پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۹، شماره ۴، زمستان ۸۴، صفحات ۳۳۱ تا ۳۳۵

Original Article

بررسی رابطه نوع زایمان با بروز علائم افسردگی زودرس بعد از زایمان

دکتر مهرناز فرزد، دکتر سعیده بهاره قاضی میر سعید ×

× گروه زنان و زایمان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی

چکیده

سابقه و هدف: *به منظور بررسی رابطه علائم افسردگی زودرس بعد از زایمان با نوع زایمان (واژینال یا سزارین)، این مطالعه در سال ۱۳۷۹ در بیمارستان هدایت تهران انجام گردید.*

روش بررسی: *خانمهای باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه مراقبتهای دوران بارداری که مایل به شرکت در این مطالعه بودند چنانچه مشخص گردید که زمینه افسردگی قبلی نداشته‌اند (با استفاده از Beck depression inventory)، در مطالعه وارد می‌شدند. برای ۲۰۰ خانم باردار، قبل و یک هفته بعد از زایمان پرسشنامه بر اساس آزمون Beck تکمیل گردید. خصوصیات فردی مانند سن، تحصیلات و نیز خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، میزان رضایت از زندگی خانوادگی و مشکلات نوزاد ثبت گردید.*

یافته‌ها: *نتایج این مطالعه نشان داد که ۵۵٪ خانمها بعد از زایمان دچار علائم زودرس افسردگی می‌شدند و در نوع زایمان به روش سزارین احتمال این افسردگی به طور غیر معنی‌داری بیشتر از زایمان واژینال است ($p<۰/۰۸$ و $RR=1.6$). در خانمهایی که بعد از زایمان واژینال دچار علائم افسردگی زودرس می‌شدند، شدت بروز علائم بیش از زایمان سزارین بود ($p<۰/۰۳$).*

نتیجه‌گیری: *بالا بودن میزان علائم افسردگی زودرس بعد از زایمان، بخصوص بعد از سزارین و مشکلات ناشی از بروز افسردگی، توجه جدی به این موضوع را می‌طلبد. مطالعات وسیعتر جهت تعیین دامنه، عوارض و پیشگیری از آن توصیه می‌شود.*

واژگان کلیدی: *افسردگی زودرس بعد از زایمان، زایمان واژینال، سزارین.*

مقدمه

افسردگی یکی از بیماریهای شایع و از مشکلات خاص دوران بارداری و پس از آن می‌باشد (۱). افسردگی پس از زایمان به درجاتی از افسردگی یا خمودگی ظرف چند روز پس از زایمان اطلاق می‌گردد (۲). حدوداً ۸۰ درصد موارد افسردگی پس از زایمان تشخیص داده نمی‌شود (۳). شیوع افسردگی در دوران پس از زایمان از ۲۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (۲،۱). تداوم این مسئله سبب محدودیت دوران شیردهی و جدایی شیرخوار از مادر می‌گردد که عوارض شناخته شده‌ای به همراه دارد (۱). توجیهی برای درمان بدون اتیولوژی این عارضه وجود ندارد که خود تبعات شناخته شده‌ای را مطرح می‌کند (۳،۱). بدین ترتیب اولین اقدام برای کاهش مشکل، شناخت علل بوجود آورنده افسردگی به عبارت دیگر Maternal blue یا دلتنگی می‌باشد که در هفته‌های اول اتفاق می‌افتد. در بررسی پیشینه تحقیق عوامل زیادی در بروز افسردگی در خانمهای باردار مطرح شده است و این سؤال که "آیا نوع زایمان در بروز افسردگی نقش دارد یا خیر؟" در دسترس قرار نگرفته است. چهارچوب نظری تحقیق این بود که معمولاً بیماران طی لیبر با ساعاتی دردناک و مسائلی ناشناخته مواجه هستند که احتمالاً در کشور ما این نکات قبل از زایمان بطور واضح و روشن برای بیمار توضیح داده نمی‌شود و لذا این گمانه مطرح می‌شود که شاید این ساعات در ایجاد افسردگی در دوران پس از زایمان نیز نقش داشته باشد. بمنظور تعیین بروز علائم افسردگی پس از زایمان و نقش نوع زایمان در بروز آن، این

آدرس نویسنده مسئول: تهران، خیابان زرگنده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی، گروه زنان و زایمان، دکتر مهرناز فرزد (**email:** m2.farzad@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۶/۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٤/۹/۵

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

تحقیق روی مراجعین به بیمارستان هدایت تهران در سال ۱۳۷۹ انجام گردید.

