

بررسی شیوع افسردگی بعد از زایمان و عوامل موثر بر آن در مراکز بهداشتی و درمانی شمال شهر تهران

گیتی خوشه مهری*، اعظم شریعتی فیض آبادی**، وحیده ناصر خاکی***، لیلا ناصر خاکی****

دریافت: ۱/۲۱/۹۰، پذیرش: ۹۰/۶/۲۷

چکیده:

مقدمه و هدف: عدم تشخیص افسردگی پس از زایمان می تواند منجر به تطابق غیر موثر مادر با کودک و خانواده شود لذا تحقیق حاضر به بررسی میزان شیوع و عوامل مستعد کننده افسردگی بعد از زایمان در مراکز بهداشتی و درمانی منطقه شمال تهران می پردازد.

روش کار: پژوهش انجام شده یک مطالعه توصیفی تحلیلی است. در این پژوهش ۲۵۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منطقه شمال تهران مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار تحقیق استفاده از ۲ پرسشنامه بود. داده ها با استفاده از نرم افزار علمی SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج: در مجموع ۳۰٪ زنان دارای درجات مختلفی از افسردگی پس از وضع حمل و ۷۰٪ دیگر غیر افسرده بودند. ارتباط معناداری بین افسردگی بعد از زایمان و تحصیلات همسر، رتبه بالای زایمان، بارداری ناخواسته و عدم سازگاری با همسر دیده شد و همچنین در این مطالعه بین افسردگی بعد از زایمان و تفاوت سنی زوجین، میزان تحصیلات و اشتغال زن، سن و نوع زایمان اخیر، جنسیت نوزاد، سابقه ابتلا به افسردگی در گذشته، شاخص توده بدن در شروع بارداری، نحوه مصرف مکمل اسید فولیک در دوران بارداری و سابقه سقط و مرده زایی ارتباط معناداری وجود نداشت.

نتیجه نهایی: برطبق نتایج پژوهش برای جلوگیری از این عارضه پیشنهاد می شود که برنامه های حمایتی و آموزشی در طی حاملگی و بعد از زایمان برای مادر و اطرافیان اجرا گردد.

کلید واژه ها: افسردگی بعد از زایمان / تست استاندارد بک / عوامل مستعد کننده

مقدمه:

ناتوان کننده اجتماعی است که اثرات ناگواری بر مادر، کودک و خانواده می گذارد (۴). اثرات فوری این اختلال، ناتوانی مادر در انجام مراقبت و خطر خودکشی و نوزاد کشی می باشد. اثرات بعدی و بلند مدت آن افسردگی دائم در زن، مشکلات و کشمکش های زناشویی، اختلال در روابط کودک و اختلال در جنبه های گوناگون رشد و تکامل کودک می باشد (۵). سازمان جهانی بهداشت برآورد نموده است که این اختلال دومین عامل منجر به بار جهانی بیماری در سال ۲۰۲۰ میلادی خواهد شد (۶). در حدود نیمی از مادران با فرزندان کوچک علائم افسردگی را تجربه

شواهدی وجود دارد که زنان در کشورهای مختلف در معرض خطر بالای ایجاد تغییرات سایکولوژیک در سال اول بعد از تولد فرزند خود می باشند (۱). بارداری علی رغم آنکه اغلب شور و اشتیاق زانداالوصفی ایجاد می کند برای اکثر زنان تنش زا است. از هر ۸ نفر انسان ۱ نفر از افسردگی رنج می برد و این رقم برای زنان تقریباً ۲ برابر است (۲). دپرسیون بعد از زایمان بزرگترین عذاب زنان بوده و برارتباطات اجتماعی و تکامل نوزاد نتایج منفی دارد (۳). افسردگی پس از زایمان یک اختلال شایع و

* عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

** کارشناس بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** کارشناس ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران (naserkhakimail@gmail.com)

**** کاردانی هوشبری دانشگاه علوم پزشکی سمنان

و همکاران نشان داد که مهمترین عوامل موثر در افسردگی پس از زایمان عبارتند از: افسردگی و اضطراب در طی بارداری، تجربیات و حوادث استرس زای زندگی و سطح پایین حمایت‌های اجتماعی و سابقه افسردگی (۱۷).

