مقاله اصیل پژوهشی

مقایسه هوش هیجانی و افسردگی پس از زایمان در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین

معصومه ابراهیمی[1]، علی‌اکبر اسماعیلی[2]، محمدحسن غنی‌فر[3]

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی مهمترین اختلال روانی پس از زایمان است که می‌تواند اثرات ناگواری بر مادر، کودک و خانواده داشته باشد و در صورت عدم توجه و درمان آن صدمات جبران ناپذیری را به دنبال دارد، این مطالعه با هدف مقایسه هوش هیجانی و افسردگی پس از زایمان در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین انجام گردید.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی ۹۵ نفر از مادران نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان فردوس شامل ۴۹ نفر با زایمان طبیعی و ۴۶ نفر با زایمان سزارین که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی شامل سن، شغل و پرسشنامه‌های استاندارد افسردگی Beck و هوش هیجانی Shering بود که در هر دو گروه سه ماه پس از زایمان توسط مادران تکمیل گردید. پایایی این دو پرسشنامه در این مطالعه با استفاده از ضریب Cronbach Alpha به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۲ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۵ و آزمونهای آماری Independent T Test، ANOVA، Range Tukey، Fisher's z، Pearson و Regression در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه ۶۷/۳٪ از مادران با زایمان طبیعی و ۷۱/۷٪ از مادران با زایمان سزارین خانه‌دار بودند. بیشتر افراد مورد مطالعه شامل ۵۹/۲٪ مادران با زایمان طبیعی و ۵۰٪ مادران با زایمان سزارین دارای سن ۲۵ سال و کمتر بودند. نتایج نشان داد که میانگین نمره افسردگی پس از زایمان و هوش هیجانی در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و مادران سزارین شده تفاوت معنی‌داری ندارد($p>0/05$). بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با افسردگی پس از زایمان در کل و در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و مادران سزارین شده رابطه منفی و معنی‌داری به دست آمد($p<0/001$). در گروه مادران با زایمان طبیعی مؤلفه‌های خودکنترلی و خودآگاهی و در گروه مادران با زایمان سزارین مؤلفه‌های خودکنترلی و مهارتهای اجتماعی می‌توانند به ترتیب حدود۵۰٪ و ۵۳٪ از تغییرات افسردگی پس از زایمان را تبیین کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، می‌توان با افزایش هوش هیجانی از طریق برنامه‌های آموزشی و اعمال روشهای مناسب، افسردگی پس از زایمان را کاهش داد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی پس از زایمان- زایمان طبیعی- سزارین- هوش هیجانی

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۳؛ ۱۱ (۱):۵۵-۶۲

دریافت: ۹۲/۰۲/۱۲ اصلاح نهایی: ۹۲/۰۷/۲۹ پذیرش: ۹۲/۰۸/۱۵

نویسنده مسئول: معصومه ابراهیمی، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و مدرس دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. فردوس، ایران.
آدرس: خراسان جنوبی، فردوس، خیابان بعثت شمالی، کوچه سمیه، پلاک ۲۲
تلفن: ۰۹۱۵۳۳۵۵۹۲۹ نمابر: ۰۵۶۱۴۴۲۴۶۹۲ e.mail:ebrahimi9438@yahoo.com

[1] کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و مدرس دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. فردوس، ایران.
[2] استادیار گروه آموزشی داخلی- روانپزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.
[3] مربی گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند. بیرجند، ایران.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

بارداری و زایمان روندهای تکاملی قابل توجهی برای بیشتر زنان می‌باشند. سازگاریهای فیزیکی، درون فردی و خانوادگی برای تطابق موفقیت‌آمیز بارداری و زایمان ضرورت دارند. استرس‌هایی که گریبانگیر یک مادر بی‌تجربه می‌شوند، زیاد بوده و شامل اختلالاتی در فعالیتهای معمول می‌گردد.(۱)

