

مقایسه میزان افسردگی پس از زایمان طبیعی و سزارین اورژانسی در خانم‌های نخست‌باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان ۲۲ بهمن شهرستان گناباد (۱۳۸۲)

فاطمه هادیزاده طلاساژ*؛ نرجس بحری*؛ جهانشیر توکلی‌زاده**

چکیده:

سابقه و هدف: افسردگی پس از زایمان از اختلالات خلقی دوران تولید مثل زنان است که می‌تواند تأثیرات سوئی بر بهداشت روانی خانواده و همچنین تکامل شناختی و روحی کودک داشته باشد؛ لذا در این راستا پژوهشی با هدف مقایسه میزان افسردگی پس از زایمان طبیعی و سزارین اورژانسی در خانم‌های نخست‌باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان ۲۲ بهمن شهرستان گناباد در سال ۱۳۸۲ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی تحلیلی بوده است. ۵۲ خانم نخست‌باردار با حاملگی ترم که سابقه نازایی، بیماری‌های روحی و روانی و مزمن، سابقه استرس شدید در ۶ ماه اخیر و همچنین حاملگی و زایمان عارضه‌دار را نداشته و برای انجام زایمان طبیعی به بخش زایشگاه مراجعه کرده بودند، به روش مبتنی بر هدف انتخاب گردیده و در آنجا برای هر یک از آن‌ها پرسشنامه مشخصات کلی، مقیاس حمایت اجتماعی، کیفیت روابط با همسر و آزمون سلامت روان تکمیل گردید. سپس واحدهای پژوهش تا زمان زایمان پی‌گیری شدند و خانم‌های با زایمان طبیعی در گروه شاهد و خانم‌هایی که بر اثر بروز عارضه‌ای تحت سزارین اورژانسی قرار گرفتند، در گروه مورد قرار داده شدند. در روز ۴۵ بعد از زایمان در صورت احراز شرایط، برای هر دو گروه آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبورگ تکمیل گردید. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر نمره ۳۰ بود و خانم‌های با نمره ۱۳ یا بیشتر به عنوان افسرده در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمره افسردگی پس از زایمان، در گروه سزارین اورژانسی نسبت به زایمان طبیعی افزایش داشته است (۱۰/۸۴ در مقابل ۷/۸۴) و بر اساس آزمون آماری تی، دو گروه از این نظر اختلاف معناداری داشتند ($p = ۰/۰۳۹$). همچنین بین نمره افسردگی پس از زایمان و کیفیت روابط زناشویی ($p = ۰/۰۰۲$) و سلامت روان ($p = ۰/۰۰۱$) رابطه معناداری وجود داشته است.

بحث: گرچه میانگین نمره افسردگی در دو گروه کمتر از آستانه ۱۳ بوده است، ولی خانم‌های با زایمان سزارین به علت استرس جراحی، دارای نمره افسردگی بالاتری بودند و به دلیل مستعدتر بودن احتمال ابتلای آن‌ها به افسردگی آشکار در آینده بیشتر است؛ لذا پیشنهاد می‌گردد که از انجام سزارین‌های غیر ضروری خودداری شود و در موارد اجتناب‌ناپذیر سزارین نیز تمهیداتی برای کاهش افسردگی پس از زایمان به کار برده شود.

کلید واژه‌ها: افسردگی پس از زایمان، زایمان طبیعی، سزارین اورژانسی، زنان نخست‌باردار

پذیرش: زمستان ۱۳۸۳

دریافت: ۱۰/۶/۸۲

* کارشناس ارشد آموزش مامایی و عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی گناباد.

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی گناباد.

* عهده‌دار مکاتبات: خراسان، شهرستان گناباد، حاشیه جاد ستو، دانشکده علوم پزشکی گناباد، تلفن: ۰۵۳۵-۷۲۲۵۰۲۷.

