مقــاله تحقیقی

مقایسه میزان افسردگی پس از زایمان در زایمان های طبیعی و سزارین

فرشته فتاحی [۱]، محمد مهدی جهانگیری [۲*]، بهمن صالحی [۳]

[۱] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

[۲] استادیار گروه روانشناسی، واحد محلات، دانشگاه آزاد اسلامی، محلات، ایران

[۳] استاد گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

* نشانی نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، واحد محلات، دانشگاه آزاد اسلامی، محلات، ایران

نشانی‌الکترونیک:M_jahangiri@iaumahallat.ac.ir

چکیده

زمینه: افسردگی مهمترین اختلال خلقی پس از زایمان است و در صورت عدم توجه و درمان مناسب آن صدمات جبران ناپذیری را به دنبال دارد.با توجه به اتیولوژی نوع زایمان در افسردگی پس از زایمان، هدف پژوهش حاضر،تعیین تفاوت میزان افسردگی پس از زایمان در زایمان‌های طبیعی و سزارین بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر، توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان بارداری بود که در بازه زمانی خرداد ماه تا تیرماه سال۱۳۹۵ برای زایمان به بیمارستان های شهر اراک مراجعه کرده بودند. با بهره گیری از روش نمونه گیری در دسترس، تعداد ۱۴۲ نفر(۷۰ نفر زایمان طبیعی و ۷۲ نفر زایمان سزارین) انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS توسط آزمون تی مستقل تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج تحقیق نشان داد میانگین نمرات افسردگی پس از زایمان درگروه زایمان های طبیعی،۱۲/۰۹ و در گروه سزارین۱۲/۰۲ بود. هم چنین نتایج آزمون تی نشان داد، تفاوت معناداری بین نمرات افسردگی پس از زایمان در زایمان های طبیعی و سزارین وجود نداشت (Sig =۰/۸۴۶ ،T=۱/۶۹).

نتیجه گیری: در پژوهش حاضر، بین گروه زایمان طبیعی و گروه سزارین در افسردگی پس از زایمان تفاوتی مشاهده نشد.

