مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت

دوره ۱۲، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴

بررسی عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان در بیمارستان‌های شهرستان جیرفت در سال ۱۴۰۱، یک مطالعه مقطعی

دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۳ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۰۵

ابوالفضل قانع[۱]، شهره شفیعی[۲]، میترا سیدی[۳]، فاطمه سیدی[۴*]

۱. رزیدنت ارتوپدی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران ۲. کارشناسی ارشد آمارزیستی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران ۳. کارشناس ارشد آموزش مامایی،کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران ۴. دانشیار آناتومی، گروه علوم تشریح، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: افسردگی بعد از زایمان، از مهمترین اختلالات خلقی پس از زایمان است که در ۶ هفته اول پس از زایمان اتفاق می‌افتد و می‌تواند با اختلال در روابط مادر و کودک همراه باشد. این پژوهش با هدف بررسی عوامل مرتبط بر افسردگی پس از زایمان در بیمارستان‌های شهرستان جیرفت در سال ۱۴۰۱ انجام گرفت.

روش‌کار: این مطالعه از نوع مقطعی بود که در آن ۲۴۱ نفر از مادرانی که زایمان کرده‌اند، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه استاندارد مقیاس ادینبرگ EPDS بود که به آن سه بخش مشخصات فردی، عوامل مادر–نوزادی و عوامل اجتماعی اضافه گردید. داده‌ها در نرم افزار SPSS وارد و با آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی مادران ۴/۵ ±۲۷/۴۷ سال بود. بیشترین تعداد افسردگی پس از زایمان در گروه سنی کمتر از ۲۰ سال دیده شد. افسردگی پس از زایمان در افراد با زایمان سزارین بیشتر از زایمان طبیعی بود. افسردگی پس از زایمان در کسانی که حمایت همسر نداشتند و با خانواده همسر مشکل داشتند بیشتر از سایر گروه‌ها بود. همچنین در بررسی عوامل اجتماعی، بین حمایت همسر، مشکل با خانواده همسر و سابقه افسردگی در بارداری‌های قبلی با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که افسردگی پس از زایمان تحت تأثیر عوامل فردی، مادری_ نوزادی، اجتماعی و اقتصادی است. توجه به این عوامل می‌تواند در بهبود غربالگری، برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی، ارتقای خدمات روانشناختی برای مادران مفید باشد که احتمالا به کاهش عوامل خطر مرتبط با افسردگی پس از زایمان کمک کند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی پس از زایمان، عوامل فردی، عوامل مادر–نوزادی، عوامل اجتماعی، جیرفت

* **نویسنده مسئول:** دانشیار آناتومی، گروه علوم تشریح، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

ایمیل: fa.seyedi@jmu.ac.ir **تلفن:** ۰۳۴۴۳۳۱۷۸۰۲ **نمابر:** –

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

مقدمه

افسردگی پس از زایمان (Postpartum depression) PPD یکی از اختلالات روانی شایع در دوران پس از زایمان است که می‌تواند تأثیر منفی بر سلامت روانی مادر داشته باشد (۱). افسردگی درمان نشده مادر همچنین می‌تواند تأثیر منفی بر رشد کودک، پیوند مادر و نوزاد و خطر اضطراب یا علائم افسردگی در نوزادان در مراحل بعدی زندگی داشته باشد (۲). بسیاری از عوامل استرس‌زای روانی–اجتماعی ممکن است بر ایجاد افسردگی پس از زایمان تأثیر بگذارند (۳). سابقه افسردگی مستقل از بارداری و افرادی که در دوران بارداری قبلی خود افسردگی را تجربه کرده‌اند، خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان دارند (۴). بررسی متون نشان می‌دهد که ۳ نوع حالت خلقی ملال‌آور پس از زایمان وجود دارد که عبارتند از: اندوه پس از زایمان که یک اختلال نسبتاً شایع و گذرا است، روان‌پریشی عاطفی پس از زایمان که نسبتاً نادر است و افسردگی پس از زایمان که تا ۲۰٪ از زنان پس از زایمان ممکن است دچار افسردگی خفیف تا متوسط شوند (۴).

