



۸۲۶

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دانشکده پزشکی

پایان نامه:

جهت اخذ درجه دکترای پزشکی

موضوع:

بررسی شیوع افسردگی بعد از زایمان با استفاده از تست بک در بخش
زنان و زایمان بیمارستانهای امام حسین (ع) و لقمان الدوله تهران
در تابستان ۱۳۷۸

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر سعید صدر

نگارش:

جواد خدادادی

۱۳۸۶ / ۲ / ۵

شماره پایان نامه: ۸۳۹۵

سال تحصیلی ۷۸-۱۳۷۷

مرکز خدمات تایپ شورای دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تلفن: ۳-۲۴۱۴۱۳۱ داخلی ۲۶۱

۹۰۵۲۵

چکیده:

تحقیق حاضر میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان را مورد بررسی قرار می‌دهد. جامعه آماری شامل ۱۰۰ نفر بوده است که بصورت کاملاً تصادفی از میان زنانی که در تابستان ۱۳۷۸ در بیمارستانهای امام حسین (ع) و لقمان الدوله تهران وضع حمل نموده‌اند انتخاب شده‌اند. از آزمون افسردگی (بک) جهت سنجش میزان افسردگی و جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است. طبق نتایج بدست آمده در مطالعه فوق ۶ نفر از زائوها افسردگی در حد دامنه ۲۱-۳۵ بر اساس تست بک داشته یعنی افسردگی متوسط داشته‌اند. همچنین ۱۰ نفر از آنها نیز افسردگی در حد دامنه ۲۰-۱۷ داشته یعنی افسردگی آنها خفیف و در حد مشاوره با پزشک بوده است. بقیه موارد نیز در حد نرمال بوده‌اند. در جمعیت مورد مطالعه ۹۵٪ سطح سواد زیر دیپلم داشته، ۸۵٪ خانه‌دار یا کارگر بوده و ۸۰٪ آنها سن زیر ۳۰ سال داشته‌اند و تقریباً تمام موارد افسردگی در گروههای ذکر شده مشاهده گردیده است.

Abstract:

The aim of this study isto estimate the Incidence of post partum depression among 100 women who wre randomaly chosen from thoes pregnants delivered in imam hossain(PBUH) And Loghman hospitals during summer, 1378. Beck depression test was used in this study.

As are sult 6 women were in range 21 to 35 and so their depression was moderate. 10 women were in range 17 to 20 and so their Depression was mild and needed consultation. other wonen were normal.

In the society, studied: %95 of women were aducated up to diploma. %85 of women were house warkersor laborers.

and %85 of cases aged under 30 years. Aproximatly all the cases depression were seen in the mentianted groups.

تقديم به :

همه مادران

با تشکر از:

جناب آقای دکتر سعید صدر

فصل اول

- ۱- مقدمه..... ۲
- ۲- مساله پژوهشی..... ۳
- ۳- هدف مطالعه..... ۳
- ۴- ضرورت و اهمیت مطالعه..... ۳

فصل دوم

- ۱- افسردگی..... ۶
- ۲- اپی زودهای زودرس بعد از زایمان..... ۱۱
- ۳- مطالعات انجام شده در خارج..... ۱۷
- ۴- مطالعات انجام شده در داخل..... ۲۸

فصل سوم

- ۱- روش پژوهش..... ۳۶
- ۲- جامعه و نمونه آماری و روش جمع آوری اطلاعات..... ۳۶
- ۳- ابزار جمع آوری اطلاعات..... ۳۶
- ۴- ویژگیهای روان سنجی آزمون بک و روایی آن..... ۴۰

فصل چهارم

۱- جداول توضیح فراوانی یافته‌ها..... ۴۳

فصل پنجم

۱- خلاصه نتایج..... ۵۸

۲- بحث و نتیجه‌گیری..... ۵۹

۳- پیشنهادات..... ۶۲

۴- منابع فارسی و خارجی..... ۶۵

۵- ضمائم..... I - V

فصل اول

- مقدمه

- مسأله پژوهشی

- هدف مطالعه

- ضرورت و اهمیت مطالعه

مقدمه:

وجود انسان به دو صورت مجزای تن و روان ساخته نشده است، بلکه به صورت واحد تجزیه ناپذیر مرکب از جسم و روان آفریده شده است که تحت تاثیر عوامل محیطی، فرهنگی و اجتماعی قرار دارد. یعنی دارای ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی است.

مسائل مربوط به هر کدام از این سه بعد، روی ابعاد دیگر تاثیر می‌گذارد. مثلاً بیماریها و معلولیت‌های جسمی روی بعد هیجانی و روحی - اجتماعی فرد تاثیر دارد و برعکس بیماریهای روانی، سبب پیدایش اختلالاتی در ابعاد جسمی و اجتماعی می‌شود. بنابراین بهداشت روانی با بهداشت جسمی رابطه تنگاتنگ دارد.

این اصل کلی در مورد حاملگی نیز صادق است و لازم است در دوران حاملگی بهداشت عمومی و جسمی و روانی در کنار هم بکار گرفته شوند و در مراقبت‌های بارداری ضروری است که در کنار مسائل جسمانی به نیازها و مشکلات روانی زن باردار نیز رسیدگی شود که در صورت غفلت از آن بدون شک در اجرای دستورات بهداشتی شکست خواهیم خورد.

به عنوان مثال اگر با اضطرابها و افسردگی‌های زن حامله مبارزه نکرده باشیم نمی‌توانیم از او انتظار داشته باشیم رژیم غذایی خاصی را رعایت کند و یا ورزش خاصی را انجام دهد و...

