

ارتباط بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان با افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر سقز در سال ۱۴۰۲

پریسا ابراهیمی^۱، سیده سوما ذکریایی^۲، دکتر روناک شاهوی^۳، لیلا هاشمی‌نسب^{۴*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. استاد گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۰۶

خلاصه

مقدمه: شناسایی عوامل خطر بروز اختلالات روانی بعد از زایمان نظیر افسردگی، با توجه به اهمیت و عوارض آن، گامی در جهت ارتقای سطح سلامت مادران است، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان با افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۲ بر روی ۳۴۸ نفر از مادران واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر سقز که به‌صورت خوشه‌ای انتخاب شده بودند، انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل: فرم ثبت مشخصات دموگرافیک و بالینی، چک‌لیست بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود که به‌وسیله مصاحبه با شرکت‌کنندگان تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار STATA (نسخه ۱۴) و آزمون‌های رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و چندگانه انجام گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، ۲۳۵ نفر (۶۸/۲٪) از شرکت‌کنندگان در مطالعه حداقل یک مورد بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان را تجربه کرده بودند و میانگین نمره کلی آن $1/3 \pm 1/47$ (دامنه ۰-۶) بود. شایع‌ترین فرم بی‌احترامی و بدرفتاری تجربه شده توسط زنان، مراقبت بدون رضایت (۵۹/۳٪) و ترک مراقبت (۳۰/۹٪) و کمترین آن در بُعد تبعیض (۲/۳٪) بود. میزان افسردگی پس از زایمان ۳۲/۱٪ بود. بر اساس نتایج آنالیز رگرسیون چندگانه، داشتن تحصیلات دبیرستان ($p=0/02$) و دانشگاهی ($p=0/04$) و حمایت بالای همسر ($p=0/05$) در بروز افسردگی پس از زایمان، نقش پیشگیرانه و داشتن همراه زایمانی آموزش ندیده ($p=0/042$)، نداشتن همراه زایمانی ($p=0/048$) و تجربه بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان ($p=0/01$)، نقش مؤثری در بروز افسردگی پس از زایمان داشت.

نتیجه‌گیری: ارتقاء سطح مراقبت‌های ارائه شده حین زایمان با استفاده از آموزش پرسنل مامایی در خصوص اهمیت تکريم مادران و پایش مرتب عملکرد آن‌ها، نقش مهمی در پیشگیری از اختلالات روانی بعد از زایمان دارد.

کلمات کلیدی: افسردگی پس از زایمان، بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان، خشونت مامایی

* نویسنده مسئول مکاتبات: لیلا هاشمی‌نسب؛ مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
تلفن: ۰۸۷-۳۳۱۶۱۶۱۶؛ پست الکترونیک: hasheminasab.l.2014@gmail.com

مقدمه

دوره بارداری، زایمان و یک سال اول پس از زایمان، عامل ایجاد تغییرات قابل توجهی در شرایط فیزیولوژیک و سبک زندگی زنان است که سلامت روان آنها را در معرض خطر قرار می‌دهد (۱). حوادث و استرس‌های مرتبط با این دوران به گونه‌ای است که می‌تواند شروع کننده اختلالات روان‌شناختی و مشکلات خلقی باشد. اختلالات روانی پس از زایمان با درجات مختلفی از شدت طبقه‌بندی می‌شوند که شامل: اندوه پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان (PPD)^۱ و روان‌پریشی وابسته به زایمان است (۲). پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۲، افسردگی پس از زایمان را به‌عنوان شروع علائم افسردگی شامل: از دست دادن اشتها، تغییر وزن، اختلال خواب، بی‌قراری، کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تمرکز و تفکر، افکار مرگ و خودکشی و اقدام به خودکشی، از ۴ هفته تا ۶ ماه پس از زایمان تعریف می‌کند (۳).

شیوع افسردگی پس از زایمان می‌تواند تحت تأثیر تفاوت‌های نژادی، قومیتی و جغرافیایی قرار گیرد (۴)؛ به‌طوری‌که شیوع آن در آفریقا ۸/۸٪ (۵) و در برزیل ۳۶/۷٪ است (۶). مطالعات انجام شده در ایران نیز شیوع‌های متفاوتی را گزارش کرده‌اند و این میزان در سقز ۴۹/۳٪ گزارش شده است (۷). این اختلال بر کیفیت روابط با همسر و کودک اثر سوء می‌گذارد. از سویی دیگر ممکن است باعث افزایش خطر حملات افسردگی شدید در آینده و بازگشت اختلالات خلقی پس از زایمان‌های دیگر شود (۸). همچنین باعث کاهش توانایی مادر در خودمراقبتی شده و منجر به بروز مشکلاتی از قبیل تغذیه ناکافی مادر، سوء مصرف دارو و نیز مراجعه نامنظم مادر به مراکز بهداشتی درمانی جهت دریافت مراقبت‌های پس از زایمان می‌گردد (۷).

سابقه آسیب روانی قبل و در طول بارداری، روان رنجوری مادر، خلق‌وخوی دشوار کودک، عدم حمایت

اجتماعی و دیگر مشکلات مامایی می‌تواند در افزایش خطر افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد (۹). یک لیبر و زایمان پیچیده که با مدت زایمان طولانی، درد بیشتر و یا مداخلات پزشکی حین زایمان مشخص می‌شود، نیز می‌تواند منجر به پیامدهای منفی از ناراحتی مادر تا افسردگی پس از زایمان شود. تجربیات منفی تولد مانند احساس رها شدن در حین زایمان با بروز اختلالات روان‌پزشکی از جمله اختلال استرس پس از سانحه مرتبط است (۱۰).

