

Original Article



# Effect of Individual Midwife Counseling Based on Gamble's Approach on Postpartum Stress and Depression in Primiparous Women: A Randomized Controlled Trial

Zahra Hajarian Abhari<sup>1</sup>, Fatemeh Zahra Karimi<sup>2\*</sup>, Seyed Reza Mazloun<sup>2</sup>, Seyyed Mohsen Asghari Nekah<sup>3</sup>

1. School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Department of Education and Psychology of Exceptional Children, School of Educational Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

## Article history:

Received: 16 June 2025

Revised: 28 July 2025

Accepted: 27 August 2025

ePublished: 20 September 2025

## \*Corresponding author:

Fatemeh Zahra Karimi, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Email: karimifz@mums.ac.ir



## Abstract

**Background and Objective:** Maternal depressive stress is associated with high prevalence, complications, and substantial costs for the mother, child, family, and society. Given the risk of postpartum stress and depression among primiparous women, it is essential to implement preventive and therapeutic measures for this group. The present study aimed to determine the effect of individual midwifery counseling using the Gamble approach on postpartum stress and depression in primiparous women.

**Materials and Methods:** This randomized clinical trial was conducted in 2018 on 60 primiparous women referring to health centers in Mashhad, Iran. The intervention group received individual counseling based on the Gamble strategy during three prenatal sessions and one postpartum session, whereas the control group received routine prenatal care. Data were collected using demographic characteristics and DASS-21 stress and depression questionnaires. Data analysis was performed in SPSS software (version 16), and descriptive and analytical tests, and a significance level of less than 0.05 was considered statistically significant.

**Results:** Before the intervention, the mean and standard deviation of the stress and depression scores of the participants in the two groups did not have a statistically significant difference, and the two groups were homogeneous. However, after the intervention, the mean values of the stress scores of the intervention and control groups were  $0.8 \pm 1.4$  and  $0.10 \pm 3.5$ , respectively, which shows a statistically significant difference between the two groups ( $p = 0.003$ ). After the intervention, the mean values of maternal depression in the intervention and control groups were  $7.3 \pm 0.6$  and  $8.2 \pm 0.2$ , respectively. Nevertheless, the Mann-Whitney test did not show this difference to be significant ( $p = 0.331$ ).

**Conclusion:** Counseling based on Gamble's approach reduces postpartum anxiety in primiparous women. This counseling can be used as a preventive and early intervention method for maternal mental health during pregnancy and postpartum.

**Keywords:** Counseling, Depression, Postpartum period, Stress



## Extended Abstract

### Background and Objective

For some women, childbirth is a life transition that can bring a sense of accomplishment. However, some others experience birth as a traumatic event that brings distress and discomfort. Studies have shown a relatively high and increasing prevalence of symptoms of stress and depression in the postpartum period. Postpartum stress refers to the stress experienced by a mother after delivery. Postpartum stress could significantly negatively affect women's health status and affect infant growth, nutrition, bonding, temperament, and mental well-being. In addition, it may lead to postpartum depression.

Approximately one in 10 women experiences postpartum depression, with some studies reporting rates as high as one in seven. However, despite the high prevalence of postpartum stress and depression worldwide, many cases go undiagnosed and untreated, leading to negative outcomes for both mother and child. Postpartum depression limits the ability of women to effectively fulfill their maternal role. Depressed mothers are less able to meet the basic needs of their infants and are more likely to refuse breastfeeding.

These issues are especially common in women who are experiencing their first pregnancy. The first-child pregnancy means accepting a transition to motherhood for primiparous women, and their lack of parenting experience can increase the difficulty of parent-child interaction. In fact, this group of women is more susceptible to postpartum mood and psychological disorders due to their lack of pregnancy and childbirth experience, lack of self-confidence in childbirth, fear of the unknown, and unrealistic expectations of natural childbirth.

Postpartum stress and depression are associated with high prevalence, complications, and costs for the mother, child, family, and society. Given the importance of emotional support for the mother in preventing or reducing postpartum mental disorders, and considering the risk of primiparous women developing postpartum stress and depression, the present study aimed to determine the effect of individual midwifery counseling based on Gamble's approach on postpartum stress and depression in primiparous women.

### Materials and Methods

This randomized clinical trial was conducted in 2018 on 60 primiparous women referring to health centers in Mashhad, Iran. Some of the inclusion criteria of the study were being a healthy primiparous woman aged 18-35 years, having a singleton pregnancy, and having no history of medical and psychological disorders or use of psychiatric medications. The exclusion criteria of the study were Cesarean delivery and the presence of high-risk complications during pregnancy, childbirth, and the postpartum period.

The intervention group received individual counseling based on Gamble's strategy during three prenatal sessions and one postpartum session, whereas the control group received routine prenatal care. Data were collected using demographic characteristics and DASS-21 stress and depression questionnaires. Data analysis was performed in SPSS software (version 16) using descriptive and analytical tests. A significance level of less than 0.05 was considered statistically significant.

### Results

Before the intervention, the mean values of the stress and depression scores of the studied mothers in the two groups did not have a statistically significant difference, and the two groups were homogeneous. After the intervention, the mean and standard deviation of the stress scores of the participants in the intervention and control groups were  $0.8 \pm 1.4$  and  $0.10 \pm 3.5$ , respectively, which showed a statistically significant difference between the two groups ( $p = 0.003$ ). After the intervention, the mean values of maternal depression in the intervention and control groups were  $7.3 \pm 0.6$  and  $8.2 \pm 0.2$ , respectively. The Mann-Whitney test did not show this difference to be significant ( $p = 0.331$ ).

### Conclusion

Counseling based on Gamble's approach reduces postpartum anxiety in primiparous women. Therefore, considering the importance of maternal mental health during pregnancy, childbirth, and postpartum, midwives can play a prominent role in providing counseling services during this period. Therefore, considering the applicability of counseling based on Gamble's approach in the field of midwifery practice, it is suggested that this type of counseling be integrated into the care and health programs of pregnant mothers in order to prevent or reduce postpartum psychological trauma.

