



افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ساری

حمیده عظیمی لولتی*، ماه‌منیر دانش**، دکتر سید حمزه حسینی***،
دکتر علیرضا خلیلیان****، دکتر مهران ضرغامی*****

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف تعیین میزان شیوع افسردگی پس از زایمان و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ساری انجام شده است.

مواد و روش کار: این بررسی به روش توصیفی-تحلیلی با ۴۲۲ نفر از زنان باردار در سه ماهه سوم، مراجعه کننده به واحدهای مراقبت های مادر و کودک ۱۰ مرکز بهداشتی- درمانی شهر ساری از اسفند ۱۳۸۰ تا شهریور ۱۳۸۱ انجام شد. آزمودنی ها در مدت ۸-۶ هفته پس از زایمان نیز پی گیری شدند. برای گردآوری داده ها پرسش نامه های دارای چند بخش شامل مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ، فرم کوتاه شده ی اضطراب موقعیتی اشیپیل برگر، پرسش نامه ی سلامت عمومی و پرسش نامه ی ویژگی های جمعیت شناختی و اطلاعات مربوط به دوران بارداری به کار برده شد.

یافته ها: مقیاس ادینبورگ ۲۲٪ (۹۲ نفر) از زنان مورد بررسی را، ۸-۶ هفته پس از زایمان افسرده نشان داد. ۳۰٪ زنان مورد بررسی در سه ماهه سوم بارداری افسرده بودند. پرسش نامه ی سلامت عمومی ۳۷/۲٪ (۱۵۷ نفر) از زنان مورد پژوهش را در سه ماهه سوم بارداری و ۳۱٪ (۱۳۲ نفر) را ۸-۶ هفته پس از زایمان مشکوک به داشتن اختلال نشان داد. ارتباط معنی داری بین افسردگی پس از زایمان و رویدادهای فشارزای زندگی در طی یک سال اخیر، حمایت خانوادگی، وضعیت سلامت کودک، احساس توانایی مراقبت از کودک و وجود بیماری در زایمان کنونی دیده شد.

نتیجه گیری: شیوع افسردگی و اختلال های روانی در دوران بارداری، بالا است و پس از زایمان کاهش می یابد.

:

* کارشناس ارشد روانپرستاری، مربی دانشکده پرستاری- مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مازندران. ساری، بلوار خزر، دانشکده پرستاری- مامایی نسیبه (نویسنده مسئول).
E-mail: hamidehazimi@yahoo.com
** کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری- مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مازندران. ساری، بلوار خزر، دانشکده پرستاری- مامایی نسیبه.
*** روانپزشک، دانشیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مازندران. ساری، جاده ساری، نکا، بیمارستان روانپزشکی زارع.
**** متخصص آمار، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مازندران. ساری، بلوار خزر، دانشکده پزشکی ساری.
***** روانپزشک، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مازندران. ساری، جاده ساری، نکا، بیمارستان روانپزشکی زارع.

بررسی بیماری‌های روانی پس از زایمان از سه نظر دارای اهمیت است. نخست آن‌که آغاز آن قابل پیش‌بینی است و در زمان تولد کودک رخ می‌دهد. دوم، این اختلال سبب فشار روانی شدیدی در این دوره از زندگی زن می‌شود و بر انجام تکالیف ویژه و سازگاری او اثرات نامطلوب می‌گذارد و سوم، ناتوانی مادر در ارتباط با کودک پیامدهای ناگواری برای رشد توانمندی‌های شناختی، اجتماعی و هیجانی وی به دنبال دارد (کاکس^۱ و هولدن^۲، ۱۹۹۶).

بیش از ۸۵٪ مادران پس از زایمان خلق افسرده را تجربه می‌کنند. این اختلال به‌نام غمگینی^۳ پس از زایمان شناخته می‌شود و اوج علایم آن در هفته‌ی اول پس از زایمان است. هنگامی که غمگینی پس از زایمان تداوم یابد و بر شدت آن افزوده شود، بیمار به افسردگی پس از زایمان دچار می‌شود (سامسون^۴، ۱۳۷۷؛ موری^۵، کاکس، چاپمن^۶ و جونز^۷، ۱۹۹۲).

افسردگی پس از زایمان یک اختلال شایع و ناتوان‌کننده‌ی اجتماعی است (موری و همکاران، ۱۹۹۲) و شیوع آن به عوامل فرهنگی و اجتماعی بستگی دارد. از آن‌جا که در بررسی‌های همه‌گیرشناسی انجام شده روش‌ها و ابزارهای سنجش گوناگونی به کار رفته است، یافته‌های متفاوتی در زمینه‌ی شیوع و نیز عوامل مرتبط با این اختلال گزارش گردیده است. در پژوهشی در کانادا با استفاده از پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک شیوع اختلال افسردگی پس از زایمان ۶/۲٪ و در ایران با همین ابزار در شهر کرمان ۳۱/۱٪ گزارش گردیده است (غفاری‌نژاد، خویساری و پویا، ۱۳۷۸).

بررسی شیوع این اختلال به کمک مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ یافته‌های متفاوتی را گزارش نموده است. در ترکیه شیوع این اختلال ۲۷٪ (ایناندی^۸ و همکاران، ۲۰۰۲)، در چین ۱۵٪ (ژانگ^۹ و چن^{۱۰}، ۱۹۹۹)، در کارولینای شمالی ۳۵٪ (اوینیز^{۱۱}، تئوفراتوس^{۱۲} و گالوین^{۱۳}، ۲۰۰۰)، در یک جمعیت

روستایی هند ۱۱٪ (چانداران^{۱۴}، تاربان^{۱۵}، مولی‌ایل^{۱۶} و آبراهام^{۱۷}، ۲۰۰۲)، در یک جمعیت شهری در آمریکا ۲۲٪ (موریس‌راش^{۱۸}، فردا^{۱۹} و برنستین^{۲۰}، ۲۰۰۳) و در بیروت ۲۱٪ (چایا^{۲۱} و همکاران، ۲۰۰۲) گزارش شده است و در ایران نیز با همین مقیاس حسن زهرایی، خدادوستان، اسدالهی و بشردوست (۱۳۷۶) با بررسی ۵۲۷ نفر از مادرانی که در ماه سوم پس از زایمان بودند، شیوع افسردگی را ۳۵٪ و نمازی (۱۳۷۸) نیز در شهر شیراز شیوع افسردگی پس از زایمان را در ۱۷۵ نفر از مادران که در هفته‌های ۱۰-۸ پس از زایمان بودند، ۳۵٪ گزارش نموده‌اند.

