

رابطه‌ی افسردگی و اضطراب مادران باردار با شاخص‌های آنتروپومتریک نوزادان

فریبا نجفی^۱، دکتر قمر کیانی^۲

نویسنده‌ی مسوول: گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان kherad739@yahoo.com

دریافت: ۹۴/۴/۲۹ پذیرش: ۹۴/۷/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: وضعیت روانی مادر ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جنین دارد، بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف شناخت رابطه‌ی افسردگی و اضطراب مادران باردار با شاخص‌های آنتروپومتریک نوزادان (وزن، قد و دور سر هنگام تولد) انجام شد.

روش بررسی: طی مطالعه‌ی توصیفی مقطعی با طرح همبستگی از جامعه‌ی مادران باردار سه ماهه‌ی سوم بارداری، ۱۴۶ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با کمک مقیاس افسردگی و اضطراب (DASS) نسخه‌ی ۴۲ سوالی جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس تک عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی مادران شرکت کننده در این مطالعه $28/4 \pm 6/12$ سال بود. میزان افسردگی و اضطراب (خفیف تا خیلی شدید) به ترتیب $50/7$ درصد و $70/5$ درصد بود. میانگین و انحراف معیار وزن ($3000 \pm 482/04$ گرم)، قد ($149/58 \pm 49/58$ سانتی‌متر) و دور سر بدو تولد نوزادان در این مطالعه به ترتیب ($34/19 \pm 1/56$ سانتی‌متر) بود. نتایج نشان داد افسردگی و اضطراب مادر با وزن و قد هنگام تولد رابطه منفی معناداری داشت ($P < 0/01$). به این نحو که با افزایش افسردگی و اضطراب مادر، از وزن و قد هنگام تولد کاسته شده است. ولی رابطه‌ی معناداری بین افسردگی و اضطراب مادر و دور سر هنگام تولد به دست نیامد ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: براساس نتایج این پژوهش برنامه‌ریزی برای انجام اقدامات پیشگیرانه در سطح اول و دوم در زمینه‌ی علایم روانی مادر (افسردگی و اضطراب) در جهت پیشگیری از اختلالات رشد و تکامل داخل رحمی ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: افسردگی، اضطراب، مادر باردار، شاخص آنتروپومتري، نوزاد

مقدمه

کودک مدام از والدین و مراقبین بهداشتی و دیگران می‌شنود که دچار کم وزنی است و بایستی تحت مراقبت‌های ویژه قرار گیرد، احتمالاً اعتماد به نفس کودک را تحت تاثیر قرار خواهد داد. همچنین کودک به مرور نقش یک کودک خاص که نیاز به مراقبت ویژه دارد را برعهده خواهد گرفت (۲). عوامل بسیاری در میزان رشد نوزادان در قبل و بعد از تولد تاثیرگذار

عدم رشد مناسب جسمی در دوران جنینی نه تنها از جنبه فیزیکی و سلامتی تبعاتی برای کودک دارد، بلکه ممکن است منجر به ایجاد نگرانی در والدین و به‌ویژه مادر شود و حتی ممکن است در مادر احساس خود سرزنی را ایجاد کرده و هیجانات منفی را به نوزاد و کودک القا کند (۱). همچنین جنبه‌ی روانی دیگر موضوع برچسب زنی است که وقتی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان

۲- دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، استادیارگروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان

وزن در زنان افسرده در مقایسه با زنان غیر افسرده ۳/۱ برابر بیشتر بود که این تفاوت از نظر آماری معنادار بوده است، در این مطالعه میانگین وزن و دور سر هنگام تولد در نوزادان مادران افسرده به‌طور معناداری کمتر از گروه غیر افسرده بود (۱۲). در مطالعه‌ی امیری و همکاران در رابطه با مادران دارای نوزادان کم وزن هنگام تولد و مادران دارای نوزادان با وزن عادی، گزارش شده است که میانگین نمره‌ی افسردگی در مادرانی که نوزادان کم وزن به دنیا آورده‌اند بیش از مادرانی است که نوزادان معمولی به دنیا آورده‌اند (۱۳). اگرچه اضطراب و افسردگی دو اختلال جداگانه به نظر می‌رسند اما در بیش از ۳۰ تا ۵۰ درصد موارد همپوشانی دارند (۱۴). اضطراب نیز از مسایل روانی است که شیوع بالایی در بارداری دارد (۱۱) و می‌تواند در کاهش سلامت نوزاد موثر باشد (۱۴). در مطالعات، شیوع اختلالات اضطرابی در دوران بارداری بالاتر از ۳۰ درصد گزارش شده است که این عامل می‌تواند اثرات معکوسی روی سرانجام مامایی، جنینی و نوزادی داشته باشد (۱۵). در مطالعه‌ی شاه حسینی و همکاران در ساری ۲۵/۲ و ۷/۸ درصد از زنان باردار به ترتیب دارای اضطراب آشکار متوسط و شدید بودند و ۳۴/۸ و ۹/۲ درصد آنان به ترتیب از اضطراب پنهان متوسط و شدید رنج می‌بردند (۱۶). باتوجه به اهمیت رشد داخل رحمی جنین و تاثیر احتمالی مسایل روانی مادر بر این مهم، مطالعه حاضر باهدف تعیین رابطه‌ی بین افسردگی و اضطراب مادر با شاخص‌های آنروپومتریک نوزاد (وزن، قد و دورسر هنگام تولد) انجام شد.