**Please cite this article as follows:** Hajarian Abhari Z, Karimi FZ, Mazloun SR, Asghari Nekah SM. Effect of Individual Midwife Counseling Based on Gamble's Approach on Postpartum Stress and Depression in Primiparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2025; 33(3): 227-237 DOI: 10.32592/ajnm.33.3.227

## بررسی تأثیر مشاوره فردی ماما با رویکرد گمبل بر استرس و افسردگی پس از زایمان در زنان نخست باردار: یک مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی

زهرا حجاریان ابهری<sup>۱</sup> ID، فاطمه زهرا کریمی<sup>۲\*</sup> ID، سید رضا مظلوم<sup>۲</sup> ID، سید محسن اصغری نکاح<sup>۳</sup> ID

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. گروه روانشناسی مشاوره و تربیتی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

### چکیده

**سابقه و هدف:** با توجه به شیوع بالای استرس و افسردگی پس از زایمان، عوارض و هزینه‌های ناشی از آن برای مادر، کودک، خانواده و جامعه و همچنین در معرض خطر بودن زنان نخست‌باردار برای ابتلا به این اختلالات، انجام اقدامات پیشگیرانه برای کاهش استرس و افسردگی پس از زایمان در این گروه ضروری است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره فردی ماما با رویکرد گمبل بر استرس و افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌باردار انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این کار آزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۶۰ زن نخست باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. در گروه مداخله، مشاوره با استفاده از استراتژی گمبل بصورت انفرادی طی سه جلسه قبل از زایمان و یک جلسه پس از زایمان انجام گردید و برای گروه کنترل، مراقبت‌های روتین دوران بارداری صورت گرفت. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه استرس و افسردگی DASS۲۱ جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های توصیفی و تحلیلی انجام شد و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** قبل از مداخله، میانگین و انحراف معیار نمره استرس و افسردگی مادران مورد مطالعه در دو گروه مداخله تفاوت آماری معناداری نداشت و دو گروه همگن بودند. بعد از مداخله، میانگین و انحراف معیار نمره استرس مادران در گروه مداخله  $0.8 \pm 1.4$  و در گروه کنترل  $0.1 \pm 3.5$  و تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وجود داشت ( $P = 0.003$ ). بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار افسردگی مادران مورد مطالعه در گروه مداخله  $7.3 \pm 0.6$  و در گروه کنترل  $8.2 \pm 0.2$  بود. آزمون من ویتنی این تفاوت را معنادار نشان نداد ( $P = 0.331$ ).

**نتیجه‌گیری:** مشاوره با رویکرد گمبل منجر به کاهش اضطراب پس از زایمان در زنان نخست باردار می‌شود. این مشاوره می‌تواند به عنوان روشی موثر برای پیشگیری و مداخله زودهنگام در جهت سلامت روان مادران در دوران بارداری و پس از زایمان مورد استفاده قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** مشاوره، استرس، افسردگی، پس از زایمان

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۳/۲۶

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۰۵

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

\* نویسنده مسئول: فاطمه زهرا کریمی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

ایمیل: [karimifz@mums.ac.ir](mailto:karimifz@mums.ac.ir)

**استناد:** حجاریان ابهری، زهرا؛ کریمی، فاطمه؛ مظلوم، سیدرضا؛ اصغری نکاح، سید محسن. بررسی تأثیر مشاوره فردی ماما با رویکرد گمبل بر استرس و افسردگی پس از زایمان در زنان نخست باردار: یک مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، تابستان ۱۴۰۴، شماره ۳، ۲۲۷-۲۳۷.

### مقدمه

مراحل علاوه بر تجربه درد زایمان و ترس از مرگ یا مداخلات غیرمنتظره پزشکی، با انتظارات، نیازهای ناشناخته، چالش‌ها و تحولات بزرگ نیز مواجه می‌شود [۱-۳]. قرار گرفتن در چنین موقعیتی می‌تواند باعث افزایش آسیب‌پذیری و بروز یا عود اختلالات

برای برخی از زنان، زایمان به عنوان تحولی در زندگی است که می‌تواند احساس موفقیت را به ارمغان بیاورد. این در حالی است که برای برخی دیگر، تولد به عنوان یک رویداد آسیب‌رسان است که پریشانی و ناراحتی را به دنبال دارد، چرا که مادر در طی گذار از این

عاطفی و روانی مانند استرس و افسردگی شود [۴-۶].

نتایج مطالعات نشان می‌دهد شیوع علائم استرس و افسردگی پس از زایمان رو به افزایش است؛ تقریباً یک نفر از هر ۱۰ زن دچار افسردگی پس از زایمان می‌شود و برخی گزارش‌ها این میزان را یک نفر از هر هفت زن ذکر کرده‌اند [۷]. اما با وجود شیوع بالای استرس و افسردگی پس از زایمان در سراسر جهان، بسیاری از موارد تشخیص داده نمی‌شوند و درمان نمی‌شوند که منجر به عواقب منفی برای مادر و کودک می‌شود [۸].

در یک مطالعه که بر روی ۳۱۹ مادر انجام شده‌است، نتایج نشان داد زنانی که استرس بیشتری داشتند، نوزادان آنان واکنش‌پذیرتر و تحریک‌پذیرتر بودند [۹]. در واقع افسردگی پس از زایمان، توانایی زنان را برای ایفای موثر نقش مادرانه محدود می‌سازد [۱۰]. مادران افسرده قادر به پاسخ‌گویی به نیازهای اولیه نوزاد خود نیستند و به احتمال بیشتری از تغذیه نوزاد با شیر مادر خودداری می‌کنند [۱۱، ۱۲].

ناتوانی در توجه به نیازهای اولیه نوزاد می‌تواند منجر به ایجاد دلبستگی ناایمن، اختلال در دلبستگی و تاخیر رشدی شود. به‌علاوه همبستگی بالایی بین افسردگی پس از زایمان و مشکلات زناشویی و عدم سازگاری در زندگی مشترک وجود دارد و در موارد شدید و عدم درمان حتی منجر به خودکشی و یا فرزندکشی می‌گردد [۱۳، ۱۴]. این مسائل به‌خصوص در زنانی که اولین تجربه بارداری را دارند، بیشتر دیده می‌شود. در واقع این گروه از زنان به‌دلیل نداشتن تجربه بارداری و زایمان، عدم اعتماد به نفس در امر زایمان، ترس از ناشناخته‌ها و انتظارات غیر واقع‌گرایانه نسبت به زایمان طبیعی بیشتر مستعد ابتلا به اختلالات خلقی و روانی پس از زایمان هستند [۱۵-۱۷].

با توجه به موارد فوق و با در نظر گرفتن این‌که این اختلالات حتی در سطوح تحت بالینی، اثرات بسیار مضر و طولانی‌مدت بر مادران و نوزادان آن‌ها دارد، نیاز به طراحی و ارائه مداخلات جهت کاهش این مشکلات از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

اگرچه درمان دارویی به‌عنوان یک مداخله موثر در اختلالات روانی پس از زایمان به شمار می‌رود، اما دارو درمانی اغلب پس از بروز علائم صورت می‌گیرد. به‌علاوه دارو درمانی می‌تواند با شیردهی تداخل ایجاد کند. ضمن این‌که اغلب مادران با این استنباط که مصرف دارو در دوران شیردهی باعث ایجاد عوارض در نوزاد می‌گردد، معمولاً تمایلی به مصرف دارو ندارند. لذا مداخلات پیشگیری‌کننده که در حین بارداری و قبل از بروز اختلال انجام می‌شوند، از اهمیت قابل توجهی برخوردار هستند [۱۸-۲۰].

