



ارتباط تجارب زایمانی با افسردگی و اضطراب پس از زایمانی

شهرام پیری

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه، مراغه، ایران
Pirishahram67@yahoo.com

پروین دلنواز

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه، مراغه، ایران
Pdelnavaz71@gmail.com

فرناز فاروقی

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه، مراغه، ایران (نویسنده مسئول)
Faroughifarnaz.m@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: تجارب زایمان یک رویداد زندگی فردی است که تحت تاثیر فرایندهای فیزیولوژیکی و ذهنی- روانی می باشد. با شیوع بیماری روانی پس از تولد، شناسایی عواملی که بر واکنش های عاطفی زنان تأثیر می گذارد، مهم است. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط تجارب زایمانی با اضطراب و افسردگی پس از زایمان انجام گرفت.

روش: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۳۹ زن زایمان کرده از دی ماه ۱۳۹۹ تا شهریور ماه ۱۴۰۰ انجام شد، جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های مشخصات فردی- اجتماعی و مامایی، تجربه زایمان (CEQ_{2,0} = Childbirth Experience Questionnaire)، افسردگی ادینبورگ دوران بارداری (Edinburgh's Depression during Pregnancy) و پرسشنامه اضطراب پس از زایمان استفاده شد. از مدل خطی عمومی برای تعیین ارتباط بین تجربه زایمان با افسردگی و اضطراب با تعدیل مشخصات فردی- اجتماعی استفاده شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) نمره کلی تجارب زایمانی، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۲/۹ (۰/۴) (رنج نمره: ۱ تا ۴)، ۹۱/۶ (۲۰/۰) (رنج نمره: ۰ تا ۱۵۳) و ۹/۴ (۶/۱) (رنج نمره: ۰ تا ۳۰) بود. براساس آزمون همبستگی پیرسون بین نمره کلی تجارب زایمانی با نمره افسردگی ($p < ۰/۰۰۱, r = -۰/۳۶۳$) و اضطراب ($p = ۰/۰۲۸, r = -۰/۱۱۹$) همبستگی منفی معنی دار وجود داشت. بر اساس مدل خطی عمومی و با تعدیل مشخصات فردی- اجتماعی، با افزایش نمره تجربه زایمان، نمره افسردگی ($B = -۰.۲$; ۹۵% ci: -۰.۳ تا -۰.۱) کاهش می یافت. همچنین متغییر کنترل روی بارداری از پیشگویی کننده های افسردگی و اضطراب پس از زایمان در زنان بود به طوری که در زنان با کنترل روی بارداری ($B = -۰.۵$; $P = ۰.۰۰۴$) تا -۳.۰ (۹۵% ci: -۱.۸)، ($B = -۱.۶$; $P = ۰.۰۰۷$) تا -۱۰.۱ (۹۵% ci: -۶.۰) به ترتیب افسردگی و اضطراب پس از زایمان کمتر بود.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه، افسردگی و اضطراب پس از زایمان با تجارب زایمانی مرتبط می باشد بنابراین با توجه به تاثیر سلامت روانی مادران بر سایر ابعاد زندگی زن و خانواده اش، نقش محوری ارائه دهندگان و سیاست گذاران خدمات سلامت در ایجاد تجارب مثبت زایمانی مشخص می شود.

کلیدواژه ها: کلمات کلیدی: تجربه زایمان، افسردگی، اضطراب.



مقدمه

زایمان یک رویداد چالش برانگیز و مهم زندگی است که سالانه تعداد زیادی از زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. رویدادهای تولد برای اکثر زنان استرس‌زا هستند و می‌تواند شامل طیف وسیعی از عوارض و مداخلات مامایی باشند (Wilson and Salihu ۲۰۰۷). پس از تولد، زنان در برابر اختلالات روانی پس از زایمان مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات دل‌بستگی آسیب‌پذیر هستند (Brockington ۲۰۰۴) 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 (Waldenström ۲۰۰۳).

عواملی مانند حس کنترل و کنترل درک شده (Green and Baston ۲۰۰۳, Ford, Ayers et al. ۲۰۰۹)، میزان درد لیبر (Hodnett ۲۰۰۲)، حمایت مراقب در طول زایمان (Hodnett ۲۰۰۰)، آنالژزی موقع زایمان (Waldenstrom,) (Bryanton, Gagnon ۲۰۱۲, Hildingsson et al. ۲۰۰۴, Hidaka and Callister ۲۰۰۴)، میزان آگاهی، نوع زایمان (Bryanton, Gagnon et al. ۲۰۰۸) و میزان درگیری مادر باردار در فرایند تصمیم‌گیری (Hodnett ۲۰۰۲) تجارب زایمان زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. همچنین مداخلات پزشکی غیربرنامه‌ریزی شده نیز در طول زایمان همچون سزارین اورژانسی، زایمان واژینال ابزاری (Berg,) (Wiklund, Edman et al. ۲۰۰۸, Andersen, Melvaer et al. ۲۰۱۲)، مشکلات دوران بارداری (Lundgren et al. ۲۰۰۳)، ترس از زایمان (Henriksen, Grimsrud et al. ۲۰۱۷)، لیبر طولانی مدت (Nystedt,) (Högberg et al. ۲۰۰۵)، نیاز به مراقبت‌های ویژه نوزادان (Smarandache, Kim et al. ۲۰۱۶) با عدم رضایت زنان از زایمان مرتبط است. جنبه‌های مختلف کنترل و حمایت با تجربه زایمان، درک زایمان به عنوان تروما و افسردگی همبستگی دارد (Bryanton J, Johnston C et al. ۲۰۰۸, Ford, Ayers et al. ۲۰۰۹).

مادر تازه زایمان کرده دچار تغییرات اساسی فیزیولوژیکی و عاطفی می‌شود و علاوه بر این با وظیفه جدید مراقبت از نوزاد تازه متولد شده روبرو می‌شود (O'Hara, Zekoski et al. ۱۹۹۰). لذا ماههای اول پس از زایمان به عنوان دوره‌های مهم زندگی زنان می‌باشد که ممکن است با درد و رنج روانی مهمی برای زنان همراه باشد (Mowbray, Oyserman et al. ۱۹۹۵). از جمله اختلالات روانی شایع پس از زایمان افسردگی و اضطراب می‌باشد.

