

## ارتباط افسردگی پس از زایمان با نوع زایمان و تغذیه نوزاد

ناهد رابین‌تن: گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

خلیل اسماعیل پور: گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: khalil\_sma@yahoo.com

مجید محمودعلیلو: گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

الهه سیدرسولی: گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۹۰/۶/۱۹ پذیرش: ۹۰/۹/۱۶

### چکیده

**زمینه و اهداف:** افسردگی پس از زایمان یک اختلال خلقی است که علاوه بر تاثیرات جسمی و روانی بر مادر، روی دیگر اعضای خانواده، به ویژه در رابطه با نوزاد تاثیرات مخربی می‌گذارد. با توجه به شیوع بالا و افزایش هر ساله این اختلال، نتایج متفاوت تحقیقات قبلی در مورد عوامل موثر بروز اختلال و همچنین افزایش زایمان‌های سزارین، این مطالعه درصدد آن بود که نقش نوع زایمان، تغذیه نوزاد و برخی از متغیرهای مربوط به حاملگی و زایمان بر افسردگی پس از زایمان را بررسی کند.

**مواد و روش‌ها:** این تحقیق یک مطالعه همبستگی است. نمونه شامل ۱۹۵ نفر بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین مراجعه کنندگان ۱۵ مرکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انتخاب شد. ابزارهای پژوهش، شامل مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق برنامه SPSS/16 و با استفاده از ضریب همبستگی، مجذور کای و رگرسیون چندگانه انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ۵۰/۸ درصد از مادران، افسرده هستند و نوع زایمان، تغذیه نوزاد، سن مادر و حاملگی ناخواسته نقش معنی‌داری در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان دارند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به این نتایج، راهنمایی در مورد برنامه‌ریزی برای حاملگی، سن حاملگی، انتخاب درست نوع زایمان و شیردهی، و بعد از زایمان نیز اطلاع‌رسانی در مورد نشانه‌ها و درمان این اختلال ضروری است.

**کلید واژه‌ها:** افسردگی پس از زایمان، نوع زایمان، تغذیه نوزاد

### مقدمه

دوره پس از زایمان به حدی پر استرس است که ممکن است سبب ایجاد یک اختلال روانی جدید یا عود یا تشدید یک اختلال روانی گردد (۱). اختلالات روانی پس از زایمان به سه دسته تقسیم می‌شوند: اندوه، افسردگی و سایکوز پس از زایمان (۲). بیش از ۸۵ درصد مادران پس از زایمان خلق افسرده اندوه یا غم پس از زایمان را تجربه می‌کنند، که اوج علائم آن در هفته اول، بخصوص روز دوم و سوم بعد از زایمان است و معمولاً به خودی خود از بین می‌رود. اما در صورت تداوم، بر شدت آن افزوده می‌شود و بیمار به افسردگی پس از زایمان دچار می‌شود (۳). شروع علائم آن از چهارمین هفته پس از زایمان است، و با علائمی مثل عدم احساس لذت از زندگی، تحریک‌پذیری، بی‌خوابی، سرگیجه-های مکرر، علائم جسمی و احساس منفی نسبت به شیرخوار و عدم توانایی در مراقبت از او، و وجود افکار خودکشی مشخص می‌گردد (۲). در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع حدود ۱/۱ تا ۲/۰ درصد این افراد به سایکوز پس از

دوره پس از زایمان به حدی پر استرس است که ممکن است سبب ایجاد یک اختلال روانی جدید یا عود یا تشدید یک اختلال روانی گردد (۱). اختلالات روانی پس از زایمان به سه دسته تقسیم می‌شوند: اندوه، افسردگی و سایکوز پس از زایمان (۲). بیش از ۸۵ درصد مادران پس از زایمان خلق افسرده اندوه یا غم پس از زایمان را تجربه می‌کنند، که اوج علائم آن در هفته اول، بخصوص روز دوم و سوم بعد از زایمان است و معمولاً به خودی خود از بین می‌رود. اما در

زایمان دچار می‌شوند (۴).

میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در جوامع مختلف، متفاوت گزارش شده است، مثلاً در دانمارک بین ۵ تا ۱۳/۴ درصد، در برزیل و شیلی بین ۱۳/۴ تا ۳۶ درصد (۵) و در کشورهای آسیایی بین ۳/۵ تا ۶۳/۳ درصد گزارش شده است. که بیشترین میزان آن در پاکستان و کمترین در مالزی بود (۶). در تحقیقات ایرانی این رقم در خرم آباد ۲۲ درصد (۷) در بیمارستانهای تابع شرکت نفت تهران ۳۹/۲ درصد (۸) و در کردستان ۴۰/۷ درصد گزارش شده است (۹).

بررسی بیماریهای روانی پس از زایمان از سه نظر دارای اهمیت است. نخست اینکه آغاز آن قابل پیش‌بینی است و در زمان تولد کودک رخ می‌دهد، دوم اینکه سبب فشار روانی شدید زن در این دوره می‌شود و بر انجام تکالیف ویژه و سازگاری او اثرات منفی می‌گذارد، و سوم اینکه ناتوانی در ارتباط با کودک، پیامدهای ناگواری برای رشد توانمندی‌های شناختی اجتماعی و هیجانی وی دارد (۱۰). در یک مطالعه طولی ۷۱۴۴ زن، کودکان زنانی که بعد از زایمان دچار افسردگی شده بودند در ۴ سالگی مشکلات رفتاری و شناختی بیشتری نسبت به مادران فاقد این اختلال داشتند (۱۱).

بر طبق نظریه سیستم‌های خانواده هر عاملی که روی یکی از اعضاء خانواده اثر بگذارد و باعث اختلال در کارکرد او در نظام خانواده شود، خواه ناخواه روی دیگر اعضا نیز تاثیر می‌گذارد و باعث اختلال در رفتار و کارکرد آنها می‌شود (۱۲). همسران زنانی که دچار این اختلال می‌شوند ۲۰-۵ درصد بیشتر از دیگران دچار افسردگی می‌شوند (۱۳). توجه به این اختلال و جلوگیری از بروز آن از جنبه اقتصادی هم حائز اهمیت است. سالیانه حدود ۴۴ میلیون پوند در انگلستان برای درمان و مراقبت‌های مربوط به مبتلایان به اختلالات خلقی و افسردگی پس از زایمان هزینه می‌شود (۱۴).

بنابراین، با توجه به شیوع بالای این اختلال و آسیب‌های ایجاد شده در خود مادر و خانواده مخصوصاً نوزاد، و با توجه به برخی نتایج متناقض که در تعدادی از تحقیقات قبلی در مورد رابطه نوع تغذیه نوزاد (۱۷-۱۵) و نوع زایمان با این اختلال گزارش شده است (۲۱-۱۸)، این تحقیق درصدد است تا نقش این دو عامل را در کنار برخی از متغیرهای مربوط به حاملگی و زایمان، از جمله حاملگی ناخواسته، سابقه سقط، افسردگی در طول حاملگی، سن مادر، و مشکل جسمی نوزاد در پیش‌بینی اختلال افسردگی پس از زایمان بررسی نماید.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه با توجه به اهداف تحقیق و ماهیت موضوع از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی است. جامعه مورد مطالعه شامل تمام زنانی بود که صاحب یک نوزاد زنده بودند و ۴ تا ۸ هفته پس از زایمان برای کنترل مرسوم وضعیت بهداشتی