افسردگی پس از زایمان یک اختلال چند عاملی است و تغییرات هورمونی پس از زایمان را یکی از دلایل پیدایش آن می‌دانند. در زمینه‌ی بررسی عوامل خطر و پیش‌بینی این اختلال بررسی‌های چندی انجام شده است. سابقه‌ی افسردگی در گذشته، فشار روانی ناشی از زایمان و مسئولیت نگهداری از نوزاد (غفاری‌نژاد و همکاران، ۱۳۷۸)، مشکلات زناشویی و رویدادهای فشارزا، بی‌کاری، حمایت اجتماعی ناکافی، بارداری ناخواسته، تغذیه کودک با شیرخشک و نگرش منفی نسبت به بارداری (قباش^{۲۲} و ابوصالح^{۲۳}، ۱۹۹۷؛ چایا و همکاران، ۲۰۰۲)، تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین (لین^{۲۴} و همکاران، ۱۹۹۷؛ منزانو^{۲۵}، گارسیا^{۲۶} و مورنو^{۲۷}، ۲۰۰۲)، سن مادر در هنگام زایمان، شمار زایمان‌ها، نوع زایمان‌ها، جنسیت

1- Cox	2- Holden
3- blue	4- Samsun
5- Murray	6- Chapman
7- Jones	8- Inandi
9- Zhang	10- Chen
11- Evins	12- Theofratous
13- Galvin	14- Chandaran
15- Tharyan	16- Muliyl
17- Abraham	18- Morris-Rush
19- Freda	20- Bernstein
21- Chaaya	22- Ghubash
23- Abou-Saleh	24- Lane
25- Manzano	26- Garcia
27- Moreno	

فرزند و وضعیت زناشویی (وارنر^۱، اپلبای^۲، ویتو^۳ و فاراگر^۴، ۱۹۹۶؛ کوپر^۵، تاملینسون^۶، سوارتز^۷، و ولگار^۸ و ملتنو^۹، ۱۹۹۹)، سلامت جسمی مادر، رابطه با همسر، انتظار فرزند پسر (ژانگ و چن، ۱۹۹۹؛ واترستون^{۱۰}، ولف^{۱۱}، هوپر^{۱۲} و بولی^{۱۳}، ۲۰۰۳)، سن پایین در هنگام ازدواج، دسترسی نداشتن به خدمات پزشکی کافی (ایناندی و همکاران، ۲۰۰۲؛ نمازی، ۱۳۷۸) و تولد فرزند دختر هنگامی که خواهان فرزند پسر هستند (چانداران و همکاران، ۲۰۰۲) از عوامل خطر افسردگی پس از زایمان به‌شمار می‌روند. بک^{۱۴} (۱۹۹۶) در فراتحلیل بررسی‌های پیشین، اضطراب یا افسردگی پیش از زایمان، غمگینی پس از زایمان، نارضایتی زناشویی و سابقه‌ی افسردگی در گذشته را نیز از عوامل مشترک در بسیاری از بررسی‌ها گزارش نموده است.

افسردگی پس از زایمان اثرات ناگواری بر مادر، کودک و خانواده می‌گذارد. اثرات فوری این اختلال، ناتوانی مادر در انجام مراقبت مادرانه و خطر خودکشی در ۵٪ و نوزادکشی در ۴٪ موارد می‌باشد. اثرات بعدی و بلندمدت آن، افسردگی دایمی در زن، مشکلات و کشمکش‌های زناشویی، اختلال در روابط مادر-کودک و اختلال در جنبه‌های گوناگون رشد و تکامل کودک (بک، ۱۹۹۶؛ گالر^{۱۵}، هاریسون^{۱۶}، رامسی^{۱۷}، فورد^{۱۸} و باتلر^{۱۹}، ۲۰۰۰؛ مارتینیس^{۲۰} و گافن^{۲۱}، ۲۰۰۰) می‌باشد.

با توجه با این که شیوع افسردگی پس از زایمان به عوامل فرهنگی و اجتماعی بستگی دارد و یافته‌های گوناگون متناقضی در زمینه‌ی شیوع و سبب‌شناسی افسردگی پس از زایمان گزارش گردیده است و نیز به دلیل کم بودن پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به‌ویژه در استان مازندران، این بررسی با هدف تعیین میزان شیوع افسردگی پس از زایمان و نیز ارتباط برخی عوامل با این اختلال در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر ساری و در پاسخ به پرسش‌های «شیوع افسردگی پس از زایمان در افراد مورد بررسی چقدر بوده و کدامیک از عوامل فردی و خانوادگی و مامایی با افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد» به اجرا درآمد.

این بررسی از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ در مراکز بهداشتی-درمانی شهر ساری انجام شده است. در این پژوهش از ۱۷ مرکز بهداشتی-درمانی شهر ساری ۱۰ مرکز به روش تصادفی برای انجام نمونه‌گیری انتخاب شدند. در سال‌های یادشده نمونه‌گیری در این مراکز به روش پی‌درپی انجام شد.

آزمودنی‌های پژوهش ۴۲۲ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز یادشده در سه ماهه‌ی سوم بارداری و برای دریافت مراقبت‌های پیش از زایمان و یا در ۸-۶ هفته پس از زایمان برای پی‌گیری مراقبت‌های پس از زایمان و مایه‌کوبی فرزند خود بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای دارای چند بخش بود:

الف) پرسش‌نامه‌ی جمعیت شناختی و اطلاعات مربوط به زایمان کنونی که سه ماهه سوم بارداری و ۸-۶ هفته پس از زایمان را در برمی‌گرفت.

