

نقش روش زایمانی در سلامت روان پس از زایمان

معصومه منگلی^۱، فاطمه زارع مبینی^۲، طاهره رمضانی^۳

^۱ مربی گروه پرستاری، ^۲ مربی گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر بابک، ^۳ مربی گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مجله پزشکی هرمزگان سال چهاردهم شماره چهارم زمستان ۸۹ صفحات ۳۳۴-۳۲۶

چکیده

مقدمه: اختلال در سلامت روانی پس از زایمان باعث بروز مشکل در برقراری ارتباط و عملکرد اجتماعی زنان می‌گردد. لذا شناخت عوامل خطر ساز حائز اهمیت است. پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش روش زایمانی در سلامت روان پس از زایمان صورت گرفته است.

روش کار: در این مطالعه هم‌گروهی، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و آزمون SCL-90-R از ۲۲۷ زن نخست‌زا (۱۱۳ سزارین و ۱۱۴ زایمان طبیعی) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان شهر بابک که در متغیرهای سن، تحصیلات، شغل، تحصیلات و شغل همسر، خواسته بودن بارداری، رضایت از جنس جنین، برخورداری از حمایت اطرافیان و وضعیت روانی سه ماهه پایانی بارداری مشابه بودند، در ۶ هفته پس از زایمان جمع‌آوری گردیده و با بهره‌گیری از آزمونهای کای اسکور، من‌ویتنی و ویل کاکسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: میانگین نمرات اختلال روانی به شکل معنی‌داری در زنان سزارینی در دوره پس از زایمان در مقایسه با گروه زایمان طبیعی ($P < 0/001$) و نسبت به سه ماه آخر بارداری ($P < 0/001$) بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: سزارین پیامدهای روانی برای مادر، کودک و خانواده‌اش خواهد داشت و ارائه مشاوره دقیق توسط تیم بهداشت به مادران باردار جهت انتخاب نوع زایمان ضروری است.

کلیدواژه‌ها: سلامت روانی - زایمان طبیعی - سزارین

نویسنده مسئول:

معصومه منگلی

گروه پرستاری و مامایی دانشگاه

آزاد اسلامی واحد شهر بابک

شهر بابک - ایران

تلفن: +۹۸ ۹۱۷۱۹۳۷۴۰

پست الکترونیکی:

m.mangoli2009@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۹/۶/۳۱ اصلاح نهایی: ۸۹/۷/۲۱ پذیرش مقاله: ۸۹/۸/۱۰

مقدمه:

اختلال در سلامت روانی مادر در دوران پس از زایمان باعث می‌گردد تا قادر به برقراری ارتباط مناسبی با کودک و اطرافیان نبوده، واکنش‌های منفی‌گرایی نشان دهد (۵) و زمینه بروز ناراحتی‌های روانی در همسر را نیز افزایش دهد (۶). سابقه اختلالات روانی، شرایط جسمی و بیماری‌های مادر و کودک، وضعیت روابط زوجین و تنش‌ها و استرس‌های وارد شده به مادر در طول دوران بارداری را می‌توان از عوامل مهم مؤثر بر سلامت روان در دوران پس از زایمان دانست (۷). اگر چه در بسیاری از تحقیقات، نوع زایمان نیز به عنوان یکی از فاکتورهای مؤثر احتمالی در این زمینه در نظر گرفته شده است، اما در اکثر پژوهش‌های مذکور تنها به مقایسه بعد افسردگی در زنان سزارینی و زایمان طبیعی پرداخته شده و

اگرچه شانس بروز اختلال روانی برای همه افراد وجود دارد، اما مطالعات انجام شده بر روی جوامع مختلف نشان می‌دهد که میزان بروز اختلالات روانی به طرز معنی‌داری در زنان بیشتر از مردان است و این تفاوت گاهی به ۲ تا ۳ برابر می‌رسد (۱). که عمدتاً در سنین باروری دیده شده و با تولد فرزند شانس ابتلا به این گونه اختلالات افزایش می‌یابد (۲). از همین رو حاملگی و مادر شدن به عنوان دوره‌ای بالقوه آسیب‌پذیر برای سلامت روانی زنان شناخته شده‌اند (۳). در حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد زنان از اختلالات خلقی و عاطفی دوره پس از زایمان گلایه دارند و اکثر زنان در دوره پس از زایمان نسبت به فشارهای روانی بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند (۴).

