

# بررسی ارتباط انواع مزاج با افسردگی پس از زایمان در مراکز بهداشتی شهرستان سبزوار سال ۱۳۹۶ مرضیه ترکمن نژاد سبزواری<sup>۱</sup>، دکتر میترا افتخار یزدی<sup>۲</sup>، صدیقه رستاقی<sup>۳</sup>، دکتر مصطفی راد<sup>۴\*</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۳. مربی گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۴. استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۰۶

## خلاصه

**مقدمه:** افسردگی پس از زایمان از جمله اختلالات شایعی است که با عوامل گوناگونی مرتبط است. با توجه به این که سطح هورمون‌ها در مزاج‌های مختلف متفاوت می‌باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط مزاج سرد و گرم با افسردگی پس از زایمان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۶۹ زن نخست‌زا و چندزا در شهر سبزوار انجام گرفت. پرسشنامه مزاج قبل از زایمان تکمیل و پرسشنامه افسردگی ادینبورگ در هفته سوم یا چهارم بعد از زایمان با پیگیری زنان در نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی به ایشان تکمیل می‌گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون رگرسیون لجستیک انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** بر اساس نتایج آزمون کای دو، بین انواع مزاج با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری وجود داشت ( $p=۰/۰۰۱$ )؛ به طوری که از ۴۸ مشارکت‌کننده‌ای که مزاج سرد داشتند، ۴۶ نفر (۹۵/۸٪) مبتلا به افسردگی پس از زایمان شده بودند. حداقل مشکل افسردگی، در مزاج معتدل مشاهده شد (۱۷/۹٪). بر اساس نتایج آزمون رگرسیون لجستیک، ارتباط معنی‌داری بین افسردگی پس از زایمان با مزاج سرد و مزاج گرم نسبت به مزاج معتدل وجود داشت ( $p<۰/۰۵$ ).

**نتیجه‌گیری:** میزان افسردگی پس از زایمان در افراد سرد مزاج نسبت به افراد گرم مزاج دارند بیشتر است. پیشنهاد می‌شود متخصصین زنان و ماماها با توجه به نوع مزاج، مادران را از نظر افسردگی پس از زایمان پیگیری نمایند.

**کلمات کلیدی:** افسردگی پس از زایمان، مزاج سرد، مزاج گرم، مزاج معتدل

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مصطفی راد؛ مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.  
تلفن: ۰۵۱-۴۴۰۱۱۳۸۴، پست الکترونیک: mostafarad633@yahoo.com

## مقدمه

اختلال افسردگی، شایع‌ترین بیماری روانی است که هزینه اقتصادی، اجتماعی و هیجانی زیادی بر جامعه تحمیل می‌کند (۱). در مطالعه دیودسن و همکاران (۲۰۱۸) مبتنی بر بررسی پرونده‌های سلامت الکترونیکی آمریکا، شیوع افسردگی در جوامع شهری بین ۷۱-۷٪ گزارش شد که در این میان زنان حدوداً دو برابر مردان به اختلالات افسردگی مبتلا بودند (مردان ۹٪ در مقابل زنان ۱۶٪) (۲). مطالعاتی که بر روی زنان زایمان کرده انجام شده‌اند، شیوع افسردگی پس از زایمان را حدوداً ۲۰٪ گزارش کرده‌اند (۳). افسردگی پس از زایمان بیشتر طی ماه اول و دوم بعد از زایمان بروز می‌نماید و باید از غم بعد از زایمان افتراق داده شود. غم بعد از زایمان، اختلال شایعی است که تنها تا ۱۰ روز اول بعد از زایمان ادامه دارد (۴). عواملی مانند مهاجرت میزان افسردگی پس از زایمان را بیشتر می‌کند (۵). افسردگی پس از زایمان از جمله اختلالاتی است که مطالعات روان‌شناختی و بیولوژیکی بسیاری به توصیف و بررسی اتیولوژی این بیماری پرداخته‌اند. از علائم افسردگی پس از زایمان می‌توان به افسردگی، تحریک‌پذیری، خستگی و فقدان انرژی، بی‌خوابی، کاهش یا افزایش اشتها، عدم لذت از زندگی، از دست دادن علاقه به رابطه جنسی، افکار منفی و گناه، علائم اضطراب، اجتناب از افراد دیگر، ناامیدی، افکار خودکشی و علائم روان‌پریشی اشاره کرد (۶). عواملی مانند اختلالات اضطرابی، نوع تغذیه، ابتلاء به دیابت بارداری، افزایش سن مادر، اختلالات هورمونی، کیفیت زندگی، نوزاد ناهنجار یا مرده، سابقه افسردگی در فرد یا افراد خانواده، نوع زایمان، حمایت اجتماعی و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری در ابتلاء به افسردگی پس از زایمان مؤثر هستند (۸-۶). افسردگی پس از زایمان اختلالات و خشونت‌های خانوادگی را افزایش می‌دهد (۹، ۱۰). یکی از اثرات جانبی مضر افسردگی پس از زایمان، تأثیر آن بر روی نوزاد و شیرخوار می‌باشد؛ به‌طوری‌که با گرفتاری مادر به افسردگی پس از زایمان، تعامل بین شیرخوار و مادر مختل شده و رشد و تکامل کودک دچار نقص می‌شود؛ چراکه دلبستگی مادرانه برای رشد سالم شیرخوار از نظر مهارت‌های اجتماعی، شناختی،