ب) مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ^{۲۲} (EPDS): بررسی‌های گوناگون کارایی آن را برای شناسایی زنان افسرده از غیرافسرده نشان داده است (کاکس و هولدن، ۱۹۹۶). این مقیاس دارای ۱۰ پرسش است که بر جنبه‌های ذهنی افسردگی به‌ویژه ناتوانی در لذت بردن تأکید دارد. مدت پاسخ دادن به این مقیاس نزدیک به ۵ دقیقه است. دامنه‌ی نمره‌های به‌دست آمده از صفر تا ۳۰ نوسان دارد. حساسیت این مقیاس ۰/۹۵ و ویژگی آن ۰/۹۳ گزارش شده است (نمازی، ۱۳۷۸).

- | | |
|---|---------------|
| 1- Warner | 2- Appleby |
| 3- Whitto | 4- Faragher |
| 5- Cooper | 6- Tomlinson |
| 7- Swartz | 8- Woolgar |
| 9- Melteno | 10- Waterston |
| 11- Wolfe | 12- Hooper |
| 13- Bewley | 14- Beck |
| 15- Galler | 16- Harrison |
| 17- Ramsey | 18- Forde |
| 19- Butler | 20- Martnis |
| 21- Gaffan | |
| 22- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) | |

برای رده‌بندی افراد افسرده و غیرافسرده به کمک این مقیاس بر پایه‌ی بررسی‌های انجام شده در ایران، نمره‌ی برش ۱۲/۱۳ پیش از زایمان و پس از آن در نظر گرفته شده است (نمازی ۱۳۷۸؛ حسن زهرایی و همکاران، ۱۳۷۶). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار با انجام بازآزمون ۰/۸۸ و اعتبار داخلی آن به کمک آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

ج) فرم کوتاه شده‌ی اضطراب موقعیتی اشیپل برگر^۱: این ابزار برای اندازه‌گیری اضطراب آزمودنی‌ها به کار گرفته شد و دارای ۶ ماده است که از فرم کامل اضطراب موقعیتی (آشکار) اشیپل برگر تهیه شده است. ضریب همبستگی بین فرم کامل و فرم کوتاه شده‌ی این ابزار ۰/۹۶ بود. این فرم ویژگی‌های لازم برای پاسخگویی به وضعیت اضطراب را همانند فرم کامل آن دارا می‌باشد (مارتیو^۲، ۱۹۹۲). نمره‌های به دست آمده در این آزمون بین ۶ تا ۲۴ در نوسان است و اضطراب را در سه سطح خفیف (۱۱-۶)، متوسط (۱۷-۱۲) و شدید (۲۴-۱۸) نشان می‌دهد. بهروش (۱۳۸۰) پایایی این ابزار را با روش دو نیم کردن و بازآزمون به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۹۰ گزارش نموده است.

د) پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی^۳ (GHQ)

این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ^۴ (۱۹۷۲) ساخته شده و برای سرند اختلال‌های خفیف روانی در موقعیت‌های گوناگون به کار برده شده است. فرم اصلی این پرسش‌نامه دارای ۶۰ پرسش می‌باشد و فرم‌های کوتاه شده ۱۲، ۲۸ و ۳۰ پرسشی آن در بررسی‌های زیادی در محیط‌های گوناگون به کار برده شده است. یکی از کاربردهای مهم آن غربالگری اختلال‌های روانی و ارزیابی وضعیت سلامت روان افراد می‌باشد (باقری یزدی، بوالهروی و پیروی، ۱۳۷۴).

فرم ۲۸ سؤالی این آزمون دارای ۴ خرده آزمون شکایات بدنی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد و هر کدام دارای ۷ عبارت است.

هر گزینه دارای ۴ پاسخ، و نمره‌های هر گزینه از ۰ تا ۳ در نوسان است. نمره‌های هر آزمودنی در هر یک از خرده مقیاس‌ها به صورت جداگانه مشخص می‌شود و سپس از جمع نمره‌های چهار زیر مقیاس، نمره‌ی کلی به دست می‌آید. پایایی این آزمون را یعقوبی (۱۳۷۴) ۰/۹۱ گزارش نمود (ویسی، عاطف‌وحید و رضایی، ۱۳۷۹؛ هاشم‌زاده اورنگی و بهره‌دار، ۱۳۷۹؛ عکاشه، ۱۳۷۹).

در این بررسی کسانی که نمره‌ی ۲۱ یا بالاتر (عکاشه، ۱۳۷۹) داشتند به عنوان مشکوک به داشتن اختلال شناخته شدند.

داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی بررسی گردید.

آزمودنی‌های پژوهش از گروه سنی ۴۰-۱۴ سال با میانگین ۲۵/۴۰ (انحراف معیار ۴/۸۸) بوده‌اند. ۴۰ نفر (۹/۵٪) کمتر از ۱۹ سال، ۱۵۱ نفر (۳۵/۸٪) بین ۲۴-۲۰ سال، ۱۲۷ نفر (۳۰/۱٪) ۲۹-۲۵ سال، ۶۶ نفر (۱۵/۶٪) ۳۰-۳۴ سال و ۱۹ نفر (۴/۵٪) ۳۵ ساله و بالاتر بوده‌اند. ۴۶ نفر (۱۰/۹٪) از مادران شاغل بودند. ۱۷۸ نفر (۴۲/۲٪) بی‌سواد یا در سطح ابتدایی و ۶۱ نفر (۱۴/۵٪) لیسانس و بالاتر بودند.

۳۱۶ نفر (۷۴/۹٪) وضعیت اقتصادی خود را خوب و ۱۱ نفر (۲/۶٪) بد گزارش نمودند. ۱۵۷ نفر (۳۷/۲٪) از مادران دارای فرزند زیر ۱۲ سال بودند. از دیدگاه ۵۱ نفر از مادران (۱۲/۱٪) و ۶۳ نفر از پدران (۱۴/۹٪) بارداری کنونی ناخواسته بود.

جنسیت مورد انتظار از دید ۶۲ نفر از مادران (۱۴/۷٪) پسر، ۲۸ نفر (۶/۶٪) دختر و ۳۲۳ نفر (۷۶/۵٪) بی تفاوت بود.