از جمله مداخلاتی که به عنوان پیشگیری از اختلالات روانی در بارداری و پس از زایمان مطرح شده است، مشاوره و آموزش توسط کادر درمان می‌باشد [۲۱]. یکی از مشاوره‌هایی که در کاهش اختلالات روانی دوران بارداری و پس از زایمان پیشنهاد شده‌است، مشاوره طراحی‌شده توسط گمبل (Gamble) و همکاران می‌باشد

که برای اولین بار (۲۰۰۵) در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان، برای زنانی که دچار زایمان تروماتیک شده بودند، انجام شد و توانست میزان استرس پس از تروما و افسردگی را در طی سه ماه پس از زایمان کاهش دهد. این مشاوره که می‌تواند توسط ماما انجام گردد یک مشاوره روان‌درمانی نبوده و جنبه پیشگیری دارد [۲].

مشاوره با رویکرد گمبل بر اساس اصول درمان شناختی- رفتاری طراحی شده‌است که بر مبنای آن؛ باورها، تفکرات و نگرش افراد بر احساس و رفتار آن‌ها تاثیر می‌گذارد و تغییر تفکر نامطلوب فرد می‌تواند منجر به رفتارهای سالم‌تر و بهبود وضعیت عاطفی او گردد. استراتژی این مشاوره به زنان فرصت می‌دهد تا درباره تجربیات و احساساتشان صحبت کنند، همچنین با افزایش دانش آن‌ها توسط مشاور، می‌توانند درک صحیحی از حوادث داشته باشند و ارتباط بین رویداد، احساس و رفتار خود را درک کنند. مشاوره با رویکرد گمبل دارای تعداد نه استراتژی می‌باشد که شامل؛ ایجاد ارتباط درمانی بین ماما و زانو، پذیرش ادراکات مادر در رابطه با زایمان، حمایت مادر در بیان احساساتش، برطرف کردن ابهامات مادر، برقراری ارتباط بین رفتارها، هیجانات و زایمان، مرور مراحل و چگونگی لیبر و زایمان، تقویت حمایت اجتماعی، کمک به تطابق و تقویت افکار مثبت مادر و کشف راه حل است [۲۲].

با توجه به اهمیت موضوع، شیوع بالای استرس و افسردگی پس از زایمان، عوارض و هزینه‌های ناشی از آن برای مادر، کودک، خانواده و جامعه و نیز نقش حمایت عاطفی در پیشگیری یا کاهش اختلالات روانی پس از زایمان و با در نظر گرفتن این‌که زنان نخست‌باردار در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به این اختلالات هستند، مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر مشاوره فردی ماما با رویکرد گمبل بر استرس و افسردگی پس از زایمان در این گروه از زنان انجام شد.

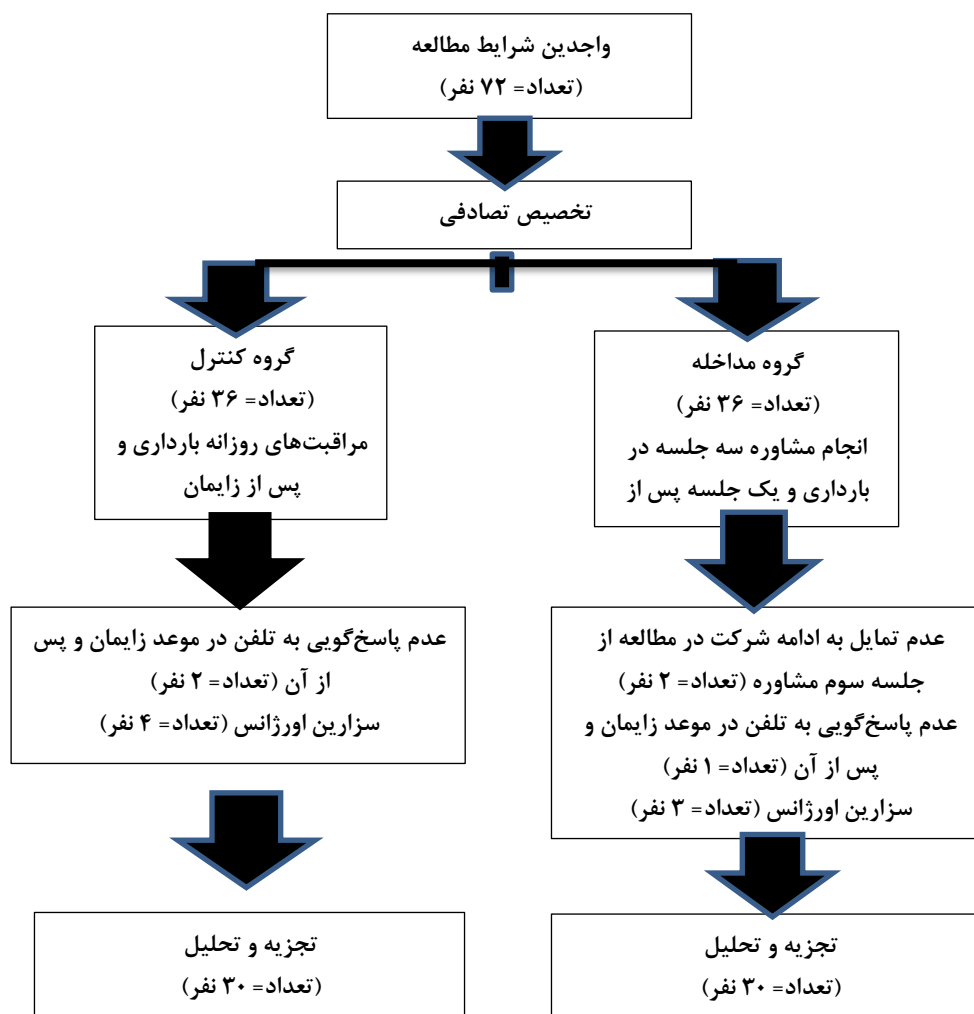
## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۶۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (IR.MUMS.NURSE.REC.1397.006) و در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد IRCT20210124050128N1 تایید شده‌است.

معیارهای ورود به مطالعه شامل نخست‌بارداری در زنان ۱۸ تا ۳۵ سال با سن بارداری ۳۵ هفته، بارداری تک‌قلو با جنین سالم، نداشتن مشکلات طبی و روان‌پزشکی، عدم مصرف دخانیات و مواد مخدر، نداشتن اختلال افسردگی، اضطراب یا استرس در سطح شدید بر اساس پرسش‌نامه Depression, Anxiety and Stress Scale-21 Items (DASS-21) با امتیاز کمتر از ۲۰ برای افسردگی، کمتر از ۱۴ برای اضطراب و کمتر از ۲۵ برای استرس، و

شد. با احتساب احتمال ۲۰ درصد ریزش نمونه، تعداد ۳۶ نفر در هر گروه (۷۲ نفر در مجموع) وارد مطالعه شدند. از ۷۲ نفر شرکت‌کننده در دو گروه، ۶ نفر در گروه مداخله و ۶ نفر در گروه کنترل (به دلیل عدم پاسخگویی به تلفن در موعد زایمان و پس از آن سزارین اورژانس) از مطالعه خارج شدند (نمودار ۱).

