

بررسی تأثیر آموزش‌های دوران بارداری بر افسردگی پس از زایمان در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول - ۱۳۸۷

نصرت بهرامی^۱، مرضیه عربان^۲، سمیه بهرامی^۳

^۱ کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز^۲، مربی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد^۳ کارشناس آمار

مجله پزشکی هرمزگان، سال سیزدهم، شماره چهارم، زمستان ۸۸، صفحات ۲۸۳-۲۷۷

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان اختلال روانی جدی و فراوان‌ترین عارضه شایع در این دوره می‌باشد. آموزش‌های دوران بارداری بر آمادگی جسمی، عاطفی و روانی خانواده‌ها برای زایمان و ارتقاء سلامتی تمرکز می‌کند. لذا این تحقیق با هدف تعیین تأثیر آموزش‌های دوران بارداری بر افسردگی پس از زایمان در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول انجام شد.

روش کار: در این مطالعه مورد - شاهد تعداد ۱۴۰ زن باردار ۳۰-۳۶ هفته بدون افسردگی، بطور تصادفی در دو گروه شرکت‌کننده (گروه تجربه) یا عدم شرکت‌کننده در کلاسهای آموزشی (گروه شاهد) قرار گرفتند. کلاسهای آموزشی شامل ۸ جلسه آموزشی بودند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آزمونهای آماری t و کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: در این مطالعه، ۳۱/۴ درصد از زنان پس از زایمان امتیاز ادینبرگ ۱۰ یا بیشتر را کسب نمودند. میانگین امتیاز ادینبرگ در زنان گروه شاهد بطور معنی‌داری نسبت به زنان گروه تجربه بیشتر بود ($P < 0/001$). دیگر نتایج نشان داد که شرکت در کلاسهای آموزشی دوران بارداری احتمال افسردگی پس از زایمان را ۲/۷ برابر کاهش می‌دهد که این کاهش با فاصله اطمینان ۹۵٪ بین ۱/۴-۴/۱ بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست آمده، توصیه می‌شود در مراکز بهداشتی و درمانی غربالگری افسردگی دوران بارداری انجام شده و سپس کلاسهای آموزشی دوران بارداری را به منظور کاهش افسردگی پس از زایمان تشکیل دهند.

کلیدواژه‌ها: بارداری - افسردگی پس از زایمان - آموزش

نویسنده مسئول:

نصرت بهرامی

مرکز بهداشت دزفول دانشگاه

علوم پزشکی جندی‌شاپور

اهواز - ایران

تلفن: ۹۱۶۳۴۰۰۹۶+۹۸

پست الکترونیکی:

FatemeH_D_D@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۷/۱/۲۲ اصلاح نهایی: ۸۸/۳/۳۰ پذیرش مقاله: ۸۸/۷/۲۶

مقدمه:

بعد از زایمان عوارض جدی برای مادر، نوزاد و خانواده به همراه دارد (۵). در بعضی از موارد در صورت شدید بودن این اختلال، کشتن نوزاد توسط مادر افسرده گزارش شده است (۶). فاکتورهای روانی و اجتماعی بسیاری در این زمینه مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که شامل سن کم مادر، مصرف سیگار، سابقه افسردگی، استفرغ شدید بارداری، افسردگی طی بارداری، بیماریهای جسمی، اعتماد به نفس ضعیف، سطح استرس

افسردگی پس از زایمان یک اختلال روانی جدی و فراوان‌ترین عارضه شایع در این دوره با شیوع ۱۵-۱۰ درصد می‌باشد (۱،۲). این اختلال با علائمی نظیر احساس تنهایی شدید، تحریک پذیری، ترس، عدم اعتماد به نفس، تغییر در اشتها، احساس گناه، کاهش تمرکز و در موارد شدید با افکاری نظیر خودکشی همراه است (۳). شیوع آن در ایران ۳/۲۷ درصد گزارش شده است (۴). افسردگی

