

ارتباط افسردگی پس از زایمان با عوارض روانی اجتماعی مادران

نعیما خدادادی^۱، هائیده محمودی^۲، سیده نوشاز میر حق جو^۳

^۱ نویسنده مسئول: مربی گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی رشت E-mail: n_khodadady@yahoo.com

^۲ مربی گروه روان پرستاری ^۳ مربی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی رشت

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی پس از زایمان نوعی اختلال روانی محسوب می شود که عوامل روانی- اجتماعی با آن ارتباط دارند. تحقیق حاضر با هدف تعیین ارتباط بین افسردگی پس از زایمان و برخی از عوارض روانی- اجتماعی و تعیین میزان افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر رشت انجام شده است.

روش کار: در این پژوهش توصیفی-همبستگی، ۳۵۰ زن بصورت تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل دو پرسشنامه، در ارتباط با عوارض روانی- اجتماعی مادران و آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود، که به روش مصاحبه و توسط پژوهشگر تکمیل شد.

یافته ها: نتایج تحقیق بیانگر آن است که ۱۶٪ از نمونه ها به افسردگی پس از زایمان مبتلا بودند، همچنین نتایج نشان دادند که بین میزان رضایت از زندگی با خانواده همسر ($p=0/021$)، حوادث ناگوار زندگی ($p<0/001$)، سابقه بیماری روانی در خانواده ($p<0/001$)، سابقه افسردگی پس از زایمان در خانواده ($p=0/008$)، حاملگی ناخواسته ($p=0/041$)، تمایل به سقط جنین ($p<0/001$)، رضایت مادر از جنس نوزاد ($p=0/034$)، رضایت خانواده همسر از جنس نوزاد ($p=0/005$)، نوع ارتباط با همسر ($p<0/001$)، نوع ارتباط با خانواده همسر ($p<0/001$) و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی دار آماری وجود دارد.

نتیجه گیری: پرستاران نقش مهمی در پیشگیری ثانویه و غربالگری زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و ارجاع سریع و مناسب این زنان به روانپزشک دارند. پرستاران باید در مورد عوامل خطرناک افسردگی پس از زایمان آگاهی داشته باشند و این اطلاعات را به مادران و خانواده هایشان منتقل نمایند.

واژه های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، عوارض روانی- اجتماعی، مادران

پذیرش: ۸۷/۵/۱۳

دریافت: ۸۶/۱/۱۵

مقدمه

که شروع علایم آن از چهارمین هفته پس از زایمان است [۵]. این اختلال با علایم خلق افسرده، عدم احساس لذت از زندگی، تحریک پذیری، بی خوابی، سرگیجه مکرر، علایم جسمی، دوگانگی روانی، احساس منفی نسبت به شیر خوار، عدم توانایی در مراقبت از او و وجود افکار خودکشی مشخص می گردد [۳]. اختلال افسردگی پس از زایمان یک مشکل بهداشتی مهم و شایع می باشد که میزان شیوع آن به علت نقش عوامل محیطی بسیار متفاوت گزارش شده است [۶].

بی شک تولد خارق العاده ترین رویداد طبیعت است [۱]. دوره پس از زایمان گاهی بحدی پر استرس است که سبب تحریک اختلالات روانی می شود. این اختلالات ممکن است به شکل عود یا تشدید یک اختلال روانی بروز نماید. یا ممکن است یک اختلال روانی جدید بوجود آید [۲]. اختلالات روانی پس از زایمان به سه دسته طبقه بندی می گردند اندوه پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان و سایکوز پس از زایمان [۳]. افسردگی پس از زایمان نوعی افسردگی مقاوم و جدی است [۴]

