

بررسی رابطه نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان

ماهرخ دولتیان (M.Sc.)^۱، یونه مازیار (M.Sc.)^۲، حمید علوی مجد (Ph.D.)^۳، محسن یزدجردی (Ph.D.)^۴

۱- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

۳- گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: دوره بعد از زایمان بیشترین زمان خطر برای بروز اختلالات خلقی شامل اندوه، افسردگی و سایکوز می‌باشد. افسردگی مهمترین اختلال خلقی پس از زایمان است که می‌تواند با اختلال در روابط مادر، کودک و خانواده همراه باشد و در صورت عدم توجه و درمان مناسب آن صدمات جبران‌ناپذیری را به دنبال داشته باشد. نظر به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان و نیز عوارض ناشی از آن و همچنین وجود طیف وسیعی از علل در اتیولوژی افسردگی زایمان، منجمله نوع زایمان و وجود تناقضاتی در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۴ انجام شد.

روش بررسی: تحقیق به روش تحلیلی آینده‌نگر انجام شد. در مدت ۸ ماه مجموعاً تعداد ۲۸۵ نفر خانم باردار در سه ماهه سوم بارداری از نظر افسردگی بررسی و تعداد ۵۰ نفر به علت داشتن افسردگی (امتیاز بیشتر از ۱۲ براساس تست ادینبرگ) از مطالعه حذف و در نهایت خانم‌های فاقد افسردگی وارد مطالعه شده و در مواردیکه نمونه‌های پژوهش سابقه جانشدن از والدین قبل از ۱۵ سالگی، سابقه سقط، سابقه ناباروری، مشکلات در زمان بارداری، زایمان طول کشیده، مشکلات پس از زایمان، سابقه بیماری‌های مزمن، بیماری‌های عصبی در خانواده، سابقه بستری مادر و نوزاد پس از زایمان و مرگ نوزاد داشتند؛ از تحقیق حذف شدند. در هفته‌های ۲ تا ۶ پس از زایمان پرسشنامه‌های رضایت از ازدواج، حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان توسط نمونه‌های پژوهش تکمیل گردید. نمونه‌های مطالعه براساس نوع زایمان به دو گروه زایمان طبیعی (۷۳ نفر) و سزارین (۷۵ نفر) تقسیم شدند و پس از همسان‌سازی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS، ویرایش ۱۳ استفاده شد و سطح معنی‌داری در آزمونها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: میانگین سن نمونه‌های مطالعه $22/71 \pm 3/15$ سال بود. اکثر شرکت کنندگان دارای تحصیلات دبیرستانی یا دیپلم و خانه‌دار بودند. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان $20/3\%$ بود که $13/6\%$ افراد در گروه زایمان طبیعی و $27/6\%$ افراد در گروه سزارین دارای نمره بیشتر از ۱۲ در پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و در معرض خطر افسردگی پس از زایمان بودند. بین نحوه زایمان و افسردگی پس از زایمان رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$) و برآورد خطر نسبی افسردگی $OR=2$ بود.

نتیجه‌گیری: نظر به اینکه در تحقیق حاضر افسردگی پس از زایمان به دنبال سزارین دو برابر زایمان طبیعی بوده است توصیه می‌شود که توجه به نوع زایمان و مشاوره مناسب برای انتخاب روش صحیح، با توجه به وضعیت مادر و نوزاد و اجتناب از انجام سزارین‌های انتخابی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش افسردگی پس از زایمان و جلوگیری از صرف هزینه‌های فراوان در این زمینه داشته باشد.

کلید واژگان: افسردگی پس از زایمان، زایمان، زایمان طبیعی، رضایت از ازدواج، حمایت اجتماعی، سندرم قبل از قاعدگی.

مسئول مکاتبه: ماهرخ دولتیان، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، جنب بیمارستان کودکان مفید، خیابان شریعتی، تهران، ایران.