مواد و روشها

تحقیق در مرحله اول به روش توصیفی و در مرحله دوم به روش هم‌گروهی (Cohort study) انجام گرفت. در مرحله اول تحقیق روی تعداد ۲۰۰ نفر انجام گرفت. این تعداد نمونه با پیش‌بینی بروز علائم افسردگی در دوران پس از زایمان به میزان ۵۰٪ (۳) و میزان خطای ۷٪ برآورد گردید و نمونه‌گیری به روش مراجعه مستمری (Sequential) بود.

در مرحله دوم گروه مورد کسانی بودند که با اندیکاسیون سزارین زایمان کردند. خصوصیاتی مثل تحصیلات مادر، تحصیلات همسر، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، شیردهی یا عدم شیردهی، رضایت از زندگی زناشویی و مشکلات طبی نوزاد در هفته اول پس از تولد بررسی و در یک فرم اطلاعاتی ثبت گردید.

نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بوده به این ترتیب که ابتدا گروه مورد مشخص و بر اساس آن گروههای شاهد واجد شرایط انتخاب شدند.

همزمان در همان بیمارستان خانمهایی که به روش طبیعی زایمان کردند به عنوان گروه شاهد تلقی شدند و خصوصیات آنها عیناً مثل افراد گروه مورد بررسی و در فرم اطلاعاتی ثبت شد.

در تمام بیماران در بدو ورود به واحد لیبر یا بخش قبل از شروع دردهای زایمانی یا شدت گرفتن آن وضعیت افسردگی با پرسشنامه Beck (۴) مورد بررسی قرار گرفت و کسانی که بر اساس نتایج این تست درجاتی از افسردگی داشتند، وجود افسردگی قبل از زایمان، به عنوان معیار خروجی تلقی و از مطالعه حذف شدند.

یک هفته پس از زایمان مجدداً به افراد گروه مورد و شاهد مراجعه شد و عیناً وضعیت علائم افسردگی آنها با آزمون Beck مورد ارزیابی قرار گرفت و وجود یا عدم وجود افسردگی در آنها بررسی و ثبت شد. در صورت وجود علائم افسردگی وضعیت خفیف یا شدید آنها مشخص گردید.

داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه‌بندی و استخراج شد، ابتدا با آمار توصیفی ارائه و سپس ارتباط نوع زایمان با بروز علائم افسردگی با آماره خی‌دو مشخص و Attributed risk و Relative risk نوع زایمان با بروز علائم افسردگی تعیین گردید. ضمناً نقش سطح تحصیلات مادر، سطح تحصیلات همسر، رضایت از زندگی درونی، حاملگی خواسته یا ناخواسته، شیردهی یا عدم شیردهی و مشکلات طبی نوزاد در هفته اول در هر یک از انواع زایمانها بعنوان عوامل مرتبط با بروز علائم افسردگی نیز تعیین گردید.

یافته‌ها

تحقیق روی تعداد ۲۰۰ خانم حامله با حاملگی اول انجام گرفت. ۱۰۰ نفر با دلایل مامایی سزارین شدند و ۱۰۰ نفر گروه شاهد آنها زایمان طبیعی انجام دادند. سن بیماران بین ۱۷ تا ۳۸ سال بود.

