

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دهم شماره ۴۰ زمستان ۱۳۹۴

مقایسه افسردگی زنان در دوران بارداری و پس از زایمان

مینو رنجبر^۱

مهدی حیدرزاده^۲

مهین یزدانی^۳

مژگان میرغفوروند^۴

فرناز میرزااحمدی^۵

چکیده

دوران بارداری و بعد از زایمان دورانی هستند که زنان با تغییرات مختلف فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی مواجه می‌شوند و بیشترین خطر برای بروز اختلالات خلقی مثل افسردگی وجود دارد. لذا هدف از این مطالعه مقایسه میزان شیوع افسردگی در زنان باردار و پس از زایمان بوده است. مطالعه حاضر یک مطالعه علمی-مقایسه‌ای است که با استفاده از مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ به بررسی شیوع افسردگی زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری و زنان ۲ ماه پس از زایمان در مراکز بهداشتی و درمانی شهر بناب پرداخته است. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس مجموعاً ۲۵۰ نمونه مورد مصاحبه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که ۵۶ درصد از زنان باردار و ۲۸ درصد از زنان پس از زایمان دچار افسردگی بودند؛ همچنین آزمون تی مستقل نشان داد که اختلاف نمره افسردگی بین دو گروه معنی‌دار بود ($P=0/01$). با توجه به نتایج مطالعه که نشان داد زنان باردار دارای نمره افسردگی بالایی هستند ضرورت دارد مسئولان به نیازهای بهداشت روانی زنان باردار (و پس از دوره بارداری) توجه نشان دهند. هم چنین این مطالعه پیشنهاد می‌کند تا مطالعات جامعی جهت بررسی علل شیوع افسردگی بالاتر در زنان باردار در جامعه ایران انجام گیرد.

واژگان کلیدی: افسردگی؛ زنان باردار؛ زنان پس از زایمان

۱- مربی مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب

۲- دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (نویسنده مسئول)

۳- مربی پرستاری بهداشت روان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب

۴- دکترای بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۵- کارشناس مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب

مقدمه

بارداری و تجربه والدینی یکی از بحران‌های تکاملی در زندگی انسان‌ها می‌باشد. بارداری یک دوره حاد در زندگی زنان است که در طی آن تغییرات عاطفی، جسمانی و اجتماعی زیادی رخ می‌دهد (لارا، لتچیپیا و هوکوسن^۱، ۲۰۰۸). رحم زن باردار محل رشد جنین است، لذا تغییرات روان‌شناختی و اختلالات ذهنی مادر می‌تواند روی جنین تأثیر منفی بگذارد؛ در این راستا اضطراب و افسردگی از جمله تغییرات روان‌شناختی هستند که تأثیرات منفی بر مادر و جنین می‌گذارند (کاراکام و آنسل^۲، ۲۰۰۷). بسیاری از مادران در طول دوران بارداری و یا برای مدت کوتاهی پس از زایمان به نوعی دچار افسردگی و دل‌تنگی می‌شوند. افسردگی معمولاً پس از بروز یک سری تغییرات عمده در زندگی هر فرد، عارض می‌شود؛ از این‌رو تعجبی ندارد که در طی تغییرات فیزیولوژیکی و روانی بارداری و دوران پس از تولد نوزاد و ورود کودک به زندگی مادر، او برای مدتی دچار افسردگی شود (صالحی کسرای، ۱۳۷۳). افسردگی یکی از مشکلات شایع در میان زنان باردار نیز می‌باشد؛ به طوری که بنت شیوع افسردگی را در طول بارداری ۷/۴٪ الی ۱۲/۸٪ گزارش کرده است (بنت، اینارسون، تادیو و همکاران، ۲۰۰۴). در مطالعات داخلی امیدوار و همکاران (۱۳۸۶) میزان افسردگی را ۲۸/۸ درصد در دوران بارداری گزارش کردند (امیدوار، خیرخواه، عظیمی، ۱۳۸۶)؛ این آمار در مطالعه احمدزاده و همکاران (۱۳۸۵) ۲۵/۷ درصد گزارش شده بود (احمدزاده و همکاران، ۱۳۸۵). تغییرات مختلف فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی، تغییرات هورمونی، ناراحتی‌های جسمانی مربوط به دوران بارداری نظیر تهوع، دل‌به‌هم‌خوردگی و نیز نگرانی‌های مربوط به سونوگرافی، آزمایش‌های دوران بارداری، نگرانی در مورد سلامت نوزاد و حتی نحوه زایمان در بروز اختلالات روانی از جمله افسردگی در دوران بارداری تأثیرگذار هستند (کنت ول و کاکس^۳، ۲۰۰۳، کامپاگن^۴، ۲۰۰۴).