و رفتاری لازم است (۱۱). در مطالعه ویلیامسون و همکاران (۲۰۱۵) از افسردگی بعد از زایمان به‌عنوان بیماری تمدن نام برده شده و مواردی که مادران را مستعد افسردگی بعد از زایمان می‌نماید شامل شیوه زندگی پراسترس، انزوا و جدا شدن از خانواده‌های گسترده، کمبود تحرک و کاهش شیردهی از پستان بیان شده است (۱۲). بروملت و همکار (۲۰۱۶) معتقدند تغییرات در هورمون‌های استروئیدی و پپتیدی مسیره‌های آدرنال، هیپوفیز و هیپوتالاموس و بالعکس را در زنان تغییر می‌دهد و تغییر در این محورها با اختلالات خلقی همراه می‌باشد و شادی و هیجان حاملگی در دوره بعد از زایمان را نمی‌تواند در زنان زایمان کرده ایجاد کند، لذا افسردگی پس از زایمان در تعدادی از زنان بروز می‌کند (۱۱). هر یک از مطالعات انجام شده، سهم متفاوتی از عوامل را در بروز این بیماری بیان نموده‌اند. با وجود اختلاف نظرهای گوناگون، تمام این مطالعات در دو نکته اتفاق نظر دارند؛ اینکه تمام مطالعات افسردگی پس از زایمان را حداقل به دو دلیل متمایز از سایر انواع افسردگی بر می‌شمرند؛ اول اینکه افسردگی مادر نه تنها باعث آسیب به خود فرد می‌شود، بلکه اساس خانواده را سست نموده و در تکامل شناختی، رفتاری و احساسی نوزاد اثرات منفی می‌گذارد و دوم اینکه افسردگی بعد از زایمان به‌طور ویژه‌ای در همراهی با بر هم خوردن تعادل هورمونی زنان می‌باشد (۶). چنانکه مطالعات، همواره افسردگی زنان را بیشتر از مردان گزارش کرده‌اند (۱۳). در مطالعه اسمیت و همکاران (۲۰۱۷) شیوع سندرم پیش از قاعدگی در عدم تعادل هورمونی بیشتر مشاهده شد (۱۴). از سوی دیگر لی و همکاران (۲۰۱۵) ارتباط مثبت و معنی‌داری را بین سندرم پیش از قاعدگی و افسردگی بعد از زایمان گزارش کردند (۱۵). بدین ترتیب نقش هورمون‌ها در بروز اختلالات افسردگی زنان بیش از پیش مطرح می‌باشد. بر اساس نظریات طب سنتی ایران برگرفته از تحقیقات میدانی ابن‌سینا، مزاج افراد می‌تواند تعیین‌کننده خلق‌وخو و رفتار عاطفی و هیجانی، میزان تحرک و شادمانی افراد باشد (۱۶). در جستجوی انجام شده توسط پژوهشگران، تنها یک مطالعه که در کشور هند انجام شده بود، ارتباط مزاج و افسردگی پس از زایمان را

