

## شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل همراه با آن در شهرستان قم

اشرف فرمی راد<sup>۱</sup>، سیده مریم موسوی لطفی<sup>۲\*</sup>، علیرضا شعوری بیدگلی<sup>۱</sup>

۱. کارشناس ارشد پرستاری، مربی، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم

۲. کارشناس ارشد پرستاری، مربی، هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی رشت

### چکیده

**سابقه و هدف:** افسردگی پس از زایمان یکی از شایعترین اختلالات روانی بدنبال زایمان است که مشکلات جدی برای مادر، کودک و خانواده ایجاد می‌کند. مطالعات مختلف شیوع این اختلال را ۵ تا ۴۰ درصد گزارش کرده‌اند. در بررسی عوامل مرتبط نیز نتایج متفاوتی بدست آمده است. هدف این مطالعه ارزیابی شیوع افسردگی پس از زایمان و تعیین عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی قم است.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش مقطعی، به روش نمونه‌گیری متوالی، اطلاعات مربوط به ۳۰۰ مادر که ۱۲-۶ هفته از زایمان آنها می‌گذشت، مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه استاندارد ادینبورگ و پرسشنامه عوامل مرتبط بود که پس از تأیید اعتبار و اعتماد علمی بکار گرفته شد. نمونه‌ها بر اساس آزمون ادینبورگ به دو گروه افسرده (نمره برابر یا بیش از ۱۳) و غیرافسرده (نمره کمتر از ۱۳) تقسیم شدند و سپس با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک ارتباط متغیرها با افسردگی پس از زایمان بررسی شد.

**یافته‌ها:** شیوع افسردگی پس از زایمان با استفاده از آزمون ادینبورگ، ۲۳/۷٪ تعیین شد. در بررسی عوامل خطر ساز بین افسردگی پس از زایمان و ناخواسته بودن بارداری، ناهنجاری نوزاد، عدم رضایتمندی زناشویی، وضعیت اقتصادی، فقدان حمایت اجتماعی، تجربه بحران در ۱ سال گذشته، سابقه افسردگی در طول زندگی، سابقه افسردگی پس از زایمانهای قبلی و سابقه افسردگی در بارداری اخیر رابطه معنی‌دار مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش بر لزوم توجه بیشتر بر بهداشت روانی مادران و گنجانیدن برنامه‌های غربالگری، حمایتی و مشاوره‌ای بهداشت روان در مراقبت‌های روتین بعد از زایمان به‌خصوص برای گروه‌های در معرض خطر تأکید می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** افسردگی پس از زایمان، تست ادینبورگ، عوامل خطر.

### مقدمه

محققین با توجه به یافته‌های همه‌گیرشناسی محدوده زمانی ۳ ماه پس از زایمان را برای افسردگی پس از زایمان در نظرمی‌گیرند (۲). افسردگی پس از زایمان با شیوع متفاوت ۵ تا ۴۰٪ در جوامع متفاوت، بیش از ۱۲/۵٪ پذیرش‌های زنان بدلیل مشکلات روانی را به خود اختصاص می‌دهد و در زمانی که مادر بعد از بدنی آوردن نوزاد تجارب لذتبخشی را انتظار می‌کشد، وی را با حالات ناشناخته و ناخوشایندی نظیر نگرانی، احساس از دست دادن توانایی، اعتماد به نفس پایین و اضطراب دست به گریبان می‌کند (۳).

این اختلال اثرات سوئی بر روابط مرتبط با همسر و کودک دارد و رشد و خصوصاً تکامل شیرخوار را بطور زاینباری تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). مطالعات اخیر در دانشگاه میشیگان به وجود رابطه بین علایم افسردگی مادر و تغییرات عصبی

مطابق معیارهای چهارمین ویراست راهنمای روش‌های تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، افسردگی پس از زایمان عبارت است از افسردگی مازور و وجود همزمان پنج مورد از علائم برهم خوردن نظم فیزیولوژیک و مشخصه افسردگی که حداقل یکی از آنها خلق افسرده یا کاهش علاقه و لذت در فعالیتها باشد. این علائم حداقل باید به مدت ۲ هفته تداوم داشته و حداکثر ظرف ۴ هفته پس از زایمان آغاز گردد (۱).