تمایل به انجام زایمان طبیعی بود. معیارهای خروج نیز شامل بروز عوارض پرخطر در دوران بارداری، حین زایمان یا پس از آن و همچنین انجام زایمان سزارین در طول مطالعه در نظر گرفته شد. حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعه اندرون و همکاران (۲۰۱۸) [۲۳] و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد با فرمول مقایسه میانگین‌ها، ۲۹ نفر در هر گروه محاسبه



نمودار ۱: فلوچارت انتخاب نمونه

و با استفاده از استراتژی گمبل انجام شد [۲۲]. استراتژی‌های این مشاوره شامل؛ ایجاد ارتباط درمانی بین ماما و زائو، پذیرش ادراکات مادر در رابطه با زایمان، حمایت مادر در بیان احساساتش، برطرف کردن ابهامات مادر، برقراری ارتباط بین رفتارها، هیجانات و زایمان، مرور مراحل و چگونگی لیبر و زایمان، تقویت حمایت اجتماعی، کمک به تطابق و تقویت افکار مثبت مادر و کشف راه حل بود که در جدول (۱) قابل مشاهده است.

زنان واجد شرایط پژوهش به روش در دسترس در مراکز بهداشتی و درمانی شهر مشهد انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده با توالی تصادفی تولیدشده با استفاده از سایت [www.randomization.com](http://www.randomization.com) به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند.

در گروه مداخله، علاوه بر مراقبت‌های روزانه دوران بارداری در طول مطالعه، مشاوره توسط پژوهشگر اول به صورت انفرادی

جدول ۱: ساختار و محتوای جلسات مشاوره جنسی بر اساس رویکرد گمبل

| استراتژی                                        | محتوا                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱. ایجاد ارتباط درمانی بین ماما و زانو          | مهربانی کنید، لیاقت و شایستگی مادر را تصدیق کنید، پرسیدن سوالات باز و ساده و غیر تهدیدکننده در مورد زایمان، گوش دادن به سخنان مادر و پذیرفتن احساسات او                                                                                                      |
| ۲. پذیرش ادراکات مادر در رابطه با زایمان        | تشویق مادر در جهت گفتن داستان زایمان خود، گوش دادن به سخنان او و دلگرمی دادن به او                                                                                                                                                                           |
| ۳. حمایت مادر در بیان احساساتش                  | تشویق مادر در بیان احساساتش با سوالات باز، گوش دادن فعالانه، انعکاس علایق و سخنان مادر                                                                                                                                                                       |
| ۴. برطرف کردن ابهامات مادر                      | روشن کردن سوء تفاهمها و شفاف سازی، دادن آگاهی، پاسخ دادن به سوالات او با اطمینان و دقیق، پرسیدن سوال از او در رابطه با جنبه های مهم زایمان برای اطمینان از این که مادر سخنان ما را درک کرده، دفاع نکردن از مراقبت های انجام شده و توجیه نمودن آنها           |
| ۵. برقراری ارتباط بین رفتارها، هیجانات و زایمان | سوال از این که آیا بین تروما و احساسات و رفتارهای فعلی خود ارتباطی می بیند؟، شناسایی غم و اندوه، مقابله با افکار تخریب کننده مثل خودسرزنی و احساس بی کفایتی، تشویق مادر در جهت این که در یاد تصمیمات نامناسب یا عجولانه ممکن است واکنشی نسبت به زایمان باشد. |
| ۶. مرور مراحل و چگونگی لیبر و زایمان            | از مادر سوال کنید که آیا فکر می کند در طول لیبر یا زایمان باید کارهای متفاوت دیگری انجام می شد؟، درک بیشتر و صحیح تری از پیشامد ارائه دهید، واقع گرایانه این اصل را تشریح کنید که چطور اعمال معینی ممکن است نتایج مثبت داشته باشند، شناسایی تردیدهای مادر    |
| ۷. تقویت حمایت اجتماعی                          | بحث در مورد شبکه های حمایتی موجود، تاکید بر نحوه دریافت حمایت های عاطفی بیشتر، به مادر کمک کنید بفهمد ممکن است افرادی که تاکنون از او حمایت می کردند اکنون درگیر مشکلات خود باشند.                                                                           |
| ۸. کمک به تطابق و تقویت افکار مثبت مادر         | نظرات و عقاید مثبت مادر را تقویت کنید تا باعث ایجاد درک روشن تری از موقعیت شود، طراحی راهی برای غلبه بر استرس، مقابله غیرمستقیم با افکار و بیانات ناامیدکننده                                                                                                |
| ۹. کشف راه حل                                   | حمایت مادر برای کشف و تصمیم گیری در مورد راه حل های عملی مثل مشاوره های گروهی و فردی، جستجوی اطلاعات خاص و دسترسی به سیستم های شکایتی و حمایت                                                                                                                |

خودگزارشی و همچنین با استفاده از اطلاعات پرونده پزشکی تکمیل شد. پرسش نامه DASS21 در هر دو گروه یکبار قبل از شروع مداخله و یکبار در گروه مداخله، ۶ تا ۱۲ ساعت بعد از اتمام آخرین جلسه مشاوره و در گروه کنترل طی ۱۸ تا ۲۴ ساعت پس از زایمان توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS، نسخه ۱۶ انجام شد. جهت مقایسه گروه ها از نظر متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و فیشر استفاده شد. همچنین برای مقایسه گروه ها از نظر متغیرهای کمی با توزیع نرمال از آزمون تی مستقل استفاده شد. جهت مقایسه گروه ها از نظر متغیرهای رتبه ای و متغیرهای کمی با توزیع غیرنرمال از آزمون غیرپارامتری من ویتنی استفاده گردید. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## نتایج

میانگین سن مادران در گروه مداخله ۲۳/۳۳/۹ سال و در گروه کنترل ۲۴/۴۴/۴ سال و میانگین سن حاملگی در زمان زایمان در گروه مداخله ۴۰/۸۵/۷ هفته و در گروه کنترل ۳۹/۱۸/۲ هفته بود. سایر متغیرهای دموگرافیک در جدول ۲ گزارش شده است. از نظر متغیرهای دموگرافیک و مامایی بین دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت آماری معناداری وجود نداشت و دو گروه همگن بودند ( $P > 0/05$ ).