مورد بررسی قرار داده بودند و نتایج، نشان دهنده کم بودن افسردگی پس از زایمان در زنان سرد مزاج نسبت به زنان دارای مزاج گرم بود (۱۷). از آنجایی که مطالعه مذکور با تعداد نمونه کم و در شرایط آب‌وهوایی و تغذیه‌ای متفاوت از کشور ایران انجام شده بود، تکرار این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. در طب سنتی عقیده بر این است که نگرش‌ها و حالات روانی افراد به نوع مزاج وابسته است. به طور کلی ۴ نوع مزاج صفاوی (گرم و خشک)، دمو (گرم و تر)، بلغمی (سرد و تر) و سوداوی (سرد و خشک) در نظر گرفته می‌شود (۱۸). از میان عوامل ذکر شده که در تعیین مزاج نقش دارند، طبیعت‌های اولیه که شامل صفات سردی و گرمی می‌شوند، بیش از طبیعت‌های ثانویه مورد توجه بوده و امروزه نیز بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند. عدم تعادل مزاج به‌عنوان یکی از دلایل مهم بروز بیماری‌های مختلف جسمانی در نظر گرفته شده است. بر اساس نظریات طب سنتی، توازن این چهار خلط، مزاج یک شخص را تعیین می‌کند و غلبه هر یک از آنها بر سایر اخلاط می‌تواند تعیین‌کننده خصوصیات جسمانی، روانی و عاطفی فرد باشد (۱۹). این مطالعه با تحت نظر گرفتن عواملی که به‌عنوان اتیولوژی افسردگی پس از زایمان بیان شده‌اند، به بررسی ارتباط نوع مزاج با افسردگی پس از زایمان پرداخته است.

## روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۶۹ زنان نخست‌زا و چندزا در ۴-۳ هفته پس از زایمان در شهر سبزواری انجام گرفت. حجم نمونه در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار G POWER محاسبه شد. تعداد نمونه مورد نیاز جهت انجام پژوهش، آزمون مدل همبستگی در نظر گرفته شد و میزان همبستگی مد نظر پژوهشگران معادل ۰/۲ با انتخاب خطای نوع اول معادل ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰٪ و محاسبه همبستگی فرضیه صفر معادل صفر، برابر با ۱۵۳ نفر بود که با احتمال ریزش نمونه، ۱۶۹ نفر تعیین گردید. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند.

بعد از دریافت مجوز از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سبزواری با کد اخلاق

1.1395.REC.MEDSAB.IR مطالعه آغاز شد. زنان مراجعه‌کننده به اورژانس زایشگاه بیمارستان تک تخصصی شهیدان مبینی جهت کنترل لیبر و انجام زایمان که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب و پس از توضیح و کسب رضایت آگاهانه، فرم مشخصات فردی و پرسشنامه استاندارد مزاج توسط آنان تکمیل می‌شد. آدرس و شماره تلفن مشارکت‌کنندگان و تاریخ تقریبی زایمان و سن بارداری جهت پیگیری در فرم مخصوص ثبت می‌شد. سپس پژوهشگر، مادران را پیگیری نموده و در صورتی که معیارهای خروج از مطالعه طی بارداری و زایمان برای ایشان اتفاق نیفتاده بود؛ در نزدیک‌ترین مراکز بهداشتی پیگیری می‌شدند و پرسشنامه افسردگی ادینبورگ در هفته ۴-۳ پس از زایمان کامل می‌شد. در مواردی که مادر دور از دسترس و در مناطق روستایی بود، پرسشنامه افسردگی ادینبورگ به‌صورت مصاحبه تلفنی با مادر، توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: حاملگی کم خطر، بارداری ترم و تمایل به شرکت در پژوهش و معیارهای خروج از مطالعه شامل به دنیا آوردن نوزاد ناهنجار، مرده‌زایی یا بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه، ابتلاء به عوارض شدید زایمانی (مانند خونریزی شدید بعد از زایمان، پارگی درجه چهار یا هیستریکتومی)، فوت یکی از بستگان یا طلاق طی سه ماه اخیر، بیماری‌های مزمن کبدی، کلیوی، دیابت بارداری و بستری شدن نوزاد بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود که شامل ۱۰ سؤال با مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای بود که در سؤالات ۱، ۲، ۴ گزینه‌ها از شدت کم به زیاد و در سؤالات ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ از شدت زیاد به کم مرتب شده بودند. به هر سؤال امتیاز ۳-۰ تعلق می‌گرفت که نمره نهایی از ۳۰-۰ متغیر بود. کسب نمره ۱۲ و بالاتر، افسردگی بعد از زایمان در نظر گرفته می‌شد. این پرسشنامه اولین بار توسط کوکس و همکاران (۱۹۷۸) نوشته شد (۲۰). در ایران نمازی (۲۰۰۰) پایایی این پرسشنامه را با فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹ محاسبه نمود (۲۱). ابزار دیگر مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه استاندارد شده مزاج مجاهدی و همکاران بود. این

