

## مقاله اصلی

## بررسی ویژگی های روان‌شناختی در زنان با زایمان طبیعی، عمل سزارین انتخابی و اورژانس

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۱۴

## خلاصه

## مقدمه

طبق آمار ارائه شده تعداد زایمان هایی که از طریق سزارین انجام می شود در سراسر جهان در حال افزایش است. در مطالعات صورت گرفته، تناقضات زیادی در مورد عوارض روان شناختی سزارین وجود دارد و اغلب مطالعات رویکرد جامعی به این عوارض نداشته‌اند. هدف از این مطالعه بررسی ویژگی های روانشناختی زنانی است که به روش های مختلف زایمان کرده اند.

## روش کار

این پژوهش توصیفی مقطعی به صورت هم گروهی و بر ۳ گروه ۲۵ نفری از زنان باردار (مجموعاً ۷۵ نفر) که در بیمارستان امام رضا و قائم اقدام به زایمان کرده اند انجام گرفت. طی هفته دوم پس از زایمان، پرسشنامه های مربوطه شامل اطلاعات دموگرافیک و افسردگی ادینبرگ، مقیاس اضطراب همیلتون، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ، پرسشنامه اعتماد به نفس آیزنک، پرسشنامه دل بستگی مادری، به افراد مورد پژوهش ارائه شد. برای اطمینان از صحت اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه ها، مصاحبه روانپزشکی نیز انجام گردید.

## نتایج

سه گروه از لحاظ افسردگی، اعتماد به نفس و سلامت عمومی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند ( $p > 0.05$ ). در گروه مادران با زایمان طبیعی و مادران با سزارین انتخابی میانگین نمرات اضطرابی به ترتیب  $9.20 \pm 6.43$  و  $14.76 \pm 8.26$  و میانگین نمرات دل بستگی مادری به ترتیب  $69.36 \pm 4.91$  و  $64.36 \pm 10.93$  بود که این اختلافها از لحاظ آماری معنادار بودند ( $p < 0.05$ ).

## نتیجه گیری

هر چند میزان افسردگی و اعتماد به نفس در زنان بارداری که سزارین انتخابی انجام می دهند در مقایسه با زایمان طبیعی تفاوت چندانی ندارد ولی این زنان در دوران بعد از زایمان در معرض مشکلات اضطراب بیشتری هستند و کیفیت روابط پایین تری با نوزاد خود دارند و لذا نیازمند پیگیری های روانپزشکی بیشتری خواهند بود.

## کلمات کلیدی: افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس، زایمان سزارین

**پی نوشت:** این مقاله برگرفته از پایان نامه تخصصی زنان و زایمان و با تایید و حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است.

<sup>۱</sup> فرزاد اکبرزاده  
<sup>۲</sup> علی طلائی  
<sup>۳</sup> فاطمه توسلی  
<sup>۴</sup> سمانه جلالیانی  
<sup>۵</sup> مهدی طالبی\*  
<sup>۶</sup> مرتضی مدرس غروی  
<sup>۷</sup> سعید اخلاقی

۱- استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- دانشیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- دانشیار زنان و زایمان، گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴- متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۵- استادیار روانپزشکی، گروه پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۶- استادیار روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان-پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۷- کارشناس ارشد آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\*مشهد- دانشکده پزشکی، گروه پزشکی خانواده، مشهد، ایران

تلفن: ۰۲۵۴۰۳۸۰۵۱-۹۸+

Email: Talebimh@mums.ac.ir

## مقدمه

طبق آمار ارائه شده تعداد زایمان هایی که از طریق سزارین انجام می شود در سراسر جهان در حال افزایش است (۱؛ ۲). در کشور ما هم مطالعاتی در این زمینه انجام شده است و به اذعان بسیاری از متخصصین و مسئولان امور بهداشت و سلامت، این افزایش میزان سزارین در کشور ما می تواند بالاتر از سایر نقاط دیگر دنیا باشد و شاهد این امر هم آن است که بسیاری از اعمال سزارین بدون اندیکاسیون علمی و با انتخاب خود مادر انجام می شود. به طوری که در مطالعه ای که گل محمدی و همکاران انجام دادند، نزدیک به ۶۶٪ زایمان ها در شهرستان تهران به صورت سزارین بوده است که از این میان ۲۲٪ موارد تنها به درخواست مادر انجام گرفته است (۳). در مطالعه محمدی تبار هم دیده شده است که ۴۴٪ مادران باردار تمایل به سزارین بدون در نظر گرفتن علل علمی هستند (۴).