روش بررسی

روش مطالعه، توصیفی مقطعی و طرح آن همبستگی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی مادران بارداری تشکیل می‌داد که در سه ماهه‌ی سوم بارداری سال ۱۳۹۳ به مراکز بهداشتی درمانی شهری زنجان و پایگاه‌های مربوطه مراجعه

هستند، رشد نوزاد پیش از تولد تحت تاثیر مستقیم عوامل مربوط به مادر است و سلامت روان مادران یکی از این عوامل می‌باشد که تحقیقات بسیاری درباره تاثیر آن بر رشد جنین انجام گرفته است (۳). تمام عوامل تهدیدکننده‌ی سلامت مادر می‌تواند تاثیر منفی بر رشد و نمو نوزاد داشته باشد (۴). اضطراب با افزایش هورمون‌های مربوط به استرس (کورتیزول و نوراپی نفرین) و افزایش مقاومت عروق رحمی سبب کاهش جریان خون رحمی - جفتی و کاهش رشد جنین می‌شود (۵). طبق مطالعات، افسردگی مادر در دوران بارداری با تولد نوزاد کم وزن‌تر و عواقب رشدی بعد از تولد همراه است (۶).

در جدیدترین مطالعات روانپزشکی اختلال افسردگی اساسی در بین اختلالات روان‌پزشکی بالاترین شیوع را در طول عمر افراد دارد و تقریباً در سراسر جهان و در همه‌ی کشورها و فرهنگ‌ها این شیوع در زنان دو برابر مردان گزارش شده است (۷). به‌طوری که ۱۰ تا ۲۰ درصد زنان در سنین باروری به درجاتی از افسردگی دچار می‌شوند، براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) از نظر میزان ایجاد ناتوانی نیز افسردگی، رتبه اول را در بین بیماری‌ها به خود اختصاص داده است (۸ و ۹). علیرغم پیشرفت‌های علمی در زمینه‌ی مشکلات جسمی در دوران بارداری، مشکلات روانی همچنان موضوعی مهم در بهداشت زنان باردار به شمار می‌آید (۱۰). در مرور سیستماتیک که در سال ۲۰۰۴ گزارش شد، درصد قابل توجهی از زنان در دوران بارداری از افسردگی رنج می‌بردند، این رقم در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری به ترتیب ۷/۴ درصد، ۱۲/۸ درصد و ۱۲ درصد بوده است (۱۱). افسردگی دوران بارداری، زمانی تشخیص داده می‌شود که اختلالات هیجانی بیش از دو هفته طول بکشند و با اختلال در تمرکز و حافظه، کاهش وزن و اشتها، و احساس بد نسبت به خود همراه باشند (۵). در مطالعه‌ای که روی مادران باردار دزفولی انجام گرفت، مشاهده شد که احتمال تولد نوزادان کم

نمره‌ی دو برای گزینه «گاهی» و نمره‌ی سه برای گزینه «همیشه» در نظر گرفته شد. درجه بندی مجموع نمرات به این ترتیب بود که در افسردگی، طبیعی (صفر تا ۹)، خفیف (۱۰ تا ۱۳)، متوسط (۱۴ تا ۲۰)، شدید (۲۱ تا ۲۷) و خیلی شدید (۲۸ و بیشتر) و در اضطراب، طبیعی (صفر تا ۷)، خفیف (۸ تا ۹)، متوسط (۱۰ تا ۱۴)، شدید (۱۵ تا ۱۹) و خیلی شدید (۲۰ و بیشتر) درجه بندی می‌شد.

اعتبار بازآزمایی برای زیر مقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۷۹ برای اضطراب و ۰/۷۱ برای افسردگی به دست آمد. برای روایی مقیاس نیز ضرایب همبستگی با پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی یک به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آمد. بنابراین این مقیاس جهت به کارگیری در فعالیت‌های پژوهشی و تشخیصی، دارای پایایی مناسبی است. در پژوهشی همبستگی مقیاس افسردگی این آزمون با تست افسردگی ۰/۸۴۹، همبستگی مقیاس اضطراب نیز با آزمون زونگ ۰/۸۳۱ به دست آمد. ضریب آلفای محاسبه شده برای مقیاس افسردگی برابر با ۰/۹۴، مقیاس اضطراب برابر ۰/۸۵ محاسبه شد. در مطالعه‌ی حاضر پایایی به روش همسانی درونی، ۰/۸۱ برای کل ابزار به دست آمد (۱۸).