افسردگی بعد از زایمان یک اختلال شایع و ناتوان‌کننده اجتماعی است که اثرات ناگواری بر مادر، کودک و خانواده می‌گذارد و فراوانترین عارضه شایع در این دوره می‌باشد(۲) که حداکثر طی چهار هفته اول بعد از زایمان شروع می‌شود. تقریباً ۱۳٪ زنان افسردگی پس از زایمان را تجربه می‌کنند.(۳)، میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعات انجام شده در جهان بین ۱۰٪-۲۰٪ گزارش شده است.(۴-۵)

در تحقیق Ascaso و همکاران میزان افسردگی پس از زایمان ۱۰/۲٪ (۶) و در مطالعه Dolatian و همکاران ۲۰/۳٪ گزارش شد.(۷)، افسردگی پس از زایمان با شیوع متفاوت ۵٪-۴۰٪ در جوامع مختلف، بیش از ۱۲/۵٪ پذیرشهای زنان به دلیل مشکلات روانی را به خود اختصاص می‌دهد و زمانی که مادر بعد از به دنیا آوردن نوزاد تجارب لذتبخشی را انتظار می‌کشد، وی را با حالات ناشناخته و ناخوشایندی نظیر نگرانی، احساس از دست دادن توانایی، اعتماد به نفس پایین و اضطراب دست به گریبان می‌کند.(۸)، هنوز علّت این بیماری شناخته نشده است، با این حال عوامل بیولوژیک نظیر افت ناگهانی غلظت استروژن بعد از زایمان، افت پروژسترون، افزایش دفع ادراری کورتیزول، وجود آنتی‌بادی‌های ضدتیروئید، پرولاکتین، اکسی‌توسین و بتااندروفین‌ها نقش دارند.(۹)، علاوه بر عوامل بیولوژیک، در مطالعات مختلف شایعترین عوامل خطر مرتبط با این اختلال عواملی نظیر سن مادر، بارداری ناخواسته، وضعیت شغلی و درآمدی ناپایدار، اختلافات زناشویی و بحرانهای یک سال اخیر قبل از تولد گزارش شده است.(۹-۱۰)، در حدود نیمی از مادران دارای نوزاد علائم افسردگی را تجربه می‌کنند و ۱۰٪-۱۵٪ آنها به سمت بیماری افسردگی ماژور پیش می‌روند که عدم تشخیص آن تبعات مختلف را به دنبال خواهد داشت.(۱۱)، در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع حدود ۰/۱٪-۰/۲٪ این افراد به سایکوز پس از زایمان دچار می‌شوند.(۱)

Ukpong زایمان سزارین را یکی از عوامل اصلی بروز افسردگی پس از زایمان ذکر کرده است و در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیده است که زنانی که به طریق سزارین نوزاد خود را به دنیا می‌آورند بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان هستند(۱۲)، اما یافته‌های پژوهش Warner و همکاران نشان داد که بین افسردگی پس از زایمان و نوع زایمان رابطه معنی‌داری وجود ندارد.(۱۳)، بررسی بیماریهای روانی پس از زایمان از جنبه‌های مختلف دارای اهمیت است. نخست اینکه آغاز آن قابل پیش‌بینی است و در زمان تولد کودک رخ می‌دهد، دوم اینکه سبب فشار روانی شدید زن در این دوره می‌شود و بر انجام تکالیف ویژه و سازگاری او اثرات منفی می‌گذارد و سوم اینکه ناتوانی در ارتباط با کودک، پیامدهای ناگواری برای رشد توانمندیهای شناختی اجتماعی و هیجانی وی دارد.(۱۴)، یکی از عواملی که می‌تواند در کاهش افسردگی پس از زایمان تأثیر داشته باشد، هوش هیجانی است.