۶-۸ هفته پس از زایمان به واحدهای بهداشت خانواده، مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت جهت اولین نوبت واکسیناسیون ثلاث و فلج اطفال شیرخوار خود (۴۵ روزه) مراجعه نموده بودند و از بین آنان ۳۵۰ نفر به طریق تصادفی خوشه ای بعنوان نمونه پژوهش انتخاب گردید. محیط پژوهش حاضر مراکز بهداشتی درمانی پنج گانه شهر رشت بود که در ۵ نقطه شرق، غرب، شمال، جنوب و مرکز آن واقع بودند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه متشکل از دو قسمت بوده است. قسمت اول پرسشنامه عوارض روانی- اجتماعی و مشتمل بر ۱۷ سوال و قسمت دوم آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود که از ده عبارت تشکیل یافته بود. متغیرهای اصلی این پژوهش عوارض روانی- اجتماعی، متغیر مستقل و افسردگی پس از زایمان متغیر وابسته بودند و تماما کیفی بوده و بر اساس مقیاس اندازه گیری رتبه ای و طرح تک مرحله ای مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش آمار توصیفی و استنباطی (آزمون آماری کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته های بدست آمده در رابطه با تعیین میزان افسردگی پس از زایمان گویای آن است که شیوع افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت حدود ۱۶٪ می باشد. اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۸۴٪ افسردگی پس از زایمان نداشتند.

اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۸۵/۷٪ در گروه سنی ۲۰-۳۵ قرار داشتند. ۹۲/۹٪ بین ۳-۱ بار حاملگی، ۹۶٪ ۳-۱ فرزند، ۹۴/۹٪ ۳-۱ زایمان، ۳/۴٪ سابقه مرده زایی، ۱۳/۱٪ سابقه سقط، ۹۲٪ از نمونه ها همسر دار و ۱/۱٪ از واحدهای مورد مطالعه از همسر جدا شده بودند.

همچنین ۶/۶٪ از نمونه های پژوهش در گروه بیسواد و ۳۱/۴٪ دیپلم بودند، اما بیشترین آنها ۵۳/۷٪ سواد خواندن و نوشتن و ۸/۳٪ نمونه های پژوهش از

طوریکه در کشورهای توسعه یافته میزان شیوع آن ۱۵-۱۰ درصد گزارش گردیده است [۷]. در ایران نیز طبق مطالعات بعمل آمده، شیوع آن را تا حدود ۳۹/۴٪ گزارش کرده اند [۸] در مورد عوامل موثر در ایجاد افسردگی پس از زایمان نظریات متعددی ارائه شده است. طبق این نظریات عوامل زیستی، روانی- اجتماعی و فرهنگی در ایجاد افسردگی پس از زایمان دخالت دارند [۹]. از عوامل روانی- اجتماعی که بر آسیب پذیری زنان در مقابل اختلال افسردگی پس از زایمان موثرند عبارتند از ویژگی های شخصیتی، سبک های سازگاری، حوادث استرس زای زندگی در طول بارداری و نزدیک به زمان زایمان، عدم رضایت از ازدواج و ناکافی بودن حمایت اجتماعی [۳].

در رابطه با عوارض زاینبار آن، گری و همکاران بیان نموده اند، این افسردگی موجب ارتباط غیر ایمن مادر و نوزاد و مشکلات رفتاری کودک در آینده می شود [۲]. در مورد درمان افسردگی پس از زایمان بک و گیبیل اظهار می دارند، این اختلال قابل درمان بوده ولی قبل از اقدام به هر کاری باید کلیه زنانی را که تازه زایمان کرده اند از نظر ابتلا به این اختلال غربالگری نمود [۸].

پرستاران باید در مراکز مشاوره و تنظیم خانواده که کانون مراجعه مادران جوان است، به مادرانی که هنوز تصمیم به باردار شدن ندارند و همچنین زنان باردار و همسرانشان، قبل از تولد کودک آموزش لازم درباره علایم و نشانه های افسردگی پس از زایمان و عوامل خطر ساز آن بدهند [۹]. بنابر این لازم است که پرستاران در مورد عوامل خطر ساز این اختلال اطلاعات کافی داشته باشند. لذا این تحقیق با هدف تعیین میزان افسردگی پس از زایمان و ارتباط برخی از عوامل روانی- اجتماعی آن صورت گرفته است.