نفر (۳۲/۵٪) از مشارکت‌کنندگان گراوید یک بودند. بیشتر افراد یعنی ۶۷ نفر (۴۰/۷٪) تحصیلات دبیرستان داشتند. تحصیلات همسر ۶۵ نفر (۳۸/۵٪) از مشارکت‌کنندگان دانشگاهی بود. ۱۲۳ نفر (۷۲/۸٪) از افراد خانه‌دار بودند. ۹۹ نفر (۵۸/۶٪) از افراد درآمد به اندازه کفایت و ۱۳۷ نفر (۸۱/۱٪) حاملگی خواسته داشتند. ۱۶۵ نفر (۹۷/۶٪) افراد تاریخچه‌ای از نازایی نداشتند. ۱۵۱ نفر (۸۹/۳٪) ساکن شهر بودند. سن قاعدگی اکثر افراد (۰/۲۳/۱٪) ۱۳ سالگی بود. ۱۲۳ نفر (۷۲/۸٪) افسردگی پس از زایمان در اعضای خانواده را گزارش نمی‌کردند. ۱۵۷ نفر (۹۲/۹٪) افراد از جنس فرزند خود رضایت داشتند و ۹۷ نفر (۵۷/۴٪) افراد از حمایت زیاد همسر خود برخوردار بودند.

در جمعیت مورد مطالعه، ۴۸ نفر (۲۸/۴٪) از مشارکت‌کنندگان دارای مزاج سرد، ۶۷ نفر (۳۹/۶٪) مزاج معتدل و ۵۴ نفر (۳۲٪) از مزاج گرم برخوردار بودند. از نظر وضعیت افسردگی ۹۱ نفر (۵۳/۸٪) به افسردگی پس از زایمان مبتلا نبودند و ۷۸ نفر (۴۶/۲٪) درجاتی از افسردگی زایمان را داشتند.

بر اساس نتایج آزمون کای دو، بین انواع مزاج (گرم، معتدل و سرد) با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری وجود داشت ( $p=0/001$ ) (جدول ۱). از ۴۸ مشارکت‌کننده‌ای که مزاج سرد داشتند، ۴۶ نفر (۹۵/۸٪) به افسردگی پس از زایمان مبتلا شده بودند. حداقل مشکل افسردگی، در مزاج معتدل مشاهده شد ۱۲ نفر (۱۷/۹٪). این درحالی است که ۲۰ نفر (۳۷٪) از افرادی که مزاج گرم داشتند نیز دچار افسردگی پس از زایمان بودند.

پرسش‌نامه شامل ۸ سؤال است که گرمی و سردی مزاج را ارزیابی می‌کند و برای افراد ۲۰-۴۰ ساله قابل استفاده است. هر سؤال توسط مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای (همیشه، گاهی اوقات، به ندرت، به هیچ وجه) نمره‌دهی می‌شد. نمره‌ای که به هر سؤال تعلق می‌گرفت، ۰-۳ بود که در مجموع نمرات پرسشنامه بین ۰-۲۴ بود. در صورتی که مشارکت‌کننده در پاسخ به هر سؤال گزینه "به هیچ وجه" را انتخاب می‌کرد، نمره صفر به آیتم تعلق می‌گرفت و به همین ترتیب "به ندرت" نمره ۱، "گاهی اوقات" نمره ۲ و "همیشه" نمره ۳ را اخذ می‌کرد. در این پرسشنامه نمرات پایین نشان‌دهنده مزاج سرد و نمرات بالا مشخص‌کننده مزاج گرم بود. جمع نمرات مربوط به گرمی و سردی: نمرات برابر یا بالای ۱۹ مزاج گرم محسوب می‌شد، نمرات برابر و کمتر از ۱۴ مزاج سرد، نمرات ۱۵-۱۸ مزاج معتدل محسوب می‌شد (۲۲). اطلاعات با تکمیل کردن فرم مشخصات فردی، پرسشنامه مزاج و افسردگی ادینبورگ توسط مادر در روزهای ۲۸-۲۱ بعد از زایمان انجام می‌شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. جهت تحلیل همبستگی بین متغیرها با توجه به نوع مقیاس‌ها، از ضریب همبستگی پیرسون یا ضریب همبستگی اسپیرمن و در صورت وجود همبستگی از تحلیل رگرسیون استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در این پژوهش ۱۶۹ نفر زن نخست‌زا و چندزا شرکت کردند که میانگین سنی آنان  $27/7 \pm 5/3$  سال بود. ۵۵