هوش هیجانی یعنی توانائیهایی که فرد بتواند انگیزه خود را حفظ نماید، در مقابل ناملایمات پایداری و تکانش‌های خود را کنترل کند، کامیابی را به تعویق اندازد، حالات روحی را تنظیم کند و نگذارد پریشانی خاطر، قدرت تفکر او را خدشه‌دار سازد، با دیگران همدلی کند و امیدوار باشد.(۱۵)، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد که بعضی از اشکال هوش هیجانی ممکن است افراد را از فشار روانی محافظت کرده و در نتیجه به انطباق بهتر منجر شوند.(۱۶)، بنابراین با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان و آسیبهای ایجاد شده در مادر و خانواده مخصوصاً نوزاد، این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین هوش هیجانی و افسردگی پس از زایمان در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی تحلیلی کلیه مادران نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان فردوس از اسفندماه ۹۰ تا اواخر خرداد ماه ۹۱ که دارای سطح سواد حداقل ابتدایی بوده و فرزندشان سالم، زنده و ترم به دنیا آمده بود و سابقه سقط، مرده‌زایی و حاملگی خارج از رحم، سابقه مرگ نزدیکان در یک سال اخیر، سابقه افسردگی در بستگان درجه یک، ناهنجاری

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

نوزاد، بستری شدن پس از زایمان و داشتن مشکلات شدید پس از زایمان مثل خونریزی شدید یا عفونت نداشتند، شامل ۴۹ نفر با زایمان طبیعی و ۴۶ نفر با زایمان سزارین غیراورژانسی مورد بررسی قرار گرفتند. پس از توضیح اهداف مطالعه و در صورت تمایل به همکاری افراد وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی شامل: سن و شغل و پرسشنامه‌های استاندارد افسردگی Beck و هوش هیجانی Shering بود که در هر دو گروه طی ماه دوم تا سوم پس از زایمان که مناسبترین زمان برای بررسی افسردگی می‌باشد(۳)، توسط مادران تکمیل گردید.

پرسشنامه افسردگی Beck شامل ۲۱ ماده می‌باشد. پاسخها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۰-۳ نمره‌گذاری و بر اساس گزارش افراد در هر مقوله درجه‌بندی می‌شود. صفر به معنای سلامت روانی در جنبه مورد نظر و سه به معنای عمیق بودن احساس اختلال می‌باشد. دامنه نمرات از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. در این مطالعه، پایایی پرسشنامه با استفاده از Cronbach Alpha ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه هوش هیجانی Shering دارای هفتاد سؤال می‌باشد که تعدادی از سؤالات آزمون به دلایل مختلف از قبیل نداشتن مشخصات لازم سؤال، طولانی بودن سؤال و عدم تطبیق با فرهنگ ایرانی حذف شده است و در نتیجه آزمون هنجار شده دارای ۳۳ سؤال می‌باشد که دارای پنج مؤلفه خودآگاهی (هشت سؤال)، خودکنترلی (هفت سؤال)، خودانگیزی (هفت سؤال)، همدلی (شش سؤال) و مهارتهای اجتماعی (پنج سؤال) است. نمره‌گذاری سؤالات بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از هیچ وقت نمره یک تا همیشه نمره پنج تنظیم شده و با جمع سؤالات در هر مقیاس و تقسیم بر تعداد سؤالات نمره آن مقیاس به دست می‌آید و از جمع نمرات پنج مقیاس نمره هوش هیجانی کل محاسبه می‌شود. حداقل نمره فرد یک و حداکثر پنج خواهد بود. پایایی پرسشنامه در این مطالعه با استفاده از Cronbach Alpha ۰/۸۲ به دست آمد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۵ و آزمونهای Independent T Test، ANOVA، Range Tukey، Fisher's z، Pearson و Regression در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از ۹۵ نفر موردمطالعه، ۴۹ نفر (۵۱/۶٪) زایمان طبیعی و ۴۶ نفر (۴۸/۴٪) زایمان سزارین داشتند. ۳۳ نفر از مادران با زایمان طبیعی (۶۷/۳٪) و ۳۳ نفر از مادران با زایمان سزارین (۷۱/۷٪) خانه‌دار بودند. بیشتر افراد موردمطالعه شامل ۵۹/۲٪ مادران با زایمان طبیعی و ۵۰٪ مادران با زایمان سزارین دارای سن ۲۵ سال و کمتر بودند. از نظر مشخصات دموگرافیک در دو گروه مادران با زایمان طبیعی و مادران با زایمان سزارین تفاوت معنی‌داری وجود نداشت($p>0/05$). (جدول ۱)