مقدمه:

شناختی و روحی کودک، رابطه مادر و شیرخوار و همچنین توانایی مادر در مراقبت از کودک دارد (۱و۴). سازمان بهداشت جهانی، نیاز بهداشتی زنان را به عنوان یک اولویت مهم مشخص کرده است؛ زیرا علاوه بر آنکه زنان نیمی از جمعیت جهان را تشکیل می دهند، سلامت آنان ارتباط تنگاتنگی با سلامت آینده دارد (۶).

تاکنون توافق کلی در مورد علت این افسردگی به دست نیامده است (۲)، ولی عوامل متعددی مستعدکننده افسردگی پس از زایمان هستند که شناسایی این عوامل و کنترل آنها می تواند در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان نقش داشته باشد (۴). از جمله این عوامل می توان به سن، شغل، تحصیلات، حمایت اجتماعی، استرس های زندگی، روابط زناشویی، سابقه افسردگی، روش زایمان و... اشاره کرد. گرچه صالحی رابطه معناداری بین افسردگی پس از زایمان و روش زایمان به دست نیاورد (۷). اما Garel و همکاران (۱۹۸۸) به این نتیجه رسیدند که در عرض یک سال پس از زایمان، خانم های با زایمان سزارین بیشتر از علایم جسمی روانی رنج می برند (۸). Fisher و همکاران (۱۹۹۷) نیز معتقدند مداخلات جراحی در اولین زایمان، مادر را مستعد افسردگی می کند؛ بنابراین آنها نتیجه گرفتند که روش زایمان یکی از عوامل مؤثر در افسردگی پس از زایمان می باشد، به طوری که خانم های با زایمان سزارین با احتمال بیشتری اختلال در خلق و کاهش اعتماد به نفس را در بعد از زایمان تجربه می کنند (۹)؛ بنابراین با درک عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان، سرنخ هایی برای مداخلات

هر زنی احتمالاً روزی مادر خواهد شد، گرچه این موضوع به دلیل عمومی بودن یک موضوع عادی تلقی می شود، اما باید دانست که نه تنها حادثه کوچکی اتفاق نیفتاده است، بلکه دگرگونی عمیقی در زندگی زن پدید آمده که کوچک شمردن آن موجب پیدایش عواقب وخیمی خواهد بود (۱). عده ای تصور می کنند که پس از تولد نوزاد، مادر دوران ناراحت کننده را پشت سر گذاشته و توجه همه به نوزاد جلب می شود، در حالی که مادر دوران پراضطراب حاملگی و خستگی زایمان را پشت سر گذاشته، ولیکن یک دوره پرمخاطره و خسته کننده دیگر را ممکن است احساس کند (۲). زنان در دوران پس از زایمان به خصوص در یک ماه اول آن احتمالاً بالاترین میزان استرس را در طول زندگی خود تجربه می کنند (۳). در دوران پس از زایمان تغییرات ۹ ماه آستنی در طول چند هفته به حالت طبیعی برمی گردد، همچنین وضعیت عاطفی روانی مادر نیز دستخوش تغییرات شده (۲) و مادر در این دوره نیاز به تطابق های روحی و سازماندهی مجدد روابط بین فردی دارد (۱)؛ بنابراین همواره خطر بروز بیماری های روانی در دوران پس از زایمان وجود داشته و یکی از اختلالات شایع در این دوره افسردگی است (۳). حدود ۱۵-۱۰ درصد خانم ها به افسردگی پس از زایمان مبتلا شده که ۸-۲ هفته پس از زایمان رخ می دهد و تا ماه ها ادامه می یابد (۴و۵) که نه تنها برای مادر، بلکه برای همسر و فرزندان نیز بی نهایت زجرآور است و تأثیرات منفی در روابط درون خانواده، بهداشت روانی خانواده (۴)، تکامل

