

بررسی افسردگی پس از زایمان و آپگار نوزاد در زایمان طبیعی با بی‌دردی و زایمان طبیعی بدون بی‌دردی

دکتر وحید دامن پاک

متخصص بیهوشی و درد، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم

حمیده بهالدینی

گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

سیده مریم پورموسوی

دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

سحر توکلی^۱

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب

Evaluation of postpartum depression and neonatal Apgar score in normal delivery with analgesia and normal delivery without analgesia

Vahid Pakdaman, MD

Specialist in anesthesia and pain, faculty of Qom University of Medical Sciences

Hamideh Bahaoddini

Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

Seyyede Maryam Pourmoosavi

PhD Student in Counseling, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran

Sahar Tavakkoli

Master of Family Counseling, Islamic Azad University, South Tehran Branch

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression is a mood disorder that depends on several factors and weakens the mother-child relationship, has a negative impact on mental health, quality of married life and family members. The aim of this study was to achieve postpartum depression and neonatal Apgar score in normal delivery with and without pain.

Materials and Methods: The method of the present study is quantitative and applied, using the method of correlation and structural equations. In terms of time, this study was conducted in the spring of 1400, and during this study, 120 women who referred to health centers in Qom who had passed one month to forty days after delivery were examined. The research instruments were Edinburgh Depression Inventory and Demographic Information. Spss-25 software was used for analysis and Smart Pls was used for path analysis.

Results: The mean and standard deviation of depression in this sample was 12.7. 7.05. Moderate to moderate postpartum depression was reported. Neonatal Apgar score, neonatal sex, normal delivery with and without analgesia do not play a significant role in depression.

Conclusion: In order to prevent this disorder, it is recommended to implement educational and support programs for mothers and wives during pregnancy and after delivery, and to prevent the complications of this disorder by timely referral of mothers.

Keywords: Postpartum depression, Apgar score, Normal delivery with analgesia, Normal delivery without analgesia

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان یک اختلال خلقی است که به عوامل متعددی بستگی دارد و موجب تضعیف رابطه مادر و کودک، تأثیر منفی بر سلامت روان، کیفیت زندگی زناشویی و اعضای خانواده می‌شود. هدف پژوهش حاضر دستیابی به افسردگی پس از زایمان و آپگار نوزاد در زایمان طبیعی با بی‌دردی و بدون بی‌دردی انجام است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر از نوع کمی و کاربردی است که در آن از روش همبستگی و معادلات ساختاری استفاده شده است. از لحاظ زمانی این پژوهش در بهار ۱۴۰۰ انجام شد و طی این پژوهش ۱۲۰ خانم مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر قم که یک ماه تا چهل روز از زایمان آنها گذشته بود، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار پژوهش دو پرسشنامه استاندارد افسردگی ادینبرگ و اطلاعات دموگرافیک بودند. برای انجام تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار Spss-25 و برای تحلیل مسیر از Smart Pls استفاده شد.

نتایج: میانگین و انحراف معیار افسردگی در این نمونه $12/7 \pm 7/05$ محاسبه شده است. میزان افسردگی پس از زایمان متوسط رو به بالا گزارش شد. نمره آپگار نوزاد، جنسیت نوزاد، زایمان طبیعی با بی‌دردی و بدون بی‌دردی در میزان افسردگی نقش چندانی ندارد.

نتیجه‌گیری: برای پیشگیری از این اختلال پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی و حمایتی طی بارداری و پس از زایمان برای مادر و همسر اجرا شود و با ارجاع به موقع مادران، از عوارض این اختلال پیشگیری شود.

کلواژگان: افسردگی پس از زایمان، نمره مقیاس آپگار، زایمان طبیعی با بی‌دردی، زایمان طبیعی بدون بی‌دردی

مقدمه

درد زایمانی و ترس حاصل از آن جزء چالش‌برانگیزترین مسائل موجود در زندگی زنان است (۱). بارداری و دوره پس از زایمان زمان‌های آسیب‌پذیر برای شروع یا عود بیماری روانی بوده، و افسردگی و اضطراب شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در این دوره‌ها هستند (۲-۳). خطر ابتلا به افسردگی اساسی در سال‌های باروری به اوج خود می‌رسد و در زنان دو برابر بیشتر از مردان است (۴)، شیوع تخمین زده شده از ۷ تا ۲۰ درصد است (۵). در حالی که میزان افسردگی در بیماران بستری در بیمارستان، با استفاده از پرسشنامه خودسنجی اندازه‌گیری می‌شود،

ممکن است تا ۳۲٪ باشد (۶). به طور خاص، در مورد زنان باردار بستری در یک واحد بارداری با خطر بالا، مطالعات دامنه وسیعی از خطر ابتلا به افسردگی را کشف کرده‌اند که از ۲۷ تا ۴۴ درصد متفاوت است (۷-۸). بیش از ۴۰٪ زنانی که از نظر افسردگی غربالگری مثبت داشتند، دارای یک اختلال افسردگی اساسی بودند (۶). در ایران نیز این اختلال بین ۱۶ تا ۴۰ درصد گزارش شده است (۹). افسردگی پس از زایمان تأثیر منفی چشمگیری بر تمام ابعاد کیفیت زندگی مادر می‌گذارد (۱۰).

