



## مقایسه تجربه زایمانی و افسردگی بعد از زایمان در سه گروه از زنان نخست زا با عدم شرکت، شرکت نامنظم و شرکت منظم در کلاس های آمادگی برای زایمان

### رابعه رحیمی

دانش آموزخته کارشناسی ارشد، رشته روانپرستاری، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران

nurse\_168@yahoo.com

### رباب حسن زاده

استادیار، گروه مامایی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران

Hassanzadehr8@gmail.com

### سکینه محمد علیزاده

استاد، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی، تبریز، ایران

### آمنه حسن زاده

دانش آموزخته کارشناسی ارشد، رشته علم اطلاعات و دانش شناسی، اداره کل کتابخانه های عمومی آذربایجان شرقی

### مژگان میرغفوروند

استاد، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

### چکیده

**زمینه و هدف:** ارزیابی تجربه زایمانی زنان یک اندیکاتور مهم در سیستم مراقبتی مادران می باشد. تجربه زایمانی مثبت سلامتی مادر را بهبود می بخشد در حالی که تجربه زایمانی منفی باعث استرس های روانی و در شکل شدید آن می تواند باعث افسردگی بعد از زایمان گردد. هدف از این مطالعه مقایسه تجربه زایمانی و افسردگی بعد از زایمان در زنان نخست زا در سه گروه با عدم شرکت، شرکت نامنظم و شرکت منظم در کلاس های آمادگی برای زایمان می باشد.

**روش تحقیق:** در این مطالعه کوهورت، ۲۰۴ زن باردار نخست‌زا مراجعه کننده به مراکز سلامت تبریز-ایران با روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب و در سه گروه با عدم شرکت، شرکت نامنظم (شرکت در یک الی ۳ جلسه از کلاسهای آموزشی) و شرکت منظم (شرکت در ۴ الی ۸ جلسه از کلاسهای آموزشی) در کلاس های آمادگی برای زایمان قرار گرفتند و یک ماه بعد از زایمان پرسشنامه های تجربه زایمانی و افسردگی بعد از زایمان از طریق مصاحبه با آنان تکمیل شد. از مدل خطی عمومی برای مقایسه تجربه زایمانی و افسردگی بعد از زایمان استفاده شد.

**یافته ها:** بر اساس مدل خطی عمومی میانگین نمره تجربه زایمانی در زنان با شرکت منظم به طور معنی دار بیشتر از زنان گروه شرکت نامنظم ( $P=0/032$ ) و زنان در گروه عدم شرکت ( $P<0/001$ ) بود، همچنین نمره افسردگی بعد از زایمان هم ( $P<0/001$ ) در زنان با شرکت منظم به طور معنی دار بیشتر از زنان گروه عدم شرکت بود. ولی تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه با شرکت منظم و شرکت نامنظم از نظر افسردگی بعد از زایمان ( $P=0/257$ ) وجود نداشت.

**نتیجه گیری:** آموزش های دوران بارداری باعث تجربه زایمانی بهتر و کاهش افسردگی بعد از زایمان مادران نخست زا می شود. به نظر می رسد این آموزش ها با افزایش آگاهی زنان و اطلاع زنان از تواناییهایشان در تحمل زایمان به عنوان عاملی موثر در بهبود سلامت مادران هستند.