معیار ورود به مطالعه، عدم وجود بیماری زمینه‌ای در مادر مانند دیابت که بر وزن نوزاد موثرند، نداشتن ناهنجاری یا اختلال کروموزومی در جنین که سونوگرافی پره ناتال مشخص شده بود، دوقلو نبودن حاملگی، سن حاملگی سه ماهه‌ی سوم بارداری، اطلاع مادر از جنسیت نوزاد از طریق سونوگرافی و معیار خروج از مطالعه، ناهنجاری نوزاد، نوزادان پره ترم (کمتر از ۳۷ هفته)، ناقص بودن پرسشنامه‌ها بود. برای حذف اثر متغیر جنسیت نوزاد، تعداد یکسانی از هر دو جنس در نمونه گنجانده شد. به این صورت که بعد از انتخاب نمونه‌ها به صورت تصادفی معیارهای ورود مورد بررسی قرار گرفت و نمونه‌گیری تاجایی ادامه پیدا کرد که جنسیت نوزادان مادران انتخاب شده به تعداد یکسان باشد. داده‌ها در دو مقطع

کرده بودند. حجم جامعه ۲۷۲۱ نفرو روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود که در مرحله‌ی اول از بین ۱۷ مرکز بهداشتی درمانی و ۱۱ پایگاه بهداشتی، تعداد ۲ مرکز و ۳ پایگاه به صورت تصادفی انتخاب شدند، بعد از اخذ مجوز از دانشگاه و هماهنگی با مسوولین مراکز انتخابی شامل (شماره ۱ و ۱۰ شهری و پایگاه بهداشتی ۲ از مرکز شماره ۹، پایگاه بهداشتی ۲ از مرکز شماره ۱۰ و پایگاه بهداشتی ۴ از مرکز ۶ شهری)، لیست مادران بارداری که در سه ماهه‌ی سوم بارداری بودند استخراج شد. برای کنترل عوامل مخدوش کننده از روش تصادفی برای انتخاب نمونه‌ها از مراکز انتخاب شده استفاده شد. باتوجه به توصیه‌ی دلاور (۱۷)، که در پژوهش‌های توصیفی تعداد ۲۰ الی ۳۰ نفر به ازای هر متغیر مطلوب است، در این مطالعه تعداد نمونه با توجه به تعداد متغیرهای اصلی (شش متغیر)، ۱۸۰ نفر (تعداد حداکثر) محاسبه گردید که در صورت ریزش نمونه‌ها و رسیدن نمونه‌ها به ۱۲۰ نفر نیز تعداد نمونه مناسب خواهد بود. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش مقیاس افسردگی، اضطراب ۴۲ - DASS بود. این مقیاس سال ۱۹۹۵ توسط لایونند تهیه شد. آیتم‌های پرسشنامه نشانه‌های جسمانی، انگیزشی، شناختی و هیجانی افسردگی و اضطراب را مورد بررسی قرار می‌دهد. لازم به ذکر است علایم بدنی مشترک بین روند طبیعی حاملگی (مانند خستگی، احساس ضعف، اختلال خواب) و افسردگی در این پرسشنامه وزن قابل توجهی ندارند. مقیاس، دارای ۴۲ عبارت است که هر یک از سازه‌های روانی «افسردگی»، «اضطراب» و «استرس» را توسط ۱۴ عبارت متفاوت، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مطالعه تنها سازه‌های اضطراب و افسردگی با ۲۸ عبارت مورد بررسی قرار گرفت. پرسش‌ها به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای بود که به صورت خودسنجی تکمیل شد. دامنه‌ی پاسخ‌ها «از هیچ وقت» تا «همیشه» متغیر بود. نمره گذاری از «صفر» تا «سه» و نمره صفر برای گزینه «هیچ وقت»، نمره‌ی یک برای گزینه «کمی»،

شرکت کننده در مطالعه ۲۸/۴۱±۶/۱۲ بود. میانگین و انحراف معیار وزن (۴۹/۵۸±۱/۸۴ سانتی‌متر) و دور سر بدو تولد نوزادان در این مطالعه به ترتیب (۳۴/۱۹±۱/۵۶ سانتی‌متر) بود. میزان افسردگی (خفیف تا خیلی شدید) ۵۰/۷ درصد و اضطراب ۷۰/۵ درصد بود. افسردگی شدید با ۷/۵ درصد کمترین، و افسردگی متوسط با میزان ۱۸/۴ درصد بیشترین درصد را بین مبتلایان به افسردگی به خود اختصاص داده بودند. طبق یافته‌های این مطالعه، اضطراب خفیف ۳۸/۸ درصد و اضطراب شدید ۱۵/۵ درصد بود. قبل از انجام آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی وجود رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه، مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد همه‌ی متغیرهای مورد بررسی از توزیع نرمالی برخوردار بوده‌اند ($P > 0/05$). بنابراین انجام آزمون همبستگی پیرسون امکان پذیر است. همچنین مقدار عامل تورم واریانس (VIF)، ۳/۸ و دوربین واتسون ۱/۷۷ به دست آمد.

زمانی جمع‌آوری گردید. مقطع زمانی اول جمع‌آوری اطلاعات مادران در خصوص اضطراب و افسردگی آنان در سه ماهه سوم بارداری (ابتدا تا انتهای ماه نهم) بود که با مراجعه به خود مادران انجام شد و مقطع زمانی دوم جمع‌آوری داده‌های مربوط به شاخص‌های آنتروپومتریک نوزادان بود که بعد از زایمان مادران با مراجعه به پرونده‌ی بهداشتی مادران صورت گرفت. بعد از ارایه‌ی توضیحاتی در خصوص هدف مطالعه و اهمیت آن از مادران رضایت نامه گرفته شد تا جنبه اخلاقی مطالعه رعایت شود. با توجه به اینکه برخی از مادران از تحصیلات پایینی برخوردار بودند، برای جلوگیری از تورش در مطالعه، همه پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر در طی یک جلسه حضوری و به صورت مصاحبه با مادر تکمیل گردید. در پایان پرسشنامه‌های ناقص حذف و تعداد ۱۴۶ پرسشنامه در تحلیل آماری وارد شد. با کمک نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش میانگین سن مادران