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸ توصیه‌هایی جهت مراقبت‌های محترمانه (RMC)^۳ کافی و مناسب در حین زایمان به منظور تجربه مثبت زایمان برای مادران مطرح کرد و اعلام کرد که تمامی زنان در هنگام زایمان حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی محترمانه و عاری از خشونت و تبعیض را دارند (۱۱). متأسفانه بیشتر زنان به‌جای مراقبت محترمانه و همدلی از سوی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، مورد بی‌احترامی، توهین و بدرفتاری قرار می‌گیرند (۱۲). بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان به‌عنوان تعاملات یا شرایطی در هنگام ارائه خدمات مراقبت زایمانی که آن را تحقیرآمیز یا غیرقابل احترام دانسته، تعریف می‌شود (۱۳). باورز و همکار (۲۰۱۰)، ۷ دسته بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان را شناسایی کرده‌اند که شامل: آزار فیزیکی، مراقبت بالینی بدون رضایت، مراقبت غیرمحترمانه، آزار و توهین کلامی، تبعیض، ترک مراقبت و بازداشت در مراکز درمانی است (۱۴). شیوع بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان در اتیوپی ۹۱/۷٪ (۱۵)، در جنوب آفریقا ۴۴/۰۹٪ (۱۶) و در برزیل بین ۱۸/۳-۱۱/۳٪ متغیر است (۱۷). در مطالعه حسینی‌تبار و همکاران (۲۰۲۳)، شیوع بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان ۱۰٪ بود که شایع‌ترین شکل آن مراقبت بدون رضایت (۱۰۰٪) و ترک مراقبت (۹۲/۴٪) گزارش شد (۱۸).

عوامل خطر بروز بی‌احترامی و بدرفتاری مراقبین در حین زایمان شامل: ویژگی‌های فردی و عدم استقلال و توانمندی زنان، فقدان خط‌مشی و قوانین اخلاقی، فقدان حاکمیت و رهبری، فقدان مکانیسم پاسخ‌دهی

¹ Post-Partum Depression

² The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

³ Respectful Maternity Care

در محل مراقبت، کارکنان ضعیف و زیرساخت‌های فیزیکی ناکافی است (۱۴). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مواجهه مادران با بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان باعث تضعیف اعتماد به نفس (۱۹)، اختلالات خواب، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۱، ترس از زایمان واژینال در آینده (۲۰)، کاهش تمایل به زایمان واژینال، کاهش تولید شیر و تمایل به شیردهی می‌شود (۲۱).

بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان می‌تواند آسیب‌های طولانی‌مدت عاطفی و روانی به‌همراه داشته باشد (۲۲). مطالعه سیویرا و همکاران (۲۰۱۹) در برزیل نشان داد که بروز افسردگی ۳ ماه پس از زایمان با تجربه زنان از خشونت فیزیکی و کلامی ارتباط معنی‌داری دارد (۲۳). هم‌چنین مطالعه سوزا و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که خشونت فیزیکی و کلامی، سهل‌انگاری و انجام مراقبت بدون رضایت، از عوامل خطر مهم برای بروز افسردگی پس از زایمان هستند (۲۴). از آنجایی که زایمان، یک مرحله حساس برای زن باردار است و اضطراب و نگرانی وی به اوج خود می‌رسد، ماما نقش مهمی در کاهش این اضطراب دارد که با برقراری یک ارتباط مناسب با زن باردار در موقع بستری و معرفی خود به فرد باردار، باعث جلب اعتماد و آرامش او شده و با کمی محبت کردن و آگاهی دادن از شرایط موقع زایمان برای فرد اطمینان خاطر ایجاد می‌نماید (۲۵).

مشکلات سلامت روان و بالاخص افسردگی در دوره بعد از زایمان می‌تواند پیامدهای نامطلوب فردی و اجتماعی به‌دنبال داشته باشد. شناسایی عوامل خطر و تلاش در جهت برطرف نمودن آنها، می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سطح سلامت نوزاد، خانواده و اجتماع ایفا نماید. یکی از عواملی که در پاره‌ای از مطالعات به‌عنوان عامل خطر افسردگی پس از زایمان مطرح شده است، تجربه سوء رفتار حین زایمان است. با توجه به این‌که مطالعات انجام شده در این زمینه دارای نتایج متناقض هستند، و از طرفی مطالعات انجام شده در زمینه بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان در ایران بسیار محدود هستند و رابطه این دو متغیر نیز بر اساس بررسی‌های به‌عمل

آمده توسط پژوهشگر، تاکنون در ایران مورد سنجش قرار نگرفته است، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بی‌احترامی و بدرفتاری مراقبین حین زایمان با افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر سقز در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۲ بر روی ۳۸۴ نفر از مادران واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر سقز انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن نوزاد زنده و سالم، سن حاملگی ۳۷-۴۲ هفته، حاملگی تک‌قلویی، انجام زایمان به روش طبیعی یا سزارین اورژانس، گذشتن ۴ هفته تا ۶ ماه از زایمان، کسب امتیاز کمتر از ۱۰ در غربالگری سلامت روان دوران بارداری، عدم بستری مادر و نوزاد در دوره بعد از زایمان، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، الکل، مواد مخدر و روان‌گردان به گفته فرد، نداشتن سابقه PPD، عدم رخداد رویداد استرس‌زا طی ۶ ماه قبل اعم از سانحه، فوت عزیزان و اختلافات و تعارضات زناشویی، نداشتن بیماری مزمن یا ناتوان‌کننده به گفته فرد و معیار خروج از مطالعه، ناقص بودن پرسشنامه‌ها بود.

حجم نمونه در این مطالعه بر اساس فرمول کوکران، معادل ۳۸۴ نفر بود که به‌صورت خوشه‌ای انتخاب شدند؛ به‌این صورت که ابتدا شهر سقز به چهار ناحیه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد و در هر ناحیه، دو مرکز به‌صورت تصادفی ساده با استفاده از قرعه‌کشی انتخاب گردید؛ سپس در هر کدام از مراکز منتخب، اسامی مادران واجد شرایط از سامانه سیب استخراج گردید و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، ۴۸ نفر از مادران واجد شرایط مراجعه‌کننده به این مراکز، به‌عنوان نمونه مطالعه انتخاب شدند و طی تماس تلفنی با آنها، ضمن توضیح اهداف مطالعه و جلب رضایت آنها برای شرکت در مطالعه، در خصوص زمان مراجعه به مرکز جامع سلامت هماهنگی به‌عمل آمد. نمونه‌گیری این مطالعه از تاریخ ۱۴۰۲/۳/۱ لغایت ۱۴۰۲/۱۲/۲۵ به‌طول انجامید.