جدول ۱- ارتباط انواع مزاج‌های گرم، سرد، مرطوب با افسردگی پس از زایمان

آزمون کای دو	کل	مزاج			وضعیت افسردگی تعداد (درصد)
		سرد	معتدل	گرم	
Chi-Square= ۹۸/۷۰	۹۱ (۵۳/۸)	۲ (۴/۲)	۵۵ (۸۲/۱)	۳۴ (۶۳)	عدم افسردگی
Df=۲	۷۸ (۴۶/۲)	۴۶ (۹۵/۸)	۱۲ (۱۷/۹)	۲۰ (۳۷)	افسردگی پس از زایمان
$p=0/0001$	۱۶۹ (۱۰۰)	۴۸ (۱۰۰)	۶۷ (۱۰۰)	۵۴ (۱۰۰)	کل

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه، خطر ابتلاء به افسردگی پس از زایمان در افراد دارای مزاج سرد ۴/۶۵ برابر زنان دارای مزاج معتدل بود ( $CI=1/31-8/18$ ). همچنین بر اساس نتایج مدل رگرسیون لوجستیک، خطر ابتلاء به افسردگی پس از زایمان در افراد دارای مزاج گرم ۱/۹ برابر زنان دارای مزاج معتدل بود ( $CI=6/2-1/171$ ).

## بحث

مطالعه حاضر که با هدف بررسی ارتباط مزاج و افسردگی بعد از زایمان انجام شد، نشان داد درجاتی از افسردگی بعد از زایمان در زنان با مزاج‌های سرد و گرم ممکن است ارتباط داشته باشد؛ به طوری که میزان افسردگی بعد از زایمان در مزاج سرد بیش از مزاج گرم و معتدل می‌باشد. در طب سنتی ایران، عقیده بر این بود که مزاج فرد می‌تواند تعیین‌کننده سطح فعالیت و خلق‌وخو و نوع رفتار فرد باشد. در مطالعه شهبایی و همکاران (۲۰۰۷) که به تعیین ارتباط بین مزاج سرد و گرم با سطوح هورمونی پرداختند، ذکر شد که افراد با مزاج گرم، سطوح اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین بالاتری دارند و پراورژی و فعال هستند، در حالی که افراد دارای مزاج سرد فعالیت پاراسمپاتیک بیشتری دارند و سستی، کمبود انرژی و احساس ضعف دارند که می‌توان بیان کرد با توجه به تفاوت‌های هورمونی در مزاج گرم و سرد، میزان بروز افسردگی در مزاج سرد طبیعتاً افزایش می‌یابد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۶). مطالعات گوناگونی که در اتیولوژی افسردگی پس از زایمان نوشته شده است، بیان کرده‌اند که هورمون‌های زنان نقش مؤثری در بروز افسردگی پس از زایمان دارند؛ در این راستا مطالعه باقرزاده و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که ابتلاء به سندرم پیش از قاعدگی عامل پیش‌گویی‌کننده افسردگی پس از زایمان می‌باشد (۲۳). همچنین محبی و همکاران (۲۰۱۷) طی مطالعه‌ای گزارش کردند که ابتلاء به سندرم پیش از قاعدگی با نوع مزاج فرد مرتبط است؛ به طوری که در افراد دارای مزاج سرد ابتلاء به سندرم پیش از قاعدگی بیشتر با علائمی مانند فراموشی، تحریک‌پذیری و تمایل به تنهایی می‌باشد (۱۸). با توجه