واژگان کلیدی: افسردگی پس از زایمان، زایمان طبیعی، زایمان سزارین

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مقدمه

از مدتها پیش ارتباط تولد کودک و بروز اختلالات روانی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است.اولین بار مارسه Marse در سال ۱۸۵۸ به طور سیستماتیک نشان داد که دوره پس از زایمان، به ویژه ۶ هفته اول بعد از آن، یک دوره آسیب پذیر برای ابتلا به اختلالات می باشد که در این بین افسردگی بیشترین شیوع و عوارض را دارد(۱). افسردگی پس از زایمان یک اختلال روانی جدی، با شیوع ۵ تا ۴۰ درصد در جوامع مختلف می‌باشد که بیشترین درصد پذیرش زنان به مراکز درمانی را به خود اختصاص داده است (۳و۲). افسردگی پس از زایمان در واقع نوعی از افسردگی عمده است که با وجود هم زمان علائم بر هم خوردن نظم جسمانی و علائم مشخصه افسردگی که حداقل یکی از آن ها خلق افسرده و یا کاهش علاقه و لذت در فعالیت‌ها باشد، مشخص می‌شود. این علائم حداقل باید به مدت ۲ هفته تداوم داشته باشد و حداکثر ظرف مدت ۴ هفته پس از زایمان آغاز گردد (۴). نوسانات خلقی این دوران می تواند در دامنه ای از شعف تا غمگینی زیاد قرار گیرد (۵). افسردگی پس از زایمان در محدوده سنین باروری شایع ترین و دومین بیماری ناتوان کننده در زنان است (۶)، که اثرات سوئی بر روابط مرتبط با همسر و کودک دارد و رشد و خصوصاً تکامل شیرخوار را به طور زیانباری تحت تاثیر قرار می دهد (۷). سالیانه حدود ۴۴ میلیون پوند در انگلیس برای درمان و مراقبت های مربوط به اختلالات خلقی و افسردگی پس از زایمان هزینه می شود (۸). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، شیوع افسردگی پس از زایمان حدود۱۰-۱۵درصد است که در زمان مراقبت زنان از نوزادان و کودکان تازه متولد شده (دوران بعد از زایمان) بیشترین تظاهر را پیدا می‌کند (۹و۱). شیوع آن با عوامل فرهنگی و اجتماعی ارتباط تنگاتنگ داشته و به همین دلیل در کشورها و نژادهای مختلف شیوع متفاوتی دارد. درکشورهای آسیایی۶۳/۵-۳/۵ (۱۰) و در ایران، ۳۹/۵-۲۲/۲ درصد گزارش شده است (۱۲و۱۱). اگرچه علت افسردگی پس از زایمان هنوز به طور کامل مشخص نیست (۱۳)، تحقیقات گسترده حاکی از آن است که عواملی مانند عدم حمایت همسر، استرس های زندگی، تعارض زناشویی، عزت نفس پایین و عدم حمایت اجتماعی، تحصیلات پایین، سابقه بیماری روانی قبل از بارداری می توانند نقش موثری در این زمینه داشته باشد (۱۶-۱۴و۶). در برخی مطالعات به نوع زایمان در اتیولوژی افسردگی پس از زایمان اشاره شده است.در برخی مطالعات افسردگی پس از زایمان در گروه زایمان سزارین بیشتر(۱۷) و در برخی از مطالعات حاکی از عدم ارتباط در این زمینه بود (۱۹و۱۸). Owolabi و Ukpong در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که زایمان از طریق سزارین یکی از عوامل اصلی بروز افسردگی پس از زایمان می‌باشد (۲۰). دولتیان و همکاران و فرزاد و همکاران نیز در بررسی‌های خود نشان دادند که سزارین، زنان را برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان مستعدتر می کند (۲۲و۲۱). در مقابل، یافته‌های پژوهش Chaaya و همکاران و سلمالیان و همکاران نشان داد که افسردگی در زنان تحت سزارین نسبت به زنان با زایمان طبیعی، کمتر است (۲۴و۲۳). از آن جا که بارداری، زایمان و مادر شدن از مهم ترین وقایع زندگی زنان می باشد (۲۵) و افسردگی پس از زایمان منجر به ارتباط ضعیف بین مادر و کودک شده و تکامل کودک را به طور زیانباری تحت تاثیر قرار می دهد، این عوارض ممکن است تا اوایل و یا حتی تا اواخر دوران طفولیت باقی بماند (۲۶). از طرفی احتمال صدمه به نوزاد وحتی کشتن او توسط مادر نیز وجود دارد (۲۷)، لذا می بایست اقدامات حمایتی لازم برای بیشگیری افسردگی در دوران بیش از بارداری صورت گیرد و سریعا نسبت به تشخیص و درمان آنان اقدام لازم صورت گیرد. با توجه به تناقضات مطالعات در اتیولوژی افسردگی پس از زایمان، هدف از مطالعه حاضر، پاسخگویی به این سوال است که آیا بین میزان افسردگی پس از زایمان در زایمانهای طبیعی و سزارین تفاوتی وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی است.جامعه پژوهش در این مطالعه، شامل ۷۰۰ زن بارداری بود که برای زایمان به بیمارستان های شهر اراک درسال ۱۳۹۵مراجعه کرده بودند. نمونه گیری در این پژوهش، به صورت نمونه گیری در دسترس دربازه زمان خرداد ماه تا تیرماه انجام شد. بر اساس فرمول پیشنهادی تاباچنیک و فیدل (Tabachnick & Fidell) حداقل حجم نمونه لازم در مطالعات همبستگی از فرمول $N \geq 50 + 8M$ محاسبه گردید. برای اطمینان از حجم نمونه ۱۴۲ نفر انتخاب شدند که با اخذ رضایت نامه آگاهانه وارد پژوهش شدند. معیارهای ورود شامل سکونت در شهرستان اراک، داشتن سواد خواندن و نوشتن، سلامت جنین در سونوگرافی، عدم ابتلا به بیماری های روانی با توجه به پرونده پزشکی افراد و معیارهای خروج شامل سابقه سقط جنین ، سابقه مرگ نوزاد، تجربه بحران های خانوادگی یا مرگ عزیزان در حین مطالعه و عدم تمایل افراد در شرکت در پژوهش بودند. سپس همه افراد تحت مطالعه ، مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ[1] را تکمیل نمودند. این پرسشنامه ابزار اندازه گیری اختصاصی برای غربالگری افسردگی بعد از زایمان می‌باشد. پرسشنامه ادینبرگ احساس مادران را در یک هفته اخیر مورد

۱. Edinburgh Postnatal Depression Scale

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

ارزیابی قرار می‌دهد و افرادی که از این آزمون استفاده می‌کنند نیازی به داشتن تخصص مربوط به روان شناسی و روان پزشکی ندارند. پرسشنامه ادینبرگ شامل ۱۰ سوال بوده و هر سوال دارای ۴ قسمت می‌باشد. به هر سوال بسته به نوع پاسخ نمره ۳-۰ تعلق می‌گیرد. بالاترین نمره ۳۰ و کمترین آن صفر می‌باشد.اعتبار محتوای این پرسشنامه به زبان فارسی در ایران و در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۲۲و۱۲). میزان پایایی آزمون ادینبرگ با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه ابری اقدم ۰/۸۳ و در مطالعه روحی ۰/۷۵ به دست آمده بود (۲۸).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و از روش آمار استنباطی T مستقل برای سنجش معناداری فرضیه استفاده شده است.داده ها از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و جهت یکسانی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد. در جدول زیر میانگین و انحراف استاندارد افسردگی پس از زایمان در جدول زیر ارایه شده است.

