

Original article

Comparison of Mental Pain, Catastrophizing, and Fear of Childbirth in Nulliparous Women with and without Postpartum Depression: A Case Study of Motazedi Hospital in Kermanshah

Samira Amiri¹Borzoo Amirpour^{2*}Razieh Etesamipour³

- 1- MSC, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
- 2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
- 3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

*Corresponding author: Borzoo Amirpour, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Email: borzooamirpour@pnu.ac.ir

Received: 31 December 2022

Accepted: 14 March 2023

ABSTRACT

Introduction and purpose: Although childbirth and having children are considered a turning point and a pleasant event for women, the characteristics of the postpartum period are associated with unpleasant consequences and events that lead to numerous changes in mothers. For this reason, the need to care for mothers during this period and accurately identify the features of this period is undeniable. This study aimed to compare mental pain, catastrophic pain, and fear of childbirth in nulliparous women with and without postpartum depression.

Methods: This research was a descriptive-cross-sectional study conducted based on a causal-comparative design. The statistical population included all primiparous women in Kermanshah who referred to Motazedi Medical Center between February 2022 and April 2022. From the members of the community, 243 people were selected as a sample based on Cochran's formula. Sampling was done using the non-probability convenience method. The required data were collected using questionnaires, namely Edinburgh's Postpartum Depression Inventory (2004), Orbach and Mikulincer Mental Pain Scale (2003), Sullivan, Bishop, and Pewick Pain Catastrophizing Scale (1995), and Harman's Childbirth Attitude Questionnaire (1998). Data were analyzed in SPSS28 using multivariate analysis of variance (MANOVA), at a significance level of 0.05.

Results: The results indicated that the mean scores of mental pain ($M=66.49$, $F=60.65$), pain catastrophizing ($M=46.85$, $F=66.40$), and fear of childbirth ($M=50.22$, $F=65.01$) were significantly higher in primiparous women with postpartum depression disorder than their counterparts without postpartum depression disorder ($P<0.05$).

Conclusion: Based on the results of the present study and in line with the research literature, it can be stated that emotions such as fear, cognitive distortions (e.g., catastrophizing and individuals' mentality in perceiving pain), and vulnerability are effective in depression after delivery.

Keywords: Catastrophizing, Depression, Females, Pregnancy

► **Citation:** Amiri S, Amirpour B, Etesamipour R. Comparison of mental pain, catastrophizing, and fear of childbirth in nulliparous women with and without postpartum depression: A case study of Motazedi Hospital in Kermanshah. Journal of Health Research in Community. Spring 2023;9(1): 88-98.

مقاله پژوهشی

مقایسه درد ذهنی، فاجعه‌سازی درد و ترس از زایمان در زنان نخست‌زا با و بدون اختلال افسردگی پس از زایمان (مطالعه موردی: بیمارستان معتضدی کرمانشاه)

چکیده

سمیرا امیری^۱
برزو امیرپور^{۲*}
راضیه اعتصامی پور^۳

مقدمه و هدف: با وجود اینکه زایمان و صاحب فرزند شدن برای زنان نقطه عطف و رویداد خوشایندی تلقی می‌شود، دوره پس از زایمان با پیامدها و رویدادهای ناخوشایندی همراه است که زمینه‌ساز تغییرات زیادی برای مادران است. به همین دلیل، نیاز به مراقبت زنان در این دوران و شناسایی دقیق ویژگی‌های این دوران غیرقابل انکار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه درد ذهنی، فاجعه‌سازی درد و ترس از زایمان در زنان نخست‌زا با و بدون اختلال افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی و طرح آن علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمام زنان نخست‌زای شهر کرمانشاه بودند که در بازه زمانی اسفند ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ۱۴۰۱ به مرکز درمانی معتضدی مراجعه کرده بودند. از میان افراد جامعه بر اساس فرمول کوکران، تعداد ۲۴۳ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری غیراحتمالی و به شیوه در دسترس بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های افسردگی پس از زایمان ادینبرگ (۲۰۰۴)، درد ذهنی اورباخ و میکلینسر (۲۰۰۳)، فاجعه‌سازی درد سالیوان، بیشاپ و پیویک (۱۹۹۵) و پرسش‌نامه ترس از زایمان (نگرش به زایمان) هارتمن (۱۹۹۸) استفاده شد. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ در سطح ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که میانگین نمرات درد ذهنی ($M=66/49$ ، $F=60/65$)، فاجعه‌سازی درد ($M=46/85$ ، $F=66/40$) و ترس از زایمان ($M=50/22$ ، $F=65/01$) در زنان نخست‌زا با اختلال افسردگی پس از زایمان به‌طور معناداری بیشتر از زنان نخست‌زا بدون اختلال افسردگی پس از زایمان بود ($P<0/05$). **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر و در پیوند با ادبیات پژوهش می‌توان اظهار داشت که هیجان‌های فرد مانند ترس، تحریف‌های شناختی چون فاجعه‌سازی و ذهنیت افراد در ادراک از درد و آسیب‌پذیری در افسردگی پس از زایمان دخیل هستند.

کلمات کلیدی: افسردگی، بارداری، زنان، فاجعه‌سازی

۱. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: برزو امیرپور، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

Email: borzooamirpour@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۳

◀ **استناد:** امیری، سمیرا؛ امیرپور، برزو؛ اعتصامی پور، راضیه. مقایسه درد ذهنی، فاجعه‌سازی درد و ترس از زایمان در زنان نخست‌زا با و بدون اختلال افسردگی پس از زایمان (مطالعه موردی: بیمارستان معتضدی کرمانشاه). مجله تحقیقات سلامت در جامعه، بهار ۱۴۰۲؛ ۹(۱): ۸۸-۹۸.