جدول ۱. ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای روانشناختی مادر و شاخص‌های آنتروپومتریک نوزاد

متغیر	وزن نوزاد	قد نوزاد	دورسر نوزاد	افسردگی	اضطراب
وزن نوزاد	۱				
قد نوزاد	۰/۵۳۲**	۱			
دورسر نوزاد	۰/۳۹۸**	۰/۲۰۶**	۱		
افسردگی	-۰/۳۱۷**	-۰/۴۵۷**	۰/۰۸۸	۱	
اضطراب	-۰/۲۰۶**	-۰/۲۹۷**	۰/۱۴۷	۰/۷۳۶**	۱
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

** $P < 0/01$ سطح معناداری

معناداری بین دو متغیر افسردگی و اضطراب مادر با دور سر نوزادان مشاهده نشد. برای بررسی معناداری اثر افسردگی و اضطراب مادر بر شاخص‌های آنتروپومتریک نوزاد از تحلیل واریانس تک عاملی استفاده شد. برای انجام تحلیل واریانس یک عاملی، ابتدا نرمال بودن و یکسانی واریانس متغیر وابسته از طریق آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به سطح معناداری مقدار محاسبه شده لون (۰/۱۷۲)، بزرگتر از ۰/۰۵، داده‌های مفروضه تساوی خطای واریانس را زیر سوال نبردند، بنابراین از تحلیل واریانس تک عاملی استفاده شد.

نتایج جدول ۱ نشان داد افسردگی با میزان وزن و قد هنگام تولد نوزاد رابطه منفی معناداری دارد ($P < 0/001$). به این معنی که با افزایش شدت افسردگی دوران بارداری مادر وزن و قد هنگام تولد نوزاد کاهش می‌یابد. همچنین اضطراب مادر با وزن و قد هنگام تولد نوزاد رابطه منفی معناداری داشت ($P < 0/001$). به گونه‌ای که با افزایش شدت اضطراب دوران بارداری مادر، وزن و قد هنگام تولد نوزاد کاهش می‌یافت. همچنین در این مطالعه اضطراب مادر با افسردگی او رابطه‌ی مثبت معناداری داشت ($P < 0/001$). در این مطالعه رابطه‌ی

جدول ۲. خلاصه‌ی تحلیل واریانس برای بررسی اثر افسردگی دوران بارداری مادر بر وزن، قد و دور سر هنگام تولد نوزاد

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
وزن	آزمون	۴	۱۳۲۴۳۲۲	۶/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۱۵۷
	اثر اصلی گروه‌ها	۱۴۱	۲۰۱۳۸۹			
	خطای باقیمانده	۱۴۵				
قد	آزمون	۴	۲۹/۵۴	۱۱/۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹
	اثر اصلی گروه‌ها	۱۴۱	۲/۶۷			
	خطای باقیمانده	۱۴۵				
دورسر	آزمون	۴	۰/۹۹	۰/۳۹۹	۰/۸	۰/۰۱
	اثر اصلی گروه‌ها	۱۴۱	۲/۴۸			
	خطای باقیمانده	۱۴۵				

می‌باشد ($F_{(4, 141)} = 11,06, P < 0/001, \text{Partial}\eta^2 = 0/239$) ولی در میزان دورسر هنگام تولد نوزاد تاثیر معناداری ندارد ($F_{(4, 141)} = 0/399, P < 0/8, \text{Partial}\eta^2 = 0/01$).

نتایج جدول ۲ نشان داد اثر افسردگی مادر در میزان وزن هنگام تولد نوزاد معنادار ($P < 0/001, \text{Partial}\eta^2 = 0/157$). در میزان قد هنگام تولد نوزاد نیز معنادار ($F_{(4, 141)} = 6/57$)

جدول ۳. خلاصه‌ی تحلیل واریانس برای بررسی اثر اضطراب دوران بارداری مادر بر وزن، قد و دور سر هنگام تولد نوزاد

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
آزمون وزن	۱۲۷۷۰۶۲	۴	۳۱۹۲۶۵	۱/۳۸	۰/۲۴	۰/۰۳۸
اثر اصلی گروه‌ها	۳/۲۴۲E۷	۱۴۱	۲۲۹۹۰۲			
خطای باقیمانده	۳/۳۶۹E۷	۱۴۵				
آزمون قد	۳۳/۳۶	۴	۸/۳۴	۲/۵۴	۰/۰۴۲	۰/۰۶۷
اثر اصلی گروه‌ها	۴۶۱/۳۱	۱۴۱	۳/۲۷			
خطای باقیمانده	۴۹۴/۶۸	۱۴۵				
آزمون دورسر	۵/۶۷۱	۴	۱/۴۱۸	۰/۵۷۴	۰/۶۸۲	۰/۰۱۶
اثر اصلی گروه‌ها	۳۸۴/۰۶	۱۴۱	۲/۴۶			
خطای باقیمانده	۳۵۳/۷۴	۱۴۵				

معنادار ($F_{(۴, ۱۴۱)} = ۲/۵۴, P < ۰/۰۴۲, \text{Partial}\eta^2 = ۰/۰۶۷$) می‌باشد. ولی در میزان دورسر هنگام تولد نوزاد معنادار نیست ($F_{(۴, ۱۴۱)} = ۲/۵۴, P < ۰/۶۸۲, \text{Partial}\eta^2 = ۰/۰۱۶$).