روش کار

این تحقیق بر حسب ماهیت موضوع و اهداف پژوهش از نوع تحقیقات توصیفی همبستگی است و جامعه پژوهش این تحقیق شامل تمامی مادرانی بود که

کل	۳۵۰	۱۰۰
کفایت درآمد خانواده برای هزینه های زندگی		
دارد	۲۳۹	۶۸/۳
ندارد	۱۱۱	۳۱/۷
کل	۳۵۰	۱۰۰
نوع مسکن		
شخصی	۱۷۴	۴۹/۷
استیجاری	۱۷۶	۵۰/۳
کل	۳۵۰	۱۰۰
تعداد افراد خانوار		
۳ نفر و کمتر	۱۷۱	۴۸/۹
۴ نفر	۹۸	۲۸
۵ نفر و بیشتر	۸۱	۲۳/۱
کل	۳۵۰	۱۰۰

یافته های این پژوهش در رابطه با عوارض روانی - اجتماعی مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان حاکی از آن است که ۱/۱۱٪ از واحدهای مورد پژوهش با خانواده همسران خود زندگی می کردند. و ۸/۳۰٪ رضایت کم از زندگی با خانواده همسر داشتند و ۱۰٪ از واحدهای مورد پژوهش وقوع حوادث ناگوار را گزارش کرده بودند و بیشترین واقعه ناگوار تجربه شده ۱/۳۷٪ مربوط به وقوع حادثه بود. ۹/۴٪ از واحدهای مورد مطالعه سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری روانی و ۲٪ از سابقه خانوادگی ابتلا به افسردگی پس از زایمان برخوردار بودند. ۱/۱۹٪ حاملگی ناخواسته و ۶٪ تمایل به سقط جنین داشتند، ۳/۹۸٪ از جنسیت نوزاد خود راضی، ۹/۹۸٪ همسر آنها از جنسیت نوزاد خود راضی و ۳/۹۸٪ از خانواده های همسران آنها نیز از جنسیت نوزاد متولد شده راضی بودند. ۴/۹۶٪ از زنان شاغل و همچنین ۴/۹۶٪ از همسران آنها از شغل زنان خود راضی بودند ۴/۹۶٪ از زنان شاغل جهت مراقبت از نوزاد خود پس از اتمام مرخصی زایمان برنامه ریزی داشتند و از این میزان ۶/۵۳٪ از زنان شاغل، مراقبت از نوزاد (پس از اتمام مرخصی زایمان) بر عهده خانواده آنها بود. ۴/۵٪ از واحدهای مورد مطالعه با همسران خود ارتباط نامناسب داشتند و ۱۰٪ نیز با خانواده همسران خود ارتباط نامناسب داشتند (جدول دو).

تحصیلات بالای دیپلم برخوردار بودند. ۶/۴۲٪ از واحدهای مورد مطالعه زایمان طبیعی و ۴/۵۷٪ زایمان سزارین داشتند. ۳/۶۸٪ در آمد کافی، ۳/۵۰٪ دارای منزل استیجاری، تعداد افراد خانوار در ۹/۴۸٪ موارد سه نفره و ۱/۲۳٪ موارد بیش از پنج نفر بود (جدول یک).

جدول ۱. فراوانی - درصد عوامل فردی		
فراوانی	تعداد	درصد
عوامل فردی		
سن بر حسب سال		
زیر بیست سال	۲۸	۸
۲۰ - ۳۵	۳۰۰	۸۵/۷
۳۵ و بالاتر	۲۲	۶/۳
کل	۳۵۰	۱۰۰
دفعات حاملگی		
۱ - ۳ حاملگی	۳۲۵	۹۲/۹
بیش از ۳ حاملگی	۲۵	۷/۱
کل	۳۵۰	۱۰۰
تعداد فرزندان		
۱ - ۳ فرزند	۳۳۶	۹۶
بیش از ۳ فرزند	۱۴	۴
کل	۳۵۰	۱۰۰
تعداد زایمان ها		
۱ - ۳ زایمان	۳۳۲	۹۴/۹
بیش از سه زایمان	۱۸	۵/۱
کل	۳۵۰	۱۰۰
سابقه مرده زایی		
دارد	۱۲	۳/۴
ندارد	۳۳۸	۹۶/۶
کل	۳۵۰	۱۰۰
سابقه سقط		
دارد	۴۶	۱۳/۱
ندارد	۳۰۴	۸۶/۹
کل	۳۵۰	۱۰۰
وضعیت اشتغال		
خانه دار	۳۲۲	۹۲
شاغل	۲۸	۸
کل	۳۵۰	۱۰۰
وضعیت تأهل		
همسر دار	۳۴۶	۹۸/۹
همسر جدا شده	۴	۱/۱
کل	۳۵۰	۱۰۰
سطح تحصیلات		
پیسواد	۲۳	۶/۶
سواد خواندن و نوشتن	۱۸۸	۵۳/۷
دیپلم	۱۱۰	۳۱/۴
بالای دیپلم	۲۹	۸/۳
کل	۳۵۰	۱۰۰
نوع زایمان		
طبیعی	۱۴۹	۴۲/۶
سزارین	۲۰۱	۵۷/۴