در مطالعه خمسه با استفاده از تست بک بر روی زنان شهرستان کرج ۵۷/۹٪ از افراد غیر افسرده، ۱۹/۷٪ دارای افسردگی خفیف، ۱۵٪ افسردگی متوسط و ۷/۵٪ دارای افسردگی شدید بوده اند (۱۸). در تحقیق Ascaso و همکاران میزان افسردگی پس از زایمان ۱۰/۲٪ (۱۹) و در مطالعه Ho Yen و همکاران با استفاده از تست Edinburgh ۴/۹٪ بوده است (۲۰). در مطالعه Evans و همکاران نمرات افسردگی در هفته ۳۲ بارداری بالاتر از ۸ هفته بعد از زایمان بود (۲۱).

روش کار:

نوع پژوهش یا مطالعه به صورت توصیفی و تحلیلی و از نوع مقطعی می باشد. بر اساس تعاریف سازمان جهانی بهداشت و راهنمای روشهای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM4) که شروع علائم افسردگی بعد از زایمان را اغلب در اولین هفته ها یا ماههای بعد زایمان (معمولاً تا ۶ هفته اول بعد زایمان) اعلام نموده که ممکن است برای یک سال و یا حتی بیشتر از آن تداوم یابد، جامعه مورد پژوهش ما در این مطالعه، کلیه مادران تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی و پایگاههای بهداشتی منطقه شمال تهران بودند که لااقل ۶ هفته تا یکسال از زمان زایمان آنها گذشته بود. نحوه نمونه گیری از جامعه مورد نظر، به صورت خوشه ای ۲ مرحله ای بوده است. ابزارهای مورد نیاز جهت جمع آوری اطلاعات شامل ۲ پرسشنامه اطلاعات شخصی و متغیرهای مرتبط با شیوع افسردگی بعد زایمان و پرسشنامه استاندارد بک جهت سنجش افسردگی بعد زایمان بود همچنین در مواردی که نیازمند استفاده اطلاعات پرونده های بهداشتی مادران بوده، از اطلاعات موجود در پرونده های بهداشتی آنان در مراکز نیز استفاده شده است. برای انتخاب ۲۵۰ نمونه برآورد شده از این جامعه، به دلیل تناسب بافت فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی منطقه، نمونه گیری از جامعه مورد

می کنند و ده تا پانزده درصد آنها به سمت بیماری افسردگی ماژور پیش می روند که عدم تشخیص آن تبعات مختلف را به دنبال خواهد داشت (۷).

افسردگی پس از زایمان اختلال روانی جدی و فراوانترین عارضه شایع در این دوره میباشد. آموزشهای دوران بارداری بر آمادگی جسمی، عاطفی و روانی خانواده ها برای زایمان و ارتقاء سلامتی تمرکز میکند (۸). یافته های به دست آمده از ارتباط بین مادر و نوزاد در سالهای اخیر اهمیت افسردگی پس از زایمان را به عنوان یک مورد کلیدی در سلامت روانی مادر و نوزاد مطرح نموده است. لذا این مسئله در اتخاذ تدابیر درمانی مطلوب در زمینه سلامت روانی مادران و نوزادان حائز اهمیت است، که لزوم برخورداری از یک تیم غربالگری مناسب جهت بررسی افسردگیهای پس از زایمان را مشخص مینماید (۹). بیشتر از ۵۰٪ زنان دارای یک یا بیشتر از یک ریسک خطر برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان هستند اما فقط ۱۵-۱۰٪ آنها به صورت بالینی افسرده تلقی می شوند (۱۰). باتوجه به تاثیر منفی افسردگی در مادر و اثرات مخرب آن بر روی نوزاد کیفیت زندگی خانوادگی تشخیص زودرس بیماری در هفته های اولیه پس از زایمان و در مان زودرس آن حائز اهمیت است (۱۱).