**کلمات کلیدی:** تجربه زایمانی، افسردگی بعد از زایمان، کلاس های آمادگی برای زایمان



### مقدمه

زایمان یکی از مهمترین رویدادهای زندگی زنان می باشد و تجربه زایمانی به عنوان یک رویداد زندگی فردی که ترکیبی از فرایندهای فیزیولوژیکی و ذهنی- روانی است، تحت تاثیر زمینه‌های اجتماعی، محیطی، سازمانی و سیاست‌ها قرار می‌گیرد (Larkin, Begley & Devane, 2009: 1-2). تجاربی که زنان از فرایند زایمان کسب می‌کنند به عنوان یکی از پیامدهای مهم زایمانی تلقی شده و این تجارب در طول زندگی همواره با آن‌ها باقی می‌ماند (Fenaroli, Molgora & Dodaro, 2010: 2). بطوریکه براساس یک مطالعه‌ی کوهورت در کشور ژاپن، زنان حتی پس از گذشت ۵ سال از زایمان تجارب زایمانی خود را به طور شفاف به خاطر می‌آورند (Waldenstrom, 2003: 249). تجربه زایمانی بر روی سلامت فیزیکی و روانی زنان در دوره بعد از زایمان و نیز در ارتباط او با فرزندش تاثیر مهمی دارد به طوریکه تجربه زایمانی مثبت سلامتی مادر را بهبود بخشیده، باعث احساس باارزش بودن و اعتماد به نفس مادر می شود و ارتباط میان مادر و کودک را تسهیل می نماید (Guittier, Cedraschi & Jamei, 2014: 4-6)، تجربه زایمانی منفی هم روی شیردهی (Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004: 213)، تصمیم برای حاملگی دوباره و نوع زایمان در حاملگی بعدی تاثیرگذار بوده (Pang, Leung & Lau, 2008: 122) و باعث استرس های روانی و در شکل شدید آن می تواند باعث افسردگی بعد از زایمان گردد (Guittier, Cedraschi & Jamei, 2014: 4-6). که علاوه بر کاهش کیفیت زندگی مادر، ارتباط میان مادر و کودک را تضعیف می نماید (Duncan, Cohn & Chao, 2017: 5). بسیاری از زنان برای آماده شدن برای زایمان که تغییر مهم در زندگی شان هست در کلاس ها آمادگی برای زایمان شرکت می کنند، کلاس های آموزشی با فراهم آوردن اطلاعات و آموزش انجام تمرینات فیزیکی، تکنیک های آرامسازی و تنفسی، خودکنترلی زنان را بهبود بخشیده و ممکن است باعث رضایت از تجربه زایمانی گردد (Leach, Bowles & Jansen, 2017: 53). همچنین این کلاس ها می توانند به زنان در تشخیص سریع علائم و نشانه های افسردگی بعد از زایمان کمک کنند (Zauderer, 2009: 29) و باعث افزایش فهم زنان برای تامین بهتر نیازهایشان گردند. در مقابل کمبود آگاهی و یا دادن اطلاعات متناقض و ناسازگار در این کلاس ها می تواند باعث تجربه زایمانی منفی گردد. از طرف دیگر دادن اطلاعات زیاد در زمان کوتاه ممکن است غیر موثر باشد و کمبود فرصت برای بحث و انتقال دانش و تمرین تکنیکهای کاهش درد ممکن است فواید کلاس های آمادگی برای زایمان را کمتر کند (Bergstrom, Kieler & Waldenstrom, 2009: 1174). در ایران کلاسهای آمادگی برای زایمان از سال ۱۳۸۷ برای زنان باردار برگزار می شود ولی ما مطالعه ای در مورد تاثیر این کلاس ها بر تجربه زایمانی و افسردگی بعد از زایمان پیدا نکردیم، بررسی تجارب زایمانی مادران باعث می شود تا مراقبان نیازها و انتظارات مادران را بهتر درک کرده و مداخلات موثر مبتنی بر نیازها صورت گیرد تا رضایت مادران افزایش یابد. لذا بر آن شدیم مطالعه ای با هدف مقایسه تجربه زایمانی و افسردگی بعد از زایمان در سه گروه از زنان نخست زایمان با عدم شرکت، شرکت نامنظم و شرکت منظم در کلاس های آمادگی برای زایمان زنان نخست زایمان دهیم.

### ۱- روش مطالعه

این مطالعه که بخشی از یک مطالعه Mixed Method است به روش کوهورت بوده و جامعه شرکت کنندگان در این مطالعه شامل ۲۰۴ زن باردار نخست زایمان با سن حاملگی ۳۵-۳۷ هفته بود که در سه گروه شرکت منظم (شرکت در ۴ الی ۸ جلسه از کلاس های آموزشی)، شرکت نامنظم (شرکت در ۱ الی ۳ جلسه از کلاس های آموزشی) و عدم شرکت در کلاس های آمادگی زایمان قرار گرفتند.