پست الکترونیک: mhdolatian@yahoo.com

زمینه و هدف

دوره بعد از زایمان زمانی است که بیشترین خطر برای بروز اختلالات خلقی شامل اندوه، افسردگی و سایکوز وجود دارد. افسردگی پس از زایمان سندرمی بالینی است که شدیدتر از اندوه بعد از زایمان است و تأثیر بیشتری بر خانواده دارد. این سندرم ترکیبی از ناخوشی‌های جسمی، روحی و تغییرات رفتاری است که بعضی از زنان پس از تولد فرزند آن را تجربه می‌کنند (۱). تقریباً از هر ۴ میلیون تولدی که سالیانه رخ می‌دهد، ۴۰٪ موارد اشکال مختلفی از اختلالات خلقی بعد از زایمان را تجربه می‌کنند (۲). سالیانه حدود ۴۴ میلیون پوند در انگلیس برای درمان و مراقبت‌های مربوط به مبتلایان به اختلالات خلقی و افسردگی پس از زایمان هزینه می‌شود (۳). میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعات انجام شده در جهان ۲۰-۱۰٪ گزارش شده است (۴-۸). در تحقیقات انجام شده در ایران نیز افسردگی پس از زایمان شیوع بالایی دارد؛ از جمله در تحقیق صالحی کسائی در سال ۱۳۷۲ شیوع آن در ایران ۳۹٪ (۹) و در تحقیق بهبودی در سال ۱۳۸۰، ۲۷٪ (۱۰) گزارش شده است. افسردگی پس از زایمان می‌تواند با کاهش فعالیتها در مادر و اختلال در روابط مادر، کودک و خانواده همراه باشد و ادامه اختلال و عدم تشخیص و درمان به موقع آن منجر به تطابق غیرمؤثر مادر با کودک، همسر و خانواده و در نتیجه عدم توانایی انجام وظایف مادری و همسری می‌گردد که در صورت تشدید منجر به تراژدی خودکشی مادر یا فرزندکشی می‌گردد (۱۱). در صورت عدم درمان حدود ۲۵٪ این افراد به افسردگی دائمی مبتلا شده و یا به سمت سایکوز پیش می‌روند (۱۲). طیف وسیعی از علل در اتیولوژی افسردگی بعد از زایمان مطرح می‌باشند (۱). سابقه بیماری روانی یا بیماری روانی در دوران بارداری، روابط زناشویی نامناسب، حمایت اجتماعی ضعیف، تنش‌های زندگی، سابقه حاملگی‌های

سخت قبلی و وضعیت اقتصادی پایین از این جمله‌اند (۱۳، ۱۴) و همچنین نوع زایمان به عنوان یکی از عوامل احتمالی مطرح شده است.

امروزه میزان جراحی‌های مامایی و به ویژه سزارین در حال افزایش است. در ایران نیز براساس آخرین آمار دفتر سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی میزان سزارین در کشور ۳۵٪ و در شهر تهران ۵۰٪ (۱۵) و حتی در بعضی از مراکز میزان انجام سزارین به بیشتر از ۷۰٪ می‌رسد (۱۶). میزان مرگ و میر مادران پس از سزارین ۲ تا ۴ برابر و عوارض جسمی پس از آن نیز نسبت به زایمان طبیعی شایع‌تر و شدیدتر است (۱۷). در مورد عوارض روحی سزارین و دیگر جراحی‌های مامایی تا امروز تحقیقات محدودی انجام شده است. Clement پس از بررسی پژوهش‌های سایر محققین عنوان کرد در هجده مطالعه، زنانی که از طریق سزارین نوزادان خود را به دنیا آورده‌اند، کمتر از تجربه تولد راضی بودند و در یازده مطالعه دیگر زنان پس از سزارین بیشتر از زنان پس از زایمان طبیعی افسرده بودند؛ اگرچه در ۹ مطالعه دیگر تفاوتی بین این دو گروه از نظر بروز افسردگی مشاهده نشد (۱۸). Carter و همکاران نیز نتایج بیست و چهار مطالعه را با عنوان زایمان سزارین و افسردگی پس از زایمان بررسی نمودند و در پنج مورد بین این دو عامل ارتباط به دست آمد؛ در حالیکه پانزده مطالعه ارتباطی را نشان ندادند (۱۹). در مطالعات دیگر ذکر شده است که سزارین می‌تواند سبب اثرات روحی منفی در بعضی از زنان شود؛ به‌طوریکه احساس محرومیت، گناه یا شکست به خاطر نداشتن زایمان طبیعی، شرایط را برای افزایش مشکلات انطباقی مادر، مساعدتر می‌کند (۹).

با توجه به اینکه رابطه نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان در هاله‌ای از ابهام قرار دارد و نتایج حاصل از تحقیقات مختلف، تفاوت‌هایی در این زمینه با هم دارند، این تحقیق با هدف تعیین رابطه نوع زایمان با افسردگی

بعد از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۴ انجام گرفت.