شیوع افسردگی پس از زایمان در کشورهای مختلف، متفاوت است و بین ۸ تا ۲۶٪ در جهان گزارش شده است (۵). در یک مطالعه متاآنالیز که بر روی افسردگی پس زایمان در سال ۲۰۲۴ در ۳۳ جمعیت جداگانه و بر روی ۱۳۳۳۱۳ نفر انجام شد، میزان شیوع را ۵ تا ۲۶/۳۲٪ گزارش شد و این میزان به ویژه در کشورهای در حال توسعه از شیوع بالایی برخوردار بود (۶). این مطالعه، مهمترین عوامل خطر افسردگی پس از زایمان را عواملی همچون دیابت بارداری، افسردگی در بارداری قبلی، زایمان نوزاد پسر، بی‌حسی اپیدورال در هنگام زایمان گزارش کرد (۶). در مطالعه متاآنالیز دیگری میزان بروز افسردگی پس از زایمان در میان مادران سالم بدون سابقه قبلی افسردگی ۱۲٪ بود، در حالی که شیوع کلی افسردگی ۱۷٪ بود. با این حال، تفاوت‌های آماری در شیوع بین مناطق جغرافیایی مختلف وجود داشت، به طوری که خاورمیانه بالاترین شیوع (۲۶٪) و اروپا کمترین شیوع (۸٪) را داشت اما تفاوت آماری در شیوع بین زمان‌های مختلف غربالگری وجود نداشت (۷). در یک مطالعه متاآنالیز دیگر شیوع علائم افسردگی پس از زایمان در زنان مهاجر دو برابر بیشتر از زنان غیرمهاجر بود و این مطالعه نشان داد که عوامل خطر مرتبط با علائم افسردگی پس از زایمان در بین زنان مهاجر شامل مدت اقامت کوتاه‌تر در کشور مقصد، سطوح پایین‌تر حمایت اجتماعی، سازگاری زناشویی ضعیف‌تر و درآمد ناکافی خانوار بود (۸).

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که عوامل متعددی می‌توانند در بروز و شدت افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد. بر اساس مطالعه‌ای در تهران، ۲۳/۷٪ از زنان پس از زایمان دچار افسردگی شدند و عواملی مانند تحصیلات همسر، عدم رضایت از ازدواج، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی و سابقه اختلالات روانی در بروز این اختلال نقش داشتند (۵). مطالعات متعددی نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی و اجتماعی مانند حمایت اجتماعی، رضایت زناشویی و وضعیت اقتصادی می‌توانند تأثیر زیادی بر سلامت روانی مادران پس از زایمان داشته باشند (۹). به عنوان مثال، در مطالعه‌ای در بندرعباس، نشان داد مادرانی که حمایت مداوم از سوی ماما دریافت کردند، ۸۳٪ کمتر از سایرین در معرض افسردگی پس از زایمان قرار گرفتند (۱۰). در مطالعه دیگر که بر روی ۱۰۰ زن نخست‌زا مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی اصفهان انجام شد. میزان افسردگی پس از زایمان در گروهی که در روزهای دوم و دهم پس از زایمان از حمایت عاطفی و اطلاعاتی ماما برخوردار شدند، حدود ۳ برابر کمتر بود (۱۱). در مطالعه‌ای که توسط لشکری‌پور و همکاران بر روی ۳۰۰ مادر در زاهدان انجام شد میزان شیوع افسردگی پس از زایمان ۳۳/۷٪ گزارش شد و بین میزان افسردگی پس از زایمان و عواملی مانند جنسیت ناخواسته نوزاد، سن مادر، تحصیلات، سابقه افسردگی، مراجعه به روان‌پزشک و نوع زایمان رابطه معنی‌داری وجود داشت (۱۲).

در مطالعه‌ای که در سنندج بر روی افسردگی پس از زایمان انجام شد بر اساس مقیاس ادینبورگ، ۶۷/۳٪ و بر اساس پرسشنامه بک ۳۱/۶٪ از زنان مبتلا به افسردگی تشخیص داده شدند درحالی‌که با مصاحبه ساختاریافته بالینی ۱۹/۷٪ افسرده تشخیص داده شدند (۱۰). در مطالعه‌ای که در تهران انجام شد شیوع افسردگی پس از زایمان در مادران ۴۳/۵٪ گزارش شد و این شیوع در مادرانی که از حمایت اجتماعی برخوردار بودند کمتر گزارش شد همچنین عواملی مانند سابقه افسردگی، بیماری نوزاد و مصرف دارو در دوران بارداری، ارتباط معنی‌داری با افسردگی پس از زایمان داشتند (۱۳).

در شهرستان جیرفت، با توجه به ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی خاص، ممکن است عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان متفاوت از سایر مناطق کشور باشند و بررسی این عوامل در بیمارستان‌های جیرفت می‌تواند به

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

شناسایی نیازهای خاص این منطقه و طراحی مداخلات مناسب برای پیشگیری و درمان افسردگی پس از زایمان کمک کند. بنابراین، با توجه به اهمیت سلامت روانی مادران در دوران پس از زایمان و تأثیر آن بر سلامت نوزاد، بررسی عوامل مؤثر بر افسردگی پس از زایمان در بیمارستان‌های جیرفت ضروری به نظر می‌رسد و این مطالعه می‌تواند زمینه‌ساز ارائه راهکارهای مؤثر برای بهبود سلامت روانی مادران و نوزادان در این منطقه باشد. لذا در این مطالعه به بررسی عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان در بیمارستان‌های شهرستان جیرفت پرداخته شد.

روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به منظور بررسی عوامل مرتبط بر افسردگی پس از زایمان در بیمارستان های جیرفت در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه مورد پژوهش، تمامی مادرانی که در سال ۱۴۰۱ زایمان کرده‌اند و با توجه به جامعه مورد مطالعه، حجم نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی با استفاده از فرمول زیر ۲۴۱ نفر انتخاب شد. (d=۰/۶ و S=۴/۷۵ ،α=۰/۰۵)

$$n = \frac{Z^2 * S^2}{d^2} = \frac{1.96^2 * 4.75^2}{0.6^2} = 241$$

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از مادران ۱۸ سال به بالا که به بیمارستان‌های شهر جیرفت جهت انجام زایمان مراجعه کرده بودند و حاصل زایمان آنها فرزند زنده بود. موارد خروج از مطالعه شامل سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی، اختلالات دوقطبی، بیمارهای سیستمیک که علایم افسردگی ایجاد می‌کند، اعتیاد، و وجود بیماری‌هایی که بر وضعیت بارداری، نتایج بارداری و سلامت مادر و نوزاد تأثیر می‌گذارد بود.

ابزار گردآوری داده‌های این پژوهش از ۳ بخش تشکیل شده بود که عبارت بود از ۱. چک لیست اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، تحصیلات، شغل، شغل همسر، وضعیت اقتصادی و نوع زایمان ۲. چک لیست اطلاعات اجتماعی شامل: حمایت همسر، حمایت خانواده، مشکل با خانواده همسر، سابقه بحران در زندگی و سابقه افسردگی در بارداری بصورت بلی /خیر ۳. پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ (Edinburgh Postnatal Depression Scale) یا EPDS در ارتباط با خلق افسرده، اضطراب، احساس گناه و افکار خودکشی است و توسط کاکس و همکاران (۱۹۸۷) تنظیم شده است و بارها به منظور تحقیق روی تشخیص افسردگی پس از زایمان مورد استفاده قرار گرفته است. این مقیاس دارای ۱۰پرسش ۴ گزینه‌ای است. که حداقل نمره آن، صفر و حداکثر ۳۰ می‌باشد. هر سوال، امتیازی بین صفر تا ۳ براساس شدت علایم، به خود اختصاص می‌دهد. نمره پایین‌تر، نشان دهنده وضعیت بهتر فرد و نمره بالای ۱۲، وجود احتمالی اختلال افسردگی را نشان می‌دهد به طوری که امتیاز بیشتر از ۱۲ افسرده و امتیاز کمتر از ۱۲ غیر افسرده می‌باشد. این ابزار، پرسشنامه معتبری برای سنجش افسردگی پس از زایمان است (۱۵). این پرسشنامه توسط ارسلان احمدی و همکاران در ایران اعتباریابی شده است (۱۰). و در غالب مطالعات مشابه از آن استفاده شده است و مورد تأیید می‌باشد. در مطالعه رحمانی، به روش آزمون مجدد ضریب همبستگی ۰/۸۱ برای پایایی تعیین شد (۱۶).

پژوهشگر روز پس از زایمان، به بیمارستان‌های شهرستان جیرفت مراجعه و نمونه‌گیری را در بخش زایمان آغاز می‌کرد. بدین ترتیب که در اولین مراجعه، چک لیست اطلاعات دموگرافیک، اطلاعات نوزاد و اطلاعات اجتماعی تکمیل می‌شد سپس دو شماره تلفن از بیمار جهت تکمیل پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ دریافت می‌شد. دو هفته پس از زایمان با بیمار تماس گرفته می‌شد و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان تکمیل می شد.

تجزیه و تحلیل داده ها

اطلاعات پس از جمع‌آوری وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی (فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار) برای توصیف اطلاعات استفاده شد. جهت بررسی ارتباط متغیرها، از آزمون کای دو استفاده شد. سطح معنی‌داری برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی مادران مورد بررسی ۴/۵±۲۷/۴۷ سال بود. جدول ۱ اطلاعات مربوط به متغیرهای دموگرافیک مادران مورد بررسی را نشان می‌دهد، نتایج نشان می‌دهد که از ۲۴۱ نفر، ۱۸ نفر (۷/۴٪) در گروه سنی کمتر از ۲۰ سال، ۱۵۰ نفر (۶۲/۲٪) در گروه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال و ۷۳ نفر (۳۰/۴٪) در گروه سنی بیشتر از ۳۵ سال بودند. بیشتر مادران دارای تحصیلات زیر دیپلم ۱۶۲ نفر (۶۷/۲٪) بودند شغل اکثریت آنها خانه‌دار ۲۱۳ نفر (۸۸/۳٪) بود و ۱۵۷ نفر (۶۵/۲٪)از آنها همسرشان شاغل بود. از لحاظ وضعیت اقتصادی، اکثریت آنها ۹۸ نفر (۴۰/۶٪) در گروه ضعیف، قرار داشتند (جدول ۱).

