

مقاله‌ی پژوهشی

ارتباط نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان

خلاصه

مریم نیک پور

کارشناسی ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

زهره عابدیان

کارشناسی ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نعمه مخبر

مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشیار گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

زهره خالقی

کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

سیده زهرا بنی حسینی

کارشناسی ارشد مامایی، مربی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سعید ابراهیمزاده

کارشناسی ارشد آمار زیستی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی مشهد، گروه مامایی
abedianz@mums.ac.ir
تلفن: ۰۹۱۵۵۰۳۰۳۳۷

تاریخ وصول: ۹۰/۱/۳۱

تاریخ تایید: ۹۰/۸/۱۴

مقدمه: افسردگی پس از زایمان شیوع بالایی داشته، طیف وسیعی از علل از جمله نوع زایمان در سبب شناسی آن مطرح می‌باشند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط نوع زایمان با شیوع افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش کار: در این مطالعه‌ی تحلیلی آینده‌نگر در سال‌های ۸۶-۱۳۸۵، ۴۲۰ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آمل که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی انتخاب شدند و در سه ماه آخر بارداری، پرسش‌نامه‌ی افسردگی ادینبورگ را تکمیل نمودند. زنان با نمره‌ی بالاتر از ۱۲ از مطالعه خارج شدند. ۳۰۰ نمونه در دو و هشت هفته بعد از زایمان پی‌گیری و مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS) و فرم‌های مصاحبه مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناسی، زایمان، بعد از زایمان و نوزاد را تکمیل نمودند. تحلیل آماری با نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های معذور خی، تی، من‌ویتنی و مدل خطی عمومی انجام شد.

یافته‌ها: بین دو گروه از نظر تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، رضایت از حمایت همسر و خانواده و حاملگی خواسته و ناخواسته، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. شیوع افسردگی در دو هفته بعد از زایمان ۱۰/۳ درصد و در هشت هفته بعد از زایمان ۱۳ درصد بوده است و بین دو گروه از نظر شیوع و میانگین نمره‌ی افسردگی در دو و هشت هفته بعد از زایمان، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان، غربالگری، شناسایی و ارزیابی این اختلال مهم است. آموزش زنان در دوران بارداری در رابطه با این اختلال توسط مراقبان بهداشتی باید مد نظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، دوره‌ی بعد از زایمان، زایمان، سزارین، مهبل

پی‌نوشت:

از معاونت‌های محترم پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و مازندران (طرح مشترک با کد ۸۵۳۹۴) جهت حمایت‌های مالی و از همکاری مسئولان محترم مراکز درمانی بهداشتی منتخب، تشکر می‌شود. منافع شخصی نویسندگان با موضوع مطالعه ارتباطی نداشته است.

Original Article

Relationship between delivery method and postpartum depression

Abstract

Introduction: Postpartum depression is a prevalent disorder with different etiologies, among them mode of delivery. The present study was conducted to determine relationship between mode of delivery and depression in women at 2 and 8 weeks postpartum.

Materials and Methods: In this prospective analytic study (2007-2008), a total of 420 women visited at health centers in Amol city who met inclusion criteria were recruited through non-probability sampling and filled the questionnaire of Edinburgh postpartum scale (EPDS) during the third trimester of pregnancy. Women who had EPDS score >12 were excluded. Three hundred cases were followed 2 and 8 weeks postpartum and completed questionnaires on demographics, delivery, postpartum, and infant characteristics and Edinburgh postpartum depression scale. Data were analyzed using by SPSS software, chi-square, T-test, Mann-Whitney, and Linear regression.

Results: There was no significant difference between two groups in their education, occupation, economic status, and wanted/unwanted pregnancy, satisfaction from husband and family support. At 2nd week postpartum, prevalence of postpartum depression was 10.3% and there was no significant difference between 2 groups. At 8th week postpartum the prevalence of depression was 13% and there was no significant difference between the 2 groups in the mean score of postpartum depression at 2nd, 8th weeks.