افسردگی پس از زایمان (PPD: Postpartum depression) یک مشکل بهداشتی عمومی است و در ۱۰ تا ۱۵٪ مادران تازه زایمان دیده می‌شود (Kendell ۱۹۸۵). افسردگی پس از زایمان به صورت اختلالات خواب، نوسانات خلقی، تغییر در اشتها، ترس از آسیب دیدگی، نگرانی‌های جدی در مورد کودک، غم و اندوه زیاد و گریه، احساس شک، مشکل در تمرکز،



عدم علاقه به فعالیت های روزمره، افکار مرگ و خودکشی بروز می یابد (Aswathi, Rajendiren et al. ۲۰۱۵).
 (Norhayati, Hazlina et al. ۲۰۱۵). احساس ناامیدی در موارد شدید بیماری می تواند زندگی را تهدید کرده و منجر به خودکشی شود (Youn and Jeong ۲۰۱۱) و مسئول ۲۰٪ از مرگ و میر مادران در دوره پس از زایمان تلقی می شود (Chaudron ۲۰۰۳) علاوه بر این، مواردی از قبیل ترس از آسیب رساندن به کودک (۳۶٪)، دلبستگی ضعیف به نوزاد (۳۴٪) و حتی در موارد شدید، اقدام به خودکشی کودک گزارش شده است (Spinelli ۲۰۰۴, Thorsteinsson, Loi ۲۰۰۴, et al. ۲۰۱۴). عوامل خطر مختلفی بعنوان فاکتور خطر افسردگی پس از زایمان از جمله: درگیری زناشویی (Gotlib, ۱۹۹۱), نداشتن اعتماد به نفس (Zekoski, O'Hara et al. ۱۹۸۷) و شرایط روانی-اجتماعی دشوار (Romans, Walton et al. ۱۹۹۳) وقایع منفی زندگی در طول سال قبل از زایمان و تجارب منفی زایمانی (Righetti-Veltéma, Conne-Perréard et al. ۱۹۹۸) مطرح شده است. نتایج مطالعات نشان می دهد که یک تجربه تولد منفی با درخواست سزارین (Hildingsson, Rådestad et al. ۲۰۰۲) افسردگی در بارداری بعدی (Rubertsson, ۲۰۰۳) Waldenström et al. ۱۹۹۸) و افسردگی بعد از زایمان (Righetti-Veltéma, Conne-Perréard et al. ۱۹۹۸) همراه خواهد بود.

اضطراب پس از زایمان یکی از مشکلات روانی شایع در بین مادران است که بیشتر از افسردگی پس از زایمان رخ می دهد و در صورت عدم درمان می تواند خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش دهد. شیوع اختلال اضطرابی در سال اول پس از تولد بین ۹٫۹ تا ۲۰ درصد است (Dennis, Falah-Hassani et al. ۲۰۱۷) اضطراب می تواند با محدود کردن فعالیت های مادر و ایجاد ترس های غیرمنطقی بر توانایی های مادری او تأثیر بگذارد. همچنین، مطالعات نشان می دهد که اضطراب مادر می تواند از تعاملات بهینه مادر و کودک جلوگیری کند، بر نتایج و رفتارهای تغذیه نوزاد تأثیر بگذارد و مانع رشد شناختی-اجتماعی کودک شود (Stein, Pearson et al. ۲۰۱۴, McBean and Montgomery-Downs ۲۰۱۷, Dennis, Falah-Hassani et al. ۲۰۱۷)

با شیوع بیماری روانی پس از تولد، شناسایی عواملی که بر واکنش های عاطفی زنان تأثیر می گذارد، مهم است. برای کاهش بروز اختلالات روانی پس از زایمان، باید اطلاعات بیشتری در مورد چگونگی به حداقل رساندن ناراحتی روانی در هنگام تولد و چگونگی به حداکثر رساندن احساسات مثبت زنان به دست آورد (Ford and Ayers ۲۰۰۹). نتایج مطالعات در مورد ارتباط عوامل زنان و زایمان و مشکلات دوران بارداری و زایمان با افسردگی پس از زایمان ضدو نقیض می باشد (Martin ۲۰۱۷)



۱۹۹۰، O'Neill, Murphy et al. (۱۹۷۷) پیامدهای افسردگی پس از زایمان اثرات جدی بر سلامت خانواده دارد (Mathisen, Glavin et al. ۲۰۱۳) بنابراین لازم است عوامل زمینه‌ساز اختلالات روانی پس از زایمان و افراد مستعد شناسایی شوند تا اقدامات درمانی مناسب انجام شود. چراکه، توسعه برنامه‌های غربالگری و همچنین طراحی برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر شواهد مستلزم جمع‌آوری اصولی اسناد علمی در مورد اتیولوژی و عوامل زمینه‌ساز بیماری است (De Crescenzo, Perelli et al. ۲۰۱۴)، لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط تجارب زایمانی با اضطراب و افسردگی پس از زایمان طراحی شده‌است.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه و شرکت‌کنندگان

این مطالعه مقطعی بر روی ۳۳۹ زنان زایمان کرده در فاصله یک تا چهار ماه پس از زایمان مراجعه کننده به مجتمع‌های سلامت شهر تبریز از دی ماه ۱۳۹۹ تا شهریور ماه ۱۴۰۰ انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل سن ۱۸ سال، سکونت در شهر تبریز، زنان در ماه ۱ تا ۴ بعد از زایمان، افراد با داشتن معیارهای زیر وارد مطالعه نشدند: حاملگی چندقلویی، زایمان زودرس (کمتر از ۳۷ هفته حاملگی)، عدم تکمیل بیش از ۲۰٪ سوالات پرسشنامه و داشتن سابقه افسردگی یا مشکل روانی براساس اظهارات مادر.

حجم نمونه

حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه قنبری و همکاران (Ghanbari-Homayi, Fardiazar et al. ۲۰۱۹) و با در نظر گرفتن دقت مطالعه (d) برابر با ۰/۰۵ در اطراف میانگین (mean=۲/۷۱)، Power = ۰/۹۰ و انحراف معیار برابر با ۰/۷۳، به تعداد ۲۲۶ نفر محاسبه شد. با توجه به خوشه‌ای بودن مطالعه و در نظر گرفتن design effect برابر با ۱/۵، حجم نمونه نهایی ۳۳۹ محاسبه شد.

نمونه‌گیری و اجرای مطالعه

نمونه‌گیری برای این مطالعه بعد از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت. جمعیت هدف زنان زایمان کرده مراجعه کننده به مجتمع‌های سلامت شهر تبریز بود. نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای از مجتمع‌های سلامت شهر تبریز انجام گرفت. نخست یک چهارم از مراکز سلامت شهر تبریز به صورت تصادفی با استفاده از وب سایت www.random.org انتخاب شد. پژوهشگر با مراجعه به مراکز منتخب، لیست زنان زایمان کرده در فاصله ۱ تا ۴ ماه پس از زایمان را استخراج و تعداد نمونه انتخابی از هر مرکز به صورت نسبتی بر اساس تعداد زنان تحت پوشش هر مرکز مشخص شد سپس به طور تصادفی از لیست تهیه شده زنان به صورت تصادفی انتخاب شدند، با افراد



منتخب تماس تلفنی شد، سپس طی تماس تلفنی از افرادی که سایر شرایط ورود به مطالعه را داشتند، دعوت شد که در صورت تمایل، در روز معین در مرکز سلامتی که تحت پوشش است حضور داشته باشند. بعد از مراجعه اهداف و روش مطالعه به افراد آموزش داده شد سپس، در صورت تمایل به شرکت در مطالعه رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ شد. در مورد افرادی که سواد خواندن و نوشتن نداشتند. پژوهشگر رضایت نامه را با گویش خود افراد به ایشان توضیح کامل داده و در صورت اعلام تمایل برای شرکت در مطالعه از ایشان اثر انگشت اخذ شد. به افراد شرکت کننده اطمینان لازم داده شد که اسامی و اطلاعاتشان محرمانه خواهند ماند و گزارش نتایج بدون ذکر نام صورت می گیرد. در این جلسه حضوری، پرسشنامه های مشخصات جمعیتی- اجتماعی، ابزارهای تجربه زایمان (CEQ= Childbirth Experience Questionnaire)، پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و پرسشنامه اختصاصی اضطراب پس از زایمان در یک محیط نسبتاً با سر و صدای کم از طریق مصاحبه با شرکت کنندگان تکمیل شد.