جدول۱.میانگین و انحراف معیار افسردگی پس از زایمان در گروه زایمان های طبیعی و سزارین

متغیر	نوع زایمان	میانگین	انحراف معیار
افسردگی پس از زایمان	طبیعی	۱۲/۰۹	۳/۷
	سزارین	۱۲/۰۲	۳/۴

همان طور که در جدول شماره یک مشاهده می‌شود، میزان افسردگی پس از زایمان در گروه زایمان طبیعی ۱۲/۰۹ و در گروه سزارین ۱۲/۰۲ می باشد.

برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.با توجه به نتایج آزمون می توان گفت که توزیع نمرات افسردگی پس از زایمان نرمال می باشد. (Sig :۰/۶۶۳ ،Z=۰/۷۲۸ ،P < %۵)

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج نشان داد همگنی واریانس ها رعایت شده است(P>۰/۰۵).

جدول ۲. نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها

متغیر	F	Sig
افسردگی پس از زایمان	۲/۶۲	۰/۱۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین نمرات افسردگی پس از زایمان در زایمان های طبیعی و سزارین وجود ندارد (T=۱/۶۹، Sig =۰/۸۴۶).

جدول۳.محاسبه T مستقل بین نمرات افسردگی پس از زایمان در زایمان های طبیعی و سزارین

متغیر	T	Df	Sig
افسردگی پس از زایمان	۱/۶۹	۱۴۰	۰/۸۴۶

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه افسردگی پس از زایمان در زایمان های طبیعی و سزارین بود. بر اساس نتایج حاصله بین افسردگی پس از زایمان در زایمان های طبیعی و سزارین تفاوتی وجود نداشت که با تحقیقات Sword و همکاران (۱۸) و کارتر و همکاران (۱۹) که حاکی از عدم تفاوت بین افسردگی پس از زایمان در گروه سزارین و طبیعی بود همراستا بود و با پژوهش Owolabi و Ukpong (۲۰)، فرزاد و همکاران (۲۱) و دولتیان و همکاران (۲۲) که در تحقیقات نشان دادند افسردگی پس از زایمان درگروه سزارین بیشتر است، ناهمسو بود. در مطالعه دولتیان و همکاران (۲۲) شانس افسردگی در زایمان سزارین دو برابر گزارش شد. از طرف دیگر مطالعه حاضر با مطالعات چایا و همکاران (۲۳) و سلمالیان و همکاران (۲۴) که نشان دادند که میزان افسردگی پس از زایمان در گروه سزارین کمتر است، ناهمسو بود. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت شاید علت متفاوت بودن نتایج تحقیق با مطالعات قبلی را بتوان به زمان ارزیابی نسبت داد. نمونه گیری مطالعه حاضر در اواخر خرداد و اوایل تابستان انجام شد و از آنجا که در مطالعه یانگ به فصل زایمان به عنوان عامل تاثیرگذار اشاره شده و زایمان در فصل زمستان نسبت به فصول دیگرشانس بالاتری برای افسردگی پس از زایمان داشته است ممکن است از تبیین های احتمالی یافته پژوهش باشد (۲۹). از طرفی تفاوت دیگر می‌تواند مربوط به انتخاب زنانی در پژوهش با عواملی، مانند رتبه تولد، سابقه زایمان قبلی، سابقه افسردگی، سابقه سقط و.. باشد که به عنوان عوامل تاثیر گذار افسردگی پس از زایمان حذف شدند، اشاره نمود. از دیگر عوامل احتمالی شاید بتوان به نقش هورمون ها اشاره کرد. با توجه به تحقیقات Bao و Swaab هورمون هایی مانند هورمون آزاد کننده کورتیکوتروپین و آرژینین- وازوپرسین در ابتلا افسردگی پس از زایمان قطعاً موثر هستند(۳۰). با توجه به نقش مهم این هورمون ها در اتیولوژی افسردگی پس از زایمان نسبت به سایر علل افسردگی ها، می توان گفت که این هورمون ها در ایجاد تغییرات افسردگی پس از زایمان نقش داشته و از عوامل احتمالی در متفاوت بودن نتایج پژوهش حاضر با مطالعات قبلی می باشد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