این مداخله شامل سه جلسه مشاوره پیش از زایمان بود؛ دو جلسه چهره به چهره به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه در هفته ۳۵ و ۳۷ و یک جلسه تلفنی به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه در هفته ۳۶. همچنین یک جلسه مشاوره حضوری دیگر به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بین ۴ تا ۱۲ ساعت پس از زایمان، در صورتی که علائم حیاتی مادر طبیعی بود، انجام شد. در طول مطالعه، پیگیری تلفنی به منظور یادآوری جلسات بعدی و پاسخ گویی به پرسش های مادر صورت گرفت و از هفته ۳۷ تا زمان زایمان نیز تماس های هفتگی برای اطلاع از زمان دقیق زایمان برقرار شد. در مقابل، گروه کنترل طی مدت مطالعه تنها مراقبت ها و آموزش های روتین دوران بارداری را در مراکز بهداشتی-درمانی دریافت کردند.

ابزار گردآوری داده ها شامل پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک مادر و نوزاد و پرسش نامه استرس، اضطراب و افسردگی DASS21 بود. جهت بررسی استرس و افسردگی پس از زایمان، از پرسش نامه استرس، اضطراب و افسردگی DASS21 استفاده شد. این پرسش نامه شامل ۲۱ سوال با سه خرده مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی می باشد که هر یک از خرده مقیاس ها شامل هفت سوال است و هر سوال از صفر (اصلا در مورد من صدق نمی کند) تا سه (کاملا در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود. روایی و پایایی این پرسش نامه در ایران در مطالعه صاحبی (Sahebi) و همکاران (۲۰۰۵) تایید شده است [۲۴]. پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک مادر و نوزاد به روش

**جدول ۲.** توزیع فراوانی نسبی مشخصات دموگرافیک مادران مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

| متغیر                           | مداخله          | کنترل      | نتیجه آزمون |
|---------------------------------|-----------------|------------|-------------|
| سن مادر (سال)                   | ۲۳/۳ ± ۳/۹      | ۲۴/۴ ± ۴/۴ | *P=۰/۲۸     |
| سن همسر (سال)                   | ۲۸/۲ ± ۴/۳      | ۲۸/۸ ± ۳/۴ | *P=۰/۵۵     |
| سن حاملگی در زمان زایمان (هفته) | ۴۰/۸ ± ۵/۷      | ۳۹/۸ ± ۱/۲ | ***P=۰/۳۵   |
| مدت ازدواج (سال)                | ۲/۶ ± ۲/۰       | ۳/۲ ± ۱/۶  | ***P=۰/۰۷   |
| تحصیلات مادر                    | ابتدایی         | ۱ (۳/۳)    | ۳ (۱۰/۰)    |
|                                 | راهنمایی        | ۹ (۳۰/۰)   | ۶ (۲۰/۰)    |
|                                 | دیپلم           | ۱۸ (۶۰/۰)  | ۱۳ (۴۳/۳)   |
|                                 | عالی            | ۲ (۶/۷)    | ۸ (۲۶/۷)    |
|                                 | کل              | ۳۰ (۱۰۰/۰) | ۳۰ (۱۰۰/۰)  |
| شغل مادر                        | خانه‌دار        | ۲۹ (۹۶/۷)  | ۲۸ (۹۳/۳)   |
|                                 | شاغل            | ۱ (۳/۳)    | ۲ (۶/۷)     |
|                                 | کل              | ۳۰ (۱۰۰/۰) | ۳۰ (۱۰۰/۰)  |
|                                 | ***P=۱/۰۰       |            |             |
| تحصیلات همسر                    | ابتدایی         | ۴ (۱۳/۳)   | ۴ (۱۳/۳)    |
|                                 | راهنمایی        | ۱۲ (۴۰/۰)  | ۶ (۲۰/۰)    |
|                                 | دیپلم           | ۱۲ (۴۰/۰)  | ۱۳ (۴۳/۳)   |
|                                 | عالی            | ۲ (۶/۷)    | ۷ (۲۳/۳)    |
|                                 | کل              | ۳۰ (۱۰۰/۰) | ۳۰ (۱۰۰/۰)  |
| سطح درآمد                       | کمتر از حد کفاف | ۷ (۲۳/۳)   | ۹ (۳۰/۰)    |
|                                 | در حد کفاف      | ۲۳ (۷۶/۷)  | ۲۱ (۷۰/۰)   |
|                                 | کل              | ۳۰ (۱۰۰/۰) | ۳۰ (۱۰۰/۰)  |
|                                 | ***P=۰/۵۵       |            |             |

\*تی مستقل

\*\*من ویتنی

\*\*\*کای اسکوئر

\*\*\*\*دقیق فیشر

قبل از مطالعه، میانگین و انحراف معیار نمره استرس در گروه مداخله  $10/9 \pm 2/4$  و در گروه کنترل  $10/1 \pm 2/0$  بود. آزمون تی مستقل این تفاوت را از نظر آماری معنادار نشان نداد ( $P=0/202$ ). بعد از مطالعه، میانگین و انحراف معیار نمره استرس در گروه مداخله  $8/1 \pm 0/4$  و در گروه کنترل  $10/0 \pm 3/5$  بود. آزمون من ویتنی این تفاوت را از نظر آماری معنادار نشان داد ( $P=0/003$ ). در مقایسه بین دو گروه از نظر تغییرات نمره استرس (قبل و بعد از مطالعه)، نتایج نشان داد که نمره استرس در گروه مداخله  $2/8 \pm 2/4$  و در گروه کنترل  $0/1 \pm 3/6$  کاهش داشت، آزمون من ویتنی این تفاوت را از نظر آماری معنادار نشان داد ( $P=0/002$ ). در تحلیل درون‌گروهی، نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد که در گروه مداخله، تغییرات نمره استرس (قبل و بعد از مطالعه) از نظر آماری معنادار بود ( $P<0/001$ )، اما در گروه کنترل از نظر آماری معنادار نبود ( $P=0/270$ ) (جدول ۳).

قبل از مطالعه، میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در گروه مداخله  $8/8 \pm 2/0$  و در گروه کنترل  $8/1 \pm 1/7$  بود. آزمون من ویتنی این تفاوت را از نظر آماری معنادار نشان نداد ( $P=0/321$ ). بعد از مطالعه، میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در گروه مداخله  $7/3 \pm 0/6$  و در گروه کنترل  $8/0 \pm 2/2$  بود. آزمون من ویتنی این تفاوت را از نظر آماری معنادار نشان نداد ( $P=0/331$ ). در مقایسه بین دو گروه از نظر تغییرات نمره افسردگی (قبل و بعد از مطالعه)، نتایج نشان داد که نمره افسردگی در گروه مداخله  $1/5 \pm 2/0$  کاهش و در گروه کنترل  $0/1 \pm 2/0$  کاهش داشت، آزمون من ویتنی این تفاوت را از نظر آماری معنادار نشان داد ( $P=0/027$ ). در تحلیل درون‌گروهی، نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد که در گروه مداخله، تغییرات نمره افسردگی (قبل و بعد از مطالعه) از نظر آماری معنادار بود ( $P<0/001$ )، اما در گروه کنترل از نظر آماری معنادار نبود ( $P=0/480$ ) (جدول ۴).