روش بررسی

این تحقیق با طراحی تحلیلی از نوع آینده‌نگر بر روی ۱۴۸ خانم باردار انجام شد. نمونه‌ها از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی-درمانی منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سه ماهه سوم بارداری و همان خانمها در ۲ تا ۶ هفته پس از زایمان انتخاب شدند. نمونه‌های مطالعه زنان ۱۸ تا ۳۵ ساله شکم اول، ایرانی، ساکن شهر تهران، باسواد با بارداری خواسته بودند. شرکت‌کنندگان در مطالعه دارای بیماری‌های روانی، مصرف داروهای روان‌درمانی، بیماری‌های مزمن تشخیص داده شده، سابقه ناباروری، سابقه سقط، سابقه جدایی از والدین قبل از سن ۱۵ سالگی و سابقه زایمان زودرس نبودند و سابقه بستری شدن و بستری در زمان بارداری و زایمان طول کشیده و یا زایمان با استفاده از دستگاه را نداشتند و نوزاد آنها زنده و سالم با وزن بیشتر از 2500 gr بدنیا آمده و خود و نوزادشان پس از زایمان در بیمارستان بستری نشده و نوزاد را با شیر خود تغذیه نموده بودند.

در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از SPSS ویرایش ۱۳ و آزمون‌های ^۱ت، ویلکاکسون، من‌ویتنی و ^۲t استفاده شد و سطح معنی‌داری در آزمونها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. ابزار پژوهش در این تحقیق پرسشنامه‌های ادینبرگ^۱، مشخصات دموگرافیک، عوامل مادری-نوزادی قبل از زایمان، عوامل مادری-نوزادی پس از زایمان، رضایت از ازدواج اینرچ^۲ و حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن^۳ بود.

پرسشنامه ادینبرگ دارای ۱۰ سؤال ۴ جوابی است که به هر سؤال این پرسشنامه براساس پاسخ، صفر تا ۳ امتیاز تعلق می‌گیرد؛ بنابراین حداقل نمره آن صفر و حداکثر نمره آن ۳۰ خواهد بود. در این تحقیق نمره بیشتر از ۱۲ به عنوان افسردگی در نظر گرفته شده است. این ابزار پرسشنامه معتبری برای سنجش افسردگی پس از زایمان است (۲۳-۲۰، ۱۸).

در مطالعه Uwakwe حساسیت پرسشنامه ادینبرگ ۷۵٪ و اختصاصی بودن آن ۹۷٪ ذکر شده است (۲۴). در ایران و از جمله در پژوهش حاضر با روش اعتبار محتوی این پرسشنامه توسط محققین تعیین اعتبار شده است (۹، ۱۰).

پرسشنامه رضایت ازدواج اینرچ یک پرسشنامه ۱۸ سؤالی است که به پاسخ هر کدام از سؤالات از ۱ تا ۵ نمره تعلق می‌گیرد و در مجموع نمره این پرسشنامه حداقل ۱۸ و حداکثر ۹۰ خواهد بود. امتیاز کمتر از ۵۸ رضایت کم از ازدواج، ۵۸-۷۷ رضایت نسبی و نمره بیشتر از ۷۷ رضایت زیاد از ازدواج را منعکس می‌نماید. پرسشنامه حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن دارای ۲ بخش است. قسمت اول حاوی ۱۰ سؤال است که به هر سؤال براساس پاسخ نمره ۰-۴ تعلق می‌گیرد و در کل دارای ۴۰-۰ امتیاز می‌باشد. نمره صفر تا ۱۳ حمایت اجتماعی کم، ۱۴-۲۷ حمایت اجتماعی متوسط و ۲۸-۴۰ حمایت اجتماعی زیاد در نظر گرفته می‌شود. قسمت دوم آن دارای ۶ سؤال است که به هرکدام براساس پاسخ منفی یا مثبت نمره صفر یا ۱ تعلق می‌گیرد و در مجموع دارای صفر تا ۶ امتیاز می‌باشد. در صورت کسب امتیاز ۳ یا بالاتر فرد از حمایت خوبی پس از زایمان برخوردار است و در صورت کسب امتیاز کمتر از ۳ فرد از حمایت خوبی برخوردار نیست. محققین مختلف از جمله در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه رضایت ازدواج اینرچ و پرسشنامه حمایت اجتماعی

1- Edinburgh Postnatal Depression

2- Enrich

3- Winefield & Tiggeman

وین فیلد و تایگمن را پس از تطبیق با فرهنگ جامعه، با روش اعتبار محتوی تعیین اعتبار نمودند (۹،۱۰).

پرسشنامه دموگرافیک شامل سئوالاتی در زمینه سن، سن همسر، سن زمان ازدواج، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، شغل همسر، وضعیت مسکن، میزان درآمد و تعداد افراد خانواده بود.

پرسشنامه عوامل مادری قبل از زایمان شامل سئوالاتی درباره سابقه سندرم پیش از قاعدگی، تعداد بارداری، سابقه سقط، ناباروری، مشکلات زمان بارداری و تعداد مراقبت‌های زمان بارداری می‌باشد.