نتیجه گیری

اگرچه بر اساس مطالعه حاضر تفاوتی بین افسردگی پس از زایمان در گروه سزارین و طبیعی وجود نداشت اما با توجه به عوارض و تحمیل هزینه های مستقیم و غیر مستقیم بر سیستم بهداشتی کشور، انجام بررسی‌های بیشتر در زمینه‌های دیگر عوارض جسمانی- روانی جراحی سزارین، ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از پرسنل بیمارستان های طالقانی و امام خمینی(ره) اراک و هم چنین مادران بارداری که تا انتها در این پژوهش همکاری داشتند، تقدیر و تشکرمی شود.این مطالعه در قالب پایان نامه مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1395.120 انجام گرفت.

مراجع

1. Epperson CN. Postpartum major depression: detection and treatment. Am Fam Physician. 1999;59(8):2247-54, 2259-60.

2. Harrington AR, Greene-Harrington CC. Healthy Start screens for depression among urban pregnant, postpartum and interconceptional women. J Natl Med Assoc. 2007;99(3):226-31.

3. 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(1-2):77-87.

4. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello ED. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. BMC Psychiatry. 2008;8:1.

5. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(1):3-12.

6. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. J Clin Psychol. 2009;65(12):1258-69.

7. Póo F AM, Espejo S C, Godoy P C, Gualda de la C M, Hernández O T, Pérez H C. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. Rev Med Chil 2008;136(1):44-52.

8. Petrou S, Cooper P, Murray L, Davidson LL. Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort. Br J Psychiatry. 2002;181:505-12.

9. Astbury J. Gender disparities in mental health. In: Mental health. Ministerial Round Tables 2001, 54th World Health Assemble, 2001, Who, Geneva, Switzerland.

10. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. Int J Nurs Stud. 2009;46(10):1355-73.

11. Ghojazadeh M, Mohamadrezaei Z. Study of relationship between some predisposing factors and postpartum depression. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2008;8(1):54-61.

12. Khorramirad A, Lotfi MM, Bidgoli AS. prevalence of postpartum depression and related factors in Qom. Pejouhandeh. 2010;15(2).

13. Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. BMJ. 2005;331(7507):15.

14. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord. 2015;175:34-52.

15. Imsiragić AS, Begić D, Martić-Biocina S. Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery--observational, comparative study. Coll Antropol. 2009;33(2):521-7.

16. Forty L, Jones L, Macgregor S, Caesar S, Cooper C, Hough A, Dean L, et al. Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. Am J Psychiatry. 2006;163(9):1549-53.

17. Hosseini SH, Naghibi AA, Khademlou M. Post partum depression and its relationship with some related factors. Babol Uni Med Sc. 2008;10(2):76-81.

18. Sword W, Landy CK, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, Foster G. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. BJOG. 2011;118(8):966-77.

19. Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. Psychosom Med. 2006;68(2):321-30.

20. Ukpong DI, Owolabi AT. Postpartum emotional distress: a controlled study of Nigerian women after caesarean childbirth. J Obstet Gynaecol. 2006;26(2):127-9.

21. Farzad M, SB GM. Association between type of delivery and maternal blue. Research in Medicine. 2005;29(4):331-5.

22. Dolatian M, Maziar P, Majd HA, Yazdjerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. Journal of Reproduction & Infertility. 2006;7(3).

23. Chaaya M1, Campbell OM, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. Arch Womens Ment Health. 2002;5(2):65-72.

24. Salmalian H, NASIRI AF, Kheyrkhah F. prevalence of pre and postpartum depression symptoms and some related factors (Babol; 2006-2007).

25. Wardrop AA, Popadiuk NE. Women's experiences with postpartum anxiety: Expectations, relationships, and sociocultural influences. The Qualitative Report. 2013;18(3):1-24.

26. Honey KL, Bennett P, Morgan M. Predicting postnatal depression. J Affect Disord. 2003;76(1-3):201-10.

27. Patel V, DeSouza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. Arch Dis Child. 2003;88(1):34-7.

28. Rouhi M, Mohammed-alizadeh C S, Usefi H, Rouhi N. Postpartum morbidity and help-seeking behaviours in Iran. British Journal of Midwifery. 2011;19(3):178-84.

29. Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. J Affect Disord. 2011;132(1-2):158-64.

30. Bao AM, Swaab DF. Corticotropin-releasing hormone and arginine vasopressin in depression focus on the human postmortem hypothalamus. Vitam Horm. 2010;82:339-65.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]