**جدول ۳:** میانگین و انحراف معیار نمره استرس مادران مورد مطالعه در مراحل قبل و بعد از مداخله

| نتیجه آزمون بین گروهی              | گروه                         |                              | استرس                           |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
|                                    | کنترل<br>(۳۰ نفر)            | مداخله<br>(۳۰ نفر)           |                                 |
|                                    | انحراف معیار $\pm$ میانگین   | انحراف معیار $\pm$ میانگین   |                                 |
| $t = 1/3, df = 58$<br>$*P = 0/202$ | $10/1 \pm 2/0$               | $10/9 \pm 2/4$               | قبل از مداخله                   |
| $Z = -3/0$<br>$**P = 0/003$        | $10/0 \pm 3/5$               | $8/0 \pm 1/4$                | بعد از مداخله                   |
| $Z = -3/1$<br>$**P = 0/002$        | $-0/1 \pm 3/6$               | $-2/8 \pm 2/4$               | تفاوت بعد نسبت به قبل از مداخله |
|                                    | $Z = -1/1$<br>$***P = 0/270$ | $Z = -4/4$<br>$***P < 0/001$ | نتیجه آزمون درون گروهی          |

\*تی مستقل  
\*\*من ویتنی  
\*\*\*ویلکاکسون

**جدول ۴:** میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی مادران مورد مطالعه در مراحل قبل و بعد از مداخله

| نتیجه آزمون بین گروهی      | گروه                         |                              | افسردگی                         |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
|                            | کنترل<br>(۳۰ نفر)            | مداخله<br>(۳۰ نفر)           |                                 |
|                            | انحراف معیار $\pm$ میانگین   | انحراف معیار $\pm$ میانگین   |                                 |
| $Z = -1/0$<br>$*P = 0/321$ | $8/1 \pm 1/7$                | $8/8 \pm 2/0$                | قبل از مداخله                   |
| $Z = -1/0$<br>$*P = 0/321$ | $8/0 \pm 2/2$                | $7/3 \pm 0/6$                | بعد از مداخله                   |
| $Z = -2/2$<br>$*P = 0/27$  | $-0/1 \pm 2/0$               | $-1/5 \pm 2/0$               | تفاوت بعد نسبت به قبل از مداخله |
|                            | $Z = -0/7$<br>$***P = 0/480$ | $Z = -3/4$<br>$***P = 0/001$ | نتیجه آزمون درون گروهی          |

\*من ویتنی  
\*\*\*ویلکاکسون

**بحث**

همراه است. با توجه به این که استرس در بارداری و زایمان با آسیب‌های روانی همراه است [۲۵، ۲۶]، انجام مداخلاتی در جهت کاهش استرس و پیامدهای آن ضروری به نظر می‌رسد. نتایج مطالعه کابلی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد، مشاوره با رویکرد شناختی-رفتاری باعث کاهش استرس و اضطراب خاص بارداری در مادران در گروه مداخله شد و میانگین نمرات استرس و اضطراب بین دو گروه اختلاف آماری معناداری داشت. در این مطالعه برای مادران در گروه مداخله شش جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دوبار در هفته، با رویکرد درمانی شناختی-رفتاری ارائه شد که محتوای مشاوره در هر جلسه به ترتیب شامل؛ معرفی استرس و روش‌های

در مطالعه حاضر، مشاوره فردی ماما با رویکرد گمبل بر میزان استرس مادران پس از زایمان موثر بود و نتایج حاصل نشان داد که میانگین نمره استرس مادران پس از زایمان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافت. استرس حالت تنش روانی است که به وسیله رویدادها و فشارهای جسمانی، روانی و اجتماعی به وجود می‌آید و افرادی که در معرض عوامل استرس‌زا قرار دارند بیشتر در معرض ابتلا به ناراحتی‌های جسمانی و روانی قرار می‌گیرند. حاملگی و مادرشدن علی‌رغم این که از وقایع لذت‌بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می‌شود، اغلب با استرس

مبتنی بر حل مسئله، هفته‌ای یک بار به مدت ۴۵ الی ۶۰ دقیقه ارائه شد [۳۲].

نضال آژ (nezal ajh) و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه کارآزمایی بالینی که با هدف تعیین تاثیر اقدامات حمایتی در دوران بارداری بر پیشگیری از افسردگی پس از زایمان انجام دادند، گزارش کردند که آموزش و اقدامات حمایتی در سه جلسه به صورت گروهی در دوران بارداری در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان موثر می‌باشد [۱۸].

هرچند مطالعات پیشین اثربخشی مشاوره در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان را نشان داده‌اند، این مطالعات عمدتاً به شکل مشاوره گروهی انجام شده‌اند. در مطالعه حاضر، مشاوره مورد استفاده به شکل فردی و با رویکرد گمبل ارائه شد. در این نوع مشاوره، تمرکز مشاور صرفاً بر صحبت‌ها، نگرانی‌ها و نیازهای یک مادر است و به او فرصت داده می‌شود تا درباره احساسات، تجربیات و دغدغه‌های خود در رابطه با دوران پیش از زایمان، زایمان و پس از آن صحبت کند. بنابراین، محدودیت زمانی که در مشاوره گروهی باعث می‌شود مشکلات هر فرد به‌طور خاص مورد بررسی قرار نگیرد، در این مطالعه کمتر است.

در مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی که پریت (Priest) و همکاران (۲۰۰۳) بر روی ۱۷۴۵ مادرانجام دادند، مشاوره دیبریفینگ بر اساس اصول مدیریت استرس پس از حادثه طی ۷۲ ساعت پس از زایمان به مادران گروه مداخله ارائه شد. نتایج نشان داد که میانگین نمره افسردگی بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری نداشت [۳۳]. هرچند انجام یک جلسه مشاوره دیبریفینگ به‌عنوان اقدام فوری روان‌شناختی برای کمک به افرادی که دچار وقایع تروماتیک می‌شوند پیشنهاد شده است، اما ممکن است تاثیر آن در طول زمان محدود باشد. در مطالعه حاضر، برخلاف مطالعه فوق، تعداد جلسات مشاوره بیشتر بود.