به مطالعات باقرزاده و محبی، می‌توان گفت مزاج سرد با رفتارهای انزواطلبانه و خلق پایین مرتبط است و با توجه به ایمبالانس هورمونی بعد از زایمان، افرادی که مزاج سرد دارند، نسبتاً برای ابتلاء به افسردگی مستعدتر هستند. مطالعات مروری بیان می‌کنند که افسردگی بعد از زایمان می‌تواند همزمان با سایر اختلالات روانی خصوصاً اختلالات اضطرابی اتفاق بیافتد (۶). مطالعه حاضر نشان داد که میزان افسردگی پس از زایمان در مزاج سرد نسبت به مزاج گرم بیشتر می‌باشد و میزان افسردگی پس از زایمان در مزاج معتدل در حداقل می‌باشد. ولی یافته‌های مطالعه اخیر با نتایج مطالعه زیدی و همکار (۲۰۱۶) که ارتباط افسردگی پس از زایمان با مزاج را سنجیده بودند، مغایر بود؛ به طوری که در مطالعه زیدی که در دو گروه زنان افسرده و غیر افسرده انجام شد، ارتباطی بین مزاج و افسردگی مشاهده نشد. مطالعه زیدی از نظر بروز نشان داد افسردگی پس از زایمان در زنان سودایی (مزاج سرد) نسبت به زنان صفرائی مزاج (مزاج گرم) و بلغمی مزاج کمتر می‌باشد و میزان افسردگی در زنان سودایی مزاج نسبت به زنان دموی مزاج بیشتر می‌باشد (۱۷). علت تفاوت این یافته‌ها با مطالعه حاضر شاید به این دلیل باشد که محیط‌های دو مطالعه با همدیگر متفاوت بوده است. مطالعه حاضر در کشور ایران و مطالعه زیدی در کشور هند انجام شده بود که نوع تغذیه افراد به شدت می‌تواند مزاج‌های مختلف را متأثر کند. علت دیگر تفاوت در نتایج این دو مطالعه می‌تواند به روش کار و نمونه‌گیری ارتباط داشته باشد؛ به طوری که زیدی و همکاران نقطه برش افسردگی پس از زایمان را برای پرسشنامه ادینبورگ ۱۰ تعیین کردند و در مطالعه حاضر مطابق با منابع استاندارد ۱۲ تعیین شد. در مطالعه زیدی برای سنجش مزاج از پرسشنامه خود ساخته ۱۰ آیتمی تحت عنوان اجناس عشره استفاده شده بود که پارامترهایی مانند ساختار بدن، لمس، مو، میزان تحرک، رژیم غذایی، هوا، خواب، نبض و احساسات را می‌سنجید و با پرسشنامه مطالعه حاضر تفاوت‌هایی داشت.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم بررسی افسردگی قبلی مشارکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه

افراد دارای مزاج گرم در رتبه دوم درگیری به افسردگی پس از زایمان قرار دارند و زنان با مزاج معتدل، کمترین شانس ابتلاء را دارند. پیشنهاد می‌شود متخصصین زنان و ماماها شاعل در مطب‌ها و مراکز بهداشتی با توجه به نوع مزاج فرد در طی مراجعات فرد در بارداری، مادران را از نظر افسردگی پس از زایمان پیگیری نمایند. انجام مطالعات بیشتر برای تأیید ارتباط بین افسردگی پس از زایمان با مزاج‌های مختلف پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به شماره 1.1395.REC.MEDSAB.IR می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و همچنین از تمام مشارکت‌کنندگان گرامی در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

افسردگی بک بود که شاید به همین دلیل میزان افسردگی پس از زایمان در این مطالعه بیش از گزارش‌های سایرین بود. همچنین به دلیل عدم دسترسی به برخی مادران، تعدادی از پرسشنامه‌ها به‌صورت مصاحبه تلفنی تکمیل شدند. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، عدم بررسی سابقه افسردگی پس از زایمان در مادران مولتی‌پار و عدم بررسی اختلالاتی نظیر خشونت خانگی، اعتیاد یا سوء مصرف دارو بود. نقطه قوت مطالعه حاضر، استفاده از پرسشنامه ادینبورگ بود که پرسشنامه تخصصی سنجش افسردگی پس از زایمان می‌باشد. محدودیت دیگر مطالعه حاضر، عدم ارزیابی مزاج‌های تر و خشک و ارتباط آن با افسردگی پس از زایمان بود. دلیل این عدم بررسی، فقدان کفایت سؤالات پرسشنامه مورد استفاده در این مورد بود.