ابزار گردآوری داده ها و روش جمع آوری داده ها

اطلاعات این طرح توسط پرسشنامه مشخصات فردی- اجتماعی و مامایی، پرسشنامه افسردگی ادینبورگ دوران بارداری (Edinburgh's Depression during Pregnancy) و پرسشنامه تجربه زایمان (CEQ_{2,0}= Childbirth Experience Questionnaire) و پرسشنامه اختصاصی اضطراب پس از زایمان (Postpartum Specific Anxiety Scale; PSAS) جمع آوری شد.

پرسش نامه اطلاعات فردی- اجتماعی و مامایی

این پرسشنامه شامل سوالاتی همچون سن، سن همسر، کفایت درآمد ماهانه، سطح تحصیلات خود و همسر، شغل خود و همسر، وضعیت ازدواج، وضعیت سکونت، وزن و قد مادر بود. مشخصات مامایی شامل سوالاتی در زمینه تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، سابقه ناباروری، شرکت یا عدم شرکت در کلاسهای دوران بارداری، کنترل روی بارداری و وضعیت بارداری از لحاظ خواسته یا ناخواسته بودن، نوع زایمان و بستری نوزاد در NICU بود. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار محتوا و صوری استفاده شد. بدین صورت که پرسشنامه در اختیار اعضای هیئت علمی دانشکده های پرستاری- مامایی و پزشکی قرار گرفت و بعد از جمع آوری نظرات آنها، اصلاحات بر روی ابزارها بر اساس باز خورد کسب شده صورت گرفت.

پرسش نامه تجربه زایمان (CEQ_{2,0}= Childbirth Experience Questionnaire)

نسخه اول این ابزار حاوی ۲۳ بیانیه بود، ولی پرسشنامه بازنگری شده توسط ابداع کننده، با اضافه کردن ۳ آیت دیگر حاوی ۲۵ بیانیه می باشد. ابزار فوق، تجربه زایمان زنان زایمان کرده را اندازه گیری می کند. پرسشنامه شامل حیطه های



ذیل 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). ۲۳ 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 ۱)، اغلب موافقم (نمره ۲)، اغلب مخالفم (نمره ۳) و کاملاً مخالفم (نمره ۴) می‌باشد. سوالاتی 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 ۱۰۰-۸۱ (نمره ۴). جملات با مفاهیم منفی (تجربه درد شدید، احساس خستگی، ترس و داشتن خاطره بد) به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شوند. میانگین نمرات بالا در این ابزار به معنی تجربه مثبت‌تر از زایمان می‌باشد (Dencker, Taft et al. ۲۰۱۰). روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در محیط پژوهش این مطالعه توسط قنبری همایی و همکاران تعیین شده‌است آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب همبستگی ۰/۹۷ گزارش شده‌است (Ghanbari-Homayi, Dencker et al. ۲۰۱۹).

پرسش نامه افسردگی ادینبورگ (Edinburgh's Depression)

این پرسشنامه برای اندازه‌گیری افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان به کار می‌رود و توسط COX و همکاران در سال ۱۹۸۷ تدوین شده است. این ابزار از ده سوال چهار گزینه‌ای تشکیل شده است که در بعضی از سوالات، گزینه‌ها از شدت کم به زیاد (مورد ۱، ۲ و ۴) و در بعضی از زیاد به کم (مورد ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۳) مرتب شده‌اند. گزینه‌های هر سوال امتیازی از صفر تا سه بر اساس شدت علامت به خود اختصاص می‌دهند و امتیازی که فرد کسب می‌کند از جمع امتیازات ده سوال بدست می‌آید که می‌تواند از صفر تا ۳۰ متغیر باشد. مادرانی که امتیازاتی بالاتر از حد آستانه ۱۲ کسب می‌کنند از افسردگی با شدت متفاوتی برخوردارند. روایی این مقیاس با استفاده از شیوه تعیین ضریب همبستگی همزمان مقیاس ادینبرگ و مقیاس افسردگی بک معادل ۰/۷۸ محاسبه گردیده و پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه کردن معادل ۰/۷۵ برآورد گردید (Cox, Holden et al. ۱۹۸۷). منتظری و همکاران آلفای کرونباخ این پرسشنامه را نیز در دوران بارداری ۰/۷۷ گزارش نمودند (Montazeri, Torkan et al. ۲۰۰۷).

پرسش نامه اختصاصی اضطراب پس از زایمان (Postpartum Specific Anxiety Scale; PSAS)

پرسشنامه اختصاصی اضطراب پس از زایمان طراحی شده توسط Fallon و همکاران شامل ۵۱ سؤال به صورت لیکرت ۳ تایی است، اجزای آن شامل اضطراب‌های مربوط به شایستگی مادری و دلبستگی، اضطراب‌های مربوط به ایمنی و رفاه



شیرخوار و اضطراب های مربوط به مراقبت های عملی از شیرخوار می باشد (Fallon, Halford et al. ۲۰۱۶). روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در محیط پژوهش این مطالعه توسط میرغفوروند و همکاران تایید شده است و ضریب آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی درونی (ICC) به ترتیب برابر با ۰/۹۳ و ۰/۹۲ گزارش شده است (Hasanzadeh, Jafarabadi et al. ۲۰۲۱).

تجزیه و تحلیل داده ها

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۵) استفاده شد. برای توصیف مشخصات فردی-اجتماعی و مامایی شرکت کنندگان، وضعیت اضطراب، افسردگی و تجارب زایمانی از آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. نرمالیتی داده های کمی با استفاده از Skewness و Kurtosis سنجیده شد که داده ها از توزیع نرمال برخوردار بودند. از آزمون همبستگی پیرسون جهت تعیین ارتباط اضطراب و افسردگی با تجارب زایمانی استفاده شد، برای تعیین ارتباط مشخصات فردی-اجتماعی با متغیر اضطراب و افسردگی از آزمون های آنالیز واریانس یکطرفه و تی مستقل استفاده شد، سپس برای برآورد میزان تاثیر هر یک از متغیرهای مستقل (مشخصات فردی-اجتماعی و تجربه زایمانی) بر متغیر وابسته (اضطراب و افسردگی) از مدل خطی عمومی استفاده شد.