جدول ۱: مقایسه توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مادران با زایمان طبیعی و سزارین

متغیر		زایمان طبیعی	زایمان سزارین	جمع کل	P-value
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سن:	۲۵ سال و کمتر	۲۹ (۵۹/۲)	۲۳ (۵۰)	۵۲ (۵۴/۷)	۰/۳۷
	بیشتر از ۲۵ سال	۲۰ (۴۰/۸)	۲۳ (۵۰)	۴۳ (۴۵/۳)	
شغل:	خانه دار	۳۳ (۶۷/۳)	۳۳ (۷۱/۷)	۶۶ (۶۹/۵)	۰/۶۴
	شاغل	۱۶ (۳۲/۷)	۱۳ (۲۸/۳)	۲۹ (۳۰/۵)	
نوع حاملگی:	خواسته	۴۰ (۸۱/۶)	۳۷ (۸۰/۴)	۷۷ (۸۱/۱)	۰/۸۸
	ناخواسته	۹ (۱۸/۴)	۹ (۱۹/۶)	۱۸ (۱۸/۹)	
فعالیت ورزشی:	تا حدودی	۱۴ (۲۸/۶)	۱۳ (۲۸/۳)	۲۷ (۲۸/۴)	۰/۷۴
	زیاد	۱۶ (۳۲/۷)	۱۲ (۲۶/۱)	۲۸ (۲۹/۵)	
	خیلی زیاد	۱۹ (۳۸/۸)	۲۱ (۴۵/۷)	۴۰ (۴۲/۱)	

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

نتایج نشان داد که میانگین نمره افسردگی پس از زایمان، هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و مادران سزارین شده تفاوت معنی‌داری ندارد (p>۰/۰۵). (جدول۲)

میانگین نمره افسردگی در مادرانی که حاملگی ناخواسته داشتند (۱۱/۲۴±۱۳/۰۶) نسبت به مادران با حاملگی خواسته (۸/۰۷±۱۰/۳۵) بیشتر بود(p=۰/۲۴). میانگین نمره افسردگی در افراد موردمطالعه بر حسب فعالیت ورزشی متفاوت بود(p=۰/۰۰۹). نتیجه آزمون تعقیب Range Tukey نشان داد که میانگین نمره افسردگی در مادرانی که به میزان خیلی زیادی فعالیت ورزشی داشتند نسبت به سایر مادران موردمطالعه به طور معنی‌داری کمتر بود(p<۰/۰۵).

نتایج آزمون همبستگی Pearson نشان داد بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با افسردگی پس از زایمان در کل و در دو گروه مادران با زایمان طبیعی و مادران سزارین شده رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد(p<۰/۰۰۱) و نتیجه آزمون Fisher's z نشان داد که تفاوت معنی‌داری در رابطه بین هوش هیجانی با افسردگی پس از زایمان در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین وجود ندارد(p>۰/۰۵). (جدول۳)

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره افسردگی و هوش هیجانی در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین

متغیر	گروه: طبیعی انحراف‌معیار±میانگین	سزارین انحراف‌معیار±میانگین	P-value
افسردگی	۱۰/۳۳±۸/۶۴	۱۱/۴۳±۸/۹۴	۰/۵۴
خودانگیزی	۳/۳۶±۰/۴۵	۳/۳۳±۰/۵۱	۰/۷۶
خودآگاهی	۳/۴۷±۰/۵۲	۳/۵۵±۰/۵۱	۰/۴۴
خودکنترلی	۳/۳۷±۰/۶۶	۳/۳۱±۰/۶۸	۰/۶۹
همدلی	۳/۴۲±۰/۶۵	۳/۴۳±۰/۶۷	۰/۹۶
مهارتهای اجتماعی	۳/۴۱±۰/۷۸	۳/۳۹±۰/۷۸	۰/۸۸
هوش هیجانی	۳/۴۱±۰/۴۳	۳/۴۰±۰/۴۷	۰/۹۶