در پژوهشی با استفاده از پرسشنامه بک (Beck) در کرمان، شیوع این اختلال ۳۱/۱٪ گزارش شده در حالیکه که با همین پرسشنامه شیوع اختلال در کانادا ۶/۲٪ بوده است. در استفاده از پرسشنامه ادینبورگ شیوع اختلال در ایران ۳۵/۱٪ در حالیکه در ترکیه ۲۷٪، کانادا ۲۰٪ (۱۲)، کارولینای شمالی ۳۵٪ بوده است (۱۳).

همسران زنانی که افسردگی پس از زایمان را تجربه می کنند، با احتمال ۵۰-۲۰ درصد در معرض ابتلا به افسردگی هستند (۱۴). شیوع افسردگی، مخصوصاً افسردگی پس از زایمان با عوامل فرهنگی، اجتماعی ارتباط تنگاتنگ داشته و به همین دلیل در کشورها و نژادهای مختلف شیوع آن متفاوت است (۱۵). شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعات ۲۵-۱۰ درصد و در ایران ۲۵-۳۹/۵٪ گزارش شده است (۱۶). مطالعه رابرتسون

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی شیوع افسردگی بعد از زایمان بر حسب تحصیلات همسر(زوج)، در زنان مورد مطالعه

تحصیلات همسر	وضعیت فرد		
	سالم	بیمار	جمع
زیر دیپلم	تعداد ۵۸	درصد ۲۳/۲	تعداد ۳۵/۲
دیپلم	تعداد ۶۹	درصد ۲۷/۶	تعداد ۳۹/۶
فوق دیپلم	تعداد ۶	درصد ۲/۴	تعداد ۵/۲
لیسانس و بالاتر	تعداد ۴۲	درصد ۱۶/۸	تعداد ۲۰
جمع	تعداد ۱۷۵	درصد ۷۰	تعداد ۲۵۰
	$X^2= 8.892$	$DF= 3$	$P= 0.031$

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی شیوع افسردگی بعد از زایمان بر حسب نوبت یا رتبه زایمان، در زنان مورد مطالعه

نوبت زایمان	وضعیت فرد		
	سالم	بیمار	جمع
اول	تعداد ۱۲۶	درصد ۵۰/۴	تعداد ۶۴/۴
دوم	تعداد ۴۰	درصد ۱۶	تعداد ۲۶
سوم و بیشتر	تعداد ۹	درصد ۳/۶	تعداد ۹/۶
جمع	تعداد ۱۷۵	درصد ۷۰	تعداد ۲۵۰
	$X^2= 19.519$	$DF= 2$	$P= 0.000$

مطالعه رابرتسون و همکاران نشان داد که مهمترین عوامل موثر در افسردگی پس از زایمان عبارتند از: افسردگی و اضطراب در طی بارداری، تجربیات و حوادث استرس زای زندگی و سطح پایین حمایت‌های اجتماعی و سابقه افسردگی (۲۲).

بحث:

از مجموع ۲۵۰ نمونه مورد مطالعه، ۱۷۵ نفر (۷۰٪) فاقد علائم افسردگی (سالم)، ۶۸ نفر (۲۷/۲٪) دارای علائم افسردگی خفیف بعد از زایمان و ۷ نفر (۲/۸٪) دارای افسردگی متوسط بعد از زایمان بودند و موارد افسردگی شدید در آنها مشاهده نشد.

درصد شیوع کلی افسردگی بعد از زایمان در این مطالعه ۳۰٪ بوده که این رقم از میانگین شیوع کلی افسردگی بعد از زایمان در مطالعات گذشته (۲۰٪) بالاتر می باشد و نشان دهنده اهمیت مطالعه و پیگیری و تحقیق و بررسی بالینی هر چه بیشتر در موضوع مورد بحث می باشد.

