Volume 25, Issue 1 (January- February 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Postpartum depression and its relationship with childbirth experience in primiparous women: a Cross-sectional study

Parya Foroughi[1], Anwar Dastbaz[2], Farzaneh Zaheri[3], Leila Hasheminasab[3*]

1. Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
2. Counseling Department, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran
3. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Received: 28 September 2024
Accepted for publication: 19 January 2025
[EPub a head of print- 28 January 2026]
Payesh: 2026; 25(1): 47- 55

Abstract

Objective(s): Postpartum depression is one of the common psychological problems of the postpartum period, which has many negative effects on the lives of women and their families, and identifying its risk factors can be a step towards improving the health of mothers. Therefore, this study was conducted with the aim of determining postpartum depression and its relationship with childbirth experience in primiparous women in 2023.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 402 eligible primiparous women visiting comprehensive health centers in Sanandaj city, who were selected as a cluster sampling. The data collection tool included the demographic and clinical profile registration form, Childbirth Experience Questionnaire (CEQ), and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Data were analyzed using multiple logistic regression test in SPSS26 software. $P<0.05$ was considered.

Results: The findings of the study showed that the average score of childbirth experience was 2.84 ± 0.55, and the prevalence of postpartum depression was 25.6%. Postpartum depression had a significant relationship with the level of education ($p=0.05$), hospitalization due to postpartum complications ($p=0.05$) and type of infant feeding ($p=0.05$) and with the increase in the score of childbirth experience, Postpartum depression decreased significantly ($p=0.001$).

Conclusion: The rate of postpartum depression was relatively high, and factors such as the level of education, hospitalization of the mother due to postpartum complications, and type of infant feeding were related to it. Also, there was a negative and significant relationship between childbirth experience and postpartum depression, and creating a good and pleasant experience for mothers during labor and delivery reduced the incidence of this disorder.

Keywords: Childbirth experience, Primiparous, Postpartum depression

.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.47]

* Corresponding author: Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
E-mail: Hasheminasab.l.2014@gmail.com

پایش
نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

افسردگی پس از زایمان و ارتباط آن با تجربه زایمان در زنان نخست زا: یک مطالعه مقطعی

پریا فروغی[۱]، انور دست باز [۲]، فرزانه ظاهری [۳]، لیلا هاشمی نسب[۳] *

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۲. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران
۳. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۳۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۸ بهمن ۱۴۰۴]
نشریه پایش: ۵۵- ۴۷ :(۱)۲۵؛ ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان یکی از مشکلات شایع روانی دوره پس از زایمان است که اثرات منفی متعددی بر زندگی زنان و خانواده آن‌ها دارد و شناسائی عوامل خطر آن، می‌تواند گامی درجهت ارتقای سطح سلامت مادران باشد؛ لذا این پژوهش با هدف تعیین افسردگی پس از زایمان و ارتباط آن با تجربه‌ی زایمان در زنان نخست‌زا در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه به‌روش مقطعی، در خصوص ۴۰۲ نفر از زنان نخست‌زای واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان سنندج که بصورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فرم ثبت مشخصات دموگرافیک و بالینی و پرسشنامه تجربه‌زایمانی و مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌رگرسیون لجستیک چندگانه درنرم‌افزار SPSS26 با در نظر گرفتن P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین‌نمره تجربه‌زایمان ۰/۵۵ ±۲/۸۴ بود، همچنین شیوع افسردگی پس از زایمان ۲۵/۶ درصد بود. افسردگی پس از زایمان با سطح تحصیلات (p=۰/۰۵)، بستری شدن به‌علت عوارض نفاسی (p=۰/۰۵) و نحوه‌ی تغذیه شیرخوار (p=۰/۰۵) رابطه معنی‌دار داشت و با افزایش نمره تجربه‌زایمان، افسردگی پس از زایمان بطور معنی‌داری کاهش یافت (p=۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری : میزان افسردگی پس از زایمان نسبتاً بالا و عواملی مانند سطح‌تحصیلات، بستری شدن مادر به‌علت عوارض نفاسی و نحوه تغذیه شیرخوار با آن مرتبط بود. همچنین ارتباط منفی و معنادار میان تجربه‌زایمانی و افسردگی پس از زایمان وجود داشت و ایجاد تجربه خوب و خوشایند در طی لیبر و زایمان برای مادران سبب کاهش ابتلا به این اختلال شد.