\*نویسنده مسئول مکاتبات: سیده مریم موسوی لطفی؛ قم، شهر قائم، دانشگاه علوم پزشکی قم، دانشکده پرستاری و مامایی؛

پست الکترونیک: mmousavi.msc@gmail.com

پرسشنامه عوامل خطر ساز با بررسی متون و مقالات و نظر صاحب نظران در ۴ بخش عوامل فردی، مامایی، اجتماعی و روانی طراحی شد. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد که ضریب پایایی برای پرسشنامه ادینبورگ ۰.۹۰٪ و پرسشنامه دوم ۰.۸۳٪ بود. براساس پرسشنامه ادینبورگ افرادی که نمره کمتر از ۱۳ دریافت می‌کردند، غیرافسرده و آن دسته که نمره برابر یا بیشتر از ۱۳ را کسب می‌نمودند، افسرده در نظر گرفته شده و جهت تأیید تشخیص و مداخلات لازم ارجاع می‌شدند. سپس مشخصات فردی دو گروه در ۴ بخش تعریف شده جهت تعیین عوامل مرتبط یا مستعد کننده افسردگی مورد مقایسه آماری قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS انجام شد و برای توصیف داده‌های کمی از شاخصهای میانگین و انحراف معیار و برای توصیف داده‌های کیفی از جداول فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد. همچنین تحلیل داده‌ها با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک انجام شد.

### یافته‌ها

از ۳۰۰ مادر مورد بررسی، ۷۱ نفر نمره ۱۳ و بالاتر و ۲۲۹ نفر نمره کمتر از ۱۳ کسب نمودند بنابراین بر اساس ملاک تشخیصی تست ادینبورگ شیوع افسردگی ۲۳/۷٪ تعیین شد. میانگین نمره دریافتی از پرسشنامه ادینبورگ در کل نمونه‌ها ۱۰/۲ با انحراف معیار ۳/۸۲ بود.

میانگین سنی ( $\pm$  انحراف معیار) جمعیت تحت مطالعه ۲۶/۵ $\pm$ ۵/۲ سال بود. اکثر مادران تحصیلات در حد متوسطه داشته (۴۴/۷٪) و دارای یک فرزند بودند (۳۱/۳٪). همچنین ۸۸/۱٪ از جنسیت نوزاد راضی بودند حال آنکه در ۱۷/۷٪ بارداری ناخواسته اتفاق افتاده بود.

در بین عوامل مرتبط، افسردگی پس از زایمان با ناخواسته بودن بارداری، تعداد فرزندان، ناهنجاری در نوزاد متولد شده، عدم رضایتمندی زناشویی، عدم رضایت از وضعیت اقتصادی خانواده، فقدان حمایت اجتماعی، تجربه بحران در ۱ سال گذشته، سابقه افسردگی در طول زندگی، سابقه افسردگی در طول بارداری اخیر و سابقه افسردگی پس از زایمانهای قبلی رابطه معنی‌داری وجود داشت ولی بین سایر عوامل نظیر سن و میزان تحصیلات مادر، جنس و دلخواه بودن جنس نوزاد، نوع زایمان، سابقه سقط و سابقه از دست دادن والدین در سنین قبل از ۱۱ سالگی رابطه معنی‌داری با افسردگی مشاهده نشد (جدول ۱).

هورمونی و اختلال در سازگاری در جنبه‌های مختلف خواب و تغذیه و خلق خو و وابستگی در نوزاد تأکید می‌کند (۵). مادران افسرده احساس مسئولیت و پاسخگویی کمتری در قبال نوزاد داشته و در تعامل با نوزاد دچار مشکلات پیچیده‌ای می‌شوند (۶) که تکامل عاطفی شناختی نوزاد را به شدت تهدید کرده و ممکن است باعث غفلت و سوءرفتار در مراقبت از نوزاد شود (۸،۱،۷). هنوز علت این بیماری شناخته نشده است با این حال عوامل بیولوژیک نظیر افت ناگهانی غلظت استروژن بعد از زایمان، افت پروژسترون، افزایش دفع ادراری کورتیزول، وجود آنتی‌بادی‌های ضد تیروئید، پرولاکتین، اکسی‌توسین و بتاندروفین‌ها نقش دارند (۹،۸). شایان ذکر است که در مطالعات مختلف شایعترین عوامل خطر مرتبط با این اختلال عواملی نظیر سن مادر، بارداری ناخواسته، وضعیت شغلی و درآمدی ناپایدار، اختلافات زناشویی و عدم حمایت همسر و بحرانهای ۱ سال اخیر قبل از تولد نوزاد گزارش گردیده است (۱۱،۸،۱۰).