### نتیجه‌گیری

زنان با مزاج سرد، شانس بیشتری جهت ابتلاء به افسردگی پس از زایمان دارند. بعد از زنان سرد مزاج،

### منابع

- Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 2015; 175:34-52.
- Davidson AJ, Xu S, Oronce CIA, Durfee MJ, McCormick EV, Steiner JF, et al. Monitoring depression rates in an urban community: use of electronic health records. *J Public Health Manag Pract* 2018; 12:1097.
- Najafi K, Avakh F, Nazifi F, Sabrkonandeh S. Prevalence of postpartum depression in Alzahra Hospital in Rasht in 2004. *J Guilan Univ Med Sci* 2006; 15(59):97-105. (Persian).
- van Straten A, Hill J, Richards DA, Cuijpers P. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2015; 45(2):231-46.
- Falah-Hassani K, Shiri R, Vigod S, Dennis CL. Prevalence of postpartum depression among immigrant women: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2015; 70:67-82.
- Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Schetter CD. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Ann Rev Clin Psychol* 2015; 11:99-137.
- Edalati Fard F, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Farshbaf-Khalili A, Asghari Jafaraabadi M. The relationship between diet and postpartum depression in postpartum women in Tabriz. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 18(182):1-10. (Persian).
- Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The risk factors for postpartum depression: a population-based study. *Depress Anxiety* 2017; 34(2):178-87.
- Rad M, Torkmannejad Sabzevari M. Association between domestic violence against women with pre-invasive and invasive cervical lesions: a review study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(176):1-10. (Persian).
- Gibbs A, Carpenter B, Crankshaw T, Hannass-Hancock J, Smit J, Tomlinson M, et al. Prevalence and factors associated with recent intimate partner violence and relationships between disability and depression in postpartum women in one clinic in eThekwin Municipality, South Africa. *PLoS One* 2017; 12(7):e0181236.
- Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav* 2016; 77:153-66.
- Williamson JA, O'Hara MW, Stuart S, Hart KJ, Watson D. Assessment of postpartum depressive symptoms: the importance of somatic symptoms and irritability. *Assessment* 2015; 22(3):309-18.
- Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci* 2015; 40(4):219-21.

14. Schmidt PJ, Martinez PE, Nieman LK, Koziol DE, Thompson KD, Schenkel L, et al. Premenstrual dysphoric disorder symptoms following ovarian suppression: triggered by change in ovarian steroid levels but not continuous stable levels. *Am J Psychiatry* 2017; 174(10):980-9.
  15. Lee YJ, Yi SW, Ju DH, Lee SS, Sohn WS, Kim IJ. Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: Single center study. *Obstet Gynecol Sci* 2015; 58(5):353-8.
  16. Shahabi S, Zuhair MH, Mahdavi M, Dezfouli M, Torabi Rahvar M, Naseri M, et al. Evaluation of the neuroendocrine system and the cytokine pattern in warm and cold nature persons. *Physiol Pharmacol* 2007; 11(1):51-9.
  17. Zaidi F, Anjum R. an estimation of the association of postpartum depression with mizaj (temperament) in postnatal women: a cross-sectional study. *Med J Islamic World Acad Sci* 2016; 24(1):10-3.
  18. Mohebbi Dehnavi Z, Torkmannejad Sabzevari M, Rastaghi S, Rad M. The relationship between premenstrual syndrome and type of temperament in high school students. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(5):15-23. (Persian).
  19. Mohebi Dehnavi Z, Jafarnejad F, Mojahedi M, Shakeri MT, Sardar MA. The relationship between warm and cold temperament with symptoms of premenstrual syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 18(179):17-24. (Persian).
  20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150(6):782-6.
  21. Namazi S. Risk factors of postpartum depression. *J Hormozgan Med* 2000; 3:17-24.
  22. Mojahedi M, Naseri M, Majdzadeh R, Keshavarz M, Ebadini M, Nazem E, et al. Reliability and validity assessment of Mizaj questionnaire: a novel self-report scale in Iranian traditional medicine. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(3):e15924.
  23. Bagherzadeh R, Zahmatkeshan N, Moatamed N, Khorramroudi R, Ganjoo M. Prevalence of maternal blues, postpartum depression and their correlation with premenstrual syndrome in women referred to health centers affiliated to Bushehr University of Medical Sciences. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2009; 12(3):9-15. (Persian).
- 1.