¹ Post-Traumatic Stress Disorder

ابزار گردآوری داده‌ها شامل: فرم ثبت مشخصات دموگرافیک و بالینی، چک‌لیست بی‌احترامی و بد رفتاری حین زایمان و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود. فرم مشخصات دموگرافیک شامل سؤالات مربوط به سن مادر، سطح تحصیلات، شغل، سن همسر، شغل همسر، تحصیلات همسر، سطح درآمد ماهیانه خانوار، محل سکونت، نوع سکونت، پوشش بیمه، مصرف مکمل در بارداری، شرکت در کلاس زایمان فیزیولوژیک، حضور همراه زایمانی، تعداد فرزندان، نوع زایمان، شیفت زایمان، بیمارستان محل زایمان، نوع حاملگی از دیدگاه مادر، نوع حاملگی از دیدگاه همسر، سابقه بستری در بارداری اخیر، سابقه خانوادگی افسردگی، رضایت مادر از جنس نوزاد، رضایت همسر از جنس نوزاد، مشکلات شیردهی، حمایت خانواده، میزان حمایت همسر (نمره ۰-۱۰)، میزان رضایت از زندگی زناشویی (نمره ۰-۱۰) و شاخص توده بدنی بود که جهت تعیین روابی محتوای کیفی در اختیار ۱۰ تن از اساتید صاحب‌نظر قرار داده شد و نظرات اصلاحی آنها اعمال گردید. پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ که توسط کاکس و همکاران (۱۹۹۶) برای سنجش افسردگی پس از زایمان تهیه شد، شامل ۱۰ پرسش است که پاسخ‌های آن در طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای رتبه‌بندی شده است؛ هر سؤال بین صفر تا ۳ امتیاز به خود اختصاص می‌دهد. دامنه نمرات بین ۰-۳۰ می‌باشد. کسب نمره ۱۲ و بالاتر، نشان‌دهنده افسردگی پس از زایمان است (۲۶). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه احمدی کانی گلزار و همکار (۲۰۱۵) برابر ۰/۷ بود (۲۷).

چک‌لیست بی‌احترامی و بد رفتاری حین زایمان که دارای ۲۳ آیت با ۷ خرده‌مقیاس شامل: حیطه‌های خشونت فیزیکی (سؤال ۱ و ۲)، مراقبت بدون رضایت (سؤال ۱۴-۳)، مراقبت غیرمحترمانه (سؤال ۲۲)، مراقبت غیرمحترمانه (سؤال ۱۷-۱۵)، ترک مراقبت (سؤال ۲۱-۱۹)، تبعیض (سؤال ۱۸) و نگه داشتن به اجبار در مرکز درمانی (سؤال ۲۳) می‌باشد، برگرفته از مطالعه سیراج و همکاران (۲۰۱۹) است (۱۵). پاسخ به این سؤالات بر مبنای تجربه رفتار موردنظر حین زایمان بر مبنای "بله" یا "خیر" است. اگر پاسخ

شرکت‌کنندگان به حداقل یک گزینه در هر حیطه مثبت باشد، نمره کسب شده از آن حیطه "یک" و در صورتی که پاسخ آن‌ها به تمام گزینه‌ها منفی باشد، نمره کسب شده "صفر" در نظر گرفته خواهد شد. با توجه به این‌که هزینه زایمان در ایران رایگان است، آیت شماره ۲۳ که مربوط به نگه داشتن باجبار در مراکز درمانی به دلیل پرداخت نکردن هزینه‌ها بود، از گزینه‌ها حذف شد. در نهایت با توجه به این‌که چک‌لیست ۶ حیطه را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، نمرات کسب شده از آن بین "صفر" تا "۶" متغیر بود. نمره صفر به معنای عدم تجربه بی‌احترامی و بد رفتاری حین زایمان و نمره یک و بالاتر به معنای تجربه بی‌احترامی و بد رفتاری حین زایمان بود. پایایی این چک‌لیست در مطالعه تبار و همکاران (۲۰۲۳) با استفاده از روش کوردر ریچاردسون ۰/۸۶ بود (۱۸). در یافته‌های مطالعه حاضر، فراوانی کل و ابعاد بی‌احترامی و بد رفتاری حین زایمان، به صورت تعداد افرادی که به حداقل یک گزینه جواب مثبت داده‌اند، نیز گزارش گردید.

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق و معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و ارائه آن به ریاست شبکه بهداشت و درمان شهر سقز، گردآوری اطلاعات آغاز گردید. پژوهشگر در ساعات اداری به مراکز منتخب مراجعه نموده و به صورت تصادفی ساده، مادران مراجعه‌کننده جهت انجام مراقبت سوم پس از زایمان را که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انتخاب نمود. به منظور رعایت مسائل اخلاقی، ابتدا در مورد اهداف مطالعه توضیحات لازم به مادران داده شد. به مادران اطمینان داده شد که اطلاعات ایشان محرمانه باقی مانده و از آن‌ها فقط جهت اهداف مطالعه استفاده می‌شود؛ سپس رضایت‌نامه کتبی از مادران اخذ شد و با توجه به این‌که کلیه مادران جهت انجام واکسیناسیون فرزند خود مراجعه نموده بودند، به منظور جلب مشارکت آنها جهت همکاری و دقت در تکمیل پرسشنامه‌ها، قبل از تزریق واکسن به کودک، فرم ثبت مشخصات دموگرافیک و بالینی، پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ و چک‌لیست بی‌احترامی و بد رفتاری حین زایمان جهت تکمیل در اختیار ایشان قرار داده شد. در

مادرانی که به دلیل عدم توانایی خواندن و نوشتن قادر به پاسخ‌گویی به سؤالات نبودند، پژوهشگر با مصاحبه با این مادران و پرسیدن سؤالات، پرسشنامه را تکمیل نمود. داده‌های مربوطه پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار STATA (نسخه ۱۴) وارد و در ابتدا به گزارش آمار توصیفی داده‌های کمی (میانگین و انحراف معیار) و کیفی (فراوانی و فراوانی نسبی) جمع‌آوری شده، پرداخته شد. سپس در آنالیزهای تحلیلی به منظور تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و بالینی و بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان با افسردگی پس از زایمان، ابتدا آنالیز رگرسیون لجستیک تک‌متغیره شد و متغیرهایی که دارای مقادیر $p < 0.05$ بودند، شناسایی شدند و به منظور حذف متغیرهای احتمالی مخدوش کننده، به‌طور همزمان در یک مدل چندگانه رگرسیون لجستیک وارد شده و به حذف مخدوش کننده‌ها و تعدیل یافته‌های معنی‌دار قبلی مبادرت شد و در نهایت ضریب بتا با فاصله اطمینان ۹۵٪ به صورت خام و تعدیل شده محاسبه شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۹/۹±۶/۱ سال، میانگین سن همسر ۳۳±۶/۱۸ سال و میانگین تعداد فرزندان ۱/۹۸±۰/۹۸ بودند. اغلب شرکت‌کنندگان در مطالعه یعنی ۱۲۹ نفر (۳۷٪) دارای