نتایج جدول ۳ نشان داد اثر اضطراب مادر در میزان وزن هنگام تولد نوزاد معنادار نیست ($\text{Partial}\eta^2 = ۰/۰۳۸$). در میزان قد هنگام تولد نوزاد ($F_{(۴, ۱۴۱)} = ۱/۳۸, P < ۰/۰۲۴$).

جدول ۴. مقایسه زوجی گروه‌ها براساس میزان افسردگی مادران باردار و وزن و قد هنگام تولد نوزادان

گروه براساس افسردگی		تفاوت میانگین		خطای استاندارد		سطح معنی داری	
وزن	قد	وزن	قد	وزن	قد	وزن	قد
ندارد	خفیف	۵۲/۵۶	۰/۸۳	۱/۲۴	۰/۴۵	۰/۶۷	۰/۰۶
(طبیعی)	متوسط	۱۷۱/۷۱	۱/۳	۱/۰۱	۰/۳۶	۰/۰۹	۰/۰۰۱
	شدید	۴۶۶/۱۹	۲/۲۷	۱/۱۳	۰/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	خیلی شدید	۵۵۱/۳۷	۲/۲۱	۱/۴۵	۰/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
خفیف	متوسط	۱۱۹/۱۴	۰/۴۶	۱/۴۱	۰/۵۱	۰/۴	۰/۳۶
	شدید	۳۹۳/۶۲	۱/۴۳	۱/۵	۰/۵۴	۰/۰۱	۰/۰۱
	خیلی شدید	۴۹۸/۸	۱/۳۸	۱/۷۵	۰/۶۴	۰/۰۰۵	۰/۰۳
متوسط	شدید	۲۷۴/۴۸	۰/۹۶	۱/۳۲	۰/۴۸	۰/۰۴	۰/۰۴
	خیلی شدید	۳۷۹/۶۶	۰/۹۱	۱/۶	۰/۵۸	۰/۰۱	۰/۱۲
شدید	خیلی شدید	۱۰۵/۱۸	۰/۰۵	۱/۶۸	۰/۶۱	۰/۵۳	۰/۹۲

افسردگی مادر در میزان قد هنگام تولد نوزاد در گروه بدون افسردگی با افسردگی متوسط، شدید، خیلی شدید و در گروه افسردگی خفیف با افسردگی شدید و خیلی شدید و در گروه افسردگی متوسط با افسردگی شدید تفاوت معناداری دارد (جدول ۴).

مقایسه‌ی زوجی گروه‌ها نشان داد اثر افسردگی مادر در میزان وزن هنگام تولد نوزاد در گروه بدون افسردگی با افسردگی شدید و خیلی شدید و در گروه افسردگی خفیف با افسردگی شدید و خیلی شدید و در گروه افسردگی متوسط با افسردگی شدید و خیلی شدید دارای تفاوت معنادار آماری است. اثر

جدول ۵: جدول مقایسه زوجی گروه‌ها براساس میزان اضطراب مادران باردار و قد هنگام تولد نوزادان

سطح معنی‌داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	گروه براساس اضطراب	ندارد (طبیعی)
۰/۲۹	۰/۳۹	۰/۴۱	خفیف	
۰/۳	۰/۴۳	۰/۴۵	متوسط	
۰/۰۲	۰/۴۹	۱/۱۱	شدید	
۰/۰۰۶	۰/۵۲	۱/۴۶	خیلی شدید	
۰/۹۴	۰/۴۴	۰/۰۳	متوسط	خفیف
۰/۱۶	۰/۵	۰/۷	شدید	
۰/۰۵	۰/۵۳	۱/۰۵	خیلی شدید	
۰/۲۱	۰/۵۳	۰/۶۶	شدید	متوسط
۰/۰۷	۰/۵۶	۱/۰۱	خیلی شدید	
۰/۵۷	۰/۶۱	۰/۳۴	خیلی شدید	شدید

افسردگی در گروه پاتولوژیک قرار می‌گیرد و نیازمند اقدامات روان‌شناختی می‌باشد. میانگین نمره‌ی کسب شده اضطراب در مادران باردار ۱۰/۲۶ از ۳۸ نمره بود که تفسیر این نمره نیز دلالت بر اضطراب مرضی می‌باشد. در این مطالعه حدود نیمی از آزمودنی‌ها (۵۰/۷ درصد) دچار درجاتی از افسردگی بودند که بیشترین درصد مربوط به افسردگی متوسط (۱۸/۴ درصد) و کمترین درصد مربوط به افسردگی شدید (۷/۵ درصد) بود. نتایج این مطالعه همسو با آمارهای انجمن روانپزشکی امریکا است که شیوع اختلال افسردگی اساسی را در طول زندگی ۵ تا ۱۷ درصد تخمین زده‌اند (۱۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت زنان باردار تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی

مقایسه‌ی زوجی گروه‌ها نشان می‌دهد اثر اضطراب مادر در میزان قد هنگام تولد نوزاد در گروه بدون اضطراب با اضطراب شدید، خیلی شدید و در گروه اضطراب خفیف با اضطراب خیلی شدید تفاوت معناداری دارد (جدول ۵).