کلید واژه ها: تجربه زایمانی، نخست‌زا، افسردگی پس از زایمان

کد اخلاق: IR.MUK.REC.1402.172

* نویسنده پاسخگو: سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی
E-mail: Hasheminasab.l.2014@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.47]

مقدمه

افسردگی پس از زایمان به‌صورت بروز علایم افسردگی چهار تا شش هفته پس از زایمان تعریف می‌شود؛ اما این علائم ممکن است ماه‌ها طول بکشد [۱]. شیوع افسردگی پس از زایمان در کشورهای مختلف بین ۵ تا ۲۶/۳ درصد است [۲]. شیوع این اختلال در زنان ایرانی ۹/۸ درصد گزارش گردید [۳]. شیوع افسردگی پس از زایمان در زنان کرد در مطالعه آل امام و همکاران ۵۱/۴۹ درصد بود [۴]. عوارض افسردگی پس از زایمان را می‌توان به سه دسته: ۱- پیامدهای مادری (مانند اضطراب، ضعف سلامت جسمی، مراجعات مکرر پزشکی، کیفیت زندگی پایین، عملکرد نامناسب در ایفای وظایف، مشکلات جنسی و ارتباطی) ۲-پیامدهای نوزادی (نظیر وزن‌گیری نامناسب، سلامت جسمی ضعیف، مشکلات خواب، تکامل نامناسب حسی-حرکتی، کلامی، عاطفی و اجتماعی) ۳- مشکلات ارتباطی مادر و نوزاد (نظیر دلبستگی ضعیف و مراقبت ناکافی از نوزاد، مشکلات شیردهی و ضعف در ایفای نقش مادری تقسیم کرد [۵]. مادران افسرده در توجه به نیازهای اولیه نوزاد احساس ناتوانی می‌کنند، افسردگی پس از زایمان موجب ایجاد دلبستگی نا ایمن و اختلال در دلبستگی و تأخیر در رشد نوزاد می‌شود [۶]. زنان با افسردگی پس از زایمان علائمی همچون بی‌خوابی، عدم لذت از زندگی، احساس گناه و بی‌ارزشی، اضطراب، احساسات منفی نسبت به نوزاد و افکار خودکشی دارند [۷]. عوامل خطر افسردگی پس از زایمان شامل نخست‌زا بودن [۲]، فقدان حمایت اجتماعی، سابقه‌ی اختلالات روانی، نوع زایمان سزارین اورژانسی، بارداری برنامه‌ریزی نشده، بیماری‌های زمینه‌ای مادر، نزاع با همسر، سطح تحصیلات پایین و بیکاری است [۳]. از علت‌های مرتبط با افسردگی پس از زایمان، تجربه‌ی منفی زایمانی ذکر شده است [۸]. تجربه زایمانی منفی بصورت ناتوانی در کنار آمدن مادر با درد زایمان، ناتوانی در زور زدن هنگام زایمان، چالش‌ها و مشکلات در طی زایمان و مداخلات پزشکی تعریف می‌شود [۹]. میزان تجربه‌ی زایمانی منفی در سراسر جهان از ۶/۸ تا ۴۴ درصد متغیّر است [۱۰]. شیوع تجربه زایمانی منفی در سوئد ۶/۳ درصد بود [۱۱]. در مطالعه‌ی نجفی و همکاران در ایران، میزان این تجربه در زنانی که زایمان قبل از موعد داشتند، ۳۱/۸ درصد و در زنانی که زایمان ترم داشتند، ۱۴/۳ درصد بود [۱۲]. بیشترین عوامل خطر همراه با تجربه‌ی زایمانی منفی، سزارین اورژانسی، زایمان واژینال ابزاری و لیبر طول‌کشیده بود [۱۳،۱۴]. تجربه منفی زایمان می‌تواند سبب ترس از زایمان بعدی [۱۵]، درخواست مکرر برای زایمان سزارین الکتیو [۱۶] و حتی عدم تمایل جهت بارداری بعدی شود [۱۷]. تجربه منفی تولد می‌تواند برای همسر نیز طاقت‌فرسا باشد. همچنین سبب اختلال در ارتباط صحیح میان مادر و فرزند بعد از تولد شود [۱۸]. در برخی از مطالعات ارتباط معنادار بین تجارب زایمانی و افسردگی پس از زایمان مشاهده شده است [۸،۱۹]، در حالیکه در برخی دیگر نشان‌دهنده عدم ارتباط میان این دو متغیر با هم بودند [۲۰،۲۱]. از طرفی با توجه به متفاوت بودن شیوع افسردگی پس از زایمان در نقاط مختلف و همچنین باتوجه به تفاوت‌های فرهنگی و فردی جوامع و تفاوت در امکانات و نیروی انسانی به‌کار گرفته شده در مراکز زایمانی، تجربه زنان از زایمان متفاوت است، لذا این مطالعه با هدف تعیین افسردگی پس از زایمان و ارتباط آن با تجربه‌ی زایمانی در زنان نخست‌زا در سال ۱۴۰۲ در سنندج انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه‌ی دانشجویی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد اخلاق IR.MUK.REC.1402.172 بود، که به صورت مقطعی بر روی ۴۰۲ نفر از زنان نخست‌زای واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان سنندج در سال۱۴۰۲ انجام شد. جهت انجام نمونه‌گیری، ابتدا شهر سنندج به پنج خوشه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شد و به هرخوشه، ۸۰ نمونه تخصیص داده شد. پس از اخذ معرفی‌نامه از ریاست مرکز بهداشت و کسب اجازه از مسئولان مراکز جامع سلامت، در هرکدام از مراکز منتخب، ۲۰ نفر از زنان واجد شرایط، به‌صورت تصادفی ساده و با استفاده از سامانه سیب انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: تمایل به شرکت در مطالعه، حداقل سواد خواندن و نوشتن، گذشتن یک الی ۴ ماه از زایمان، حاملگی تک‌قلو، داشتن نوزاد ترم و سالم، نداشتن بیماری زمینه‌ای (دیابت، فشارخون و مشکلات تیروئید)، نداشتن سابقه نازایی، عدم - بستری نوزاد، کسب نمره‌ی کمتر از ۱۰ در غربالگری افسردگی دوران بارداری که در سامانه سیب مراکز جامع سلامت ثبت شده است و داشتن تجربه‌ی درد زایمان و معیارهای خروج از مطالعه ناقص بودن پرسشنامه بود. محقق پس از توضیح هدف مطالعه، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه و توضیح محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه‌ها را دراختیار شرکت‌کنندگان قرارداده و در تمام دوره‌ی تکمیل پرسشنامه‌ها، درکنار مادران، جهت پاسخ‌گوئی به‌سوالات احتمالی آنها قرارگرفت.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.47]