پرسشنامه عوامل مادری و نوزادی پس از زایمان شامل سئوالاتی در زمینه نوع زایمان، محل زایمان، نوع بی‌حسی و بیهوشی، مدت بستری پس از زایمان، سابقه مشکلات پس از زایمان، جنس نوزاد، وضعیت نوزاد از نظر شیر خوردن، خوابیدن، بیقراری، مطلوب بودن جنس نوزاد و سابقه حادثه ناگوار می‌باشد.

پایایی پرسشنامه‌های ادینبرگ و رضایت از ازدواج و حمایت اجتماعی از روش سنجش ثبات درونی (آلفا کرونباخ) سنجیده شد که ۰/۹۰ و پایایی سایر پرسشنامه‌ها از طریق آزمون مجدد ۰/۹۵ به دست آمد. در مدت ۸ ماه، مجموعاً تعداد ۲۸۵ نفر خانم باردار در سه ماهه سوم بارداری از نظر افسردگی بررسی و تعداد ۵۰ نفر به علت داشتن افسردگی (اخذ امتیاز بیشتر از ۱۲ براساس تست ادینبرگ) از مطالعه حذف شدند و در نهایت خانم‌های فاقد افسردگی بررسی گردیدند. پس از زایمان براساس معیارهای ورود و خروج تعداد ۷۳ نفر در گروه زایمان طبیعی و ۷۵ نفر در گروه سزارین مورد پیگیری و بررسی قرار گرفتند.

در واقع روش گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که زنان بارداری که در سه ماهه سوم بارداری جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی منتخب مراجعه می‌کردند در صورت دارا بودن معیارهای ورود و نداشتن معیارهای خروج پس از اخذ موافقت و

امضای رضایت نامه در طرح شرکت داده می‌شدند. پس از اخذ تاریخچه دقیق مامایی و طبی و تعیین سن دقیق بارداری، از طریق محاسبه اولین روز آخرین قاعدگی، پرسشنامه ادینبرگ جهت تعیین وجود افسردگی و پرسشنامه عوامل مادری تکمیل و سپس شماره تلفن مادر و یکی از نزدیکان وی ثبت می‌گردید و خانم باردار تا پایان بارداری پیگیری می‌شد. طی ۶-۴ هفته پس از زایمان، پرسشنامه‌های رضایت از ازدواج و حمایت اجتماعی و عوامل مادری و نوزادی تکمیل و بار دیگر پرسشنامه ادینبرگ جهت تعیین وجود افسردگی پس از زایمان در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین برحسب حجم نمونه مورد نظر تکمیل می‌گردید.

پس از اینکه دو گروه از نظرسن، سن همسر، سن ازدواج، میزان تحصیلات، شغل مادر و شغل همسر، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، میزان حمایت اجتماعی، رضایت از ازدواج، حادثه ناگوار، داشتن سندرم قبل از قاعدگی با یکدیگر همسان شدند، نمره‌های کسب شده قبل و بعد از زایمان ابتدا در هر گروه به طور جداگانه و سپس بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین جهت تعیین وجود رابطه مورد مقایسه قرار گرفت.

نتایج

در بررسی حاضر ۷۳ نفر در گروه زایمان طبیعی و ۷۵ نفر در گروه سزارین قرار داشتند. میانگین سن زنان در گروه زایمان طبیعی $22/22 \pm 3/42$ سال و در گروه زایمان با روش سزارین $23/19 \pm 2/82$ سال و میانگین سن همسر زنان در گروه زایمان طبیعی $27/1 \pm 3/57$ سال و در گروه زایمان به روش سزارین $27/07 \pm 3/55$ سال و میانگین سن ازدواج زنان در گروه زایمان طبیعی $20/50 \pm 3/52$ سال، در گروه زایمان به روش سزارین $20/52 \pm 2/95$ سال بود که به لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

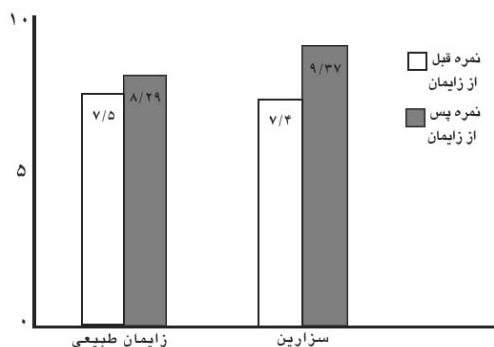
میزان تحصیلات زنان گروه زایمان طبیعی در ۵۶/۲٪ در

رابطه نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان

جدول ۱- توزیع زنان بر حسب وضعیت افسردگی پس از زایمان به تفکیک نوع زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۴

نوع زایمان	افسردگی		ندارد		دارد		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
طبیعی	۶۳	۸۶/۳	۱۰	۱۳/۷	۷۳	۱۰۰	
سزارین	۵۵	۷۳/۳	۲۰	۲۶/۷	۷۵	۱۰۰	

دولتیان و ...