بارداری آنها به نمونه مورد نظر از گروه سزارینی مشابه‌تر بود مشخص گردیده و سپس از میان آنها نمونه‌ای که در متغیرهای فردی و اجتماعی نیز با نمونه گروه سزارینی تقریباً مشابه بود، انتخاب شد. بدین ترتیب گروه‌های مورد (سزارین) و شاهد (زایمان طبیعی) که بر اساس متغیرهای وضعیت سلامت روانی در سه ماهه سوم بارداری، مطابقت جنس نوزاد با خواسته والدین، برخورداری از حمایت اطرافیان در مراقبت از کودک، خواسته بودن بارداری، سن، تحصیلات و شغل مادر و شغل و تحصیلات همسر مشابه بودند، شکل گرفتند. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل دو پرسشنامه اطلاعات فردی و اجتماعی و پرسشنامه استاندارد SCL-90-R که پایایی و روایی آن در ایران توسط میرزایی و باقری یزدی و همکاران گزارش گردیده است (۱۵،۱۶) بودند. این آزمون شامل ۹۰ ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای شامل (۰ = هیچ، ۱ = کمی، ۲ = تا حدی ۳ = زیاد، ۴ = به شدت) می‌باشد و نه بعد اختلالات روانی در برگیرنده شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت و پرخاشگری، هراس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی می‌باشد. در این آزمون هفت ماده اضافی نیز وجود دارد که با عنوان بعد سایر از آن یاد می‌شود. داده‌های لازم توسط افراد آموزش دیده و آگاه به پرسشنامه و به کمک مصاحبه در مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی شهرستان شهرستان شهر بابک شامل مراکز بهداشت ۱،۲،۳ و درمانگاه‌های خصوصی زنان و زایمان گردآوری شد. زنانی که در طول دوران پس از زایمان با تنشی جدی روبرو شده بودند، به دلیلی غیرمعمول در بیمارستان بستری شده بودند و یا کودک آنها از سلامت طبیعی برخوردار نبود، از پژوهش خارج شدند. نمره گذاری و تفسیر آزمون بر اساس میانگین و انحراف معیار هر یک از ابعاد و شاخص کلی علائم مرضی (GSI) صورت گرفت و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS Version 14 و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمونهای کای اسکوتر، من ویتنی و ویل کاکسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

تناقضاتی نیز دیده می‌شود: در حالیکه در پژوهش دولتیان و همکاران، ابراهیمی ناکو و همکاران، چن و وانگ، دی ماتتو و همکاران احتمال افسردگی بعد از زایمان را در زنان سزارینی بیشتر از زایمان طبیعی گزارش می‌کند (۸-۱۲). در مطالعه صالحی کسایی، کارتر و همکاران، شریفی و همکاران تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده نشده است (۷،۱۳،۱۴). با توجه به تناقضات مذکور و همچنین نظر به کمبود مطالعاتی که به بررسی سایر ابعاد سلامت روان در دوره پس از زایمان در گروه‌های با سزارین و زایمان طبیعی پرداخته باشد، این پژوهش با هدف شناخت نقش احتمالی روش زایمان در سلامت روانی پس از زایمان انجام گرفت. از آنجایی که حاملگی، زایمان و مراقبت‌های پس از زایمان از جمله رویدادهای طبی هستند که تحت کنترل و سرپرستی کادر درمانی قرار می‌گیرند (۴) و بدین ترتیب فرصت‌های مناسبی جهت کمک به مادران در این دوران وجود دارد، انجام این پژوهش، می‌تواند با تبیین دلایل ضرورت مشاوره تیم بهداشتی در انتخاب نوع زایمان، مفید واقع گردد.