نتایج

۵۲۱ زن زایمان کرده از دی ماه ۱۳۹۹ تا شهریور ماه ۱۴۰۰ مورد بررسی قرار گرفتند از این تعداد ۳۹۹ مورد حائز شرایط بودند که با میزان مشارکت ۸۵٪ تعداد ۳۳۹ مورد وارد مطالعه شدند. میانگین (انحراف معیار) سن مشارکت کنندگان (SD: ۶,۰) ۲۸,۷ سال بود. کمتر از نیمی از زنان (۴۵/۷٪) دارای تحصیلات راهنمای بودند و اکثریت آنها (۸۲,۳٪) خانه دار بودند. میانگین (انحراف معیار) سن همسران (SD: ۶,۶) ۳۳,۹ بود. و اکثریت آنها (۷۸/۸٪) تحصیلات ابتدائی و راهنمایی داشتند. همچنین حدود نیمی از همسران (۵۴/۶٪) شغل آزاد داشتند. حدود نیمی از زنان (۴۷/۲٪) گزارش کردند که درآمد ماهیانه آنها برای هزینه های زندگی نسبتا کفایت می کند. بیشتر از نیمی از شرکت کنندگان (۶۰/۵٪) در منزل شخصی سکونت داشتند. حدود یک سوم از زنان (۳۵/۷٪) بارداری اول خود را تجربه می کردند و روش زایمان حدود نیمی از زنان (۴۹/۰٪) از نوع واژینال بود (جدول ۱).

میانگین (انحراف معیار) نمره کلی تجارب زایمانی، اضطراب و افسردگی بترتیب ۲/۹ (۰/۴) (رنج نمره: ۱ تا ۴)، ۹۱/۶ (۲۰/۰) (رنج نمره: ۰ تا ۳۰) و ۹/۴ (۶/۱) (رنج نمره: ۰ تا ۱۵۳) بود. براساس آزمون همبستگی پیرسون بین نمره کلی



تجارب زایمانی با نمره افسردگی ($p < 0.001, t = -0.363$) و اضطراب ($p = 0.028, t = -0.119$) همبستگی معکوس معنی- دار وجود داشت (جدول ۲).

براساس نتایج آزمون‌های دو متغیره (آنالیز واریانس یکطرفه و تی مستقل)، بین نمره کلی افسردگی با متغیرهای سن ($P = 0.001$)، سن همسر ($P = 0.047$)، سن ازدواج ($P = 0.023$)، کفایت درآمد خانوار ($P = 0.001$)، شغل ($P = 0.003$)، سقط ($P = 0.005$) و کنترل روی بارداری ($P = 0.001$) ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. همچنین بین نمره کلی اضطراب با متغیرهای تحصیلات همسر ($P = 0.038$) و کنترل روی بارداری ($P = 0.004$) ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. این متغیرها همراه با متغیر تجارب زایمانی به عنوان متغیر مستقل وارد مدل خطی عمومی شدند و نتایج مدل خطی عمومی تعدیل شده نشان داد که متغیرهای کنترل روی بارداری، تجربه زایمان و سن با نمره کلی افسردگی ارتباط معنی‌دار آماری داشتند ($P < 0.05$)، به طوریکه با افزایش نمره کلی تجربه زایمان، میانگین نمره افسردگی کاهش داشت ($B = -0.143$ تا -0.278 ; $95\% \text{ CI}$: -0.2 ; $B = -0.2$) همچنین در زنان با کنترل روی بارداری ($P = 0.004$; $B = -0.5$ تا -3.0 ; $95\% \text{ CI}$: -1.8 ; $B = -1.8$) افسردگی پس از زایمان کمتر بود و با افزایش سن نمره افسردگی هم افزایش می‌یافت ($p = 0.013$; $B = 0.2$; $95\% \text{ CI}$: 0.4 تا 0.05). همچنین متغیر کنترل روی بارداری با اضطراب ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($P < 0.05$)، به طوریکه در زنان با کنترل روی بارداری ($P = 0.007$; $B = 1.6$ تا -10.1 ; $95\% \text{ CI}$: -6.0 ; $B = -6.0$) اضطراب پس از زایمان کمتر بود. (جدول ۳ و ۴).

جدول ۱: ویژگی‌های اجتماعی و جمعیت شناختی شرکت کنندگان

رابطه با اضطراب		رابطه با افسردگی		میانگین (SD)	ویژگی‌های جمعیتی-اجتماعی
P-value	R	P-value	R		
0.418	-0.44	0.000	0.198	28.7 (6.0)	سن (سال)
0.349	-0.51	0.047	0.108	33.9 (6.6)	سن همسر (سال)
0.190	-0.71	0.023	0.123	20.9 (5.4)	سن ازدواج (سال)
0.470	-0.39	0.238	-0.064	25.6 (4.8)	شاخص توده بدنی
0.617	0.27	0.755	0.017	38.6 (10.0)	سن بارداری
P-Value	میانگین (SD)	P-Value	میانگین (SD)	تعداد (درصد)	
0.903		0.001			کفایت درآمد برای هزینه‌ها
	92.3 (20.5)		9.1 (5.7)	101 (29.8)	کاملاً کافی
	91.1 (19.2)		8.6 (5.9)	160 (47.2)	تا حدودی کافی