میزان تأثیر علائم افسردگی در عوارض بارداری قابل بحث است، اگرچه داده‌های جمع‌آوری شده در چند دهه

بدون بی‌دردی نشده است، که این فقدان می‌تواند یکی از ضروریات انجام این پژوهش باشد.

زایمان به شیوه‌های مختلفی صورت می‌پذیرد که شامل زایمان طبیعی (واژینال) و سزارین است. زایمان طبیعی به دو دسته بدون کنترل درد و همراه بی‌دردی تقسیم می‌شود. زایمان بدون کنترل درد همان زایمان فیزیولوژیک، و زایمان با بی‌دردی شامل روش‌های مختلفی مثل روحی-روانی، تجویز مسکن‌های وریدی، تجویز هوشبرهای استنشاقی و بی‌حس‌کننده‌های موضعی است (۲۵ و ۲۶). یکی از مهم‌ترین روش‌های مورد استفاده برای کاهش درد زایمان که در سه دهه اخیر در کشورهای پیشرفته دنیا مرسوم شده، استفاده از بی‌دردی‌های موضعی از قبیل اپیدورال، اسپینال و تلفیقی از دو روش یاد شده است. از آنجا که بی‌دردی به روش اپیدورال عوارض کمتری دارد، رایج‌تر است (۲۷ و ۲۸).

مهم‌ترین روش عملی برای بررسی سیستمیک نوزاد تازه متولد شده، نمره آپگار زمان تولد است که به شناسایی نوزادان نیازمند احیا کمک می‌کند؛ بدیهی است بررسی عواملی که در تعیین نمره آپگار به عنوان یکی از شاخص‌های وضعیت نوزاد مؤثرند، حائز اهمیت است. معمولاً با ارزیابی این موارد، شکل ظاهری (رنگ)، نبض (ضربان قلب)، پاسخ گریم (رفلکس)، فعالیت (تون عضله) و تنفس (میزان تنفس و تلاش) در یک، پنج و ده دقیقه پس از زایمان، با دامنه ۰ تا ۱۰ به دست می‌آید. نمره آپگار ارتباط تنگاتنگی با سلامت نوزادان دارد و نمره پایین آپگار (که معمولاً به صورت زیر ۷ تعریف می‌شود) اغلب پیش‌بینی کننده مرگ نوزاد است (کیسی و همکاران، ۲۰۰۱). به طور خاص، نمره ۵ دقیقه‌ای آپگار اغلب به عنوان نمایانگر ممکن است با افزایش خطرات ناشی از پیامدهای رشد عصبی کوتاه مدت و بلند مدت در نوزاد، از جمله فلج مغزی، امتیاز هوش پایین (ضریب هوشی) همراه باشد و اختلال شناختی طولانی مدت (۲۹)،

گذشته تأثیر منفی عمیقی را نشان می‌دهد (۵). مطالعات متعدد همبستگی بین افسردگی قبل از زایمان تشخیص داده شده و افزایش انواع عوارض در طول بارداری را یافته‌اند. افسردگی قبل از زایمان با خطر سقط جنین، زایمان زودرس، پره‌اکلامپسی، کم‌وزنی در هنگام استفاده بیش از حد مسکن در حین زایمان، زایمان طولانی مدت و نرخ بالاتر زایمان سزارین مرتبط بود (۵، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴). تعدادی از اختلالات در مکانیسم‌های بدن و ارتباط آن بین افسردگی قبل از زایمان و پیامدهای نامطلوب مشاهده شده است. تنظیم نامنظم هیپوفیز، هیپوتالاموس، محور فوق قلبی، تحریک ترشح هورمون‌های استرس مانند نوراپی نفرین (باعث انقباض عروق رحم و در نتیجه پرفیوژن رحم، که منجر به زایمان زودرس می‌شود)، عملکرد سیستم ایمنی بدن را به خطر می‌اندازد (به طور بالقوه منجر به عفونت دستگاه تولید مثل می‌شود)، تحریک زودرس و عدم انگیزه مادران برای پایبندی به مراقبت‌های توصیه شده قبل از تولد (۱۵). ادامه اختلال و عدم تشخیص به موقع آن منجر به تطابق غیر مؤثر مادر با کودک (۱۶) 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 (۱۷). تشخیص افسردگی مادران در سراسر جهان امری رایج است و به نظر می‌رسد آگاهی، تشخیص به موقع و درمان مناسب از اهمیت حیاتی برخوردار است (۴).