تحصیلات دبیرستان، ۱۳۴ نفر (۳۸/۴٪) همسران دارای تحصیلات متوسطه، ۳۱۸ نفر (۹۱/۱٪) خانه‌دار، ۲۲۴ نفر (۶۴/۲٪) همسران دارای شغل آزاد، ۲۲۲ نفر (۶۳/۶٪) درآمد ماهیانه خانوار متناسب با مخارج، ۲۹۳ نفر (۸۴٪) ساکن شهر، ۱۶۶ نفر (۴۷/۶٪) دارای منزل شخصی و ۳۱۹ نفر (۹۱/۴٪) تحت پوشش بیمه بودند. اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه یعنی ۱۷۲ نفر (۴۹/۳٪) دارای BMI طبیعی، حاملگی خواسته (از دیدگاه مادر) (۸۶/۲٪) و همسر (۸۹/۴٪)، دارای رضایت از جنس نوزاد (مادر) (۹۴/۸٪) و همسر (۹۶/۳٪) و دارای سابقه مصرف مکمل‌های بارداری (۹۷/۷٪) بودند. اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه یعنی ۲۶۵ نفر (۷۵/۹٪) فاقد سابقه بستری در بارداری، ۳۲۷ نفر (۹۳/۷٪) فاقد سابقه افسردگی در خانواده و ۲۸۶ نفر (۸۱/۹٪) فاقد سابقه شرکت کلاس-های زایمان فیزیولوژیک بودند. نوع زایمان در ۲۸۱ نفر (۸۰/۵٪) طبیعی، ۱۱۱ نفر (۳۱/۸٪) شیفت زایمانی شب، ۲۷۷ نفر (۷۹/۴٪) فاقد همراه زایمانی و محل زایمان ۲۸۰ نفر (۸۰/۲٪) بیمارستان دولتی بود. میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در مطالعه به میزان حمایت همسر (دامنه ۰-۱۰) (8.67 ± 1.9) ، میزان حمایت خانواده (دامنه ۰-۱۰) (8.64 ± 2.32) و میزان رضایت از زندگی زن‌شویی (دامنه ۰-۱۰) (9.02 ± 1.54) بود (جدول ۱ و ۲).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
سطح تحصیلات	بی‌سواد ۱۴ (۴)
	ابتدایی ۷۵ (۲۱/۵)
	راهنمایی ۷۲ (۲۰/۶)
	دبیرستان ۱۲۹ (۳۷)
	دانشگاهی ۵۹ (۱۶/۹)
وضعیت شغلی همسر	کارمند ۵۹ (۱۶/۹)
	آزاد ۲۲۴ (۶۴/۲)
	کارگر ۳۷ (۱۰/۶)
	کشاورز ۱۷ (۴/۹)
	بیکار ۴ (۱/۱)
	سایر ۸ (۲/۳)

بی‌سواد	۵ (۱/۴)
ابتدایی	۳۷ (۱۰/۶)
راهنمایی	۸۳ (۲۳/۸)
دبیرستان	۱۳۴ (۳۸/۴)
دانشگاهی	۹۰ (۲۵/۸)
کمتر از مخارج	۱۲۰ (۳۴/۴)
متناسب با مخارج	۲۲۲ (۶۳/۶)
بیشتر از مخارج	۷ (۲)
محل سکونت	شهر ۲۹۳ (۸۴)
	روستا ۵۶ (۱۶)
نوع سکونت	شخصی ۱۶۶ (۴۷/۶)
	استیجاری ۱۴۸ (۴۲/۴)
	منزل پدری ۳۱ (۸/۹)
	سایر ۴ (۱/۱)
حضور همراه	بله، آموزش دیده ۳۱ (۸/۹)
	بله، آموزش ندیده ۴۱ (۱۱/۷)
	خیر ۲۷۷ (۷۹/۴)
شیفت زایمان	صبح ۹۵ (۲۷/۲)
	عصر ۱۴۳ (۴۱)
	شب ۱۱۱ (۳۱/۸)
بیمارستان محل زایمان	دولتی ۲۸۰ (۸۰/۲)
	تأمین اجتماعی ۶۶ (۱۸/۹)
	خصوصی ۳ (۰/۹)

جدول ۲- مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن (سال)	۲۹/۹	۶/۱	۱۷	۴۶
سن همسر (سال)	۳۳	۶/۱۸	۱۹	۵۸
حمایت همسر	۸/۶۷	۱/۹	۰	۱۰
رضایت از زندگی زناشویی	۹/۰۲	۱/۵۴	۰	۱۰
شاخص توده بدنی	۲۶/۱۲	۴/۳	۱۶/۷۵	۴۰/۷۴

پس از زایمان ادینبورگ کسب کرده بودند و دارای افسردگی پس از زایمان بودند. بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، میانگین ابعاد خشونت فیزیکی، مراقبت بدون رضایت، مراقبت غیرمحرمانه، مراقبت غیرمحرمانه و ترک مراقبت در مشارکت کنندگانی که افسردگی پس از زایمان داشتند، به‌طور معنی‌داری بیشتر از کسانی بود که افسردگی پس از زایمان نداشتند ($p < ۰/۰۵$)، اما تجربه تبعیض، ارتباطی با بروز افسردگی پس از زایمان نداشت (جدول ۳).