	۹۱,۷ (۲۰,۸)	۱۱,۶ (۶,۵)	۷۸ (۲۳,۰)	ناکافی
۰,۰۶۲	۰,۱۱۷			وضعیت خانه
	۹۱,۳ (۱۹,۵)	۹,۰ (۵,۶)	۲۰,۵ (۶۰,۵)	خانه شخصی
	۹۰,۳ (۱۸,۴)	۹,۰ (۶,۴)	۱۱۲ (۲۳,۰)	خانه شرکتی
	۱۰۱,۱ (۲۸,۳)	۱۱,۵ (۸,۱)	۲۲ (۶,۵)	زندگی در خانه اقوام
۰,۱۱۹	۰,۶۵۷			آموزش
	۹۳,۲ (۲۰,۶)	۹,۳ (۶,۱)	۱۳۵ (۳۹,۸)	دبستان
	۹۱,۷ (۱۹,۴)	۹,۹ (۶,۳)	۱۳۲ (۳۸,۹)	راهنمایی
	۸۶,۱ (۱۹,۴)	۸,۹ (۵,۸)	۵۵ (۱۶,۲)	دبیرستان
	۹۶,۱ (۱۸,۳)	۸,۷ (۴,۹)	۱۷ (۵,۰)	دیپلم
۰,۸۲۰	۰,۰۰۳			شغل
	۹۱,۶ (۱۹,۸)	۸,۹ (۵,۹)	۲۷۹ (۸۲,۳)	خانه دار
	۹۰,۹ (۲۱,۰)	۱۲,۱ (۶,۶)	۵۷ (۱۶,۸)	کار در خانه
	۹۹,۰ (۲,۸)	۲۳,۰ (۲,۸)	۳ (۰,۹)	کار در بیرون
۰,۱۵۹	۰,۴۸۸			اشتغال همسر
	۸۲,۳ (۲۲,۱)	۸,۳ (۵,۹)	۱۲ (۳,۵)	بیکار
	۹۰,۲ (۲۰,۵)	۸,۵ (۴,۹)	۴۹ (۱۴,۵)	کارمند
	۸۹,۹ (۱۸,۵)	۹,۳ (۶,۱)	۹۳ (۲۷,۴)	کارگر
	۹۳,۵ (۲۰,۳)	۹,۹ (۶,۴)	۱۸۵ (۵۴,۶)	خود اشتغالی
۰,۲۹۶	۰,۱۷۲			تعداد حاملگی
	۸۹,۳ (۱۸,۷)	۸,۶ (۵,۹)	۱۲۱ (۳۵,۷)	۱
	۹۲,۸ (۱۹,۸)	۹,۹ (۶,۳)	۱۱۸ (۳۴,۸)	۲
	۹۲,۹ (۲۱,۴)	۹,۸ (۶,۰)	۱۰۰ (۲۹,۵)	۳ ≥
۰,۴۲۵	۰,۰۰۵			سقط جنین
	۹۱,۰ (۱۹,۲)	۸,۸ (۵,۷)	۲۳۶ (۶۹,۶)	بله
	۹۲,۹ (۲۱,۶)	۱۰,۸ (۶,۶)	۱۰۳ (۳۰,۴)	نه
۰,۰۰۴	۰,۰۰۱			کنترل بارداری
	۸۹,۸ (۴,۴)	۱۰,۸ (۶,۳)	۱۷۵ (۵۱,۶)	نه
	۸۶,۲ (۴,۰)	۸,۱ (۵,۵)	۱۶۴ (۴۸,۴)	بله
۰,۱۰۷	۰,۴۷۶			آموزش قبل از تولد
	۸۶,۴ (۲۰,۸)	۹,۵ (۶,۱)	۳۰,۵ (۹۰,۰)	نه
	۹۲,۲ (۱۹,۸)	۸,۷ (۶,۳)	۳۴ (۱۰,۰)	بله
۰,۲۴۷	۰,۲۴۷			نوع زایمان
	۹۰,۸ (۲۰,۷)	۹,۰ (۶,۲)	۱۶۶ (۴۹,۰)	(NVD) زایمان طبیعی طبیعی
	۹۳,۹ (۱۷,۹)	۱۰,۱ (۵,۶)	۱۱۸ (۳۴,۸)	سزارین انتخابی
	۸۹,۵ (۲۱,۷)	۹,۸ (۶,۷)	۵۵ (۱۶,۲)	سزارین اورژانسی
۰,۲۶۰	۰,۲۵۲			پذیرش در NICU
	۹۴,۴ (۱۸,۲)	۹,۶ (۶,۳)	۲۸۳ (۸۳,۵)	نه
	۹۱,۱ (۲۰,۳)	۵,۶ (۵,۰)	۵۶ (۱۶,۵)	بله

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: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۸۳ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶-۹ داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



جدول ۲: رابطه تجربه زایمان، افسردگی و اضطراب ($n = 339$)

متغیر	میانگین (SD)	محدوده امتیاز به دست آمده		رابطه با تجربه زایمان	
		آمه	آمه	r	P [§]
اضطراب	۷۷,۴ (۱۵,۲)	۱۵۰ تا ۶۰	۰ تا ۱۵۳	-۰,۱۱۹	۰,۰۲۸
افسردگی	۱۷ (۵,۹)	۰ تا ۲۷	۰ تا ۳۰	-۰,۳۶۳	<۰,۰۰۱
تجربه زایمان	۶۵,۱ (۱۳,۵)	۱,۶۴ تا ۳,۶۸	۱ تا ۴	-	-

* Mean (Standard Deviation Median)

جدول ۳: رابطه تجربه زایمان با افسردگی بر اساس مدل خطی عمومی ($n = 339$)

متغیر	B (CI ۹۵٪)*	P
تجربه زایمان	-۰,۲ (-۰,۳ تا -۰,۱)	< ۰,۰۰۱
سن	۰,۲ (۰,۰۵ تا ۰,۴)	۰,۰۱۳
سن همسر	-۰,۴ (-۰,۲ تا ۰,۱)	۰,۵۵۲
سن ازدواج	-۰,۱ (-۰,۲ تا ۰,۰۵)	۰,۱۷۵
کنترل بارداری (خیر)	-۰,۶ (-۰,۳ تا -۱,۸)	۰,۰۰۴
بله	۰,۵ (-۰,۲ تا ۱,۲)	۰,۱۶۲
کفایت درآمد برای هزینه ها (کاملاً کافی)	۰,۵ (-۲,۸ تا -۱,۱)	۰,۱۸۷
ناکافی	۳,۲ (-۳,۲ تا ۹,۵)	۰,۳۲۵
تا حدودی کافی	۵,۰ (-۱,۴ تا ۱۱,۴)	۰,۱۲۵
شغل (کار در خارج از کشور)	۰,۲ (-۲,۴ تا ۰,۲)	۰,۰۹۳
خانه دار		
کار در خانه		
سقط جنین (بله)		
نه		

* Confidence Interval



جدول ۴: رابطه تجربه زایمان با اضطراب بر اساس مدل خطی عمومی (n=۳۳۹)

متغیر	B (CI ۹۵٪)*	تجربه زایمان	P
کنترل بارداری (خیر)			
بله	-۱,۶ تا -۱۰,۱ (-۶,۰)		۰,۰۰۷
تحصیلات همسر (دیپلم)			
دیستان	-۱,۲ تا ۸,۸ (-۱۱,۳)		۰,۸۱۱
راهنمایی	-۲,۵ تا ۷,۶ (-۱۲,۵)		۰,۶۳۱
دیبرستان	-۸,۶ تا ۲,۲ (-۱۹,۴)		۰,۱۲۰

* Confidence Interval

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین نمره کلی تجربه زایمانی، افسردگی و اضطراب همبستگی معکوس معنی داری وجود داشت بطوری که با افزایش نمره تجربه زایمانی، نمره افسردگی پس از زایمان و اضطراب کمتر می شود. همچنین متغیرهای تجربه زایمان، کنترل روی بارداری و سن از پیشگویی کننده های افسردگی پس از زایمان و متغیر کنترل روی بارداری از پیشگویی کننده های اضطراب مادری بودند.

یکی از مولفه های مرتبط با افسردگی در مطالعه حاضر تجربه زایمان بود، همسو با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه ای که توسط Bell و همکاران در کشور انگلستان با هدف تعیین ارتباط افسردگی با عوامل حین زایمان، نوع زایمان (زایمان فیزیولوژیک بدون مداخله در مقابل زایمان سخت) و تجربیات زایمان انجام شد نتایج مطالعه نشان داد که علائم افسردگی پس از زایمان با نوع زایمان، عوارض فوری پس از زایمان و درک مادر از تجربه تولد اخیر مرتبط است همچنین درک منفی تر از تجربه تولد اخیر با علائم اضطراب بالا همراه بود (Bell, Carter et al. ۲۰۱۶). در مطالعه انجام شده توسط Astbury و همکاران (Astbury, Brown et al. ۱۹۹۴) با هدف تعیین علل احتمالی دخیل در افسردگی پس از زایمان نتایج مطالعه نشان داد که تجربه زایمان منفی و عدم مشارکت در تصمیم گیری حین زایمان به طور قابل توجهی با افسردگی همراه بود.