از ۲۰۰ نفر مورد بررسی که قبل از زایمان افسردگی نداشتند صرفنظر از نوع زایمان در ۱۱۰ نفر آنها علائم افسردگی ایجاد شد (۵۵٪ مادران). با توجه به این شیوع در نمونه‌های مورد بررسی میزان واقعی آن در جامعه با احتمال ۹۵٪ از حداقل ۴۸٪ تا حداکثر ۶۱٪ برآورد می‌گردد. بروز علائم افسردگی در افراد در گروه با زایمان واژینال ۴۹٪ و در افرادی که با سزارین وضع حمل نمودند ۶۱٪ برآورد گردید. آماره کای‌دو نشان داد که بعد از سرازین احتمال بروز علائم افسردگی بیشتر است ($p<0/08$). Relative risk نوع زایمان با بروز علائم افسردگی ۱/۶ بود.

بررسی علائم افسردگی در دو گروه نشان می‌دهد که علائم افسردگی خفیف و متوسط در گروه سزارین ۱۸٪ بیشتر از گروه زایمان طبیعی (۵۵٪ در مقابل ۳۷٪) و برعکس علائم افسردگی شدید در گروه زایمان طبیعی ۶٪ بیشتر از گروه زایمان سزارین (۱۲٪ در مقابل ۶٪) بود ($p<0/03$). سن مادر و دفعات حاملگی متغیرهای مداخله‌گری هستند که مشابه‌سازی شدند.

در جدول شماره ۱ میزان علائم افسردگی برحسب رضایت از زندگی و به تفکیک نوع زایمان ارائه گردیده نشان می‌دهد که به گفته بیماران رضایت از زندگی درونی در دو گروه مورد مطالعه مشابه بوده و یا اختلاف آنها به لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است. در خانمهایی که زایمان طبیعی داشته‌اند کیفیت رضایت از زندگی درونی با میزان بروز علائم افسردگی ارتباط داشت به طوری که در این گروه در ۳۳٪ از خانمهای با رضایت کامل از زندگی درونی و در خانمهایی که رضایت از زندگی درونی نداشتند ۶۲/۵٪ علائم افسردگی بروز نمود ($p<0/005$). این یافته‌ها در مورد گروه زنانی که با سزارین زایمان شدند نیز با شدت بیشتری وجود داشت ($p<0/005$).

تحقیق نشان داد میزان تحصیلات با میزان بروز علائم افسردگی در زایمان طبیعی ارتباطی نداشته و همینطور میزان

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

تحصیلات در خانمهایی که به روش سزارین زایمان کرده‌اند، نیز نقشی نداشته است. میزان تحصیلات همسر زنان مورد بررسی، با میزان علائم افسردگی، در دو گروه زایمان سزارین و زایمان طبیعی ارتباطی نداشته است.

جدول ۱- توزیع خانمها پس از زایمان بر حسب بروز علائم افسردگی و برحسب سطح تحصیلات همسر، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، شیردهی، عدم شیردهی، بروز مشکلات نوزادی در هفته اول و رضایت از زندگی درونی در بیمارستان هدایت تهران، سال ۱۳۷۹

متغیر		زایمان طبیعی		سزارین	
		افسرده	غیرافسرده	افسرده	غیرافسرده
سطح تحصیلات	بیسواد	۳	۲	۲	۰
	زیردیپلم	۸	۱۲	۲	۹
	دیپلم	۲۷	۲۳	۲۸	۱۳
	تحصیلات عالی	۱۱	۱۴	۱۱	۷
خواسته بودن حاملگی		۳۱	۴۰	۳۶	۳۲
ناخواسته بودن حاملگی		۱۸	۱۱	۲۵	۷
شیردهی		۴۷	۵۰	۵۷	۳۸
عدم شیردهی		۲	۱	۴	۱
بروز مشکلات نوزادی در هفته اول		۱۲	۵	۱۲	۵
رضایت از زندگی درونی		۴۹	۵۱	۶۱	۳۹

در خانمهایی که زایمان واژینال داشته و علائم افسردگی نداشتند میانگین سنی ۴/۰±۲۷/۱ و در همین گروه خانمهایی که علائم افسردگی در آنها بروز کرد میانگین سنی ۵/۲±۲۶/۲ سال بود که اختلاف کم آنها به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. همین‌طور در گروه خانمهایی که به روش سزارین زایمان کردند، سن افراد بدون علائم افسردگی ۳/۰±۲۸/۲ و در گروهی که علائم افسردگی در آنها بروز کرد سن آنها ۴/۹±۲۶/۹ سال بود. این اختلاف سنی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. این در حالیست که در هر دو گروه سن خانمهای افسرده اندکی کمتر از افراد غیرافسرده بود.

خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی با نوع زایمان ارتباطی ندارد و در مجموع هر گروه حدود ۳۰٪ حاملگی ناخواسته وجود داشته است و میزان بروز افسردگی در خانمهایی که زایمان طبیعی و حاملگی ناخواسته داشتند، ۲۰٪ بیشتر از کسانی بود که حاملگی خواسته داشتند ($p<0/08$) (جدول ۱). در خانمهای سزارین شده با حاملگی ناخواسته میزان افسردگی ۲۵٪ بیشتر از خانمهای مشابهی بود که حاملگی خواسته داشتند ($p<0/02$).

تحقیق نشان داد در خانمهایی که فرزند آنها در هفته اول تولد دچار مشکلات طبی شده است در هر دو گروه زایمان سزارین و طبیعی حدود ۷۰٪ افسردگی بروز کرده است. به تعبیر دیگر مشکلات طبی نوزادان در هفته اول تولد صرفنظر از نوع زایمان در بروز افسردگی نقش دارد. سایر علل بررسی شده در بروز افسردگی پس از زایمان در دو گروه نقش تأثیرگذاری نداشتند.

بحث

تحقیق نشان داد که بروز افسردگی پس از زایمان ۵۵٪ بوده و نوع زایمان با بروز و شدت افسردگی ارتباط دارد. به این ترتیب که در خانمهای با زایمان طبیعی میزان افسردگی خفیف و متوسط کمتر از خانمهایی با زایمان سزارین ولی میزان افسردگی شدید بیشتر بود. افسردگی پس از زایمان از اهمیت برخوردار است و خطرات ناشی از آن تمام جامع را درگیر می‌سازد (۵). عوارض و مشکلات روانی پس از زایمان را از یک طیف افسردگی خفیف که اختلال مختصری در روابط مادر و نوزاد ایجاد می‌کند و یا سبب عدم اعتماد مادر نسبت به توانایی نگهداری از نوزاد می‌شود تا حالت شدید که میل به صدمه زدن به خود یا نوزاد است، متغیر است (۶). بدلیل شیوع بالای افسردگی پس از زایمان و پیامدهای آن در جامعه شاید بتوان آن را بعنوان یکی از مهمترین مسائل دوران پس از زایمان تلقی نمود. ۸۰٪ موارد افسردگی پس از زایمان تشخیص داده نمی‌شود (۲). اگر افسردگی ادامه یابد، شاید نیاز به بستری شدن در بیمارستان باشد که این امر خود مشکلات مادر، نوزاد و خانواده را افزایش می‌دهد (۷). اکنون این سؤال مطرح است که از این یافته چگونه می‌توان در برنامه‌های آموزشی و خدماتی استفاده کرد؟

از آنجائی که اولین فردی که مراقبت نوزاد را بر عهده دارد مادر است، افسردگی او در تکامل نوزاد تأثیر بسزایی دارد و باید مورد توجه خاص قرار گیرد. مادران افسرده در مقایسه با مادران غیرافسرده ارتباط کمتری با نوزادان خود برقرار می‌سازند و این مسئله منجر به کاهش وابستگی مادر و فرزند می‌گردد. در نتیجه مادر به تدریج نسبت به فرزند خود بی‌تفاوت شده و نسبت به او رفتارهای تهاجمی بیشتری از خود بروز می‌دهد و زمان کمتری را صرف تربیت فرزند خود می‌نماید (۷). کودکان مادرانی که پس از زایمان دچار افسردگی شده‌اند از نظر سطح هوشی پائین‌تر از کودکانی هستند که مادرانی افسرده نداشته‌اند و همچنین این کودکان بیش از کودکان مادران سالم دچار مرگ ناگهانی می‌شوند (۲).