نمودار ۱- توزیع زنان بر حسب شدت افسردگی پس از زایمان

به تفکیک نوع زایمان

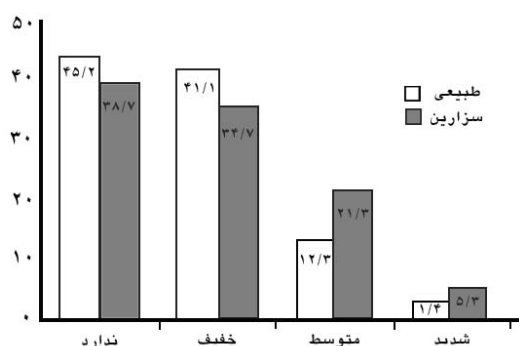
شدت افسردگی بر حسب گروه‌های مورد مطالعه در نمودار ۱ ارائه شده است. آزمون من ویتنی نشان داد شدت افسردگی در گروه سزارین به طور معنی‌داری بیشتر از گروه زایمان طبیعی بود ($p < 0.001$).

نقش سزارین در بروز افسردگی در جدول ۱ نشان می‌دهد که در زنان با زایمان طبیعی میزان افسردگی ۱۳/۷٪ و در زنان با سزارین این میزان ۲۶/۷٪ بوده است. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0.001$).

یافته‌ها نشان می‌دهد که برآورد خطر نسبی بروز افسردگی در زنان با زایمان سزارین ($OR = 2$) با فاصله اطمینان ۹۵٪، ۱/۲-۳/۹ است.

یعنی اگر زنان باردار تحت جراحی برای سزارین قرار گیرند خطر بروز افسردگی حدود ۲ برابر بیشتر از زایمان طبیعی خواهد بود.

از طرفی خطر منتسب در گروه زایمان سزارین نسبت به گروه زایمان طبیعی ($AR = 13\%$) است به این معنی که



نمودار ۲- توزیع میانگین نمره افسردگی قبل و پس از زایمان

طبیعی و سزارین

سطح دبیرستان و شغل آنان در ۹۵/۹٪ موارد خانه‌دار و شغل همسر آنان در ۵۲/۱٪ موارد آزاد و نوع مسکن آنان در ۷۱/۲٪ موارد اجاره‌ای و در ۶۴/۴٪ دارای متراژ سرانه بین ۱۶-۳۰ m^2 بودند. میزان تحصیلات زنان گروه زایمان سزارین در ۵۶٪ در سطح دبیرستان و شغل آنان در ۹۴/۷٪ موارد خانه‌دار و شغل همسر آنان در ۵۴/۷٪ موارد آزاد و نوع مسکن آنان در ۶۸٪ موارد اجاره‌ای و در ۵۴/۷٪ دارای متراژ سرانه بین ۱۶-۳۰ متر مربع بودند. آزمون‌های آماری نشان داد دو گروه به لحاظ موارد فوق تفاوت معنی‌داری ندارند.

۷۲/۶٪ نمونه‌ها در گروه زایمان طبیعی دارای سندرم پیش از قاعدگی نبودند و در ۹۷/۲٪ موارد وجود حادثه ناگواری را ذکر نمی‌کردند. ۶۵/۸٪ نمونه‌ها در این گروه از مراقبت مطلوب در بارداری برخوردار بودند. حمایت اجتماعی در ۴۱٪ در حد متوسط و ۹۸/۶٪ دارای حمایت اجتماعی خوبی پس از زایمان بودند. ۸۹٪ نمونه‌ها در این گروه جنس نوزاد خود را مطلوب گزارش نمودند.

۶۲/۷٪ نمونه‌ها در گروه زایمان سزارین سندرم پیش از قاعدگی نداشتند و در ۹۳/۳٪ موارد وجود حادثه ناگوار را ذکر نمی‌کردند. ۶۶/۷٪ نمونه‌ها در این گروه از تعداد مراقبت مطلوب در بارداری برخوردار بودند. حمایت اجتماعی در ۶۱/۳٪ در حد متوسط و ۹۸/۷٪ دارای حمایت اجتماعی خوبی پس از زایمان بودند. ۹۰٪ نمونه‌ها در این گروه جنس نوزاد خود را مطلوب گزارش نمودند. آزمون‌های آماری نشان داد دو گروه به لحاظ موارد فوق با هم تفاوت معنی‌داری ندارند.