جهت پیشگیری از عوارض جدی و ناخواسته این اختلال بر سلامت مادر، شیرخوار و خانواده لازم است مشخص شود کدام زنان در جمعیت کنونی در معرض خطر افسردگی بعد از زایمان قرار دارند. همچنین با توجه به متاثر بودن آن از یک سری عوامل، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی افسردگی پس از زایمان و عوامل همراه آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

در یک مطالعه مقطعی، مادرانی که ۱۲-۶ هفته از زایمانشان می‌گذشت و برای دریافت مراقبت‌های روتین خود و یا کودک به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم مراجعه می‌نمودند، در صورت تمایل و به شرط ایرانی و فارسی زبان بودن وارد پژوهش شدند.

پرسشنامه مربوطه در کلیه مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر توزیع و بطور متوالی از اردیبهشت تا تیرماه سال ۱۳۸۷ نمونه‌گیری انجام شد تا حجم نمونه به ۳۰۰ نفر رسید. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه ۲ بخشی شامل پرسشنامه استاندارد ادینبورگ و پرسشنامه عوامل همراه بود. پرسشنامه ادینبورگ در ۱۰ سوال توسط کاکس و همکاران در سال ۱۹۷۸ تنظیم شد و بارها به منظور تحقیق روی معیارهای تشخیص افسردگی مورد استفاده قرار گرفته است و حساسیت، ویژگی و ارزش پیشگویی‌کننده آن در ایران نیز تأیید گردیده است (۱۳،۱۲).

جدول ۱- عوامل روانی، اجتماعی و مامایی موثر بر افسردگی پس از زایمان با استفاده از مدل رگرسیون

متغیر مورد مطالعه	خطر نسبی خام (OR)	فاصله اطمینانی	P-Value
<b>عوامل روانی</b>			
سابقه افسردگی پس از زایمان	۱/۲	۱/۱-۴/۷	۰/۰۰۳
سابقه افسردگی در طول زندگی	۱	۰/۰۲-۴/۷	۰/۰۳
سابقه افسردگی در بارداری اخیر	۱	۱/۵-۶/۸	۰/۰۳
تجربه بحران در یک سال گذشته	۱	۱/۵-۶/۸	۰/۰۰۲
سابقه از دست دادن والدین در سنین قبل از ۱۱ سالگی	۱	۰/۹-۲/۶	۰/۳۳
<b>عوامل اجتماعی</b>			
رضایتمندی زناشویی	۱	۱/۱-۸/۸	۰/۰۰۳
رضایت از وضعیت اقتصادی	۱	۱/۱-۴/۸	۰/۰۲
حمایت اجتماعی	۱	۰/۱-۳/۲	۰/۰۰۱
<b>عوامل مامایی</b>			
ناخواسته بودن بارداری	۱	۱/۵-۴/۴	۰/۰۰۱
نوع زایمان	۱	۰/۷-۳/۵	۰/۳۱
تولد نوزاد ناهنجار	۱	۱/۶-۵/۱	۰/۰۱
سابقه سقط	۱	۰/۹-۶/۲	۰/۰۶

## بحث

شیوع افسردگی پس از زایمان در جوامع مختلف از ۵٪ در دانمارک تا ۱۳/۴٪ در برزیل و ۳۶٪ در شیلی متغیر است (۱). در مطالعات داخلی نیز این رقم ۲۲/۲٪ در خرم‌آباد (۱۴)، ۳۹/۲٪ در بیمارستانهای تابعه شرکت نفت تهران (۱۵) و ۳۰/۵٪ در تبریز گزارش شده است (۱۶). الگوی شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران از الگوی کشورهای در حال توسعه پیروی می‌کند که تا حدود ۳ برابر بیشتر از کشورهای توسعه یافته است (۱۷، ۱۱، ۲، ۴، ۱). بسیاری از محققان معتقدند حمایت روانی باید در طول دوره بارداری و بلافاصله پس از زایمان انجام شود چراکه در این دوران احتمال ایجاد و عود