در مطالعه حاضر میانگین نمره کل و فراوانی بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان $۱/۴۷ \pm ۱/۳$ (دامنه ۰-۶) و $۰/۶۸ \pm ۰/۴۹$ بعد مراقبت بدون رضایت $۰/۵۸ \pm ۰/۴۹$ ، سوء رفتار فیزیکی $۰/۱۷ \pm ۰/۳۸$ ($۰/۱۶/۹$)، مراقبت غیرمحرمانه $۰/۲۴۶ \pm ۰/۴۳$ ($۰/۲۴/۶$)، مراقبت غیرمحرمانه $۰/۱۳ \pm ۰/۳۴$ ($۰/۱۳/۵$)، ترک مراقبت $۰/۳ \pm ۰/۴۶$ ($۰/۳۰/۹$) و تبعیض $۰/۰۲۳ \pm ۰/۱۵$ ($۰/۲/۳$) بود. در این مطالعه، ۱۱۲ نفر ($۰/۳۲/۱$) از شرکت‌کنندگان، نمره ۱۲ یا بیشتر را از پرسشنامه افسردگی

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان بر حسب افسردگی پس از زایمان

سطح معنی‌داری*	افسردگی		ابعاد بی‌احترامی و بدرفتاری
	ندارد	دارد	
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
۰/۰۰۲*	۰/۱۳ $\pm$ ۰/۳۴	۰/۲۸ $\pm$ ۰/۴۵	سوء رفتار فیزیکی
۰/۰۰۱*	۰/۴۸ $\pm$ ۰/۵	۰/۸۸ $\pm$ ۰/۳۲	مراقبت بدون رضایت
۰/۰۰۱*	۰/۱۷ $\pm$ ۰/۳۸	۰/۴۷ $\pm$ ۰/۵	مراقبت غیرمحترمانه
۰/۰۰۱*	۰/۰۹ $\pm$ ۰/۲۹	۰/۲۶ $\pm$ ۰/۴۴	مراقبت غیرمحترمانه
۰/۴۷	۰/۰۱۹ $\pm$ ۰/۱۳۷	۰/۰۳۴ $\pm$ ۰/۱۸	تبعیض
۰/۰۰۱*	۰/۲۲ $\pm$ ۰/۴۲	۰/۵۶ $\pm$ ۰/۵	ترک مراقبت

*آزمون تی دانشجویی

وارد مدل رگرسیون لجستیک چندگانه شدند. بر اساس نتایج، داشتن سطح تحصیلات دبیرستان و دانشگاهی، نداشتن همراه یا داشتن همراه آموزش ندیده، میانگین نمره حمایت همسر و بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان با فراوانی افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی-داری داشت (جدول ۴).

بر اساس نتایج مدل رگرسیون لجستیک تک‌متغیره، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، شغل همسر، داشتن همراه زایمانی، تعداد فرزندان، سابقه بستری در بارداری اخیر، میانگین نمره حمایت خانواده، حمایت همسر، رضایت زناشویی و تجربه زایمان با افسردگی بعد از زایمان دارای مقادیر $p < ۰/۰۰۱$ بودند که به‌طور همزمان

جدول ۴- عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان در شرکت‌کنندگان در مطالعه با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک چندگانه

متغیر	ضریب بتا	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪	سطح معنی‌داری
بی‌سواد	۱/۲۹	۳/۹	۰/۴۹۵-۳۰/۹۵	۰/۱۹
	۱/۴۸	۰/۱۴	۰/۵۸۸-۴۵/۴۸	۰/۱۳
	۲/۳۵	۱۵/۴	۱/۵۷-۱۵۱/۸	۰/۰۲*
	۱۰/۶	۱/۷۳	۰/۷۵۶-۸۴/۶	۰/۰۴*
سطح تحصیلات همسر	۰/۲	۱/۳	۰/۰۹۲-۱۸/۴۴	۰/۸۴
	۰/۲۵	۱/۴	۰/۱۰۴-۱۸/۵۳	۰/۸
	۰/۶۵	۲/۵	۰/۱۶-۳۹/۱۱	۰/۵
	۰/۰۴	۱/۰۴	۰/۰۷۵-۱۶/۴	۰/۹۷
شغل همسر	-۰/۹۴	۰/۶۱	۰/۲۲۲-۱/۶۹	۰/۳۴
	-۰/۳۶	۰/۷۷	۰/۱۸-۳/۲۵	۰/۷۲
	۱/۳۶	۰/۳۱	۰/۰۵۶-۱/۶۸	۰/۱۷
	۰/۳۳	۰/۶	۰/۰۲۹-۱۲/۴۷	۰/۷۴
داشتن همراه	۲/۰۳	۴/۶	۱/۰۵-۱۹/۹۸	۰/۰۴۲*
	۱/۹۸	۳/۵	۱-۰۱-۱۲/۰۶	۰/۰۴۸*
	۱/۳۱	۱/۳۷	۰/۸۵۵-۲/۱۸	۰/۱۹
سابقه بستری در بارداری اخیر	۰/۵	۰/۸۴	۰/۴۱۵-۱/۶۸	۰/۶
	۰/۱۵	۱/۰۱	۰/۸۶۷-۱/۱۸	۰/۸۷
حمایت همسر	-۱/۹۴	۰/۸۱	۰/۶۵۷-۱/۰۰۱	۰/۰۵*

بحث

پژوهش حاضر به منظور تعیین ارتباط بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان با افسردگی پس از زایمان انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که $68/2\%$ از شرکت‌کنندگان در مطالعه حداقل یک مورد بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان را تجربه کرده بودند و میانگین نمره کلی آن از ۶ نمره، $1/3 \pm 1/47$ بود. بر اساس نتایج مطالعه، شایع‌ترین فرم بی‌احترامی و بدرفتاری تجربه شده توسط زنان، مراقبت بدون رضایت ($58/2\%$) و ترک مراقبت ($30/9\%$) و کمترین میزان بی‌احترامی تجربه شده در بُعد تبعیض ($2/3\%$) بود. در مطالعه بیکل و همکاران (۲۰۲۰)، بیشترین فرم بی‌احترامی و بدرفتاری تجربه شده، مراقبت بدون اخذ رضایت ($86/1\%$) بود (۲۸) که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود. حسینی‌تبار و همکاران (۲۰۲۳) نیز در مطالعه خود شایع‌ترین فرم بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان را مراقبت بدون رضایت (10%) و ترک مراقبت ($92/4\%$) و کمترین فرم آن را در بُعد تبعیض ($21/7\%$) گزارش کردند (۱۸) که نتایج ذکر شده با نتایج پژوهش حاضر همسو بود. درحالی‌که در مطالعه سیراج و همکاران (۲۰۱۹)، بیشترین اشکال بی‌احترامی، مربوط به عدم معرفی ارائه‌دهنده خدمت به مادر (80%) و عدم استفاده از پرده یا موانع بصری برای محافظت از مادر ($81/7\%$) بود (۱۵) که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت داشت. عوامل روش‌شناختی و برنامه‌ای مانند تفاوت در معیارها و دستورالعمل‌ها و استانداردهای اخلاقی مورد استفاده کشورها برای تقویت رفتار و تعامل ارائه‌دهندگان در حین ارائه مراقبت‌های زایمانی نیز می‌تواند توضیحی برای بخشی از تفاوت مشاهده شده باشد (۲۹).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مادران دارای سطح تحصیلات دبیرستان، $15/4$ برابر و مادران دارای سطح تحصیلات دانشگاهی، $1/73$ برابر بیشتر دچار افسردگی پس از زایمان بودند. مطالعه لشکری‌پور (۲۰۱۱) تحت عنوان "بررسی افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط

با آن" نیز نشان داد که بین افسردگی پس از زایمان و سطح تحصیلات ارتباط آماری معناداری وجود دارد؛ به-طوری‌که در افراد دبیرستانی و دیپلم، میانگین نمره افسردگی پس از زایمان بیشتر از سایرین بود (۳۰)، اما مطالعه صحتی شفایی و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که بین تحصیلات پایین مادر با بروز افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معناداری وجود دارد (۳۱). از دلایل این مغایرت می‌توان به این مورد اشاره کرد که احتمالاً مادرانی که تحصیلات بالاتری دارند، نسبت به وضعیت روحی و روانی خود حساس‌تر هستند و در صورت بروز هرگونه مشکل در بیان احساسات خود، فعال‌تر از افراد کم‌سوادتر هستند و شاید افرادی که تحصیلات کمتری داشته‌اند، به دلیل عدم آگاهی کافی به وضعیت روحی و روانی خود توجه کافی نداشته و آن را گزارش نکرده‌اند. از طرف دیگر از آنجایی که سطح تحصیلات پایین با عواملی نظیر سطح اقتصادی و فرهنگی ضعیف‌تر همراه است و تحصیلات بالاتر نیز می‌تواند مربوط به تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی وابسته از قبیل درجه فرهیختگی و مدرنیزاسیون باشد، هر دو نوع یافته مطالعات فوق می‌تواند قابل توجیه باشد (۳۲). صحتی شفایی و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند که با افزایش سطح تحصیلات مادر و بالا رفتن آگاهی و توان دسترسی بهتر به منابع اطلاعاتی، فرد برای پذیرش مسئولیت جدید آماده می‌شود (۳۱) که نتایج این مطالعات برخلاف نتایج مطالعه حاضر بود. به همین دلیل توصیه می‌شود که صرف نظر از سطح تحصیلات مادران باردار، ماماها سعی در پیگیری و تشخیص افسردگی پس از زایمان در تمام مادران در دوره پس از زایمان داشته تا از ایجاد عوارض ناگوار افسردگی پس از زایمان کاسته شود.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که نداشتن همراه داشتن همراه آموزش ندیده، دو متغیر مؤثر در افزایش میزان افسردگی پس از زایمان هستند. نتایج مطالعه وزیری‌نژاد و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان داد که

وجود مامای همراه و آموزش دیده، باعث کاهش میزان استرس و افسردگی پس از زایمان خواهد شد (۳۳) که نتایج این مطالعات با پژوهش حاضر همسو بود و نتایج این مطالعه نشان داد که در صورت عدم حضور همراه و یا حضور فرد غیرآموزش دیده، میزان افسردگی پس از زایمان بیشتر از زمانی است که فرد آموزش دیده در کنار مادر باردار حضور داشته باشد. در مطالعه رید و همکاران (۲۰۱۷) احساس رها شدن در حین زایمان با بروز اختلالات روان پزشکی از جمله افسردگی پس از زایمان و اختلال استرس پس از سانحه همراه بود (۳۴). نتایج مطالعه پترسون و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که شناخت و تأمین نیازهای انسانی و روابطی زنان باردار و ماما به کاهش استرس و اضطراب آن‌ها کمک می‌کند. وجود مامای همراه و فرد آموزش دیده به جز کاهش شدت درد، در سایر زمینه‌ها برتری خاصی نسبت به حضور بستگان مؤثر داشته است (۳۵).

در صورت حضور فرد آموزش دیده با برقراری ارتباط مناسب و انجام اقدامات مؤثر جهت کمک به مادر حین زایمان، مادر احساس ترس و استرس کمتری حین زایمان تجربه کرده، احساس رها شدن حین زایمان را نخواهد داشت و در نتیجه کمتر در معرض عوامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان قرار خواهد گرفت، بنابراین توصیه می‌شود که با برگزاری کلاس‌های زایمان فیزیولوژیک و توصیه به انتخاب مامای همراه برای حضور در کنار مادر در لحظات لیبر و زایمان، از ترس و استرس مادران کاسته و در پیشگیری از بروز افسردگی پس از زایمان مؤثر واقع شد.

در مطالعه حاضر بین حمایت همسر و میزان افسردگی پس از زایمان ارتباط معناداری وجود داشت و هرچه میزان حمایت همسر بیشتر بود، میزان افسردگی پس از زایمان کمتر گزارش شد و به عنوان عامل مهمی در پیشگیری افسردگی پس از زایمان بود. صحتی شفایی و همکاران (۲۰۰۸) نیز در پژوهش خود نشان دادند که کاهش حمایت از طرف خانواده و به خصوص همسر می‌تواند در بروز افسردگی پس از زایمان مؤثر واقع شود (۳۱). مارتینز وازکوئز و همکاران (۲۰۲۲) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که حمایت کم از

طرف شریک زندگی، با افزایش خطر افسردگی پس از زایمان همراه است (۳۶) از نظر نقش حمایت همسر نتایج به دست آمده از مطالعات فوق با مطالعه حاضر همسو بود و حمایت همسر به عنوان یک عامل مهم در کاهش میزان افسردگی پس از زایمان مؤثر است. در این زمینه مطالعه متناقضی با پژوهش حاضر یافت نشد، به همین دلیل توصیه می‌شود که ماماها در مراکز بهداشتی و درمانی با برگزاری کارگاه‌ها و جلسات آموزشی با حضور زنان باردار و همسرشان، با دادن اطلاعات و آگاهی لازم درصدد برجسته ساختن نقش همسر در دوران بارداری و زایمان برآمده و با تأکید بر اهمیت این موضوع تلاش کنند تا حمایت همسر زنان باردار را در این دوران افزایش دهند.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بین تجربه بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان با میزان افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معناداری وجود دارد؛ به طوری که میزان افسردگی پس از زایمان در کسانی که تجربه بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان داشتند، ۱/۵۲ برابر کسانی بود که فاقد این تجربه بودند. میانگین نمره کلی بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان و ابعاد خشونت فیزیکی، مراقبت بدون رضایت، مراقبت غیرمحرمانه، مراقبت غیرمحرمانه و ترک مراقبت در مشارکت کنندگانی که افسردگی پس از زایمان داشتند، بیشتر از کسانی بود که افسردگی پس از زایمان نداشتند، اما تجربه تبعیض، ارتباطی با بروز افسردگی پس از زایمان نداشت. در مطالعه لیتا و همکاران (۲۰۲۰) بی‌احترامی و بدرفتاری با زنان در هنگام زایمان با افسردگی پس از زایمان مرتبط بود (۱۷). مطالعه سیلویرا و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که زنان دارای تجربه خشونت هنگام زایمان، بیشتر در معرض خطر ابتلاء به افسردگی پس از زایمان قرار دارند. مطالعه آن‌ها نشان داد که سوء رفتار کلامی و خشونت فیزیکی احتمالی ابتلاء به افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد که از این نظر با مطالعه حاضر همسو بود؛ اما در این مطالعه شواهد آماری معناداری مبنی بر اینکه ترک مراقبت و مراقبت بدون رضایت با بروز افسردگی پس از زایمان مرتبط بود، وجود نداشت که از