Conclusion: Regarding the high prevalence of postpartum depression, the screening, recognition and assessment of this disorder is important. Health care providers should consider educating women during pregnancy and postpartum.

Keywords: Cesarean, Delivery, Postpartum depression, Postpartum period, Vagina

Maryam Nikpour

M.Sc. in midwifery, Membership of scientific board of faculty of medicine, Babol University of Medical Sciences

*Zahra Abedian

M.Sc. in midwifery, Membership of scientific board of faculty of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical Sciences

Naghmeh Mokhber

Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Associate professor of psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences

Zahra Khaleghi

M.Sc. in midwifery, Zanjan University of Medical Sciences

Seyede Zahra Banihosseini

M.Sc. in midwifery, Babol University of Medical Sciences

Saeed Ebrahimzadeh

M.Sc. in biostatistics, Faculty of medicine, Mashhad University of Medical Sciences

*Corresponding Author:

Department of midwifery, Faculty of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

abedianz@mums.ac.ir

Tel: +989155030337

Received: Apr. 20, 2011

Accepted: Nov. 05, 2011

Acknowledgement:

This study was approved and financially supported by vice chancellors of Mashhad and Mazandaran Universities of Medical Sciences. The authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Nikpour M, Abedian Z, Mokhber N, Khaleghi Z, Ebrahimzadeh S, Hosseini Z. Relationship between delivery method and postpartum depression. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 14(1): 46-53.

مقدمه

دوره‌ی بعد از زایمان، زمانی است که بیشترین خطر برای بروز اختلالات خلقی شامل اندوه، افسردگی و سایکوز وجود دارد. افسردگی پس از زایمان یک مشکل شایع و قابل درمان با تأثیرات گسترده بر مادر و خانواده می‌باشد که بعضی از زنان پس از تولد نوزاد خود، آن را تجربه می‌کنند (۱). افسردگی پس از زایمان با احساس غمگینی، ناتوانی از لذت بردن، تحریک‌پذیری و عصبانیت و کاهش اعتماد به نفس مشخص می‌گردد (۲). میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعات انجام شده در جهان بین صفر تا ۶۰ درصد (۳،۴) و در ایران بین ۴۰-۱۶ درصد گزارش شده است (۵-۷). افسردگی پس از زایمان تأثیر منفی چشمگیری بر تمام ابعاد کیفیت زندگی مادر می‌گذارد (۸-۱۰). ادامه اختلال و عدم تشخیص به موقع آن منجر به تطابق غیر موثر مادر با کودک (۱۱) 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 (۱۲). یافته‌های گوناگون و متفاوتی در شیوع و سبب‌شناسی این اختلال گزارش گردیده است از جمله‌ی آن‌ها می‌توان از سابقه‌ی افسردگی (۱۷-۱۳)، سابقه‌ی افسردگی در خانواده (۱۴،۱۳)، ناخواسته بودن حاملگی (۱۳،۱۴)، حاملگی اول (۱۴،۱۳)، نوع زایمان (۲۱-۱۹)، تعارضات با همسر (۲۲،۲۱،۱۴،۱۳)، عدم حمایت از همسر (۲۳)، بستری شدن نوزاد، بستری شدن مادر بعد از زایمان به هر علت (۱۴،۱۳) را می‌توان نام برد.

همان‌طور که ذکر شد نوع زایمان از عوامل خطر ساز افسردگی پس از زایمان مطرح شده است. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نتایج متفاوت و متضادی را در پی دارد. نتایج مطالعه‌ی انجام شده توسط آپونگ^۱ و همکاران نشان داد زنانی که به طریق سزارین نوزاد خود را به دنیا می‌آورند شانس بیشتری برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان دارند (۱۹). دولتیان و همکاران و فرزاد و همکاران نیز در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که سزارین، زنان را برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان مستعدتر می‌کند (۱۷،۲۰).