متفاوتی از اطلاعات را در زمانهای متفاوت حاملگی نیاز دارند (۱۴). آموزش‌های دوران بارداری بعنوان یک مداخله آموزشی روانی دیده می‌شوند که هدف این رویکرد آموزشی کاهش درد، بهبودی سریع، حس خوب بودن از نظر روانی و رضایت از مراقبت‌های بهداشتی است. در این کلاسهای دوران بارداری زنان یاد می‌گیرند که چگونه بطور مؤثری بر زایمان غلبه کنند و قدرت تصمیم‌گیری در حاملگی و در طول زایمان را افزایش دهند (۱۳). از فواید مهم شرکت در این کلاسها افزایش رضایت والدین، افزایش خود باوری، ارتباط بیشتر اعضاء خانواده با یکدیگر (۱۲)، کاهش ترس از زایمان طبیعی و افزایش آگاهی از خطرات بالقوه زایمان سزارین در برابر زایمان طبیعی، افزایش میل به شیردهی (۱۵)، پیامدهای بهتر حاملگی، کاهش استفاده از دارو در طی زایمان، کاهش زایمان با فورسپس، کاهش موارد زایمان سزارین و افزایش رضایت از زایمان (۱۳) را می‌توان نام برد.

در یک مطالعه انجام شده در بریتانیای کبیر به این نتیجه رسیدند که شرکت مادران و پدران در کلاسهای آموزشی دوران بارداری باعث افزایش سلامت روانی و اعتماد به نفس آنها می‌شود (۱۶) ولی در مطالعه صورت گرفته در انگلیس به این نتیجه رسیدند که شرکت زنان در کلاسهای آموزشی دوران بارداری باعث کاهش افسردگی پس از زایمان در آنها نشد (۱۷). اگرچه در مورد میزان شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن تحقیقات متعددی در سطح کشور صورت گرفته است ولی اطلاعات کمی در زمینه ارتباط آموزش‌های دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان وجود دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش‌های دوران بارداری بر افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

بالا، حمایت اجتماعی ضعیف، وضعیت اقتصادی-اجتماعی نامناسب، اتفاقات ناگوار زندگی، مشکلات سلامت فیزیکی، مشکلات روابط زناشویی، بارداری ناخواسته، عوارض بارداری و زایمان، زایمان زودرس، چند قلویی، نگرانی از مراقبت کودک می‌باشند (۷-۱۰). میزان پایین شناسایی و درمان افسردگی پس از زایمان و اختلالات اضطراب آن را بعنوان یک مشکل مداوم در آورده است (۱۱).

با پیشرفت حاملگی زوجها با اضطراب بیشتری درباره لیبر و زایمان روبرو می‌شوند (۱۲). علائق و نگرانی‌های زن باردار و همسرش در طول مراحل مختلف حاملگی تغییر می‌کند و لذا اطلاعات متفاوتی را در زمانهای مختلف حاملگی نیاز دارند (۱۳). عدم آگاهی و ترس باعث ایجاد اضطراب مادران باردار می‌شود و این اضطراب و ترس به مغز منتقل شده و باعث افزایش ترشح هورمون‌های استرسی در مادر می‌گردد (۱۴). حوادث استرس‌زای دوران بارداری بطور معنی‌داری میزان شیوع افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد (۱۰).

آموزش‌های دوران بارداری بر آمادگی جسمانی، عاطفی و روانی خانواده‌ها برای زایمان و ارتقاء سلامتی و بهبود رفتارهای سبک زندگی در طول سالهای باروری تمرکز می‌کند و این کلاسها بطور گسترده‌ای در کمک به زوجها در یادگیری در زمینه حاملگی، زایمان و والد شدن مهم هستند (۱۲). آموزش‌های دوران بارداری یک پروسه پویاست که در آن والدین اطلاعاتی درباره تغییرات جسمی و روانی حاملگی، زایمان، والد شدن، مهارت‌های غلبه یافتن و تکنیک‌های حمایتی در لیبر کسب می‌کنند. این آموزشها باعث افزایش اطلاعات و آگاهی مادر در مورد بارداری، زایمان و نگهداری از کودک، کاهش مصرف دارو در طی لیبر و زایمان، کاهش درد مادر هنگام زایمان، کاهش استرس و افزایش راحتی مادر، کسب مهارت جهت مقابله با دردهای زایمان از طریق آمادگی جسمی مانند آرام‌سازی و روش‌های تنفسی، کمک به مادر در جهت کسب یک تجربه لذت بخش از زایمان می‌شوند (۱۳). علائق و نگرانی‌های زن باردار و همسرش در طول مراحل مختلف حاملگی تغییر می‌کند و لذا انواع

روش کار:

در این پژوهش مورد - شاهد، از بین مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول (که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای در دو گروه قرار گرفته بودند) مطابق با نسبت جمعیت آنها، ۱۴۰ زن باردار که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند و واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه تجربه و شاهد به طور تصادفی قرار گرفتند.