اکثریت زنان مورد مطالعه (۹۲/۸٪) رنج سنی مناسب جهت بارداری و زایمان (۳۵-۱۸ سال) را داشته اند و در

نظر که شامل ۲۱ مرکز بهداشتی - درمانی شهری و ۳ پایگاه بهداشتی تابعه می باشد، به صورت یک نمونه گیری خوشه ای ۲ مرحله ای صورت گرفت که در مرحله اول ۵ مرکز بهداشتی و درمانی شهری و یک پایگاه بهداشتی به عنوان ۶ خوشه از میان ۲۴ خوشه موجود، به روش تصادفی ساده (قرعه کشی) انتخاب گردید و در مرحله بعد حجم نمونه مورد نظر از میان این ۶ خوشه به تناسب جمعیت هدف هر یک از این مراکز و باز هم به روش تصادفی انتخاب و پس از توجیه مادران درباره اهداف طرح، پرسشنامه که به ترتیب اولی شامل اطلاعات شخصی و متغیرهای مرتبط با شیوع افسردگی بعد از زایمان می باشد و دومی، پرسشنامه استاندارد بک جهت سنجش افسردگی پس از زایمان است، در اختیار آنها قرار گرفت و پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها با استفاده از نرم افزار علمی SPSS کدگذاری شده و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. همچنین در این مطالعه متغیر افسردگی بعد از زایمان به عنوان متغیر وابسته و سایر متغیرهای مورد بحث به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده است.

نتایج:

یافته های پژوهش نشان داد که در مجموع ۳۰٪ زنان دارای درجات مختلفی از افسردگی پس از وضع حمل و ۷۰٪ دیگر غیر افسرده بودند. آزمون آماری کای دو ارتباط معناداری بین افسردگی بعد از زایمان و تحصیلات همسر (جدول ۱) ($P= 0/031$)، رتبه بالای زایمان (جدول ۲) ($P= 0/000$) و بارداری ناخواسته ($P= 0/000$) نشان داد و آزمون آماری فیشر نیز صحت معناداری ارتباط بین افسردگی بعد از زایمان و عدم سازگاری با همسر را تایید نمود ($P= 0/008$). همچنین در این مطالعه با آزمون های آماری کای دو، فیشر و T تست بین افسردگی بعد از زایمان و تفاوت سنی زوجین، میزان تحصیلات و اشتغال زن، سن و نوع زایمان اخیر، جنسیت نوزاد، سابقه ابتلا به افسردگی در گذشته، شاخص توده بدن در شروع بارداری، نحوه مصرف مکمل اسید فولیک در دوران بارداری و سابقه سقط و مرده زایی ارتباط معناداری وجود نداشت.

گروه سنی زیر ۱۸ سال تنها ۳ مورد (۱/۲٪) و در گروه سنی بالای ۳۵ سال تنها ۱۵ مورد (۶٪) زایمان داشته ایم. ۶۴/۴٪ زایمان ها در زنان مورد مطالعه ، زایمان اول ، ۲۶٪ زایمان دوم و ۹/۶٪ زایمان سوم و بیشتر بوده است.

ایفابومی و اکیندل میزان شیوع بیماری را در زنان نخست زایمان می دانند اما لیندمن شیوع آنرا در زنان چندزا بیشتر ذکر نموده است (۲۳).

به دلایل مختلف فرهنگی و اجتماعی درصد بالایی از زایمان ها ی مورد نظر (۶۴٪) به صورت سزارین انجام شده و تنها ۳۶٪ زایمان ها طبیعی بوده است.

۲۱/۶٪ بارداری ها در زنان مورد نظر چه برای هر دوی زن و مرد چه برای یکی از آنها ناخواسته بوده که این امر خود رنج و تالم جسمی و روانی بسیاری را بر خانواده ها و به خصوص بر زنان تحمیل می کند و حاکی از آن است که بایستی برنامه ریزی های جدی تری در زمینه مسائل مربوط به آموزش تنظیم خانواده صورت گیرد.

۶/۴٪ زنان مورد نظر در زایمانهای گذشته خود سابقه ابتلا به افسردگی بعد از زایمان داشته اند. ۹/۶٪ زنان مورد نظر ، دارای سابقه ابتلا به افسردگی غیر مرتبط با بارداری و زایمان در گذشته بوده اند.

۱۷/۶٪ زنان مورد نظر به دلایل مختلف جسمی ریال فیزیولوژیکی ، روانی و ... در سابقه گذشته بارداری خود، سابقه سقط جنین و یا مرده زایی داشته و تجربه رنج مضاعف ناشی از بارداری و زایمان را در طول دوره باروری خود متحمل شده اند.