روش کار:

این پژوهش هم گروهی (کوهورت) در سالهای ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ در شهرستان شهر بابک انجام گرفت. جامعه پژوهش را کلیه زنان باردار شهرستان شهر بابک تشکیل می‌دادند. انتخاب نمونه‌ها در دو مرحله صورت گرفت، بدین صورت که در ابتدا ۴۱۷ زن باردار حاملگی اول که نوع زایمان در مورد هیچیک از آنها توسط پزشک متخصص تعیین نگردیده بود، به روش غیر تصادفی و متوالی نمونه‌گیری شدند و تکمیل پرسشنامه‌ها در دو مرحله یعنی سه ماهه پایانی بارداری (ماه‌های ۷، ۸ و ۹) و ۶ هفته پس از زایمان صورت گرفت. از میان نمونه‌های مذکور ۱۱۳ نفر به روش سزارین و مابقی به روش طبیعی زایمان کردند. در مرحله بعد از میان زنان زایمان طبیعی تعداد ۱۱۴ نفر که بیشترین شباهت را در متغیرهای فردی و اجتماعی و وضعیت سلامت روان سه ماهه سوم بارداری با گروه سزارینی داشتند با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا بر اساس معیار GSI افرادی که در گروه زایمان طبیعی وضعیت سلامت روانی سه ماهه پایانی

نتایج:

بررسی نتایج تفاوت معنی‌داری را در ویژگی‌های فردی و اجتماعی دو گروه (جدول شماره ۱) و سلامت روانی آنها در قبل از زایمان نشان نداد. مقایسه میانگین نمرات اختلالات روانی به تفکیک نوع زایمان، تفاوت معنی‌داری را در تمامی ابعاد در دوران پس از زایمان نشان داد. بدین صورت که در تمامی ابعاد میانگین نمرات در گروه سزارینی بیشتر بود (جدول شماره ۲).

مقایسه میانگین نمرات اختلالات روانی در بعد از زایمان نسبت به سه ماهه آخر بارداری در گروه زایمان طبیعی در ابعاد شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، اضطراب، اختلالات پارانوئیدی و بعد سایر کاهش و در ابعاد افسردگی و پرخاشگری افزایش معنی‌داری را نشان داده و در گروه سزارینی در تمامی ابعاد پرسشنامه افزایش معنی‌داری را نشان داد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های فردی و اجتماعی گروه‌های زایمان طبیعی و سزارین

متغیر	ابعاد	زایمان طبیعی	سزارین	نتیجه آزمون (χ^2)
سن	کمتر از ۲۰ سال	۲۲	۲۱	$P=0/677$
	۲۰ تا ۲۵ سال	۴۸	۵۴	
	بیشتر از ۲۵ سال	۴۴	۳۸	
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۲۹	۲۵	$P=0/795$
	دیپلم	۵۱	۵۵	
	بیشتر از دیپلم	۳۴	۳۳	
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۸۶	۸۲	$P=0/622$
	شاغل	۲۸	۳۱	
	کمتر از دیپلم	۱۹	۲۱	
تحصیلات همسر	دیپلم	۶۳	۵۹	$P=0/886$
	بیشتر از دیپلم	۳۲	۳۳	
	دیپلم	۴۸	۴۶	
شغل همسر	دولتی	۶۶	۶۷	$P=0/831$
	آزاد	۱۰۲	۱۰۰	
خواسته بودن بارداری	بلی	۱۲	۱۳	$P=0/835$
	خیر	۱۰۴	۱۰۵	
پذیرفته بودن جنس نوزاد	بلی	۱۰	۸	$P=0/627$
	خیر	۱۰۲	۹۹	
برخورداری از حمایت اطرافیان	بلی	۱۲	۱۴	$P=0/659$
	خیر	۲۸	۲۶	
احساس نگرانی در مورد زیبایی	بلی	۸۶	۸۷	$P=0/784$
	خیر			

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین نمرات علائم روانی گروههای زایمان طبیعی و سزارین در بعد از زایمان