معیار ورود به مطالعه شامل زنان باردار ۳۵-۱۸ ساله، ایرانی، باسواد، دارای بارداری اول و تک قلو، عدم وجود عوارض بارداری شناخته شده، عدم وجود سابقه نازایی، سن بارداری ۲۸-۲۶ هفته و عدم وجود افسردگی شناخته شده در دوران زندگی و دوران بارداری بود. افسردگی دوران بارداری با استفاده از ابزار افسردگی بک بررسی شد (افراد دارای امتیاز ۹ و یا کمتر وارد مطالعه شدند).

کلاسهای آموزشی دوران بارداری بصورت تئوری و عملی توسط پژوهشگر در یک اتاق مناسب در هشت جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای در مرکز بهداشتی درمانی شماره یک این شهرستان تشکیل شدند و در طی هشت هفته آموزشها بصورت سخنرانی، کارگروهی، پرسش و پاسخ و کار عملی برگزار شدند. وسایل کمک آموزشی شامل کتاب آموزشی، فیلم آموزشی، پخش صوت، نوار موسیقی، پوستر، مولاژ (لگن، رحم، جفت، جنین و...)، وایت‌برد، ماژیک و کامپیوتر بود. کلاسهای آموزشی شامل آموزش تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیک، تغذیه، عوارض شایع دوران بارداری، بهداشت روان و مهارتهای ارتباطی، آشنایی با مراحل زایمان، روشهای زایمان و کاهش درد، تمرینهای عصبی و عضلانی، آموزش وضعیتهای مختلف حین لیبر و زایمان، نحوه تنفس صحیح در دوران بارداری، لیبر و زایمان و آرامسازی، بهداشت پس از زایمان، مراقبت از نوزاد، تغذیه با شیر مادر و تنظیم خانواده بودند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و سابقه مامایی، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ بود.

پرسشنامه افسردگی ادینبرگ یک ابزار توسعه یافته برای غربالگری افسردگی پس از زایمان است. این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال در مورد علائم شایع افسردگی است و مادر پاسخ‌هایی را انتخاب می‌کند که در هفته گذشته بیشتر احساس کرده است. هر سؤال ۴ گزینه دارد و جمع کلی امتیازات از ۰-۳۰ است (۱۸). امتیاز ۱۰ یا بالاتر به عنوان افسرده در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن امتیاز ۱۰ یا بیشتر برای ارزیابی افسردگی پس از زایمان، پرسشنامه ادینبرگ دارای حساسیت ۸۴٪-۱۰۰٪ و ویژگی ۸۲٪-۸۴٪ است (۱۹). در ایران و از جمله در پژوهش حاضر این پرسشنامه با روش اعتبار محتوی توسط محققین تعیین اعتبار شده است. پرسشنامه افسردگی بک نیز در ایران روش اعتبار محتوی توسط محققین تعیین اعتبار شده است (۴). نتیجه پایایی پرسشنامه دموگرافیک و سابقه مامایی، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ با روش آزمون مجدد به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ به دست آمدند.

روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که با کسب اجازه کتبی از افراد و دادن توضیحات کافی در مورد پژوهش، در صورتی که فرد حائز شرایط تعیین شده جهت مطالعه بود، به عنوان نمونه انتخاب شدند و بطور تصادفی در گروه شاهد و تجربه قرار گرفتند. خانمهای باردار گروه تجربه علاوه بر دریافت مراقبت‌های روتین، در کلاسهای آموزشی دوران بارداری نیز شرکت نمودند ولی خانمهای باردار گروه شاهد فقط مراقبت‌های روتین مراکز بهداشتی درمانی را دریافت نمودند. سپس خانمهای باردار هر دو گروه تا پایان بارداری پیگیری شدند و طی ۶-۴ هفته پس از زایمان، پرسشنامه ادینبرگ جهت تعیین وجود افسردگی پس از زایمان برای هر دو گروه تجربه و شاهد تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل توسط نرم‌افزار آماری SPSS15 انجام شد. در این تحقیق برای تحلیل اطلاعات از آزمونهای t مستقل، من‌ویتنی، کای اسکور، خطر نسبی و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شدند و $P < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد. کلیه موافقت‌نامه‌های اخلاقی و قانونی پژوهش کسب شد و از کلیه شرکت‌کنندگان رضایتنامه کتبی گرفته شد.

نتایج:

و $31/26 \pm 6/93$ سال بود که از نظر آماری تفاوتها معنی‌دار نبود. جدول شماره ۱ دیگر متغیرهای دموگرافیک زنان دو گروه شاهد و تجربه را نشان می‌دهد.

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین سن مادران در دو گروه تجربه و شاهد به ترتیب $23/45 \pm 2/4$ و $24/1 \pm 3/4$ ، میانگین سن همسر زنان گروه تجربه و شاهد $30/75 \pm 5/75$

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک زنان دو گروه شاهد و تجربه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی

شهرستان دزفول در سال ۱۳۸۷

مقدار P	گروه شاهد		گروه تجربه		گروه متغیرها	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۳۷	۷۸/۵	۱۱۰	۶۱/۴	۸۶	زیر دیپلم	
	۲۱/۵	۳۰	۳۸/۶	۵۴	بالای دیپلم	
۰/۴۵	۶۶/۴	۹۳	۵۸/۵	۸۲	زیر دیپلم	
	۳۳/۶	۴۷	۴۱/۵	۵۸	بالای دیپلم	
۰/۸	۱۴/۳	۲۱	۱۲/۸	۱۸	ناخواسته	
	۸۵/۷	۱۱۹	۸۷/۲	۱۲۲	خواسته	
۰/۷	۸۰	۱۱۲	۸۵	۱۱۹	خانه‌دار	
	۲۰	۲۸	۱۵	۲۱	شاغل	
۰/۴۷	۵۶/۴	۷۹	۷۰	۹۸	≥ 200 هزار	
	۴۳/۶	۶۱	۳۰	۴۲	< 200 هزار	

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی زنان بر حسب وضعیت افسردگی پس از زایمان در دو گروه شاهد و تجربه در زنان مراجعه‌کننده به مراکز

بهداشتی - درمانی شهرستان دزفول در سال ۱۳۸۷

نتیجه آزمون	جمع		شاهد		تجربه		گروه افسردگی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$P < 0/001$	۳۱/۴	۴۴	۵۲/۸	۳۷	۱۰	۷	دارد
	۶۸/۶	۹۶	۴۸/۲	۳۳	۹۰	۶۳	ندارد
	۷/۹۸		۱۱/۱۳		۴/۸۴		میانگین
	۴/۴۵		۵/۲۶		۳/۷		انحراف معیار

نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$). برای بررسی تأثیر آموزش‌های دوران بارداری بر افسردگی پس از زایمان از خطر نسبی استفاده شد و نتیجه نشان داد شرکت در کلاسهای آموزشی دوران بارداری خطر افسردگی پس از زایمان را $2/7$ برابر کاهش می‌دهد که این کاهش با فاصله اطمینان ۹۵٪ بین $1/1 - 4/1$ بود.