با توجه به مشکلات متعدد در زنان نخست باردار از جمله نداشتن تجربه زایمان، عدم اعتمادبه‌نفس در امر زایمان، ترس از ناشناخته‌ها و انتظارات غیر واقع‌گرایانه آن‌ها نسبت به زایمان طبیعی در نخستین بارداری، مطالعه حاضر صرفاً بر روی زنان نخست باردار انجام شده است. لذا فقط به این گروه از زنان قابل تعمیم است. پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابهی بر روی زنان چندزا نیز انجام شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به کورنبودن واحدهای پژوهش به دلیل ماهیت انجام مشاوره اشاره کرد.

### نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مشاوره فردی ماما با رویکرد گمبل به‌عنوان یک روش آسان، می‌تواند استرس و افسردگی پس از زایمان را در زنان نخست باردار کاهش دهد. بنابراین، با توجه به اهمیت بهداشت روان مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از

مقابله با آن، آموزش روش‌های ذهنی برای مقابله با استرس، آموزش روش‌های فیزیکی برای مقابله با استرس، شناسایی افکار بی‌اثر و خطاهای شناختی، انجام تکنیک‌های تنفسی و آرام‌سازی و آموزش حل مسئله بود [۲۷].

استرس واکنشی به محرک محیطی است و تفسیر و ارزیابی ادراکی فرد از عامل استرس‌زا در شدت و میزان اثرگذاری آن نقش مهمی دارد [۲۵]. در مشاوره فردی ماما با رویکرد گمبل نیز مشاور با یاری و حمایت به مادر فرصت می‌دهد که درباره تجربیات خود صحبت کند و او را تشویق به بیان نگرانی‌ها، احساسات، باورها و رفتارهایش می‌کند. سپس با افزایش دانش مادر باعث می‌شود تا او بتواند درک صحیحی از حوادث داشته‌باشد و ارتباط بین رویداد و احساس و رفتار خود را دریابد که این باعث تجزیه و تحلیل مسائل و شناسایی راه حل‌ها و تفسیر صحیح از موقعیت و در نهایت انتخاب و عمل آگاهانه توسط مادر می‌گردد. همچنین مشاوره با استراتژی گمبل به صورت فردی انجام می‌گردد و مشاور می‌تواند در هر جلسه با تمرکز بر روی یک مادر، مشکلات او را مورد بحث و بررسی قرار دهد.

در رابطه با متغیر افسردگی، هرچند نمره پس‌آزمون در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری نشان نداد، اما بررسی تغییرات نمره قبل و بعد نشان می‌دهد که در گروه مداخله کاهش معنی‌داری در افسردگی مشاهده شده است، در حالی که گروه کنترل تغییر معناداری نداشته است. همچنین تفاوت معنادار تغییرات نمره افسردگی بین دو گروه نیز مشاهده شد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مشاوره فردی ماما با رویکرد گمبل در کاهش افسردگی مؤثر بوده است. به نظر می‌رسد عدم مشاهده تفاوت معنادار در نمره پس‌آزمون بین دو گروه، به دلیل تفاوت‌های اولیه نمره افسردگی قبل از مداخله باشد؛ هرچند این تفاوت معنادار نبوده، احتمالاً بر نمره پس‌آزمون تاثیر گذاشته است.

در بسیاری از زنان بارداری و زایمان عاملی است که محرک شروع اختلالات افسردگی و یا شروع مجدد آن است. مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات آموزشی، مشاوره‌ای و مهارتی در کاهش افسردگی مؤثر بوده و می‌تواند سبب ارتقای کیفیت زندگی مادر شود [۲۸-۳۰].

موسوی نژاد و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای گزارش کرده‌اند که آموزش مهارت‌های شناختی تاثیر معناداری بر کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان دارد. در این مطالعه، مادران گروه مداخله در شش جلسه ۴۵ دقیقه‌ای طی چهار هفته، آموزش مهارت‌های شناختی و آشنایی با خطاهای شناختی و روش‌های مقابله با آن‌ها را دریافت کردند [۳۱].

نتایج حاصل از مطالعه پارسا و همکاران (۲۰۱۷) بر روی ۸۲ مادر زایمان کرده در شهر همدان نیز نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر حل مسئله بر کاهش افسردگی پس از زایمان مؤثر است. در این مطالعه برای گروه مداخله، هشت جلسه مشاوره گروهی

## تضاد منافع

هیچ تعارض منافی برای اعلام وجود ندارد.

## ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر در دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1397.006 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20180520039747N1 تایید شده است. از مشارکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه کتبی اخذ گردید.

## سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در نگارش مقاله سهیم بودند.

## حمایت مالی

ندارد.

زایمان، ماماها می‌توانند نقش برجسته ای در ارائه خدمات مشاوره‌ای در این دوران داشته باشند. لذا، با توجه به قابل اجرا بودن مشاوره با رویکرد گمیل در حیطه عملکرد مامایی، پیشنهاد می‌شود جهت پیشگیری و یا کاهش آسیب‌های روانی پس از زایمان این نوع از مشاوره در برنامه‌های مراقبتی و بهداشتی مادران باردار ادغام گردد تا بتواند علاوه بر دادن آگاهی لازم، برای مادران فرصتی جهت صحبت و بیان مشکلات و تردیدهایشان به صورت انفرادی ایجاد نماید و هزینه‌های درمان و تأثیر استرس و افسردگی بر روی مادر و کودک را کاهش دهد تا در نهایت منجر به بهبود عملکرد مادر و ارتباطات مادر، کودک و خانواده گردد.

## تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره در مامایی می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی مشهد به تصویب رسیده است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تشکر و قدردانی می‌گردد.