نتیجه آزمون منیو ویتنی	گروه سزارین		گروه زایمان طبیعی		ابعاد علائم روانی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
P=۰/۰۰۴	۰/۶۲	۱/۰۲	۰/۵۸	۰/۸۱	شکایات جسمانی
P=۰/۰۰۸	۰/۶۵	۰/۸۶	۰/۵۴	۰/۶۱	وسواس و اجبار
P=۰/۰۰۲	۰/۵۷	۱/۰۸	۰/۵۳	۰/۸۵	حساسیت در روابط متقابل
P=۰/۰۰۷	۰/۶۰	۱/۱۲	۰/۵۶	۰/۹۴	افسردگی
P=۰/۰۰۶	۰/۹۶	۱/۱۴	۰/۶۸	۰/۹۴	اضطراب
P=۰/۰۰۰	۰/۶۱	۰/۹۱	۰/۵۶	۰/۶۳	پرخاشگری
P=۰/۰۰۷	۰/۷۵	۰/۷۶	۰/۵۵	۰/۵۲	ترس مرضی
P=۰/۰۰۷	۰/۷۱	۰/۹۵	۰/۷۲	۰/۷۵	پارانوئید
P=۰/۰۰۰	۰/۵۱	۰/۶۶	۰/۳۷	۰/۴۰	روان پریشی
P=۰/۰۰۸	۰/۵۵	۰/۹۲	۰/۵۰	۰/۷۳	سایر
P=۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۶	۰/۴۲	۰/۷۳	شاخص کلی علائم مرضی

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین نمرات علائم روانی سه ماهه آخر بارداری و بعد از زایمان در گروههای مورد بررسی

نتیجه آزمون ویل کاکسون	سزارین		زایمان طبیعی		نتیجه آزمون ویل کاکسون	سه ماهه آخر بارداری		بعد از زایمان		ابعاد علائم روانی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
P=۰/۰۰۰	۰/۶۲	۱/۰۳	۰/۶۴	۰/۸۶	P=۰/۰۰۶	۰/۵۸	۰/۸۱	۰/۶۳	۰/۸۴	شکایات جسمانی
P=۰/۰۰۰	۰/۶۵	۰/۸۶	۰/۶۶	۰/۶۹	P=۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۶۱	۰/۵۶	۰/۶۴	وسواس و اجبار
P=۰/۰۰۰	۰/۵۷	۱/۰۸	۰/۶۴	۰/۸۴	P=۰/۰۰۰	۰/۵۳	۰/۸۵	۰/۵۹	۰/۸۶	حساسیت در روابط متقابل
P=۰/۰۰۰	۰/۶۰	۱/۱۲	۰/۷۰	۰/۸۲	P=۰/۰۰۰	۰/۵۶	۰/۹۴	۰/۶۴	۰/۸۹	افسردگی
P=۰/۰۰۰	۰/۶۹	۱/۱۴	۰/۸۳	۰/۹۸	P=۰/۰۰۰	۰/۶۸	۰/۹۴	۰/۸۰	۱	اضطراب
P=۰/۰۰۰	۰/۶۲	۰/۹۱	۰/۶۱	۰/۶۷	P=۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۶۳	۰/۵۸	۰/۵۹	پرخاشگری
P=۰/۰۰۰	۰/۷۵	۰/۷۵	۰/۷۷	۰/۵۵	P=۰/۰۰۰	۰/۵۵	۰/۵۲	۰/۵۷	۰/۵۲	ترس مرضی
P=۰/۰۰۰	۰/۷۰	۰/۹۵	۰/۸۵	۰/۸۴	P=۰/۰۰۰	۰/۷۲	۰/۷۵	۰/۸۲	۰/۸۰	پارانوئید
P=۰/۰۰۰	۰/۵۱	۰/۶۶	۰/۴۸	۰/۳۷	P=۰/۰۰۰	۰/۳۷	۰/۴۰	۰/۳۹	۰/۳۸	روان پریشی
P=۰/۰۰۰	۰/۵۵	۰/۹۲	۰/۶۱	۰/۷۸	P=۰/۰۰۰	۰/۵۰	۰/۷۳	۰/۵۷	۰/۷۹	سایر
P=۰/۰۰۰	۰/۵۲	۰/۹۶	۰/۵۴	۰/۷۵	P=۰/۰۰۰	۰/۴۲	۰/۷۳	۰/۴۷	۰/۷۵	شاخص کلی علائم مرضی

بحث و نتیجه‌گیری:

را در زنان سزارینی در مقایسه با زایمان طبیعی گزارش نمود (۱۷،۱۸). همچنین لیل و همکاران به این نتیجه دست یافتند که دردهای لگنی با منشأ روانی در زنان سزارینی نسبت به زایمان طبیعی بیشتر است (۱۹)، ایزناچ و همکاران نیز در مطالعه خود شیوع دردهای مقاوم به درمان را در زنان سزارینی بالاتر از زایمان طبیعی گزارش کردند (۲۰). همچنین میزان اختلال وسواس و اجبار نیز در گروه سزارینی بیشتر بوده است. اوگوز نیز دوره پس از زایمان را زمان مستعدی برای بروز اختلالات وسواسی می‌داند و معتقد است که استفاده از مداخلات پزشکی می‌تواند در ایجاد آن تأثیرگذار باشد (۲۱).

از آنجایی که پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش روش زایمانی در سلامت روان پس از زایمان صورت گرفته است، نتایج به دست آمده در ارتباط با این هدف و به تفکیک ابعاد پرسشنامه در ادامه مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت:

در این پژوهش میانگین نمرات زنان سزارینی در بعد شکایات جسمانی نسبت به زایمان طبیعی بالاتر بوده است، بودند و بوردرز سطوح بالاتری از خستگی، اختلال در شیر دادن، یبوست، افسردگی، آرمی، سردرد و خونریزی غیر طبیعی

اسوفسکی تفاوت معنی‌داری را بین گروه سزارینی و زایمان طبیعی در افسردگی بعد از زایمان، میزان رضایت زناشویی و ارتباط مادر و کودک مشاهده نکردند (۳۰).

بالا بودن میزان اضطراب و هراس نیز در بسیاری از مطالعات، مشابه با پژوهش حاضر در زنان سزارینی بالاتر گزارش شده است: داکوستا میزان اضطراب و اختلال خواب، و روی، شانس بروز اختلال پانیک در زنان سزارینی را بالاتر گزارش می‌نماید (۳۱،۳۲). موتی نیز شانس بروز اختلالات اضطرابی بعد از زایمان را در زنانی که از تکنولوژی کمک زایمانی (از جمله سزارین) استفاده نموده‌اند، بیشتر گزارش می‌نماید (۳۳). فریز نیز میزان ترس در دوره پس از زایمان را زنانی که ناخواسته سزارین شده‌اند، بیشتر گزارش می‌کند (۳۴). چن و وانگ تفاوت معنی‌داری بین زنان سزارینی و زایمان طبیعی در ابعاد دریافت استرس، اعتماد به نفس و افسردگی پیدا نکردند (۱۱). همچنین در پژوهش حاضر میزان اختلالات پارانوئیدی و روان پریشی نیز در گروه سزارینی بالاتر بوده است. های و بلک مور و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه دست یافت که شانس بروز روان پریشی در دوران پس از زایمان افزایش می‌یابد و همراه بودن زایمان با مداخلات پزشکی از جمله سزارین این احتمال را افزایش می‌دهد (۳۵،۳۶). همانطور که دیده شد در اکثر ابعاد، پژوهش‌های انجام شده با پژوهش فعلی همسویی داشته‌اند، اما در تعدادی از مطالعات نیز نتایج متفاوتی گزارش شده است که با پژوهش حاضر همخوانی ندارد: مغایرت نتایج پژوهش حاضر با تحقیقات مذکور را می‌توان در ارتباط با ابزار پژوهش و ویژگیهای جامعه پژوهش دانست.

در مجموع ابعاد پرسشنامه با توجه به نتایج GSI به نظر می‌رسد زنان با زایمان طبیعی وضعیت روانی مطلوبتری در دوران پس از زایمان نسبت به زنان سزارینی داشته‌اند. این موضوع در بسیاری مطالعات دیگر نیز تأیید شده است. جانسن و همکاران نیز وضعیت روانی مطلوبتر زایمان طبیعی نسبت به سزارین را در پژوهش خود تأیید نمودند (۳۷). رایزک و همکاران نیز احساس ناراضایتی روانی در زنان سزارینی را در دوره بعد از زایمان بیشتر از گروه زایمان طبیعی گزارش کردند (۳۸). موتی، در مطالعه مروری خود بیان داشت که سزارین

افسردگی از دیگر اختلالات روانی بود که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و نتایج، بالاتر بودن میزان آن در زنان سزارینی را تأیید نمود. آدویا و همکاران شانس ابتلا به افسردگی بعد از زایمان را در زنان سزارین ۴/۲۱ برابر زایمان طبیعی گزارش نمودند (۲۲). ویک لاند و سجویه، نیز افسردگی و کاهش اعتماد به نفس را در زنان سزارینی بیشتر گزارش می‌نماید (۲۳،۲۴). اما صالحی کسایی در پژوهش خود تفاوت معنی‌داری را در میزان افسردگی بر اساس نوع زایمان گزارش ننمود (۱۳).