روش مبتنی بر هدف از بین نمونه‌های در دسترس انتخاب گردیدند و از تاریخ فروردین ماه ۱۳۸۱ تا تیر ماه ۱۳۸۲ مورد مطالعه قرار گرفتند. حجم نمونه براساس مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها ۵۰ نفر (۲۵ نفر در هر گروه) محاسبه گردید که برای دقت بیشتر، پژوهشگر نمونه‌گیری را در روی ۸۰ نفر انجام داد، ولی به علت حذف برخی از نمونه‌ها در روز ۴۵ بعد از زایمان، حجم نمونه به ۵۲ نفر (۲۶ نفر در هر گروه) تقلیل یافت (نمونه‌هایی که در روز ۴۵ بعد از زایمان به مرکز بهداشت مربوطه مراجعه نمی‌کردند، به علت عدم دسترسی پژوهشگر به آنها از مطالعه حذف شدند. همچنین در صورتی که در فاصله ۴۵ روز بعد از زایمان حادثه ناگواری برای مادر اتفاق افتاده و یا در طول این مدت مادر و نوزاد به بیماری شدید مبتلا شده و در بیمارستان بستری گردیده بودند، از مطالعه حذف شدند). ابزار لازم برای گردآوری اطلاعات، فرم پرسشنامه مشخصات کلی واحد پژوهش (مشمول بر ۱۳ سؤال در مورد اطلاعات فردی، اطلاعات مربوط به زایمان و اطلاعات مربوط به رضایت از موقعیت)، مقیاس حمایت اجتماعی کاسدی (Cassidy Social support Scale) (مشمول بر ۷ سؤال با حداقل نمره صفر و حداکثر ۱۴)، مقیاس کیفیت روابط با همسر (مشمول بر ۱۱ سؤال با حداقل نمره صفر و حداکثر ۴۴)، آزمون سلامت روان (General health questionnaire (GHQ)) (مشمول بر ۲۸ سؤال در ۴ بخش کلی، مقیاس نشانه‌های جسمانی، مقیاس نشانه‌های اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی و مقیاس نشانه‌های

زودهنگام به دست خواهد آمد که نتیجه آن سلامت مادر و کودک و تشخیص سریع‌تر زنان در معرض خطر افسردگی بعد از زایمان است. درک عمیق ضربه‌ای که اعضای خانواده و حتی جامعه به واسطه افسردگی مادر متحمل می‌شوند، بدون شک می‌تواند عاملی باشد که دست‌اندرکاران حرف پزشکی را به ایفای نقش خود و بررسی دقیق مسائل و مشکلات جسمی و روحی مادران برانگیزاند و در واقع تأثیرات بالقوه افسردگی در مادر و خانواده مسأله مهم پیشگیری سطح اول را مطرح می‌نماید. گرچه مطالعات زیادی در زمینه افسردگی پس از زایمان و ژینال انجام شده است، اما مطالعات کمی به بررسی افسردگی پس از سزارین پرداخته‌اند. به این دلیل پژوهشی با هدف مقایسه میزان افسردگی پس از زایمان طبیعی و سزارین اورژانسی در خانم‌های نخست باردار مراجعه کننده به بیمارستان ۲۲ بهمن شهرستان گناباد در سال ۱۳۸۲ طراحی گردید، بدان امید که نتایج آن راه‌گشایی برای توجه به ابعاد روانی مادر و نوزاد و سلامت آن دو در سطح وسیع گردد.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی است. ۵۲ خانم نخست‌باردار با حاملگی ترم که سابقه نازایی، بیماری‌های روحی، روانی و مزمن، سابقه استرس شدید در ۶ ماه اخیر و سابقه ازدواج مجدد در خود و همسرش را نداشتند و همچنین دارای حاملگی و زایمان عارضه‌دار نبودند و برای انجام زایمان طبیعی به زایشگاه مراجعه کرده بودند، به

دو گروه آزمون افسردگی ادینبورگ تکمیل گردید. داده‌های به‌دست آمده با آزمون‌های آماری کای دو، تی، من ویتنی، آنالیز کوواریانس، آنالیز واریانس دو طرفه و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها :

نتایج پژوهش نشان داد که سن واحدهای پژوهش $2/9 \pm 22/8$ سال، میزان تحصیلات $3/88 \pm 11/30$ سال، سن در زمان ازدواج $3/16 \pm 20/53$ سال و میانگین مدت ازدواج $1/30 \pm 2/24$ سال بود. بر اساس آزمون تی و من ویتنی، دو گروه از نظر متغیرهای فوق اختلاف آماری معناداری نداشتند و همگن می‌باشند. از لحاظ وضعیت اشتغال اکثر واحدهای پژوهش ($69/2$ درصد) خانه‌دار بودند و بر اساس آزمون کای در شغل مادران در دو گروه ارتباط معناداری نداشته است ($P=0/246$). از نظر طبقه اجتماعی، بیشتر افراد مورد پژوهش در طبقه اجتماعی ۵ و ۶ (به ترتیب ۲۵ و ۲۳٪) قرار داشتند و بر اساس آزمون من ویتنی دو گروه از این نظر اختلاف آماری معناداری نداشتند ($P=0/729$) (طبقه اجتماعی با توجه به سه معیار تحصیلات شوهر، درآمد خانواده و رتبه شغلی محاسبه گردیده است که بالاترین طبقه ۵ و پایین‌ترین آن ۱ بوده است). طول مدت بستری قبل از عمل یا زایمان $3/30 \pm 4/08$ ساعت بود و بر اساس آزمون تی، دو گروه اختلاف آماری معناداری نداشتند ($P=0/809$). همچنین بیشتر واحدهای پژوهش ($57/7$ درصد) تحت تحریک مصنوعی درد قرار نگرفته بودند و بر اساس آزمون

افسردگی با حداقل نمره صفر و حد اکثر ۸۴) و آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (Audinburg) بوده است. آزمون ادینبورگ روشی ساده برای غربالگری افسردگی پس از زایمان است و به احساسات مادر در ۷ روز گذشته مربوط می‌شود. این آزمون مشتمل بر ۱۰ سؤال است و به هر سؤال نمره صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر ۳۰ می‌باشد و آستانه ۱۳ یا بیشتر برای افسردگی پس از زایمان مثبت در نظر گرفته می‌شود (۱۳). روایی فرم مشخصات کلی واحد پژوهش به روش اعتبار محتوی و پایایی آن به روش هم‌ارز با ضریب پایایی $0/92$ تأیید گردید. مقیاس حمایت اجتماعی کاسدی (۱۰)، کیفیت روابط با همسر (۱۱)، آزمون سلامت روان (۱۲) و آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (۱۱) استاندارد بوده و روایی و پایایی آن‌ها قبلاً در ایران تأیید گردیده است.

روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که برای خانم‌های واجد شرایط مراجعه‌کننده به زایشگاه، پرسشنامه مشخصات کلی واحد پژوهش، مقیاس حمایت اجتماعی کاسدی، کیفیت روابط با همسر و آزمون سلامت روان تکمیل گردید. سپس واحدهای پژوهش تا زمان زایمان پیگیری شدند و خانم‌های با زایمان طبیعی در گروه شاهد و خانم‌هایی که بر اثر بروز عارضه‌ای تحت سزارین اورژانسی قرار گرفتند، در گروه مورد قرار داده شدند. در روز ۴۵ بعد از زایمان در مراکز بهداشتی (که نمونه‌ها برای مراقبت‌های پس از زایمان به آنجا مراجعه می‌کردند) برای مادران واجد شرایط در هر

دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود داشت، به طوری که نمره آزمون سلامت روان در گروه سزارین اورژانسی ($10/57 \pm 29/03$) بیشتر از زایمان طبیعی ($7/54 \pm 23/61$) بود ($p = 0/038$)، هر چند که این اختلاف برای هر یک از اجزا معنادار نبوده است (جدول ۱).

در ارتباط با اهداف پژوهش نتایج نشان داد که نمره افسردگی بعد از زایمان، در گروه سزارین اورژانسی ($10/84 \pm 5/99$) بیشتر از زایمان طبیعی ($7/84 \pm 3/94$) بود و بر اساس آزمون تی دو گروه از این نظر اختلاف آماری معناداری داشتند ($p = 0/039$) (نمودار ۱).