معیارهای ورود به این مطالعه سکونت در شهر تبریز، نخست زایمان بودن و داشتن سن حاملگی ۳۷-۳۵ هفته بود، معیارهای خروج از مطالعه هم عبارت بودند از حاملگی چندقلویی، چندزایمان بودن، داشتن زایمان زودرس یا پس از موعد، وضعیت نمایش غیرسفالیک، داشتن سابقه افسردگی، مصرف داروهای ایجادکننده علائم افسردگی، وقوع حادثه استرس زا در خانواده و مشکلات مامایی.



## ۲- حجم نمونه

حجم نمونه در این مطالعه بر اساس نمره افسردگی بعد از زایمان و با استفاده از نرم افزار G-Power محاسبه شد. براساس نتایج مطالعه Duncan در مورد ارتباط شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان با افسردگی بعد از زایمان (Duncan, Cohn & Chao, 2017: 5) و با در نظر گرفتن  $M_1=12/9$  (میانگین نمره افسردگی در گروه مراقبت روتین)  $M_2=8/3$ ,  $SD_1=9/2$  (میانگین نمره افسردگی در گروه شرکت‌کننده در کلاس‌ها)،  $SD_2=6/1$ ,  $one\ sided\ \alpha=0/05$  و  $Power = 90\%$  برابر با ۶۱ نفر برای هر گروه محاسبه شد که با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش حجم نمونه نهایی ۶۸ نفر در هر گروه و در کل ۲۰۴ نفر تعیین گردید.

## ۳- نمونه گیری

نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام گرفت به طوری که از ۲۰ مجتمع سلامت شهر تبریز، ۷ مجتمع به صورت تصادفی ساده انتخاب و نمونه‌گیری در تمامی مراکز سلامت تحت پوشش هر مجتمع منتخب انجام شد (هر مجتمع حدود ۴ الی ۵ مرکز سلامت را تحت پوشش دارد و نمونه‌گیری در ۲۹ مرکز سلامت انجام شد). در هر مرکز به نسبت زنان باردار نخست‌زای ۳۵ الی ۳۷ هفته حاملگی تحت پوشش، زنان باردار حائز شرایط در سه گروه شرکت منظم (شرکت در ۴ الی ۸ جلسه از کلاس‌های آموزشی)، شرکت نامنظم (شرکت در ۱ الی ۳ جلسه از کلاس‌های آموزشی) و عدم شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان انتخاب شدند. بعد از ورود زنان واجد معیارهای حائز شرایط، اهداف و روش مطالعه به آنها کاملاً توضیح داده شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از ایشان اخذ شد و پرسشنامه‌های مشخصات فردی-اجتماعی، مامایی از طریق مصاحبه با شرکت‌کنندگان تکمیل شد. سپس شماره تماس از افراد مشارکت‌کننده اخذ و به ایشان اطلاع داده شد که یک ماه پس از زایمان محقق با آنها تماس تلفنی برقرار خواهد کرد. یک ماه بعد از زایمان با آنان تماس گرفته شد و از آنها درخواست گردید که به مرکز سلامت محل سکونت خود مراجعه کنند. در طی مراجعه حضوری، پرسشنامه‌های افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و پرسشنامه تجربه زایمان تکمیل شد.