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

جدول ۱. متغیرهای دموگرافیک افراد مورد بررسی

متغیر		تعداد (درصد)
سن	کمتر از ۲۰ سال	۱۸ (۷/۴)
	۲۰-۳۵ سال	۱۵۰ (۶۲/۲)
	بیشتر از ۳۵ سال	۷۳ (۳۰/۴)
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۶۲ (۶۷/۲)
	دیپلم	۴۸ (۱۹/۹)
	تحصیلات دانشگاهی	۳۱ (۱۲/۹)
شغل	خانه دار	۲۱۳ (۸۸/۳)
	شاغل	۲۸ (۱۱/۷)
شغل همسر	بیکار	۸۴ (۳۴/۸)
	شاغل	۱۵۷ (۶۵/۲)
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۹۸ (۴۰/۶)
	متوسط	۷۴ (۳۰/۷)
	خوب	۶۹ (۲۸/۷)

بر اساس ازمون کای دو در بررسی اطلاعات مربوط به ارتباط مشخصات فردی با افسردگی پس از زایمان، نتایج نشان داد بیشترین تعداد افسردگی پس از زایمان در گروه سنی کمتر از ۲۰ سال دیده شد (p<۰/۰۵). همچنین افسردگی پس از زایمان در سطح تحصیلات دیپلم ۲۴ نفر (۵۰٪)، وضعیت اقتصادی ضعیف ۴۲ نفر (۴۲/۹٪) و همسران بیکار ۳۶ نفر (۴۲/۹٪) نیز بیشتر از سایر گروه‌ها بودند. بین متغیر افسردگی پس از زایمان و شغل همسر و وضعیت اقتصادی رابطه معنی-داری وجود داشت (p<۰/۰۵).

جدول ۳ اطلاعات مربوط به ارتباط عوامل مادری-نوزادی با افسردگی پس از زایمان را نشان می‌دهد، نتایج ازمون کای دو حاکی از آن است که از افسردگی پس از زایمان در گروه زایمان به شیوه سزارین بیشتر از گروه زایمان طبیعی بود و از لحاظ اماری ارتباط معنی‌داری بین نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان وجود داشت (p<۰/۰۵). افسردگی پس از زایمان در مادرانی که دارای فرزند دختر بودند بیشتر از مادران دارای فرزند پسر بود. همچنین بیشترین فراوانی افسردگی پس از زایمان در کسانی مشاهده شده که جنسیت فرزندشان مطابق خواسته آن ها نبود و استرس نگهداری از کودک را داشتند (p<۰/۰۵).

جدول ۲. ارتباط مشخصات جمعیت شناختی با افسردگی پس از زایمان

متغیر		غیر افسرده تعداد (درصد)	افسرده تعداد (درصد)	P_Value
سن	کمتر از ۲۰ سال	۸ (۴۴/۴٪)	۱۰ (۵۵/۶٪)	۰/۰۴۵
	۲۰-۳۵ سال	۱۰۵ (۷۰٪)	۴۵ (۳۰٪)	
	بیشتر از ۳۵ سال	۴۰ (۵۴/۸٪)	۳۳ (۴۵/۲٪)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۰۸ (۶۶/۶٪)	۵۴ (۳۳/۴٪)	۰/۶
	دیپلم	۲۴ (۵۰٪)	۲۴ (۵۰٪)	
	تحصیلات دانشگاهی	۲۱ (۶۷/۷٪)	۱۰ (۳۲/۳٪)	
شغل	خانه دار	۱۳۵ (۶۳/۳٪)	۷۸ (۳۶/۷٪)	۰/۹
	شاغل	۱۸ (۶۴/۳٪)	۱۰ (۳۵/۶٪)	
شغل همسر	بیکار	۴۸ (۵۷/۱٪)	۳۶ (۴۲/۹٪)	۰/۰۲
	شاغل	۱۰۵ (۶۶/۸٪)	۵۲ (۳۳/۲٪)	
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۵۶ (۵۷/۱٪)	۴۲ (۴۲/۹٪)	۰/۰۱
	متوسط	۴۶ (۶۲/۱٪)	۲۸ (۳۷/۹٪)	
	خوب	۵۱ (۷۳/۹٪)	۱۸ (۲۶/۲٪)	

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

جدول ۳. ارتباط عوامل مادری- نوزادی با افسردگی پس از زایمان

متغیر		غیر افسرده تعداد (درصد)	افسرده تعداد (درصد)	P_Value
نوع زایمان	سزارین	۶۳ (٪۵۴/۸)	۵۲ (٪۴۵/۲)	۰/۰۱
	طبیعی	۹۰ (٪۷۱/۴)	۳۶ (٪۲۸/۶)	
جنسیت نوزاد	دختر	۷۸ (٪۵۷/۳)	۵۸ (٪۴۲/۷)	۰/۰۱
	پسر	۷۵ (٪۷۱/۴)	۳۰ (٪۲۸/۶)	
تعداد زایمان	نخست زا	۵۵ (٪۶۷/۱)	۲۷ (٪۳۲/۹)	۰/۰۹
	چند زا	۹۷ (٪۶۱/۴)	۶۱ (٪۳۸/۶)	
ناخواسته بودن بارداری	بله	۱۱۱ (٪۶۵/۷)	۵۸ (٪۳۴/۳)	۰/۰۳.
	خیر	۵۲ (٪۷۲/۲)	۲۰ (٪۲۷/۸)	
خواسته بودن جنسیت فرزند	بله	۱۲۲ (٪۸۱/۸)	۲۷ (٪۱۸/۲)	<۰/۰۰۱
	خیر	۳۱ (٪۳۳/۷)	۶۱ (٪۶۶/۳)	
استرس نگهداری از کودک	بله	۶۹ (٪۵۵/۶)	۵۵ (٪۴۴/۴)	<۰/۰۰۱
	خیر	۸۴ (٪۷۱/۸)	۳۳ (٪۲۸/۲)	

