key word: epidemiological characteristics , pregnant pregnancy , postpartum blue