1- short form of Spielberger's State Anxiety

2- Marteau

3- General Health Questionnaire

4- Goldberg

به ترتیب ۱۵/۹۴ (انحراف معیار ۲/۹۲) و ۶/۸۳ (۳/۸۰) بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های پژوهش برحسب افسردگی پیش از زایمان و پس از آن در زنان مورد بررسی

افسردگی پس از زایمان				افسردگی پیش از زایمان
بدون جواب	افسرده	غیرافسرده	جمع کل	
فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	
۳۶	۲۸	۱۷۷	۲۴۱	غیر افسرده
(۸/۵)	(۶/۶)	(۴۲/۰)	(۵۷/۱)	
۱۸	۵۸	۵۱	۱۲۷	افسرده
(۴/۳)	(۱۳/۷)	(۱۲/۱)	(۳۰/۱)	
۱۹	۷	۲۸	۵۴	بی جواب
(۴/۵)	(۱/۷)	(۶/۶)	(۱۲/۸)	
۷۳	۹۳	۲۵۶	۴۲۲	جمع کل
(۱۷/۳)	(۲۲/۰)	(۶۰/۷)	(۱۰۰)	

میانگین نمره‌های کلی افسردگی پیش از زایمان ۱۰/۲۹ (انحراف معیار ۵/۱۳) و میانگین نمره‌های افسردگی پیش از زایمان در افراد افسرده و غیر افسرده به ترتیب ۱۵/۷۱ (انحراف معیار ۲/۹۹) و ۷/۴۲ (انحراف معیار ۳/۳۲) بود. دامنه‌ی تغییر نمره‌ها از ۰ تا ۲۹ بوده است.

نمره‌های فرم کوتاه‌شده‌ی اضطراب موقعیتی اسپیلبرگر نشان داد که به ترتیب ۴۴ نفر (۱۰/۴٪) و ۳۶ نفر (۸/۵٪) از آزمودنی‌ها پیش از زایمان و پس از آن، از اضطراب شدید رنج می‌بردند. ۲۳ نفر (۵/۵٪) در هر دو مرحله اضطراب داشتند و ۹۴ نفر (۲۲/۳٪) در هیچ‌یک از دو مرحله اضطراب نداشتند.

۱۴۴ نفر (۳۴/۲٪) از آزمودنی‌ها در سه ماهه‌ی سوم بارداری، اضطراب خود را در سطح خفیف گزارش کردند که از این میان ۳۷ نفر (۸/۸٪) و ۳ نفر (۰/۷٪)

۳۸ نفر (۹٪) از مادران خود را در زمینه‌های مراقبت از فرزند خود ناتوان گزارش نمودند. ۲۴۵ نفر (۵۸/۱٪) بهترین پشتیبان را همسر و ۸۱ نفر (۱۹/۲٪) پدر و مادر خود و یا همسر دانسته‌اند. سابقه‌ی بیماری بدنی یا روانی در دوران عادت ماهانه در ۱۵۱ نفر (۳۵/۸٪) مثبت گزارش گردید. ۲۶ نفر از آزمودنی‌ها (۶/۲٪) سابقه‌ی بیماری عصبی را در خود و ۴۶ نفر (۱۰/۹٪) نیز در خانواده‌ی خود گزارش نمودند.

۱۰۲ نفر (۲۴/۲٪) از مادران تجربه‌ی رویدادهای فشارزا را در طی یکسال گذشته گزارش نمودند. ۳۵ نفر (۸/۳٪) از مادران اظهار کردند که پس از زایمان کسی را برای نگهداری از خود و فرزندشان ندارند.

۲۰۴ نفر (۴۸/۳٪) نخستین زایمان را تجربه می‌کردند. شمار زایمان‌های پیشین از ۱ تا ۵ و شمار بارداری‌ها از ۱ تا ۸ گزارش گردید. ۲۲۶ نفر (۵۳/۶٪) نوع زایمان را سزارین گزارش نمودند و ۷۱ نفر (۱۶/۸٪) در زایمان اخیر مشکلات و ناراحتی‌هایی را تجربه کردند. دوره‌ی بارداری ۱۱۱ نفر (۲۶/۳٪) از آزمودنی‌ها کمتر از ۳۷ هفته بود و ۱۹ نفر (۴/۵٪) از نوزادان وزنی کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشتند. از نظر وضعیت سلامت نوزاد، ۳۵۹ نفر (۸۵/۱٪) سالم، ۱۹ نفر (۴/۵٪) بیمار و ۵ نفر (۱/۲٪) فوت شده بودند. ۶۰ نفر از نوزادان (۱۴/۲٪) سابقه‌ی بستری در بیمارستان را داشتند.

۲۴ نفر (۵/۶٪) تمایل به خودکشی پیش از زایمان و ۱۸ نفر (۴/۳٪) پس از زایمان تمایل به خودکشی را گزارش نمودند.

این بررسی نشان داد که ۹۳ نفر (۲۲٪) از آزمودنی‌ها در هفته‌ی ششم تا هشتم پس از زایمان افسرده بودند (جدول ۱).

میانگین نمره‌های افسردگی پس از زایمان ۹/۲۶ (انحراف معیار ۵/۲۰) بود. نمره‌های به‌دست آمده در این مقیاس از ۰ تا ۲۸ متغیر بوده است. میانگین (و انحراف معیار) نمره‌های مادران افسرده و غیرافسرده پس از زایمان

پس از زایمان به ترتیب به اضطراب در سطح متوسط و شدید مبتلا شدند.

۴۶ نفر (۱۰/۹٪) از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، پیش از زایمان (سه ماهه سوم بارداری) درجاتی از اضطراب متوسط و ۲۱ نفر (۵٪) طی ۸-۶ هفته پس از زایمان درجاتی از اضطراب شدید را نیز دارا بودند.

یافته‌های به دست آمده از GHQ-28 در سه ماهه سوم بارداری و ۸-۶ هفته پس از زایمان نشان دادند که به ترتیب ۱۵۷ نفر (۳۷/۲٪) و ۱۳۲ نفر (۳۱/۳٪) نمره‌ی ۲۱ و بالاتر را به دست آوردند و مشکوک به ابتلا به اختلال روانی بودند و نیز ۵۶ نفر (۱۳/۳٪) از مادرانی

که پس از زایمان افسرده بودند، در مرحله‌ی پیش از زایمان نیز مشکوک به اختلال روانی بودند.

یافته‌های مربوط به ارتباط برخی از متغیرهای پژوهش با افسردگی پس از زایمان در جدول ۲ آورده شده است.