جدول ۴ اطلاعات مربوط بـه ارتبـاط عوامـل اجتمـاعی بـا افسردگی پس از زایمان را نشان مـی‌دهـد، نتـایج حـاکی از آن است که افسردگی پس از زایمان در کسانی که حمایـت همسـر نداشتند و با خانواده همسر مشکل داشتند بیشتر از سایر گروه‌هـا بود. همچنین مادرانی که سـابقه افسـردگی را در بـارداری‌هـای گذشته تجربه کرده بودند بیشتر از سایر مادران دچـار افسـردگی پس از زایمان بودند (p<۰/۰۵).

جدول ۴. ارتباط عوامل اجتماعی با افسردگی پس از زایمان

متغیر		غیر افسرده تعداد (درصد)	افسرده تعداد (درصد)	P_Value
حمایت همسر	بله	۹۰ (٪۷۰/۳)	۳۸ (٪۲۹/۷)	۰/۰۴
	خیر	۶۳ (٪۵۵/۸)	۵۰ (٪۴۴/۲)	
حمایت خانواده	بله	۶۹ (٪۶۶/۷)	۴۸ (٪۳۳/۳)	۰/۸
	خیر	۹۳ (٪۶۹/۹)	۴۰ (٪۳۰/۱)	
مشکل با خانواده همسر	بله	۵۰ (٪۵۱/۱)	۴۸ (٪۴۸/۹)	<۰/۰۰۱
	خیر	۱۰۳ (٪۷۲/۱)	۴۰ (٪۲۷/۹)	
سابقه بحران در زندگی	بله	۶۳ (٪۷۱/۶)	۲۵ (٪۲۸/۴)	۰/۷
	خیر	۱۱۲ (٪۷۳/۲)	۴۱ (٪۲۶/۸)	
سابقه افسردگی در بارداری	بله	۲۰ (٪۳۸/۵)	۴۸ (٪۶۱/۵)	<۰/۰۰۱
	خیر	۱۰۵ (٪۶۰/۷)	۲۰ (٪۳۹/۳)	

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد میزان افسردگی پس از زایمان ۳۶/۴٪ بود. این یافته هم‌راسـتا بـا برخـی پژوهش‌هـای داخلی بود و نسبت به برخی مطالعات خارجی میزان بیشـتری را نشان می‌دهد. در مرورهای سیستماتیک جهانی، شیوع افسردگی پس از زایمان معمولاً بین ۱۰ تا ۱۵٪ گزارش شده اسـت (۱۷). همچنین در یک مطالعه متا آنالیز که بر روی ۴۱ مـورد مطالعـه افسردگی پس از زایمان در ایران انجـام شـد بـه طـور متوسـط ۲۵/۳٪ گزارش کرده‌اند (۱۸). ایـن اخـتلاف می‌توانـد ناشـی از

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

تفاوت‌های فرهنگی، وضعیت اقتصادی_ اجتماعی منطقه، ابزارهای اندازه‌گیری و زمان ارزیابی باشد.

در خصوص عوامل فردی، یافته‌ها نشان داد که سن کمتر از ۲۰ سال با شیوع بیشتر افسردگی همراه است. این موضوع با شواهد موجود مطابقت دارد، زیرا مادران جوان‌تر معمولاً از نظر بلوغ هیجانی، مهارت‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی در سطح پایین‌تری قرار دارند (۱۹). همچنین، سطح تحصیلات پایین و خانه‌دار بودن نیز با افسردگی پس از زایمان ارتباط داشت. این عوامل در پژوهش‌های متعددی به‌عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت روان معرفی شده‌اند، زیرا تحصیلات و اشتغال می‌توانند نقش مهمی در ارتقای آگاهی، استقلال مالی و افزایش شبکه‌های حمایتی ایفا کنند (۲۰).