نوزاد خود، در سال ۱۳۸۹ به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز مراجعه کرده بودند. حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای پیش‌بین و بر اساس فرمول تاباچینیک و فیدل (۲۲) در مورد تحقیقات همبستگی که در آنها از روش رگرسیون چندگانه استفاده می‌شود، تعداد ۱۰۶ نفر برآورد شده بود اما با مدنظر قرار دادن توصیه‌های تاباچینیک و فیدل درخصوص انتخاب حجم نمونه بزرگتر با احتمال حجم اثر کم، تعداد ۱۹۵ نفر از مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شد. به این ترتیب که شهر تبریز به سه منطقه بالای شهر، وسط شهر و پایین شهر تقسیم و از هر کدام از این مناطق به صورت تصادفی پنج مرکز انتخاب شد. معیارهای ورود برای این مطالعه، عدم ابتلا به بیماری‌های هیپوتیروئیدسم، کم‌خونی، عدم ابتلا به بیماریهای روانی و مصرف داروهای ضدافسردگی قبل از بارداری بود. در ضمن آن دسته از شرکت کنندگان که در یک سال گذشته شاهد از دست دادن عزیزانشان بودند، یا عنوان می‌کردند اختلافات زناشویی و خانوادگی دارند، از مطالعه حذف شدند. داده‌ها با مراجعه حضوری یکی از همکاران محقق به این مراکز، و صحبت و جلب همکاری مادران جمع‌آوری شد. بدین ترتیب که پس از توضیح اهداف مطالعه و توصیف تحقیق به عنوان موضوعی جدا از پرونده بهداشتی کودک، ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، به همراه فرم رضایت شرکت در تحقیق، در اختیار مادران مراجعه کننده قرار داده شد و از آنها خواسته شد که در صورت رضایت، ابزارهای تحقیق را تکمیل کنند. ابزارهای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته حاوی مشخصات فردی و مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود.

مقیاس ادینبورگ یک ابزار خودسنجی شامل ده سوال است که بر جنبه‌های ذهنی افسردگی به ویژه ناتوانی در لذت بردن از زندگی تاکید دارد. هر سوال شامل چهار گزینه و دامنه نمرات کل پرسشنامه ۳۰-۰ است. خط برش افسردگی در این مقیاس نمره ۱۲ است؛ افرادی که نمره بالاتر از ۱۲ گرفته‌اند دارای افسردگی پس از زایمان هستند. بررسی‌های گوناگون کارایی این مقیاس را برای شناسایی زنان افسرده از غیر افسرده نشان داده است (۲۳). این مقیاس ابزاری معتبر برای تشخیص افسردگی پس از زایمان است که در خارج از کشور و در ایران توسط افراد زیادی با روش اعتبار محتوا تعیین اعتبار شده است. در ایران توسط مصطفی‌نژاد و سبحانیان حساسیت این آزمون ۰/۶۵/۸، ویژگی آن ۰/۷۶/۵، ارزش اخباری منفی آزمون ۰/۷۹/۲ و دقت سنجش درست ۰/۷۲/۶ محاسبه گردیده است (۲۴). همچنین حساسیت آن توسط نمازی ۰/۹۵٪ و ویژگی آن ۰/۹۳٪ گزارش شده است (۲۵). لازم به ذکر است که روایی پرسشنامه محقق‌ساخته برای اندازه‌گیری متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای مربوط به حاملگی و زایمان نیز

مادرانی که فرزندشان از طریق سزارین به دنیا آمده است، بیشتر از مادرانی است که زایمان طبیعی داشته‌اند. در مادرانی هم که نوزادشان را با استفاده از شیر خشک تغذیه می‌کردند، افسردگی زیاد بود. بین مولفه‌های احساس افسردگی در طول حاملگی، سابقه سقط و مشکل نوزاد موقع تولد با افسردگی پس از زایمان مادر ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۱). سپس متغیرها به صورت گروهی و سلسله مراتبی وارد مدل رگرسیون شد؛ بدین ترتیب که با توجه به هدف تحقیق ابتدا متغیرهای نوع زایمان و نوع تغذیه نوزاد به عنوان گروه اول، و مجموع متغیرهای سن، احساس افسردگی قبل از بارداری، ناخواسته بودن حاملگی، سابقه سقط و مشکل نوزاد وارد مدل شد. نتیجه نشان داد که دو متغیر نوع زایمان و نوع تغذیه نوزاد مجموعاً  $R^2 = 0/085$ ؛  $p > 0/001$ ؛ از زایمان را تبیین می‌کند ( $F = 8/606$ ) و مجموع متغیرهای سن، احساس افسردگی قبل از بارداری، ناخواسته بودن حاملگی، سابقه سقط و مشکل نوزاد  $15/7$  درصد میزان واریانس افسردگی پس از زایمان را تبیین می‌کند ( $\Delta R^2 = 0/157$ ؛  $p > 0/001$ ؛  $\Delta F = 7/521$ ). بررسی ضرایب رگرسیون (جدول ۲) نشان می‌دهد که نوع زایمان، نوع تغذیه نوزاد، سن، و ناخواسته بودن حاملگی سهم معنی‌داری در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان دارند.