نتایج مربوط به بعد روابط متقابل و پرخاشگری نیز بیانگر احتمال بیشتر بروز اختلال روانی در این ابعاد در زنان سزارینی است. لابل و دلوکا و چالمرز نیز گزارش می‌نمایند که زنانی که به روش سزارین کودک خود را به دنیا می‌آورند درکی منفی در مورد زایمان خود و کودکشان دارند. همچنین رفتارهای مناسب والدی را کمتر بروز می‌دهند و ممکن است در معرض خطر بیشتری جهت ابتلا به اختلالات خلقی در دوره پس از زایمان باشند. همچنین این گروه در کنترل رفتارهای خود دچار مشکل بوده و خشونت و کودک‌آزاری بیشتری از خود نشان می‌دهند (۵،۲۵). کوزینسکا و همکاران نیز در مطالعه خود احتمال اختلالات خلقی هیجانی در زنان سزارینی را در یک هفته اول بعد از زایمان در مقایسه با زایمان طبیعی بالاتر گزارش کند (۲۶). سوابین و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که واکنش مغزی مادران سزارینی نسبت به صدای گریه کودک کاهش می‌یابد (۲۷)، همچنین دیا ماتتو و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که زنان سزارینی در مقایسه با زنانی که کودک خود را به روش زایمان طبیعی به دنیا آورده‌اند از احساس رضایت کمتری بعد از تولد کودک برخوردار بوده و ارتباط کمتری با کودکشان برقرار می‌کنند (۱۲). دوریک و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که زنانی که بدون برنامه‌ریزی قبلی و به صورت ناخواسته سزارین می‌شوند، کمتر نسبت به کودک خود احساس مثبتی دارند (۲۸). لی و چو نیز در مطالعه خود متوجه گردید که زنان سزارینی دچار اختلال در برقراری ارتباط با کودک، خستگی و افسردگی، عصبانیت و احساس عدم تسلط و ناامیدی در دوره پس از زایمان می‌گردند (۲۹). کولپ و

خصوص در کشورمان ایران که آمار گزارش شده از آن بسیار بالاتر از استانداردهای جهانی است (۴۰) کمتر مورد توجه قرار گرفته است. نتایج این پژوهش نشان داد، سزارین نه تنها عوارض جسمی برای مادران ایجاد می‌کند بلکه تأثیرات روانی نیز بر مادر و به دنبال آن بر کودک و خانواده‌اش خواهد داشت. حصول چنین نتیجه‌ای ضرورت مشاوره دقیق مراقبین بهداشت به منظور آشنا ساختن مادران باردار با مزایای زایمان طبیعی و معایب سزارین و انتخاب نوع زایمان را مطرح می‌سازد تا از این طریق بتوان به تحقق زایمان ایمن و کودک و جامعه سالم کمک نمود.

سپاسگزاری:

بدینوسیله از آن دسته از دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی و پرسنل مرکز بهداشتی و درمانی شهرستان شهر بابک که در اجرای این پژوهش همکاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

پيامدهای نامطلوب روانی برای والدین و کودک خواهد داشت (۳۹). اگرچه دوره بعد از زایمان در بسیاری از پژوهش‌ها به عنوان یکی از موقعیتهای بسیار جدی برای افسردگی زنان (اعم از سزارین و زایمان طبیعی) معرفی گردیده اما همچنان که اشاره گردید فرآیند سزارین باعث فراهم ساختن بیشتر زمینه بروز اختلالات روانی شده است.