تا به حال در مورد مقایسه عوارض جسمانی عمل سزارین در مادر و نوزاد با زایمان طبیعی تحقیقات زیادی صورت گرفته است. اما در زمینه عوارض روان شناختی توجه بالایی معطوف نشده است. علاوه بر این در مطالعات انجام شده نیز تناقضات زیادی در مورد عوارض روان شناختی سزارین وجود دارد و اغلب آنها رویکرد جامعی به این عوارض نداشته و اکثرا تنها چند گروه محدود از نمونه ها را مورد بررسی قرار داده اند.

به عنوان مثال در یکی از مطالعات که در ایران بر بر ۴۲۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آمل انجام شده است، شیوع افسردگی در آزمودنی ها در دو هفته بعد از زایمان ۱۰/۳٪ و در هشت هفته بعد از زایمان ۱۳٪ بوده است و بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر شیوع و میانگین نمره افسردگی در دو و هشت هفته بعد از زایمان، اختلاف آماری معنی داری وجود نداشته است (۵). از طرفی در مطالعه دیگری که با هدف تعیین رابطه نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۴ انجام شده است میزان شیوع افسردگی در گروه زایمان طبیعی ۱۳/۶٪ و در گروه سزارین ۲۷/۶٪ (دارای نمره بیشتر از ۱۲ در پرسشنامه

افسردگی پس از زایمان ادینبرگ) گزارش شده است. بین نحوه زایمان و افسردگی پس از زایمان رابطه معنی داری وجود داشته است ( $p < 0.05$ ) و برآورد خطر نسبی افسردگی  $OR=2$  به دست آمده است (۶). این تنها دو نمونه از مطالعات متناقض است که بیان گردید. این نتایج در متآنالیزی که دکتر کارتر<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۶ انجام داده و به بررسی رابطه افسردگی بعد از زایمان و سزارین پرداخته تکرار شده است. در این متآنالیز تمام پایگاه- های اطلاعاتی مورد جستجو قرار گرفتند و مقالاتی که به بررسی و ارزیابی خلق بعد از زایمان طی ۱۰ روز و یک سال پس از زایمان پرداخته بودند وارد متآنالیز گردیدند. در مجموع ۲۴ مقاله مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آنها به شرح زیر بود. ۵ مطالعه به طور قطع رابطه معناداری بین افسردگی بعد از زایمان و سزارین یافتند، ۱۵ مطالعه این رابطه را پیدا نکردند و در ۴ مطالعه باقی مانده هم نتایج مختلط بود (۷).

با توجه به این تناقضات و کمبود اطلاعات در این زمینه بخصوص، در این مطالعه عوارض حاد روانشناختی زایمان شامل افسردگی، اضطراب، سلامت عمومی، اعتماد به نفس و دل بستگی مادری طی دو هفته پس از زایمان در سه گروه از زنان با زایمان طبیعی، سزارین اورژانس و سزارین انتخابی بررسی می شود.

## روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود که بر زنان باردار مراجعه کننده به بخش زنان و زایمان بیمارستان های قائم (عج) و امام رضا (ع) انجام شد. حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه باقیانی و همکاران و با سطح اطمینان ۹۵٪ و قدرت ۸۰٪ حدود ۲۱ نمونه محاسبه شد که برای افزایش اعتبار پژوهش به ۲۵ نفر در هر گروه افزایش یافت. ابتدا هدف از مطالعه و روش انجام آن برای نمونه های مورد پژوهش شرح داده شده، و اختیاری بودن شرکت در مطالعه به آن ها یادآوری شد. تمامی شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه را پر کردند. بارداری اخیر همگی خواسته بود و از لحاظ سن، سن بارداری و سایر خصوصیات دموگرافیک همسان سازی شده و نهایتا بر اساس نوع زایمان در

<sup>1</sup> Carter

زیاد و در برخی از زیاد به کم مرتب شده‌اند. گزینه‌های هر سوال از صفر تا سه را براساس شدت علامت به خود اختصاص می‌دهند. مجموع نمرات از صفر تا ۳۰ متغیر است. نمرات ۰ تا ۹ بدون علامت و نمرات ۱۰ تا ۱۲ احتمال افسردگی و نمرات بالای ۱۲ افسردگی را مطرح می‌کند. پایایی و روایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است (۹).

آزمون عزت نفس آیزنک<sup>۴</sup>: این آزمون دارای ۳۰ گزینه است. هر ماده دارای ۳ گزینه "بلی"، "خیر" و "نمی دانم" می‌باشد. گزینه "نمی دانم" نمره ۰/۵ و در برخی از گزینه‌ها به پاسخ "بلی" و برخی دیگر به پاسخ "خیر" نمره یک تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون نشان دهنده عزت نفس بالا، استواری هیجانی و سازگاری بالا می‌باشد. نمره پایین در این آزمون نشان دهنده احساس حقارت و نا استواری هیجانی است. نمره ۲۱، متوسط در نظر گرفته می‌شود. پایایی این آزمون در جمعیت ایرانی و با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و اعتبار آن با استفاده از اعتبار یابی سازه برای دختران دانشجو ۰/۷۴ و برای پسران ۰/۷۹ گزارش شده است (۱۰).