با اجماع نظر ۴ نفر همکار مجری تحقیق با مدارک تحصیلی دکتری روانشناسی بالینی، دکتری مشاوره، کارشناسی ارشد پرستاری، و کارشناسی ارشد بالینی تأیید شد. به منظور دستیابی به اهداف تحقیق، تجزیه و تحلیل داده‌ها بوسیله نرم افزار SPSS/16 و با استفاده از شاخص‌های توصیفی، مجذور کای، آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با سطح اطمینان ۰/۰۵ انجام شده است.

## یافته‌ها

نتایج پژوهش با استفاده از پرسشنامه ادینبورگ نشان داد که ۴۹/۲ درصد از مادران شرکت کننده در این تحقیق غیرافسرده و ۵۰/۸ درصد این افراد افسرده بودند. میانگین سن مادران شرکت کننده در پژوهش  $27/63 \pm 27/63$  و دامنه سنی ۱۸-۳۹ سال بود. سن افراد با میزان افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری داشت ( $r = 0/19$ ؛  $p = 0/007$ )؛ به عبارت دیگر، با افزایش سن میزان افسردگی پس از زایمان افزایش می‌یابد. در بررسی رابطه بین متغیرهای مربوط به حاملگی و زایمان، مشخص شد که ناخواسته بودن حاملگی، نوع زایمان و نوع تغذیه نوزاد رابطه معنی‌داری با افسردگی پس از زایمان دارد و افسردگی پس از زایمان در بین مادرانی که حاملگی ناخواسته داشته‌اند، بیشتر است. همچنین در

جدول ۱: توزیع فراوانی افسردگی پس از زایمان براساس متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	تعداد	افسرده (%)	غیرافسرده (%)	$X^2$	P
نوع زایمان	سزارین	۱۲۰	۵۱(۴۲/۵)	۴/۹۵۳*	۰/۰۲۶
	طبیعی	۷۱	۲۹(۴۰/۸)		
نوع تغذیه نوزاد	شیر خشک	۳۵	۴(۱۱/۴)	۲۳/۸۱۷*	> 0/001
	شیر مادر	۱۵۶	۸۹(۵۷/۱)		
سابقه سقط	دارد	۳۱	۱۷(۵۴/۸)	۰/۵۱۵	۰/۴۷۳
	ندارد	۱۵۹	۷۶(۴۷/۸)		
نوع حاملگی	با برنامه‌ریزی	۱۰۶	۷۷(۷۲/۴)	۵۴/۶۸۹	> 0/001
	ناخواسته	۸۵	۱۶(۱۸/۸)		
مشکل نوزاد	دارد	۳۵	۱۴(۴۰)	۱/۲۱۸	۰/۲۷۰
	ندارد	۱۵۵	۷۸(۵۰/۳)		
افسردگی حین بارداری	دارد	۷۱	۲۸(۳۹/۴)	۳/۶۶۴	۰/۰۵۶
	ندارد	۱۱۹	۶۴(۵۳/۸)		

جدول ۲: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد متغیرهای پیش‌بین در مدل رگرسیون همزمان

P	t	ضرایب استاندارد شده		B	متغیرها	مدل
		Beta	S.E			
۰/۰۱	۲/۵۳۴	۰/۱۷۸	۰/۸۹۴	۲/۲۶۴	نوع زایمان	۱
۰/۰۰۱	۳/۲۲۹	۰/۲۲۷	۱/۱۲۷	۳/۶۳۸		
> 0/001	۳/۶۵۰	۰/۲۴۶	۰/۰۷۹	۰/۲۸۷	سن	۲
۰/۹۴	۰/۰۶۵	۰/۰۰۴	۱/۱۱۲	۰/۰۷۳	سابقه سقط	
> 0/001	۴/۸۷۲	۰/۳۵۵	۰/۹۰۴	۴/۴۰۵	نوع حاملگی	
۰/۹۴	-۰/۰۶۸	-۰/۰۰۵	۱/۱۳۹	-۰/۰۷۷	مشکل نوزاد	
۰/۶۴	۰/۴۵۶	۰/۰۳۶	۱/۰۰۳	۰/۴۵۷	افسردگی حین بارداری	