نتایج فوق مؤید نقش روش زایمانی در سلامت روان زنان در دوره پس از زایمان است. اما پژوهش حاضر تنها به بررسی وضعیت روانی زنان در ۶ هفته بعد از زایمان پرداخته و وضعیت آنان در فواصل بعدی را مورد بررسی قرار نداده است. همچنین به مقایسه گروههای سزارین اورژانسی و انتخابی پرداخته است. پیشنهاد می‌گردد تحقیقات مشابهی در فواصل متفاوتی بعد از زایمان، با بررسی نقش رضایتمندی زناشویی و همچنین در سایر گروهها از جمله حاملگی دوم و به بعد و سزارین‌های انتخابی نیز صورت گیرد تا نتایج دقیق‌تری به دست آید.

اگرچه به لطف پژوهش‌های متعدد، عوارض جسمی سزارین برای بسیاری از افراد شناخته شده است، اما متأسفانه جنبه‌های روانی این پدیده رو به رشد در سالهای اخیر و به

References

منابع

1. Ehsanmanesh M. Epidemiology of Mental Disorders in Iran: A review of research findings. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2001;6:54-69. [Persian]
2. Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:189-195.
3. Adefuye PO, Fakoya TA, Odusoga OL, Adefuye BO, Ogunsemi SO, Akindele RA. Post-partum mental disorders in Sagamu. *East Afr Med J*. 2008;85:607-611.
4. Shobeiri F, Farhadinasab A, Nazari M. Detecting post partum depression in referents to medical and health centers in Hamadan city. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences of Health Services*. 2007;14:24-28. [Persian]
5. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med*. 2007;64:2272-2284.
6. Trautmann-Villalba P, Wild E, Hornstein C. Disturbances in partners of women suffering from severe postpartum psychiatric disorder's. *Geburtshilfe Neonatol*. 2010;214:88-94.
7. Sharifi KH, Sooky Z, Akbari H, Sharifi M. Assessment of relationship between the method of delivery and postpartum depression. *Feyz, Kashan University of Medical Sciences and Health Services*. 2008;12:50-55. [Persian]

8. Dolatian M, Maziar P, Alavimajd H, Yazdjerdi M. The relationship between method of delivery and postpartum depression. *Medical Journal of Reproduction of Infertility*. 2006;7:260-268. [Persian]
9. Ebrahimi M. Affect of delivery method (vaginal and cesarean) on quality of postpartum depression among women referred to Ghods labor of Zahedan. PHD Tesis. Zahedan: Zahedan University of medical science. 2000:1-20. [Persian]
10. Nakku JE, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *Afr health Sci*. 2006;.6:207-214.
11. Chen CH, Wang SY. Psychosocial outcomes of vaginal and cesarean births in Taiwanes primiparas. *Res Nurs Health*. 2002;25:452-458.
12. Dimatteo MR, Morton SC, Lepper HS, Damush TM, Carney MF, Pearson M, Kahn KL. Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health Psychol*. 1996;15:303-314.
13. Salehi Kasaie P. Comparison of postpartum depression on normal and cesarean delivery. MA Tesis. Tehran: 1993;1-30. [Persian]
14. Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom Med*. 2006;68:321-330.
15. Mirzaie R. Validity of SCL-90 scale in Iran. MA Tesis. Tehran: Tehran University of Medical Science. [Persian]
16. Bagheri Yazdi A, Bolhari J, Shahmohamadi D. An epidemiology study of psychological disorders in a rural area (Meybod, Yazd)in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeeshah va Raftar)*. 1994;1:32-41. [Persian]
17. Bodner K, Wierrani F, Grünberger W, Bodner-Adler B. Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Arch Gynecol Obstet*. 2010.
18. Borders N. After the After birth : a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Women's Health*. 2006;51:242-248.
19. Lal M, Pattison HM, Allan TF, Callender R. Postcesarean pelvic floor dysfunction contributes to undisclosed psychosocial morbidity. *J Reprod Med*. 2009;54:53-60.
20. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*. 2008;140:87-94.
21. Uguz F, Akman C, Kaya N, Cilli AS. Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:132-138.
22. Adewuya AO, Fatoye FO, Ola BA, Ijaodola OR, Ibigbami SM. Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. *J Psychiatr Pract*. 2005;11:353-358.
23. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86:451-456.
24. Séjourné N, Denis A, Theux G, Chabrol H. The role of some psychological, psychosocial and obstetrical factors in the intensity of postpartum blues. *Encephale*. 2008;34:179-182.
25. Chalmers B, Kaczorowski J, Darling E, Heaman M, Fell DB, et al. Cesarean and vaginal birth in canadian women: a comparison of experiences. *Birth*. 2010;37:44-49.
26. Kosińska-Kaczyńska K, Horosz E, Wielgoś M, Szymusik I. Affective disorders in the first week after the delivery: prevalence and risk factors. *Ginekol Pol*. 2008;79:182-185.
27. Swain JE, Tasgin E, Mayes LC, Feldman R, Constable RT, Leckman JF. Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:1042-1052.
28. Durik AM, Hyde JS, Clark R. Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: psychosocial outcomes for mothers and infants. *Dev Psychol*. 2000;36:251-260.