دارد	۲۷	۹۶/۴
ندارد	۱	۳/۶
کل	۲۸	۱۰۰
رضایت همسر از شغل مادر		
دارد	۲۷	۹۶/۴
ندارد	۱	۳/۶
کل	۲۸	۱۰۰
برنامه ریزی برای مراقبت از نوزاد		
دارد	۲۷	۹۶/۴
ندارد	۱	۳/۶
کل	۲۸	۱۰۰
نحوه مراقبت از نوزاد پس از تولد		
پرستار در منزل	۲	۷/۱
مهدکودک	۵	۱۷/۹
خانواده مادر	۱۵	۵۳/۶
خانواده همسر	۶	۲۱/۴
کل	۲۸	۱۰۰
ارتباط با همسر		
خوب	۳۳۱	۹۴/۶
بد	۱۹	۵/۴
کل	۳۵۰	۱۰۰
ارتباط با خانواده همسر		
خوب	۳۱۵	۹۰
بد	۳۵	۱۰
کل	۳۵۰	۱۰۰

همچنین در مورد ارتباط بین افسردگی پس از زایمان و برخی از عوارض روانی- اجتماعی یافته ها طبق جدول سه نشان داده شده است.

جدول ۳. آزمونها و نتایج ارتباط متغیرها پژوهش با افسردگی پس از زایمان

متغیر	آزمون	Pvalue	نتیجه
رضایت از زندگی با خانواده همسر	کای-دو	P= . / 021	معنی دار
وقوع حوادث ناگوار	کای-دو	P < . / 0001	معنی دار
سابقه ابتلا به بیماری روانی در خانواده	کای-دو	P < . / 0001	معنی دار
سابقه ابتلا به افسردگی پس از زایمان در خانواده	کای-دو	P < . / 008	معنی دار
حاملگی ناخواسته	کای-دو	P = / 04	معنی دار
تمایل به سقط جنین	کای-دو	P < . / 0001	معنی دار
رضایت مادر از جنس نوزاد	کای-دو	P = . / 034	معنی دار
رضایت خانواده همسر از جنس نوزاد	کای-دو	P = . / 005	معنی دار
ارتباط با همسر	کای-دو	P < . / 0001	معنی دار
ارتباط با خانواده همسر	کای-دو	P < . / 0001	معنی دار