## بحث

بودند. البته نمونه تحقیق حسینی و همکاران سن کمتر از ۱۸ سال را نیز دربرداشت اما نمونه تحقیق حاضر شامل افراد ۱۸-۳۹ سال بود. دلیل احتمالی دیگر می‌تواند این باشد که مادران جوان به خاطر داشتن فرزندان کمتر، وقت زیادی را صرف رسیدگی به خود می‌کنند و نیازهای روانی خود را نیز برآورده می‌کنند، همچنین در سنین پایین، خانواده زن، به ویژه مادرزن، برای مدتی از وی مراقبت خوبی به عمل می‌آورند که این امر می‌تواند در انتقال تجربه مادر بزرگ و آموزش مهارت‌های مادری و نهایتاً افزایش اعتماد به نفس مادران جوان مؤثر باشد. بنابراین شرایط مطلوبی برای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان در این موقعیت وجود خواهد داشت. معنی‌داری رابطه بین ناخواسته بودن حاملگی و افسردگی پس از زایمان با نتیجه تحقیقات قبلی (۱۹ و ۲۸) و نظر کاپلان و سادوک (۲۶) همسو است. در حاملگی ناخواسته، که با نگرش منفی نسبت به بارداری همراه است، مادر آمادگی لازم برای پذیرش مسئولیت فرزند و مراقبت از او را ندارد، و این امر می‌تواند عاملی در افزایش شیوع افسردگی پس از زایمان باشد. افسردگی پس از زایمان در این مطالعه با استفاده از پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ تشخیص داده شده است، با وجود اعتبار و پایایی بالای این پرسشنامه، برای تشخیص دقیق بهتر است معاینه روانپزشکی نیز انجام شود، که معمولاً از محدودیت‌های این گونه مطالعات است. در این تحقیق، درخصوص وجود سابقه بیماری‌های روانی به گزارش افراد استناد شد. همچنین این مطالعه در بین مراجعہ کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی انجام شده است و به مادرانی که به دلیل افسردگی شدید یا هر نوع مشکل روانی یا سایر مشکلات و دشواری‌ها فرزندان را سایر افراد برای کنترل دوره‌ای به این مراکز می‌آورند، قابل تعمیم نخواهد بود. در ضمن این مطالعه در شهر تبریز انجام شده و قابل تعمیم به نقاط دیگر نیست. برای این منظور باید مطالعات دیگری در روستاها و شهرهای کوچک نیز با تعداد نمونه کافی انجام شود.

## نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع بالای این اختلال و افزایش روز افزون آن و با توجه به عوامل موثر که در این مطالعه و مطالعات قبلی در مورد فاکتورهای خطر سازی که احتمال ابتلا به این اختلال را در مادران افزایش می‌دهد، لازم است به مادران باردار در طول کنترل دوران بارداری، در زمینه عوامل خطر ساز این اختلال مشاوره لازم داده شود. همچنین بعد از زایمان نیز بهتر است در مورد نشانه‌های این اختلال اطلاعات لازم به مادران داده شود تا در صورت مشاهده چنین علائمی در صدد درمان برآیند.