مقدمه

دوران پس از زایمان شامل مرحله‌ای از زندگی زنان می‌شود که دربرگیرنده زمان بلافاصله پس از تولد تا ۶ هفته پس از تولد

نوزاد است و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دوران زندگی مادران تلقی می‌شود و درعین حال، مهم‌ترین دوره زندگی نوزدان است [۱]. با وجود اینکه زایمان و صاحب فرزند شدن برای زنان نقطه عطف و رویداد خوشایندی تلقی می‌شود، ویژگی‌های دوره پس از زایمان با پیامدها و رویدادهای ناخوشایندی نیز همراه است که زمینه‌ساز تغییرات زیادی برای مادران است؛ به همین دلیل، نیاز به مراقبت زنان در این دوران و شناسایی دقیق ویژگی‌های این دوران غیرقابل انکار است [۲].

زنان در فرهنگ‌های مختلف، دوره پس از زایمان را به‌عنوان تنش‌آمیزترین و گاهی حتی آسیب‌زننده‌ترین دوران زندگی خود مطرح کرده‌اند و معتقد هستند که در این دوران، مادران با گستره‌ای از تغییرات فردی و اجتماعی روبه‌رو می‌شوند و در چالش‌ها و نگرانی‌هایی قرار می‌گیرند که پیش از مادر شدن، آن‌ها را تجربه نکرده‌اند [۳]. در سه ماهه اول پس از زایمان، حدود ۱۴/۵ درصد از زنان ممکن است افسردگی خفیف تا شدید را تجربه کنند [۴]. افسردگی پس از زایمان نوعی اختلال روانی جدی است که فراوان‌ترین عارضه شایع با شیوع ۱۰ تا ۱۵ درصدی در این دوره است [۵]. در نوع روان‌شناختی درد می‌توان به مفهوم درد ذهنی اشاره کرد. در واقع، درد ذهنی یک تجربه روان‌شناختی کلی و فراگیر است که شامل مفاهیمی از رنج و آسیب است، اما به آسیب جسمانی واقعی مشروط نیست. به عبارت دیگر، دامنه وسیعی از تجربه‌های ذهنی است که مجزا از حالت‌های منفی هیجانی از قبیل افسردگی و اضطراب تعریف می‌شود. درنهایت، تمامی هیجانات منفی زمانی که به صورت مزمن درمی‌آید، می‌تواند به‌صورت درد ذهنی تبدیل شود و در فرایند ادراک درد تأثیرگذار باشد [۶].

از مواردی که ممکن است در ایجاد ترس و تشدید درد و سختی زایمان در مادران باردار تشدیدکننده باشد، فاجعه‌سازی درد است. باورهای فاجعه‌سازی درد افکاری هستند که سبب توجه افراطی فرد بر علائم بدنی و در نتیجه اجتناب از فعالیت‌های روزمره می‌شود. این اجتناب با پیامدهای بعدی درد مثل ناتوانی و

اختلال جسمانی و هیجانی مرتبط است [۷]. درد و احساس عدم کنترل بر آن زمانی که با تفکرات فاجعه‌آمیز همراه شود، موجب افسردگی می‌شود. هرچه خلقت فرد افسرده‌تر باشد، آستانه تحمل درد او کاهش می‌یابد [۸]. بنابراین، ترس، اضطراب و درد سه عامل مهم هنگام زایمان هستند. زن بارداری که ترس از زایمان را بیان می‌کند، به مراقبت‌های خاصی نیاز دارد که تا حدودی بر ترس خود غلبه کند و قادر به اداره بارداری و تجربه خوشایندی از زایمان باشد [۹].

دغدغه‌های مربوط به نگهداری از نوزاد به‌نوعی که آسیب نبیند، به‌عنوان یکی از مشکلات دیگر زنان در دوره پس از زایمان است [۱۰]. زنان به دلیل روبه‌رو شدن با تغییرات گسترده در حوزه روانی و فیزیکی، در دوره پس از زایمان بیشتر از قبل به کمک و حمایت دیگران نیاز دارند. این مسائل به‌خصوص در زنانی که اولین تجربه بارداری را دارند، بیشتر دیده می‌شود. گاهی این زنان دچار علائمی مانند افسردگی پس از زایمان می‌شوند. در بسیاری از زنان نخست‌زا، تولد فرزند عامل استرس‌زایی است که به‌عنوان محرکی برای شروع اختلالات افسردگی مزمن یا شروع مجدد اختلال افسردگی است. در واقع، دوره پس از زایمان دوره انتقالی است که مادر با نقش‌ها، الگوها و ارتباطات جدیدی روبه‌رو می‌شود و باید با همه آن‌ها سازگار شود. از سوی دیگر، در دوره نفاسی، به دلیل از رفتن انرژی بدن، مادر از خستگی، آثار دارویی، طول مدت زایمان، مشکلات ایجادشده در روند زایمان و از این قبیل موارد، بیشتر از زمان‌های دیگر مستعد ابتلا به اختلالات خلقی و روانی از جمله افسردگی است. لذا پرداختن به این زنان به دلیل نداشتن تجربه قبلی زایمان و مسائل پس از زایمان، هدف این مطالعه را توجیه می‌کند و این در حالی است که بسیاری از زنان در دوره پس از زایمان حمایت کمی از سوی اعضای خانواده دریافت می‌کنند. لذا مشکلات این دوره با وجود ضعف جسمی مادر، بر عهده خود او است و این نیز بر میزان افسردگی در دوره پس از زایمان می‌افزاید [۱۱].