مقیاس رده‌بندی همیلتون برای اضطراب<sup>۵</sup>: مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتون از جمله اولین مقیاسهایی است که برای ارزیابی شدت علائم اضطراب توسط ماکس همیلتون در سال ۱۹۵۹ ساخته شد. از زمان ساخت، این مقیاس به طور شایعی برای ارزیابی نتیجه درمان اضطراب در کارآزمایی‌های بالینی استفاده می‌شود (۱۱). این آزمون نیمه ساختار یافته است. چندین مطالعه اعتباریابی، ارزش روان سنجی آن را ثابت کرده‌اند. این آزمون ۱۴ جزء دارد که هر کدام شامل یکسری علائم است. هر کدام از این اجزاء از صفر (فقدان علامت) تا ۴ (خیلی شدید یا ناتوان کننده) نمره گذاری می‌شوند. نمره کلی صفر تا ۵۶ است. نمره ۱۸ معادل اضطراب خفیف، نمره ۲۵ معادل اضطراب متوسط و ۳۰ معادل اضطراب شدید است. همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه بک ۰/۶، با SCL-90-۲ برابر با ۰/۷۳، و با ارزیابی بالینی ۰/۷۷ گزارش شده است. پایایی این آزمون توسط حق شناس از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش شده است (۱۲).

۳ گروه ۲۵ نفره مشتمل بر زنان با زایمان طبیعی، زنان با زایمان سزارین اورژانس و زنان با زایمان سزارین انتخابی تقسیم و مورد مطالعه قرار گرفتند. سپس طی هفته دوم پس از زایمان، پرسشنامه‌های مربوطه شامل اطلاعات دموگرافیک و افسردگی ادینبرگ، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ، پرسشنامه اعتماد به نفس آیزنک، پرسشنامه دلبستگی مادری، به افراد مورد پژوهش ارائه شد و مقیاس اضطراب همیلتون توسط آزمونگر آموزش دیده تکمیل گردید. برای اطمینان از صحت اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌ها، مصاحبه مبتنی بر هدف توسط پژوهشگری که جهت این کار آموزش روانپزشکی دیده بود، صورت گرفت.

پرسشنامه سلامت عمومی-۲۸ سوالی (GHQ<sup>۱</sup>): پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر<sup>۲</sup> (۱۹۷۹) ارائه شده است. این آزمون دارای ۲۸ سؤال است که شامل یک مقیاس کلی و چهار خرده مقیاس است که هر کدام ۷ پرسش را شامل می‌شود. این چهار خرده مقیاس عبارتند از: مقیاس علائم جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی، مقیاس علائم افسردگی. هر پرسش از آزمون، بر اساس مقیاس لیکرت به صورت ۳ و ۲ و ۱ و ۰ نمره گذاری می‌شود که نمره ۰ صفر، بیانگر عدم وجود اختلال و نمرات یک تا سه، نشانگر شدت گرایش فرد به اختلال در آن آیت می‌باشد. چنانچه مجموع نمرات به دست آمده از ۲۲ به بالا باشد بیانگر علائم مرضی است. در خصوص روایی و پایایی آزمون در جامعه ایرانی تقوی (۱۳۸۰) در پژوهشی بر روی ۱۶۷ دانشجو، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی را اجرا کرد. اعتبار پرسشنامه مزبور از سه روش دوباره سنجی، تصفی و آلفای کرونباخ بررسی گردید که به ترتیب ضرائب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ حاصل گردید (۸).

پرسشنامه افسردگی بعد از زایمان ادینبرگ<sup>۳</sup>: این پرسشنامه احساسات مادر را در ۷ روز گذشته بررسی می‌کند و دارای ۱۰ سوال ۴ گزینه‌ای می‌باشد. در بعضی سوالات گزینه‌ها از کم تا

<sup>1</sup> General Health Questionnaire (GHQ)-28

<sup>2</sup> Goldberg and Hiller

<sup>3</sup> Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)

<sup>4</sup> Eysenck Self-esteem Inventory

<sup>5</sup> Hamilton Rating Scale for Anxiety

گروه ۲۵ آزمودنی قرار داشتند که اطلاعات دموگرافیک آنها به تفکیک نوع زایمان به ترتیب در جدول ۱ به نمایش گذاشته شده است. سه گروه از لحاظ سنی و تعداد فرزندان با استفاده از آزمون آنوا مورد مقایسه قرار گرفتند که سه گروه با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند ( $p=0.168$ ).