یافته‌های گوناگون و متفاوتی در شیوع و سبب‌شناسی این اختلال گزارش گردیده است، 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 (۱۸، ۱۹ و ۲۰) و در برخی از مطالعات حاکی از عدم ارتباط (۲۱، ۲۲، ۲۳ و ۲۴) در این زمینه است. البته زایمان طبیعی و سزارین در پژوهش‌ها آمده و اشاره‌ای به زایمان طبیعی با بی‌دردی و

صورت رضایت خود افراد وارد پژوهش شده‌اند. سپس ابزار گردآوری داده‌ها که شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شامل، میزان تحصیلات، سن، تعداد فرزندان بود. برای سنجش میزان افسردگی پس از زایمان از مقیاس افسردگی ادینبورگ استفاده شد که توسط پژوهشگر برای مادران خوانده و به این ترتیب اطلاعات تکمیل شد. برای اندازه‌گیری نمره آپگار نوزادان نیز از جدول استاندارد در بیمارستان‌ها استفاده شد. پس از تکمیل داده‌ها برای تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار Spss-25 و برای تحلیل مسیر از Smart PIs استفاده شد که در دو بخش آمار توصیفی (میانگین و فراوانی) و آمار استنباطی (آزمون پیرسون و تحلیل ضرایب مسیر) ارائه شده است.

مقیاس افسردگی ادینبورگ: مقیاس سنجش افسردگی پس از زایمان ادینبورگ^۲ دارای ۱۰ آیتم است. این پرسشنامه به گونه‌ای تدوین شده است که امکان تشخیص افسردگی را از ۶ هفته بعد از زایمان فراهم می‌کند. نمره مقیاس ادینبورگ بین صفر تا ۳۰ است و کسب نمره ۱۲ و بیشتر به عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود (۳۵). سؤال‌های ۱، ۲، ۴، ۵ تا ۳ و سؤال‌های ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، از ۳ تا ۰ نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش حاضر ضریب آلفا کرونباخ برای پرسشنامه ادینبورگ برابر ۰/۷۰ بود. احمدی کانی گلزار و قلی‌زاده (۳۶) در ایران اعتبارسنجی کرده‌اند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی)، آزمون کولموگروف-اسمیرونف (برای نرمال بودن داده‌ها) و آمار استنباطی از آزمون همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

سن نمونه‌های مشارکت کننده ۲۵ تا ۳۵ سال بود و همه زایمان‌ها فرزند اول بودند. نوزادان مادران ۶۴ (۵۳/۳)

۳۰، ۳۱، ۳۲). نمره آپگار یک نوزاد خاص می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف زنان و زایمان از جمله فشار خون ناشی از بارداری، پارگی غشای طولانی مدت، روش زایمان و مرحله دوم زایمان طولانی مدت باشد (۲۷، ۳۳ و ۳۴). بررسی وضعیت نوزاد پس از تولد می‌تواند ما را در انتخاب بهترین روش بی‌دردی در مادرانی که تحت زایمان طبیعی با / و بدون بی‌دردی قرار می‌گیرند، یاری دهد. این توضیحات نشان می‌دهد که پژوهشگر به دنبال بررسی رابطه افسردگی پس از زایمان و آپگار نوزاد در زایمان طبیعی با بی‌دردی و بدون بی‌دردی است.

روش‌شناسی

این پژوهش یک مطالعه کمی و از نوع کاربردی است و آزمون استفاده شده در آن آزمون همبستگی پیرسون است و برای تحلیل مسیر از معادلات ساختاری استفاده شده است. این پژوهش در بهار سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه پژوهش در این مطالعه مادران زایمان کرده به روش طبیعی با بی‌دردی و بدون بی‌دردی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر قم بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد افرادی که وارد مطالعه شدند ۱۲۰ نفر بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مادران زایمان کرده به روش طبیعی با بی‌دردی و بدون بی‌دردی، یک ماه تا چهل روز از زایمان مادر گذشته باشد، نداشتن مشکلات روانی، طبی، مامایی و تجربه رویداد تنش‌زای شدید در ۹ ماه گذشته، عدم مصرف سیگار و مواد مخدر بود. انتخاب نمونه پژوهش با مراجعه حضوری پژوهشگر به بیمارستان‌های ایزدی و خیرین سلامت به بخش‌های مرتبط با زایمان انجام شد.

ابتدا پژوهشگر با مطالعه پرونده‌های بیماران افرادی را که معیارهای ورود به این پژوهش را داشتند جزء نمونه‌ها دانسته و سپس با یکایک آنها تماس گرفته شده و در

^۲. Depression Postnatal Edinburgh EPDS Scale

می‌شود. همان‌طور که شکل نشان می‌دهد، بار عاملی بین افسردگی پس از زایمان و جنسیت فرزند $0/164$ است، بار عاملی افسردگی پس از زایمان با نوع زایمان طبیعی (با و بی‌دردی) $0/250$ گزارش شده و افسردگی پس از زایمان با نمره آپگار نوزاد $0/257$ - ثبت شده است که همه این بارهای عاملی از $0/35$ کمتر هستند.