در کلاس‌هایی که برای مشاوره زنان باردار در هفته آخر بارداری برگزار می‌شد، با مددجویان صحبت و توضیحات لازم داده شد و در صورت تمایل آن‌ها شماره تماس دریافت شد. طبق هماهنگی انجام شده در هفته ۲ و ۳ پس از زایمان، لینک پرسش‌نامه‌ها ارسال و تکمیل شد. در پایان از همکاری افراد پاسخ‌دهنده سپاسگزاری و پرسش‌نامه‌ها برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری نمره‌گذاری شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، پرسش‌نامه درد ذهنی اورباخ و میکولینسر، پرسش‌نامه فاجعه‌سازی درد سالیوان و پرسش‌نامه ترس از زایمان هارتمن استفاده شد.

الف) Edinburgh پرسش‌نامه افسردگی پس از زایمان (Edinburgh Postnatal Depression Scale) را در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش افسردگی پس از زایمان طراحی و تدوین کرد. این پرسش‌نامه در ایران نیز اعتباریابی شده است [۱۴]. این پرسش‌نامه ۱۰ سؤال دارد و بر اساس طیف لیکرت، با سؤالاتی (مانند، وقتی کارها بر وفق مراد من نبوده است، بی‌جهت خود را سرزنش کرده‌ام) به سنجش افسردگی پس از زایمان می‌پردازد. نمره مقیاس ادینبرگ بین صفر تا ۳۰ است. سؤال‌های ۱، ۲ و ۴ از صفر تا ۳- و سؤال‌های ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰ از ۳ تا صفر نمره‌گذاری می‌شوند. برای محاسبه امتیاز کلی پرسش‌نامه، نمره همه گویه‌ها را با هم جمع می‌کنیم. هرچه امتیاز حاصل شده از این پرسش‌نامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر افسردگی پس از زایمان خواهد بود و بالعکس. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش کانی گلزار و قلی‌زاده (۱۳۹۴) برای این پرسش‌نامه بیشتر از ۰/۷ برآورد شد. همچنین به منظور تعیین همسانی درونی پرسش‌نامه در این پژوهش از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۱ به دست آمد [۱۴].

ب) Orbach و Mikulincer پرسش‌نامه درد ذهنی (Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale) را در سال ۲۰۰۳ برای اندازه‌گیری شدت درد ذهنی ساختند [۱۵]. این مقیاس

در حقیقت، دوران بارداری و پس از آن دوره‌ای از زندگی است که شیوع اختلال‌های روانی در زنان بیشتر از هر زمان دیگری است. افسردگی در این دوران شایع‌ترین اختلال است. به‌طور تقریبی، ۲۰ درصد از زنان باردار در معرض افسردگی هستند که در بیشتر موارد به‌درستی تشخیص و درمان نمی‌شود [۱۲، ۱۳]. بر این اساس، هدف این مطالعه مقایسه درد ذهنی، فاجعه‌سازی درد و ترس از زایمان در زنان نخست‌زا با و بدون اختلال افسردگی پس از زایمان بود.

روش کار

پژوهش علی-مقایسه‌ای حاضر به صورت مقطعی و گذشته‌نگر انجام شد. جامعه آماری این مطالعه شامل تمام زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان معتضدی کرمانشاه بودند که معیارهای ورود به پژوهش را در بازه زمانی اسفند ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ۱۴۰۱ داشتند. از بین این افراد، ۲۴۳ زن بر اساس فرمول کوکران و به شیوه نمونه‌گیری غیراحتمالی و در دسترس انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: زنان دارای اولین سابقه زایمان (زایمان طبیعی) و رعایت اصل آزادی و انتخاب در خصوص شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: طی کردن دوران روان‌درمانی در ماه‌های بارداری و گذشتن بیش از یک ماه از دوران زایمان. برای اجرای این پژوهش پس از مشخص شدن افراد نمونه، مجوزهای لازم توزیع پرسش‌نامه‌های پژوهش برای پاسخگویی زنان نخست‌زا در بیمارستان معتضدی دریافت شد. برای توزیع پرسش‌نامه‌ها و دسترسی و ارتباط با نمونه‌ها، پس از بررسی پرونده‌های بایگانی در بخش‌ها و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود، نخست‌زا بودن و تاریخ زایمان، با زنان تماس گرفته و توضیحات لازم داده شد و در صورت تمایل به همکاری و رضایت کامل به پاسخگویی و همکاری در طرح پژوهشی، پرسش‌نامه‌ها به صورت لینک ارسال و تکمیل شد. همچنین با حضور