دوره بعد از زایمان دوره‌ای است که بیشترین خطر برای بروز اختلالات خلقی شامل

1- Lara, Letechipia & Hochhausen
3- Cantwell & Cox

2- Karacam & Ancel
4- Campagne

اندوه، افسردگی و سایکوز وجود دارد. افسردگی پس از زایمان با احساس غمگینی، ناتوانی از لذت بردن، تحریک‌پذیری و عصبانیت و کاهش اعتمادبه نفس مشخص می‌گردد (تانوس، ژیگانت، فوکوس و همکاران^۱، ۲۰۰۸). این سندرم ترکیبی از ناخوشی‌های جسمی، روحی و تغییرات رفتاری است که بعضی زنان پس از تولد فرزند آن را تجربه می‌کنند (صالحی کسرابی، ۱۳۷۳). افسردگی پس از زایمان می‌تواند با کاهش فعالیت‌ها در مادر و اختلال در روابط مادر، کودک و خانواده همراه باشد و ادامه اختلال و عدم تشخیص و درمان به موقع آن منجر به تطابق غیرمؤثر مادر با کودک، همسر و خانواده و در نتیجه عدم توانایی انجام وظایف مادری و همسری می‌گردد که در صورت تشدید منجر به تراژدی خودکشی مادر یا فرزندکشی می‌گردد (لودرمیک، پری و بوباک^۲، ۲۰۰۰). میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعات انجام شده در جهان حدود ۱۰ الی ۲۰ درصد گزارش شده است (آدویا و همکاران^۳، ۲۰۰۵؛ پاتل و همکاران^۴، ۲۰۰۵؛ لاتوره-لاتوره، کونتراس-پتروتی، هران-فلا^۵، ۲۰۰۶؛ ویک‌برگ و وانگ^۶، ۱۹۹۶؛ سادوک و سادوک^۷، ۲۰۰۰). در تحقیقات انجام شده در ایران نیز افسردگی پس از زایمان شیوع بالایی دارد؛ از جمله در تحقیق صالحی کسرابی در سال ۱۳۷۲ شیوع آن در ایران ۳۹ درصد (صالحی کسرابی، ۱۳۷۳) و در تحقیق بهبودی در سال ۱۳۸۰، ۲۷ درصد گزارش شده بود (بهبودی مقدم، ۱۳۸۰). با وجود نتایج مطالعات قبلی که نشان می‌دهند درصد قابل توجهی از زنان در طی دوران بارداری (کوچپرز، مونوز، کلارک و لوینسون^۸، ۲۰۰۹؛ بنت، اینارسون، تادیو و همکاران، ۲۰۰۴؛ امیدوار، خیرخواه، عظیمی، ۱۳۸۶؛ احمدزاده و همکاران، ۱۳۸۵) و زنان پس از زایمان (ویسنر، پری و پونتک^۹، ۲۰۰۲؛ آدویا و همکاران، ۲۰۰۵؛ پاتل و همکاران، ۲۰۰۵؛ لاتوره-لاتوره، کونتراس-پتروتی، هران-فلا، ۲۰۰۶؛ ویک‌برگ و وانگ، ۱۹۹۶؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۰؛ صالحی کسرابی، ۱۳۷۳؛ بهبودی مقدم، ۱۳۸۰) از افسردگی رنج می‌برند؛ اما مطالعات کمی در

1- Tannous, Gigante, Fucus et al

3- Adewuya et al

5- Latorre-Latorre et al

7- Sadock & Sadock

9- Wisner, Parry & Piontek

2- Lowdermilk, Perry & Bobak

4- Patel et al

6- Wickberg & Hwang

8- Cuijpers, Munöz, Clarke, Lewinsohn

رابطه با اختلالات روانی دوران بارداری و پس از تولد در زنان به خصوص در منطقه آذربایجان انجام شده است و همچنین اطلاعات کمی در رابطه با مقایسه افسردگی قبل از تولد با افسردگی پس از تولد در مناطق دیگر وجود دارد (پائولو، ساوونلاتی، سوراندر، هلنیوس و پیا، ۲۰۰۱). لذا این پژوهش به منظور مقایسه میزان افسردگی در زنان باردار با افسردگی در زنان پس از زایمان در مدجویان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بناب انجام شده است تا اطلاعات زمینه‌ای را در مورد این قشر مهم جامعه برای برنامه‌ریزی بهداشتی جهت بهبود وضعیت بهداشت روانی آنها و برای پژوهشگران جهت مطالعات تکمیلی بعدی فراهم آورد.