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

کودکان مادران افسرده ناآرام‌تر و ضعیف‌تر بوده و از نظر تکامل کلامی عقب‌تر از کودکان هم‌سن خود هستند. احتمال آنکه این رفتار مادر افسرده توسط کودک آموخته و تقلید شود نیز بسیار زیاد است. این کودکان در آینده در ایفای نقش والد خود ممکن است با مشکل مواجه شوند (۸).

افسردگی پس از زایمان اثرات مخربی بر روی زن و زندگی زناشویی وی دارد. افسردگی پس از زایمان ممکن است منجر به مرگ زود هنگام نیز (۸). این اختلال روانی در مادر سبب بدرفتاری و ناسازگاری در کل خانواده می‌گردد (۵).

ناسازگاری سبب بروز اختلاف و کاهش حمایت همسر از مادر افسرده می‌گردد که خود بر معضل موجود می‌افزاید (۲). این خانمها بدلیل هراس از تکرار بیماری در صورت حاملگی مجدد تمایل به خودکشی یا فرزندکُشی دارند و بشدت در مقابل حاملگی بعدی مقاومت می‌کنند و این امر خود منجر به اختلافات شدید شده و در نهایت ممکن است منجر به طلاق و جدایی زوجین از یکدیگر و فروپاشی خانواده گردد (۹).

اثرات اقتصادی افسردگی مادران قابل توجه است. مادران قادر به ایفای مسئولیتهای اجتماعی، خانوادگی و شغلی خود نیستند به این ترتیب بخش مهمی از نیروهای فعال جامعه دچار صدمه شده و این امر با خسارات آشکار اقتصادی بر خانواده و جامعه همراه خواهد بود.

دوره طولانی درمان، هزینه‌های سنگین درمانی نیز از دیگر مشکلات اقتصادی این عارضه خواهد بود (۹). افسردگی هر قدر که خفیف باشد می‌تواند سبب ضعف و ناتوانی فرد شود و در ایفای نقش وی در مسئولیت شغلی و خانوادگی اثرگذار باشد و منجر به از دست دادن شغل و بهم ریختن خانواده شود (۴). با توجه به ابعاد افسردگی پس از زایمان و اثرات متعدد و چندین جانبه آن بر روی مادر و کودک، خانواده، زندگی زناشوئی، وضعیت شغلی و در نهایت اثرگذاری در اجتماع و نقش داشتن آن در اقتصاد خانواده و جامعه، بایستی با تأمل بیشتری به این عارضه فکر کرد.

در مطالعاتی نقش واضح افسردگی مادران در تکامل روحی ــ روانی کودکان مطرح گردیده است (۱۱،۱۰). همچنین ذکر می‌شود که علائم افسردگی پس از زایمان در مادرانی که موقعیت اقتصادی و اجتماعی پایین دارند و از حمایت اجتماعی ناکافی برخوردار هستند، بیشتر است (۱۲،۳). تحقیق حاضر نشان داد که سطح سواد مادر و همسر او، سن مادر و مشکلات نوزادی در هفته اول زایمان با بروز افسردگی ارتباط نداشته ولی عدم رضایت از زندگی درونی و حاملگی ناخواسته در بروز افسردگی نقش دارد. در تحقیقی از کشورمان بیشترین عامل ایجاد افسردگی پس از زایمان عدم رضایت از همسر ذکر شده است (۱۳). در تحقیق ما میزان بروز افسردگی در خانمهای با زایمان طبیعی کمتر ازخانمهایی بوده است که به روش سزارین زایمان کرده‌اند. اگر این یافته در مطالعات دیگر هم تأئید شود یکی از امتیازات زایمان طبیعی خواهد بود.