تحصیلات همسر در اکثریت زنانیکه مبتلا به افسردگی بعد زایمان بوده اند در حددپلم و یا زیر دپلم بوده و بین تحصیلات همسر و شیوع کلی افسردگی بعد زایمان ارتباط ارتباط آماری معناداری با آزمون کای دو مشاهده شد (P=۰/۰۳۱). در مطالعه حسن زهرایی و همکاران علائم افسردگی بعد از زایمان با شغل و میزان تحصیلات رابطه معنی داری داشته ولی با سن رابطه ای نداشت (۲۴). در مطالعه Chaaya و همکاران نیز تحصیلات پائین و بیکاری با افسردگی بعد از زایمان مرتبط بود (۲۵) در مطالعه کمالی و همکاران افسردگی بعد از زایمان با محل سکونت

رابطه ای نداشت (۲۶).

همچنین در مطالعات مشابه افسردگی بعد از زایمان با کفایت میزان درآمد مرتبط بود (۲۷،۲۸)، در حالیکه Ross و همکاران بیان کردند که متغیرهای اجتماعی و اقتصادی پیشگویی کننده قوی برای افسردگی بعد از زایمان نیست (۲۹).

اکثریت زنان افسرده خانه دار بوده ، چرا که از مجموعه ۳۰ درصدی بیماران ، ۲۵/۶ درصد آنها خانه دار بوده اند . اما با استفاده از تست آماری فیشر ارتباط معناداری میان شیوع افسردگی بعد زایمان و متغیر وضعیت اشتغال مشاهده نشد (P=۰/۳۸۹). در مطالعه مصلی نژاد و همکاران غم بعد از زایمان در افراد خانه دار بیشتر مشاهده گردید (۳۰).

سن زایمان اخیر ، در دو گروه زنان سالم و بیمار نشان می دهد که حداقل سن زایمان در گروه سالم (۱۷ سال) بیشتر از حداقل سن زایمان در گروه بیمار (۱۶سال) و حداکثر سن زایمان در گروه سالم (۳۹ سال) کمتر از حداکثر سن زایمان در گروه بیمار (۴۲ سال) می باشد . به عبارتی حداقل و حداکثر سن زایمان در زنان سالم به رنج سنی مناسب توصیه شده جهت بارداری و زایمان (۳۵- ۱۸ سال) نزدیکتر است . نتایج آزمون آماری T نشان داد که اختلاف معناداری بین میانگین سن زایمان اخیر در زنان سالم و بیمار وجود ندارد. در نتیجه ارتباط معناداری میان شیوع افسردگی بعد زایمان و سن زایمان اخیر وجود نداشت (P= ۰/۰۹۶).

۶۴/۴٪ زایمان ها ، زایمان اول ، ۲۶٪ زایمان دوم و ۹/۶٪ زایمان ها زایمان سوم و بیشتر می باشد . فراوانی زایمان اول در هر گروه سالم و بیمار بیشتر از زایمان در نوبت های بعدی است، ولی درصد زایمان های سوم به بالاتر در بیماران نسبت به افراد سالم بیشتر است . آزمون آماری کای دو ارتباط آماری معنی داری میان شیوع افسردگی بعد زایمان و نوبت زایمان اخیر نشان می دهد (P= ۰/۰۰۰).

اکثریت زنان افسرده در زایمان خود ، دارای فرزند دختر بوده ، در حالی که در گروه افراد سالم ، بیش از

نتیجه نهایی:

با توجه به نتایج حاصل از مطالعه حاضر که حدود ۳۰٪ زنان دارای درجات مختلفی از اسردگی پس از زایمان هستند. پیشنهاد می گردد جهت جلوگیری از این عارضه، برنامه های حمایتی و آموزشی در طی حاملگی و بعد از زایمان برای مادر و اطرافیان اجرا گردد.

سپاسگزاری:

بدین وسیله پژوهشگران از مسؤلان مراکز بهداشتی درمانی شمال شهر تهران، افراد شرکت کننده و کلیه کسانی که آنان را در انجام پژوهش صمیمانه یاری نمودند، سپاس و قدردانی می نمایند.