روش پژوهش

مطالعه حاضر یک مطالعه علمی -مقایسه‌ای است، جامعه مورد پژوهش کلیه زنان باردار که در سه ماهه سوم بارداری بودند و زنان زایمان کرده که ۴۵ روز تا دو ماه از زایمان آنها گذشته باشد و به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بناب مراجعه می‌کردند بود. نمونه-گیری به روش در دسترس و با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انجام شد و ۱۲۵ زن باردار واجد شرایط که راضی به شرکت در پژوهش بودند به‌عنوان نمونه‌های اصلی انتخاب شدند. برای انتخاب ۱۲۵ زن پس از زایمان علاوه بر در نظر گرفتن معیارهای ورود، همسان بودن متغیرهای سن، سطح تحصیلات، سن ازدواج، شغل و سن حاملگی نیز مورد توجه واقع شد. برای شرکت‌کنندگان اهداف مطالعه شرح داده شد و در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شدند. در این مطالعه مشخصات واحدهای مورد پژوهش عبارت بودند از: جهت حضور در مطالعه رضایت داشته باشند؛ سواد خواندن و نوشتن و یا اینکه قدرت برقراری ارتباط را داشته باشند؛ خانم بارداری که در سه ماهه سوم بارداری باشد و یا خانمی که ۴۵ روز تا دو ماه از زایمان وی گذشته باشد. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه با استفاده از ابزارهای مطالعه استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

در این مطالعه اطلاعات جمع‌آوری شده شامل مشخصات فردی اجتماعی و افسردگی واحدهای مورد پژوهش بود. ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل دو بخش بود: بخش اول مشخصات فردی اجتماعی از قبیل متغیرهای سن، سن ازدواج، سابقه اختلالات دوران بارداری، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی، سن بارداری را مورد بررسی قرار می‌داد و بخش دوم مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ^۱ بود. این پرسشنامه یک ابزار معتبر برای اندازه‌گیری افسردگی پس از زایمان و دوران بارداری است (پائولو، ساوونلاتی، سوراندر و همکاران، ۲۰۰۱؛ کاکس، هولدن و ساگوسکی^۲، ۱۹۸۷) و شامل ۱۰ سؤال ۴ جوابی است که به هر سؤال آن بر اساس نوع پاسخ از نمرات صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. بنابراین حداقل نمره آن صفر و حداکثر نمره ۳۰ بود. در این مطالعه نمره ۱۳ و بالاتر به عنوان افسردگی در نظر گرفته شده است. در مطالعه اوواک و اکونکوو^۳ (۲۰۰۳) حساسیت پرسشنامه ادینبرگ ۰/۷۵ و اختصاصی بودن آن ۰/۹۷ ذکر شده است (اوواک و اکونکوو، ۲۰۰۳). در ایران نیز با روش اعتبار محتوی توسط محققین مختلف تعیین اعتبار شده است (صالحی کسرای، ۱۳۷۳؛ بهبودی مقدم، ۱۳۸۰؛ دولتیان، پونه، علوی مجد و همکاران، ۱۳۸۵). داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ تجزیه و تحلیل شدند که در آن از آمار توصیفی و آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

در این بررسی اکثریت زنان باردار (۴۴ درصد) و زنان پس از زایمان (۶۰ درصد) بین سنین ۲۲ تا ۳۰ قرار داشتند (۲۴/۴±۴/۸)، ۴۵/۶ درصد زنان باردار و ۳۲ درصد زنان پس از زایمان سواد ابتدایی و راهنمایی داشتند. ۸۸/۸ درصد زنان باردار و ۹۳/۰ درصد زنان پس از زایمان خانه‌دار بودند. ۵۵/۶ درصد کل واحدهای شرکت‌کننده در سن کمتر از ۲۰ سال ازدواج کرده بودند. میانگین سن و سن ازدواج در ۶ زنان زایمان کرده به ترتیب ۲۴/۹ و

1- The Edinburgh Postnatal Depression Scale 2- Cox, Holden & Sagovsky
3- Uwakwe & Okonkwo

۲۰/۶ بود و در مورد زنان باردار ۲۴/۰۳ و ۲۱ بود (جدول ۱).