با توجه به شکل‌گیری موج در خواست انجام سزارین بصورت انتخابی و بدون وجود اندیکاسیون مامائی، خطر بالقوه بروز موارد بیشتر افسردگی پس از زایمان و تمامی جوانب آن وجود دارد و بایستی از مخاطرات آن آگاه بود.

محدودیتهای این مطالعه قابل ذکر هستند. بررسی مجدد وضعیت افسردگی در نمونه‌ها فقط یکبار در ۱ هفته بعد از زایمان انجام گرفت و تکرار آزمون پس از آن با فاصله زمانی بیشتر انجام نگردید. محدودیت دیگر عدم جداسازی موارد سزارین است که شاید جداسازی سزارین‌های قبل از آغاز دردهای زایمانی، با سزارین‌های ناشی از شکست در انجام زایمان واژینال در نتایج بدست آمده نقش بسزایی داشته باشد و سرانجام اینکه مطالعه جامع‌تر با حجم نمونه بیشتر برای موشکافی دقیق‌تر مسئله لازم است.

در یک جمع‌بندی، با توجه به یافته‌های این تحقیق و مروری بر پیشینه تحقیق بنظر می‌رسد میزان بروز علائم افسردگی پس از زایمان مسئله جدی و نوع زایمان به ویژه زایمان سزارین در بروز آن نقش دارد. همینطور حاملگی‌های ناخواسته و عدم رضایت از زندگی درونی زناشویی عارضه را افزایش می‌دهد و با توجه به عوارض شناخته شده افسردگی به ویژه در دوران پس از زایمان به شرح آنچه در بحث بطور مبسوط آمده انجام یک تحقیق تجربی برای بررسی تأثیر آموزش به زنان باردار در دوران بارداری و قبل از زایمان بر بروز افسردگی و شدت آن به همکاران محترم زنان و زایمان و روانپزشکان و روانشناسان پیشنهاد و توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از راهنمایی‌ها و توجهات بی‌دریغ استاد گرامی سرکار خانم دکتر معصومه فلاحیان قدردانی می‌گردد. در ضمن از همکاریهای صمیمانه سرکار خانم توران سلیمی تشکر می‌شود.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

REFERENCES

1. Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Concise textbook of clinical psychiatry. Williams & Wilkins, USA, 1996;p:166,144, 146.
2. Cunningham FG, Norman F, Lenneth J, et al, editors. Williams obstetrics. 21st edition. McGraw Hill, USA, 2001.
3. Morris JK, Rush MD, Comerford MF, Bernstein PS. Screening for post-partum depression in an inner-city population. Am J Obstet Gynecol 2003;188(5):1217-9.
4. Liewelly AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and puerperum. J Clin Psychiatr 1997;58(15):26-32.
5. Gitlin MJ, Pasnau RO. Psychiatric syndrome linked to reproductive function in woman: a review of current knowledge. Am J Psychiatr 1989;146(11):1413-22.
6. Spinell MG. Antepartum and post partum depression. J Gend Specif Med 1998;2:33-6.
7. Pariser SF, Nasrallah HA, Gardner DK. Post partum mood disorders: clinical perspectives. J Women Health 1997; 6(4):421-34.
8. Gale S, Harlow BL. Post partum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. J Psychosom Obstet Gynaecol 2003;24(4):257-66.
9. Kemp B, Bongartz K, Rath W. Psychic disturbances in the post partum period: an increasing problem? Z Geburt Sh Life Neonatal 2003;207(5):159-65.
10. Okazaki Y. The epidemiology and pathogenesis of post – partum depression. Nippon Rinsho 2001;59(8):1555-9.
11. Hen-Shaw C. Mood disturbance in early puerpenum: a review. Arch Women Ment Health 2003;2:33-42.
12. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of post partum blues; Biological and psychosocial factors. Arch Gen Psychiatr 1991;48(9):801-6.

۱۳. آبادیان شریف آباد م. بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان و مراحل مستندکننده آن در مادران مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی و درمانی وابسته به بیمارستان شرکت نفت تهران، پایان نامه، پائیز و زمستان ۱۳۷۷.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]