در بخش عوامل مادری_ نوزادی، افسردگی پس از زایمان در مادرانی که زایمان سزارین داشتند بیشتر مشاهده شد. برخی شواهد نشان می‌دهد که سزارین می‌تواند با درد جسمانی بیشتر، دوره نقاهت طولانی‌تر و کاهش احساس کنترل مادر بر فرآیند زایمان همراه باشد و این عوامل می‌توانند در افزایش احتمال افسردگی نقش داشته باشند (۲۰). جنسیت دختر نوزاد و عدم تطابق جنسیت نوزاد با خواسته والدین نیز از عوامل مؤثر در بروز افسردگی بودند. این یافته در جوامعی که ترجیح جنسیتی بر پسر وجود دارد، مشابهت زیادی دارد و نشان‌دهنده نقش هنجارها و ارزش‌های فرهنگی در سلامت روان مادران است (۲۱). همچنین، وجود استرس در مراقبت از کودک با افزایش افسردگی همراه بود که با نظریه‌های روان‌شناختی و شواهد تجربی درباره نقش استرس ادراک‌شده در اختلالات خلقی هماهنگ است (۲۲).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که عوامل اجتماعی نقش بسیار تعیین‌کننده‌ای در بروز افسردگی پس از زایمان دارند. حمایت همسر به‌عنوان یکی از کلیدی‌ترین متغیرهای محافظتی در برابر افسردگی پس از زایمان ظاهر شد. میزان افسردگی در زنانی که حمایت همسر داشتند برابر با ۲۹/۷٪ بود، درحالی‌که این میزان در زنان فاقد حمایت همسر به ۴۴/۴٪ افزایش یافت. تفاوت مشاهده شده معنادار بود و نشان می‌دهد که حمایت عاطفی، مشارکت همسر در مراقبت از نوزاد و حضور حمایتی او در طی دوران پس از زایمان می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی از بروز علائم افسردگی بکاهد. این یافته با نتایج مطالعات گسترده‌ای همسوست که نقش حمایت همسر را به‌عنوان یک عامل محافظتی قوی در سلامت روان پس از زایمان معرفی کرده‌اند، به‌گونه‌ای که نبود حمایت کافی می‌تواند استرس ادراک‌شده را افزایش و توانایی تطابق مادر با شرایط جدید را کاهش دهد (۹، ۲۳). در کنار حمایت همسر، حمایت خانواده نیز گرچه از نظر آماری معنادار نبود، اما نشان داد که می‌تواند در کاهش شدت یا احتمال بروز افسردگی مؤثر باشد. نرخ افسردگی در میان مادرانی که حمایت خانواده داشتند ۳۳/۳٪ بود، درحالی‌که این میزان در افراد فاقد حمایت به ۳۰/۱٪ رسید. این تفاوت هرچند معنی‌دار نشد، اما روند داده‌ها حاکی از نقش بالقوه حمایت خانوادگی در کاهش فشارهای روانی مادر است. حمایت اجتماعی گسترده‌تر، از جمله حضور مادر یا سایر اعضای خانواده، می‌تواند در کاهش مسئولیت‌های سنگین مراقبت از نوزاد، افزایش احساس امنیت و کاهش احساس انزوای روانی مؤثر باشد. این نتایج با مطالعات دیگری همخوان است که شبکه‌های حمایتی اجتماعی را از عوامل کلیدی محافظتی در دوره پس از زایمان دانسته‌اند (۲۰).

یکی از یافته‌های برجسته، نقش مشکل با خانواده همسر بود. زنان دارای مشکل با خانواده همسر نرخ افسردگی ۴۸/۹٪ را تجربه کردند، درحالی که این میزان در زنان بدون مشکل تنها ۲۷/۹٪ بود. این اختلاف به‌طور قابل‌توجهی معنادار بود و نشان‌دهنده تأثیر روابط تنش‌آلود خانوادگی بر سلامت روان مادر است. تنش با خانواده همسر، به‌ویژه در جامعه‌های سنتی‌تر که رابطه با خانواده همسر نقش اجتماعی پررنگی دارد، می‌تواند منبع استرس مزمن باشد و موجب افزایش احساس درماندگی روانی شود. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که تعارض‌های خانوادگی یکی از عوامل اصلی پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان هستند و حتی می‌توانند اثر عوامل فردی را تقویت کنند (۲۱). بررسی نقش سابقه بحران در زندگی نشان داد که گرچه میزان افسردگی در افراد دارای سابقه بحران بیشتر بود (۳۸/۴٪ در مقابل ۳۱/۳٪)، اما این ارتباط از نظر آماری معنادار نبود. برخی بحران‌ها ممکن است اثرات طولانی‌مدت برجای گذاشته باشند و برخی بحران‌ها پس از گذشت زمان اثرات روانی کمتری نشان دهند. از سوی دیگر، توانایی افراد در سازگاری با بحران‌ها متفاوت است و در برخی زنان، تجربه بحران ممکن است به افزایش تاب‌آوری منجر شده باشد (۲۴). این یافته نشان‌دهنده پیچیدگی تأثیر رویدادهای استرس‌زا بر سلامت روان پس از زایمان است که در مطالعات دیگر نیز گزارش شده است. به‌عنوان مثال، مطالعه Alvarenga و همکاران نشان داد که پس از وارد کردن علائم اختلالات روانی دوران بارداری در مدل، نقش رویدادهای استرس‌زا در پیش‌بینی افسردگی پس از

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

زایمان کاهش می‌یابد (۲۵). همچنین گزارش‌های در ایران نیز نتایجی مشابه را ارائه نمودند که نشان‌دهندهٔ نقش میانجی‌گر یا تعدیل‌گرِ متغیرهایی مانند وضعیت سلامت روان پیشین، حمایت اجتماعی و شدت/ نوع بحران است (۲۶. بنابراین یکی از دلایل عدم معناداری در نمونه ما می‌تواند تفاوت در نوع، شدت و زمان‌بندی بحران‌های گذشته و همچنین وجودِ علائم پری‌ناتالِ زمینه‌ای باشد که اثر واقعی سابقه بحران را مستتر می‌سازد.