پژوهش حاضر بین میانگین نمره‌های افسردگی پس از زایمان با برخی خرده مقیاس‌های سلامت عمومی مانند شکایت‌های جسمی ($p < 0/01$)، اضطراب ($p < 0/001$)، اختلال در کارکرد اجتماعی ($p < 0/01$) و افسردگی ($p < 0/001$) در سه ماهه سوم بارداری و ۸-۶ هفته بعد از زایمان ارتباط معنی داری نشان داد (جدول ۳).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌ی آزمون آماری و سطح معنی داری نمرات افسردگی پس از زایمان بر حسب متغیرهای پژوهش در زنان مورد بررسی

متغیر	نمره‌ی افسردگی میانگین (انحراف معیار)	نمره‌ی آزمون آماری	سطح معنی داری
افسردگی سه ماهه سوم بارداری	(۴/۴۳) ۷/۳۳	$t = -10/07$	0/001
اضطراب سه ماهه سوم بارداری	(۴/۸۳) ۱۲/۸۰	$F = 24/40$	0/001
اضطراب ۸-۶ هفته‌ی بعد از زایمان	(۴/۷۹) ۷/۳۲	$F = 39/99$	0/001
سلامت روان سه ماهه سوم بارداری	(۴/۸۱) ۱۰/۰۵	$t = -7/29$	0/001
سلامت روان ۸-۶ هفته‌ی بعد از زایمان	(۵/۹۹) ۱۳/۴۷	$t = -9/64$	0/001
حمایت خانوادگی	(۴/۱۱) ۷/۰۴	$t = -3/44$	0/001
سابقه‌ی بیماری عصبی روانی در مادر	(۵/۰۳) ۱۰/۵۴	—	N.S.
تجربه‌ی حوادث استرس زا در طی یک سال گذشته	(۵/۸۵) ۱۴/۳۳	$t = 3/970$	0/001
احساس توانایی و مراقبت از کودک	(۴/۶۸) ۷/۰۶	$t = -2/416$	0/05
وضعیت سلامت کودک	(۴/۹۷) ۱۱/۲۸	$F = 12/03$	0/001
بیماری مادر در زایمان اخیر	(۴/۲۶) ۷/۰۳	$t = 2/57$	0/01
نوع تغذیه	(۴/۹۹) ۱۲/۲۲	—	N.S.
	(۵/۱۷) ۸/۹۵		
	(۴/۴۷) ۱۲/۹۹		
	(۵/۹) ۱۰/۶۷		
	(۵/۱۲) ۹/۰۸		
	(۴/۹۹) ۱۱/۱۱		
	(۵/۱۶) ۸/۶۰		
	(۵/۰۵) ۹/۰۴		
	(۷/۰۸) ۱۴/۱۶		
	(۵/۰۳) ۹/۰۵		
	(۵/۸۹) ۱۱/۵۰		
	(۵/۱۲) ۲۰/۷۵		
	(۶/۱۸) ۱۰/۷۴		
	(۴/۸۹) ۸/۹۳		
	(۵/۱۲) ۹/۱۴		
	(۵/۷۸) ۱۰/۶۵		

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی پس از زایمان برحسب خرده مقیاس‌های GHQ در زنان مورد بررسی

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	نمره‌ی t	سطح معنی‌داری
شکایات جسمی	۹/۱۹ (۵/۱۵)	-۲/۴۷	۰/۰۱
اضطراب	۱۴/۵ (۸/۰۶)	-۵/۶۱	۰/۰۰۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	۸/۹۹ (۵/۰۰)	-۲/۸۰	۰/۰۰۵
افسردگی	۱۸/۴۴ (۴/۴۷)	-۳/۸۷	۰/۰۰۱
	۸/۹۸ (۵/۴۰)		
	۱۱/۹۲ (۶/۵۶)		
	۹/۰۹ (۵/۰۵)		
	۱۹ (۷/۷۸)		

آزمودنی‌ها و مقیاس اندازه‌گیری مشابه انجام شده است، هم‌خوانی دارد.

در این پژوهش ۳۰/۱٪ از آزمودنی‌ها در سه ماهه‌ی سوم بارداری برپایه‌ی مقیاس EPDS، افسرده بودند که با یافته‌ی پژوهش نمازی (۱۳۷۸) (۳۳/۱٪) نزدیک است. زنان در طی بارداری بیشتر از دوره‌ی پس از زایمان در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند (پوررستم، غفوریان و گوهریان، ۱۳۸۰). کیتامورا^۱، سوگاوارا^۲، سوگاوارا، تودا^۳ و شیما^۴ (۱۹۹۷) نیز شیوع افسردگی پیش از زایمان را بیشتر از آن چه که پیشتر گمان می‌شد، گزارش نمودند. پژوهش حاضر نیز شیوع افسردگی را در سه ماهه‌ی سوم بارداری بیشتر از ۸-۶ هفته پس از زایمان نشان داد.

۵/۶٪ زنان پیش از زایمان و ۴/۳٪ آنان پس از زایمان افکار و تمایلات خودکشی را گزارش نمودند و نتایج پژوهش موریس-راش و همکاران (۲۰۰۳) افکار و تمایلات خودکشی را بعد از زایمان در ۶/۶٪ زنان گزارش نموده است. شاید بتوان علت این تفاوت را متفاوت بودن شرایط فرهنگی دانست که در ایران با تولد فرزند سیستم‌های حمایتی فعال می‌شود و می‌تواند تا حدی در کاهش افکار ناامیدی و افزایش انگیزه و امید به زندگی زنان مؤثر باشد.

این بررسی میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی در ایران را نسبت به سایر کشورها بالاتر نشان داد. میانگین و انحراف معیار در این پژوهش ۹/۲۶ و ۵/۲۰، در پژوهش حسن زهرایی و همکاران (۱۳۷۶) سه ماه پس از زایمان ۱۰/۶۷ و ۵/۸۲ بوده است. درحالی‌که لین و همکاران (۱۹۹۷) در ایرلند میانگین و انحراف معیار افسردگی را ۶ هفته بعد از زایمان ۶/۹ و ۴/۷ گزارش نمودند، اونیز و همکاران (۲۰۰۰) میانگین و انحراف معیار را ۸/۸ و ۵/۹۶ گزارش کرده‌اند و بالا بودن میانگین می‌تواند نشانه‌ی

یافته‌ها هم‌چنین نشان دادند اگر چه میانگین نمره‌های افسردگی پس از زایمان در مادران بی‌سواد، خانه‌دار، با وضعیت اقتصادی بد، دارای زایمان طبیعی و دارای نوزادی با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، نسبت به مادرانی که تحصیلات بالا داشته، شاغل بوده، وضعیت اقتصادی خوب داشته، زایمان به روش سزارین داشته و وزن نوزادشان بیشتر از ۲۵۰۰ گرم بوده است، بالاتر بود، اما از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند.