پس از بررسی ضرایب بارهای عاملی، به بررسی برازش مدل پرداخته می‌شود. ضریب تعیین نشانگر میزان تأثیری است که یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا می‌گذارد. هرچه مقدار R^2 مربوط به سازه‌های درون‌زای یک مدل بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل است. سه مقدار $0/19$ ، $0/33$ و $0/67$ به عنوان ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی R^2 معرفی شده است. نتایج برازش این مدل نشان می‌دهد که $0/21$ تغییرات متغیر وابسته، توسط متغیرهای مورد نظر توضیح داده می‌شود. لذا با توجه به میزان ضریب تعیین می‌توان چنین بیان کرد که مدل ساختاری مورد نظر از برازش متوسطی برخوردار است.

آزمون بعدی، کیفیت مدل ساختاری (CV. Red) یا Q^2 قدرت پیش‌بینی مدل را مشخص می‌کند و در صورتی که مقدار Q^2 در مورد یک سازه درون‌زا سه مقدار $0/02$ ، $0/15$ و $0/35$ را کسب کند، به ترتیب نشان از قدرت پیش‌بینی ضعیف، متوسط و قوی سازه یا سازه‌های برون‌زای مربوط به آن را دارد. نتایج حاکی از آن است که مقدار Q^2 مربوط به سبک‌های هویت $0/05$ است که حاکی از برازش ضعیف مدل ساختاری است. به منظور برازش کلی مدل، از معیار GOF استفاده شده است. وتزلس و همکاران (۳۸) معتقدند که مقادیر $0/01$ ، $0/25$ و $0/36$ برای معیار GOF، به ترتیب نشان دهنده مقادیر ضعیف، متوسط و قوی است. معیار GOF مدل این پژوهش، $0/1$ در حد متوسط است. در نتیجه می‌توان گفت در این پژوهش به دلیل عدم وجود میزان ارتباط معنادار بین متغیر مستقل و وابسته، فرضیه پژوهش رد می‌شود.

درصد) فرزند پسر و 56 ($46/7$ درصد) فرزند دختر بودند و نیز نمره آپگار نوزادان $0/9$ ، 104 ($86/7$ درصد)، نمره آپگار $0/8$ ، 12 نوزاد (10 درصد) و نمره آپگار $0/7$ ، 4 نوزاد ($3/3$ درصد) بودند. نمره افسردگی مادران نیز در جدول زیر ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار افسردگی پس از زایمان در زنان $12/7 \pm 7/05$ محاسبه شده است و این عدد نشانگر آن است که این زنان به افسردگی متوسط پس از زایمان دچار هستند. 86.6 درصد (شامل 104 نفر) افراد گروه نمونه مورد بررسی، دچار میزان افسردگی متوسط و ضعیف بودند. 13.3 درصد (شامل 16 نفر) هم دچار افسردگی زیاد بودند.

فرضیات این پژوهش: بین افسردگی پس از زایمان، آپگار نوزادان و جنسیت فرزند در زایمان طبیعی با بی‌دردی و بدون بی‌دردی رابطه معنادار وجود دارد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که بین آپگار و جنسیت فرزند رابطه معناداری وجود ندارد، بین افسردگی پس از زایمان و جنسیت فرزند متولد شده رابطه ضعیفی ($0/16$) وجود دارد، بین افسردگی و نمره آپگار رابطه معناداری ضعیف و معکوسی ($-0/26$) وجود دارد، بین زایمان با بی‌دردی و بدون بی‌دردی و افسردگی، جنسیت و نمره آپگار نوزادان رابطه ضعیفی (به ترتیب $0/22$ ، $0/13$ و $0/28$) وجود دارد. برای تکمیل پژوهش و روشن‌تر شدن مسئله، تحلیل مسیر افسردگی پس از زایمان، نمره آپگار، نوع زایمان (با و بدون بی‌دردی) و جنسیت فرزند انجام شد که مدل زیر نشان دهنده این تحلیل است.

شکل ۱ نشان می‌دهد که افسردگی پس از زایمان با جنسیت نوزاد، نوع زایمان طبیعی (با و بی‌دردی) و نمره آپگار دارای چه نوع روابطی و چه میزانی هستند. برای سنجش تحلیل ضرایب مسیر باید مدل برازش شود، به همین دلیل به منظور تخمین برازش مدل از شاخص‌های مختلفی بهره گرفته شده است. مطابق با نظر هولند (۳۷)، اگر ضرایب بارهای عاملی کمتر از $0/35$ باشد حذف