بحث

بررسی شاخص‌های آنتروپومتریک نوزادان نشان داد میانگین وزن هنگام تولد نوزادان در این مطالعه ۳۰۰۰ گرم، میانگین قد ۴۹/۵ سانتی‌متر و میانگین دور سر ۳۴/۱۹ سانتی‌متر بود، میانگین نمره‌ی افسردگی در این مطالعه برای زنان باردار ۱۲/۰۸ از ۳۸ نمره بود که بر اساس طبقه بندی

وزن گیری مناسب ورشد قدی جنین، تغذیه مطلوب و آرامش روانی مادر است. مادرانی که دارای نشانه‌های افسردگی هستند، چه بسا به دلیل افت کارکردهای انگیزشی، انگیزه‌ای برای تغذیه مناسب و به موقع نداشته باشند. از طرفی به دلیل اختلال در خواب و اشتها تغذیه مادر تحت تاثیر قرار خواهد گرفت. همچنین به دلیل فقدان علاقه و کسب لذت از فعالیت‌های معمول زندگی، تحرک و فعالیت فیزیکی او کاهش پیدا می‌کند. از جنبه‌ی زیستی نیز افسردگی با تغییرات هورمونی متعاقب می‌تواند در روند رشد جسمی جنین موثر باشد.

افسردگی مادر در میزان دورسر هنگام تولد نوزاد رابطه معناداری نداشت. این نتیجه با یافته‌های بهرامی (۱۲) ناهمخوان بود، به نظر می‌رسد با توجه به سیر رشد و تکامل جنینی در داخل رحم و متفاوت بودن این سیر در زمان‌های مختلف بارداری و تاثیر عوامل مختلف بر روند رشد، بخشی از تفاوت‌های مشاهده شده در نتایج مطالعات مختلف در رابطه با زمان انجام مطالعه است که در سه ماهه‌های مختلف بارداری انجام گرفته است. مطالعه‌ی حاضر در سه ماهه‌ی سوم بارداری صورت گرفته است، و بیشترین رشد دورسر جنین، قبل از سه ماهه سوم بارداری اتفاق می‌افتد. در ضمن مدت زمان ابتلا به اختلال و نیز شدت آن می‌تواند در چگونگی عملکرد مادر و تغییرات بیولوژیک موثر باشد. همچنین اضطراب مادر با وزن هنگام تولد نوزاد رابطه منفی معناداری داشت. به گونه‌ای که با افزایش شدت اضطراب دوران بارداری مادر، وزن هنگام تولد نوزاد کاهش می‌یافت. این یافته همسو با مطالعه‌ی لیتلتون، رادکی بریتکوف، برنسون (۳۱)؛ علی پور، لمیعیان و حاجی زاده (۳۲) است و با یافته‌های بنر (۲۳)؛ فیلد و همکاران (۸)؛ نسرین و همکاران (۶)؛ امیری و همکاران (۱۳) همخوانی ندارد. با توجه به رابطه‌ی اضطراب و وزن گیری جنین با توجه به منابع علمی می‌توان نتیجه گرفت احتمالاً اضطرابی موجب نوزاد کم وزن

زیادی در طول حاملگی تجربه کرده و تلاش بسیاری در جهت سازگار شدن با این تغییرات می‌کنند (۲۰). تقریباً یک چهارم زنان افسردگی را به نحوی در زندگی خود در اکثر سال‌های بچه‌داری تجربه خواهند کرد. زنانی که علایم افسردگی را در رابطه با بچه‌داری تجربه می‌کنند، در معرض خطر بروز مجدد افسردگی در ۵ سال آینده هستند (۲۱).

براساس هدف پژوهش حاضر مبنی بر شناخت رابطه‌ی افسردگی و اضطراب مادران باردار با شاخص‌های آنتروپومتریک نوزادان (وزن، قد و دور سر هنگام تولد) نتایج نشان داد که افسردگی با میزان وزن هنگام تولد نوزاد رابطه منفی معناداری دارد. به این معنی که با افزایش شدت افسردگی دوران بارداری مادر وزن هنگام تولد نوزاد کاهش می‌یابد. این یافته همسو با مطالعه دانکل اسکتر و تانر (۴)، بهرامی (۱۲)، امیری، ارجمند و کاکابرائی (۱۳)، فرانسون، اورترستراند و هلمستد (۲۲)؛ بنر (۲۳) گروت و ملوایل (۲۴)؛ استورات و همکاران (۲۵) و همتی (۲۶) است. ولی با نتایج مطالعه‌ی حسین، کروئیکشانک، تومنسون، خان و رحمان (۲۷)؛ هانلون و همکاران (۲۸) همخوانی ندارد.