جدول ۳: همبستگی بین مؤلفه‌های هوش هیجانی با افسردگی بعد از زایمان در کل و در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین

متغیر	خودانگیزی	خودآگاهی	خودکنترلی	همدلی	مهارت اجتماعی	هوش هیجانی کل
افسردگی مادران در کل	-۰/۳۷ **	-۰/۵۰ **	-۰/۶۸ **	-۰/۵۶ **	-۰/۵۴ **	-۰/۷۴ **
افسردگی مادران با زایمان طبیعی	-۰/۴۸ **	-۰/۴۶ *	-۰/۶۷ **	-۰/۵۳ **	-۰/۴۹ **	-۰/۷۵ **
افسردگی مادران با زایمان سزارین	-۰/۳۱ *	-۰/۵۵ **	-۰/۷۰ **	-۰/۵۹ **	-۰/۶۰ **	-۰/۷۴ **
نتیجه آزمون Fisher's z	z=۰/۹۵ p=۰/۳۴	z=۰/۵۷ p=۰/۵۸	z=۰/۲۷ p=۰/۷۹	z=۰/۴۱ p=۰/۶۸	z=۰/۷۴ p=۰/۴۶	z=۰/۱۱ p=۰/۹۱

** p<۰/۰۰۱ * p<۰/۰۵

به منظور تعیین اینکه مؤلفه‌های هوش هیجانی به چه میزانی می‌توانند افسردگی پس از زایمان را تبیین کنند از آزمون رگرسیون چند متغیره گام به گام استفاده شد که متغیر افسردگی پس از زایمان به عنوان متغیر ملاک و مؤلفه‌های هوش هیجانی به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد معادله شدند. در گروه مادران با زایمان طبیعی نتیجه آزمون مذکور نشان داد که در گام اول مؤلفه خودکنترلی وارد معادله گردید که مؤلفه مذکور به تنهایی می‌تواند ۴۴٪ افسردگی پس از زایمان را تبیین کند و در گام دوم مؤلفه خودآگاهی وارد معادله شد که مؤلفه مذکور می‌تواند توانایی پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان را تا ۶٪ افزایش دهد. به عبارتی دو متغیر مذکور می‌تواند ۵۰٪ از تغییرات افسردگی

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

پس از زایمان را تبیین نمایند و سایر مؤلفه‌ها از معادله خارج گردیدند.

در گروه مادران با زایمان سزارین نتیجه آزمون رگرسیون چند متغیره نشان داد که در گام اول مؤلفه خودکنترلی وارد معادله گردید که مؤلفه مذکور به تنهایی می‌تواند ۴۷٪ افسردگی پس از زایمان را تبیین کند و در گام دوم مؤلفه مهارتهای اجتماعی وارد معادله شد که مؤلفه مذکور می‌تواند توانایی پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان را تا ۶٪ افزایش دهد. به عبارتی دو متغیر مذکور می‌تواند ۵۳٪ از تغییرات افسردگی پس از زایمان را تبیین نمایند و سایر مؤلفه‌ها از معادله خارج گردیدند.(جدول ۴)

جدول ٤: ضرایب رگرسیون مربوط به تعیین سهم مؤلفه‌های هوش هیجانی در تبیین افسردگی پس از زایمان در مادران با زایمان طبیعی و سزارین

گروه	متغیر	ضریب غیر استاندارد		ضریب استاندارد	ضریب هبستگی	ضریب تعیین	مقدار T	P-value
		مقدار B	اشتباه استاندارد	مقدار β				
مادران با زایمان طبیعی	خودکنترلی	-۷/۶۱	۱/۳۸	-۰/۵۹	۰/۶۷	۰/۴۴	۵/۵۰	<۰/۰۰۱
	خودآگاهی	-۴/۸۰	۱/۷۹	-۰/۲۹	۰/۷۲	۰/۵۰	۲/۶۹	۰/۰۱
مادران با زایمان سزارین	خودکنترلی	-۶/۹۲	۱/۶۰	-۰/۵۳	۰/۷۰	۰/۴۷	۴/۳۲	<۰/۰۰۱
	مهارت اجتماعی	-۳/۵۰	۱/۳۹	-۰/۳۱	۰/۷۴	۰/۵۳	۲/۵۲	۰/۰۲

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره افسردگی پس از زایمان، هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه مادران با زایمان طبیعی و مادران سزارین شده تفاوت معنی‌داری ندارد($p>0/05$).