## REFERENCES

- Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *J Adv Nurs*. 2010;**66**(10):2142-53. PMID: 20636467 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x
- Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 2005;**32**(1):11-9. PMID: 15725200 DOI: 10.1111/j.0730-7659.2005.00340.x
- Salarvand S, Mousavi MS, Esmailbeigy D, Changae F, Almasian M. The Perceived Health Needs of Primiparous Mothers Referring to Primary Health Care Centers: A Qualitative Study. *Int J Womens Health*. 2020;**12**:745-53. PMID: 33061663 DOI: 10.2147/IJWH.S258446
- Asadi M, Noroozi M, Alavi M. Exploring the experiences related to postpartum changes: perspectives of mothers and healthcare providers in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;**21**(1):7. PMID: 33402108 DOI: 10.1186/s12884-020-03504-8
- Javadifar N, Majlesi F, Nikbakht A, Nedjat S, Montazeri A. Journey to Motherhood in the First Year After Childbirth. *J Family Reprod Health*. 2016;**10**(3):146-53. PMID: 28101116
- Seyed Karimi S, Khodabakhshi-Koolaei A, Falsafinejad MR. Psychological Challenges of Transition to Parenthood in First-time Parents. *Practice Clin Psychol*. 2021;**9**(2):81-92. DOI: 10.32598/jpcp.9.2.758.1
- Amer SA, Zaitoun NA, Abdelsalam HA, Abbas A, Ramadan MS, Ayal HM, et al. Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health*. 2024;**24**(1):1308. PMID: 38745303 DOI: 10.1186/s12889-024-18502-0
- Gusak N, Kendall S, Nizalova O. Exploring prevalence and factors associated with postpartum depression among Ukrainian women. *Eur J Midwifery*. 2024;**8**:10.18332/ejm/188800. PMID: 38957354 DOI: 10.18332/ejm/188800
- Pesonen A-K, Räikkönen K, Strandberg TE, Järvenpää A-L. Continuity of maternal stress from the pre-to the postnatal period: associations with infant's positive, negative and overall temperamental reactivity. *Infant Behav Dev*. 2005;**28**(1):36-47. DOI: 10.1016/j.infbeh.2004.09.001
- Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev*. 2010;**33**(1):1-6. PMID: 19962196 DOI: 10.1016/j.infbeh.2009.10.005
- Tikotzky L, Chambers AS, Kent J, Gaylor E, Manber R. Postpartum maternal sleep and mothers' perceptions of their attachment relationship with the infant among women with a history of depression during pregnancy. *Int J Behav Dev*. 2012;**36**(6):440-8. DOI: 10.1177/0165025412450528
- Ahmadienezhad GS, Karimi FZ, Abdollahi M, NaviPour E. Association between postpartum depression and breastfeeding self-efficacy in mothers: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;**24**(1):273. PMID: 38609849 DOI: 10.1186/s12884-024-06465-4
- Moosavi Sahib Azamani SS, Fathi Ashtiani A, Ahmadi A, Shafi Y, Alimadadi Z, Sedghi Taromi AR. Effect of antenatal psychological education to reduce postpartum depression and improve marital satisfaction: a randomized controlled trial in first-time mothers referred to Baghatalah and Najmijeh hospitals, 2013. *Nurs Midwifery J*. 2016;**13**(10):892-902. Link
- Sit D, Seltman H, Wisner KL. Seasonal effects on depression risk and suicidal symptoms in postpartum women. *Depress Anxiety*. 2011;**28**(5):400-5. PMID: 21381158 DOI: 10.1002/da.20807
- Bradshaw H, Riddle JN, Salimgaraev R, Zhaunova L, Payne JL. Risk factors associated with postpartum depressive symptoms: A multinational study. *J Affect Disord*. 2022;**301**:345-51. PMID: 34979186 DOI: 10.1016/j.jad.2021.12.121
- Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, Kakee N, Tsujii H, Mori R, et al. Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks gestation in a Japanese sample: psychosocial perspectives from a cohort study in Tokyo. *PLoS One*. 2015;**10**(12):e0142410. PMID: 26625132 DOI: 10.1371/journal.pone.0142410
- Zhang J, Wang P, Fan W, Lin C. Comparing the prevalence and influencing factors of postpartum depression in primiparous and multiparous women in China. *Front Psychiatry*. 2024;**15**:1479427. PMID:

- 39429531 DOI: [10.3389/fpsy.2024.1479427](https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1479427)
18. Ajh N, Unesian M, Fili A, Abasi Motejaded A. The study of supportive activities during pregnancy on postpartum depression. *J Hayat*. 2006;**12**(3):73-80. [Link](#)
19. Brown JVE, Wilson CA, Ayre K, Robertson L, South E, Molyneaux E, et al. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;**2**(2):CD013560. [PMID: 33580709](#) DOI: [10.1002/14651858.CD013560.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013560.pub2)
20. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*. 2005;**365**(9478):2201-5. [PMID: 15978928](#) DOI: [10.1016/S0140-6736\(05\)66778-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66778-5)
21. Norazman CW, Lee LK. The influence of social support in the prevention and treatment of postpartum depression: An intervention-based narrative review. *Women's Health*. 2024;**20**:17455057241275587. [PMID: 39238240](#) DOI: [10.1177/17455057241275587](https://doi.org/10.1177/17455057241275587)
22. Gamble J, Creedy DK. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*. 2009;**25**(2):e21-e30. [PMID: 17673341](#) DOI: [10.1016/j.midw.2007.04.004](https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.04.004)
23. Andaroon N, Kordi M, Kimiaee SA, Esmaily H. Effect of individual counseling program by a midwife on anxiety during pregnancy in nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infert*. 2018;**20**(12):86-95. DOI: [10.22038/ijogi.2017.10434](https://doi.org/10.22038/ijogi.2017.10434)
24. Sahebi A, Asghari M, Salari R. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. 2005. *Iran Psychol*. 2005;**4**(1):299-313. [Link](#)
25. Shafi'Abadi A. The role of counseling in reducing stress in old age. *Educ Psychol*. 2005;**1**(1):97-104. [Link](#)
26. Zareipour M, Sadeghi R, Bazvand E. Mental health and its related factors in pregnant women in health centers of Kuhdasht, Iran. *Health Dev J*. 2012;**1**(2):156-65. [Link](#)
27. Kaboli KS, Mahmoodi Z, Tourzani ZM, Tehranizadeh M, Kabir K, Dolatian M. The effect of group counseling based on cognitive-behavioral approach on pregnancy-specific stress and anxiety. 2017;**18**(5):e13183. DOI: [10.5812/semi.45231](https://doi.org/10.5812/semi.45231)
28. Horwitz SM, Kelleher KJ, Stein RE, Storfer-Isser A, Youngstrom EA, Park ER, et al. Barriers to the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression. *Pediatrics*. 2007;**119**(1):e208-e18. [PMID: 17200245](#) DOI: [10.1542/peds.2005-1997](https://doi.org/10.1542/peds.2005-1997)
29. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hos Psychiatry*. 2004;**26**(4):289-95. [PMID: 15234824](#) DOI: [10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006)
30. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding E-L, Saisto T. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience—a randomised controlled trial. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2015;**36**(1):1-9. [PMID: 25417935](#) DOI: [10.3109/0167482X.2014.980722](https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.980722)
31. Mosavinejad N, Aminshokravi F, Shahmohammadi S. Impact of Cognitive Skills Training on Reducing Depression Among Clients During Pregnancy & Postpartum Referring to Health Centers. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2015;**3**(1):39-48. [Link](#)
32. Parsa P, Ahangpour P, Shobeiri F, Soltanian A, Rahimi A. The effect of group counseling based on problem solving on postpartum depression in mothers attending to health care centers in Hamadan city. *Nurs Midwifery J*. 2017;**15**(6):440-8. [Link](#)
33. Priest SR, Henderson J, Evans SF, Hagan R. Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *Med J Aust*. 2003;**178**(11):542-5. [PMID: 12765500](#) DOI: [10.5694/j.1326-5377.2003.tb05355.x](https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05355.x)