با توجه به همگن نبودن سلامت روان در دو گروه و به دلیل احتمال اثرگذاری آن بر نمره افسردگی، اثر آن توسط آزمون کوواریانس حذف گردید. نتیجه آزمون نشان داد که باز هم میانگین نمره افسردگی در دو گروه تفاوت معناداری داشته است ($P = 0/002$).

در بررسی عوامل مؤثر بر افسردگی پس از

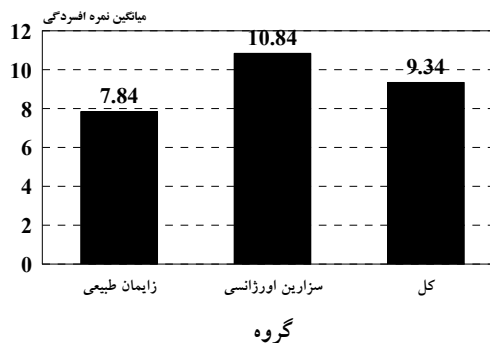
کای دو انجام تحریک مصنوعی درد در دو گروه ارتباط معناداری نداشته است ($P = 0/092$). از دیگر نتایج پژوهش آن بود که حاملگی تمامی واحدهای پژوهش خواسته بوده و از جنسیت فرزندشان نیز راضی بوده‌اند. در بررسی علت سزارین در گروه سزارین اورژانسی، نتایج پژوهش نشان داد که مهم‌ترین علت سزارین (۴۲/۳ درصد) عدم پاسخ به تحریک مصنوعی درد و سپس CPD (Cephalic pelvic disproportion) (۱۱/۵ درصد) بوده است. از لحاظ حمایت اجتماعی نتایج پژوهش نشان داد که اغلب افراد (۸۸/۵ درصد) از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار بودند و بر اساس آزمون من‌ویتنی دو گروه از این نظر اختلاف معناداری نداشتند ($P = 0/960$). از دیگر نتایج پژوهش آنکه میزان نمره کیفیت روابط زناشویی $5/08 \pm 34/63$ بود و بر اساس آزمون تی دو گروه از این نظر اختلاف معناداری نداشتند ($P = 0/060$). از لحاظ نمره سلامت روان، بر اساس آزمون تی و من‌ویتنی بین

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره سلامت روان در واحدهای پژوهش بر حسب اجزای آن به تفکیک گروه.

نتیجه آزمون	سزارین اورژانسی		زایمان طبیعی		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	سلامت روان اجزا
$T = 0/638$ $DF = 50$ $p = 0/526$	۳/۲۹	۶/۳۸	۳/۶۴	۵/۷۶	مقیاس نشانه‌های جسمانی
$T = -1/01$ $DF = 50$ $p = 0/314$	۳/۴۰	۷/۸۸	۳/۶۸	۶/۸۸	مقیاس نشانه‌های اضطرابی
$T = -1/94$ $DF = 50$ $p = 0/057$	۳/۳۱	۱۱/۶۱	۲/۹۵	۹/۹۲	مقیاس کارکرد اجتماعی
$Z = -1/083$ $p = 0/279$	۴/۶۰	۳/۱۵	۱/۷۰	۱/۴۲	مقیاس نشانه‌های افسردگی
$T = -2/12$ $DF = 50$ $p = 0/038$	۱۰/۵۷	۲۹/۰۳	۷/۵۴	۲۳/۶۱	جمع اجزا

افسردگی بالاتری بودند و به دلیل مستعدتر بودن، احتمال ابتلای آنها به افسردگی آشکار در آینده بیشتر است. Boyce و همکاران (۱۹۹۲) نیز در پژوهش خود نتیجه گرفتند که نمره افسردگی در عرض سه ماه پس از زایمان در خانم‌های با سزارین اورژانسی بالاتر از خانم‌های با زایمان خود به خودی و ژینال بوده است (۱۳). به عقیده Hannah و همکاران (۱۹۹۲) نیز زایمان به روش سزارین از جمله عواملی است که با افسردگی در هفته ششم پس از زایمان ارتباط دارد (۱۴).