در این مطالعه میزان افسردگی پس از زایمان ۵۰/۸ درصد بود. شاید علت متفاوت بودن نتیجه با نتایج مطالعات قبلی در مورد میزان افسردگی را بتوان به زمان ارزیابی نسبت داد. در برخی مطالعات ارزیابی قبل از هفته چهارم زایمان انجام شده است و در نتیجه مادرانی شرکت کرده‌اند که در مرحله غم زایمانی بودند، طبیعی است در این نوع تحقیقات میزان افسردگی بیشتر برآورد شده است. در برخی مطالعات نیز مادرانی شرکت داده شده‌اند که مدت زیادی از زایمان آنها سپری شده است و به علت گذشت زمان، افسردگی آنها از بین رفته یا به نوعی بر آن فائق آمده‌اند، لذا در این مطالعات درصد شیوع افسردگی کمتر گزارش شده است. در حالی که در مطالعه حاضر افرادی انتخاب شدند که ۸-۴ هفته از زایمان آنها گذشته بود. در این تحقیق مشخص شد که تغذیه نوزاد با شیرخشک، زایمان از طریق سزارین، سن بالای فرد در موقع زایمان و حاملگی ناخواسته نقش معنی‌داری در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان دارند. رابطه بین تغذیه نوزاد با شیر خشک و افسردگی پس از زایمان با یافته‌های تحقیق هاناح و همکاران (۱۵) و نتیجه تحقیق کیانی و همکاران همسو است (۱۶). اما در تحقیق صحتی شرفایی و همکاران بین این دو متغیر رابطه معنی‌داری به دست نیامده بود (۱۷). از نظر کاپلان و سادوک هم بین نحوه تغذیه نوزاد با افسردگی پس از زایمان ارتباط وجود ندارد (۲۶). البته به نظر می‌رسد شیردهی مادر از سینه خود و ایجاد تماس بدنی با نوزاد، نقش مهمی در بهبود عاطفی و سازگاری مجدد او دارد، و احساس کفایت و حس مادر بودن را در او افزایش می‌دهد. رابطه بین نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان با نتایج تحقیقات هادی‌زاده و همکاران (۱۸) و نتیجه تحقیق حسینی و همکاران (۱۹) همسو است. اما با یافته‌های خرمی‌راد و همکاران (۲۰) و نتیجه تحقیق شریفی و همکاران مغایر است (۲۱). شاید بالا بودن این اختلال در زایمان سزارین با عوارض جسمانی عمل جراحی، عدم توانایی در امر مراقبت از نوزاد، به علت احساس درد بعد از عمل، و از بعد روانی، بدشکل دیده شدن محل جراحی ارتباط داشته باشد. در این پژوهش همچنین بین سن و افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. در تحقیق خرمی‌راد و همکاران (۲۰) و تحقیق باقرزاده و همکاران (۲۷) رابطه‌ای بین سن مادر و افسردگی پس از زایمان مشاهده نشده بود، ولی در تحقیق حسینی و همکاران این رابطه معنی‌دار بود (۱۹)؛ با این تفاوت که در نتایج تحقیق آنها هم در زنان دارای سنین پایین یعنی ۲۴-۱۵ سال و هم در زنان دارای سنین بالای ۳۵ سال زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بیشتر بود، در حالی که در این بررسی افسردگی در بین مادرانی که موقع زایمان سن بالا داشتند، بیشتر از مادرانی بود که در سنین پایین‌تر صاحب نوزاد شده

## تقدیر و تشکر

در اینجا لازم است از کلیه زنان شرکت کننده در تحقیق و نیز

از کارمندان مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز که کمال همکاری را در این مطالعه داشتند تشکر کنیم.