نتایج مطالعه نشان داد که ۵۶/۰ درصد از زنان باردار و ۲۸ درصد از زنان پس از زایمان دچار افسردگی بودند و میانگین نمره افسردگی آنها به ترتیب ۱۲/۶ و ۱۰/۴۸ بود؛ همچنین آزمون تی مستقل نشان داد که اختلاف نمره افسردگی بین دو گروه معنی‌دار بود (جدول ۲).

جدول (۱) مشخصات فردی اجتماعی زنان حامله ۶ ماه و بالاتر و زنان ۲ ماه پس از زایمان

متغیر	زنان ۲ ماه پس از زایمان		زنان حامله ۶ ماه و بالاتر		آزمون تی مستقل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۱۵ - ۲۲	۳۹	۳۱/۲	۴۵/۶	P=۰/۱۵
	۲۲ - ۳۰	۷۵	۶۰/۰	۴۴/۰	
	بیشتر از ۳۰	۱۱	۸/۸	۱۰/۴	
	جمع	۱۲۵	۱۰۰	۱۲۵	
سطح تحصیلات	بیسواد	۷	۵/۶	۵/۶	-
	ابتدایی/راهنمایی	۴۰	۳۲/۰	۴۵/۶	
	دیپلوما	۴۹	۳۹/۲	۳۲/۸	
	دانشگاهی	۲۹	۲۳/۲	۱۶/۰	
جمع	۱۲۵	۱۰۰	۱۲۵		
سن ازدواج	کمتر از ۲۰	۶۳	۵۰/۴	۶۰/۸	P=۰/۴۲
	بیشتر از ۲۰	۶۲	۴۹/۶	۳۹/۲	
	جمع	۱۲۵	۱۰۰	۱۲۵	
شغل	خانه‌دار	۱۱۷	۹۳/۶	۸۸/۸	-
	شاغل	۸	۶/۴	۱۱/۲	
	جمع	۱۲۵	۱۰۰	۱۲۵	
سن حاملگی	کمتر از ۲۲	۶۳	۵۰/۴	۲۲/۹ (۴/۸)	P=۰/۶۵
	بیشتر از ۲۲	۶۲	۴۹/۶	۴۴/۰	
	جمع	۱۲۵	۱۰۰	۱۲۵	

آزمون تی مستقل نشان داد تفاوت معنی‌داری بین مشخصات فردی شامل میانگین سن، سن حاملگی و سن ازدواج در دو گروه وجود ندارد.

جدول (۲) مقایسه نمره افسردگی زنان حامله ۶ ماه و بالاتر و زنان ۲ ماه پس از زایمان

متغیر	زنان ۲ ماه پس از زایمان		زنان حامله ۶ ماه و بالاتر		آزمون تی مستقل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ندارد	۹۰	۷۲	۵۵	۴۴/۰	
دارد	۳۵	۲۸	۷۰	۵۶/۰	$P=۰/۰۰۴$
جمع	۱۲۵	۱۰۰	۱۲۵	۱۰۰	

آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره افسردگی در زنان باردار بیشتر از زنان زایمان کرده می‌باشد ($P=۰/۰۰۴$).