بسته به عوامل فرهنگی و اجتماعی، روش‌ها و ابزارهای سنجش گوناگون در بررسی افسردگی پس از زایمان، میزان شیوع این اختلال و عوامل خطر مرتبط با آن متفاوت گزارش شده است. در پژوهش حاضر شیوع افسردگی پس از زایمان ۲۲٪ بوده است که از بررسی‌های کوپر و همکاران (۱۹۹۹)، اونیز و همکاران (۲۰۰۰)، حسن زهرایی و همکاران (۱۳۷۶)، غفاری نژاد و همکاران (۱۳۷۸) و نمازی (۱۳۷۸) پایین‌تر است. ولی با یافته‌های بررسی‌های چانداران و همکاران (۲۰۰۲) و چایا و همکاران (۲۰۰۲) که با تعداد

1- Kitamura
2- Sugawara
3- Toda
4- Shima

شدت افسردگی باشد (چبرول^۱ و همکاران، ۲۰۰۲) که این میزان در ایران بالا بوده است.

بالا بودن میانگین می‌تواند گویای آن باشد که بسیاری از زنان ناراحتی خلقی زیادی را پیش از زایمان و پس از آن تجربه می‌کنند به طوری که شاید تحمل آن به صورت عادت درآمده باشد.

چانداران و همکاران (۲۰۰۲) افسردگی پس از زایمان را در همه‌ی کشورها شایع گزارش نمودند، اما در رابطه با عوامل خطر تفاوت‌هایی بین بررسی‌های گوناگون دیده می‌شود که مهم‌ترین علت این تفاوت‌ها، علل فرهنگی می‌باشد.

نتایج این پژوهش ارتباط معنی‌داری را میان افسردگی پس از زایمان با اضطراب و سلامت روان پیش از زایمان و پس از آن نشان داد که با یافته‌های کیتامورا و همکاران (۱۹۹۷)، قباش و ابوصالح (۱۹۹۶) و نیز ویزبرگ^۲ و پاکوت^۳ (۲۰۰۲) هماهنگ است. روز^۴، اوان^۵، سلرز^۶ و روماج^۷ (۲۰۰۳) و ونزول^۸، هاگمن^۹، جکسون^{۱۰} و رایبسون^{۱۱} (۲۰۰۳) شیوع اضطراب را از افسردگی پس از زایمان بیشتر می‌دانند. واترستون و همکاران (۲۰۰۲) نیز گزارش نمودند که بر اساس مقیاس GHQ-36، ۳۱/۵٪ زنان پس از زایمان مشکوک به داشتن اختلال روانی بوده و ۲۳/۳٪ افسردگی پس از زایمان داشته‌اند که با یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ و نزدیک است.

این یافته‌ها بر اهمیت توجه به سلامت روان، وضعیت خلقی و علایم اضطراب زنان، پیش از زایمان و پس از آن تأکید دارند.

در پژوهش حاضر تجربه‌ی رویدادهای فشارزای زندگی با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری نشان داد که با یافته‌های بررسی قباش و ابوصالح (۱۹۹۷)، چایا و همکاران (۲۰۰۲)، چانداران و همکاران (۲۰۰۲)، حسن زهرایی و همکاران (۱۳۷۶) و نمازی (۱۳۷۸) نیز هم‌سو است.

تحصیلات بالاتر و اشتغال مادر شانس ابتلا به افسردگی پس از زایمان را کاهش می‌دهد (حسن

زهرایی و همکاران، ۱۳۷۶؛ چایا و همکاران، ۲۰۰۲؛ ایناندی و همکاران، ۲۰۰۲) اما در پژوهش حاضر بین متغیرهای یادشده ارتباطی دیده نشد که با یافته‌های پژوهش غفاری‌نژاد و همکاران (۱۳۷۸)، کوپر و همکاران (۱۹۹۹) و لین و همکاران (۱۹۹۷) هماهنگ است. شاید بتوان علت تفاوت یادشده را به دلیل کم بودن شمار مادران با تحصیلات بالا و شاغل در پژوهش حاضر دانست.

در برخی از بررسی‌ها اختلال افسردگی پس از زایمان در مادران جوان شایع‌تر گزارش گردیده است (منزانو و همکاران، ۲۰۰۲؛ کوپر و همکاران، ۱۹۹۹؛ ایناندی و همکاران، ۲۰۰۲؛ نمازی، ۱۳۷۸). در این بررسی اگر چه میانگین افسردگی پس از زایمان در مادران ۲۴-۲۰ ساله بیشتر از گروه‌های دیگر بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. غفاری‌نژاد و همکاران (۱۳۷۸) و رومرو^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۳) نیز در پژوهش خود همین یافته را گزارش نمودند.

سابقه‌ی بیماری روانی نسبت به سابقه‌ی افسردگی از عوامل کم‌خطر در بروز افسردگی پس از زایمان می‌باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین نمره‌های افسردگی پس از زایمان در افرادی که سابقه‌ی بیماری عصبی-روانی را در خود و خانواده گزارش نمودند، بالاتر از گروه دیگر است، اما تفاوت معنی‌داری دیده نشد، که با یافته‌های پژوهش کمالی‌فرد و حسینی (۱۳۷۹) و چایا و همکاران (۲۰۰۲) نیز هماهنگ است.

یافته‌ی پژوهش حاضر مبنی بر ارتباط احساس توانایی مراقبت از کودک و حمایت خانوادگی با افسردگی پس از زایمان، با یافته‌های بسیاری از

1- Chabrol	2-Weisberg
3- Paquette	4- Rose
5- Evane	6- Sellers
7- Romach	8-Wenzel
9- Haugen	10- Jackson
11- Robinson	12- Romero

بررسی‌ها از جمله چایا و همکاران (۲۰۰۲) و چانداران و همکاران (۲۰۰۲) هماهنگ است. نمازی (۱۳۷۸) و رومرو و همکاران (۲۰۰۳) رابطه‌ای بین افسردگی پس از زایمان و حمایت خانوادگی گزارش نکردند.