## References

- Williams JW, Cunningham FG. *Pregnancy and childbirth*. Simbor M, Azgoli G, Pazande F, Jannesari Sh, Khodakarami N, kariman N, et al (Translators), Tehran, Khosravi, 2006; PP: 294-296 (Persian).
- Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Lippincott, 2005; PP: 276-282.
- Cox JL, Murray JD, Chapman GA. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Brit J Psychiat* 1993; **163**: 27-31.
- Cunningham FG, Hauth JC, Wenstrom KD, Leveno KJ, Gilstrap LC, Bloom SL. *Williams Obstetrics*. 22<sup>nd</sup> ed. New York, McGraw-Hill, 2005; PP: 11-44.
- Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello EDA. Postnatal depression in southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiat* 2008; **8**(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2265281> (Accessed Jul. 2011).
- Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *Int J Nurs Studies* 2009; **46**(10): 1355-1373.
- Jenafi F, Saki M, Changhavi F. [Screening for Postpartum Depression in women referred to health centers of Khorramabad]. *1<sup>st</sup> National congress on Family Health*, 2001 (Persian).
- Abadian Sharifabad M. [Prevalence and risk factors for postpartum depression among mothers referring to health center in Sherkat Naft Hospital]. M.A. Thesis in nursing and midwifery, Iran University of Medical Sciences. 1998; PP: 144-148 (Persian).
- Zanganeh M, Shams Alizadeh N, Kamravamanesh M, Rezaei M, Pormehr S. [Postpartum depression and its relation to baby gender and unplanned pregnancy]. *J Kurdistan Uni Med Sc* 2009; **14**(2): 65-71 (Persian).
- Cox JL, Holden JM. *Prenatal psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 1994; P: 45.
- O'connor TG, Heron J, Glover V. The ALSPAC Study Team Antenatal anxiety predicts child behavior/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolees Psychiat* 2002; **41**(12): 1470-1477.
- Leonard LG. Depression and anxiety disorder during multiple pregnancy and parenthood. *J Obstet Gynec Neonatal Nurs* 1998; **27**(3): 329-337.
- Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression and implications for family health. *J advan Nurs* 2004; **45**(1): 26-35.
- Petrou S, Cooper P, Murray L, Davidson, LL. Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort. *Brit J Psychiat* 2002; **181**: 505-512.
- Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Brit J Psychiat* 1992; **160**: 777-780.
- Kiani F, Khadivzadeh T, Sargolzaei MR, Behnam HR. [Relationship between marital satisfaction during pregnancy and postpartum depression]. *Ir J Obstetric Gynec Infert* 2010; **13**(5): 37-44 (Persian).
- Sehati Shafaei F, Ranjbar Kouchaksaraei F, Ghoujzadeh M, Mohammad Rezaei ZH. [Study of relationship between some predisposing factors and postpartum depression]. *J Ardabil Uni Med Sc* 2008; **8**(1): 54-61 (Persian).
- Hadizadeh Talasaz F, Bahri N, Tavakolizadeh J. [The comparison of rate of postpartum depression between NVD& C/S emergency in primipare women referring to the 22 Bahman hospitals in Gonabad]. *Behbood Q Kermanshah Uni Med Sc* 2004; **8**(4): 21-30 (Persian).
- Hoseini H, Nagibi AH, Khademloo M. [Postpartum depression and its relationship with some related factors]. *J Babol Uni Med Sc* 2008; **10**(2): 76-81 (Persian).
- Khorramirad A, Mousavi Lotfi M, Shoori Bidgoli A. [Prevalence of postpartum depression and related factors in Qom]. *Pajouhandeh* 2010; **15**(2): 62-66 (Persian).
- Sharifi KH, Sooki Z, Akbari H, Sharifi SM. [Assessment of the relationship between the method of delivery and postpartum depression]. *J. Feyz* 2008; **12**(1): 50-55 (Persian).
- Pallant J. *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for windows*. 3<sup>rd</sup> ed. Tabriz, Forouzes, 2010; PP: 191.
- Cox JL, Holden JM, Sagovosky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh postnatal depression scale. *Brit J Psychiatry* 1987; **150**: 782-786.
- Mosallanejad L, Sobhanian S. [The accuracy of Edinburgh postpartum depression test]. *J Jahrom Uni Med Sc* 2010; **7**(3): 1-6 (Persian).
- Namazi Sh. [The study of role of psychological and demographic variables in postpartum depression]. *Hormozgan Med J* 1993; **3**(1): 16-20 (Persian).
- Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 8<sup>th</sup> ed. Baltimore, Williams, 1988; PP: 667-668.
- Bagherzadeh R, Zahmatkeshan N, Motamed N, Khoramroudi R, Ganjou 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]. *Ir J Obstet Gynec Infert* 2009; **12**(3): 9-15 (Persian).
- Salehi L, Tavafian S, Salehi F. [The study on demographic characteristic influencing postpartum depression]. *J nurs Uni Med Sc Shahid Beheshti* 2009; **19**(64): 25-31.