## ۴- ابزار گردآوری داده‌ها

در این مطالعه از پرسشنامه‌های مشخصات فردی-اجتماعی و مامایی و پرسشنامه تجربه زایمانی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی شامل سوابقی مانند سن، سن شروع روابط جنسی، تحصیلات، شغل، شاخص توده بدنی، سن، تحصیلات و شغل همسر، حمایت همسر و رضایت از زندگی زناشویی و پرسشنامه مشخصات مامایی شامل سوابقی در زمینه سابقه سقط، نازایی، ناخواسته بودن بارداری، مورد دلخواه بودن یا نبودن جنسیت جنین، نوع زایمان، محل زایمان و عامل زایمانی بود. روایی این پرسشنامه در این مطالعه از طریق روایی محتوا و صوری تایید شد. پرسشنامه تجربه زایمان (CEQ2.0)، این ابزار حاوی ۲۳ بیانیه بوده و تجربه زایمان زنان نخست‌زا را اندازه‌گیری می‌کند. پرسشنامه شامل ۴ حیطه می‌باشد: ظرفیت شخصی (حس کنترل، احساس شخصی در مورد زایمان و درد لیبر)، حمایت حرفه‌ای (اطلاعات و مراقبت مامایی)، ایمنی درک شده (احساس امنیت و خاطرات زایمان) و مشارکت (توانایی فرد برای تغییر وضعیت، حرکات و تسکین درد در موقع لیبر و زایمان). ۲۰ بیانیه پرسشنامه به صورت ۴ گزینه‌ای و ۳ بیانیه آن به صورت مقیاس دیداری (VAS) تکمیل می‌گردد. روایی و پایایی این ابزار در جمعیت زنان آمریکایی اثبات شده است. پاسخ‌ها به صورت کاملاً موافقم (نمره ۴)، اغلب موافقم (نمره ۳)، اغلب مخالفم (نمره ۲) و کاملاً مخالفم (نمره ۱) می‌باشد. سوابقی که به صورت مقیاس دیداری پاسخ داده شده‌اند، به مقادیر ۱ الی چهار تبدیل خواهند شد: نمرات ۴۰-۰ (نمره ۱)، نمرات ۶۰-۴۱ (نمره ۲)، ۸۰-۶۱ (نمره ۳)



و ۱۰۰-۸۰ (نمره ۴). جملات با مفاهیم منفی (تجربه درد شدید، احساس خستگی، ترس و داشتن خاطره بد) به صورت منفی نمره گذاری می شوند. میانگین نمرات بالا در این ابزار به معنی تجربه مثبت تر از زایمان می باشد (Dencker, Taft & Bergqvist, 2010: 2). این پرسشنامه در ایران توسط میرغفوروند و همکاران روانسنجی شده است (Ghanbari-Homayi, Duncker, Fardiazar & Mirghafourvand, 2019: 4). پایایی این پرسشنامه در این مطالعه از طریق آلفا کرونباخ ۹۲٪ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی Edinburgh که برای اندازه گیری افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان به کار می رود و توسط COX و همکاران در سال ۱۹۸۷ تدوین شده است (Cox, Holden & Sagovsky, 1987: 783). این ابزار از ده سوال چهار گزینه ای تشکیل شده است که در بعضی از سوالات، گزینه ها از شدت کم به زیاد (مورد ۱، ۲، ۴) و در بعضی از زیاد به کم (مورد ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۳) مرتب شده اند. گزینه های هر سوال امتیازی از صفر تا سه بر اساس شدت علامت به خود اختصاص می دهند و امتیازی که فرد کسب می کند از جمع امتیازات ده سوال بدست می آید که می تواند از صفر تا ۳۰ متغیر باشد. این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران (Montazeri, Torkan & Omidvari, 2007: 3) روانسنجی شده است، پایایی این پرسشنامه در این مطالعه از طریق آلفا کرونباخ ۸۱٪ به دست آمد.

#### ۵- تجزیه و تحلیل داده ها

پس از تکمیل پرسشنامه ها، داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نرمالیتی داده های کمی با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی همسانی گروه های مطالعه از نظر مشخصات فردی-اجتماعی از آزمون های آنالیز واریانس یکطرفه، مجذور کای، مجذور کای روند و تست دقیق فیشر استفاده شد. برای مقایسه افسردگی بعد از زایمان و تجربه زایمانی در بین گروه های مطالعه در تحلیل دو متغیره از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه و در تحلیل چندمتغیره از مدل خطی عمومی با تعدیل برخی مشخصات فردی-اجتماعی استفاده شد.  $P < 0.05$  معنی دار در نظر گرفته شد.