در برخی از پژوهش‌ها، افسردگی پس از زایمان با رتبه‌ی زایمان ارتباط معنی‌دار نشان داده است (غفاری‌نژاد و همکاران، ۱۳۷۸؛ حسن زهرایی و همکاران، ۱۳۷۶؛ رومرو و همکاران، ۲۰۰۳) و افسردگی پس از زایمان در نخست‌زاهای بیشتر از چندزاهای بوده است. در پژوهش حاضر میانگین نمره‌های افسردگی پس از زایمان در نخست‌زاهای بیشتر از مادران چندزاد بود، اما تفاوت معنی‌دار نبوده است. وارنر و همکاران (۱۹۹۶) نیز در پژوهش خود ارتباطی میان متغیرهای یادشده گزارش نمودند.

لین و همکاران (۱۹۹۷) و قباش و ابوصالح (۱۹۹۷) بارداری ناخواسته را از عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان گزارش نمودند. در پژوهش حاضر با آن که میانگین نمره‌های افسردگی در زنانی که بارداری ناخواسته داشتند بالاتر بود، تفاوت معنی‌داری نبود.

در این بررسی بین افسردگی پس از زایمان و نوع زایمان ارتباط معنی‌داری دیده نشد که با پژوهش‌های کوپر و همکاران (۱۹۹۹) و وارنر و همکاران (۱۹۹۶) هماهنگ است، درحالی‌که لین و همکاران (۱۹۹۷) و چایا و همکاران (۲۰۰۲) افسردگی پس از زایمان را در زنانی که به روش طبیعی زایمان می‌کنند، بیشتر از افسردگی در زنانی که به روش سزارین زایمان می‌کنند، گزارش نموده‌اند.

شاید بتوان دلیل مهم تفاوت در یافته‌های پژوهش‌ها را تجربه‌ی مجموعه‌ای از عوامل خطر و نه تنها یک عامل دانست که زنان را نسبت به افسردگی پس از زایمان آسیب‌پذیر می‌سازد. از این رو پیشنهاد می‌شود در بررسی این موضوع، ضمن تعیین عوامل خطر، شدت افسردگی پس از زایمان برحسب شمار عوامل خطر مورد توجه قرار گیرد.

به‌طور کلی می‌توان گفت که بارداری یک دوره آسیب‌پذیری زنان به افسردگی پس از زایمان است و زنان با وجود افسردگی، اضطراب و مشکلات روانی در بارداری، بیشتر در معرض خطر افسردگی پس از زایمان می‌باشند. بنابراین با بررسی سلامت روانی پیش از زایمان زنان باردار و پس از آن می‌توان افراد در معرض خطر را شناسایی نمود.

وجود سابقه‌ی حوادث استرس‌زا، بود یا نبود حمایت خانوادگی و احساس ناتوانی مراقبت از کودک، از عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان می‌باشند که بررسی آنها در دوره‌ی پیش از زایمان و پس از آن ضروری است.

به‌دلیل محدودیت‌های موجود از جمله امکانات ناکافی، ناآگاهی و انکار مادران، هیچ‌یک از آنها به‌دست آورده بودند و نیز افرادی که از لحاظ اقدام به خودکشی در خطر بودند، به روانپزشک ارجاع نشده بودند. افسردگی، اضطراب و سلامت عمومی آزمودنی‌ها تنها به‌کمک پرسش‌نامه بررسی گردید. پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده، مصاحبه‌ی بالینی روانپزشک بر اساس معیارهای DSM-IV-TR انجام پذیرد. هم‌چنین حساسیت و ویژگی این ابزارها (فرم کوتاه‌شده‌ی اضطراب، EPDS و GHQ) در شناسایی موارد سالم و بیمار در دوره‌ی بارداری و پس از زایمان با هدف به‌کارگیری آنها در غربالگری مورد پژوهش قرار گیرد.

یافته‌های این بررسی راهبردهایی برای پیش‌گیری از ابتلای زنان به اختلال خلقی پس از زایمان را نشان می‌دهد. برای نمونه، با شناسایی و درمان افسردگی، اضطراب و مشکلات روانی در دوران بارداری، شناسایی افرادی که حوادث استرس‌زا را تجربه کرده‌اند، آموزش مقابله با استرس و بالابردن توانایی مراقبت از کودک با آموزش‌هایی در این زمینه، می‌توان تا اندازه‌ای برای دستیابی به این هدف گام برداشت.

بدین وسیله از معاونت و اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در تصویب اعتبار این پژوهش و نیز از همکاری صمیمانه‌ی کارکنان محترم مراکز بهداشتی- درمانی شهر ساری که در انجام نمونه‌گیری همکاری داشته‌اند، قدردانی می‌نمایم.

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۴/۱۵؛ دریافت نسخه‌ی نهایی: ۱۳۸۲/۷/۱۲؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۲/۸/۱۱

باقری‌یزدی، سیدعباس؛ بواله‌ری، جعفر؛ پیروی، حمید (۱۳۷۴). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۷۳ دانشگاه تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۳۹-۳۰.

بهروش، امید (۱۳۸۰). *بررسی تأثیر موسیقی بر میزان اضطراب بیماران تحت تهویه مکانیکی بستری در بخشهای مراقبت ویژه بیمارستانهای منتخب شهرستان ساری ۱۳۷۹*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری- مامایی.

پوررستم، رودین؛ غفوریان، ساناز؛ گوهریان، حسین (۱۳۸۰). افسردگی حاملگی. *دوره*. سال اول، مهر، ۱۲-۷.

سامسون، جی. ال. (۱۳۷۷). *اختلالات افسردگی پس از زایمان*. ترجمه: آنوشاعلایی. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران. سال چهارم، شماره اول، ۸۶-۷۹.

حسن زهرایی، روشک؛ خدا دوستان، میترا؛ اسدالهی، قربانعلی؛ بشردوست، نصرا... (۱۳۷۶). بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانم‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان. *مجله علمی دانشکده پرستاری- مامایی اصفهان*، شماره ۱۱، ۶۵-۵۷.