از میان متغیرهای اجتماعی، سابقه افسردگی در دوران بارداری که قوی‌ترین متغیر مرتبط با افسردگی در جدول محسوب می‌شد. در این مطالعه، ۶۱/۵٪ از زنانی که قبلا افسردگی در دوران بارداری را تجربه کرده بودند: پس از زایمان مجددا افسردگی را تجربه کردند که این اختلاف نسبت به گروه فاقد این سابقه معنادار بود. این یافته به‌طور کامل با ادبیات علمی حوزه سلامت روان مادران سازگار است. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که افسردگی بارداری یک پیش‌بینی‌کننده قطعی برای افسردگی پس از زایمان است و مداخلات پیشگیرانه باید از دوران بارداری آغاز شود (۲۷). همچنین، احتمال می‌رود زنان دارای افسردگی بارداری در دوران پس از زایمان نیز با محرک‌های مشابهی مانند کاهش خواب، افزایش مسئولیت‌های مراقبتی و تغییرات هورمونی مواجه شوند و این عوامل مجدداً علائم افسردگی را تشدید کنند (۲۸).

با توجه به اینکه این مطالعه مقطعی بود، بنابراین توانایی استنباط روابط علت و معلولی محدود است. خودگزارشی بودن ابزارها ممکن است همراه با سوگیری در پاسخ‌دهی باشد. تمرکز بر یک شهر (جیرفت) قابلیت تعمیم نتایج به سایر مناطق کشور را کاهش می‌دهد. برخی متغیرهای روان‌شناختی عمیق مانند افسردگی پیشین، اضطراب، یا کیفیت رابطه زوجین به‌صورت دقیق و ابزارهای پیشرفته ارزیابی نشده‌اند. موضوعات فرهنگی و اجتماعی مانند نگرش نسبت به جنسیت فرزند ممکن است با تعارف یا پنهان‌کاری مادران همراه بوده باشد و اطلاعات دقیق‌تر نیازمند روش‌های کیفی است.

نتیجه گیری

به‌طور کلی، یافته‌ها نشان داد که افسردگی پس از زایمان پدیده‌ای چندعاملی است و تحت تأثیر عوامل فردی، مادری نوزادی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارد. توجه به این عوامل می‌تواند در بهبود غربالگری، برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی، افزایش حمایت همسر و ارتقای خدمات روانشناختی برای مادران مفید باشد. پیشنهاد می‌شود مادران کم‌سن، کم‌سواد، دارای وضعیت اقتصادی ضعیف و مادرانی با سابقه افسردگی در دوران بارداری، در اولویت برنامه‌های پیشگیری و مراقبتی قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود برنامه‌های غربالگری افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان به‌طور منظم اجرا شود تا مادران در معرض خطر به‌موقع شناسایی و درمان شوند.

تشکر و قدردانی

از شرکت کنندگان محترم و همچنین پرسنل گرامی بیمارستان امام خمینی و قائم شهرستان جیرفت که بدون همکاری آنها این مطالعه غیر ممکن بود سپاسگزاری به عمل می‌آید.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این تحقیق دارای کد اخلاق شماره IR.JMU.REC.1400.075 از دانشگاه علوم پزشکی جیرفت است. قبل از نمونه‌گیری، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از زنان گرفته شد و در مورد نقش محققان و شرکت‌کنندگان، اهداف مطالعه، محرمانه بودن و ناشناس بودن اطلاعات و امکان شرکت داوطلبانه و انصراف از مطالعه در هر زمان به آنها توضیح داده شد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان مقاله در همه بخش های طراحی، اجرا، نگارش و آنالیز آماری این تحقیق مشارکت داشتند