در مقابل، یافته‌های پژوهش چاآیا^۲ و همکاران (۲۱) و سلمانیان و همکاران (۱۵)، نشان داد که افسردگی در زنان تحت سزارین نسبت به زنان با زایمان طبیعی، کمتر است. هم‌چنین بعضی از محققین به این نتیجه رسیدند که بین نوع زایمان با افسردگی بعد از زایمان ارتباطی وجود ندارد (۲۴). با توجه به تفاوت بودن نتایج بررسی‌های انجام شده و ناشناخته ماندن این اختلال در بیش از ۵۰ درصد موارد که می‌تواند مشکلات متعددی را برای مادر و کودک به وجود بیاورد (۲۵)، شناسایی عوامل موثر در بروز این اختلال بسیار ضروری به نظر می‌رسد، لذا این تحقیق با هدف تعیین ارتباط نوع زایمان با افسردگی از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی آمل در دو و هشت هفته بعد از زایمان انجام گرفت.

روش کار

در این مطالعه‌ی تحلیلی آینده‌نگر از تیرماه ۱۳۸۵ تا فروردین‌ماه ۱۳۸۶ در مراکز بهداشتی‌درمانی منتخب شهر آمل انجام شد. ۴۲۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی وارد مطالعه شدند. تعیین حجم نمونه بر اساس مطالعه‌ی پابلوت (جهت به دست آوردن میانگین و انحراف معیار جمعیت مورد پژوهش) و سپس از فرمول اختلاف میانگین برآورد شد. معیارهای ورود شامل سن بین ۱۶-۳۵ سال، نداشتن مشکلات روانی، طبی، مامایی و تجربه‌ی رویداد تنش‌زای شدید در ۹ ماه گذشته و عدم استفاده از سیگار و مواد مخدر بود. مهم‌ترین معیارهای خروج از مطالعه شامل انجام سزارین اورژانسی، بستری نوزاد یا مادر در بیمارستان، داشتن کودک بیمار یا معلول و سابقه‌ی جدایی از والدین قبل از سن ۱۵ سالگی، بود.

پس از توضیح و اخذ رضایت کتبی به افراد واجد شرایط، نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه آموزش داده می‌شد. در سه ماه آخر بارداری، مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ^۳ توسط واحد پژوهش تکمیل می‌گردید. در صورتی که نمره‌ی افسردگی مساوی یا بیشتر از ۱۳ بود، واحد پژوهش از مطالعه حذف شده و به یک روان‌پزشک ارجاع داده می‌شد ولی اگر

^۲Chaaya

^۳Edinburgh Postpartum Depression Scale

^۱Ukpong

خانواده و پذیرش حاملگی، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت.

ولی بین دو گروه از نظر سن، نوع مالکیت منزل، زمان و مکان زایمان و زندگی با افراد دیگر خانواده، اختلاف آماری معنی‌داری یافت شد (جدول ۱). میانگین سنی در گروه زایمان مهبل (۲۴/۲۳±۴/۳۴ سال) کمتر از گروه زایمان با سزارین (۲۶/۲۳±۴/۷۳ سال) بود. ($P < 0.001$)