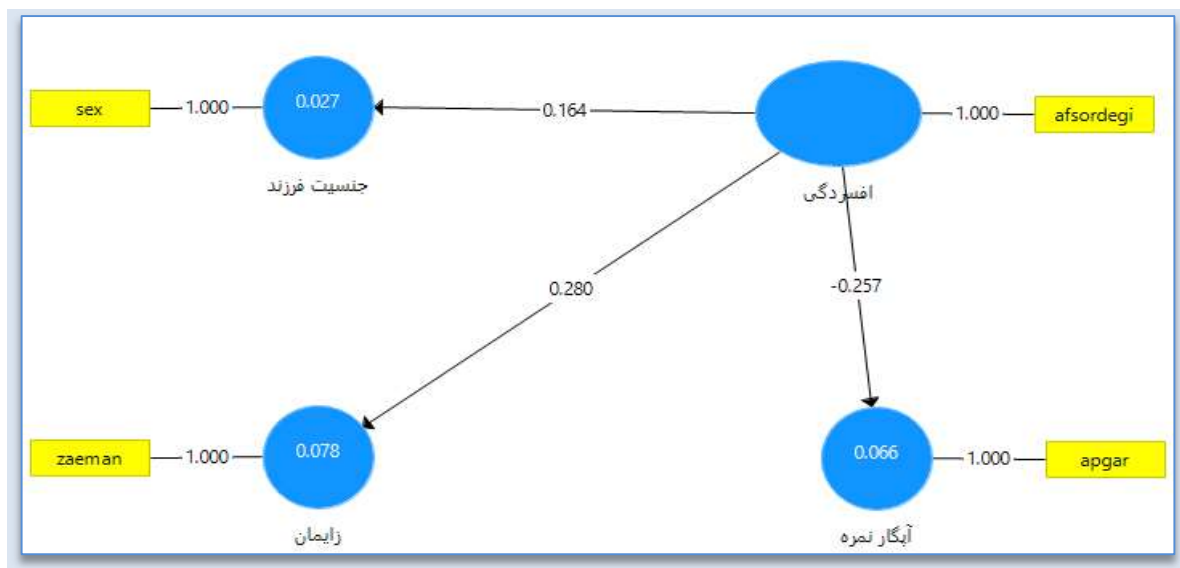
جدول ۱. فراوانی افسردگی پس از زایمان مادران مشارکت کننده

نمره	تحلیل	فراوانی	درصد فراوانی
۰-۱۰	افسردگی ضعیف	۵۲	۴۳/۳
۱۱-۲۰	افسردگی متوسط	۵۲	۴۳/۳
۲۱-۳۰	افسردگی زیاد	۱۶	۱۳/۳
کل	-	۱۲۰	۱۰۰

جدول ۲. رابطه بین افسردگی پس از زایمان و نمره آپگار

متغیر	جنسیت فرزند	نمره آپگار	افسردگی	نوع زایمان طبیعی
جنسیت فرزند	۱			
نمره آپگار	-۰/۰۱	۱		
افسردگی	۰/۱۶	-۰/۲۶	۱	
نوع زایمان طبیعی	۰/۱۳۴	۰/۲۲	۰/۲۸	۱

P<0/01



شکل ۱. مدل برآوردی در تحلیل ضرایب مسیر

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی روابط و تحلیل مسیر در افسردگی پس از زایمان در زایمان طبیعی با بی‌دردی و بدون بی‌دردی، جنسیت نوزاد و نمرات آپگار نوزادان در حین تولد بود. نتایج پژوهش‌های پیشین نیز حاکی از آن است که یافته‌های ضد و نقیضی در این باره وجود دارد.

برخی پژوهشگران همچون حسینی، نقیبی و خادم‌لو (۱۸)، کامرانپور و شکبیا (۱۹)، قره‌ناز، محدثی و عدالت‌نمون (۲۰) از رابطه بین این دو متغیر سخن به میان آورده و برخی دیگر از پژوهشگران مانند نیک‌پور و همکاران (۲۱)، لوارد (۲۳)، کارتر، فرامتون و مولدر (۲۲) و بل و همکاران (۲۴) در پژوهش‌های خود از عدم رابطه

میزان افسردگی نقش چندانی ندارد، در نتیجه نیاز است تا کاوش‌های بیشتری در این زمینه انجام گردد. بنابراین، ادغام بیماری‌های روانی با مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک مهم است و آموزش اطلاعاتی و ارتباطات تغییر رفتار در مورد افسردگی پس از زایمان بهتر است مورد توجه قرار گیرد. از طرف دیگر افسردگی نوعی بیماری است که به تدریج اتفاق می‌افتد و نیازمند چندین رویداد سنگین و یا یک سانحه عظیم است، در نتیجه نگاه جزئی‌نگر به این زمینه کار عبث و بیهوده‌ای است، پس بهتر است تاریخچه افراد بررسی شده و نگاه کلان و کلی‌تری به این مقوله انداخته شود.