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

References

1. Patel, M., et al., Postpartum depression: a review. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 2012. 23(2): 534-42
2. Slomian J., et al., Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Women's Health, 2019. 15: 1745506519844044
3. Hillerer, K.M ,.I.D. Neumann, and D.A.J.N. Slattery, From stress to postpartum mood and anxiety disorders: how chronic peripartum stress can impair maternal adaptations. Neuroendocrinology, 2012. 95(1): 22-38
4. Chaudron, L.H., et al., Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2001. 22(2): 103-12
5. Sadr S.S., Doulatian M., Behboudi Moghadam Z. Prevalence of postpartum depression and factors affecting it in Tehran. Journal of Medical Council of I.R.I. 2004;22(3):189-93 (in Persian)
6. Liu, X., S. Wang, and G.J.J.o.c.n. Wang, Prevalence and risk factors of postpartum depression in women :A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing, 2022. 31(19-20): 2665-77.
7. Shorey, S., et al., Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. Journal of Psychiatric Research, 2018. 104: 235-48.
8. Falah-Hassani, K., et al., Prevalence of postpartum depression among immigrant women: a systematic review and meta-analysis. Journal of Psychiatric Research, 2015. 70: 67-82.
9. Elmagd, M.H.A. and A.A.J.d. Albokhary, Postpartum depression and its relation to social support and marital satisfaction. Development, 2021. 22 (7): 1-13.
10. Ahmadi kani Golzar, A. and Z.J.I.J.o.P.N. GoliZadeh, Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 2015. 3(3): 1-10.
11. Hasan Z.R, et al., Supportive role of the midwife in preventing postpartum depression. 2003.
11. Hasan Zahraei R., Fahami F., Yazdi M., Ahmadi Z., Bashardoust N.A. Supportive role of the midwife in preventing postpartum depression. Journal of Inflammatory Diseases. 2003; (25):19.
12. Lashkaripour K, Bakhshani Noor M, Hokmabadi S, Sajjadi S A, Safarzadeh Sarasiyabi A. Postpartum depression and related factors: A 4.5 Months study. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012;13(4 (52)):404-12.
13. Vaezi, A., et al., The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. Women and Birth, 2019. 32(2): e238-42
14. Salary P, Banafshe EL, Hebrani PA, Nooghabi JJ. On the relationship between maternal fatigue and postpartum depression. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010;114(14):302-11
15. Cox, J.L., J. Holden, and C. Henshaw, Perinatal mental health: the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual. Vol. 242. 2014: RCPsych publications London
16. Rahmani, F., et al., Predisposing factors of postpartum depression. Iran Journal of Nursing, 2011. 24(72): 78-87
17. O'hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. Annual Review of Clinical Psychology. 2013;9(1):379-407
18. Veisani, Y., et al., Trends of postpartum depression in Iran: A systematic review and meta-analysis. Depression Research and Treatment, 2013. 2013(1): 291029
19. Pope, C.J., et al., Breastfeeding and postpartum depression: Assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors. Journal of Affective Disorders, 2016. 200: 45-50
20. Ghaedrahmati, M., et al., Postpartum depression risk factors: A narrative review. Journal of Education and Health Promotion, 2017. 6(1): 60
21. Patel, V., M. Rodrigues, and N.J.A.j.o.P. DeSouza, Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. American Journal of Psychiatry, 2002. 159(1): 43-7
22. Yim, I.S., et al., Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. Annual Review of Clinical Psychology2015. 11(1): 99-137
23. Norhayati, M., et al., Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. Journal of Affective Disorders, 2015. 175: 34-52
24. Sheerin, C.M., et al., The impact of resilience and subsequent stressful life events on MDD and GAD. Depression and Anxiety 2018. 35(2): 140-7
25. Alvarenga, P., & Frizzo, G. B. Stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum period. Paidéia ,2017. 27(66): 51-9
26. Norouzi Z, Mohammadi M. Prediction of postpartum depression based on history of anxiety, depression and parental bonding in postpartum women referred to Shiraz health-treatment centers. Razi Medical Sciences, 2014;21(127):24-30

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

27. Stuart-Parrigon K, Stuart S, Perinatal depression: an update and overview. Current Psychiatry Reports, 2014. 16(9): 468.
28. Madurika, D. and T. Yasara, Postpartum Depression: A review. 2024.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

Investigating Factors Associated with Postpartum Depression in Hospitals in Jiroft City in 2022: A Cross-Sectional Study

Received: 4 Jul 2025 Accepted: 26 Nov 2025

Abolfazl Ghane[1], Shohreh Shafiei[2], Mitra Seyedi [3] Fatemeh Seyedi[4*]
1. Orthopedic Resident, Department of Orthopedic Surgery, Faculty of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran 2. MSc in Biostatistics, Clinical Research Development Unit, Imam Khomeini Hospital, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran 3. MSc in Midwifery Education, Student Research and Technology Committee, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran 4. Associate Professor, Department of Anatomical Sciences, Faculty of Medicine, Jiroft University of Sciences, Jiroft, Iran

Abstract

Introduction: Postpartum depression is one of the most important mood disorders following child birth. It typically occurs within the first 6 weeks after delivery and can be associated with disruption in mother-infant relationship. This study aimed to investigate factors associated with postpartum depression among women who gave birth in hospitals in Jiroft city in 2012.

Methods: This cross-sectional study examined included 241 mothers who had recently given birth. Data collection tool included the standard Edinburgh EPDS questionnaire, supplemented with three additional sections of personal characteristics, maternal-neonatal factors, and social factors. Data were entered into SPSS software and analyzed using the chi-square test**.**

Results: The mean age of the mothers was 27.47 ± 4.5 years. The highest frequency of postpartum depression was observed in the age group younger than 20 years. Postpartum depression was more common among mothers who had undergone cesarean section than those who had vaginal delivery. Postpartum depression was more common among mothers who lacked spousal support and reported problems with their in-laws. Also, analysis of social factors, revealed a statistically significant relationship between postpartum depression and spousal support, problems with the spouse's family, and a history of depression during previous pregnancies ($p<0.05$).

Conclusion: The findings indicated that postpartum depression is associated with individual, maternal-neonatal, social, and economic factors. Paying attention to these factors may help improve postpartum depression screening, planning educational interventions, and promoting psychological services for mothers, which may help reduce risk factors associated with postpartum depression.

Keywords: Postpartum depression, individual factors, maternal-neonatal factors, social factors, Jiroft

***Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Anatomical Sciences, Faculty of Medicine, Jiroft University of Sciences, Jiroft, Iran
E-mail: fa.seyedi@jmu.ac.ir **Tel:** +983443317802 **Fax:** -

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]