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی خصوصیات فردی و

اجتماعی زنان در دو گروه زایمان مهبل و سزارین

گروه	زایمان مهبل	زایمان سزارین	P
تحصیلات مادر	ابتدایی	۲۰ (۱۳/۵)	۱۷ (۱۲)
	راهنمایی	۳۶ (۲۴)	۲۹ (۲۴/۴)
	دبیرستان	۷۳ (۴۹/۳)	۷۳ (۵۱/۴)
	دانشگاهی	۱۹ (۱۲/۸)	۲۳ (۱۶/۲)
شغل مادر	خانه‌دار	۱۲۹ (۸۷/۲)	۱۱۷ (۸۲/۴)
	شاغل	۱۹ (۱۲/۸)	۲۵ (۱۷/۶)
پذیرش حاملگی	خواسته	۱۳۲ (۸۹/۲)	۱۲۱ (۸۵/۲)
	ناخواسته	۱۶ (۱۱/۸)	۲۱ (۱۴/۸)
رضایت از روابط	خیلی راضی	۳۷ (۲۵)	۳۵ (۳۴/۷)
	راضی	۱۰۱ (۶۸/۲)	۱۰۰ (۷۰/۴)
	ناراضی	۱۰ (۶/۸)	۷ (۴/۹)
رضایت از حمایت همسر	خیلی راضی	۵۸ (۳۹/۲)	۴۹ (۳۴/۵)
	راضی	۸۵ (۵۷/۴)	۸۳ (۵۸/۵)
	ناراضی	۵ (۳/۴)	۱۰ (۷)
مکان زایمان	بیمارستان دولتی	۱۳۹ (۹۳/۹)	۱۲۵ (۸۷/۳)
	بیمارستان خصوصی	۹ (۶/۱)	۱۸ (۱۲/۷)
زمان زایمان	روز	۸۱ (۵۵/۱)	۱۱۰ (۷۷/۵)
	شب	۶۶ (۴۴/۹)	۳۲ (۲۲/۵)

نتایج پژوهش نشان داد در دو هفته بعد از زایمان، شیوع افسردگی ۱۰/۳ درصد (گروه زایمان طبیعی ۹/۵٪ و گروه سزارین انتخابی ۱۱/۳٪) بود و بین دو گروه از نظر شیوع افسردگی بعد از زایمان، اختلاف آماری معنی‌داری یافت نشد. (نمودار ۱)

در دو هفته بعد از زایمان، میانگین نمره افسردگی بر اساس پرسش‌نامه‌ی ادینبورگ در گروه زایمان طبیعی ۷/۵۸±۴/۶۴ و در گروه سزارین ۸/۱۹±۴/۰۶ بود و بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲).

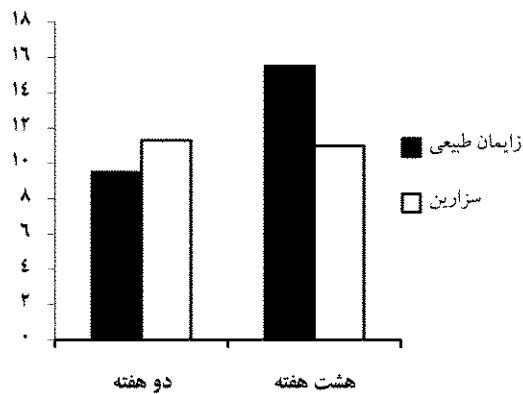
نمره افسردگی پایین‌تر از ۱۳ بود از واحد پژوهش درخواست می‌شد که دو هفته و سپس هشت هفته بعد از زایمان به مرکز بهداشتی درمانی مورد نظر مراجعه کند. ۴۰ نفر به علت سزارین اورژانسی، ۵۸ نفر به علت بستری شدن نوزاد در بیمارستان، ۱۲ نفر به علت عدم همکاری و دسترسی و ۱۴ نفر به علت عدم تکمیل پرسش‌نامه از مطالعه حذف شدند. در دو هفته بعد از زایمان ۳۰۰ نفر (۱۵۵ نفر در گروه زایمان طبیعی، ۱۴۶ نفر در گروه زایمان سزارین انتخابی) و در هشت هفته بعد از زایمان ۲۹۰ نفر (۱۴۸ نفر در گروه زایمان طبیعی و ۱۴۲ نفر در گروه زایمان سزارین انتخابی) فرم‌های مصاحبه پرسش‌نامه‌ی پژوهش را تکمیل نمودند.