نتایج مطالعه Khorramirad و همکاران نشان داد که بین نوع زایمان با افسردگی پس از رابطه معنی‌داری وجود ندارد ($p=0/31$).(۱۷)، همچنین نتایج مطالعه Nikpour و همکاران نشان داد که میانگین نمره افسردگی پس از زایمان در مادران با زایمان سزارین نسبت به مادران با زایمان طبیعی بیشتر بود ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود(۱۸) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. زنان تحت عمل سزارین احتمالاً به دلیل تنش ناشی از عوامل منجر به سزارین و تنش ناشی از بیهوشی و جراحی، دارای نمره افسردگی بالاتری بوده و احتمال ابتلای آنها به افسردگی آشکار در آینده بیشتر است.

در مطالعه Lashkaripour و همکاران میزان افسردگی پس از زایمان در مادران با زایمان سزارین نسبت به مادران با زایمان طبیعی به طور معنی‌داری بیشتر بود.(۱۹)، نتایج مطالعه Dolatian و همکاران نشان داد که میزان افسردگی در گروه زایمان سزارین دو برابر بیشتر از گروه با زایمان طبیعی است($p<0/05$) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد.(۷)، شاید بتوان دلیل اختلاف در نتایج را، تفاوت در حجم نمونه دانست که در مطالعه حاضر حجم نمونه کمتر از دو مطالعه مذکور می‌باشد و از طرفی در مطالعه Dolatian و همکاران سزارین‌های اورژانسی و انتخابی در مجموع بررسی شدند ولی در مطالعه حاضر فقط موارد سزارین غیراورژانسی مورد بررسی قرار گرفتند.

بعضی از پژوهشگران نتایج متناقضی را در زمینه افسردگی پس از زایمان و نوع زایمان گزارش کرده‌اند.(۲۰-۲۱)، نتایج متفاوت بدست آمده در این زمینه نشان می‌دهد این موضوع نیاز به بررسیهای بیشتر در جامعه‌های مختلف دارد و از آنجایی که افسردگی پس از زایمان در نتیجه عوامل متعددی به وجود می‌آید، کنترل متغیرهای احتمالی در ایجاد افسردگی پس از زایمان نقش مهمی در شناخت عوامل خطر قطعی دارد.

در مطالعه حاضر میانگین نمره افسردگی در مادران بر حسب ناخواسته بودن حاملگی تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتایج مطالعه Sharifi و همکاران نشان داد که ارتباط معنی‌دار آماری بین ناخواسته بودن حاملگی با علامت افسردگی پس از زایمان وجود ندارد(۲۲) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه مقطعی Iranfar و همکاران در

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

کرمانشاه بر روی ۱۶۳ زن باردار که افسردگی پس از زایمان را ده روز بعد از زایمان ارزیابی کردند، ناخواسته بودن حاملگی را از عوامل مؤثر بر افسردگی بوده است.(۲۳)، در این مطالعه میانگین نمره افسردگی در مادرانی که به میزان خیلی زیادی فعالیت ورزشی داشتند نسبت به سایر مادران موردمطالعه به طور معنی‌داری کمتر بود.