۴۴ سؤال و ۹ خرده‌مقیاس دارد که عبارت هستند از: تغییرناپذیری، نداشتن کنترل، خودشیفتگی/ بی‌ارزشی، آشفتگی هیجانی، خشک‌زدگی (بهت)، از خودبیگانگی، سردرگمی، فاصله‌گیری اجتماعی و پوچی (بی‌معنایی). نمره‌گذاری این پرسش‌نامه با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم: نمره ۱، مخالفم: نمره ۲، تا حدودی موافقم: نمره ۳، موافقم: نمره ۴ و کاملاً موافقم: نمره ۵) انجام می‌شود. ضریب آلفای این پرسش‌نامه در پژوهش Orbach و همکاران (۲۰۰۳) در خرده‌مقیاس تغییرپذیری ۰/۹۵، نداشتن کنترل ۰/۹۵، خودشیفتگی/ بی‌ارزشی ۰/۹۳، آشفتگی هیجانی ۰/۹۳، خشک‌زدگی ۰/۸۵، از خودبیگانگی ۰/۷۹، سردرگمی ۰/۸۰، فاصله‌گیری اجتماعی ۰/۸۰ و پوچی ۰/۷۵ گزارش شد [۱۵]. در ایران کرمی و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه را در نمونه ۳۰۰ نفری از دانشجویان بررسی کردند [۶]. حاصل تحلیل عامل اکتشافی ۶ عامل بود که واریانس درد ذهنی را تبیین می‌کرد. ضریب آلفا در خرده‌مقیاس پوچی و بی‌ارزشی ۰/۹۵، سردرگمی و آشفتگی هیجانی ۰/۸۹، نداشتن کنترل ۰/۸۷، فاصله‌گیری اجتماعی ۰/۷۹، از خودبیگانگی ۰/۸۶ و ترس از تنهایی ۰/۶۱ درصد گزارش شده است. تحلیل عامل تأییدی نیز تأیید شد. در نهایت مطالعه ایرانی نشان داد این ابزار روایی و پایایی مناسبی دارد. همچنین به‌منظور تعیین همسانی درونی پرسش‌نامه در این پژوهش از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۷۵ به‌دست آمد.

ج) Sullivan و همکاران پرسش‌نامه فاجعه‌سازی درد (Sullivan, Bishop and Pewick Pain catastrophizing scale) را در سال ۱۹۹۵ طراحی کردند که هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌سازی درد و سازوکار اثر فاجعه‌سازی بود [۱۶]. این مقیاس ۱۳ سؤال و سه خرده‌مقیاس نشخوار، بزرگ‌نمایی و درماندگی دارد که این سه خرده‌مقیاس افکار منفی با درد را اندازه‌گیری می‌کنند. سؤالات با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. شرکت کنندگان

از بین آن‌ها برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب می‌کنند. نمره کل بیشتر نشانه سطح بالاتر افکار و احساسات فاجعه‌سازی است. در مطالعه Sullivan و همکاران (۱۹۹۵)، آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد ۰/۸۷ بوده است. همچنین به‌منظور تعیین همسانی درونی پرسش‌نامه در این پژوهش از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۷۸ به‌دست آمد [۱۶].

د) Hartman پرسش‌نامه نگرش به زایمان (Attitude towards Childbirth Questionnaire) را در سال ۱۹۸۸ ساخته است [۱۷]. این پرسش‌نامه ۱۴ گویه دارد و پاسخ سؤالات به صورت طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (اصلاً، خیلی کم، متوسط، زیاد) است. برای هر سؤال به ترتیب پاسخی بین ۱ تا ۴ در نظر گرفته شده است. به این ترتیب دامنه امتیازها ۱۴ تا ۵۶ است. نمره ۲۸ و بیشتر نشان‌دهنده ترس بیشتر است. روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط خورسندی و غفرانی‌پور بررسی و تعیین شد [۱۸]. در پژوهش آن‌ها پرسش‌نامه ترس از زایمان روی ۱۰۰ زن نخست‌زا در بیمارستان میلاد تهران اجرا و روایی محتوای پرسش‌نامه توسط گروه متخصصان بررسی شد. پس از اعمال تغییرات جزئی، روایی پرسش‌نامه تأیید شد. همچنین به‌منظور تعیین همسانی درونی پرسش‌نامه در این پژوهش، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۴ به‌دست آمد.

برای اجرای این پژوهش پس از مشخص شدن افراد نمونه، مجوزهای لازم توزیع پرسش‌نامه‌های پژوهش برای پاسخگویی زنان در بیمارستان متعضدی دریافت شد. برای توزیع پرسش‌نامه‌ها و دسترسی و ارتباط با نمونه‌ها، پس از بررسی پرونده‌های بایگانی در بخش‌ها و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود، نخست‌زا بودن و تاریخ زایمان، با زنان تماس گرفته و توضیحات لازم داده شد و در صورت تمایل به همکاری و رضایت کامل به پاسخگویی و همکاری در طرح پژوهشی، پرسش‌نامه‌ها به صورت لینک ارسال و تکمیل شد. در نهایت، ۲۴۳ پرسش‌نامه سالم و قابل تحلیل

گردآوری شد.

انحراف معیار، چولگی و کشیدگی برای هر کدام از متغیرهای پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است. از آنجاکه میزان چولگی و کشیدگی توزیع نرمال برابر با صفر است، چولگی و کشیدگی نزدیک به صفر نرمال بودن توزیع داده‌ها را نشان می‌دهد. علاوه بر این، بر اساس میانگین نمرات مشاهده شده در جدول ۱، میزان درد ذهنی در زنان با اختلال افسردگی پس از زایمان ۶۶/۴۹ و بیشتر از میزان درد ذهنی در زنان بدون اختلال افسردگی پس از زایمان (۵۷/۰۱) بوده است. همچنین میانگین نمرات فاجعه‌سازی درد در زنان با اختلال افسردگی پس از زایمان ۴۶/۸۵ و بیشتر از میزان فاجعه‌سازی درد در زنان بدون اختلال افسردگی پس از زایمان (۳۸/۴۳) بوده است. میانگین نمرات گزارش شده ترس از زایمان در زنان با اختلال افسردگی پس از زایمان (۵۰/۲۲) بیشتر از میزان ترس از زایمان در زنان بدون اختلال افسردگی پس از زایمان (۴۱/۴۵) بوده است.