سه گروه از لحاظ میزان تحصیلات نیز با یکدیگر مقایسه شدند. جدول شماره ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر تحصیلات را نشان می‌دهد. از آزمون کروسکال‌والیس، جهت بررسی اختلاف بین سه گروه استفاده شد که  $p=0.255$  بوده و تفاوت معناداری بین سطح تحصیلات در سه گروه وجود نداشت.

کلیه متغیرهای مورد مطالعه در سه گروه مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. با توجه به جدول ۳ و بر اساس آزمون One-Way ANOVA، تنها در دو متغیر مقیاس اضطراب همیلتون و مقیاس دل‌بستگی مادر و نوزاد، تفاوت معناداری بین گروه‌های

مقیاس دل‌بستگی مادری، این مقیاس ۲۵ آیتم دارد که هر آیتم به صورت گزاره خبری بیان شده و آزمودنی نظر خود را درباره هر آیتم از بین چهار گزینه تقریباً همیشه، معمولاً، گاهی اوقات و هیچ وقت انتخاب می‌کند. هر آیتم جنبه‌ای از رابطه مادر و نوزاد را بیان می‌کند. مجموع نمرات کسب شده ۷۵ است که نمرات کمتر بیانگر دل‌بستگی کمتر مادر و نوزاد است.

ابتدا داده‌های حاصله از پرسشنامه‌ها وارد نرم‌افزار SPSS گردید. برای توصیف داده‌ها از نمودارها و جداول آماری و برای تجزیه و تحلیل از آزمون آنوا و در صورت لزوم از مدل‌های خطی عمومی استفاده شد.

## نتایج

تمامی داده‌ها بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد ارزیابی قرار گرفتند که از توزیع طبیعی برخوردار بودند. در هر

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک گروه‌های مورد مطالعه به تفکیک نوع زایمان

گروه	تعداد	میانگین سن به سال	میانگین تعداد فرزندان قبلی
زایمان طبیعی	۲۵	۲۶/۰۸±۰۶	۱/۴±۱
زایمان سزارین اورژانس	۲۵	۲۷/۹۶±۷/۷۵	۱/۱۲±۱/۰۵
زایمان سزارین انتخابی	۲۵	۲۸/۷۲±۵/۷۴	۱/۴۴±۰/۹۱

جدول ۲- فراوانی و درصد گروه‌های مورد مطالعه بر اساس متغیر تحصیلات

تحصیلات	زایمان طبیعی	زایمان سزارین اورژانس	زایمان سزارین انتخابی
زیر دیپلم	۱۴	۱۸	۱۲
دیپلم	۸	۷	۱۱
بالای دیپلم	۳	۰	۲
زیر دیپلم	۵۶	۷۲	۴۸
دیپلم	۳۲	۲۸	۴۴
بالای دیپلم	۱۲	۰	۸

جدول ۳- نتایج آزمون آنوا جهت مقایسه‌ی میانگین متغیرها بین گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	زایمان طبیعی	سزارین اورژانس	سزارین انتخابی	سطح معناداری
سلامت عمومی	۲۲/۲۴±۹/۸۳	۲۲/۸۰±۱۳/۴۴	۲۲/۱۶±۱۰/۱۳	۰/۹۷۶
اضطراب همیلتون	۹/۲۰±۶/۴۳	۱۱/۷۶±۶/۱۷	۱۴/۷۶±۸/۲۶	۰/۰۲۴*
اعتماد به نفس آیزنک	۱۹/۳۲±۴/۹۰	۲۱/۲۴±۴/۰۵	۲۱/۸۰±۴/۷۹	۰/۱۴۳
افسردگی ادینبرگ	۹/۵۶±۳/۵۵	۱۱/۰۰±۴/۲۵	۱۱/۴۴±۳/۷۴	۰/۲۰۵
دل‌بستگی مادر و نوزاد	۶۹/۳۶±۴/۹۱	۶۹/۰۴±۴/۹۳	۶۴/۳۶±۱۰/۹۳	۰/۰۳۶*

( $P^* < 0.05$ ,  $P^{**} < 0.01$ ,  $P^{***} < 0.001$ )

مورد مطالعه دیده شد ( $p < 0.05$ ).

کلیه متغیرهای مورد مطالعه در سه گروه مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. با توجه به جدول ۳ و بر اساس آزمون One-Way ANOVA، تنها در دو متغیر مقیاس اضطراب همیلتون و مقیاس دلبستگی مادر و نوزاد، تفاوت معناداری بین گروههای مورد مطالعه دیده شد ( $p < 0.05$ ).