افسردگی با میزان قد هنگام تولد نوزاد رابطه‌ی منفی معناداری داشت. به این معنی که با افزایش شدت افسردگی دوران بارداری مادر قد هنگام تولد نوزاد کاهش داشت. این مطالعه همسو با مطالعه استورات و همکاران (۲۵)؛ هارفام، هالتی، سیلوا و آبرامسکی (۲۹)؛ رحمان و همکاران (۳۰) مارکوس و همکاران (۲۱) است. ولی با مطالعه‌ی حسین، کروئیکشانک، تومنسون، خان و رحمان (۲۷) همخوانی نداشت. این ناهمخوانی می‌تواند به دلایل فرهنگی از قبیل نوع تغذیه در یک فرهنگ خاص، داشتن نشانه‌ی افزایش اشتها در افسردگی، برخورد حمایت‌گرانه‌ی اطرافیان با افسردگی مادر و تصادفی نبودن انتخاب نمونه نسبت داد. عوامل تهدیدکننده‌ی سلامت مادر می‌تواند تاثیر منفی بر رشد و نمو جنین و نوزاد داشته باشد. به این صورت که از عوامل مؤثر در

می‌شود در مطالعات آتی با استفاده از روش‌های کیفی و طولی کنترل شده علل افسردگی و اضطراب مادران بررسی شود. در سایر نوزدان نیز مطالعه مشابهی صورت گیرد. همچنین از روان‌شناسان در برنامه‌های PHC به منظور ارتقای بهداشت روانی مادران باردار استفاده شود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد افسردگی و اضطراب مادران در سه ماهه سوم بارداری با میزان وزن و قد هنگام تولد نوزادان رابطه دارد. بنابراین این یافته‌ها نیاز به طراحی مداخلاتی برای شناسایی و بهبود افسردگی و اضطراب مادران دارد. پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران و برنامه‌ریزان امر بهداشت و درمان کشور طرح‌هایی در خصوص ادغام برنامه‌های بهداشت روان برای مادران باردار به اجرا بگذارند. و از همکاری روان‌شناسان سلامت برای ارتقای سلامت روانی مادران و به تبع وضعیت فیزیکی نوزادان استفاده نمایند.

تشکر و قدر دانی

از مادران باردار گرمی و کارکنان بهداشتی ارجمند که در گردآوری داده‌ها صمیمانه همکاری نموده‌اند نهایت تقدیر و تشکر را داریم.

References

- 1- Berk LE. Development psychology. Translate by Seiyed Mohammady Y. Tehran: Arasbaran Publications. 2009.[In Persian]
- 2- Ganji M. Mental Pathology based on DSM-5. Tehran: Savalan Publications. 2014. [Persian]

می‌شود که از شدت بالا و مدت بیشتری برخوردار باشد. در این مطالعه افراد دارای اضطراب شدید درصد پایین‌تری از شرکت‌کنندگان را شامل می‌شدند و با توجه به نقش مدت اضطراب، و بررسی اضطراب مادران در یک مقطع زمانی خاص، مدت ابتلا به اضطراب مشخص نمی‌باشد. همچنین اضطراب مادر با قد هنگام تولد نوزاد رابطه‌ی منفی معناداری داشت. به گونه‌ای که با افزایش شدت اضطراب دوران بارداری مادر، قد هنگام تولد نوزاد کاهش می‌یافت. مادرانی که تجربه‌ی اضطراب پیش از زایمان دارند به احتمال بیشتری درگیر رفتارهای ناسالم طی دوران بارداری می‌شوند، یا اینکه به منظور کاهش اضطراب خود یا در پاسخ به نشانگان اضطرابی خود، در معاینات دوران بارداری حاضر نمی‌شوند. اضطراب با افزایش هورمون‌های مربوط به استرس و کاهش جریان خون رحمی، اختلال رشد جنینی، افزایش عفونت و در پی آن تولد نوزاد نارس همراه است (۳۳). رابطه‌ی معناداری بین اضطراب مادر با دورس نوزادان مشاهده نشد. با توجه به رشد چشمگیر دورس‌جنین در ماه‌های اول بارداری، و انجام این مطالعه در سه ماهه‌ی سوم می‌تواند دلیلی احتمالی بر نبود رابطه بین این دو باشد. محدودیت‌های مطالعه حاضر عبارت بود از مادرانی که در سه ماهه‌ی سوم بارداری بودند. بررسی افسردگی و اضطراب مادران در یک مقطع زمانی، بررسی شاخص‌های آنتروپومتریک در نوزادان واجد معیارهای ورود به مطالعه، که منجر به تعمیم یافته‌ها با احتیاط می‌شود. پیشنهاد

- 3- Behjati Z, Hatami J, Rostami R, Khomami S. Comparison effect of self reference in affect working memory in depress and non depress women. *J Semnan Clinical Psychology*. 2012; 4: 51-59.
- 4- Dunkel Schetter C, Tanner L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications

- for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*. 2012; 25: 141-48.
- 5- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Deeds O, Ascencio A, Kuhn C. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior & Development*. 2010; 33: 23-29.
- 6- Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Low birth weight in offspring of women with depressive and anxiety symptoms during pregnancy: results from a population based study in Bangladesh. *BMC Public Health*. 2010; 10: 515-22.
- 7- Kaplan, Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry. Translate by Rezaee F. Tehran: Arjmand publications. 2007. [In persian]
- 8- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn. *Infant Behav Dev*. 2006; 29: 445-55.
- 9- Meijer JL, Bockting CL, Beijers C, et al. Pregnancy outcomes after a maternity intervention for stressful emotions (PROMISES): study protocol for a randomised controlled trial. 2011; 20: 149-157.
- 10- Jannati Y, Khaki N. Psychiatric in midwifery. Tehran: Jame Negar Publications. 2005. [Persian]
- 11- Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67: 1285-98.
- 12- Bahrami N, Bahrami S. Correlation between prenatal depression with delivery type and neonatal anthropometric indicators. *J Komesh*. 2013; 15: 1-9.
- 13- Amiri F, Arjmandnia AA, Kakabaraee K. The analytical comparison of depression, anxiety, stress and social support among mothers with premature/low birth weight and normal infants. *Bulletin of The Georgian Natinal Academy of Sciences*. 2014; 8: 395-405.
- 14- Punamaki RL, Repokari L, Vilscas S, Tulppala M. Fear of child birth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted production. *Obsterics & Gynecol*. 2006; 108: 70-76.
- 15- Bunevicius A, Cesnaite E. Antenatal maternal mental state and anthropometric characteristics of the neonates: impact of symptoms of depression and anxiety. *Biologinè Psichiatrija*. 2007; 91: 3-6.
- 16- Shah Hoseini Z, Abedian K, Azimi Lolati H. Study of relationship between anxiety during pregnancy and preterm delivery. *J Zanzan Uni Med Sci*. 2009; 63: 85-92.
- 17- Delavar A. Research methodology in psychology and educative sciences. Tehran: Virayesh Publications. 2011. [In Persian]
- 18- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther*. 1995; 33: 335-43.
- 19- Kaplan BJ, Sadock VA, Synopsis of psychiatry. Eleven edition, USA: Wolter Kluwer
- 20- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during

- pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004; 103: 698-709.
- 21- Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Women's Health.* 2003; 12: 373-80.
- 22- Fransson E, Ortenstrand A, Hjelmstedt A. Antenatal depressive symptoms and preterm birth: a prospective study of a Swedish national sample. *Birth.* 2011; 38: 10-16.
- 23- Bener A. Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected publichealth problem. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2013; 35: 231-36.
- 24- Grote NK, Melville JL. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67: 1012-24.
- 25- Stuart S, Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014; 28: 61-70.
- 26- Hemmati M. Evaluation of maternal risk factors for low birth weight infants born in moetazedly hospital on Kermanshah. PHD Thesis. The province of Kermanshah University of Medical Sciences and Health Services. 2002.
- 27- Husain N, Cruickshank JK, Tomenson B, Khan S, Rahman A. Maternal depression and infant growth and development in British Pakistani women: a cohort study. *BMJ Open.* 2012; 2: 1-6.
- 28- Hanlon C, Medhin G, Alem A, et al. Socio-cultural practices in Ethiopia: Association with onset and persistence of postnatal common mental disorders. *Br J Psychiat.* 2010; 197: 468-475.
- 29- Harpham T, Huttly S, De Silva M J, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59: 1060-64.
- 30- Rahman A, Lovel H, Bunn J, Iqbal Z, Harrington R. Child: Care, Health & Development. 2003; 30: 21-27.
- 31- Littleton HL, Radecki Breitkopf C, Berenson AB. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Am J Obs.* 2007; 3: 424-32.
- 32- Alipour Z, Lamieian M, Hajizadeh E. Anxiety in pregnancy: risk factor for neonatal health outcomes. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2011; 9: 30-38.
- 33- Wogene, T.W. Infant recognition, memory and physical growth in Wolayita: relation to depression, food insecurity, social support and mother-infant interaction. Dissertation for Doctorate degree. Oklahoma State University. 2012.

The Relationship between Depression and Anxiety of Pregnant Women with Anthropometric Indicators in Newborns

Najafi F¹, Kiani Q¹

¹Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Zanjan Branch, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Kiani Q, Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Zanjan Branch, Zanjan, Iran

E-mail: kherad739@yahoo.com

Received: 20 Jul 2015 **Accepted:** 18 Oct 2015

Background and Objective: Maternal mental state is closely related to the fetus. Therefore, the current study aimed to assess the relationship between depression and anxiety of pregnant women with neonatal anthropometric indicators (birth weight, height and head circumference).

Materials and Methods: In this cross-sectional study with correlational approach, 146 pregnant women in their third trimester of pregnancy were selected with cluster sampling. Data were collected using DASS-42 questionnaire and were analyzed with SPSS-16 using statistical analysis of Pearson correlation and ANOVA.

Results: The mean age of participants was 28.4 ± 6.12 years. Their level of depression and anxiety was 50.7% and 70.5% (mild to severe), respectively. Mean and SD of weight were 3000 ± 482.04 gr. Height and head circumference at birth in neonates were 49.58 ± 1.84 cm and 34.19 ± 1.56 cm, respectively. Findings showed that depression and anxiety of pregnant women had a significant negative relationship with birth weight and height ($p < 0.01$). It means that with an increase in depression and anxiety, there was a decrease in weight and height at birth. No significant relationship was found between maternal depression and anxiety with head circumference at birth ($p > 0.05$).

Conclusion: It is recommended that first and second level preventive measurements be undertaken as related to maternal psychological symptoms (depression and anxiety) in order to prevent their intrauterine development and subsequent disorders.

Keywords: Depression, Anxiety, Neonatal, Anthropometric Index, Pregnant