بحث و نتیجه‌گیری

ن «ایچ مطالعه نشان داد که ۲۸ درصد از زنان پس از زایمان دچار افسردگی بودند؛ از مهم‌ترین علل افسردگی پس از زایمان می‌توان استرس‌های جسمی، روانی و تغییرات هورمونی پس از تولد نوزاد، تغییرات احساسی و ایجاد هیجان در مادر (که معمولاً پس از تولد نوزاد بروز می‌کند)، خستگی، احساس ناتوانی و کمبود محبت و عدم حمایت اجتماعی بخصوص حمایت عاطفی اطرافیان اشاره کرد. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات قبلی در این زمینه در جامعه ایران همخوانی دارد؛ به‌عنوان مثال در تحقیقات انجام شده در ایران توسط صالحی کسائی در سال ۱۳۷۲ شیوع آن ۳۹ درصد (صالحی کسرای، ۱۳۷۳)، در مطالعه زنگنه و همکاران (۱۳۸۸) ۴۰/۷ درصد و در تحقیق بهبودی (۱۳۸۰)، ۲۷ درصد گزارش شده است. در این پژوهش میزان افسردگی پس از زایمان نسبت به آمار جهانی که میزان شیوع افسردگی پس از زایمان را حدود ۱۰ الی ۲۰ درصد گزارش کرده‌اند (آدویا و همکاران، ۲۰۰۵؛ پاتل و همکاران، ۲۰۰۵؛ لاتوره-لاتوره و همکاران، ۲۰۰۶؛

ویک برگ و وانگ، ۱۹۹۶؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۰) بالاتر می‌باشد؛ این امر می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فردی، اجتماعی و فرهنگی در میان واحدهای شرکت‌کننده در این مطالعه در مقایسه با مطالعات دیگر باشد؛ به طوری که مطالعات قبلی تأثیر متغیرهای سطح تحصیلات، میزان دسترسی به منابع، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، تعداد فرزندان، فرهنگ، باورها و سن را در میزان بروز افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان تأثیرگذار دانسته اند (رحمانی، سیدفاطمی، اسداللهی، سیدرسولی، ۱۳۹۰؛ زنگنه، علیزاده، کامروانش، رضایی، پرمهر، ۱۳۸۸؛ دنیز، جانسن، سینگر^۱، ۲۰۰۴؛ هونگ، لین استاکر، یو^۲، ۲۰۱۱؛ بینا^۳، ۲۰۰۸).

همانند مطالعه اوانس و همکاران^۴ (۲۰۰۱) که نشان داده‌اند زنان در دوران بارداری بیش از زنان پس از زایمان به افسردگی مبتلا می‌شوند (اوانس، هرون فرانکومب و همکاران^۵، ۲۰۰۱)؛ در این مطالعه نیز میزان افسردگی در دوران بارداری بسیار بالاتر از حد مورد انتظار بوده است؛ به طوری که شیوع افسردگی در زنان باردار سه ماهه سوم، دو برابر زنان پس از زایمان می‌باشد و اختلاف معنی‌داری در نمره افسردگی دو گروه مشاهده می‌شود. همچنین شیوع افسردگی در زنان باردار جامعه بناب بیشتر از مطالعات قبلی در سایر شهرهای ایران بوده است، به طوری که بیش از نیمی از زنان باردار در این مطالعه دچار درجاتی از افسردگی بودند؛ این در حالی است که در مطالعه کاربخش و صداقت (۱۳۸۱) در شهر تهران، شیوع افسردگی در زنان باردار حدود ۳۰ درصد و در مطالعه احمدزاده و همکاران (۱۳۸۵) در شهر اصفهان نیز این میزان ۲۵/۶ درصد گزارش شده بود که اختلاف قابل توجهی با نتایج مطالعه حاضر دارد. علاوه بر این شیوع افسردگی در زنان باردار در جامعه بناب چندین برابر میزان افسردگی در سایر نقاط جهان می‌باشد (گتلیب، ویفن، مونت و همکاران^۶، ۱۹۸۹؛ جانسون، چاپمن و مورای^۷، ۲۰۰۰؛ اوهارا^۸، ۱۹۸۶؛ دایان، سرویل، هرلی کووز و همکاران^۹، ۲۰۰۲).