در این مطالعه میزان امتیاز افسردگی در ۶-۴ هفته پس از زایمان در محدوده ۰-۲۶ ($7/98 \pm 4/45$) بود که $31/4$ درصد از زنان امتیاز مساوی یا بیش از ۱۰ را کسب کردند. میانگین این امتیاز در زنان گروه شاهد بطور معنی‌داری نسبت به زنان گروه تجربه بیشتر بود ($P < 0/001$). شیوع افسردگی پس از زایمان در دو گروه تجربه و شاهد در جدول شماره ۲ نشان داده شده است که میزان افسردگی پس از زایمان در زنان شاهد $52/8$ درصد بوده است در حالیکه در گروه تجربه بسیار کمتر و در حد ۱۰ درصد به دست آمد که این تفاوت از

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج حاصل از مطالعه اخیر نشان داد که آموزش‌های قبل از زایمان می‌تواند میزان و خطر افسردگی پس از زایمان را بطور معنی‌داری کاهش دهد. مشابه با نتایج این مطالعه، در تحقیقات انجام شده در ایالت متحده آمریکا، استرالیا و جزایر هاوایی به این نتیجه رسیدند که آموزش‌های دوران بارداری باعث کاهش میزان افسردگی پس از زایمان شده بود (۲۰-۲۲). همچنین در مطالعه‌ای در کانادا در بررسی تأثیر آموزش والدین قبل از زایمان بر اضطراب پس از زایمان بیان کردند که این کلاسها باعث کاهش اضطراب مادر پس از زایمان و سازگاری بیشتر مادر با والد شدن گردیده بود (۲۳). کلیه نتایج این مطالعات، مشابه با نتایج مطالعه حاضر می‌باشند. ولی در مطالعات صورت گرفته در انگلیس و استرالیا به این نتیجه رسیدند که شرکت زنان باردار در کلاسهای آموزشی دوران بارداری باعث کاهش میزان اضطراب و افسردگی پس از زایمان در زنان باردار نشده بود (۱۷،۲۴). شاید دلیل این تفاوت با مطالعه حاضر، حضور تعداد زیادی زوجین در هر کلاس، عدم حمایت از مادران توسط همسران و کاهش اعتماد به نفس آنها، تأکید کمتر بر بهبود عملکرد، قابلیت و مهارت والدین و نگرشهای متفاوت آنها، عدم تأکید بر آموزشهای سلامت روان والدین، عدم حمایت اجتماع از مادر، عدم تغییر آگاهی همسر و عدم آموزش مهارتهای ارتباطی باشد و یا اینکه این آموزشها ناکافی بوده است.

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که کلاسهای آموزشی دوران بارداری باعث افزایش آگاهی از تغییرات دوران بارداری، افزایش مهارتهای ارتباطی، افزایش حضور زن در اجتماع، افزایش حمایت همسر می‌شود که این عوامل خود باعث کاهش ترشح استرسورهای مختلف روانی و بیولوژیکی ایجاد شده در بارداری و در نتیجه کاهش افسردگی پس از زایمان می‌گردد. بنابراین پیشنهاد می‌شود با توجه به نتایج این مطالعات که تأکید بیشتری بر تأثیر آموزش‌های دوران بارداری بر کاهش افسردگی پس از زایمان دارد، در مراکز بهداشتی و درمانی غربالگری افسردگی دوران بارداری انجام شده و سپس با تشکیل کلاسهای آموزشی دوران بارداری این استرس‌های دوران بارداری و نهایتاً افسردگی پس از زایمان را کاهش داد تا در جهت ارتقاء سطح سلامت مادر، کودک و خانواده‌ها گام برداشت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان حضور همسران زنان شرکت‌کننده در کلیه کلاسهای آموزشی دوران بارداری بدلیل اشتغال آنها بود.

سپاسگزاری:

از پرسنل محترم مرکز بهداشت دزفول که همکاری لازم را با اینجانب داشته، کمال تشکر و قدردانی را دارم. همچنین از کلیه نمونه‌های پژوهش که وقت گرانبهای خود را در اختیار پژوهشگر نهاد، تشکر و قدردانی می‌شود.

References**منابع**

1. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord.* 2009;113:77-87.
2. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM, Sit DK, et al. Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol.* 2006;26:353-60.
3. Noble RE. Depression in women. *Metabolism.* 2005;54:49-52.
4. Amir Ali Akbari S, Asl Tooghiri M, Kariman N, Alavi Majd H. Relation between gestational anemia and postpartum depression. *Journal of Faculty of Nursing & Midwifery of Shaheed Beheshti University of Medical Sciences And Health Services.* 2007;56:19-26. [Persian]
5. Honey K, Bennett P, Morgan M. Predicting postnatal depression. *J Affect Disord.* 2003;76:201-210.