نتایج فوق حاکی از تأثیر روش زایمان در افسردگی پس از زایمان است و بنابراین یکی از راه‌کارهای کاهش افسردگی پس از زایمان، کاهش آمار سزارین می‌باشد. هر چند که سزارین اورژانسی یک فوریت پزشکی اجتناب‌ناپذیر است، در برخی از موارد آن، امکان تفکر و تأمل بیشتر وجود دارد. مثلاً، در موارد انجام سزارین به علت عدم پیشرفت زایمانی و تنگی لگن، صرف وقت بیشتر برای بررسی پیشرفت سیر زایمان توصیه می‌گردد. از دیگر استراتژی‌های مؤثر برای کاهش آمار سزارین‌های اورژانسی، بهبود مراقبت‌های حین لیبر می‌باشد. به عقیده نیکبخت (۱۳۷۹) ارتقای کیفی مراقبت‌های حین لیبر مانند کنترل قلب جنین، انقباضات رحمی و پیشرفت زایمان در کاهش سزارین‌های غیرضروری تا حدودی مؤثر می‌باشد؛ به عبارت دیگر انجام دادن مراقبت‌های صحیح و استاندارد مراحل زایمانی، می‌تواند روند زایمان را به طرف یک زایمان طبیعی سوق دهد و از بروز موارد اورژانسی جلوگیری نماید (۶).



نمودار ۱- مقایسه میانگین نمره افسردگی پس از زایمان در واحدهای پژوهش به تفکیک گروه

زایمان، آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که کیفیت روابط زناشویی در افسردگی پس از زایمان تأثیر داشته است ($r = -0.422$, $p = 0.002$) و خانم‌هایی که روابط زناشویی ضعیف‌تری داشتند، افسردگی پس از زایمان در آنها بیشتر بوده است. وضعیت سلامت روان نیز از عوامل تأثیرگذار بر افسردگی پس از زایمان بوده است ($p = 0.001$), $r = 0.452$) و در خانم‌های با اختلال روانی، افسردگی پس از زایمان بیشتر بوده است. ولی نمره افسردگی پس از زایمان بر حسب سن، میزان تحصیلات، سن ازدواج، مدت ازدواج، شغل مادر، طبقه اجتماعی و حمایت اجتماعی ارتباط معناداری نداشته است.

بحث:

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمره افسردگی پس از زایمان در گروه سزارین اورژانسی بیش از زایمان طبیعی بوده است (۱۰/۸۴ در مقابل ۷/۸۴) و دو گروه از این نظر تفاوت معناداری داشته است. گرچه میانگین نمره افسردگی در دو گروه کمتر از آستانه ۱۳ بوده است، اما خانم‌های با زایمان سزارین به علت استرس جراحی، دارای نمره

گروه‌های بهداشتی به‌ویژه ماماها، نقش ارزنده‌ای در سازگاری مادر با وضعیت جدید و مسئولیت مادری وی دارند (۱۷). به‌ویژه در موارد انجام سزارین، مادر به منظور غلبه بر استرس جراحی و تطابق با آن، نیاز به حمایت و تشویق دارد. حمایت و پشتیبانی مادر پس از زایمان، احساس امنیت و رضایت به وی بخشیده و وی را در تطابق بیشتر با این شرایط تنش‌زا یاری می‌نماید. ماماها به واسطه نقش‌های مختلف مراقبتی، آموزشی، مشاوره‌ای و حمایتی خویش از فرصت‌های بی‌مانندی در جهت پیشگیری از عوارض روحی و ارتقای بهداشت روانی مادر، کودک و تمامی اعضای خانواده بهره‌مند می‌باشند. مطالعات انجام‌شده در سال ۱۹۹۸ نشان داده که مادرانی که پس از زایمان اقدامات مداخله‌ای نظیر حمایت، مشاوره، درک، توجه و توضیح از جانب ماما برخوردار بوده‌اند، در مقایسه با گروه کنترل به میزان کمتری به اضطراب و افسردگی پس از زایمان مبتلا شده‌اند (۱۷).