جدول ۲. جدول فراوانی - درصد عوارض روانی - اجتماعی		
فراوانی	تعداد	درصد
عوامل روانی - اجتماعی		
زندگی با خانواده همسر		
دارد	۳۹	۱۱/۱
ندارد	۳۱۱	۸۸/۹
کل	۳۵۰	۱۰۰
میزان رضایت از زندگی با خانواده همسر		
بسیار کم	۳	۷/۷
کم	۱۲	۳۰/۸
زیاد	۲۲	۵۶/۴
بسیار زیاد	۲	۵/۱
کل	۳۹	۱۰۰
حوادث ناگوار		
دارد	۳۵	۱۰
ندارد	۳۱۵	۹۰
کل	۳۵۰	۱۰۰
نوع حوادث ناگوار		
فوت	۱۱	۳۱/۴
حادثه	۱۳	۳۷/۱
بیماری	۷	۲۰
دعوا	۴	۱۱/۴
کل	۳۵	۱۰۰
سابقه ابتلا به بیماری روانی در خانواده		
دارد	۱۷	۴/۹
ندارد	۳۳۳	۹۵/۱
کل	۳۵۰	۱۰۰
سابقه ابتلا به افسردگی پس از زایمان در خانواده		
دارد	۷	۲
ندارد	۳۴۳	۹۸
کل	۳۵۰	۱۰۰
حاملگی ناخواسته		
دارد	۶۷	۱۹/۱
ندارد	۲۸۳	۸۰/۹
کل	۳۵۰	۱۰۰
تمایل به سقط جنین		
دارد	۲۱	۶
ندارد	۳۲۹	۹۴
کل	۳۵۰	۱۰۰
رضایت مادر از جنس نوزاد		
دارد	۳۴۴	۹۸/۳
ندارد	۶	۱/۷
کل	۳۵۰	۱۰۰
رضایت خانواده همسر از جنس نوزاد		
دارد	۳۴۴	۹۸/۳
ندارد	۶	۱/۷
کل	۳۵۰	۱۰۰
رضایت همسر از جنس نوزاد		
دارد	۳۴۶	۹۸/۹
ندارد	۴	۱/۱
کل	۳۵۰	۱۰۰
رضایت مادر از شغل		

بحث

نتایج نشان داد که ۱۶٪ از واحدهای مورد پژوهش به افسردگی پس از زایمان مبتلا بودند که رقم قابل توجهی است. گری و همکاران شیوع افسردگی پس از زایمان را ۱۵-۱۰ درصد [۲] و ایوان بقا و محمد علیزاده شیوع آن را در ۲۵/۸٪ در واحدهای مورد پژوهش خود گزارش نمودند [۶].

بین متغیر رضایت از زندگی با خانواده همسر و افسردگی پس از زایمان ارتباط معکوس و معنی دار بود. (جدول سه) که این امر می تواند به این دلیل باشد، مادرانی که از زندگی با خانواده همسران خود ناراضی بودند حمایت خوبی از طرف آنها در مورد مراقبت از نوزاد و انجام وظایف روزانه در یافت نمی کردند، لذا احساس عدم کفایت با کاهش اعتمادبه نفس همراه شده و منجر به افسردگی پس از زایمان می شد.

همچنین یافته های تحقیق نشان داد که ارتباط بین وقوع حوادث ناگوار زندگی و افسردگی پس از زایمان معنی دار است طبق مطالعه بعمل آمده توسط ایوان بقا و محمد علیزاده، حوادث ناگوار زندگی از عوامل روانی- اجتماعی مهم در بروز افسردگی پس از زایمان بود [۶].

همچنین بین دو متغیر سابقه ابتلا به بیماری روانی در خانواده و سابقه ابتلا به افسردگی پس از زایمان در خانواده با افسردگی پس از زایمان مادر ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد (جدول سه). وجود افسردگی در اقوام نزدیک و یا خلق افسرده و مضطرب در خود مادر از عوامل خطر ساز افسردگی پس از زایمان است [۴].

این یافته ها با یافته های حاصل از پژوهش حسن زهرایی و همکاران مشابه است [۱۴]. یافته های این تحقیق بیانگر آنست که بین حاملگی ناخواسته و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی دار وجود داشت (جدول سه). ۲۹/۹٪ از زنان با حاملگی ناخواسته دچار افسردگی پس از زایمان شده اند که این امر می تواند به این دلیل باشد که وقتی حاملگی ناخواسته است یعنی شرایط برای تولد نوزاد مهیا نبوده و می تواند لطمه

جسمی و روانی به مادر وارد سازد و سلامت وی را به خطر اندازد [۹] نگاهبان و همکاران نیز دریافتند که بین حاملگی ناخواسته و افسردگی پس از زایمان رابطه معنی دار وجود دارد [۱۵].