به منظور پردازش توزیع متغیرهای وابسته با توزیع نرمال می‌توان از آزمون نرمال بودن کولموگروف-اسمیرنوف بهره برد. بر اساس اطلاعات به دست آمده (جدول ۲) سطح معناداری همه آزمون‌ها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. لذا فرض صفر آزمون‌ها (نرمال بودن توزیع) رد نشد و بدین ترتیب، شرط نرمال بودن توزیع داده‌ها

بر اساس ماهیت پژوهش و سطح اندازه‌گیری متغیرها (درد ذهنی، فاجعه‌سازی درد و ترس از زایمان به عنوان متغیرهای وابسته و ابتلا و عدم ابتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان به عنوان متغیر مستقل) و با در نظر گرفتن پیش فرض‌های ضروری، پس از ثبت داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۷، از شاخص‌های توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی) و فعالیت آمار استنباطی (روش تحلیل واریانس چندمتغیری) در سطح معنی‌داری $\alpha = 0/05$ استفاده شد. اطلاعات جمع‌شناختی از جمله سن و سطح تحصیلات شرکت کنندگان در پژوهش نیز در جمع‌آوری داده‌ها لحاظ شد.

یافته‌ها

از ۲۴۳ نمونه انتخاب شده، ۲۸ درصد کمتر از ۲۰ سال، ۴۱ درصد بین ۲۰ تا ۳۰ ساله و ۳۱ درصد ۳۰ سال و بیشتر سن داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۳۰ درصد مدرک کارشناسی و بالاتر، ۲۶ درصد کاردانی و ۴۱ درصد دیپلم و کمتر داشتند. مقادیر آمار توصیفی و شاخص‌های مرکزی از جمله میانگین،

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای وابسته به تفکیک دو گروه

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین نمرات	انحراف معیار	تعداد	چولگی	کشیدگی
درد ذهنی	بدون اختلال افسردگی پس از زایمان	۵۷/۰۱	۹/۸۵	۱۱۴	-۰/۱۱۳	-۰/۳۶۳
	با اختلال افسردگی پس از زایمان	۶۶/۴۹	۹/۱۲	۱۲۹		
فاجعه‌سازی درد	مجموع	۶۲/۰۴	۱۰/۵۷	۲۴۳	-۰/۴۲۰	۰/۳۶۱
	بدون اختلال افسردگی پس از زایمان	۳۸/۴۳	۹/۶۷	۱۱۴		
	با اختلال افسردگی پس از زایمان	۴۶/۸۵	۶/۲۶	۱۲۹		
ترس از زایمان	مجموع	۴۲/۹۰	۹/۰۶	۲۴۳		
	بدون اختلال افسردگی پس از زایمان	۴۱/۴۵	۹/۸۶	۱۱۴	-۰/۱۹۵	۰/۱۱۶
	با اختلال افسردگی پس از زایمان	۵۰/۲۲	۷/۰۰	۱۲۹		
	مجموع	۴۶/۱۰	۹/۵۱	۲۴۳		

جدول ۲. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه

متغیرهای وابسته	گروه	کلموگروف اسمیرنوف	
		آماره	درجه آزادی
درد ذهنی	بدون اختلال افسردگی پس از زایمان	۰/۰۳۹	۱۱۴
	با اختلال افسردگی پس از زایمان	۰/۱۰۵	۱۲۹
فاجعه سازی درد	بدون اختلال افسردگی پس از زایمان	۰/۰۶۷	۱۱۴
	با اختلال افسردگی پس از زایمان	۰/۰۸۴	۱۲۹
ترس پس از زایمان	بدون اختلال افسردگی پس از زایمان	۰/۱۱۷	۱۱۴
	با اختلال افسردگی پس از زایمان	۰/۰۵۶	۱۲۹

برای استفاده از آزمون‌های آماری پارامتریک تأیید شد.

با توجه به داده‌های گردآوری شده از تکمیل پرسش‌نامه افسردگی پس از زایمان اینبرگ، برای تبدیل افراد به دو گروه از روش میانگین نمرات استفاده شد. میانگین نمرات کل نمونه ۱۹/۰۴۱۲ بود. بنابراین، افرادی که میانگین افسردگی پس از زایمان در آن‌ها از ۱۹/۰۴۱۲ بیشتر شده بود، در گروه با اختلال افسردگی پس از زایمان قرار گرفتند و افرادی که میانگین نمرات کمتر از ۱۹/۰۴۱۲ داشتند، در گروه بدون اختلال افسردگی پس از زایمان قرار گرفتند. در نهایت، تمام نمونه‌های تحقیق به دو گروه شامل ۱۱۴ نفر بدون اختلال افسردگی پس از زایمان و ۱۲۹ نفر با

جدول ۳. نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثر چندمتغیری

شاخص	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	P*	اندازه اثر
اثر پیلائی	۰/۲۴۹	۲۶/۴۵۵	۳	۲۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۴۹
لامبدای ویلکز	۰/۷۵۱	۲۶/۴۵۵	۳	۲۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۴۹
تی هتلینگ	۰/۳۳۲	۲۶/۴۵۵	۳	۲۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۴۹
ریشه دوم روی	۰/۳۳۲	۲۶/۴۵۵	۳	۲۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۴۹

اختلال افسردگی پس از زایمان تقسیم شدند. سپس با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) به مقایسه سه متغیر درد ذهنی، فاجعه سازی ذهنی و ترس از زایمان در زنان نخست‌زا در دو گروه با و بدون اختلال افسردگی پس از زایمان پرداخته شد. در جدول ۳، نتایج آزمون لامبدای ویلکز، تی هتلینگ، شاخص ریشه دوم روی و شاخص پیلائی نشان می‌دهد اثر گروه در حداقل یکی از متغیرهای وابسته معنادار است ($\text{Sig} < 0/01$). مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد میزان اختلاف بین دو گروه ۲۴/۹ درصد است.

بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) برای هر سه متغیر درد ذهنی، فاجعه سازی درد و ترس از زایمان (جدول ۴)، مقدار آماره F از مقدار بحرانی بزرگ‌تر و معنادار شده است ($\text{Sig} < 0/05$). در نتیجه بین درد ذهنی و فاجعه سازی درد و ترس از زایمان در زنان نخست‌زا در دو گروه

جدول ۴. تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا)

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P*	اندازه اثر
گروه	درد ذهنی	۵۴۳۸/۳۶	۱/۰۰	۵۴۳۸/۳۶۵	۶۰/۶۵۸	۰/۰۰۰	۰/۲۰۱
	فاجعه سازی درد	۴۲۹۳/۴۹	۱/۰۰	۴۲۹۳/۴۸۹	۶۶/۴۰۵	۰/۰۰۰	۰/۲۱۶
	ترس از زایمان	۴۵۵۴/۳۲	۱/۰۰	۴۶۵۴/۳۲۱	۶۵/۰۱۰	۰/۰۰۰	۰/۲۱۲
خطا	درد ذهنی	۲۱۶۰۷/۲۲	۲۴۱/۰۰	۸۹/۶۵۷			
	فاجعه سازی درد	۱۵۵۸۲/۱۴	۲۴۱/۰۰	۶۴/۶۵۶			
	ترس از زایمان	۱۷۲۵۴/۱۱	۲۴۱/۰۰	۷۱/۵۹۴			

به نظر خوشایند، ممکن است منجر به افسردگی مادر شود که کسی انتظار آن را ندارد. افسردگی پس از زایمان نشانه نقص، علاقه نداشتن به نوزاد یا ضعف شخصیتی مادر نیست، بلکه تنها یک عارضه غالباً گذرا با زایمان است [۲۳]. افسردگی پس از زایمان در زنان به تناسب تعداد زایمان آن‌ها متفاوت است و زنان نخست‌زا، به دلیل نداشتن تجربه زایمان قبلی، بیشتر مستعد اختلال‌هایی مانند افسردگی پس از زایمان خواهند بود.

در پژوهش Sim و همکاران (۲۰۲۱) به شیوه تحلیل ثانویه و با عنوان «ارتباط حالت‌های فاجعه‌ساز درد و افسردگی با ارزیابی چندبعدی درد زایمان زودرس در زنان نخست‌زای مبتلا به بی‌دردی اپیدورال-یک تحلیل ثانویه»، نتایج بررسی ۷۱۲ زن حاضر در پژوهش نشان داد بین حالات افسردگی و فاجعه‌سازی درد همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. علاوه بر این، در این پژوهش نشان داده شد که فاجعه‌سازی یک پیش‌بینی‌کنندگی قوی برای احساس درد در زایمان است [۲۴]. Tan و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی به مقایسه میزان نشانگان افسردگی، اضطراب و فاجعه‌سازی درد بر اساس سطوح استرس زیاد و کم و ترس از زایمان پرداختند. یافته‌های مطالعه آنان حاکی از تفاوت معنادار میزان نشانگان افسردگی، اضطراب و فاجعه‌سازی درد در دو گروه بود، به نحوی که زنان با سطوح بیشتر استرس ادراک شده حین زایمان، این صفات روان‌شناختی را بیشتر گزارش کردند [۲۵]. بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر و در پیوند با ادبیات پژوهش می‌توان اظهار داشت که هیجان‌های فرد مانند ترس، تحریف‌های شناختی چون فاجعه‌سازی و ذهنیت افراد در ادراک از درد و آسیب‌پذیری در افسردگی پس از زایمان دخیل هستند.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان ادعان داشت که بررسی ادبیات پژوهش مرتبط با اختلالات خلقی حاکی از همبندی افسردگی با درد بدنی و ذهنی است. به‌طور خاص، از یک سو نشانگان افسردگی ممکن است درد و طول مدت آن را تشدید کند و سوی دیگر، این هم‌ابتلائی سبب پیچیده‌تر شدن