#### ۶- نتایج

از نظر برخی مشخصات فردی اجتماعی از قبیل سن زن، تحصیلات، سن همسر، سن شروع رابطه جنسی، شاخص توده بدنی و خواسته بودن حاملگی بین گروه های مطالعه، تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ( $P > 0.05$ )، اما از نظر متغیرهای شغل زن، تحصیلات و شغل همسر، درآمد، حمایت همسر و رضایت از زندگی زناشویی در بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود داشت ( $P < 0.05$ ). میانگین (انحراف معیار) سن در گروه عدم شرکت ۲۵/۸ (۵/۷)، گروه شرکت نامنظم ۲۷/۰ (۵/۶) و گروه شرکت کننده ۲۵/۷ (۴/۷) بود ( $P = 0.000$ ). اکثریت زنان در هر سه گروه (۷۶/۵٪، ۶۶/۵٪ و ۷۷/۹٪ به ترتیب در گروه های عدم شرکت، شرکت نامنظم و شرکت منظم) درآمد در حد کفایت داشتند. در گروه عدم شرکت، تحصیلات کمتر از نیمی از زنان در حد دیپلم (۴۱/۹٪) در حالیکه ۵۲/۹٪ از زنان در گروه با شرکت نامنظم و ۴۱/۹٪ از زنان در گروه با شرکت منظم تحصیلات دانشگاهی داشتند. اکثریت زنان در هر سه گروه (۹۷/۱٪، ۷۶/۵٪ و ۸۲/۳٪ به ترتیب در گروه های عدم شرکت، شرکت نامنظم و شرکت منظم) خانه دار بودند. حدود یک سوم همسران در گروه عدم شرکت (۳۶/۸٪)، تحصیلات دیپلم داشتند در حالیکه حدود نیمی از همسران در گروه شرکت نامنظم (۵۰٪) و گروه شرکت منظم (۵۵/۸٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. حاملگی اکثریت زنان در هر دو گروه خواسته بود (۸۸/۲٪، ۸۹/۷٪ و ۸۸/۲٪ به ترتیب در گروه های عدم شرکت، شرکت نامنظم و شرکت منظم) (جدول ۱).



جدول ۱: مشخصات فردی اجتماعی در گروههای مطالعه

P value	شرکت منظم	شرکت نامنظم	عدم شرکت	مشخصات
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
	n=68	n=68	n=68	
0.297†	25/79 (4/78)	27/06 (5/68)	25/81 (5/72)	سن (سال)*
†0.212	30/88 (4/27)	32/09 (5/01)	30/91 (4/28)	سن همسر
	سطح تحصیلات			
	1 (1/5)	1 (1/5)	2 (2/9)	بی سواد
	2 (2/9)	1 (1/5)	2 (2/9)	ابتدایی
0.083‡‡	8 (11/8)	10 (14/7)	9 (13/3)	راهنمایی
	11 (16/2)	9 (13/3)	9 (13/3)	متوسطه
	18 (26/5)	11 (16/2)	28 (41/2)	دیپلم
	28 (41/2)	36 (52/9)	18 (26/5)	دانشگاهی
				شغل
0.001‡‡	56 (82/3)	52 (76/5)	66 (97/1)	خانه دار
	8 (11/8)	15 (22/1)	2 (2/9)	شاغل
	4 (5/9)	1 (1/5)	0	در حال تحصیل
<0.001‡‡				حمایت همسر
	41 (60/3)	34 (50/0)	20 (29/4)	خیلی زیاد
	16 (23/5)	20 (29/4)	22 (32/4)	زیاد
	10 (14/7)	14 (20/6)	24 (35/3)	متوسط
	0	0	1 (1/5)	کم
	1 (1/5)	0	1 (1/5)	خیلی کم
‡1/000				سابقه نازایی
	2 (2/9)	1 (1/5)	2 (2/9)	بله
	66 (97/1)	67 (98/5)	66 (97/1)	خیر
‡0/895				حاملگی ناخواسته
	9 (13/2)	7 (10/3)	8 (11/8)	بله
	59 (86/8)	61 (89/7)	60 (88/2)	خیر