بدون شک هر مطالعه‌ای دارای محدودیت‌هایی است، و محدودیت‌هایی برای این مطالعه نیز وجود دارد. اولین مورد معیارهای ورود است. در این مطالعه فقط زنان با بارداری بدون خطر مورد بررسی قرار گرفتند. بنابراین، تحقیقات آینده باید مطالعه را بر روی نمونه‌هایی از زنانی که باردار دوقلویی یا دارای بارداری پرخطر هستند و یا دچار سقط جنین بودند، گسترش دهد. محدودیت دوم این است که مطالعه ما فقط نقش متغیرهای نمره آپگار نوزاد، جنسیت نوزاد، زایمان طبیعی با / و بدون بی‌دردی را مورد بررسی قرار داد، بدون در نظر گرفتن نقش روابط زنان، ماماها و کادر پزشکی و پرستاری در تأثیر زایمان مادران در دوران بارداری و زایمان، و پیامدهای افسردگی پس از زایمان. یک جهت مهم برای تحقیقات آینده گسترش این مطالعه به سایر جنبه‌های شبکه اجتماعی زنان است. ارائه این داده‌های اضافی می‌تواند به ما این امکان را بدهد که مداخلات پیشگیرانه خاص و هدفمندی را برای افسردگی پس از زایمان ایجاد کنیم و درک بهتری از متغیرها در زنان با سابقه پیچیده‌تر بارداری مهم باشد. سومین محدودیت برای این مطالعه این است که افسردگی پس از زایمان در ۱ ماه تا ۴۰ روز پس از تولد مورد ارزیابی قرار گرفت. اگرچه به رسمیت شناخته شده است که آسیب‌پذیری افسردگی تا ۶ ماه پس از زایمان

صحبت کرده‌اند. این پژوهش نیز نتوانسته است رابطه‌ای را میان این متغیرها بیابد.

در مطالعه شی تیو، گدا و درسا (۳۹) که در کشورهای آفریقایی انجام شده است، از ۵۹۶ شرکت کننده در مطالعه میزان پاسخدهی ۹۷/۴ درصد، تقریباً یک چهارم (۲۳/۷ درصد) زنان از افسردگی پس از زایمان رنج می‌بردند. وضعیت تأهل، بارداری ناخواسته، رابطه جنسی، بیماری نوزادان و حمایت اجتماعی پایین پیش‌بینی کننده‌های مستقل افسردگی پس از زایمان بودند. پژوهشی که لی و همکاران (۴۰) در چین انجام دادند نیز نشان داد حدود ۲۰ درصد زنان پس از زایمان دچار افسردگی شدند و عواملی چون مشارکت همسر در نگهداری فرزند، مورد توجه قرار گرفتن، تبعیض بین دختر و پسر، عدم شیردهی به فرزند، استفاده از شیر خشک و زایمان سزارین در شدت افسردگی تأثیرگذار بوده است. در پژوهش دیگری که توسط اسمورتی، پونتی و پانستی (۴۱) بر روی ۱۶۱ زن ایتالیایی انجام شد، افسردگی پس از زایمان با عوامل متعددی مرتبط است (سن زن، ویژگی‌های روانی زن قبل از زایمان، میزان دلبستگی قبل از تولد به کودک، کیفیت رابطه عاشقانه و برخی مشکلات زایمان بالینی). به طور کلی نیز، میزان دلبستگی قبل از تولد به کودک مهم‌ترین پیش‌بینی کننده افسردگی پس از زایمان بوده است.

نتایج یافته‌های پژوهش‌های پیشین نیز نشان داد که عوامل متعددی در به وجود آوردن و شدت افسردگی پس از زایمان دخیل هستند و هر پژوهشی از یک منظر به این متغیر پرداخته است. یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان داد که میزان افسردگی پس از زایمان در نمونه‌های پژوهش متوسط به سمت بالا است. وجود افسردگی پس از زایمان در این گروه زنان قابل چشم‌پوشی نیست و نیاز است تا عوامل مؤثر بر آن در پژوهش‌های آتی بررسی گردد، زیرا که متغیرهایی همچون نمره آپگار نوزاد، جنسیت نوزاد، زایمان طبیعی با / و بدون بی‌دردی در

پزشکی و بالینی توجه کرده‌اند. با این حال، نتایج ما بر اهمیت تمرکز مجدد بر مراقبت و سلامت همه‌جانبه تأکید می‌کند و ارتقاء سلامت مادران و کودکان را در مراحل پیش از تولد با گسترش ابتکارات در عمل بالینی به غربالگری‌های رفتاری و روانی اجتماعی دیگر پیشنهاد می‌کند. علاوه بر اهمیت تشخیص زودهنگام علائم افسردگی و اضطراب در زنان نخست‌زا، همه این روابط باید در نظر گرفته شود تا نتیجه مثبت‌تری نسبت به گذار به مادر شدن تضمین شود. علاوه بر این، ممکن است ارائه اطلاعات بیشتر به زنان در مورد امکانات مختلف زایمان و زایمان مهم باشد: آنها چه هستند، چه پیامدهایی دارند، نه تنها بر سلامت مادر و کودک، بلکه بر روابط مادر و فرزند، تا زنان بتوانند درک جامع‌تری از این جنبه‌های مهم داشته باشند.