فرم‌های مصاحبه شامل اطلاعات فردی، خانوادگی، مامایی، زایمان، بعد از زایمان و نوزاد بود. مقیاس افسردگی ادینبورگ از ۱۰ سوال ۴ گزینه‌ای تشکیل شده که حداقل نمره آن، صفر و حداکثر ۳۰ می‌باشد. هر سوال، امتیازی بین صفر تا ۳ بر اساس شدت علائم به خود اختصاص می‌دهد. نمره پایین‌تر، نشان‌دهنده وضعیت بهتر فرد و نمره بالای ۱۲، وجود احتمالی اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. این ابزار، پرسش‌نامه‌ی معتبری برای سنجش افسردگی پس از زایمان است (۲۶) و پذیرش آن توسط مادران ۱۰۰ درصد گزارش شده است (۲۷). روایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی منتظری در ایران تایید شده است (۲۸). روایی فرم‌های مصاحبه توسط تعدادی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد روایی محتوا شد. پایایی پرسش‌نامه‌ی ادینبورگ با روش سنجش ثبات درونی (آلفا کرونباخ) $\alpha = 0.92$ تایید و پایایی سایر فرم‌های مصاحبه از طریق آزمون مجدد، ۹۰ درصد به دست آمد. تجزیه و تحلیل آماری با SPSS ویرایش ۱۴ و آزمون‌های مجذور خی، تی، من‌ویتنی و مدل خطی عمومی انجام و سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شد.

نتایج

در پژوهش حاضر، بین دو گروه از نظر میزان تحصیلات مادر و پدر، شغل مادر، سطح درآمد خانواده، رضایت در روابط زناشویی، جنس نوزاد، رضایت حمایت از همسر و افراد

و به صورت جدی ارتباط مادر با کودک را تحت تاثیر قرار دهد و منجر به تاخیر شناختی و هیجانی و حتی منجر به غفلت از کودک شده (۲) و در مجموع، تاثیر گسترده‌ای بر سلامت و رفاه کودک داشته باشد (۲۹).



نمودار ۲- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر اساس تقسیم‌بندی مقیاس افسردگی ادینبرگ در هشت هفته بعد از زایمان به تفکیک گروه

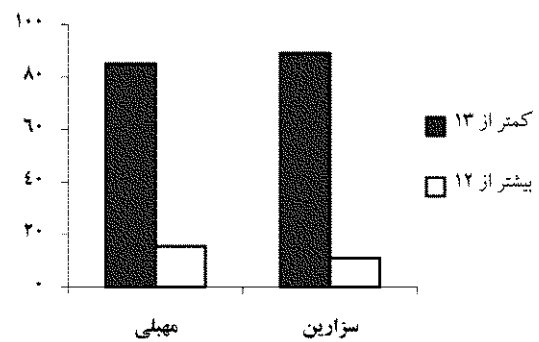
یافته‌های پژوهش، گویای شیوع افسردگی ۱۰ و ۱۳ درصد به ترتیب در دو و هشت هفته پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر آمل می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به ابعاد افسردگی بعد از زایمان و اثرات متعدد و چندین جانبه‌ی آن بر روی مادر و کودک، خانواده، زندگی زناشویی، وضعیت شغلی و در نهایت اثرگذاری در اجتماع و نقش داشتن در اقتصاد خانواده و جامعه بایستی با تامل بیشتری به این عارضه اندیشید (۱۷).

اغلب زنانی که از این اختلال رنج می‌برند درمانی دریافت نمی‌کنند و ممکن است برای بیش از یک سال پس از زایمان افسرده باقی بمانند که این وضعیت می‌تواند بر ارتباط با همسر تاثیر منفی بگذارد و به صورت جدی ارتباط مادر با کودک را تحت تاثیر قرار دهد و منجر به تاخیر شناختی و هیجانی و حتی منجر به غفلت از کودک گردد (۲) و در مجموع تاثیر گسترده‌ای بر سلامت و رفاه کودک داشته باشد (۲۹).

شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعه‌ی حاضر از بررسی زنگنه و همکاران (۱۸) و فرزاد و همکاران (۱۷) پایین‌تر می‌باشد



نمودار ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر اساس تقسیم‌بندی مقیاس افسردگی ادینبرگ در دو هفته بعد از زایمان به تفکیک گروه

در هشت هفته بعد از زایمان، شیوع افسردگی ۱۳ درصد (گروه زایمان طبیعی ۱۵/۵۰٪ و در گروه سزارین انتخابی ۱۱٪) بود و بین دو گروه از نظر شیوع افسردگی در هشت هفته بعد از زایمان، اختلاف آماری معنی‌دار وجود نداشت (نمودار ۲). هم‌چنین میانگین نمره‌ی افسردگی در گروه زایمان طبیعی $6/60 \pm 4/67$ و در گروه سزارین $6/60 \pm 4/75$ بود و بین دو گروه، اختلاف آماری معنی‌داری یافت نشد (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار افسردگی در دو و

هشت هفته‌ی بعد از زایمان در دو گروه زایمان مهلی و سزارین

گروه	زایمان مهلی		سزارین		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نمره‌ی افسردگی در دو هفته بعد از زایمان	۷/۵۸	۴/۶۴	۸/۱۹	۴/۰۶	۰/۰۶۶
نمره‌ی افسردگی در هشت هفته بعد از زایمان	۶/۱۴	۴/۶۷	۶/۶۰	۴/۷۵	۰/۳۷

با حذف اثر متغیرهایی که در این پژوهش همسان نبودند با آزمون مدل خطی عمومی بین دو گروه، اختلاف آماری معنی‌داری نبوده است. بحث با توجه به ابعاد افسردگی بعد از زایمان و اثرات متعدد و چندین جانبه‌ی آن بر روی مادر و کودک، خانواده، زندگی زناشویی، وضعیت شغلی و در نهایت اثرگذاری در اجتماع و اقتصاد خانواده و جامعه بایستی با تامل بیشتری در مورد این عارضه اندیشید (۱۷). اغلب زنانی که از این اختلال رنج می‌برند، درمانی دریافت نکرده و ممکن است برای بیش از یک سال پس از زایمان، افسرده باقی بمانند که این وضعیت می‌تواند بر ارتباط با همسر تاثیر منفی گذاشته

مطالعات مطابقت داشته اما با نتایج بررسی‌های آپونگ (۱۹)، آدوایا^۴ (۳) و دولتیان و همکاران (۲۰) و فرزاد و همکاران (۱۷) هم‌خوانی ندارد. آپونگ در پژوهش خود به این نتیجه رسید که زایمان از طریق سزارین یکی از عوامل اصلی بروز افسردگی پس از زایمان می‌باشد (۱۹). در مطالعه‌ی دولتیان و همکاران که با هدف ارتباط نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان انجام شد، میزان افسردگی در گروه زایمان با عمل سزارین دو برابر زایمان مهلی بود (۲۰).

نتایج مطالعه‌ی فرزاد و همکاران هم نشان داد که افسردگی در گروه سزارین بالاتر بوده است که با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد (۱۷). در مطالعه‌ی دولتیان و همکاران و فرزاد و همکاران سزارین‌های اورژانسی و انتخابی در مجموع بررسی شدند، اما در مطالعه‌ی حاضر فقط موارد سزارین انتخابی مورد بررسی قرار گرفتند (۱۷، ۲۰). در سزارین اورژانسی با توجه به تنش ناشی از جراحی و عدم آگاهی مادر برای سزارین، احتمال افسردگی پس از زایمان قابل توجه می‌باشد. هم‌چنین عدم استفاده یا استفاده‌ی کم از شیوه‌ی زایمان بی‌درد در زایمان طبیعی همراه با تنش بوده که این تنش می‌تواند در افزایش افسردگی پس از زایمان طبیعی دخالت کند. در برخی از مراکز بهداشتی‌درمانی، امکانات لازم در ایجاد محیط آرام برای تکمیل فرم‌ها توسط نمونه‌ها وجود نداشت که این امر می‌تواند از محدودیت‌های این مطالعه باشد. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که میانگین نمره‌ی افسردگی بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین در دو و هشت هفته بعد از زایمان، اختلاف آماری معنی داری نداشت؛ ولی با توجه به این که مادران باردار در دوران بارداری از نظر افسردگی غربالگری شدند می‌توان نتیجه گرفت افسردگی پس از زایمان شیوع بالایی دارد که می‌تواند بر سلامت مادر، نوزاد و کل خانواده تاثیرگذار باشد. از آن جا که مداخله‌ی زودرس و پی‌گیری دقیق و درمان، با بهترین پیش‌آگهی همراه است لذا ضرورت غربالگری افسردگی پس از زایمان، پی‌گیری دقیق و درمان این زنان توجه داشته و می‌تواند از تبعات عدم تشخیص به موقع بیماری در زنان شیرده جلوگیری نماید.