عکاشه، گودرز (۱۳۷۹). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۴، ۱۶-۱۱.

غفاری‌نژاد، علیرضا؛ خوبیاری، فریبا؛ پویا، فاطمه (۱۳۷۸). بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در شهر کرمان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۱ و ۲، ۲۹-۲۴.

کمالی‌فرد، میهن؛ حسینی، عاطفه (۱۳۷۹). *بررسی عوامل پیشگیری‌کننده افسردگی در دوران پس از زایمان در مادران بستری در بیمارستانهای آموزشی شهر تبریز*، مقاله ارائه‌شده در همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی، از پیشگیری تا نوتوانی. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. دانشکده پرستاری- مامایی، ۱۸ و ۱۹ آبان‌ماه.

نمازی، شعله (۱۳۷۸). بررسی نقش تعدادی از متغیرهای روانشناختی و دموگرافیک در افسردگی پس از زایمان. *مجله پزشکی هومزگان*، سال سوم، شماره اول، ۲۴-۱۷.

ویسی، مختار؛ عاطف‌وحید، محمدکاظم؛ رضایی، منصور (۱۳۷۹). تأثیر استرس شغلی بر خشنودی شغلی و سلامت روان: اثر تعدیل‌کننده سرسختی و حمایت اجتماعی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۲ و ۳، ۷۸-۷۰.

هاشم‌زاده، ایرج؛ اورنگی، مریم؛ بهره‌دار، محمدجعفر (۱۳۷۹). استرس شغلی و رابطه آن با سلامت روان در کارکنان بیمارستان‌های شیراز. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۲ و ۳، ۶۲-۵۵. یعقوبی، نورا...؛ نصرافهانی، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا (گیلان-۱۳۷۴). *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۶۵-۵۵.

Beck, C.T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 5, 297-302.

Chaaya, M., Campbell, O.M., Elkat, F., Shaar, D., Harb, H., & Kaddour, A. (2002). Postpartum depression: Prevalence and determinants in Lebanon. *Archives of Women Mental Health*, 5, 65-72.

Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teissyre, N., Sistic, C., Michaud, C., Roge, B. (2002). Detection, Prevention and treatment of postpartum depression. a controlled study of 859 patients. *Encephala*, 28, 65-70.

- Chandaran,M.,Tharyan,P.,Muliylil,J.,& Abraham,C. (2002). Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil, Nadu, India: Incidence and risk factors. *British Journal of Psychiatry*, *8*, 499-504.
- Cooper,p.,Tomlinson,M.,Swartz,L.,Woolgar,M.L.,& Meltano,C.(1999). Postpartum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry*, *175*, 554-558.
- Cox,J.,& Holden,J.(1996). *Prenatal psychiatry use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. New York: Gasell.
- Evins,G.,Theofratous,G.D.,& Galvin,S.(2000). Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *182*, 1080-1082.
- Galler,J.R.,Harrison,R.H.,Ramsey,F.,Forde,V.B.,& Butler,S. (2000). Maternal depression symptoms affect infant cognitive development in Barbados. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *41*, 747-757.
- Ghubash,R.,& Abou-Saleh,M.T. (1997).Postpartum psychiatry illness in Arab culture: Prevalence and psychosocial correlates. *British Journal of Psychiatry*, *171*, 65-68.
- Goldberg,D.(1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Inandi,T., Elci,O.C.,Ozturk,A.,Egri,M.,Polat,A., & Sahin,T.K.(2002). Risk factors for depression in postnatal first year in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*, *31*, 1201-1207.
- Kitamura,T.,Sugawara,M.,Sugawara,K., Toda, M.A. & Shima, S. (1997).Psychosocial study of depression in early pregnancy. *The British Journal of Psychiatry*, *168*, 732 – 738.
- Lane,A.,Keville,R.,Morris,M.,Kinsella,A.,Turner,M., & Barry,S.(1997). Postnatal depression and elation among mothers and their partners: Prevalence and Predictors. *British Journal of Psychiatry*, *171*, 550-555.
- Manzano,S.J.M.,Garcia,C.T.,& Moreno,L. E.(2002). Variables associated with the risk of postnatal depression: Edinburg Postnatal Depression Scale. *Atencion Primaria*, *30*,103-111.
- Marteau,T.B.(1992). The development of six item short form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*, *31*, 301-306.
- Martnis,C.,& Gaffan,E.A.(2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *41*, 737-746.
- Morris-Rush,J.K.,Freda,M.C.,& Bernstein,P.S.(2003). Screening for postpartum depression in an inner-city population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *188*, 1217-1219.
- Murray,D.,Cox,J.,Chapman,G., & Jones,P. (1992). Childbirth life event of start of long term difficulty. *British Journal of Psychiatry*,*160*,595-600.
- Romero,S.E.,Maslodo,N.,Martin,B.M.,Raja-Casillas, M.I.,Izquierdo-Zamarriego,M.J.,Valles-Fernandez, N.,Metola,G.,Rose,I.K.,Gilbert,B.S.K.,Sellers,E. M.,& Romach,M.K.(2003). Postpartum depression in health care of Toledo. *Atencion Primaria*,*15*, 215-219.

- Rose, L.K., G., Evane, S.K., Sellers, E.M., & Romach, M.K. (2003). Measurement issues in postpartum depression, part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women Mental Health*, 6, 51-57.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins. (p.p.1277-1282).
- Warner, R., Appleby, L., Whitto, N.A., & Faragher, B. (1996). Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatry morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 166, 607-611.
- Waterston, M., Wolfe, C., Hooper, R., & Bewley, S. (2003). Postnatal morbidity after childbirth and severe obstetric morbidity. *British Journal of Obstetrics & Gynecology*, 110, 128-133.
- Weisberg, R.B., & Paquette, J.A. (2002). Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Women's Health Issues*, 12, 32-36.
- Wenzel, A., Haugen, E.N., Jackson, L.C., & Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum, *Archive of Women Mental Health*, 6, 43-49.
- Zhang, R., & Chen, Q. (1999). Study for the factors related to postpartum depression. *Zhonghua fu Chen Ke Za Zhi*, 34, 231-233.