1- Dennis, Janssen, Singer

3- Bina

5- Evans, Heron, Francomb

7- Johanson, Chapman, Murray et al

9- Dayan, Cerveuil, Herlicoviez et al

2- Hung, Lin, Stocker, Yu

4- Evans et al

6- Gotlib, Whiffen, Mount et al

8- O'Hara

اهمیت افسردگی در زمان بارداری ارزش دوچندانی دارد و توجه به آن مورد غفلت قرار گرفته است؛ افسردگی بارداری می‌تواند موجب کاهش مراجعه خانم باردار جهت دریافت مراقبت‌های بارداری، تولد نوزاد کم‌وزن، زایمان زودرس، عقب‌ماندگی رشد فیزیکی جنین و حتی مشکلات اجتماعی در زمان بعد از تولد و دوران نوجوانی گردد (رحمان، ایگبول، بون و همکاران^۱، ۲۰۰۴؛ پاگل، اسمیک‌استن، رگن و همکاران^۲، ۱۹۹۰؛ هدگارت، انریکسون، سابرو و همکاران^۳، ۱۹۹۳؛ تکسیرا، فیسک، گلوور^۴، ۱۹۹۹). این مطالعه نشان داد که زنان باردار در جامعه بناب دارای نمره افسردگی بسیار بالایی هستند که اختلاف نمره بالایی را با دیگر مطالعات در جهان نشان می‌دهد؛ ضمن اینکه زنان ۲ ماه پس از زایمان نیز تا حدودی دارای نمره افسردگی بالاتری نسبت به سایر مطالعات در دیگر کشورها بودند. با توجه به اهمیت مسأله و تأثیر آن بر حاملگی (کلارک^۵، ۱۹۹۸) و پیامدهای بارداری و مراقبت‌های بعد از زایمان (پالبرگ، وینگرهوت، پاسچیر و همکاران^۶، ۱۹۹۵) استفاده از ابزارهای غربالگری جهت تشخیص افسردگی در زنان باردار کشور الزامی به نظر می‌رسد. ضمن این‌که این مطالعه ضرورت توجه مسئولان به نیازهای بهداشتی و بخصوص بهداشت روان زنان باردار و پس از دوره بارداری را نشان می‌دهد.

با توجه به این‌که نمونه‌گیری در مراکز بهداشتی شهرستان بناب استان آذربایجان شرقی صورت پذیرفته است، لذا در تعمیم نتایج آن به سایر جوامع بایستی احتیاط کرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۳۱
 تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۰۴/۱۵
 تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۱/۰۳

1- Rahman, Igbol, Bunn et al
 3- Hedegaart, Henrikson, Sabroe et al
 5- Clark

2- Pagel, Smilkstein, Regen et al
 4- Teixeira, Fisk, Glover
 6- Paarlberg, Vingerhotes, Passchier

منابع

- احمدزاده، غلامحسین؛ صادقی‌زاده، عاطفه؛ امانت، سیامک؛ عمران‌فرد، ویکتوریا؛ افشار، حمید (۱۳۸۵). شیوع افسردگی در زنان باردار و ارتباط آن با بعضی عوامل اقتصادی-اجتماعی، *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱۰(۴)، ۳۳۴-۳۲۹.
- امیدوار، شبنم؛ خیرخواه، فرزانه؛ عظیمی، حسن (۱۳۸۶). افسردگی در بارداری و عوامل مرتبط با آن، *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱۱(۳).
- بهبودی مقدم، زهرا (۱۳۸۰). بررسی شیوع افسردگی در زنان پس از زایمان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.*
- دولتیان، ماهرخ؛ پونه، مازیار؛ علوی مجد، حمید؛ یزدجردی، محسن (۱۳۸۵). بررسی نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان. *مجله باروری و نازایی*. ۲۶۰ - ۲۶۸.
- رحمانی، فرناز؛ سیدفاطمی، نعیمه؛ اسداللهی، ملیحه؛ سیدرسولی، الهه (۱۳۹۰). فاکتورهای پیش‌گویی کننده افسردگی پس از زایمان، *مجله پرستاری ایران*، ۲۴، ۷۸-۸۷.
- زنگنه، مریم؛ علیزاده، نرگس؛ کامروانش، مستانه؛ رضایی، منصور؛ پرمهر، صغری (۱۳۸۸). بررسی افسردگی بعد از زایمان و ارتباط آن با ناخواسته بودن بارداری و جنس نوزاد، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۴، ۷۱-۶۵.
- صالحی کسرائی، پروین (۱۳۷۳). مقایسه شیوع افسردگی در زنان با زایمان طبیعی و سزارین. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.*
- کاربخش، مژگان؛ صداقت، مجتبی (۱۳۸۱). افسردگی حین بارداری: لزوم ادغام بیماریابی در مراقبت‌های خانم‌های باردار، *فصلنامه پایش*، ۱(۴)، ۴۹-۵۵.
- Adewuya, A.O., Fatoye, F.O., Ola, B.A., Ijaodola, O.R., & Ibigbami, S.M. (2005). Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women, *J Psychiatr Pract*, 11(5), 353-8.
- Bennett, H.A., Einarson, A., & Taddio, A. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review, *Obstetrics and Gynecology*, 103, 698-709.
- Bina, R. (2008). The impact of culture factor upon postpartum depression: A literature review, *Healthcare women Int*, 29, 568-92.