ابزار گردآوری اطلاعات شامل: فرم ثبت مشخصات دموگرافیک و بالینی (سن، شغل، سطح‌تحصیلات، طول مدت ازدواج، سطح درآمد ماهانه، سطح‌تحصیلات همسر، نوع بارداری اخیر، نوع‌زایمان، استفاده از روش‌های کاهش‌درد زایمان، داشتن همراه طی زایمان، میزان حمایت خانواده و همسر، بستری‌شدن مادر بعد از زایمان، داشتن مقاربت بعد از زایمان، نوع روش پیشگیری و نحوه تغذیه شیرخوار)، پرسشنامه‌ی تجربه‌ی‌زایمانی و افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود. به منظور تعیین اعتبار محتوای کیفی کار برگ ثبت مشخصات دموگرافیک و بالینی، در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی‌کردستان قرارگرفته و نظرات اصلاحی آنها اعمال شد. پرسشنامه تجربه زایمان شامل ۲۲ گویه در چهار حیطه: پذیرش‌مادر (۸گویه)، حمایت کارکنان زایشگاه (۵گویه)، احساس امنیت درک شده (۶گویه) و مشارکت مادر طی لیبر و زایمان (۳گویه) است. در این پرسشنامه ۱۹ گویه براساس مقیاس - لیکرت چهارگزینه‌ای ۱ الی ۴ بر اساس پاسخ‌های (کاملا موافق، موافق، مخالف، کاملا مخالف) امتیاز دهی می‌شود. دوگویه حس کنترل و امنیت با مقیاس آنالوگ بصری (VAS) نمره‌دهی می‌شود (نمره‌ی صفر=۱، نمرات یک تا سه=۲، نمرات چهارتا هفت= ۳ و نمرات هشت تا ده= ۴). گویه‌ی میزان‌درد نیز با VAS، نمره‌دهی - می‌شود (نمره‌ی صفر=۴، نمرات یک تا سه=۳، نمرات چهارتا هفت= ۲ و نمرات هشت تا ده= ۱). مجموع نمرات ۲۲ الی ۸۸ است. به منظور تراز کردن نمرات، نمره کل پرسشنامه و نمرات هر بعد بر تعداد سوالات آن، تقسیم شده و دامنه نمرات بین ۴-۱ متغیر است. کسب نمرات بالاتر به معنی تجارب زایمانی مثبت می‌باشد. پایائی پرسشنامه در مطالعه‌ی زمانی و همکاران (۲۰۱۷) ۰/۹۵ بود [۲۲].

پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ شامل ۱۰ پرسش است که پاسخ‌های آن در طیف لیکرت چهارگزینه‌ای (برحسب بله بیشتر اوقات، بله گاهی اوقات، خیر بندرت، خیر اصلا و ابدا) رتبه‌بندی شده است؛ هر گویه بین صفر تا سه امتیاز به خود اختصاص می‌دهد. گویه‌های ۸ و ۹ بصورت معکوس نمره دهی می- شوند، حداقل نمره صفر و حداکثر ۳۰ است. کسب نمره‌ی بالاتر از ۱۲ نشان دهنده‌ی افسردگی پس از زایمان است. در مطالعه‌ی منتظری و همکاران ضریب پایایی آن برابر با ۸۰ درصد به دست آمده است [۲۳]. داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار spss26 وارد و در ابتدا به گزارش آمار توصیفی داده های کمی (میانگین و انحراف معیار) و کیفی (فراوانی)، پرداخته شد. در تحلیل‌ها به منظور تعیین ارتباط بین تجربه‌ی زایمان با افسردگی پس از زایمان، اقدام به آنالیز تک متغیّره رگرسیون لجستک شد و برای اینکه هیچ متغیّر مهمی نادیده گرفته نشود، در آغاز مقادیر دارای P-Value≤0.20 در نظر گرفته شد، سپس تمام متغیرها را بطور همزمان در یک مدل چند متغیّره رگرسیون لجستیک وارد نموده و به حذف مخدوش کننده‌ها و تعدیل یافته‌های معنی‌دار قبلی مبادرت شد و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