† آزمون آنالیز واریانس یکطرفه ‡ آزمون مجذور کای § آزمون مجذور کای روند ‡‡ آزمون دقیق فیشر

بر اساس آزمون آنالیز واریانس یکطرفه، میانگین (انحراف معیار) نمره افسردگی بعد از زایمان در گروه زنان با شرکت منظم، گروه زنان با شرکت نامنظم و گروه زنان با عدم شرکت در کلاس ها به ترتیب برابر 4/1 (2/2)، 4/9 (2/3) و 9/3 (4/7) بود و میانگین نمره افسردگی بعد از زایمان در گروه های شرکت منظم ( $P < 0.001$ ) و شرکت نامنظم ( $P < 0.001$ )، به طور معنی



داری کمتر از گروه عدم شرکت بود. ولی تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه با شرکت منظم و شرکت نامنظم از نظر افسردگی بعد از زایمان ( $P=0/150$ ) وجود نداشت. همچنین میانگین نمره تجربه زایمانی در گروه زنان با شرکت منظم، گروه زنان با شرکت نامنظم و گروه زنان با عدم شرکت در کلاس ها به ترتیب برابر  $3/2$  ( $0/41$ )،  $2/9$  ( $0/43$ ) و  $2/3$  ( $0/39$ ) بود و میانگین نمره تجربه زایمانی در گروه زنان با شرکت منظم ( $P<0/001$ ) و شرکت نامنظم ( $P<0/001$ )، به طور معنی داری بیشتر از گروه عدم شرکت بود، همچنین میانگین نمره تجربه زایمانی در گروه زنان با شرکت منظم به طور معنی داری ( $P=0/002$ ) بیشتر از گروه زنان با شرکت نامنظم بود.

نتایج مدل خطی عمومی بعد از تعدیل متغیرهای سن، تحصیلات همسر، درآمد، شغل، شغل همسر، حمایت همسر و رضایت از زندگی زناشویی نشان داد که میانگین نمره تجربه زایمانی در زنان با شرکت منظم به طور معنی دار بیشتر از زنان گروه شرکت نامنظم ( $P=0/032$ ) و زنان گروه عدم شرکت ( $P<0/001$ ) بود، همچنین نمره افسردگی بعد از زایمان هم در زنان با شرکت منظم ( $P<0/001$ ) به طور معنی دار بیشتر از زنان گروه عدم شرکت بود. ولی تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه با شرکت منظم و شرکت نامنظم از نظر افسردگی بعد از زایمان ( $P=0/257$ ) وجود نداشت (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه نمره افسردگی بعد از زایمان و تجربه زایمان در سه گروه با عدم شرکت، شرکت نامنظم و شرکت منظم در کلاس های آمادگی برای زایمان بر اساس مدل خطی عمومی\*

متغیر	B	فاصله اطمینان ۹۵٪	مقدار P
افسردگی بعد از زایمان شرکت منظم (مرجع)	۰		
شرکت نامنظم	۰/۶	-0.4, 1.8	۰/۲۵۷
عدم شرکت تجربه زایمانی	۴/۷	3.4, 5.9	۰/۰۰۱
شرکت منظم (مرجع)	۰		
شرکت نامنظم	-۰/۲	-0.4, -0.02	۰/۰۳۲
عدم شرکت	-۰/۸	-1.0, -0.6	۰/۰۰۱

\*مقادیر بر اساس متغیرهای شغل، درآمد، حمایت همسر و رضایت از زندگی زناشویی تعدیل شده اند.