فعالیت جسمانی در زنان موجب کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود سلامت روانی می‌شود و این مسئله در دوران پس از زایمان به دلیل این که تعدادی از مادران دچار افسردگی پس از زایمان می‌گردند، حائز اهمیت بیشتری است.(۲۴)، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با افسردگی پس از زایمان در کل و در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و مادران سزارین شده رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد($p<۰/۰۰۱$)، یعنی با افزایش هوش هیجانی، افسردگی پس از زایمان در افراد کاهش می‌یابد. در گروه مادران با زایمان طبیعی مؤلفه‌های خودکنترلی و خودآگاهی با هم می‌توانند حدود۵۰٪ از تغییرات افسردگی پس از زایمان را تبیین نمایند و در گروه مادران با زایمان سزارین مؤلفه‌های خودکنترلی و مهارتهای اجتماعی با هم می‌توانند حدود ۵۳٪ از تغییرات افسردگی پس از زایمان را تبیین کنند و سایر مؤلفه‌ها از معادله خارج گردیدند.

این یافته مطالعه حاضر با نتایج تحقیقات Mavroveli و همکاران (۲۵)، Austin و همکاران (۲۶) و Liau و همکاران (۲۷) همسو می‌باشد. با توجه به مطالعات انجام شده در زمینه رابطه هوش هیجانی و افسردگی می‌توان گفت که کاربرد ضعیف هیجانها ممکن است به مشکلات رفتاری از جمله افسردگی منجر شود.

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، می‌توان گفت که یکی از راههای مؤثر در کاهش افسردگی پس از زایمان در افراد صرف نظر از نوع زایمان آنها، تقویت سطح هوش هیجانی در این افراد می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه و اکتسابی بودن هوش هیجانی، می‌توان با افزایش هوش هیجانی از طریق برنامه‌های آموزشی و اعمال روشهای مناسب، افسردگی پس از زایمان را کاهش داد.

REFERENCES

1-Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse D, Spong CY. Williams Obstetrics. 23ed. New York: McGraw-Hill professional; 2009.

2-Bahrami N, Araban M, Bahrami S. The impact of antenatal education on postpartum depression, Dezful, Iran. Hormozgan Med J. 2010;13(4):277-83.[Persian]

3-Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice, postpartum depression. N Engl J Med. 2002; 347(3):194-9.

4-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(5):353-8.

5-Latorre-Latorre JF, Contreras-Pezzotti LM, Herran-Falla OF. Postnatal depression in a Colombian city. Risk factors. Aten Primaria. 2006;37(6):332-8.[Spanish]

6-Ascaso Terren C, Garcia Esteve L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalence of postpartum depression in spanish mothers: comparison of estimation by mean of the structured clinical interview for DSM-IV with the Edinburgh postnatal depression scale. Med Clin (Barc). 2003; 120(9): 326-9.[Spanish]

7-Dolatian M, Maziar P, Alavi Majd H, Yazdjerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. J Reprod Infertil. 2006; 7(3):260-8. [Persian]

8-Harrington AR, Greene-Harrington CC. Healthy Start screens for depression among urban pregnant, postpartum and interconceptional women. J Natl Med Assoc. 2007; 99(3):226–31.

9-Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. Int Breastfeed J. 2007; 2:6.

10-Wissart J, Parshad O, Kulkarni S. Prevalence of pre and postpartum depression in Jamaican women. BMC Pregnancy Childbirth. 2005; 5:15.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

11-Brockington I. Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. World Psychiatry. 2004; 3(2): 89-95.

12-Ukpong DI, Owolabi AT. Postpartum emotional distress: a controlled study of Nigerian women after caesarean childbirth. J Obstet Gynaecol. 2006; 26(2): 127-9.

13-Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for Postnatal psychiatric morbidity. Br J Psychiatry 1996; 168(5): 607-11.

14-Cox J, Holden J. Prenatal psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Gaskell, illustrated edition; 1994.

15-Goleman D. Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ. New York: Bantam Books, 10th Anniversary edition; 2005.

16-Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. Pers Individ Dif. 2002; 32(2): 197-209.

17-Khorramirad A, Mousavi Lotfi M, Shoori Bidgoli A. Prevalence of postpartum depression and related factors in Qom. Pejouhandeh. 2010; 15(2): 62-6 [Persian].