نتایج نشان داد، شرکت‌کنندگان در مطالعه دارای میانگین سنی ۳/۶۱± ۲۴/۳۳ سال، میانگین مدت‌زمان سپری شده از ازدواج ۱/۷± ۳/۲۸ سال، میانگین مدت‌زمان سپری شده از زایمان ۰/۹۸± ۲/۱۳ ماه و میانگین نمره حمایت خانواده و حمایت همسر به ترتیب ۰/۹۶ ± ۸/۷۲ و ۰/۹۸± ۹/۰۷ بود. اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه (۸۹/۱ درصد) خانه‌دار، دارای سطح تحصیلات مقطع دبیرستان (۴۰/۸ درصد)، همسران با سطح تحصیلات مقطع دبیرستان (۴۷/۵ درصد)، بارداری خواسته (۸۱/۳ درصد)، زایمان طبیعی به‌همراه اپی‌زیاتومی (۶۱/۴ درصد)، فاقد همراه زایمانی (۷۲/۳ درصد) و فاقد سابقه استفاده از روش‌های کاهش درد زایمان (۶۴/۹ درصد) بودند. اکثر شرکت‌کنندگان، فاقد سابقه شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان (۶۷/۴ درصد)، دارای رضایت از جنسیت نوزاد (۹۱/۳ درصد)، دارای رابطه جنسی بعد از زایمان (۸۰/۶ درصد)، استفاده- کننده از روش‌های غیرهورمونی پیشگیری از بارداری (۵۶/۷ درصد)، فاقد سابقه بستری در بیمارستان به‌دلیل عوارض نفاسی (۸۶/۸ درصد) و روش تغذیه شیرخوار آنها، تغذیه انحصاری یا شیرخشک همراه با شیرمادر (۷۹/۱ درصد) بودند. همچنین ۲۵/۶ درصد از شرکت‌کنندگان افسردگی پس از زایمان داشتند (جدول ۱). میانگین نمره تجربه‌زایمانی شرکت‌کنندگان۰/۵۵±۲/۸۴ بود که بیشترین نمره مربوط به بعد احساس امنیت‌درک شده و کمترین آن مربوط به بعد پذیرش مادر بود (جدول ۲).

نتایج حاصل از مدل رگرسیون لجستیک چند متغیّره نشان داد که از بین متغیّرهای مستقل مورد بررسی، بستری شدن به‌دلیل عوارض نفاسی و نوع تغذیه شیرخوار در پیش‌بینی بروز افسردگی پس از زایمان و داشتن تحصیلات دانشگاهی و تجربه مثبت زایمان در پیشگیری از بروز افسردگی پس از زایمان، نقش مؤثری داشت؛ به- طوری‌که به ازای افزایش یک نمره تجربه زایمان، میزان افسردگی پس از زایمان ۰/۸۲ واحد کاهش می‌یابد (جدول ۱).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.47]

جدول۱: عوامل پیش‌بینی کننده افسردگی پس از زایمان در شرکت‌کنندگان در مطالعه با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک چندمتغیّره

متغیّر	تعداد (درصد)	SE	OR	(CI 95%)	(P-Value)
سطح تحصیلات					
ابتدایی	۵۰ (۱۲/۴)				رفرنس
راهنمایی	۱۳۱ (۳۲/۶)	۰/۷۲	۰/۴۵	۰/۱۱-۱/۸۷	۰/۲۷
دبیرستان	۱۶۴ (۴۰/۸)	۰/۵۸	۰/۴۵	۰/۱۴-۱/۴	۰/۱۷
دانشگاهی	۵۷ (۱۴/۲)	۰/۵۷	۰/۳۳	۰/۱-۱/۰۲	*۰/۰۵
نوع حاملگی					
خواسته	۳۲۷ (۸۱/۳)				رفرنس
ناخواسته	۷۵ (۱۸/۷)	۰/۴۶۸	۰/۹۶	۰/۳۸-۲/۴۱	۰/۹۳
رضایت از جنسیت نوزاد					
بلی	۳۶۷ (۹۱/۳)				رفرنس
خیر	۳۵ (۸/۷)	۰/۵۴	۰/۹۶	۰/۳۲-۲/۸۱	۰/۹۳
بستری شدن به‌دلیل عوارض نفاسی					
بلی	۵۳ (۱۳/۲)				رفرنس
خیر	۳۴۹ (۸۶/۸)	۰/۴۹	۰/۳۸۵	۰/۱۴۷-۱/۰۰۷	*۰/۰۵
نحوه تغذیه شیرخوار					
تغذیه انحصاری یا شیر مادر همراه با شیرخشک	۳۲۶ (۷۹/۱)				رفرنس
شیرخشک	۷۶ (۱۸/۹)	۰/۴۷	۲/۴۵	۰/۹۷۸-۶/۱۸	*۰/۰۵
	میانگین (انحراف معیار)				
میزان حمایت خانواده	۸/۷۲ (۰/۹۶)	۰/۲۳۹	۱/۰۸	۰/۶۷-۱/۷۲	۰/۷۴
میزان حمایت همسر	۹/۰۷ (۰/۹۸)	۰/۲۰۳	۰/۸۶	۰/۵۸-۱/۲۸	۰/۴۷
تجربه زایمان	۶۲/۴۴ (۱۱/۹۹)	۰/۰۲۱	۰/۸۲	۰/۷۸۵-۰/۸۵۲	*۰/۰۰۱