اگر خانمها طبیعی زایمان نمایند ۱۳٪ افسردگی آنها کمتر می شود.

آنگونه که نمودار ۲ نشان می دهد میانگین نمرات افسردگی در هر دو گروه زایمان طبیعی و سزارین پس از زایمان در گروه سزارین بیشتر از گروه زایمان طبیعی است و آزمون ویلکاکسون نشان داد که تفاوت میانگین نمرات قبل و پس از سزارین معنی دار است ($p < 0.01$).

از ۷۵ مورد سزارین، ۷۵٪ به طور انتخابی و ۲۵٪ به صورت اورژانس انجام شده بود. در این تحقیق بین نوع سزارین و افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری مشاهده نگردید. اگرچه میزان افسردگی پس از سزارین اورژانس بیش از سزارین انتخابی بود. با انجام رگرسیون لجستیک چندگانه بین حمایت اجتماعی قبل از زایمان و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی دار آماری مشاهده نگردید. اما رضایتمندی از ازدواج با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی دار آماری داشت ($OR = 0.272$ و $CI_{95} = 0.11 - 0.672$). وجود سندرم قبل از قاعدگی با افسردگی پس از زایمان نیز ارتباط معنی دار آماری $OR = 0.271$ و $CI_{95} = 0.089 - 0.826$ نشان داد.

بحث

افسردگی پس از زایمان یکی از مهمترین مشکلاتی است که زندگی مادر، نوزاد و خانواده را تهدید می کند (۲۵). شیوع افسردگی پس از زایمان در تحقیقات بین ۱۰-۲۰٪ گزارش شده است (۸-۴). در پژوهش حاضر میزان شیوع افسردگی ۲۰/۳٪ بود. به نظر می رسد یکی از دلایل اختلاف میزان شیوع گزارش شده در مقالات مختلف این است که پژوهشگران در زمانهای متفاوتی شیوع افسردگی پس از زایمان را بررسی کرده اند. به عنوان مثال برخی در طی ۲ هفته اول پس از زایمان افسردگی را بررسی نموده اند که در این زمان احتمال

اندوه پس از زایمان نیز وجود دارد. برخی نیز مدتها پس از زایمان به بررسی افسردگی پس از زایمان پرداخته اند که این گذشت زمان باعث از بین رفتن افسردگی پس از زایمان می گردد. در این تحقیق اکثر مادران (۸۰٪) در فاصله ۶-۴ هفته پس از زایمان پرسشنامه را تکمیل کردند، که احتمال وجود اندوه پس از زایمان که به علت علائمی بسیار مشابه با افسردگی پس از زایمان ممکن است در بسیاری از موارد به عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته شود را از بین می برد. از طرفی برخی از محققین، زنان شکم اول و چندزا را باهم مورد بررسی قرار داده اند. اما در تحقیق حاضر تنها زنان شکم اول مورد بررسی قرار گرفته اند. در بسیاری از تحقیقات دیگر به ویژه تحقیق بهبودی (۱۰) و تحقیق صالحی کسائی (۹) محدودیت رتبه بارداری وجود نداشته است؛ در حالیکه در مطالعه حاضر عواملی که ممکن است در افسردگی پس از زایمان در خانمهای چندزا مطرح باشند مانند سابقه زایمان قبلی و یا تعداد و سن فرزندان دیگر خانواده وجود نداشته است. با توجه به اینکه شناخت عوامل مؤثر احتمالی، نقش مهمی در پیشگیری از این معضل ایفا می نماید، نوع زایمان به ویژه سزارین به عنوان یکی از عوامل احتمالی مؤثر در افسردگی پس از زایمان مطرح شده است (۱۷).

در این تحقیق دو گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر شیوع افسردگی پس از زایمان با یکدیگر مقایسه شدند و برای تعیین رابطه نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان، موارد افسردگی در دوران بارداری حذف گردیدند و مادران در دو گروه از نظر عوامل احتمالی مؤثر در افسردگی پس از زایمان با یکدیگر همسان شدند.