## ۷- بحث

در مطالعه حاضر بعد از تعدیل متغیرهای سن، تحصیلات همسر، درآمد، شغل، شغل همسر، حمایت همسر و رضایت از زندگی زناشویی نشان داده شد نمره افسردگی بعد از زایمان در گروهی از شرکت کنندگان که در کلاس های آمادگی برای زایمان شرکت منظم داشتند به طور معنی دار کمتر از گروهی بود که در این کلاس ها شرکت نداشتند، ولی تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه شرکت کنندگان با شرکت منظم و شرکت نامنظم وجود نداشت. در مطالعه Duncan و همکاران نیز گروهی از زنان باردار که مداخلات آموزشی دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل علایم افسردگی بعد از زایمان را کمتر گزارش کردند (Duncan, Cohn & Chao, 2017: 5). از آنجاییکه یکی از عوامل خطر شناخته شده برای افسردگی بعد از زایمان اضطراب دوران بارداری هست به نظر می رسد کلاسهای آمادگی برای زایمان با کاهش ترس و اضطراب بارداری و با آماده کردن زنان از نظر روانی برای زایمان باعث کاهش افسردگی بعد از زایمان گردند.

همچنین در این مطالعه نمره تجربه زایمانی در گروهی از شرکت کنندگان که در کلاس های آمادگی برای زایمان شرکت منظم داشتند به طور معنی دار بیشتر از دو گروهی بود که در این کلاس ها شرکت نامنظم داشته و یا شرکت نداشتند، همچنین نمره تجربه زایمانی در گروهی از شرکت کنندگان که در کلاس های آمادگی برای زایمان شرکت نامنظم داشتند به طور معنی دار



بیشتر از گروهی بود که در این کلاس ها شرکت نداشتند. در مطالعه مروری طاهری و همکاران نیز زنانی که در بارداری در کلاسهای آموزشی شرکت داشتند تجربه زایمانی بهتری داشتند (Taheri, Takian & Taghizadeh, 2018:4-6). در مطالعه Spinelli و همکاران نیز زنانی که در کلاسهای آموزشی دوران بارداری شرکت داشتند تجربه زایمانی بهتری داشتند (Spinelli, Baglio & Donati, 2003:97) نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارد. کلاس های آموزشی قبل از زایمان باعث می شود زنان زایمان رضایت بخش و کم دردی را تجربه کنند (Lumley & Brown, 1993: 128). به نظر می رسد اطلاعات دریافت شده و میزان درگیری در فرایند تصمیم گیری، تجربه زایمان زن را تحت تاثیر قرار می دهند و تجربه جامعی که زنان از فرایند زایمان کسب می کنند به عنوان یکی از پیامدهای مهم زایمانی تلقی شده و این تجارب در طول زندگی همواره با آن ها باقی می ماند. در برخی مطالعات ترس از زایمان به عنوان عاملی برای داشتن تجربه زایمانی منفی و افسردگی بعد از زایمان گزارش شده است و آموزش های مربوط به آمادگی برای زایمان با افزایش آگاهی زنان باردار، آموزش آرامسازی و روشهای کنار آمدن با درد ممکن است باعث کاهش ترس و اضطراب مادر، اطلاع زن از توانایی خود برای انجام زایمان و داشتن تجربه زایمانی مثبت شود. داشتن تجربه زایمانی مثبت یک هدف مهم در مراقبتهای مامایی است که در آن زایمان به عنوان رویداد طبیعی زندگی و با پیامد "مادر و کودک زنده و سالم و رضایت از نیازهای فردی" تعریف می شود.

#### ۸- تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه دکتری مامایی با کد اخلاق (IR.TBZMED.REC.1398.066) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد. بدین وسیله از مساعدت و همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و اساتید محترم دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به دلیل حمایت همه جانبه از این پژوهش و همچنین تمام شرکت کنندگان در مطالعه، تشکر و قدردانی می شود.

#### منابع

1. Larkin, Begley, Devane (2009), Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis, *Midwifery*, 25(2): e49.
2. Fenaroli, Molgora, Dodaro, Svelato, Gesi, Molidoro, Saita, Ragusa (2019), The childbirth experience: obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women, *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1):419.
3. Waldenstrom (2003), Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth, *Birth*, 30(4):248-254.
4. Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain, Guillemin, (2014), Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 254.
5. Goodman, Mackey, Tavakoli (2004). Factors related to childbirth satisfaction, *J Adv Nurs*, 46(2): 212-219.
6. Pang, Leung, Lau TK, (2008). Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study, *Birth*, 35(2):121-128.
7. Duncan, Cohn, Chao, (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison, *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1): 140.
8. Leach, Bowles, Jansen (2017). Perceived benefits of childbirth education on future health-care decision making. *J Perinat Educ*, 26(1):49-56.