در بررسی عوامل مؤثر بر افسردگی پس از زایمان، نتایج پژوهش نشان داد که وضعیت سلامت روان در افسردگی پس از زایمان تأثیر دارد و در این مورد خانم‌هایی که نمره آزمون سلامت روان آن‌ها بالاتر بوده است، بیشتر به افسردگی پس از زایمان مبتلا شده‌اند. مادران افسرده مشکلات اجتماعی و خانوادگی بیشتری داشته و حوادث استرس‌زای بیشتری را در یک سال اخیر تجربه کرده‌اند (۳).

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که کیفیت روابط زناشویی نیز بر افسردگی پس از زایمان مؤثر است و خانم‌هایی که روابط زناشویی ضعیف‌تری دارند،

در سایر مواردی که انجام سزارین الزامی می‌باشد، به‌کاربردن تمهیداتی جهت کاهش افسردگی پس از زایمان است که از آن جمله می‌توان به نقش حمایتی ماماها در دوران حاملگی، لیبر و پس از زایمان اشاره کرد. در شرایطی که تداوم در مراقبت‌ها وجود داشته باشد و ماماها در مراقبت از مادران از حاملگی تا پس از زایمان درگیر شوند، مادران خواهند توانست در مورد احساساتشان راحت‌تر صحبت کنند و در مقابل، ماماها هم می‌توانند تغییراتی را در خلق و خوی و رفتار مادر ایجاد نمایند (۱۵). لیبر، زمان حساسی بوده و وقایع و عوامل موجود در آن ممکن است تأثیرات روانشناختی وسیعی را در مادر به‌جای بگذارد. Wolman و همکاران (۱۹۹۳) در پژوهش خود دریافتند خانم‌هایی که در حین لیبر توسط ماما حمایت شده بودند، در هفته ششم پس از زایمان، اعتماد به نفس بیشتری داشته و همچنین میانگین نمره اضطراب و افسردگی آن‌ها کمتر بوده است که این نتایج نشان‌دهنده تأثیر نقش حمایتی ماما در حین لیبر، در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان می‌باشد (۱۶) و با توجه به تأثیرات مثبت و قطعی حمایت لیبر، این روند باید به عنوان یک استراتژی کلی در جهت بهبود پیامدهای مثبت لیبر اجرا گردد.

تماس اولیه ماما با مادر در چند روز اول پس از تولد نیز در کاهش افسردگی پس از زایمان مؤثر می‌باشد (۱۷)؛ زیرا در دوره پس از زایمان، وضعیت عاطفی روانی مادر دستخوش تغییراتی می‌گردد (۲) و مادر در این دوره نیاز به تطابق‌های روحی و سازمان‌دهی مجدد روابط بین فردی دارد (۱).

- بیشتر به افسردگی پس از زایمان مبتلا می‌شوند. مطالعات حاکی از آن است که ارتباط ضعیف با همسر در افسردگی پس از زایمان نقش دارد و مادران افسرده از زندگی خانوادگی خود نارضایتی بیشتری دارند (۱۸)؛ بنابراین ارائه توصیه‌های لازم به شوهران خانم‌ها در ارتباط با روابط مناسب با همسر، ضروری است (۴).
- در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که سزارین در افسردگی پس از زایمان تأثیر دارد و استراتژی‌هایی چون حمایت از مادر توسط ماما در طول بارداری، لیبر و پس از زایمان، آموزش به همسر و خانواده و همچنین کاهش آمار سزارین‌های غیرضروری می‌توانند در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان مؤثر باشند؛ لذا به ماماها پیشنهاد می‌شود که برای کمک به ارتقای سلامت روانی مادران، اقدامات ذیل را مد نظر داشته باشند:
- کاهش آمار سزارین از طریق انجام مراقبت‌های صحیح و استاندارد در طول لیبر؛
 - افزایش آگاهی‌های خود در زمینه تغییرات روحی و روانی مادران در دوران بارداری و پس از زایمان؛
 - ارائه حمایت و آموزش به همسر و خانواده برای درک بهتر مادر و توجه به نیازهای او در دوران بارداری و پس از زایمان؛
 - شناسایی به‌موقع مادران در معرض خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان با استفاده از ابزار مناسبی نظیر مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ؛
 - در نظر گرفتن عوامل خطرزا در ایجاد افسردگی پس از زایمان و در صورت لزوم ارجاع مادر به مراکز روانپزشکی (۱۷).
- در پایان پیشنهاد می‌شود که این مطالعه در سطح وسیع‌تر و با تعداد نمونه‌های بیشتری انجام گیرد.