در نتیجه، ما معتقدیم که این نتایج می‌تواند پیامدهای بالینی و اجتماعی مرتبط داشته باشد. درک مهم‌ترین عوامل خطر مرتبط با افسردگی پس از زایمان برای شناسایی زنان باردار در معرض خطر و مداخله سریع برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه ضروری است.

(۱۴-۱۶) ادامه دارد، اما بر اساس DSM-5، افسردگی با شروع پس از زایمان، دوره ای از افسردگی اساسی است که در ۴ هفته پس از زایمان رخ می‌دهد. در هر صورت، تحقیقات بیشتر باید پیگیری را به مدت طولانی‌تری، به عنوان مثال، ۴-۶ ماه از عمر کودک، افزایش دهد. لازم به ذکر است که تعداد مقایسه بین روش‌های تولد بسیار متفاوت است. در تحقیقات آینده، مناسب است که نمونه‌ای همگن‌تر، برای مقایسه افسردگی پس از زایمان هم بعد از سزارین و هم پس از زایمان خود به خود یا ناشی از واژینال وجود داشته باشد. در نهایت، مطالعات بیشتر با نمونه‌های بزرگ‌تر برای تکرار یافته‌های ما مطلوب است.

به طور کلی، نتایج مطالعه حاضر ارتباط زیادی با عملکرد بالینی دارد. افسردگی دوران بارداری یک مسئله مهم بهداشت عمومی با عواقب بعدی برای مادران، کودکان و خانواده‌ها است. این امر به ویژه در مورد زنان در اولین بارداری صادق است، زیرا آسیب‌پذیری عاطفی آنها بیشتر است. غربالگری به موقع و درمان مناسب برای پیشگیری از رنج غیر ضروری مورد نیاز است. تاکنون، برنامه‌های غربالگری و بهداشت پیشگیرانه به عوامل خطر

REFERENCES

- 1- Pan PH, Eisenach JC. The pain of childbirth and its effect on the mother and the fetus. In: Chestnut DH, Polley LS, Tsen LC, Wong CA, editors. Obstetric anesthesia: Principles and practice. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 441-53.
- 2- Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord* 191:62-77.
- 3- Pavlov M, Steiner N, Kessous R, Weintraub AY, Sheiner E. (2014). Obstetric and neonatal outcome in patients with anxiety disorders. *J Matern Fetal Neonatal Med* 27(13):1339-1342.
- 4- Walfisch A. (2012). Maternal depression and perception of teratogenicity. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 19(3): e376-e379.
- 5- Yedid Sion M, Harlev A, Weintraub AY, Sergienko R, Sheiner E. (2016). Is antenatal depression associated with adverse obstetric and perinatal outcomes? *J Matern Fetal Neonatal Med* 29(6):863-867.
- 6- Sharma P, Avasthi A, Chakrabarti S, Varma S. (2002). Depression among hospitalised medically ill patients: a two-stage screening study. *J Affect Disord* 70(2):205-209.
- 7- Brandon AR, Trivedi MH, Hynan LS, Miltenberger PD, Labat DB, Rifkin JB, Stringer CA. (2008). Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *J Clin P*.