با و بدون اختلال افسردگی پس از زایمان در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به اندازه اثر می‌توان گفت که شدت اختلاف بین دو گروه در متغیر فاجعه‌سازی درد (۲۱/۶ درصد) بیشتر از دو متغیر ترس از زایمان (۲۱/۲ درصد) و درد ذهنی (۲۰/۱ درصد) است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از اجرای پژوهش حاضر مقایسه درد ذهنی، فاجعه‌سازی درد و ترس از زایمان در زنان نخست‌زا با و بدون اختلال افسردگی پس از زایمان بود. اگرچه بسیاری از زنان باردار ترس، نگرانی یا اضطراب مربوط به زایمان را تجربه می‌کنند، درباره سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر در این تجربیات اطلاعات کمی وجود دارد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف مقایسه درد ذهنی، فاجعه‌سازی درد و ترس از زایمان در زنان نخست‌زا با و بدون اختلال افسردگی پس از زایمان انجام شد. طبق نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) برای هر سه متغیر درد ذهنی، فاجعه‌سازی درد و ترس از زایمان مقدار آماره F از مقدار بحرانی بزرگ‌تر و معنادار شد. در نتیجه بین درد ذهنی و فاجعه‌سازی درد و ترس از زایمان در زنان نخست‌زا در دو گروه با و بدون اختلال افسردگی پس از زایمان در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با پژوهش‌های منتظری و همکاران، امیری و همکاران و اندرون و همکاران همخوانی دارد [۱۹-۲۱]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که افسردگی پس از زایمان نوعی بیماری افسردگی است که مدتی پس از زایمان در زنان ظاهر می‌شود و از افسردگی عادی بسیار قدرتمندتر است و ماندگاری بیشتری دارد. این افسردگی را نباید ساده تلقی کرد؛ این بیماری نوعی اختلال جدی است و می‌توان با درمان بر آن غلبه کرد. Swanson و همکاران تولد نوزاد را با آمیزه‌ای از احساسات بسیار قوی، از هیجان و لذت تا ترس و اضطراب مرتبط دانسته‌اند [۲۲]. این اتفاق

درمان افسردگی برای بالینگران می‌شود و ممکن است چرخه معیوبی از درد و علائم افسردگی را ایجاد کند. چندین فرضیه برای توضیح این همبودی بین افسردگی و درد ارائه شده است. یکی از فرضیه‌ها این است که افسردگی مقدم بر ایجاد درد است یا درد به‌عنوان یک علامت، افسردگی را القا می‌کند. فرضیه اسکار (Oscar Hypothesis) بیان می‌کند که دوره‌های قبلی افسردگی که قبل از شروع درد رخ داده است، پس از شروع درد نیز بیماران را مستعد افسردگی می‌کند. بر اساس این فرضیه، اگر بتوانیم از افسردگی اولیه پیشگیری کنیم یا آن را کاهش دهیم، احتمال ابتلا به افسردگی را در آینده کاهش خواهیم داد. در حال حاضر، مشخص نیست که درد باعث افسردگی می‌شود یا افسردگی درد را تشدید می‌کند [۲۶].

در تبیین تفاوت معنادار میانگین نمرات فاجعه‌سازی درد در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، می‌توان اظهار داشت که مهم‌ترین تأثیر فاجعه‌سازی بر درد این است که بیماران مبتلا به درد به یک ارزیابی از درد دست می‌یابند که ممکن است آن‌ها را نسبت به احساسات دردناک یا تهدیدکننده و ترس از تجربه احساسات دردناک در آینده هوشیارتر کند. در توضیح این نتایج می‌توان گفت که هرچه بیمار درد را شدیدتر درک کند، اضطراب، ترس و نگرانی او بیشتر می‌شود و احتمالاً از نظر خلقی، پیامدهای منفی برای فاجعه ساختن از درد به همراه خواهد داشت [۲۷].

شرکت‌کنندگان در این پژوهش از نظر جنسیتی شامل زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان بودند. لذا در تعمیم نتایج به مردان مبتلا به این اختلال لازم است محدودیت موجود در نظر گرفته شود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی استفاده شد که باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. بهتر است نتایج تنها به جامعه‌ای که نمونه از آن انتخاب شده است، تعمیم داده شود. محدودیت دیگر پژوهش، به شیوه گردآوری داده‌ها مربوط است که از ابزارهای خودگزارشی یعنی پرسش‌نامه استفاده شد. اصلی‌ترین مشکل این شیوه جمع‌آوری داده‌ها در کنترل تأثیر

مطلوبیت اجتماعی نهفته است؛ برای مثال، در طول زمان پاسخ‌دهی، آزمودنی‌ها گزینه‌ای را می‌کنند که آن‌ها را بهتر جلوه می‌دهد، نه گزینه‌ای که به‌طور صحیح شرایط فعلی آن‌ها را توصیف می‌کند. این مسئله منجر به کاهش کارایی ابزار اندازه‌گیری می‌شود. در نتیجه، برای تشخیص دقیق‌تر اختلال افسردگی پس از زایمان و دستیابی به پیش‌بینی عمیق‌تر از روابط احتمالی بین متغیرها، علاوه بر استفاده از پرسش‌نامه، پیشنهاد می‌شود از ابزار کارآمدتری چون مصاحبه بالینی در مطالعات آتی استفاده شود. با توجه به اینکه افسردگی پس از زایمان نوعی اختلال خلقی جدی و با شیوع نسبتاً زیادی در مطالعات مختلفی گزارش شده است، پیشنهاد می‌شود سلامت روان‌شناختی زنان باردار و همسرانشان نیز در طول فرایند بارداری از حیث این اختلال بررسی و مداخلات روان‌شناختی اثربخشی برای مدیریت هیجانی و خلقی افراد در معرض خطر افسردگی پس از زایمان اجرا شود.

قدردانی

پژوهش حاضر با کد اخلاق به شماره IR.PNU.۱۴۰۱/۲۳۰.REC از کمیته اخلاق دانشگاه پیام نور انجام شد که از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مستخرج شده است. پژوهشگران از زحمات افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین مسئولان مرکز آموزشی درمانی معتضدی شهر کرمانشاه که در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در این مطالعه وجود ندارد.