اختلالات روانی بسیار زیاد است (۱۹، ۱۸). متأسفانه در کشور ما بعلاوه عوامل فرهنگی، بیشترین توجه معطوف به نوزاد گشته و مادر از توجهات لازم محروم می‌ماند بنابراین یکی از دلایل شیوع بیشتر افسردگی پس از زایمان در کشور ما همین امر است.

در مطالعه حاضر مادران با سن بالای ۳۰ سال ۱/۲ برابر بیشتر خطر ابتلا به افسردگی را نشان دادند که البته این یافته به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. تعدادی از مطالعات سن کم مادر را عامل خطر و سن بیشتر را عامل حفاظتی در برابر افسردگی پس از زایمان می‌شناسند (۸، ۱۰، ۱۵). ولی برخی دیگر سن بالای ۳۰ سال را عامل خطر شناسایی نمودند (۱۸، ۱). این اختلاف نظر را می‌توان چنین توجیه نمود که در کشورهای غربی حاملگی در سنین پایینتر، ناخواسته و یا در محدوده خارج از روابط زناشویی است و این عوامل بعلاوه عدم برخورداری از حمایت خانواده شانس ابتلا به افسردگی پس از زایمان را بالا می‌برد (۸، ۱۰). از سوی دیگر، سن بالای مادر در برخی جوامع نظیر جامعه ما با تعداد فرزند بیشتر، ناخواسته بودن بارداری و عدم تمایل به پذیرفتن مسئولیت مراقبت از فرزند دیگر در کنار تحمیل مشکلات مالی در پی تولد فرزند جدید همراه بوده (۱۵، ۱) که این عوامل به نوبه خود میزان استرس را در مادران با سنین بالاتر افزایش داده و آنها را به سمت افسردگی سوق می‌دهد (۱۸، ۱).

در برخی تحقیقات تحصیلات به عنوان یک عامل خطر شناسایی شده اما در مطالعه حاضر تحصیلات رابطه معنی‌داری با افسردگی پس از زایمان نشان نداد. از آنجا که تحصیلات پایین ممکن است با عواملی نظیر سطح اقتصادی فرهنگی ضعیفتر همراه بوده و نقش تحصیلات بالاتر نیز می‌تواند مربوط به تاثیر عوامل اجتماعی فرهنگی وابسته از قبیل درجه فرهیختگی و مدرنیزاسیون باشد، این یافته قابل توجیه است. نتایج مطالعه Segre و Tannous نیز با این یافته منطبق است (۱۷، ۱).

اگرچه وضعیت اقتصادی متغیر مستقلاً است که در مطالعات همواره به عنوان عامل خطر به آن اشاره شده است (۸)، لیکن در شرایط سازگاری رابطه معنی‌داری بین وضعیت اقتصادی و افسردگی پس از زایمان مشاهده نمی‌شود (۱۷، ۱). در تائید این نکته در مطالعه حاضر رضایت از وضعیت اقتصادی مورد بررسی قرار گرفت و زنانی که با وضعیت موجود سازگاری نیافته بودند، ۲/۳ بیشتر از گروهی که این سازگاری را داشتند در معرض افسردگی قرار داشتند که این اختلاف از نظر آماری نیز معنی‌دار بود.

چند برابر می‌کند زیرا حاملگی ناخواسته منجر به حالت دوگانگی در پذیرش و عدم پذیرش نوزاد شده و عوارض جسمی و روانی زیادی برای زنان به همراه دارد (۱۰،۸). همچنین وجود بیماری در اعضا خانواده در جدول استرس روانی هولمز و راحه به عنوان یک استرس شدید محسوب می‌شود، بخصوص اگر این مورد ناهنجاری در نوزاد و در شرایط پر استرس بعد از زایمان باشد که در این صورت باعث حالات هیجانی شدیدتر و نگرانی بیشتر در مادر خواهد شد (۲۲،۲۱،۱۰).