29. Lee ML, Cho JH. Development of a scale to measure the self concept of cesarean section mothers. *Kanho Hokhoe Chi*. 1990;20:131-141.
30. Culp RE, Osofsky HJ. Effects of cesarean delivery on parental depression, marital adjustment, and mother-infant interaction. *Birth*. 1989;16:53-57.
31. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalifé S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9:95-102.
32. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010;303:1921-1928.
33. Monti F, Agostini F, Fagandini P, Paterlini M, La Sala GB, Blickstein I. Anxiety symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *J Perinat Med*. 2008;36:425-432.
34. Fries KS. African American women & unplanned cesarean birth. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2010;35:110-115.
35. Hay P J Post-Partum Psychosis: Which Women Are at Highest Risk? *PLoS Med*. 2009;6:27.
36. Blackmore ER, Jones I, Doshi M, Haque S, Holder R, et al. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal. *Br J Psychiatry*. 2006;188:32-36.
37. Jansen AJ, Essink-Bot ML, Duvekot JJ, van Rhenen DJ. Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery psychosis. *J Psychosom Res*. 2007;63:275-281.
38. Rizk DE, Nasser M, Thomas L, Ezimokhai M. Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates. *J Perinat Med*. 2001;29:298-307.
39. Mutryn CS. Psychosocial impact of cesarean section on the family: a literature review. *Soc Sci Med*. 1993;37:1271-1281.
40. Tamook A, Aminisani N, Moghadam Yeganeh G. Cesarean Section Rate and Its Indications in Social-Security Hospital of Ardabil, 2003. *Journal of Ardabil University of Medical Science Health Services*. 2003;2:28-32. [Persian]

Impact of delivery method on postpartum mental health

M. Mangoli, MSc¹ F. Zare Mobini, MSc² T. Ramezani, MSc³

Instructor Department of Nursing¹, Instructor Department of Midwifery², Islamic Azad University Shahr Babak Branch, Shahr Babak, Iran.
Instructor Department of Nursing³, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

(Received 22 Sep, 2010 Accepted 1 Nov, 2010)

ABSTRACT

Introduction: impaired mental health in post partum period could induce problems at communication and social performance. The present study was done in order to determine the influence of delivery method on mental health within postpartum period.

Methods: In this cohort study, data were collected by SCL-90-R scale and demographic questionnaire on 227 nulliparous women (113 cesarean section and 114 vaginal delivery) referred to health services centers in Shahr-e-Babak. The subjects were matched for age, education, job, husband's job and education, planning pregnancy, pleasant baby sex, familial support and mental health in terminal trimester during six-week upon delivery. Chi-square, Mann-whitney and Wilkcxon tests were used for analysis.

Results: The results indicated that mothers who had cesarean delivery had significantly higher scores of mental disorders in post partum period, ($P < 0.001$) as well as in terminal trimester of pregnancy ($P < 0.001$).

Conclusion: Cesarean delivery induce psychological outcomes for mothers, infant and family. Appropriate counselling to pregnant women by health-care providers is advised to select proper delivery method.

Key words: Mental Health - Delivery - Cesarean Section

Correspondence:

M. Mangoli, MSc.

*Nursing & Midwifery
Department Islamic Azad
University Shahr Babak
Branch.*

Shahr Babak, Iran.

Tel: +98 9171937940

Email:

m.mangoli2009@yahoo.com