جدول۲: میانگین‌وانحراف‌معیار تجربه‌زایمانی و ابعاد آن

متغیّر	میانگین	انحراف‌معیار	حداقل	حداکثر	میانگین ترازشده	انحراف‌معیار ترازشده
بعد پذیرش‌مادر	۱۹/۲۲	۳/۵۲	۱۰	۲۵	۲/۴	۰/۴۵
بعد حمایت‌کارکنان زایشگاه	۱۴/۲۴	۳/۲۱	۵	۲۰	۲/۸۵	۰/۶۵
بعد احساس‌امنیت‌درک‌شده	۱۷/۹۸	۳/۲۱	۹	۲۴	۳	۰/۵۴
بعد مشارکت‌مادر	۸/۲۴	۲/۱۸	۳	۱۲	۲/۷۵	۰/۷۳
نمره‌کلی تجربه‌زایمانی	۶۲/۴۴	۱۱/۹۹	۳۲	۸۰	۲/۸۴	۰/۵۵

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه افسردگی پس از زایمان و ارتباط آن با تجارب زایمانی در زنان نخست‌زا ارزیابی شد. نتایج مطالعه نشان داد که فراوانی افسردگی پس از زایمان در شرکت‌کنندگان در مطالعه ۲۵/۶ درصد بود. براساس نتایج یک مطالعه مروری شیوع افسردگی پس از زایمان در جهان ۱۹/۱۸ درصد بود، کمترین میزان افسردگی پس از زایمان مربوط به کشور سنگاپور با سه درصد و بیشترین این میزان مربوط به جنوب آفریقا با ۴۴ درصد بود [۲۴] که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. همچنین نتایج Peng و همکاران، که شیوع افسردگی پس از زایمان در زنان چینی ۲۷ درصد گزارش شده بود، با این پژوهش همسو بود [۲۵]، در حالیکه در مطالعه Cui و همکاران میزان افسردگی پس از زایمان در زنان ژاپنی ۹ درصد بود [۲۶]. شیوع افسردگی پس از زایمان در جوامع توسعه یافته کمتر از جوامع در حال توسعه است؛ که این مساله می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، شرایط اجتماعی-اقتصادی، حمایت همسر و خانواده باشد. تفاوت در سیاست‌های بهداشتی و سرانه بودجه اختصاص داده‌شده به بهداشت و درمان این جوامع نیز می‌تواند در وضعیت سلامت روان مردم موثر باشد.

براساس یافته‌های مطالعه، میانگین و انحراف معیار کلی نمره تجربه زایمان (۰/۵۵±۲/۸۴) بود که با توجه به دامنه نمرات‌کل مقیاس؛ نمره تجربه زایمانی شرکت‌کنندگان بیش از میانگین بود. بیشترین نمره مربوط به بعد احساس امنیت ادراک شده و کمترین آن مربوط به بعد پذیرش مادر بود، که با نتایج مطالعه چوبدرنژاد و همکاران همسو بود، [۲۷]، در حالیکه در مطالعه کاظمی و همکاران نمره تجربه‌کلی زایمان ۰/۲۹±۲/۰۴ بوده و بیشترین و کمترین نمره ابعاد به‌ترتیب مربوط به بعد ظرفیت خود و مشارکت مادر بود که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.47]

متفاوت از نتایج حاضر است [۲۸]. این عدم همسوئی نتایج می‌تواند ناشی از لحاظ نمودن القا یا تقویت زایمان با اکسی‌توسین، به عنوان معیار ورود در مطالعه کاظمی و همکاران باشد. افزایش میزان درد تجربه شده در زایمان‌های القا یا تقویت شده با اکسی‌توسین و نبود فرصت‌کافی برای تطابق مادر با افزایش شدت درد، می‌تواند سبب کاهش نمره تجربه زایمان شود.