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجانشرقی، مراغه، بلوار شهید درخشسی، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۲ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶ داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



9. Zauderer (2009) Postpartum depression: how childbirth educators can help break the silence, *J Perinat Educ*, 18(2):23–31.
10. Bergstrom, Kieler, Waldenstrom (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial, *BJOG*, 116(9): 1167–1176.
11. Dencker, Taft, Bergqvist, Lilja (2010). Childbirth Experience Questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument, *BMC Pregnancy Childbirth*, 10:81–88.
12. Ghanbari-Homayi, Dencker, Fardiazar, Jafarabadi, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Meedya, Mohammadi, Mirghafourvand (2019). Validation of the Iranian version of the childbirth experience questionnaire 2.0, *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 465.
13. Cox, Holden, Sagovsky (1987). Detection of postnatal depression. Development of the ten-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *J Psychiatry*, 150: 782–786
14. Montazeri, Torkan, Omidvari (2007). The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version, *BMC Psychiatry*, 7:11.
15. Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, Sarafraz (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions, *Reprod Health*, 15(1):73.
16. Spinelli, Baglio, Donati (2003). Do antenatal classes benefit the mother and her baby, *J Matern Fetal Neonat Med*, 13(2):94–101.
17. Lumley, Brown (1993). Attenders and nonattenders at childbirth education classes in Australia: how do they and their births differ, *Birth*, 20(3):123–130





## Comparison of Childbirth Experiences & Postpartum Depression among Primiparous Women Based on Attendance in Childbirth Preparation Classes

**Rabee Rahimi**

Master's Degree in Psychiatry, Bonab Branch, Islamic Azad University, Bonab, Iran  
nurse\_168@yahoo.com

**Robab Hassanzadeh**

Assistant Professor, Midwifery Department, Bonab Branch, Islamic Azad University, Bonab, Iran  
Hassanzadehr8@gmail.com

**Sakineh Mohammad-Alizadeh-Charandabi**

Professor, Department of Midwifery, University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

**Amaneh Hassanzadeh**

M.A in Information Science & Epistemology, General Directorate of Public Libraries of East Azarbaijan

**Mojgan Mirghafourvand**

Professor, Department of Midwifery, University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

### Abstract

**Background:** Assessment of women's childbirth experience is an important indicator in maternity services. Positive childbirth experiences improve mothers' health, whereas negative childbirth experiences can cause psychological stresses and, in extreme cases, may lead to postpartum depression.

**Methods:** In this cohort study, 204 women at 35–37 weeks of gestation were selected using cluster sampling from the health centers of Tabriz, Iran. Women were divided into three groups (68 women in each group) based on their attendance in childbirth preparation classes: (a) nonattenders (did not attend any sessions), (b) irregular attenders (attended 1–3 sessions), and (c) regular attendants (attended 4–8 sessions). Interviews were conducted at one month postpartum to complete the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). The general linear model (GLM) was used to identify associations between women's attendance to the classes and either their childbirth experience or postpartum depression scores.

**Results:** Based on the GLM, the mean score of childbirth experience among the regular attenders was significantly higher than women who were irregular attenders ( $p = .032$ ) or nonattenders ( $p < .001$ ). In addition, the mean score of postpartum depression scale was significantly lower among regular attenders compared with nonattenders ( $p < .001$ ). However, there was no significant difference in postpartum depression score among regular and irregular attenders ( $P = 0.257$ ).

**Conclusions:** Attending prenatal classes was associated with positive childbirth experience and low postpartum depression score.

**Keywords:** Childbirth Experience; Postpartum Depression; Childbirth Preparation Classes; Primiparous Women.