18-Nikpour M, Abedian Z, Mokhber N, Khaleghi Z, Banihosseini SZ, Ebrahimzadeh S. Relationship between delivery method and postpartum depression. J Fundam Ment Health. 2012, 14(1):46-53. [Persian]

19-Lashkaripour K, Bakhshani NM, Hokmabadi S, Sajjadi SA, Safarzadeh Sarasiyabi A. Postpartum depression and related factors: A 4.5 months study. J Fundam Ment Health. 2012,13(4):404-12. [Persian]

20-Clement S. Psychological aspect of cesarean section. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2001;15 (1):109-26.

21-Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. Psychosom Med. 2006; 68 (2):321-30.

22-Sharifi KH, Sooky Z, Akbari H, Sharifi M. Assessment of the relationship between the method of delivery and postpartum depression. Feyz. 2008; 12(1): 50-5. [Persian]

23-Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, NazhadJafar P, Rezaie M. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women? East Mediterr Health J. 2005;11(4):618-24

24-ley AJ, Macarthur C, Winter H. The role of exercise in treating postpartum depression: a review of the literature. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(1):56-62.

25-Mavroveli S, Petrides KV, Rieffe C, Bakker F. Trait emotional intelligence, psychological well-being and peerrated social competence in adolescence. Br J Dev Psychol. 2007; 25:263-75.

26-Austin EJ, Saklofske DH, Egan V. Personality, well-being, and health correlates of trait emotional intelligence. In: personality and Individual differences. Edinburgh Research Explorer. 2005; 38(3):547-58.

27-Liau AK, Liau AW, Teoh GB, Liau MT. The case for emotional literacy: The influence of emotional intelligence on problem behavior in Malaysian secondary school students. J Moral Educ.2003; 32(1):51-65.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

Abstract *Original Article*

Comparison of emotional intelligence and postpartum depression between mothers with natural vaginal delivery and cesarean delivery

M. Ebrahimi [1], A.A. Esmaeili [2], M.H. GhaniFar [3]

Background and Aim: Depression is the most important psychological disorder after childbirth that could have adverse impacts on the mothers, their children, and their families. This study was designed to compare emotional intelligence and postpartum depression between mothers with natural vaginal delivery and cesarean delivery.

Materials and Methods: In this descriptive analysis, 95 primiparous women included 49 natural vaginal deliveries (NVD) and 46 cesarean section (CS), that referred to health centers in Ferdows city and had inclusion criteria were studied. The data collection instruments consisted of a demographic questionnaire, standard Beck Depression Inventory and the Shering's Emotional Intelligence Questionnaire, which completed by mothers three months after delivery. Reliability of questionnaires was obtained by using of Cronbach Alpha coefficient between 0.90 and 0.82 respectively. Data was analyzed by SPSS version 15 and independent t-tests, ANOVA, Range Tukey, Fisher's z, Pearson, and Regression with 0.05 significant level.

Results: In this study 63.3% mothers with NVD and 71.7% with CS were housewife, and 59.2% of mothers with NVD and 50% with CS were 25 years old or lower. Results showed that the mean score for postpartum depression, emotional intelligence and its components were not significantly different between two groups ($p>0.05$). There was a significant negative correlation between postpartum depression and emotional intelligence and its components in total and both groups of mothers with natural or cesarean delivery ($p> 0.001$).

Conclusion: According to findings, postpartum depression could be reduced by increasing emotional intelligence through performing educational programs and employing proper methods.

Keywords: postpartum depression; Natural childbirth; Cesarean section; Emotional intelligence

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2014; 11 (1):55-62

Received: May 2, 2013 Last Revised: October 21, 2013 Accepted: November 6, 2013

Corresponding Author:Masoome Ebrahimi, MSc of Clinical Psychology and Lecturer in Paramedical and Health Faculty Ferdows, University of Medical SciencesBirjand, Iran. Ebrahimi9438@yahoo.com

[1] MSc of clinical psychology and Lecturer in Paramedical and Health Faculty Ferdows, University of Medical Sciences Birjand, Iran.

[2]Assistant Professor, Department of Psychiatrist, Faculty of Medicine, Birjand University of Medical Science. Birjand, Iran.

[3] Instructor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Birjand branch. Birjand, Iran

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]