References

- Ishibashi I, Uegatani Y. Cultural relevance of validation during mathematical modeling and word problem-solving: reconceptualizing validation as an integration of possible fictional worlds. *J Math Behav* 2022; 66:100934.
- Güner P, Erbay HN. Prospective mathematics teachers' thinking styles and problem-solving skills. *Think Skills Creat* 2021; 40: 100827.
- Chan WW, Kwan JL. Pathways to word problem solving: The mediating roles of schema construction and mathematical vocabulary. *Contemp Educ Psychol* 2021; 65: 101963.
- Alshikh Ahmad H, Alkhatib A, Luo J. Prevalence and risk factors of postpartum depression in the middle east: A systematic review and metaanalysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021; 21: 542.
- Mahdavi M, Khairabadi G. The Prevalence of postpartum depression and its related factors among women in Natanz City in 2018(Iran). *Qom Univ Med Sci J* 2020; 14(2): 78-85 (Persian).
- Karami J, Bagiyan Koulemarz M, Momeni K, Elahi A. Measurement of mental pain: psychometric properties and confirmatory factor analysis of multidimensional mental pain questionnaire. *J Health Psychol* 2018; 7(1): 146-72 (Persian).
- Tajikzade F, Sadeghi R, Raeeskarimian F. The comparison of resilience, coping style and pain catastrophizing behavior between cancer patients and normal people. *JAP* 2016; 7(3): 38-48 (Persian).
- Vesal M, Mollazade J, Taghavi MR, Nazarinia MA. Prediction of depression based on perception of pain and quality of sleep due to pain catastrophizing in elderly patients with rheumatoid arthritis. *JAP* 2015; 5(4): 69-80 (Persian).
- Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011; 16(2): 169-73.
- Lubin A, Kana L, Ducloy N, Delteil F, Perdry H, Mikaeloff Y. Do children with mathematical learning disabilities use the inversion principle to solve three-term arithmetic problems? The impact of presentation mode. *J Exp Child Psychol* 2022; 216: 105343.
- Schukajlow S, Blomberg J, Rellensmann J, Leopold C. The role of strategy-based motivation in mathematical problem solving: The case of learner-generated drawings. *Learn Instr* 2022; 80: 1-9.
- Carter EA, Bond MJ, Wickham RE, Barrera AZ. Perinatal depression among a global sample of Spanish-speaking women: A sequential-process latent growth-curve analysis. *J Affect Disord* 2019; 243: 145-52.
- Hasanvand S, Meigouni AK, Rezaabakhsh H. Predicting Paranoid thoughts based on attachment styles mediated by experiential avoidance in women with postpartum depression. *JHPM* 2021; 10(4): 121-35 (Persian).
- Ahmadi kani Golzar A, GoliZadeh Z. Validation of Edinburgh postpartum depression scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. *IJPN* 2015; 3(3): 1-10 (Persian).
- Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life-Threat Behav* 2003; 33(3): 219-30.
- Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7(4): 524.
- Harman, P. Fear of childbirth and related incidence of complications in labor and delivery. In: *The 33rd Annual Meeting of the American College Nurse-Midwives*; 1988.]
- Khorsandi M, Vakilian K, Nasir Zadeh Masooleh M. Investigating different factors of fear in normal delivery among pregnant women, in Arak -a cross sectional study. *J Fasa Univ Med Sci* 2014; 4(2): 161-7 (Persian).
- Montazeri A. Health literacy level of primiparous women with postpartum depression attending to Kabul hospitals, Afghanistan. *Payesh* 2021; 20(5): 599-608 (Persian).
- Amiri B, Nasiri M, Mosazadeh F, Irani fard A. The effect of the type of delivery on the incidence of postpartum depression. 2nd National Conference on Interdisciplinary Research in Management & Medical Science; 2021.
- Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmaeili H. Relationship between Intensity of fear of Childbirth with choosing mode of delivery in Primiparous Women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(5): 68-75 (Persian).
- Swanson HL, Arizmendi GD, Li JT. Working memory growth predicts mathematical problem-

- solving growth among emergent bilingual children. *J Exp Child Psychol* 2021; 201: 104988.
23. Kirisci N, Sak U, Karabacak F. The effectiveness of the selective problem solving model on students 'mathematical creativity: A Solomon four-group research. *Think Ski Creat* 2020; 38: 100719.
24. Sim XL, Tan CW, Yeam CT, Tan HS, Sultana R, Sng BL. Association of pain catastrophizing and depressive states with multidimensional early labor pain assessment in Nulliparous women having epidural analgesia - A secondary analysis. *J Pain Res* 2021; 7(14): 3099-107.
25. Tan HS, Agarthesh T, Tan CW, Sultana R, Chen HY, Chua TE, et al. Perceived stress during labor and its association with depressive symptomatology, anxiety, and pain catastrophizing. *Sci Rep* 2021; 11(1): 1-7.
26. Bonilla-Jaime H, Sánchez-Salcedo JA, Estevez-Cabrera MM, Molina-Jiménez T, Cortes-Altamirano JL, Alfaro-Rodríguez A. Depression and pain: use of antidepressants. *Curr Neuropharmacol* 2022; 20(2): 384-402.
27. Ghasemi M, Behnaz F, Hassanzad N, Taheri F. Evaluating the relationship between depression and pain anxiety with pain catastrophizing in patients with COVID-19. *Anesth Pain Med* 2022; 12(1): 1-5