و مراقبت‌های محترمانه حین زایمان و پیش‌گیری از هرگونه بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان می‌تواند در کاهش اختلالات روانی از جمله افسردگی در دوره بعد از زایمان کمک‌کننده باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل قسمتی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد اخلاق IR.MUK.REC.1402.031 می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی، شبکه بهداشت شهر سقز و مادران شرکت‌کننده در مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ نوع تضاد منافی ندارند.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه تمام مراحل مطابق دستورالعمل‌ها و مقررات مربوطه انجام شد، رضایت آگاهانه از همه افراد اخذ گردید و این پژوهش در کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد اخلاق IR.MUK.REC.1402.031 تأیید شد.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شد.

مشارکت نویسندگان

لیلا هاشمی‌نسب نظارت بر طراحی، اجرا و گزارش پایانی طرح؛ پریسا ابراهیمی نگارش پروپوزال، اجرا و تهیه گزارش پایانی طرح؛ سوما ذکریایی همکاری در طراحی، اجرا و تهیه گزارش پایانی طرح و دکتر روناک شاهوی همکاری در طراحی، اجرا و تهیه گزارش پایانی طرح را بر عهده داشتند. تمام نویسندگان مقاله نهایی را مطالعه و تأیید کردند.

این نظر با مطالعه حاضر متناقض بود (۲۳). مطالعه سوزا و همکاران (۲۰۱۷) در برزیل نشان داد که بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان با بروز افسردگی پس از زایمان مرتبط است و خشونت فیزیکی و کلامی، سهل‌انگاری و انجام مراقبت بدون رضایت، از عوامل خطر مهم برای بروز افسردگی پس از زایمان هستند (۲۴) که نتایج آن‌ها با مطالعه حاضر همسو بود. شاید دلیل عدم ارتباط بعد تبعیض با میزان افسردگی پس از زایمان، میزان بسیار پایین تجربه تبعیض توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه بود و احتمالاً در صورت بالاتر بودن این میزان، تأثیر آن بر میزان افسردگی پس از زایمان محسوس‌تر می‌بود. بر همین اساس توصیه می‌شود که با دادن آموزش و آگاهی در مورد حقوق و تکريم مادران به پرسنل بهداشتی و درمانی و به‌خصوص ماماها که نقش بسیار مؤثری در ارائه خدمات به مادران در حین زایمان دارند و همچنین تقویت سیستم‌های نظارتی بر رفتار عاملین زایمان، میزان بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان را کاهش داد.

در این مطالعه، برای اولین بار، بررسی میزان بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان در استان کردستان و ارتباط آن با افسردگی پس از زایمان در سطح کشور صورت گرفت که از نکات قوت مطالعه حاضر می‌باشد. ولی با توجه به اینکه مطالعه حاضر در فاصله ۴ هفته تا ۶ ماه بعد از زایمان انجام شد، احتمال فراموشی تجربه زایمان، توسط مادران وجود دارد، به‌علاوه در این پژوهش، افسردگی مادران فقط تا ۶ ماه بعد از زایمان مورد سنجش قرار گرفت، لذا پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های آتی در این زمینه به‌صورت آینده‌نگر و در بازه زمانی طولانی‌تری بعد از زایمان انجام گیرند.

نتیجه‌گیری

تجربه بی‌احترامی و بدرفتاری حین زایمان توسط درصد بالایی از مادران گزارش شده است و می‌تواند اثرات مخربی از جمله افسردگی پس از زایمان داشته باشد. از این رو آموزش و تأکید جدی بر رعایت اخلاق حرفه‌ای