برای مقایسه دو به دوی گروهها در مورد متغیرهایی که در آزمون آنوا تفاوت معناداری را نشان داده بودند از آزمون توکی استفاده گردید که نتایج آن را جدول ۴ مشاهده می کنید. متغیرهای مذکور تنها بین دو گروه زایمان طبیعی و زایمان سزارین انتخابی تفاوت معناداری داشتند به طوری که سطح اضطراب بر اساس مقیاس همیلتون در گروه زایمان طبیعی نسبت به گروه زایمان سزارین انتخابی پایین تر و میزان دلبستگی مادر و نوزاد در گروه زایمان طبیعی نسبت به گروه زایمان سزارین انتخابی بالاتر بود ( $p < 0.05$ ).

## بحث

همانطور که در قسمت نتایج ذکر شد، میزان اضطراب در دوران بعد از زایمان، در گروه سزارین انتخابی بالاتر از زایمان طبیعی بوده و برعکس کیفیت روابط مادر و نوزاد بر اساس مقیاس دلبستگی مادر و نوزاد، در گروه سزارین انتخابی پایین تر از

گروه زایمان طبیعی بود. سایر متغیرها شامل میزان سلامت عمومی جسمی و روانی بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی، افسردگی بعد از زایمان بر اساس مقیاس افسردگی ادینبرگ، و میزان اعتماد به نفس بر اساس پرسشنامه عزت نفس آیزنک در بین گروه های مورد مطالعه تفاوت معناداری نداشتند.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه افسردگی پس از زایمان با مطالعه نیک پور و همکاران که در سالهای ۱۳۸۵-۱۳۸۶ انجام دادند مشابه است. در مطالعه مذکور ۳۰۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آمل انتخاب شدند و در دو و هشت هفته بعد از زایمان پی گیری و مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ (EPDS) و فرم های مصاحبه مربوط به اطلاعات جمعیت شناسی، زایمان، بعد از زایمان و نوزاد را تکمیل نمودند. دو گروه از نظر شیوع و میانگین نمره افسردگی در دو و هشت هفته بعد از زایمان، اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت (۵). در مطالعه حاضر نیز، آزمودنی ها طی دو هفته پس از زایمان با استفاده از مصاحبه روانپزشکی و پرسشنامه افسردگی ادینبرگ از لحاظ افسردگی پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفتند که بین سه گروه تفاوت معناداری وجود نداشت.

همچنین در مطالعه دیگری که در سال ۱۳۸۹ بر ۳۱۰ زن مراجعه کننده به بیمارستان رسول اکرم (ص) شهرستان رشت انجام گردید، فراوانی افسردگی پس از زایمان در گروه زایمان طبیعی

**جدول ۴- نتایج آزمون توکی جهت مقایسه ی متغیرهای اضطراب و دلبستگی بین گروه های مورد مطالعه**

متغیرها	گروه های مورد مطالعه	گروه های مورد مطالعه	اختلاف میانگین ها	سطح معناداری
مقیاس اضطراب همیلتون	گروه زایمان طبیعی	گروه سزارین اورژانس	-۲/۵۶	۰/۴۰۶
	گروه سزارین اورژانس	گروه سزارین انتخابی	-۵/۵۶	۰/۰۱۸
		گروه زایمان طبیعی	۲/۵۶	۰/۴۰۶
		گروه سزارین انتخابی	-۳/۰۰	۰/۲۹۲
مقیاس دلبستگی مادر و نوزاد	گروه سزارین انتخابی	گروه زایمان طبیعی	۵/۵۶	۰/۰۱۸
	گروه سزارین اورژانس	گروه سزارین اورژانس	۳/۰۰	۰/۲۹۲
		گروه زایمان طبیعی	۰/۳۲	۰/۹۸۷
		گروه سزارین انتخابی	۵/۰۰	۰/۰۴۴
مقیاس دلبستگی مادر و نوزاد	گروه سزارین اورژانس	گروه زایمان طبیعی	-۰/۳۲	۰/۹۸۷
	گروه سزارین اورژانس	گروه سزارین انتخابی	۴/۶۸	۰/۰۷۶
		گروه زایمان طبیعی	-۵/۰۰	۰/۰۴۴
		گروه سزارین انتخابی	-۴/۶۸	۰/۰۷۶

( $P^* < 0.05$ ,  $P^{**} < 0.01$ ,  $P^{***} < 0.001$ )

تحلیل نهایی نشان داد که ۳ گروه از لحاظ افسردگی، میزان اعتماد به نفس و سلامت عمومی تفاوت معناداری با هم ندارند ولی بر خلاف مطالعه دوریک و همکاران سطح اضطراب در گروه مادران با زایمان انتخابی بالاتر و کیفیت روابط مادر و نوزاد پایین تر از گروه مادران زایمان طبیعی است. این نتایج با نتایج مطالعه دکتر گارل<sup>۲</sup> نیز مشابه بود که در آن عوارض روان شناختی و جسمی زایمان در طی ۴ سال پیگیری، در ۲ گروه از مادران سزارینی و زایمان طبیعی بررسی شد (۱۷).