-
- Campagne, D.M. (2004). The obstetrician and depression during pregnancy, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 116, 125-130.
- Cantwell, R., & Cox, J.L. (2003). Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium, *Current Obstetrics and Gynecology*, 13, 7-13.
- Clark, D.A. (1998). Canadian perspectives on research in depression, *Can J BehavSci*, 207-212.
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *Br J Psychiatry*, 150, 782-6.
- Cuijpers, P., Munöz, R.F., Clarke, G.N., & Lewinsohn P.M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: "Coping with Depression" course thirty years later, *Clin Psychol Rev*, 29, 449-458.
- Dayan, J., Cerveuil, C., Herlicoviez, M., Herbel, C., Baranger, E., & Savoye C. (2002). Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor, *Am J Epidemiol*, 155, 293-301.
- Dennis, C.L., Janssen, P.A., & Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand*, 110, 338-46.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth, *British Medical Journal*, 323, 257-260.
- Gotlib, I.H., Whiffen, V.E., Mount, J.H., Milne, K., & Cordy, N.I. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum, *J Consult Clin Psychol*, 57, 269-274.
- Hedegaart, M., Henrikson, T.B., Sabroe, S., & Secher, N.J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery, *British Medical Journal*, 306, 234-239.
- Hung, C.H., Lin, C.J., Stocker, J., & Yu, C.Y. (2011). Predictors of postpartum stress, *J Clin Nurs*, 20, 666-74.
- Johanson, R., Chapman, G., Murray, D., Johnson, I., & Cox, J. (2000). The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 21, 93-97.
-

-
- Karacam, Z., & Ancel, G. (2007). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in Turkish population, *Midwifery*, 10, 1016-1029.
- Lara, M.A., Le, H.N., Letechipia, G., & Hochhausen, L. (2008). Prenatal depression in latinas in the U.S. and Mexico, *Matern Child Health J*, 8, 379-384.
- Latorre-Latorre, J.F., Contreras-Pezzotti, L.M., Herran-Falla, O.F. (2006). Postnatal depression in a Colombian city. Risk factors. *Aten Primaria*, 37(6), 332-8.
- Lowdermilk, L., Perry, E., & Bobak, M. (2000). *Maternity & Women Health Care*, 7th ed., USA Mosby, 940-964.
- O'Hara, M.W. (1986). Social Support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium, *Arch Gen Psychiatry*, 43, 569-573.
- Paarlberg, K.M., Vingerhotes, A.J., Passchier, J., Dekker, G.A., & Geijn, H.P. (1995). Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues, *J Psychosom Res*, 39, 563-595.
- Pagel, M.D., Smilkstein, G., Regen, H., & Montano, D. (1990). Psychosocial influences on newborn outcome: a controlled prospective study, *Social Science and Medicine*, 30, 567-604.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support, *Journal of Affective Disorders*, 65, 9-17.
- Patel, R.R., Murphy, D.J., & Peters, T.J. (2005). Operative delivery and postnatal depression study BMJ, doi:10.1136/bmj.38376.603426.D3.
- Rahman, A., Igbol, Z., & Bunn, J. (2004). Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study, *Arch Gen psychiatry*, 61(9), 946-52.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2000). *Comprehensive text book of psychiatry*, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 1276-83.
- Tannous, L., Gigante, L.P., Fucus, S.C., & Busnello, E.D. (2008). Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants, *BMC Psychiatry*, 8: 1.
-

- Teixeira, J.M.A., Fisk, N.M., & Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study, *British Medical Journal*, 318, 153-157.
- Uwakwe, R., & Okonkwo, J.E. (2003). Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, *Acta Psychiatr Scand*, 107(4), 251-9.
- Wickberg, B., & Hwang, C.P. (1996). The Edinburgh postnatal depression scale: validation on a Swedish community sample, *Acta Psychiatr Scand*, 94(3), 181-4.
- Wisner, K.L., Parry, B.L., Piontek, C.M. (2002). Clinical practice: postpartum depression, *N Engl J Med*, 347, 194-99.