منابع:

1. Fisher JR, Morrow MM, Ngoc NT, Anh LT. Prevalence, nature, severity and correlates of post partum depressive symptoms in Vietnam. *BJOG* 2004; 111(12): 1353-60.
2. Cunningham FG, Kenneth JL, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap K, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 22nd ed, Philadelphia: McGraw Hill 2005: 705-6.
3. O' Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(11): 1039-45.
4. Galler JR, Harrison RH, Ramsey F, Forde V, Butler SC. Maternal depressive symptoms affect infant cognitive development In Barbados. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41(6): 747-57.
5. Mclearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160(3): 279-84.
6. World Health Organization. *World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: WHO, 2001.
7. Brockington I. Diagnosis and management of postpartum disorders: a review. *World Psychiatry* 2004; 3(2): 89-95
8. Bahrami N, Araban M, Bahrami S. [The Impact of antenatal education on postpartum depression, Dezful, Iran]. *Hormozgan Medical Journal* 2010, 5: 4. (Persian).
9. Mosallanejad L, Sobhanian S. [The Accuracy of Edinburgh Postpartum Depression Test]. *J Jahrom Univ Medi Scie*. 2010;7:3. 1-6(Persian).
10. Webster J, Hall L, Somville T, et al. Prospective testing of the brisbane postnatal depression index. *Birth* 2006;33(1):56-63.
11. Kimberiy A, Ronkers MD, Susan M, et al. Onset and Persistence of Postpartum Depression in

نیمی از زنان دارای فرزند پسر بودند. اما با آزمون آماری فیشر هیچ ارتباط معناداری میان شیوع افسردگی بعد از زایمان و جنسیت نوزاد مشاهده نشد ($P=0/217$).

اکثریت زایمان ها در افراد سالم و بیمار به صورت سزارین بوده و آزمون آماری فیشر معناداری ارتباط مورد نظر را تایید نکرد. ($P=0/569$). در مطالعه Waterstone و همکاران افسردگی بعد از زایمان در افرادی که دچار موربیدیتی شدید مامایی شدند بیشتر بود $23/3\%$ در مقابل $20/5\%$ گروه کنترل (۳۱).

Chaaya و همکاران در لبنان نیز نشان دادند که افسردگی بعد از زایمان واژینال بیشتر بود (۲۵).

در مطالعه حسن زهرایی و همکاران افسردگی بعد از زایمان با نوع زایمان مرتبط نبود (۲۴) در حالیکه در برخی مطالعات دیگر افسردگی پس از زایمان در سزارین بیشتر از زایمان طبیعی بوده است (۲۸،۳۲،۳۳).

از مجموع $6/4\%$ زنانی که در زایمان های گذشته خود مبتلا به افسردگی بعد زایمان بودند، نیمی از آنان در زایمان فعلی خود نیز عود افسردگی داشته و همچنین از مجموع $9/6\%$ زنانی که در دوران های غیر بارداری خود سابقه ابتلا به افسردگی داشتند، $4/4\%$ آنان پس از زایمان افسرده شده بودند. اما آزمون آماری فیشر نتوانست معناداری هر دو ارتباط مورد نظر را اثبات نماید ($P=0/090$) و ($P=0/100$)، هر چند که در اکثریت مطالعات مورد بررسی تاثیر سابقه گذشته ابتلا به افسردگی بر شیوع کلی افسردگی بعد زایمان به اثبات رسیده است.

سازگاری با همسر از عوامل خانوادگی مهمی است که در بسیاری از مطالعات مورد بررسی، ارتباط آن با شیوع افسردگی بعد زایمان به اثبات رسیده است (۳۴). چری ذکر می کند که عدم ارتباط مناسب و عدم رضایت از همسر می تواند منجر به بروز اختلالات در احساسات و عواطف زن شده و منجر به افزایش احتمال افسردگی بعد زایمان گردد. کانینگهام و همکاران نیز می نویسند، در صورت وجود مشکلات مربوط به زندگی زناشویی احتمال افسردگی بعد زایمان زیاد می شود.