و در نهایت اینکه در متآنالیزی که دکتر کارتر در سال ۲۰۰۶ انجام داده و به بررسی رابطه افسردگی بعد از زایمان و سزارین پرداخته شد. در این متآنالیز تمام پایگاه‌های اطلاعاتی مورد جستجو قرار گرفتند و مقالاتی که به بررسی و ارزیابی خلق بعد از زایمان طی ۱۰ روز و یک سال پس از زایمان پرداخته بودند وارد متآنالیز گردیدند. در مجموع ۲۴ مقاله مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آنها به شرح زیر بود. ۵ مطالعه به طور قطع رابطه معناداری بین افسردگی بعد از زایمان و سزارین یافتند، ۱۵ مطالعه این رابطه را پیدا نکردند و در ۴ مطالعه باقی مانده هم نتایج مختلط بود. پژوهشگران معیارهای ورود به متآنالیز را سخت گیرانه تر وضع کردند به طوری که تنها مطالعات معتبرتر و واجد معیارهای لازم برای متآنالیز انتخاب گردیدند. این مطالعات هم از لحاظ ساختار مطالعه و هم از لحاظ تعداد آزمودنی‌ها قابل قبول بودند. با این شرایط، ۹ مطالعه انتخاب شد که متآنالیز آن‌ها هیچ گونه رابطه‌ای را بین سزارین و افسردگی بعد از زایمان پیدا نکرد. که این نتایج نیز مشابه مطالعه حاضر بود (۷).

در رابطه با سطح اعتماد به نفس و کیفیت روابط مادر و نوزاد، در مطالعه‌ای که در نیجریه در سال ۲۰۱۰ انجام شد ۱۱۵ زنی که تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفته بودند با گروه کنترلی شامل ۹۷ زن با زایمان طبیعی که از لحاظ مشخصات دموگرافیک یکسان‌سازی شده بودند مورد مقایسه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها درست قبل از ترخیص و با استفاده از مقیاس اعتماد به نفس روزنبرگ<sup>۳</sup>، اعتماد به نفسشان بررسی شد. همچنین ۶

در گروه زایمان سزارین ۷/۷٪ به دست آمد که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود ( $p=0/37$ ) (۱۳). کلیات این نتایج در مطالعه شریفی و همکاران نیز تکرار شده است (۱۴). از طرفی دیگر، در سایر مطالعاتی که در داخل کشور انجام شده است نتایجی بر خلاف نتیجه پژوهش حاضر و سایر مطالعاتی که در ابتدا ذکر شد به دست آمده است. به عنوان مثال در مطالعه دولتیان و همکاران که در سال ۱۳۸۴ انجام شد، نمونه‌های مطالعه بر اساس نوع زایمان به دو گروه زایمان طبیعی (۷۳ نفر) و سزارین (۷۵ نفر) تقسیم شدند و در هفته‌های ۲ تا ۶ پس از زایمان پرسشنامه‌های رضایت از ازدواج، حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها نشان داد که میزان شیوع افسردگی پس از زایمان ۱۳/۶٪ در گروه زایمان طبیعی و ۲۷/۶٪ در گروه سزارین بود. بین نحوه زایمان و افسردگی پس از زایمان رابطه معنی داری وجود داشت ( $p<0/05$ ) و برآورد خطر نسبی افسردگی  $OR=2$  بود (۶).

در پژوهش دیگری که در بیمارستان ۲۲ بهمن شهرستان گناباد در سال ۱۳۸۲ انجام شد نیز نتایجی مشابه مطالعه دولتیان به دست آمد به طوری که میانگین نمره افسردگی پس از زایمان، در گروه زنانی که بر اثر بروز عارضه‌ای تحت سزارین اورژانسی قرار گرفته بودند نسبت به زایمان طبیعی افزایش داشت (۱۰/۸۴ در مقابل ۷/۸۴) و دو گروه از این نظر اختلاف معناداری داشتند ( $p=0/039$ ) (۱۵).