ولی با نتایج چانداران^۱ و همکاران (۳۰) و خدادادی (۵) هم‌خوانی دارد. چانداران و همکاران، افسردگی پس از زایمان را در تمام کشورها به میزان شایعی گزارش نمودند اما در رابطه با عوامل خطر، تفاوت‌هایی بین بررسی‌های گوناگون دیده می‌شود که مهم‌ترین این تفاوت‌ها، علل فرهنگی می‌باشند. بک زندگی مردم منطقه‌ی مورد پژوهش و حمایت‌های اجتماعی خویشان از زن در طی بارداری و بعد از زایمان می‌تواند توجه‌کننده‌ی شیوع کمتر افسردگی باشد.

به طوری که تقریباً ۹۰ درصد از مادران در هر دو گروه از حمایت خانواده و ۸۰ درصد از حمایت همسر خود، راضی بودند. تحقیقات نشان می‌دهند که بین حمایت همسر و خانواده‌ها با مادران و افسردگی پس از زایمان، ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۳). از سویی تفاوت موجود در شیوه‌ی اجرای این مطالعه را نباید از نظر دور داشت. در مطالعه‌ی حاضر، واحدهای پژوهش در بدو ورود به مطالعه (سه ماه سوم بارداری) با مقیاس ادینبورگ ارزیابی شده و مادرانی که نمره‌ی بالای ۱۲ داشتند از پژوهش حذف شدند. احتمالاً این موضوع هم بر کاهش شیوع افسردگی پس از زایمان در این مطالعه موثر بوده است.

نتایج پژوهش نشان داد که در دو و هشت هفته بعد از زایمان بین نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

نتایج مطالعه‌ی پاتل^۲ و همکاران که تعداد ۱۰۹۳۱ مادر باردار را در دوران بارداری و سپس در هشت هفته پس از زایمان با مقیاس ادینبورگ ارزیابی کردند، نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین نوع زایمان (سزارین انتخابی و زایمان طبیعی) و افسردگی پس از زایمان وجود ندارد (۲۲). در مطالعه‌ی تامپسون^۳ و همکاران هم ارتباط معنی‌داری بین سزارین و افسردگی پس از زایمان یافت نشد (۲۳). هم‌چنین در بررسی انجام شده توسط شریفی و همکاران، میانگین نمره‌ی افسردگی بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین اختلاف آماری معنی‌داری نداشت (۲۴). نتایج پژوهش حاضر با نتایج این