1. eClinicalMedicine. Safeguarding maternal mental health in the perinatal period. *EClinicalMedicine* 2024; 71:102663.
2. Sylvén SM, Thomopoulos TP, Kollia N, Jonsson M, Skalkidou A. Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *European Psychiatry* 2017; 40:4-12.
3. Segre LS, Davis WN. Postpartum depression and perinatal mood disorders in the DSM. *Postpartum Support International* 2013; 3:1-6.
4. Onyewuenyi TL, Peterman K, Zaritsky E, Weintraub ML, Pettway BL, Quesenberry CP, et al. Neighborhood disadvantage, race and ethnicity, and postpartum depression. *JAMA Network Open* 2023; 6(11):e2342398-.
5. Govender D, Naidoo S, Taylor M. "I have to provide for another life emotionally, physically and financially": understanding pregnancy, motherhood and the future aspirations of adolescent mothers in KwaZulu-Natal South, Africa. *BMC pregnancy and childbirth* 2020; 20:1-21.
6. Santos DF, Silva RD, Tavares FL, Primo CC, Maciel PM, Souza RS, et al. Prevalence of postpartum depression symptoms and their association with violence: a cross-sectional study, Cariacica, Espírito Santo, Brazil, 2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2021; 30:e20201064.
7. Ghanei Gheshlagh R, Mahmoodi H, Baghi V. A comparison of postpartum depression between fathers and mothers in Saqqez. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2015; 3(2):72-9.
8. Gharacheh M, Ranjbar F, Azadi S. Women's quality of life and postpartum depression. *Iran Journal of Nursing* 2018; 30(110):68-77.
9. Lilhore UK, Dalal S, Varshney N, Sharma YK, Rao KB, Rao VM, et al. Prevalence and risk factors analysis of postpartum depression at early stage using hybrid deep learning model. *Scientific reports* 2024; 14(1):4533.
10. Froeliger A, Deneux-Tharaux C, Loussert L, Bouchghoul H, Madar H, Sentilhes L. Prevalence and risk factors for postpartum depression 2 months after a vaginal delivery: a prospective multicenter study. *American journal of obstetrics and gynecology* 2024; 230(3):S1128-37.
11. World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. *World Health Organization*; 2018.
12. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine* 2015; 12(6):e1001847.
13. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization* 2014; 92:915-7.
14. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. *USAID-Traction project* 2010.
15. Siraj A, Tekla W, Hebo H. Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth* 2019; 19:1-9.
16. Kassa ZY, Tsegaye B, Abeje A. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth at health facilities in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC international health and human rights* 2020; 20:1-9.
17. Leite TH, Pereira AP, do Carmo Leal M, da Silva AA. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *Journal of affective disorders* 2020; 273:391-401.
18. Tabar JH, Shahoie R, Zaheri F, Mansori K, Nasab LH. Prevalence of disrespect and abuse during childbirth and its related factors in women hospitalized in the postpartum ward. *Journal of family medicine and primary care* 2023; 12(2):246-52.
19. Rønnov-Jessen I, Eklund M, Hammer A, O'Connor M, Prinds C, Hvidtjørn D. Parents' mental health after termination of pregnancy for foetal anomaly—a systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2025; 43(2):338-65.
20. Montesinos-Segura R, Urrunaga-Pastor D, Mendoza-Chuctaya G, Taype-Rondan A, Helguero-Santin LM, Martinez-Ninanqui FW, et al. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2018; 140(2):184-90.
21. Abuya T, Warren CE, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PloS one* 2015; 10(4):e0123606.
22. Ross-Davie MC. Measuring the quantity and quality of midwifery support of women during labour and childbirth: The development and testing of the'Supportive Midwifery in Labour Instrument'. *Scotland: University of Stirling*; 2012.
23. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, De Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of affective disorders* 2019; 256:441-7.

24. Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de saude publica* 2017; 51:69.
25. Nasiri M. Mental health of pregnancy and childbirth. Tehran: Publication and promotion of Bushra; 2000.
26. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry* 1987; 150(6):782-6.
27. Ahmadi kani Golzar A, GoliZadeh Z. Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2015; 3(3):1-10.
28. Bekele W, Bayou NB, Garedew MG. Magnitude of disrespectful and abusive care among women during facility-based childbirth in Shambu town, Horro Guduru Wollega zone, Ethiopia. *Midwifery* 2020; 83:102629.
29. Ghanbari-Homayi S, Fardiazar Z, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Asghari-Jafarabadi M, Mohammadi E, et al. Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study. *BMC pregnancy and childbirth* 2019; 19:1-9.
30. Lashgaripour K. Postpartum depression and related factors: A 4.5 months study. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 13(52):404-12.
31. Ghojzadeh M, Mohamadrezaei Z. Study of relationship between some predisposing factors and postpartum depression. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2008; 8(1):54-61.
32. Khorramirad A, Lotfi MM, Bidgoli AS. Prevalence of postpartum depression and related factors in Qom. *Pajoohandeh Journal* 2010; 15(2):62-6.
33. Vazirinejad R, Sayadi AR, Poor Hasankhani V, Alinejad H, Pakzad H, Shool Z. Relationship Between Midwifery Along With Type of Delivery And The Rate of Anxiety, Stress, And Depression In Primiparous Women Wanting to Give Birth Naturally In Niknafs Hospital of Rafsanjan In 2021. *Nursing And Midwifery Journal* 2022; 19(10):793-800.
34. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions-BMC Pregnancy and Childbirth 2017; 17(1):21.
35. Patterson J, Martin CJ, Karatzias T. Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth. *Midwifery* 2019; 76:21-35.
36. Martinez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery* 2022; 108:103297.

The relationship between disrespect and abuse during childbirth with postpartum depression in mothers attending comprehensive health centers in Saqqez city, 2023

Parisa Ebrahimi¹, Seyedeh Soma Zakariaee², Roonak shahoei³, Leila Hasheminasab^{2*}

1. M.Sc. Student of Midwifery, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
2. Instructor, Department of Midwifery, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
3. Professor, Department of Midwifery, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Abstract

Received: Feb 20, 2025 Accepted: May 27, 2025

Introduction: Identifying the risk factors for postpartum mental disorders such as depression, given its importance and complications, is a step towards improving maternal health. Therefore, the present study was conducted with aim to determine the relationship between disrespect and abuse during childbirth and postpartum depression.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2023 on 348 eligible mothers attending comprehensive health centers in Saqqez city who were selected by cluster sampling method. Data collection tools included: demographic and clinical profile registration form, Disrespect and Abuse during Childbirth Checklist, and the Edinburgh Postpartum Depression Questionnaire, which were completed through interviewing with the participants. Data analysis was performed using STATA software (version 14) and univariate and multivariate logistic regression tests. $P < 0.05$ was considered significant.

Results: The results showed that 235 (68.2%) of the participants in the study had experienced at least one case of disrespect and mistreatment during childbirth, and the mean overall score was 1.47 ± 1.3 (range 0-6). The most common form of disrespect and mistreatment experienced by women was care without consent (59.3%) and abandonment of care (30.9%), and the least common was discrimination (2.3%). The rate of postpartum depression was 32.1%. The results of multivariate regression analysis showed that having high school ($P = 0.02$) and university ($P = 0.04$) education and high spousal support ($P = 0.05$) played a preventive role in the occurrence of postpartum depression, and having an uneducated birth companion ($P = 0.042$) and not having a birth companion ($P = 0.048$) and experiencing disrespect and abuse during childbirth ($P = 0.001$) played an effective role in the occurrence of postpartum depression.

Conclusion: Improving the level of care provided during childbirth by educating midwifery personnel about the importance of respecting mothers and regularly monitoring their performance plays an important role in preventing postpartum mental disorders.

Keywords: Disrespect and abuse during childbirth, Obstetric violence, Postpartum depression

Please cite this article as:

Ebrahimi P, Zakariaee SS, Shahoei R, Hasheminasab L. The relationship between disrespect and abuse during childbirth with postpartum depression in mothers attending comprehensive health centers in Saqqez city, 2023. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2025; 28(3):63-75. DOI: 10.22038/ijogi.2025.84485.6286