در مطالعه حاضر افسردگی در زنانی که روی بارداری کنترل داشتند کمتر بود مسائل کنترل در دوران بارداری و زایمان به سه صورت خود را نشان می دهد. که شامل کنترل قبل از تولد سلامت جنین در طول بارداری، کنترل زایمان و تولد، و کنترل واقعی تجربه شده در طول زایمان است (Weisman, Hillemeier et al. ۲۰۰۸). زنان بارداری که در دوره قبل از تولد کنترل بالایی دارند، احتمال بیشتری دارد که در کلاس های زایمان شرکت کنند و مصرف سیگار، کافئین و



مواد غیرقانونی را کاهش دهند کنترل داخلی بالا در بارداری ممکن است به ایجاد نتیجه زایمان بهتر و در نتیجه سطح رضایت از تولد بالاتر کمک کند. (Schempf and Strobino ۲۰۰۹). تحقیقات نشان می‌دهد که تجارب بالای کنترل در حین زایمان و تولد باعث افزایش رضایت از تولد و کاهش بروز افسردگی پس از زایمان می‌شود عدم کنترل با تجارب ناخوشایند تولد، افسردگی پس از زایمان و علائم استرس پس از سانحه همراه است. (Goler, Armstrong et al. ۲۰۰۹, Ford, Ayers et al. ۲۰۰۸).

در مطالعه حاضر اضطراب در زنانی که روی بارداری کنترل داشتند کمتر بود. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که اختلالات اضطرابی ممکن است در دوره پس از زایمان دست کم گرفته شود و در واقع ممکن است شایع‌تر از افسردگی باشد، به طوری که تا ۱۶٪ از زنان از نوعی اختلال اضطرابی مانند هراس، فوبیا، اختلال سازگاری حاد، یا PTSD رنج می‌برند اختلالات اضطرابی نیز احتمالاً با افسردگی همراه هستند (Matthey, Barnett et al. ۲۰۰۳). نظریه‌های روانشناختی پاسخ‌های استرس، افسردگی و PTSD بر اهمیت کنترل در پاسخ‌های فیزیکی و عاطفی به استرس تاکید دارند. کنترل کم (چه شخصی و چه بیرونی) در طول یک رویداد مهم سلامت می‌تواند منجر به افسردگی و سطوح نامشخص کنترل ممکن است منجر به اضطراب شود (Walker ۲۰۰۱).

اطلاعات به دست آمده از این مطالعه می‌تواند در ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده به مادران باردار موثر باشد. با توجه به تاثیر اضطراب و افسردگی پس از زایمان بر سلامت خانواده و جامعه انتظار می‌رود با شناسایی علل زمینه‌ساز این مشکل سلامتی بتوان گامی مهم در جهت بهبود سلامت مادران برداشت. احتمالاً بتوان با حمایت و کنترل مادران در لیبر و زایمان، تجارب زایمانی مثبت‌تری را برای آنها رقم بزنیم (De Crescenzo, Perelli et al. ۲۰۱۴). نتایج مطالعه حاضر فرصتی را برای نگاه خاص به تاثیر تجارب زایمانی ارائه می‌دهد که می‌تواند برای مداخلات و سیاست‌گذاری‌های بالینی مهم باشد.

یکی از محدودیت‌های این تحقیق به علت ماهیت مقطعی آن است که ارتباطات نشان داده شده بین تجربه زایمانی، افسردگی و اضطراب و برخی مشخصات فردی-اجتماعی دقیقاً بیانگر رابطه علی و معلولی نیست. همچنین مطالعه حاضر در شرایط پاندمی COVID-۱۹ انجام گرفت بار منفی این شرایط پاندمی بر روح و روان انسانها بخصوص مادران در دوهی پس از زایمان تاثیرگذار است (Durankuş and Aksu ۲۰۲۰). استفاده از ابزارهای استاندارد از جمله نقاط قوت این مطالعه است همچنین از نقاط دیگر این تحقیق نمونه‌گیری تصادفی است که باعث بالا بودن درجه تعمیم‌پذیری



مطالعه می‌شود ولی باتوجه به اینکه فرهنگ بر روح و روان انسانها تاثیر دارد (Simkin ۱۹۹۶)، به دلیل بافت چندفرهنگی ایران، پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در سایر استانهای ایران انجام شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه، تجربه زایمان و کنترل روی بارداری از مولفه‌های پیش‌گویی‌کننده افسردگی پس از زایمان و کنترل روی بارداری از مولفه‌های پیش‌گویی‌کننده اضطراب پس از زایمان می‌باشند. با توجه به تاثیر سلامت روان مادران بر سایر ابعاد زندگی زن و خانواده‌اش، با مراقبت بهتر از مادران حین زایمان و ایجاد تجارب مثبت زایمانی، زنان بهتر می‌توانند برای مقابله با چالشهای دوران پس از زایمان آماده شوند و این موضوع نقش محوری ماماها، مربیان مامایی و سیاست‌گذاران مراقب‌های بهداشتی را در کمک به ایجاد تجارب مثبت زایمانی متناسب با نیازهای روحی و روانی مادران مشخص می‌کند.