بر اساس مطالعه حاضر، افسردگی در طول بارداری و یا در پی زایمانهای قبلی مادر، بر خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان می‌افزاید بطوری‌که زنان با سابقه افسردگی در طول حاملگی ۱/۷ برابر و زنان با سابقه افسردگی پس از زایمانهای قبلی ۲/۱ برابر بیشتر خطر افسردگی را نشان دادند. در تأیید این یافته، پژوهش Leigh اظهار می‌دارد زنان با اختلالات خلقی در دوره بارداری، بیشتر در معرض خطر افسردگی پس از زایمان هستند (۲۳). این یافته در سایر مطالعات نیز تأیید شده است (۱۱،۸).

### نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع قابل ملاحظه افسردگی پس از زایمان و خطرات جدی آن بر سلامت مادر، کودک و خانواده ضرورت توجه ویژه در خصوص برنامه‌ریزی مراقبتهای حین بارداری و پس از زایمان و نیز غربالگری از نظر اختلالات روانی بخصوص در گروههای در معرض خطر احساس می‌شود. همچنین باید به نقش حفاظتی و تاثیرگذار حمایت‌های خانوادگی بر آموزش و مشاوره خانواده‌ها خصوصا همسران تأکید گردد.

### تشکر و قدردانی

نگارندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم که هزینه‌های انجام این طرح پژوهشی را تأمین نمودند، اعلام می‌دارند.

از طرف دیگر زنان دچار مشکلات زناشویی در معرض خطر بیشتری از افسردگی پس از زایمان هستند. نتایج مطالعه آبدیان، روحی و شعبانی با یافته‌های این مطالعه همسو است (۱۹،۲،۱۵). در مطالعه شریفی و ساکی نیز رضایتمندی زناشویی در گروه نرمال، با افسردگی خفیف، متوسط و افسردگی شدید پس از زایمان به ترتیب ۹۰/۴، ۸۳/۵، ۷۴/۳ و ۳۷/۵ درصد بود و همانگونه که مشاهده می‌شود در مطالعه آنها میزان رضایتمندی زناشویی در زنان با افسردگی شدید، بسیار پایینتر از گروههای دیگر است (۲۰). با توجه به نتایج این پژوهش و سایر پژوهشهای مرتبط اعتقاد بر این است که کیفیت ضعیف روابط زناشویی و عدم دریافت حمایت از همسر یکی از مهمترین ریسک فاکتورها در ایجاد این اختلال است که مطالعات متعددی این نتیجه را مورد تأیید قرار داده‌اند (۱۸،۱۰،۱،۴،۸).

یکی از مهمترین یافته‌های این مطالعه وجود رابطه معنی‌دار بین افسردگی پس از زایمان و دریافت نکردن حمایت اجتماعی بود که با نتایج پژوهشهای پیشین همسویی دارد (۱۸،۴،۱۷). مادرانی که در دوره پس از زایمان، حمایت اجتماعی نظیر داشتن دوست، روابط خوب با خانواده خود و خانواده همسر و نیز حمایت همسر را دریافت نموده‌اند، در ارائه نقش مادری اطمینان بیشتری داشته و اظهار رضایت بیشتری از مادر بودن خود نموده‌اند (۸).

در این مطالعه بحرانهای بد زندگی نظیر ازدست دادن شغل، از دست دادن مسکن و بحران مالی و... در طول یکسال گذشته بطور معنی‌داری با افسردگی بعد از زایمان رابطه داشت. در یک مطالعه وقایع تلخ زندگی قویترین عامل خطر برای بروز اختلالات روانی خصوصا افسردگی پس از زایمان معرفی شده است (۱۰).