همچنین نتایج بیانگر آن بود که بین تمایل به سقط جنین و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی دار آماری وجود دارد (جدول سه) این امر به این دلیل است که وقتی ناخواسته بودن حاملگی به حدی است که مادر از حیات جنین بیزار است و تمایل به سقط را ابراز می کند، در واقع هیچگونه آمادگی برای پذیرش نقش های مادری ندارد و لطمه ناشی از این عدم آمادگی مادر و از طرفی احساس گناه مادر دست به دست هم داده و زمینه را برای بروز افسردگی پس از زایمان مهیا می کند، نگرش مادر نسبت به حاملگی بسیار مهم است بخصوص وقتی مادر با ادامه حاملگی مشکل دارد یا حاملگی بر نامه ریزی نشده بوده است [۹]. این نتایج با نتایج حسن زهرایی و همکاران همسو است [۱۳].

همچنین یافته ها نشان داد بین دو متغیر رضایت مادر و خانواده همسر از جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان مادر ارتباط معنی دار آماری مشاهده شده (جدول سه) ناخواسته بودن جنس نوزاد می تواند تنش دراز مدت را برای مادر بدنبال داشته باشد و این موضوع می تواند نقش موثری را در بهداشت روانی مادر و سازگاری وی با موقعیت جدید و در نهایت سلامت و بهداشت خانواده بنماید. این نتایج با نتایج پژوهش خمسه مطابقت دارد [۱۶] ($P=0/05$) ولی از طرفی با پژوهش بعمل آمده توسط حبیبی همسو نیست [۸].

همچنین یافته ها نشان داد بین متغیر های ارتباط و سازگاری با همسر و خانواده همسر و افسردگی پس از زایمان مادر ارتباط معنی دار آماری وجود دارد (جدول سه) مادرانی که ارتباط و سازگاری خوبی با همسران و خانواده های همسران خود ندارند در مقابل ابتلا به افسردگی پس از زایمان تاثیر پذیر تر هستند فقدان حمایت و توجه همسر، دوستان و اطرافیان از جمله عوامل خطر ساز افسردگی پس از زایمان است [۱۲]

به موقع و مناسبت جهت رفع علائم خفیف بیماری، پیشگیری از وخیم شدن اختلال، بازتوانی مؤثر مبتلایان استفاده می شود. همچنین به منظور تحقق اهداف پیشگیری لازم است به پرستاران در مورد عوامل خطر ساز این مشکل آگاهی داده شود تا در صورت مشاهده برخی عوارض روانی- اجتماعی خاص مادر را در برنامه حمایتی- آموزشی خود قرار دهند [۱۱]. در مراکز مشاوره و تنظیم خانواده که کانون مراجعه مادران جوان است باید به مادرانی که هنوز تصمیم به باردار شدن ندارند و همچنین زنان باردار و همسرانشان قبل از تولد کودک آموزش لازم درباره علائم و نشانه های افسردگی پس از زایمان و عوامل پیش بینی کننده آن داده شود.

نتیجه گیری

نتایج این تحقیق بیانگر آن است که از یک سو درصد قابل توجهی (۱۶٪) از مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان بودند و از طرف دیگر در بروز این مشکل برخی از عوارض روانی و اجتماعی مؤثر بوده است.

چنانکه مشاهده شد بین برخی از عوامل روانی- اجتماعی با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی دار وجود دارد. لذا از آنجایی که هر تولد آغازگر پرورش یک انسان یا عضوی از جامعه است و اولین پایه های این پرورش توسط مادران بنا نهاده می شود، مادرانی می توانند گامهای مؤثر تر در پرورش کودک سالم بر دارند که خود از سلامت جسمی و روحی برخوردار باشند پس توجه به وضعیت روحی مادران و شناخت عوامل مؤثر بر آن اهمیت دارد. اوک و همکارانش می نویسند که بسیاری از عوارض خطر ساز روانی- اجتماعی مؤثر در افسردگی پس از زایمان را می توان قبل از زایمان و یا بلافاصله بعد از زایمان تعیین کرد [۱۰]. بنابراین بکارگیری پرسشنامه عوارض روانی- اجتماعی و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ ۸-۶ هفته پس از زایمان می تواند مادران افسرده را پس از زایمان غربالگری نماید. با توجه به نتایج تحقیق فوق می توان از این پرسشنامه ها بعنوان یک روش پیشگیری ثانویه استفاده نمود. این پیشگیری به منظور بیماریابی یا تشخیص و شناخت فوری علائم غیر عادی و یا رفتار های نامتعادل مربوطه، انجام اقدامات درمانی