منابع

- ۱ Andersen, L. B., L. B. Melvaer, P. Videbech, R. F. Lamont and J. S. Joergensen (۲۰۱۲). "Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review." *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* ۹۱(۱۱): ۱۲۶۱-۱۲۷۲.
- ۲ Astbury, J., S. Brown, J. Lumley and R. Small (۱۹۹۴). "Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression." *Australian journal of public health* ۱۸(۲): ۱۷۶-۱۸۴.
- ۳ Aswathi, A., S. Rajendiren, A. Nimesh, R. R. Philip, S. Kattimani ,D. Jayalakshmi, P. Ananthanarayanan and P. Dhiman (۲۰۱۵). "High serum testosterone levels during postpartum period are associated with postpartum depression." *Asian journal of psychiatry* ۱۷: ۸۵-۸۸.
- ۴ Bell, A., C. Carter, J. Davis, J. Golding, O. Adejumo, M. Pyra, J. Connelly and L. Rubin (۲۰۱۶). "Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study." *Archives of women's mental health* ۱۹(۲): ۲۱۹-۲۲۷.
- ۵ Berg, M., I. Lundgren and G. Lindmark (۲۰۰۳). "Childbirth experience in women at high risk: is it improved by use of a birth plan?" *The Journal of Perinatal Education* ۱۲(۲): ۱-۱۵.
- ۶ Brockington, I. (۲۰۰۴). "Postpartum psychiatric disorders." *The Lancet* ۳۶۳(۹۴۰۵): ۳۰۳-۳۱۰.
- ۷ Bryanton J, G. A., Johnston C and H. M. (۲۰۰۸). "Predictors of women's perceptions of the childbirth experience." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* ۳۷(۱): ۲۴-۳۴.
- ۸ Bryanton, J., A. J. Gagnon, C. Johnston and M. Hatem (۲۰۰۸). "Predictors of women's perceptions of the childbirth experience." *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* ۳۷(۱): ۲۴-۳۴.
- ۹ Chaudron, L. H. (۲۰۰۳). "Postpartum Depression." *Pediatrics in review* ۲۴(۵): ۱۵۵.
- ۱۰ Cox, J. L., J. M. Holden and R. Sagovsky (۱۹۸۷). "Detection of postnatal depression: development of the ۱۰-item Edinburgh Postnatal Depression Scale." *The British journal of psychiatry* ۱۵۰(۶): ۷۸۲-۷۸۶.
- ۱۱ De Crescenzo, F., F. Perelli, M. Armando and S. Vicari (۲۰۱۴). "Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for post-partum depression (PPD) : (a systematic review of randomized clinical trials." *Journal of Affective Disorders* ۱۵۲: ۳۹-۴۴.
- ۱۲ Dencker, A., C. Taft, L. Bergqvist, H. Lilja and M. Berg (۲۰۱۰). "Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument." *BMC pregnancy and childbirth* ۱۰(۱): ۸۱.
- ۱۳ Dennis, C.-L., K. Falah-Hassani and R. Shiri (۲۰۱۷). "Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis." *The British Journal of Psychiatry* ۲۱۰(۵): ۳۱۵-۳۲۳.
- ۱۴ Durankuş, F. and E. Aksu (۲۰۲۰). "Effects of the COVID-۱۹ pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study." *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*: ۱-۷.
- ۱۵ Fallon, V., J. C. G. Halford, K. M. Bennett and J. A. Harrold (۲۰۱۶). "(The postpartum specific anxiety scale: development and preliminary validation." *Archives of women's mental health* ۱۹(۶): ۱۰۷۹-۱۰۹۰.
- ۱۶ Ford, E. and S. Ayers (۲۰۰۹). "Stressful events and support during birth: the effect on anxiety, mood and perceived control." *Journal of Anxiety Disorders* ۲۳(۲): ۲۶۰-۲۶۸.
- ۱۷ Ford, E., S. Ayers and D. B. Wright (۲۰۰۹). "Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB)." *J Womens Health (Larchmt)* ۱۸(۲): ۲۴۵-۲۵۲.
- ۱۸ Ford, E., S. Ayers and D. B. Wright (۲۰۰۰). "(Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB)." *Journal of women's health* ۱۸(۲): ۲۴۵-۲۵۲.
- ۱۹ Ghanbari-Homayi, S., A. Dencker, Z. Fardiazar, M. A. Jafarabadi, S. Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S. Meedya, E. Mohammadi and M. Mirghafourvand (۲۰۱۹). "Validation of the Iranian version of the childbirth experience questionnaire ۲۰۰." *BMC pregnancy and childbirth* ۱۹(۱): ۴۶۵.
- ۲۰ Ghanbari-Homayi, S., Z. Fardiazar, S. Meedya, S. Mohammad-Alizadeh-Charandabi, M. Asghari-Jafarabadi, E. Mohammadi and M. Mirghafourvand (۲۰۱۹). "Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study." *BMC pregnancy and childbirth* ۱۹(۱): ۱۸۲.
- ۲۱ Goler, N. C., M. Armstrong, C. Taillac and V. Osejo (۲۰۰۸). "Substance abuse treatment linked with prenatal visits improves perinatal outcomes: a new standard." *Journal of Perinatology* ۲۸(۹): ۵۹۷-۶۰۳.
- ۲۲ Gotlib, I. H., V. E. Whiffen, P. M. Wallace and J. H. Mount (۱۹۹۱). "Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery." *Journal of abnormal psychology* ۱۰۰(۲): ۱۲۲.



۲۳ Green, J. M. and H. A. Baston (۲۰۰۳). "Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences." *Birth* ۳۰(۴): ۲۳۵-۲۴۷.

۲۴ Hasanzadeh, R., M. A. Jafarabadi, S. Hasanpour, V. Fallon, S. A. Silverio, R. Montazeri and M. Mirghafourvand (۲۰۲۱). "Psychometric evaluation of the postpartum specific anxiety scale in an Iranian population (PSAS-IR)." *BMC Pregnancy and Childbirth* ۲۱(۱): ۱-۷.

۲۵ Henriksen, L., E. Grimsrud, B. Schei and M. Lukasse (۲۰۱۷). "Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study." *Midwifery* ۵۱: ۳۳-۳۹.

۲۶ Hidaka, R. and L. C. Callister (۲۰۱۲). "Giving birth with epidural analgesia: the experience of first-time mothers." *The Journal of perinatal education* ۲۱(۱): ۲۴-۳۰.

۲۷ Hildingsson, I., I. Rådestad, C. Rubertsson and U. Waldenström (۲۰۰۲). "Few women wish to be delivered by caesarean section." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* ۱۰۹(۶): ۶۱۸-۶۲۳.

۲۸ Hodnett, E. D. (۲۰۰۰). "Caregiver support for women during childbirth." *The Cochrane database of systematic reviews*(۲): CD۰۰۰۱۹۹-CD۰۰۰۱۹۹.

۲۹ Hodnett, E. D. (۲۰۰۲). "Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review." *Am J Obstet Gynecol* ۱۸۶(Suppl Nature): S۱۶۰-۱۷۲.

۳۰ Kendell, R. (۱۹۸۵). "Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders." *Journal of Psychosomatic Research*.

۳۱ Martin, M. E. (۱۹۷۷). "A maternity hospital study of psychiatric illness associated with childbirth." *Irish Journal of Medical Science* ۱۴۶(۱): ۲۳۹.

۳۲ Mathisen, S. E., K. Glavin, L. Lien and P. Lagerløv (۲۰۱۳). "Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study." *International journal of women's health* ۵: ۷۸۷.

۳۳ Matthey, S., B. Barnett, P. Howie and D. J. Kavanagh (۲۰۰۳). "Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?" *Journal of affective disorders* ۷۴(۲): ۱۳۹-۱۴۷.

۳۴ McBean, A. L. and H. E. Montgomery-Downs (۲۰۰۰). "Diurnal fatigue patterns, sleep timing, and mental health outcomes among healthy postpartum women." *Biological research for nursing* ۱۷(۱): ۲۹-۳۹.

۳۵ Montazeri, A., B. Torkan and S. Omidvari (۲۰۰۷). "The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version." *BMC psychiatry* ۷(۱): ۱-۶.

۳۶ Mowbray, C. T., D. Oyserman, J. K. Zemencuk and S. R. Ross (۱۹۹۵). "Motherhood for women with serious mental illness: Pregnancy, childbirth, and the postpartum period." *American Journal of Orthopsychiatry* ۶۵(۱): ۲۱-۳۸.

۳۷ Norhayati, M., N. N. Hazlina, A. Asrenee and W. W. Emilin (۲۰۱۵). "Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review." *Journal of affective Disorders* ۱۷۵: ۳۴-۵۲.

۳۸ Nystedt, A., U. Högberg and B. Lundman (۲۰۰۵). "The negative birth experience of prolonged labour: A case-referent study." *Journal of Clinical Nursing* ۱۴(۵): ۵۷۹-۵۸۶.