یافته‌های مطالعه نشان داد که افسردگی پس از زایمان به‌طور معنی‌دار در کسانی که تحصیلات دانشگاهی داشتند، کمتر بود، که با نتایج مطالعه و Dubey و همکاران هم راستا بود [۲۹]، اما نتایج مطالعه وحیدی و همکاران ارتباطی را میان افزایش سطح تحصیلات و افسردگی پس از زایمان نشان نداد [۲۰]. علت مغایرت در نتایج می‌تواند ناشی از تفاوت در جوامع مورد پژوهش باشد؛ به طوری‌که در مطالعه وحیدی و همکاران هیچ‌کدام از شرکت‌کنندگان تحصیلات دانشگاهی نداشتند و سطح تحصیلات اغلب آن‌ها ابتدایی و راهنمایی بود. به‌همین علت ممکن است، سطح تحصیلات در مقاطع پایین ارتباط چندانی را با افسردگی پس از زایمان نشان ندهد. در این پژوهش ارتباط معنادار آماری بین افسردگی پس از زایمان با بستری مادر بعلت عوارض نفاسی وجود داشت و میزان افسردگی پس از زایمان در مادرانی که تجربه بستری به‌دلیل عوارض نفاسی را داشتند، بیشتر بود که با نتایج مطالعه Lewkowitz و همکاران همسو بود [۳۰]؛ در حالی‌که نتایج وحیدی و همکاران نشان داد که بین افسردگی پس از زایمان و عوارض نفاسی ارتباط معنی‌دار وجود ندارد [۲۰]. تفاوت در نتایج مطالعات را می‌توان در شدت عوارض نفاسی یافت در مطالعه حاضر و مطالعه همسو، عوارض شدید منجر به بستری شدن در بیمارستان لحاظ شده بود درحالی‌که در مطالعه وحیدی و همکاران، کلیه عوارض خفیف و متوسط نیز لحاظ شده بود در حالی‌که عوارض نفاسی در مواردی که با بستری مادر در بیمارستان همراه نباشد، با پیامدهای روانی کمتری برای وی همراه خواهد بود. میزان افسردگی پس از زایمان در شرکت‌کنندگانی که فرزندشان را فقط با شیرخشک تغذیه کرده بودند و از شیرخود برای تغذیه شیرخوار استفاده نمی‌کردند، بیشتر از سایر شرکت‌کنندگان بود که با یافته‌های مطالعه Toledo و همکاران با عنوان "اهمیت شیوه های تغذیه با شیرمادر بر خطر افسردگی پس از زایمان" که نشان داد میزان افسردگی پس از زایمان در زنانی که شیردهی داشتند، نسبت به کسانی که به شیرخواران شیر خشک داده بودند، کمتر بود همسو بود [۳۱]، در حالی‌که قاسم‌زاده و همکاران رابطه معنی‌دار بین نوع تغذیه شیرخوار و افسردگی پس از زایمان نیافتند [۳۲]. از علت تفاوت در نتایج مطالعات می‌توان به تفاوت در حجم نمونه‌ها، تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی و درک زن از نقش مادری و تصویر ذهنی وی از تغییرات بدنی در شیردهی اشاره کرد. بین افسردگی پس از زایمان و تجربه زایمان معنی‌دار وجود داشت، به بیان دیگر با افزایش نمره تجربه زایمانی، میزان افسردگی پس از زایمان کاهش یافته و تجارب مثبت زایمانی، نقش پیشگیرانه‌ای در بروز افسردگی بعد از زایمان دارد، که با نتایج مطالعات احمدپور و همکاران و Coo و همکاران که نتایج آن‌ها نشان دهنده ارتباط میان تجربه‌ی زایمان و افسردگی پس از زایمان بود، مشابه می‌باشد [۱۹،۳۳]. نتایج مطالعه وحیدی و همکاران نشان داد که بین تجربه زایمان با افسردگی پس از زایمان ارتباط معناداری وجود ندارد که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد [۲۰]. مطالعه اتان و همکاران نیز نشان داد که تقریباً دو پنجم مادران تجربه زایمانی را بد و بسیار بد ارزیابی کردند با این حال بین تجربه زایمان و افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌دار وجود نداشت، که مخالف نتایج مطالعه کنونی است [۲۱]. مغایرت در نتایج مطالعات احتمالاً می‌تواند مربوط به متغیّرهای میانجی نا آشکار (مثل حمایت خانواده، وضعیت اقتصادی) در پژوهش‌های غیرهمسو وجود دارد که رابطه زوجین دارای تجربه منفی زایمان را تعدیل می‌کند و مانع افسردگی پس از زایمان می‌شوند. از دیگر عوامل تأثیرگذار در متفاوت بودن نتایج پژوهش حاضر با این مطالعه می‌تواند به تفاوت فرهنگی در جوامع مختلف و برداشت زنان از نقش مادری اشاره کرد. در تبیین این یافته مطالعه، می‌توان به این امر اشاره کرد که، تجربه منفی زایمان با سطوح بالاتر استرس والدین مرتبط است و این به‌طور خاص نشان می‌دهد که یک تجربه منفی زایمان مستقیماً با بهزیستی روان‌شناختی مادر مرتبط است، بنابراین علائم افسردگی و اضطراب را افزایش می‌دهد [۳۴] به علاوه تجربیات منفی تولد بر ادراک زن از زایمان خود تأثیر می‌گذارد، که این امر به نوبه خود با افسردگی پس از زایمان مرتبط است [۳۵]. بنابراین توصیه می‌شود پرسنل شاغل در بخش‌های زایمان با توجه بیشتر به منشور حقوق زنان باردار و تکریم آنها و بهبود کیفیت مراقبت‌های مامائی، گامی در جهت حفظ و ارتقای سطح سلامت روان زنان باردار بردارند. در این پژوهش برای اولین بار تجربه زایمانی در استان کردستان و با حجم نمونه نسبتاً بالایی سنجیده شده است، بنابراین نتایج آن به جوامع مشابه از نظر فرهنگی و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.47]