منابع

- ۱- ایوان بقاء، ر ملکوتی، ج. دیدگاه ماماهاای شاغل در مورد حرفه ماماای. همایش سراسری جایگاه حرفه ماماای در جامعه. دانشکده پرستاری و ماماای تبریز. ۱۳۸۲، صفحات ۴۱ تا ۴۶.
- ۲- سیمبر م، احمدی، ازگلی گ، پازنده ف، جانثاری ش، خداکرمی ن و همکاران. بارداری و زایمان ویلیامز. جلد سوم، تهران: نشر خسروی، سال ۱۳۸۵، صفحات ۲۹۴ تا ۲۹۶.
- 3- Caplan H, Sadok B. Copmerhensive Text Book of psychiatry, 6th edit. Philadelphia; Lippincott, 2005; vol (2): 276-82.
- 4- Mental illnesses are brain disorders. post-partum depression. 2004: content supplied by the national library of medicine (NLM). 1-800-950. Availabl from: URL: <http://www.namisanidiego.org.Htm>
- 5- Weil A. post-partum depression. National locator service, weil life style, llc. 2006: Available from: URL: <http://wwwdrweil.com/drw/u/id/QAA326425>.
- ۶- ایوان بقاء، محمد علیزاده س. افسردگی پس از زایمان: شیوع و عوامل مستعد کننده. اولین همایش ماماای کشوری دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۸۱، صفحات ۶۷ تا ۷۲.
- 7- Tomlinson M, Cooper PJ, Stein A, Swarts L, Molteno C. post-partum depression and infant growth in a South African peri-urban settlement. Blackwell publishing Ltd, child: Care, Health & Development, 2006: 32, 1, 81-86.

۸- جعفر پورم. بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان و ارتباط آن با رویدادهای استرس زای زندگی در مراجعین به مراکز بهداشتی، درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. ۱۳۸۴. پایان نامه کارشناسی ارشد روان پرستاری، سال ۱۳۸۵، صفحات ۷۵-۷۳.

9- Information courtesy of psychology. post-partum depression. The instilute. 2005: Available from: URL: <http://www.drweil.com/drw/u/id/ART00532>.

10- Tatano Beck C, Gable R. Comparative analysis of the post-partum depression instruments. Nursing Research. Vol (50). No (4). 2003: 155-163.

11- Edler, Cathi. Beyond the baby blue; post-partum depression on nursing spectrum. Career fitness. 2002: On line 2002. Available from: URL: <http://www.nurse.com/ce/CE72-60/coursepage/61k>

12- Henderson C, Macdonald S. Mays midwifery. A Text book for midwives. Edinburg: Balliere Ttindal, 2004:926.

۱۳- خیر آبادی غلامرضا، کیانی زهرا. مقایسه نمره سلامت روان عمومی شوهران زنان مبتلا و غیر مبتلا به افسردگی پس از زایمان. دو فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری. سال ۱۳۸۳، دوره ۴، شماره دوم، صفحات ۵۷ تا ۶۲.

۱۴- حسن زهرایی روشنگر، اسداللهی قربانعلی، بشردوشت نصرالله، خدادوستان میترا. بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانمهای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان در زمستان سال ۱۳۷۶. مجموع مقالات همایش سراسری تازه های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی ۱۹-۱۸ آبان ماه. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. سال ۱۳۷۹، صفحات ۱۹۴ تا ۱۸۸.

۱۵- نگاهبان بنابی طیبه، صیادی اناری احمد رضا، انصاری جابری علی. بررسی میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۷۸. مجموعه مقالات همایش سراسری تازه های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی ۱۹-۱۸ آبان ماه. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. دانشکده پرستاری و مامایی. ۱۳۷۹. صفحات ۱۷۷ تا ۱۷۰.

۱۶- خمسه فریال. بررسی عوامل روانی اجتماعی موثر در افسردگی پس از زایمان در بیمارستان زنان شهر کرج. مجله پزشکی کوثر، سال ۱۳۸۱، دوره ۷، شماره چهارم، صفحات ۳۲۷ تا ۳۳۱.