6. Stowe ZN, Hostetter AL, Newport DJ. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:522-6.
7. Beck CT. Postpartum depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs.* 2006;106:40-50.
8. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry.* 2008;8:24.
9. Cunningham FG, Ikeno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 21th ed. New York: McGraw Hill; 2005.
10. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health.* 2005;8:97-104.
11. Austin MP, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord.* 2007;101:169-74.
12. Lowdermilk DL, Perry SE. Maternity and women's health care. 9th ed. St.Louis: Mosby; 2007.
13. Nichols FH, Humenick SS. Childbirth education: practice, research and theory. 2nd ed. Philadelphia: W.B Saunders Company; 2000.
14. London M, Ladewig P, Ball J, Bindler R. Maternal and child nursing care. 2th ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall; 2007.
15. Mehdizadeh A, Roosta F, Chaichian S, Alaghebandan R. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Am J Perinatol.* 2005;22:7-9.
16. Parr M. A new approach to parent education. *British Journal of Midwifery.* 1998;6:160-165.
17. Spiby H, Henderson B, Slade P, Escott D, Fraser RB. Strategies for coping with labour: does antenatal education translate into practice? *J Adv Nurs.* 1999;29:388-94.
18. Logsdon MC, Hutti MH. Readability: an important issue impacting healthcare for women with postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2006;31:350-5.
19. Nierop A, Bratsikas A, Zimmermann R, Ehlert U. Are stress-induced cortisol changes during pregnancy associated with postpartum depressive symptoms? *Psychosom Med.* 2006;68:931-7.
20. Shapiro AF, Gottman JM. Effects on Marriage of a Psycho-Communicative-Educational Intervention with Couples Undergoing the Transition to Parenthood, Evaluation at 1-Year Post Intervention. *Journal of Family Communication.* 2005;5:1-24.
21. Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR, Morris J. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Paediatr Child Health.* 1999;35:237-44.
22. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, et al. Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *Future Child.* 1999;9:66-90.
23. Midmer D, Wilson L, Cummings S. A randomized, controlled trial of the influence of prenatal parenting education on postpartum anxiety and marital adjustment. *Fam Med.* 1995;27:200-5.
24. Schmied V, Myors K, Wills J, Cooke M. Preparing expectant couples for new-parent experiences: a comparison of two models of antenatal education. *J Perinat Educ.* 2002;11:20-7.
25. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord.* 2000;60:75-85.
26. Petch J, Halford WK. Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:1125-37.

The Impact of antenatal education on postpartum depression, Dezful, Iran

N. Bahrami, MSc¹ M. Araban, MSc² S. Bahrami, BSc³

Master of Midwifery¹, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Statistician³, Ahvaz, Iran. Instructor Department of Midwifery², Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

(Received 10 Apr, 2008 Accepted 18 Oct, 2009)

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression is the most common serious mental disorder in the postpartum period. Postpartum depression is associated with serious complications for mother, baby and her family. This study is designed to investigate the effect of antenatal education on pregnancy depression in these who referred to Dezful health canters.

Methods: This case-control study was carried out on 140 non depressive pregnant women with gestational age between 26-30 weeks. These women were randomly divided into two groups, experimental group and controls of Antenatal education classes. The research data was collected using standard questionnaire, the Beck Depression Inventor and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. The data was analyzed using t and chi-square tests.

Results: Result showed that 31.4% of women had the Edinburgh Depression Score of 10 or more. A significant increase in the mean score of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in controls compared with the experimental group ($P < 0.001$) was observed. Furthermore, attendance in the antenatal education decreased the likelihood of the Postnatal Depression {OR = 2.7, 95% CI (1.4-4.10)}.

Conclusion: Findings showed that the antenatal education decrease the Edinburgh Postnatal Depression Score significantly, hence the screening of depression in pregnancy and antenatal education is recommended.

Key words: Pregnancy – Depression – Post Partum - Education

Correspondence:

N. Bahrami, MSc.

Dezful Health Center,

Ahvaz Jundishapur

University of Medical

Sciences.

Ahvaz, Iran

Tel: +98 916 3410196

Email:

Fateneh_D_D@yahoo.com