- 8- Byatt N, Hicks-Courant K, Davidson A, Levesque R, Mick E, Allison J, Moore Simas TA. (2014). Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 36(6):644–649.
- 9- Azimi Lolaty H, Hsaini SH, Khalilian A, Zaghani M. (2007). Prevalence and predictors of postpartum depression among pregnant women referred to mother-childcare clinic. *ResJBiolSci*; 2(3):285-90.
- 10- Posmontier B. (2008). Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *J Midwifery Womens Health*; 53: 310-8.
- 11- Azimi Lolaty H, Hsaini SH, Khalilian A, Zaghani M. (2007). Prevalence and predictors of postpartum depression among pregnant women referred to mother-childcare clinic. *ResJBiolSci*; 2(3):285-90.
- 12- Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. (2007). Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand*, 115(6):481–486.
- 13- Dayan J, Creveuil C, Marks MN, Conroy S, Herlicoviez M, Dreyfus M, Tordjman S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom Med*, 68(6):938–946.
- 14- George RB, Allen TK, Habib AS. (2013). Intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusions for labor analgesia. *Anesth Analg*; 116(1):133-44. doi:10.1213/ANE.0b013e3182713b26. [PubMed:23223119].
- 15- Grote, N.K., Bridge, J.A., Gavin, A.R., Melville, J.L., Iyengar, S., Katon, W.J., (2010). A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1012-1024.
- 16- Talbot J. (2001). The year book of psychiatry and applied mental health. Philadelphia: Mosby: 39-200.
- 17- Lowdermilk L, Perry E, Bobak M. (2000). Maternity and women health care. 7th ed. Philadelphia: Mosby;940-64.
- ۱۸- حسینی، سیدحمزه، نقیعی، ابوالحسن، خادملو محمد. (۱۳۸۷). افسردگی پس از زایمان و رابطه آن با برخی از عوامل مرتبط. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*; ۱۰ (۲): ۷۶-۸۱.
- ۱۹- کامرانپور، سیده بهاره، شکیبا، مریم. (۱۳۹۰). ارتباط بین زایمان به روش سزارین و افسردگی پس از زایمان. *دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۲: ۵۶-۶۲.
- ۲۰- قره‌ناز، مرضیه، محدثی، حمیده، عدالت نمون، ریحانه. (۱۳۹۵). بررسی عوامل مساعدکننده افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهر ارومیه در سال ۱۳۹۴. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۴ (۱)، ۹۲۵-۹۱۸.
- ۲۱- نیک‌پور، مریم، عابدیان، زهرا، مخبر، نغمه، خالقی، زهرا، بنی حسینی، سیده زهرا، ابراهیم زاده، سعید. (۱۳۹۱). ارتباط نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴ (۱)، ۴۶-۵۳.
- 22- Bell, A., Carter, C., Davis, J., Golding, J. (2016). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19: 219-227.
- 23- Sword W, Landy CK, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, et al. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG*;118(8):966-977.
- 24- Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. (2006). Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom*;68(2):321-30.
- ۲۵- فریدی تازه‌کند، نسرين. مروری بر بیهوشی در مامایی و زایمان بدون درد. تهران: حیان. ۱۳۸۱. ص. ۱-۲۵.
- ۲۶- نجفی، مهدی. اصول بیهوشی میلر. تهران: سماط. ۲۰۰۰. ص. ۳۸۲-۳۶۰.
- 27- Rabert k, hall J, Nelson. (2016). textbook of pediatric, translated by Velayati A, 3th, Andishe rafi. P. 28, 29. (Persian).
- 28- Rogers, J.F., Graves, W.L., (1993). Risk factors associated with low Apgar scores in a low-income population. *Paediatr. Perinat. EP*. 7, 205-216.
- 29- Alder J, Fink N, Urech C, Hösli I, Bitzer J. (2011). Identification of antenatal depression in obstetric care. *Arch Gynecol Obstet* 284(6): 1403–1409.

- 30- Odd DE, Gunnell D, Lewis G, Rasmussen F. (2011). Long-term impact of poor birth condition on social and economic outcomes in early adulthood; 127: e1498–504.
- 31- Razaz, N., Boyce, W.T., Brownell, M., Jutte, D., Tremlett, H., Marrie, R.A., Joseph, K.S., (2016). Five-minute Apgar score as a marker for developmental vulnerability at 5 years of age. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition* 101, F114-F120.
- 32- Ehrenstein, V., Pedersen, L., Grijsa, M., Nielsen, G.L., Rothman, K.J., Sørensen, H.T., (2009). Association of Apgar score at five minutes with long-term neurologic disability and cognitive function in a prevalence study of Danish conscripts. *BMC Pregnancy Childbirth* 9, 14.
- 33- Stuart, A., Olausson, P.O., Källen, K., (2011). Apgar Scores at 5 Minutes After Birth in Relation to School Performance at 16 Years of Age. *Obstet. Gynecol.* 118, 201-208.
- 34- Jensen, H.M., Grøn, R., Lidegaard, Ø., Pedersen, L.H., Andersen, P.K., Kessing, L.V., (2013). Maternal depression, antidepressant use in pregnancy and Apgar scores in infants. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 202, 347-351.
- 35- Salustiano, E.M.A., Campos, J.A.D.B., Ibidi, S.M., Ruano, R., Zugaib, M., (2012). Low Apgar scores at 5 minutes in a low risk population: maternal and obstetrical factors and postnatal outcome. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58, 587-593.
- 36- Cox, JL, Holden, JM, Sagovsky, R. (1987). depression postnatal of Detection. *Journal British of Association*, 156(5), 1-20.
- ۳۷- احمدی کانی گلزار، ارسلان، قلی‌زاده، زلیخا. (۱۳۹۴). اعتبار سنجی ایرانی آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبرگ برای غربالگری افسردگی پس از زایمان. *نشریه روان پرستاری*، ۳(۳)، ۱-۱۰.
- 38- Grigoriadis, S., VonderPorten, E.H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C.L., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., Cheung, A., Radford, K., Martinovic, J., Ross, L.E., (2013). The Impact of Maternal Depression During Pregnancy on Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry* 74, e321-e341.
- 39- Shitu, S., Geda, B., Dheresa, M. (2019). Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19: 435, 1-9.
- 40- Li, Q., at all. (2020). Impact of some social and clinical factors on the development of postpartum depression in Chinese women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20: 226, 2-8.
- 41- Smorti, M., Ponti, L., & Pancetti, F. (2019). A Comprehensive Analysis of Post-partum Depression Risk Factors: The Role of Socio-Demographic, Individual, Relational, and Delivery Characteristics. *Frontiers in Public Health*, 7. doi:10.3389/fpubh.2019.00295.