منابع :

۱. نعمت‌بخش فرحناز. بررسی تأثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر شدت غم پس از زایمان خانم‌های سزارین‌شده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ سال ۱۳۸۱، ص ۱۰-۱.
۲. نصیری محمود. بهداشت روانی بارداری و زایمان. چاپ اول، تهران: بشری، سال ۱۳۷۹، ص ۵۵-۵۱.
۳. فروزنده نسرین، علوی فاضل سیدکاظم، دشت‌بزرگی بهمن. بررسی میزان شیوع و عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۷۶. مجموعه مقالات همایش سراسری مادری‌ایمن، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز؛ خرداد ۱۳۷۸، ص ۹۷-۱۰۲.
۴. حسن‌زهرایی روشنک، خدادوستان میترا، اسدالهی قربانعلی، بشردوست نصراله. بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانم‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۷۶. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، شماره ۱۱، زمستان ۱۳۷۷، ص ۵۷-۵۰.

۵. چناری راضیه، رحیم‌نژاد محمدرضا. غربال‌گری افسردگی پس از زایمان با استفاده از پرسشنامه EPDS در مادران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های زنان و زایمان کرج. خلاصه مقالات همایش سراسری سلامت زنان، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز؛ اردیبهشت ۱۳۸۱، ص ۱۰۰.
۶. نیکبخت پروین، دوازده‌امامی شراره. ارتباط مراقبت‌های حین زایمان با نوع آن. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، شماره ۱۷، سال ۱۳۸۰، ص ۶۱-۵۵.
۷. صالحی‌کسایی پروین. بررسی مقایسه‌ای شیوع افسردگی پس از زایمان در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۷۳.
8. Garel M, Lelong N, Kaminski M. Follow up study of psychological consequences of caesarean childbirth. *Early Hum Dev* 1988; 16(2-3): 271-82.
9. Kruckman L, Smith S. An introduction to postpartum illness. Available at: [Http://www.postpartum.net](http://www.postpartum.net)
۱۰. کرکه‌آبادی مریم. بررسی مقایسه‌ای میزان افسردگی در مادران شاغل و خانه‌دار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ سال ۱۳۷۶، ص ۳۰.
۱۱. خدادوستان میترا. بررسی برخی عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ سال ۱۳۷۶، ص ۲۸.
۱۲. باقری اعظم. بررسی عوامل موثر در پذیرش/عدم پذیرش فرزندخواندگی در زوجین نازای شهرستان آران و بیدگل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ سال ۱۳۷۹، ص ۲۵.
13. Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust* 1992; 157(3): 172-4.
14. Hannah p, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry* 1992; 16:777-78.
۱۵. صحتی‌شقایب فهیمه. بررسی ۴۲ مورد افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های زنان و مامایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۷۷. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، شماره ۱۳، پاییز ۱۳۷۹، ص ۵۸-۵۴.
16. Wolman WL, Chalmers B. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: A randomized controlled study. *Am J Obs Gyn* 1993; 168(5): 1388-93.
۱۷. حسن‌زهرایی روشنگر، احمدی زهرا، فهیمی فهیمه، یزدانی محسن، بشردوست نصراله. تأثیر نقش حمایتی ماما در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان. مجله تحقیقات و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، شماره ۱۹، بهار ۱۳۸۲، ص ۱۰-۴.

18. Tarja T, Marja-Terttu T, Paivi AK, Eija P. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nursing Practice* 2002; 8(5): 240-246.