نتایج پژوهش نشان داد که بین نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان رابطه معنی داری وجود دارد. به طوری که خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان پس از سزارین

تقریباً ۲ برابر زایمان طبیعی می‌گردد. در تحقیق بهبودی در سال ۱۳۸۰ رابطه معنی‌داری بین نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان مشاهده نگردید (۱۰). از طرفی Fisher و همکاران در سال ۱۹۹۷ نیز ۲۷۲ مادر باردار شکم اول را در سه ماهه سوم بارداری و سپس در هفته‌های ۶-۴ پس از بارداری به جهت بررسی عوامل روانی مخرب، جراحی‌های مامائی بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که رابطه معنی‌داری بین سزارین و زایمان‌های انجام شده به وسیله دستگاه و افسردگی پس از زایمان وجود دارد (۱۷). Boyce و Todd نیز در سال ۱۹۹۲ رابطه معنی‌داری را بین سزارین و افسردگی پس از زایمان یافتند (۲۵). Adewuya و همکاران نیز در پژوهش خود در سال ۲۰۰۵ سزارین و زایمان با وسیله را یکی از ریسک فاکتورهای افسردگی پس از زایمان ذکر کرده‌اند (۴). Ukpong نیز در سال ۲۰۰۶ زایمان از طریق سزارین را یکی از عوامل اصلی بروز افسردگی پس از زایمان ذکر نمود (۲۶).

همچنین سایر محققین نتایج متناقضی را گزارش نموده‌اند (۱۸، ۱۹). نتایج متفاوت بدست آمده در رابطه با نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان نشان می‌دهد این موضوع نیاز به بررسی‌های بیشتر در جامعه‌های آماری مختلف دارد. البته از آنجائیکه افسردگی پس از زایمان در نتیجه تعامل عوامل متعددی به وجود می‌آید کنترل متغیرهای محتمل در ایجاد افسردگی پس از زایمان نقش مهمی در شناخت عوامل خطر قطعی دارد. اگر زایمان طبیعی برای مادر یا جنین ایمن نباشد سزارین امری ضروری به نظر می‌رسد؛ اما امروزه میزان سزارین به ویژه سزارین انتخابی به طور بی‌رویه‌ای در حال افزایش است (۱۶). میزان مرگ و میر مادر پس از سزارین ۲ تا ۴ برابر و عوارض و مشکلات جسمی پس از آن نیز نسبت به زایمان طبیعی شایع‌تر و شدیدتر است (۱۷). سزارین می‌تواند سبب اثرات روحی منفی در بعضی از زنان شود.

احساسات منفی که زنان پس از سزارین بدان مبتلا می‌گردند شامل: احساس خسارت و زیان، ارتباطات مختل با نوزاد، تغییر و اختلال شخصیت، احساس بی‌حرمتی، عصبانیت از پرسنل مراقبت‌کننده از ایشان و ترس از مرگ می‌باشد (۱۸). احساس محرومیت، گناه یا شکست به خاطر نداشتن زایمان طبیعی، شرایط را برای افزایش مشکلات انطباقی مادر، مساعدتر می‌نماید (۲۷). عوامل دیگری که به نظر می‌رسد مادران سزارین شده را بیشتر در معرض خطر افسردگی قرار می‌دهد عبارتند از اینکه: مادر دیرتر نوزاد خود را می‌بیند، همسر نمی‌تواند در زمان سزارین برای حمایت در کنار همسر خود حضور داشته باشد، سزارین اورژانس برای والدین غیرقابل‌منتظره و پراسترس است و مادر و نوزاد ممکن است پس از سزارین مشکلات بیشتری داشته باشند (۲۸).

در تحقیق حاضر درصد افسردگی پس از سزارین اورژانس بیشتر از درصد افسردگی پس از سزارین انتخابی بوده است که با توجه به استرس ناشی از سزارین اورژانس وعدم آمادگی مادر برای این عمل، قابل توجیه بوده و با دیگر تحقیقات انجام شده در این زمینه همخوانی دارد (۵، ۱۸).

نتیجه‌گیری

نظر به اینکه در پژوهش حاضر افسردگی پس از زایمان به روش سزارین دو برابر زایمان طبیعی بوده است، باید سزارین را به عنوان یک عامل خطر جدی برای افسردگی پس از زایمان در نظر گرفت. توصیه می‌شود که توجه به نوع زایمان و مشاوره مناسب برای انتخاب روش صحیح با توجه به وضعیت مادر و نوزاد و اجتناب از انجام سزارین‌های انتخابی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش افسردگی پس از زایمان و جلوگیری از صرف هزینه‌های فراوان در این زمینه داشته باشد. براساس نتایج حاصل باید سزارین را به عنوان یک

تحقیقات بیشتری در این زمینه در جامعه آماری وسیعتری انجام شود تا سایر ابعاد و اثرات روحی پس از انجام سزارین مورد بررسی قرار گیرد؛ شاید بتوان گامی در راستای رسیدن به هدف والای زایمان ایمن و نوزاد و جامعه سالم برداشت.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی که هزینه انجام این طرح تحقیقاتی را تقبل نموده‌اند و نیز از کلیه پرسنل مامایی درمانگاه‌های تابعه دانشگاه مذکور که در امر شناسایی نمونه‌ها پژوهشگران را یاری کرده‌اند، کمال تشکر و سپاس را دارد.