اجتماعی- اقتصادی قابل تعمیم است، ولی باتوجه به وارد نکردن زنان تحت پوشش مراکز روستائی و زنان بی‌سواد و چندزا به مطالعه، نتایج حاصله به کل جامعه تعمیم‌پذیر نیست. از دیگر محدودیت‌های پژوهش عدم بررسی میزان افسردگی پس از زایمان بعد از چهار ماه بود، لذا توصیه می‌شود پژوهش‌های بعدی به بررسی این اختلال بعد از این دوران و عوامل مؤثر بر آن پرداخته شود.

این پژوهش نشان داد سطح تحصیلات بالاتر، عدم بستری شدن مادر بعلت عوارض نفاسی، تغذیه با شیر مادر و تجربیات مثبت زایمان در پیشگیری از بروز افسردگی پس از زایمان موثر می‌باشند، بنابراین تشخیص و درمان به موقع عوارض نفاسی و جلوگیری از بستری شدن مادران در دوران نفاس، تماس پوست با پوست در ساعات اولیه بعد از تولد و تشویق مادر جهت شیردهی و بررسی تداوم و رفع مشکلات دوران شیردهی، دقت نظر ماماها در آموزش زنان با تحصیلات پائین‌تر درزمینه مسائل مربوط به بارداری و زایمان و افزایش مهارت آنها در ایجاد تجارب مثبت زایمانی، می‌تواند در کاهش میزان افسردگی پس از زایمان موثر باشد.

سهم نویسندگان

پریا فروغی: جمع‌آوری داده‌ها، نگارش مقاله
انور دست باز: مشارکت در اصلاح نسخه نهایی مقاله
فرزانه ظاهری: مشارکت در اصلاح نسخه نهایی مقاله
لیلا هاشمی نسب: طراحی مطالعه، نظارت بر اجرای مطالعه، تحلیل داده‌ها

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه‌ی تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد اخلاق IR.MUK.REC.1402.172 است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کلیه کارکنان مراکز جامع سلامت شهر سنندج و مادران شرکت‌کننده در مطالعه ابراز می‌دارند. همچنین از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان که حمایت مالی از پژوهش حاضر را بعمل آورده است، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

1. Maracy MR, Kheirabadi GR. Development and validation of a postpartum depression risk score in delivered women. Iranian Journal of Medical Sciences 2012;17:1067
2. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing 2022;31:2665-77
3. Malekmohammadi N, Torkian S, Rohina Z, Shahesmaeili A. The Incidence of Postpartum Depression and Associated Factors Among Iranian Healthy Mothers: Findings of a Prospective Cohort StudyIranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2022;16:1-7
4. Al-Imam A, Haligowska A, Motyka M, Al-Abadi M, Hameed M, Al-Haideri M, Al-Hemiary N. Risk Factors influencing Post-Partum Depression Severity in Iraqi Women. Alkindy College of Medicine Journal Enters Scopus 2023;19:147-55
5. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Women's Health 2019;15:1-55
6. de Mendonça JS, Bussab VS, Rodrigues A, Siqueira J, Cossette L. Postpartum depression, father's involvement, and marital and co-parental relationships from mothers' and fathers' perspectives in a low-income Brazilian sample. Family Science 2012;3:164-73
7. Hasanvand S MA, Rezabakhsh H. Predicting Paranoid thoughts based on attachment styles mediated by experiential avoidance in women with postpartum depression. Journal of Health Promotion Management 2021;10:1-15 [in Persian]
8. Lanjewar S, Nimkar S, Jungari S. Depressed motherhood: Prevalence and covariates of maternal postpartum depression among urban mothers in India. Asian Journal of Psychiatry 2021;57:102567
9. Aktaş S, Aydın R. The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2019;37:176-92
10. Hosseini Tabaghdehi M, Kolahdozan S, Keramat A, Shahhossein Z, Moosazadeh M, Motaghi Z. Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2020;33:3849-56
11. Viirman F, Hesselman S, Poromaa IS, Svanberg AS, Wikman A. Overall childbirth experience: what does it mean? A comparison between an overall childbirth experience rating and the