۳۹ O'Hara, M. W., E. M. Zekoski, L. H. Philipps and E. J. Wright (۱۹۹۰). "Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women." *Journal of abnormal psychology* ۹۹(۱): ۳.

۴۰ O'Neill, T., P. Murphy and V. Greene (۱۹۹۰). "Postnatal depression--aetiological factors." *Irish Medical Journal* ۸۳(۱): ۱۷-۱۸.

۴۱ Righetti-Veltama, M., E. Conne-Perréard, A. Bousquet and J. Manzano (۱۹۹۸). "Risk factors and predictive signs of postpartum depression." *Journal of affective disorders* ۴۹(۳): ۱۶۷-۱۸۰.

۴۲ Romans, S. E., V. Walton, B. McNoe, G. Herbison and P. Mullen (۱۹۹۳). "Otago Women's Health Survey ۳۰-Month Follow-Up: I: Onset Patterns of Non-psychotic Psychiatric Disorder." *The British Journal of Psychiatry* ۱۶۲(۶): ۷۳۳-۷۳۸.

۴۳ Rubertsson, C., U. Waldenström and B. Wickberg (۲۰۰۳). "Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample." *Journal of Reproductive and Infant Psychology* ۲۱(۲): ۱۱۳-۱۲۳.

۴۴ Schempf, A. H. and D. M. Strobino (۲۰۰۹). "Drug use and limited prenatal care: an examination of responsible barriers." *American journal of obstetrics and gynecology* ۲۰۰(۴): e۱۱۱-e۱۱۲. e۱۱۰.

۴۵ Simkin, P. (۱۹۹۶). "The experience of maternity in a woman's life." *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* ۲۵(۳): ۲۴۷-۲۵۲.



۴۶ Smarandache, A., T. H. Kim, Y. Bohr and H. Tamim (۲۰۱۶). "Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women." *BMC Pregnancy Childbirth* ۱۶(۱): ۱۱۴.

۴۷ Spinelli, M. G. (۲۰۰۴). "Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives." *American Journal of Psychiatry* ۱۶۱(۹): ۱۰۴۸-۱۰۵۷.

۴۸ Stein, A., R. M. Pearson, S. H. Goodman, E. Rapa, A. Rahman, M. McCallum, L. M. Howard and C. M. Pariante (۲۰۱۴). "Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child." *The Lancet* ۳۸۴(۹۹۰۶): ۱۸۰۰-۱۸۱۹.

۴۹ Thorsteinsson, E. B., N. M. Loi and A. L. Moulynox (۲۰۱۴). "Mental health literacy of depression and postnatal depression: A community sample." *Open Journal of Depression* ۳(۰۳): ۱۰۱.

۵۰ Waldenström, U. (۲۰۰۳). "Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth." *Birth* ۳۰(۴): ۲۴۸-۲۵۴.

۵۱ Waldenstrom, U., I. Hildingsson, C. Rubertsson and I. Radestad (۲۰۰۴). "A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample." *Birth* ۳۱(۱): ۱۷-۲۷.

۵۲ Walker, J. (۲۰۰۱). *Control and the psychology of health*. Buckingham, Open University Press.

۵۳ Weisman, C. S., M. M. Hillemeier, G. A. Chase, D. P. Misra, C. H. Chuang, R. Parrott and A.-M. Dyer (۲۰۰۸). "Women's perceived control of their birth outcomes in the Central Pennsylvania Women's Health Study: Implications for the use of preconception care." *Women's Health Issues* ۱۸(۱): ۱۷-۲۰.

۵۴ Wiklund, I., G. Edman, E. L. Ryding and E. Andolf (۲۰۰۸). "Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section." *Bjog* ۱۱۵(۳): ۳۲۴-۳۳۱.

۵۵ Wilson, R. E. and H. M. Salihu (۲۰۰۷). "The paradox of obstetric "near misses": converting maternal mortality into morbidity." *International journal of fertility and women's medicine* ۵۲(۲-۳): ۱۲۱-۱۲۷.

۵۶ Youn, J.-H. and I. S. Jeong (۲۰۱۱). "Predictive validity of the postpartum depression predictors inventory-revised." *Asian nursing research* ۵(۴): ۲۱۰-۲۱۵.

۵۷ Zekoski, E. M., M. W. O'Hara and K. E. Wills (۱۹۸۷). "The effects of maternal mood on mother-infant interaction." *Journal of Abnormal Child Psychology* ۱۵(۳): ۳۳۷-۶۱



The Relationship of Childbirth Experience with Postpartum Depression & Anxiety: A Cross-Sectional Study

Shahram piri

Member of the Academic Faculty of Azad Islamic College, Maragheh Branch, Maragheh, Iran
Pirishahram67@yahoo.com

Parvin Delnavaz

Member of the Academic Faculty of Azad Islamic College, Maragheh Branch, Maragheh, Iran
Pdelnavaz71@gmail.com

Farnaz Faroughi

Member of the Academic Faculty of Azad Islamic College, Maragheh Branch, Maragheh, Iran
(Corresponding Author) Faroughifarnaz.m@gmail.com

Abstract

Background & Aim: The childbirth experience is a personal life event that is influenced by physiologic and mental-psychological processes. Due to the prevalence of psychiatric problems after childbirth, it is important to recognize the factors affecting women's emotional reactions. This study was conducted to define the relationship of childbirth experience with postpartum anxiety and depression.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 399 women from 1 to 4 months after their childbirth who were referred to health centers in Tabriz-Iran from January 2021 to September 2021. Socio-demographic and obstetric characteristics questionnaire, Childbirth Experience Questionnaire (CEQ 2,0), Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), and Postpartum Specific Anxiety Scale (PSAS) were used to collect the data. The general linear modeling was used along with adjustment of socio-demographic characteristics to determine the relationship between the childbirth experience with depression and anxiety.

Findings: The mean (SD) of the overall score for childbirth experience, anxiety, and depression were 2,9 (0,2) (score range: 1 to 4), 91,6 (4,8) (score range: 0 to 103), and 9,4 (0,7) (score range: 0 to 30), respectively. There was a significant inverse correlation between the overall score of childbirth experiences, the depression score ($r = -0,36$, $p < 0,001$), and the anxiety score ($r = -0,12$, $p = 0,028$) based on the Pearson correlation test. According to the general linear modeling and with adjustment of socio-demographic characteristics, with the increasing score of the childbirth experience, the depression score decreased ($B = -0,2$; 95%CI: $-0,3$ to $-0,1$). Moreover, the variable of control during pregnancy was a predictor for postpartum depression and anxiety, so in women with the control during pregnancy, the mean score of postpartum depression ($B = -1,8$; CI 95%: $-3,0$ to $-0,5$; $P = 0,004$) and anxiety ($B = -1,0$; CI 95%: $-1,1$ to $-0,6$; $P = 0,007$) was less.

Conclusion: Based on the study results, postpartum depression and anxiety are related to childbirth experiences, therefore considering the effects of mothers' mental health on other aspects of a woman and her family's life, the core role of health care providers and policymakers in creating positive childbirth experiences is determined.

Keywords: Childbirth Experience, Depression, Anxiety.