از یافته‌های مهم دیگر مطالعه حاضر ناخواسته بودن بارداری و ناهنجاری در نوزاد به عنوان عوامل خطر ساز افسردگی پس از زایمان است بطوری‌که زنان با بارداری ناخواسته ۲/۱ برابر و زنان با داشتن نوزاد ناهنجار ۲/۵۸ برابر شانس افسردگی بیشتری نشان دادند. به عقیده Breese و Nakku حاملگی و زایمان به عنوان استرس‌های پاتولوژیک برای انسان شناخته شده‌اند حال اگر این حاملگی ناخواسته باشد مشکل مادر را

## REFERENCES

1. Tannous L, Gigante LP, Fuchs BS, Busnello EDA. Postnatal depression in southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*. 2008;8(1):22-32.
۲. روحی م، یوسفی ه. بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در ۶ هفته اول پس از زایمان در شهرستان تبریز. فصلنامه پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد ۱۳۸۴، سال دوم، شماره ۳، صفحات ۱۹ تا ۲۳.
3. Harrington AR, Harrington CCG. Healthy start screens for depression among urban pregnant, postpartum and inter conceptional women. *Natl Med Assoc*. 2007;99(3):226-31.
4. Ana MPF, Claudio ES, Claudia GP, Gualda de la M, Tamara HO, Claudia PH. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. *Revista Medica De Chile*. 2008;136(1):44-52.
5. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Can J Clin Pharmacol*. 2009;16(1):15-22.
6. Posmontier B. Sleep quality in women with and without postpartum depression. *Obstet Gynecol Neonatal Nurse*. 2008;37(6):722-38.
7. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatr*. 2008;65(7):805-15.
8. Breese McCoy SJ, Beal JM, Shipman SBM, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: A retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc*. 2006;106(4):193-98.
9. Kendall K. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti inflammatory treatments protect maternal health. *International Breastfeeding Journal*. 2007;2:1-15.
10. Nakku JEM, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *Afr Health Sci*. 2006;6(4):207-14.
11. Wissart J, Parshad O, Kulkarni S. Prevalence of pre-and postpartum depression in Jamaican women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2005;5:1-15.
12. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*. 2007;7:11.
13. Mazhari S, Nakhaee N. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in Iranian sample. *Arch Women Mental Health*. 2007;10(6):291-7.
۱۴. جنانی ف، ساکی م، چنگاوی ف. غربالگری افسردگی پس از زایمان در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان خرم آباد. همایش سراسری بهداشت خانواده، سال ۱۳۸۰.
۱۵. آبادیان شریف آباد م. بررسی میزان شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل مستعد کننده آن در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی وابسته به بیمارستان شرکت نفت تهران. پایان نامه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۱۳۷۹.
۱۶. صحتی شغایی ف. بررسی ۴۲ مورد افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه کننده به بیمارستانهای زنان - مامایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۷۷. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۱۳۷۷، سال ۱۴ صفحات ۵۴ تا ۵۸.
17. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(4):316-21.
18. Bjerke SEY, Vangen S, Nordhagen R, Yeterdahi T, Magnus P, Stray-Pedersen B. Postpartum depression among Pakistani women in Norway: Prevalence and risk factors. *Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2008;21(12):889-94.
۱۹. شعبانی ز، صیادی ا، رفیعی غ، کاظمی م، انصاری ع. شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل موثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی رفسنجان ۱۳۸۶. فصلنامه دانشکده پرستاری مامایی و پیراپزشکی رفسنجان ۱۳۸۶، شماره اول، صفحات ۵۳ تا ۵۷.
20. Sharifi KH, Sooky Z, Tagharrobi Z, Akbari H. The assessment of postpartum depression and satisfaction from husband. *Eur Psychiatr* 2007;22(suppl 1):566-67.
۲۱. هادیزاده تلاساز ف، بحری ن، توکلی زاده ج. مقایسه میزان افسردگی پس از زایمان طبیعی و سزارین اورژانسی در خانمهای نخست باردار مراجعه کننده به بیمارستان ۲۲ بهمن شهرستان گناباد در سال ۱۳۸۲. همایش سراسری راهکارهای ارتقای کیفیت خدمات پرستاری و مامایی، سال ۱۳۸۳، یزد.
۲۲. کوشان م، واقعی س، مولفین. روان پرستاری. انتشارات انتظار، سال ۱۳۷۸، صفحات ۱۵۰ تا ۱۵۲.
23. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008;8:24.