^۱Chandaran^۲Patel^۳Thompson^۴Adewuya

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.
2. Tannous L, Gigante LP, Fucus SC, Busnello ED. Postnatal depression in Southern Brazil: Prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 1.
3. 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.
4. [Latorre-Latorre JF, Contreras-Pezzotti LM, Herran-Falla OF. [Postnatal depression in a Colombian city: Risk factors]. *Aten Primaria* 2006; 37(6): 332-8. (Spanish)
5. Khodadadi N, Mahmodi H, Mirhaghi N. [Relationship postpartum depression social psychiatry disorders]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2008; 8(2): 142-8. (Persian)
6. Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatin M, Salehi M, Sadri GH, Kelishadi M, et al. Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. *Arch Iran Med* 2009; 12(5): 461-7.
7. Azimi Lolaty H, Hsaini SH, Khalilian A, Zaghani M. Prevalence and predictors of postpartum depression among pregnant women referred to mother-child care clinic. *Res J Biol Sci* 2007; 2(3): 285-90.
8. Posmontier B. Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *J Midwifery Womens Health* 2008; 53: 310-8.
9. Detychey C, Briancon S, Lighezzolo J, Spitz E, Kabuth B de luigi V, et al. Quality of life, postnatal depression and baby gender. *Clinical nursing* 2007; 17: 312-22.
10. Talbot J. The year book of psychiatry and applied mental health. Philadelphia: Mosby; 2001: 39-200.
11. Lowdermilk L, Perry E, Bobak M. Maternity and women health care. 7th ed. Philadelphia: Mosby; 2000: 940-64.
12. World Health Organization. World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva World Health Organization 2001. Available from: URL; http://books.google.com/books?id=GQEdA+World+Health+Report+2001.+Mental+health:New+understanding,+new+hope.+GenevaWorld+Health+Organization+2001.&source=bl&ots=dRHRLdlvF&sig=mPM03izcDFj8CtriZNRBwxilacU&hl=en&sa=X&ei=YfsoT_qnlejP4QTixKTCaW&ved=0CEEQ6AEwBQ#v=onepage&q&f=false
13. Mallikarjun PK, Oyebo F. Prevention of postnatal depression. *J R Soc Health* 2005; 125(5): 221-6.
14. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SR, Haulth J, Gilstrap LC, Wenstrom KO. William's obstetrics. 22th ed. New York: McGraw Hill; 2005: 708.
15. Salmalian H, Nasiri Amiri F, Kheyrkhan F. [Prevalence of pre and postpartum depression symptoms and some related factors]. *Journal of Babul University of Medical Sciences* 2008; 10(3): 67-75. (Persian)
16. Khamseh F. [Evaluation of psycho-social factors affecting in post-partum depression]. *Kowsar medical journal* 2002; 7(4): 327-31. (Persian)
17. Farzad M, Ghazi Mirsaeid SB. [Association between type of delivery and maternal blue]. *Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences* 2005; 29(4): 331-5. (Persian)
18. Zanganeh M, Shams N, Alizadeh K, Rezaei M, Pormher S. [Postpartum depression and its relationship with unwanted pregnancy and baby gender]. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2009; 14: 65-71. (Persian)
19. Ukpong DI, Owolabi AT. Postpartum emotional distress: A controlled study of Nigerian women after caesarean child birth. *J Obstet Gynaecol* 2006; 26: 127-9.
20. Dolatian M, Maziar P, Alavi Majd H, Yazdjerdi M. [The relationship between mode of delivery and postpartum depression]. *Journal of reproduction and infertility* 2006; 7(3): 260-8. (Persian)
21. Chaaya M, Campbell OM, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Post partum depression: Prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Women Ment Health* 2002; 5: 65-72.
22. Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression: A cohort study. *BMJ* 2005; 330(7496): 879.
23. Thompson JF, Roberts CI, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after child birth: Associations with parity and method of birth. *Birth* 2002; 29(2): 83-94.

24. Sharifi KH, Soki Z, Akbari H, Sharifi M. [The relationship between mode of delivery and postpartum depression]. *Feyz journal of Kashan University of Medical Sciences* 2007; 12(1): 50-5. (Persian)
25. Jones H, Venis J. Postpartum psychiatric disorder. *J Psychosoc Nurs* 2001; 12: 25-9.
26. 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.
27. Castanon SC, Pinto LJ. Use the postnatal depression scale to detect postnatal depression. *Rev Med Chill* 2008; 136: 851-8.
28. Montazeri A, Torkan B, Omidvar S. The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 2007; 11: 293-7.
29. Suri R, Burt VK. The assessment and treatment of postpartum psychiatric disorders. *J Pract Psychiatr Behav Health* 1997; 3: 67-77.
30. Chandran M, Tharyan P, Muliyl J, Abraham S. Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu India: Incidence and risk factor. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 499-504.