عامل خطر جدی برای افسردگی پس از زایمان در نظر گرفت و با مشاوره‌های دقیق قبل از زایمان و آموزش‌های لازم در دوران بارداری، مادر را در انتخاب روش صحیح زایمان یاری نمود و از عوارض سزارین و صرف هزینه‌های سنگین آن جلوگیری کرد. از دیگر سوی یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که ۷۵٪ سزارین‌های انجام شده به صورت انتخابی بوده است و این آمار بالا می‌تواند زنگ خطری برای دست اندرکاران بهداشتی کشور باشد و لزوم دقت و توجه بیشتر به انجام مشاوره‌های دقیق با مادران و آگاه نمودن آنان از عوارض زایمان به طریق سزارین را مشخص نماید. به نظر می‌رسد با توجه به نتایج این تحقیق و اهمیت افسردگی پس از زایمان و عوارض و پیامدهای ناگوار آن روی خانواده و نیز افزایش بی‌رویه سزارین باید

References

- 1- Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. J Psychosom Obstet Gynecol. 2003;24(4):257-66. Review.
- 2- Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. J Clin Psychiatry. 1998;59 (suppl2): 34-40. Review.
- 3- 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.
- 4- Adewuya AO, Fatoye FO, Ola BA, Ijaodola OR, Ibigbami SM. Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. J Psychiatr Pract. 2005;11(5):353-8.
- 5- Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression: a cohort study BMJ. 2005; 16;330(7496):879. Epub 2005.
- 6- Latorre-Latorre JF, Contreras-Pezzotti LM, Herran-Falla OF. Postnatal depression in a Colombian city. Risk factors. Aten Primaria. 2006;15,37(6):332-8.
- 7- Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh postnatal depression scale: validation on a Swedish community sample. Acta Psychiatr Scand. 1996;94(3):181-4.
- 8- Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Comprehensive text book of psychiatry. 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2000;pp:1276-83.
- ۹- صالحی کسائی پروین. بررسی مقایسه ای شیوع افسردگی بعد از زایمان در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۳. دانشکده پرستاری و مامایی.
- ۱۰- بهبودی مقدم زهرا. بررسی میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان و عوامل مؤثر بر آن در خانم‌های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد مامائی. ۱۳۸۰ دانشکده پرستاری و مامائی.
- 11- Lowdermilk L, Perry E, Bobak M. Maternity & Women Health Care. 7th Edition. USA Mosby. 2000; pp:940-964.
- 12- Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstron CM, Gunnervik C. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. Obstet Gynecol. 2002;99(2):223-8.
- 13- Ryan J, Berkowitz S, Barbieri L, Dunaif A. Kistner's gynecology & women's health. 7th Edition. New york Mosby, Inc. 1999;pp:519-539.
- 14- Mallikarjun PK, Oyeboode F. Prevention of postnatal depression. J R Soc Health. 2005; 125(5):221-6. Review.

- ۱۵- دفتر سلامت خانواده و جمعیت معاونت سلامت (۱۳۷۹) سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران تهران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۱۶- ترکان بهناز. بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران در دو روش زایمان طبیعی و سزارین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پرستاری و مامائی، ۱۳۸۳.
- 17- Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997;31(5):728-38.
- 18- Clement S. Psychological aspect of cesarean section. *Best Practic Research Clinical Obstet & Gynaecol*. 2001;15 (1):109-126.
- 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. Review.
- 20- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
- 21- Harris B, Huckle P, Thomas R, Johns S, Fung H. The use of rating scales to identify post-natal depression. *Br J Psychiatry*. 1989;154:813-7.
- 22- Murray L, Carothers AD. The validation of Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry*. 1990;157:288-90.
- 23- Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(4):243-9.
- 24- Uwakwe R, Okonkwo JE. Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107(4):251-9.
- 25- Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust*. 1992;157(3):172-4.
- 26- Ukpong DI, Owolabi AT. Postpartum emotional distress: a controlled study of Nigerian women after caesarean childbirth. *J Obstet Gynaecol*. 2006;26(2): 127-9.
- 27- Wong D, Perry E, Hockenberry J, Lowdermilk L, Wilson D. *Maternal Child Nursing Care*. 3rd Edition. USA Mosby. 2006; pp: 674-679.
- 28- Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Experience of emergency cesarean section: a phenomenological study of 53 women. *Birth*. 1998;25(4):246-51.