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۰ توسط دکتر دوریک<sup>۱</sup> انجام شد، عوارض روانشناختی عمل سزارین اورژانسی و انتخابی و زایمان طبیعی بررسی گردید. در این پژوهش تعداد ۷۴ زایمان طبیعی و ۳۷ زایمان سزارین انتخابی و ۵۶ سزارین اورژانسی وجود داشت و هدف اصلی آن بررسی روابط مادر و نوزاد در ماه ۴ و ۱۲ پس از زایمان بود. بررسی‌ها نشان دادند که تفاوت بارزی بین گروه‌های شرکت کننده در این زمینه وجود ندارد و محققان در نهایت پیشنهاد داده بودند که به نظر نباید نگرانی‌ها در مورد عوارض روانشناختی سزارین در سطح بالایی باشد (۱۶). نتایج مطالعه مذکور از جهاتی مشابه مطالعه حاضر بود. به طوری که در پژوهش حاضر نیز ۳ گروه مورد مطالعه قرار گرفته بودند و

<sup>2</sup> Carel<sup>3</sup> Rosenberg self-esteem scale<sup>1</sup> Darile

متعدد روانشناختی مورد تحقیق و پژوهش قرار گرفته است به طوری که در زمینه سلامت عمومی و اضطراب جستجوی مقالات نتیجه‌ای را در بر نداشت. از دیگر نقاط قوت مطالعه حاضر این است که تنها مواردی از سزارین‌ها وارد مطالعه شدند که تحت بی‌حسی نخاعی قرار گرفته بودند و بدین طریق اثرات مداخله‌ای داروهای بیهوشی عمومی حذف گردید. این موارد به ندرت در پژوهش‌های قبلی مورد توجه و تاکید قرار گرفته‌اند.

### نتیجه گیری

شاید بتوان گفت که بر اساس مطالعه حاضر زنان بارداری که سزارین انتخابی انجام می‌دهند دارای ویژگی‌های روانشناختی متفاوتی با سایر زنان باردار هستند به طوری که در دوران بعد از زایمان، مشکلات اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و کیفیت روابط پایین‌تری با نوزاد خود دارند و لذا نیازمند پیگیری‌های روانپزشکی بیشتری در دوران بارداری و بعد از زایمان هستند. هرچند اثبات این امر منوط به انجام پژوهش‌های بیشتری است.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات بی‌دریغ آژمودنی‌های شرکت‌کننده که در انجام این پژوهش نویسندگان را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

هفته پس از زایمان، مجدداً مقیاس روزنبرگ و روابط والد-فرزند بررسی گردید. نتایج حاکی از آن بود که در مادران سزارینی به طور معنا داری سطح اعتماد به نفس و کیفیت روابط والد-فرزند نسبت به مادران زایمان طبیعی، در هر ۲ مقطع زمانی مورد بررسی پایین‌تر است (۱۸).

این نتایج در مطالعه مشابه دیگری نیز که توسط همین گروه محقق در سال ۲۰۰۹ انجام شده بود به دست آمده بود (۱۹). نتایج این دو مطالعه در زمینه میزان اعتماد به نفس با مطالعه حاضر مغایر بود به طوری که در این مطالعه میزان اعتماد به نفس در سه گروه با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت. ولی از طرفی دیگر، کیفیت روابط مادر و نوزاد در مطالعه حاضر و در گروه مادران سزارین انتخابی نیز مشابه دو مطالعه مذکور، پایین بود که شاید این امر به علت بالا بودن سطح اضطراب در این گروه از مادران باشد هر چند این رابطه ثابت نشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد نسبتاً کم آزمودنی‌ها (علی‌رغم محاسبه حجم نمونه بر اساس مطالعات قبلی)، عدم امکان ارزیابی روانشناختی قبل از زایمان به علت عدم امکان پیش‌بینی نوع زایمان سزارین اورژانس، و عدم پیگیری طولانی‌تر وضعیت روانشناختی (به عنوان مثال در بازه‌های زمانی شش ماهه و یک ساله) اشاره کرد. از نقاط قوت پژوهش حاضر این است که ۳ گروه از مادران (شامل زایمان طبیعی و سزارین اورژانس و انتخابی) وجود دارند و جنبه‌های

### References

1. Clement S. Psychological aspects of caesarean section. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2001 Feb;15(1):109-26.
2. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. Soc Sci Med 2007 Jun;64(11):2272-84.
3. Golmohammadi F MPRG. Pregnant women request effect on the rate of elective cesarean. Payesh 1382;2(2):133-9.
4. Mohammadi Tabar S KAHM. Tendencies of nulliparous women to choose the type of delivery. Journal of Babol University of Medical Sciences 1388;11(3):54-9.
5. NikPour M AZMNESKS. Relationship between type of delivery and postpartum depression. The Journal of Fundamental of Mental Health 14[1], 46-56. 10-5-2012.
6. Dolatian M MPAHYM. Relationship between type of delivery with postpartum depression. Fertility and Infertility Journal 1385;7(3):260-8.
7. Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. Psychosom Med 2006 Mar;68(2):321-30.
8. Taghavi SMR. Validity of General Health Questionnaire. Journal of Psychology 5[4], 381-398. 3-15-2002.
9. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. BMC Psychiatry 7[11], 65-71. 2007.
10. Hormozinezhad M. Simple and multiple relationships of self-esteem, social anxiety and perfectionism with assertiveness. Ahwaz: Shahid Chamran University; 2000.

11. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Medical Psychology* 32, 50-55. 1959.
12. kavyani H, Mossavi A. *Psychological Scales and Interviews*. Tehran, Iran: Sana Publications; 2001.
13. Kamranpour SB, Shakiba M. Relationship between cesarean delivery and postpartum depression. *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility* 15[1], 56-62. 4-15-2012.
14. Sharifi K, SHAHSM. Relationship between type of delivery with postpartum depression. *Feyz* 1387;12(1):50-5.
15. Hadizadeh F, BNTJ. Comparison of depression after emergency cesarean section and vaginal delivery in nullipara pregnant women in 22 Bahman Gonabad hospital (1382). *Journal of Kermansha University of Medical Sciences* 2005 Mar 15;8(4):21-30.
16. Durik AM, Hyde JS, Clark R. Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: psychosocial outcomes for mothers and infants. *Dev Psychol* 2000 Mar;36(2):251-60.
17. Garel M, Lelong N, Marchand A, Kaminski M. Maternal consequences of cesarean delivery. Results of a 4-year follow-up. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1990;19(1):83-9.
18. Loto OM, Adewuya AO, Ajenifuja OK, Orji EO, Ayandiran EO, Owolabi AT, et al. Cesarean section in relation to self-esteem and parenting among new mothers in southwestern Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89(1):35-8.
19. Loto OM, Adewuya AO, Ajenifuja OK, Orji EO, Owolabi AT, Ogunniyi SO. The effect of caesarean section on self-esteem amongst primiparous women in South-Western Nigeria: a case-control study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009 Sep;22(9):765-9.



## Original Article

**Psychological characteristics of women with vaginal delivery, elective and emergency cesarean section**

Received: Nov 8 2015- Accepted: Jan 7 2016

**Abstract**

**Introduction:** According to studies, cesarean delivery is increasing in worldwide and there are many controversies about the psychological morbidity of cesarean delivery and most studies did not have a comprehensive approach to these problems.

**Methods:** This cohort study was done on three groups of 25 pregnant women (total 75) that had labor in Imam Reza and Ghaem hospital. During the second week of postpartum period, questionnaires included demographic information Edinburgh postnatal depression scale (EPDS), Hamilton Rating Scale for Anxiety, General Health Questionnaire (GHQ)-28, Eysenck self esteem questionnaire, maternal attachment scale, were fulfilled by subjects. To ensure the accuracy of information that obtained from the questionnaire, psychiatric interviews were also conducted.

**Results:** Three groups in terms of depression, self-esteem and general health were not significantly different from each other ( $0.05 < P$ ). In women with natural vaginal delivery and elective cesarean delivery anxiety scores, were  $9.20 \pm 6.43$  and  $14.76 \pm 8.26$ , respectively, and maternal attachment scores,  $69.36 \pm 4.91$  and  $64.36 \pm 10.93$ , respectively that differences were statistically significant ( $0.05 > P$ ).

**Conclusion:** Although depression and self-esteem in pregnant women who have elective cesarean section compared with vaginal delivery is not significantly different But these women in the postpartum period are more prone to anxiety problems and lower quality relationships with their babies, so will require further psychiatric follow-up in this period.

**Key words:** Depression, Anxiety, Self-esteem, Caesarean Delivery

**Acknowledgement:** This study was derivate from obstetrics and gynecology dissertation and approved and financially supported by vice chancellor of Mashhad University of Medical Sciences. The authors had no conflict of interest with the results.

<sup>1</sup> Farzad Akbarzadeh

<sup>2</sup> Ali Talaei

<sup>3</sup> Fatemeh Tavassoli

<sup>4</sup> Samaneh Jalaliani

<sup>5</sup> Mahdi Talebi\*

<sup>6</sup> Morteza Modarres Gharavi

<sup>7</sup> Saeed Akhlaghi

1- Assistant professor of psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

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

3- Associate professor of gynecology and obstetrics, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

4- Gynecologist, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

5- Assistant professor of psychiatry, Family medicine department, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

6- Assistant professor of clinical psychology, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

7- MSc. In Mathematical Statistics, Deputy of Research, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Iran .

\* Family medicine department, Faculty of medicine, Azadi square, Mashhad., Iran  
Tel: 38002540-51-98+  
Email: Talebimh@mums.ac.ir