- an Inner-City Maternal Health Clinic System. *Am J Psychiatry* 2001;58:1856-63.
12. Robertson E, Grace S, Wallington T, Steart D. Antenatal risk factors for post partum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(4): 289-95.
 13. Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression. A comparison of screening and routine clinical evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182(5): 1080-2.
 14. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to Maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*.2004; 45(1), 26-35.
 15. Wang Sh-Y, Jiang X-Y, Jan W-CH, Chen CH-H. A comparative study of postnatal depression and its ounseling in Taiwan and Mainland China. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1407-12.
 16. Davies BR. Early detection and treatment of postnatal in primary care. *J Adv Nurs* 2003; 44(3): 248-255.
 17. Robertson E, Grace SH, Wallington T, Stewart DE. Antenatal Risk Factors for Postpartum depression: a Syntesis of Recent Literature. *General Haspital Psychiatry*. 2004; 26(3): 289-295.
 18. Khamsea F. The survey psychosocial factors effect on prevalence of postpartum depression in Karaj women's Hospital , Kousar Medical J 2002; 7(4): 327-31.
 19. Ascaso Terren C, Garcia Esteve L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalence of postpartum depression in spanish mothers: comparison of estimation by mean of the structured clinical interview for DSM-IV with the Edinburgh postnatal depression scale. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(9): 326-9.
 20. Ho Yen SD, Bonevik GT, Eberhard Gran M, Bjorvatn B. The Prevalence of depressive symptoms in the postnatal period in lalitpur district, Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85(10): 1186-92.
 21. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323 (7307): 257-60.
 22. Robertson E Grace SH Wallington T Stewart DE. Antenatal Risk Factors for Postpartum depression: a Syntesis of Recent Literature. *General Haspital Psychiatry*. 2004; 26(3): 289-295.
 23. Indman ED. Post partum psychiatric illness. *Br J Psychiatry*: 2001 ; 157:813-7.
 24. Hassan Zahraie R, Asadollahi GH, Bashardost N, Khodadostan M. The association of some factors with postpartum depression in women referred to Health center of Isfahan city, first national seminar of nursing and mood disorders: from prevention to rehabilitation 8-9 November 2000 Tabriz-I.R. Iran, 2002: 188-95.
 25. Chaaya M, Campbell OM, Elkak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Women Ment Health* 2002; 5(2): 65-72.
 26. Kamalifard M Hosieni. A. The survey of prediction of postpartum depression in mothers at teaching Hospital of Tabriz city, first national seminar of nursing and mood disorders: from prevention to rehabilitation 8-9 November 2000 Tabriz, I.R. Iran, 2002: 183-7.
 27. Walker L, Timmerman GM, Kim M, Sterling B. Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. *Women Health* 2002; 36(3): 101-21.
 28. Khamsea F. The survey psychosocial factors effect on prevalence of postpartum depression in Karaj women's Hospital , Kousar Medical J 2002; 7(4): 327-31.
 29. Ross LE, Campbell VL, Dennis CL, Blackmore R. Demographic characteristics of participant in studies risk factors, prevention, and treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry* 2006; 51(11): 704-10.
 30. Mosallanejad L, Jahanmiry SH, Ashkani H. The survey of epidemiological characteristics of postpartum blues. *J Health Sci* 2001;1(1):35-40.
 31. Waterstone M, Wolfe C, Hooper R, Bewley S. Postnatal morbidity after childbirth and severe obstetric morbidity. *BJOB* 2003;110(2): 128-33.
 32. Neghaban Banaby T, Saiyadi Anary A, Ansari Jabery A. The incidence of postpartum depression in Rafsanjan city, first national seminar of nursing and mood disorders: from prevention to rehabilitation 8-9 November 2000 Tabriz, I.R. Iran, 2002: 170-7.
 33. Edwards DRL, Porter SAM, Stein GS. A pilot study of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments. *J Psychosom Res* 1994;38(2):111-7.
 34. Danaci AE, Dinc G, Devenci A, Sen FS, Icelli I. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Mar; 37(3): 125-9.