نتیجه اینکه بهداشت جسمی و روانی لازم و ملزوم یکدیگرند. در

مراقبتهای دوران حاملگی نیز باید مراقبتهای جسمی و روانی توأماً به عمل آید که معمولاً توسط متخصصان زنان و زایمان اجرا می‌گردد و در مواردی نادر نیز مشاوره با روانپزشک لازم می‌گردد. (قریشی زاده، ۱۳۷۲)

مسائل پژوهش:

بررسی شیوع افسردگی بعد از زایمان با استفاده از تست معتبر بک در بخش زنان و زایمان بیمارستانهای امام حسین (ع) و لقمان الدوله تهران در طی تابستان ۱۳۷۸

اهداف مطالعه:

تعیین میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان با استفاده از تست معتبر بک در بخش زنان و زایمان بیمارستانهای امام حسین (ع) و لقمان الدوله تهران در طی تابستان ۱۳۷۸

ضرورت و اهمیت مطالعه:

به علت شیوع آشفته‌گی روانی پس از زایمان و وقوع ناگهانی این بیماری بدنبال پدیده فیزیولوژیک خاص زنان، یعنی زایمان و همچنین عدم اتفاق نظر به وجود عواملی در ایجاد این بیماری و مضراتی که ناشی از این بیماری در طی زندگی زناشویی و اجتماعی و اثرات سوء آن بر روی دیگر افراد خانواده

خصوصاً کودک تازه متولد شده می‌گذارد. همهٔ مسائلی هستند که اهمیت و

ضرورت تحقیق در این زمینه را موجب می‌گردند.

فصل دوم

«مطالعه منابع مربوط به موضوع مورد مطالعه»

تعریف عملیاتی افسردگی:

افسردگی را شاید بتوان به حالتی توصیف کرد که با تغییر اساسی و اولیه در خلق^۱ شروع و با مداومت احساس غم و اندوه به درجات مختلف مشخص می‌گردد.

تغییر خلق از علائم ثابت و مقاومی است که برای روزها، هفته‌ها، ماهها و سالها به طول می‌انجامد، همراه با تغییر خلق، دگرگونی‌هایی در رفتار، برداشت، فکر، کارایی و عملکردهای فیزیولوژیک نیز پیش می‌آید.

ممکن است افسردگی نشانه‌ای از یک بیماری جسمی و روانی و یا بخشی از سیمای بالینی آن باشد، یا واکنش نسبت به فقدان و از دست دادن شیئی یا فرد محبوب و یا موقعیتی باشد.

اما بطور کلی، افسردگی حالت مرضی عاطفی است که با احساس ناامیدی بی‌کفایتی، گناه، ترس و بی‌ارزشی همراه است.

سبب شناسی افسردگی:

الف - بیولوژیک:

- ۱- نوروشیمیایی: کاهش فعالیت آمین بیورژنیک (سروتونین، نوراپی نفرین، دوپامین) در افسردگی و افزایش فعالیت در مانیا^۲ متابولیت‌های بیورژنیک آمین، ۵- هیدروکسی ایندول استیک اسید S-HIAA (از

۱- خلق (Mood): مایه هیجانی (Emotionaltone) پایداری است که در طول طیفی طبیعی از غم تا شادی تجربه می‌شود.

۲- مانیا (Mania) یک دوره مشخص خلق غیرطبیعی و مستمراً بالا، گسترده یا تحریک‌پذیر که حداقل یک هفته طول بشکشد و با علائم خود بزرگ بینی، کاهش نیاز به خواب، پرش افکار و پریشانی حواس مشخص می‌شود.

سروتونین)، همووانیلیک اسید HVA (از دوپامین)، ۳ - متوکسی ۴ - هیدروکسی فنیل گلیکول MHPG (از نوراپینفرین) - در خون، ادرار، و مایع مغزی نخاعی تغییر می‌یابد.

برخی افراد بیمار افسرده مهاجم، خشن با افکار خودکشی کاهش 5-HIAA در مایع مغزی نخاعی نشان می‌دهند. بی‌نظمی سیستم آدرنرژیک - کولینرژیک، با تسلط کولینرژیک وجود دارد.

۲ - هورمونی: بطور کلی ناهنجاری عصبی - غددی احتمالاً بازتاب گسستگی درون داد آمین بیوژنیک به هیپوتالاموس است.

محور هیپوتالامیک - هیپوفیز - آدرنال کم کار در افسردگی به افزایش ترشح کورتیزول منجر می‌شود. همچنین در افسردگی، کندی آزاد شدن TSH (هورمون محرکه تیروئید)، کاهش هورمون رشد (GH) کاهش هورمون محرکه فولیکول (FSH) کاهش هورمون LH و کاهش تستسترون وجود دارد. کاهش در کارکرد ایمنی هم در افسردگی و هم در مانیا دیده می‌شود.

۲ - خواب: اختلالات خواب در ۶۵ - ۶۰ درصد مبتلایان به اختلالات خلقی دیده می‌شود. در افسردگی افزایش تراکم حرکت سریع چشم (REM) در نیمه اول خواب، افزایش زمان کلی REM، کاهش زمان نهفتگی REM (شروع نخستین دوره REM پس از به خواب رفتن) و کاهش مرحله ۴ خواب وجود دارد. بیداری‌های مکرر در مانیا وجود دارد و زمان کلی خواب کم می‌شود.

۴ - ژنتیک: ارتباط سنن اختلالات خلقی و مارکرهای ژنتیکی برای