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.47]

Childbirth Experience Questionnaire 2. BMC Pregnancy and Childbirth 2023;23:1-15
12. Najafi Z, Mirghafourvand M, Ghanbari-Homaie S. Are women with preterm labour at risk for negative birth experience? a comparative cross-sectional study from Iran. BMC Pregnancy and Childbirth 2023;23:252
13. Guittier M-J, Cedraschi C, Jamei N, Boulvain M, Guillemin F. Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth 2014;14:1-9
14. Carquillat P, Boulvain M, Guittier M-J. How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? Midwifery 2016;43:21-8
15. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self-reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. Women's Birth 2012;25:114-21
16. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. Birth 2008;35:121-8
17. Ghanbari-Homayi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Meedya S, Jafarabadi MA, Mohammadi E, Mirghafourvand M. The impact of first childbirth experience on women's attitude towards having another child and subsequent vaginal birth. Current Women's Health Reviews 2021;17:244-50
18. Nystedt A, Hildingsson I. Women's and men's negative experience of child birth—A cross-sectional survey. Women and Birth 2018;31:103-9
19. Coo S, García MI, Mira A. Examining the association between subjective childbirth experience and maternal mental health at six months postpartum. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2023;41:275-88
20. Vahidi F, Ghanbari-Homaie Mirghafourvand M, Ghanbari-Homaie s. Prevalence of postpartum depression and its relationship with birth experience among adolescent mothers: a cross-sectional study. PAYESH 2024;23:199-208 [in Persian]
21. Atan ŞU, Ozturk R, Satir DG, Çalim SI, Weller BK, Amanak K, et al. Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. Sexual & Reproductive Healthcare 2018;18:13-8
22. Zamani P, Ziaie T, Mokhtari Lakeh N, Kazemnejad Leili E. Childbirth experience and its related socio-demographic factors in mothers admitted to postpartum ward of AL Zahra Hospital of Rasht City, (Iran). Qom University of Medical Sciences Journal 2019;12:70-8 [in Persian]
23. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. BMC Psychiatry 2007;7:1-6
24. Fish-Williamson A, Hahn-Holbrook J. Nutritional factors and cross-national postpartum depression prevalence: An updated meta-analysis and meta-regression of 412 studies from 46 countries. Frontiers in Psychiatry 2023; 14:1-12
25. Peng K, Zhou L, Liu X, Ouyang M, Gong J, Wang Y, et al. Who is the main caregiver of the mother during the doing-the-month: is there an association with postpartum depression? BMC Psychiatry 2021;21:270
26. Cui M, Kimura T, Ikehara S, Dong J-Y, Ueda K, Kawanishi Y, et al. Prenatal tobacco smoking is associated with postpartum depression in Japanese pregnant women: The japan environment and children's study. Journal of Affective Disorders 2020;264:76-81
27. Choobdarnezhad M, Amiri-Farahani L, Pezaro S. Maternal performance after childbirth and its predictors: a cross sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth 2024;24:1-13
28. Kazemi S, Pazandeh F, Mobarakabadi SS, Hajian S, Montazeri A, Mousavi M. Evaluating Women's Childbirth Experiences: A Cross-sectional Study From Iran. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences 2023;44:1-10
29. Dubey A, Chatterjee K, Chauhan VS, Sharma R, Dangi A, Adhvaryu A. Risk factors of postpartum depression. Indian Journal of Psychiatry 2021;30:127-31
30. Lewkowitz AK, Rosenbloom JI, Keller M, López JD, Macones GA, Olsen MA, Cahill AG. Association between severe maternal morbidity and psychiatric illness within 1 year of hospital discharge after delivery. Obstetrics & Gynecology 2019;134:695-707
31. Toledo C, Cianelli R, Villegas Rodriguez N, De Oliveira G, Gattamorta K, Wojnar D, Ojukwu E. The significance of breastfeeding practices on postpartum depression risk. Public Health Nursing 2022;39:15-23
32. Ghasemzadeh M, Masomi A, Karamali J, Sharif S, Mohebi S. Association of Postpartum Depression and Exclusive Breastfeeding. Journal of Research in Health Sciences 2013;9:579-86

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.47]

33. Ahmadpour P, Curry C, Jahanfar S, Nikanfar R, Mirghafourvand M. Family and Spousal Support Are Associated with Higher Levels of Maternal Functioning in a Study of Iranian Postpartum Women. Journal of Clinical Medicine 2023;12:2718
34. Molgora S, Fenaroli V, Saita E. The association between childbirth experience and mother's parenting stress: The mediating role of anxiety and depressive symptoms. Women & Health 2020;60:341-51
35. White T, Matthey S, Boyd K, Barnett B. Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2006;24:107-20

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.47]