

بررسی افسردگی پس از زایمان

۱-هائیه شکبیا ۲-خدیجه جم نژاد *

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه پیام نور استهبان

دانشجوی کارشناسی مامایی دانشگاه آزاد واحد استهبان .استهبان

چکیده :

باتوجه به اینکه برای تولد یک نوزاد مادر باید به مدت ۹ ماه یک سری شرایط را تحمل کند .عواملی زیادی تهدید کننده مادر هستند که یکی از مواردی که ممکن است مادران با آن مواجه شوند افسردگی پس از زایمان باشد که دلایل و عوامل مختلفی می تواند در ایجاد افسردگی پس از زایمان نقش داشته باشد .علاوه بر اینکه افسردگی برای خود مادر خطرناک است حتی می تواند در رشد و تربیت فرزند نیز موثر باشد این افسردگی با نارضایتی از وضعیت شغلی و محل زندگی، ناخوشایند بودن تجربه بارداری، ناخواسته بودن بارداری، مشکلات شیردهی، میزان بالای استرس و کاهش اعتماد به نفس مادر می تواند ارتباط داشته باشد . که در این مقاله به بررسی افسردگی پس از زایمان و عوامل ایجاد کننده این افسردگی پرداخته شده است .

کلمات کلیدی :افسردگی ،زایمان ،مادر ،رشد و تربیت

افسردگی پس از زایمان زنان را در تمامی سن ها و نژادها تحت تاثیر قرار می‌دهد این اختلال پس از تولد هر یک از نوزادها می‌تواند اتفاق بیفتد (پازکی، 1389) بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی شامل برداشت افراد از زندگی خود در بستر نظام آموزشی و فرهنگی است که در آن زندگی می‌کنند که با توجه به اهداف انتظارات نیازها و عقایدشان تشکیل می‌شود (Da Costa D, 2006) زنان افسرده مشکلات جسمی و عاطفی بیشتری را تجربه می‌کنند و به نظر می‌رسد افسردگی پس از زایمان با کیفیت زندگی زنان مرتبط است (Ay-Woan P. 2006) در راستای این اختلال Tychey و همکاران در مطالعه‌ای که جنسیت نوزاد بر افسردگی پس از زایمان و کیفیت زندگی زنان حامله انجام دادند این دریافت را داشتند که داشتن فرزند پسر با افسردگی پس از زایمان همراه است (Webster J, 2011) در کسانی که تجربه افسردگی پس از زایمان را داشته باشند بارداری‌های بعدی روی دادن این احتمال ۵۰ تا ۱۰۰ درصد است (پازکی، 1389) افسردگی مادر تازه زایمان کرده می‌تواند در طول مدت و شدت بروز آن از افسردگی خفیف شدید متفاوت باشد بسیاری از مادران یک افسردگی کم کوتاه و ضعیف را پس از زایمان تجربه می‌کنند به این افسردگی غم زایمان گفته می‌شود علائمی که این نمونه افسردگی دارد غم و اضطراب هستند که معمولاً از روز اول تا ۷ و ۱۰ روز ادامه دارند (پازکی، 1389)

میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در کانادا ۲۰ درصد (Robertson E. ۲۰۰۴) و در کشورهای آسیایی بین ۵/۳-۳/۶۳ درصد گزارش شده است. که بیشترین میزان آن در پاکستان و کمترین آن در مالزی بود (Klainin P. ۲۰۰۹) در ایران کمترین شیوع افسردگی (۱۶ درصد) مربوط به شهر اردبیل بوده و بیشترین آن (۴۳ درصد) مربوط به تهران می‌باشد. به طور کلی شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران ۷/۲۸ درصد گزارش شده است (Veisani Y. ۲۰۱۲) مطالعه خوشه مهری و همکاران، ۳۰ درصد از زنان دارای درجات مختلف افسردگی پس از زایمان بودند و بین افسردگی پس از زایمان، رتبه بالای زایمان و بارداری ناخواسته رابطه معناداری وجود داشت. بر مبنای نتایج افسردگی پس از زایمان با میزان تحصیلات، اشتغال مادر، سن، نوع زایمان اخیر، جنسیت نوزاد و سابقه ابتلا به افسردگی ارتباط معناداری به دست نیامد (Khooshemehry G. ۲۰۱۱)

براساس پژوهشی که در تبریز انجام شد، ۷/۳۴ درصد از مادران افسردگی پس از زایمان داشتند که این افسردگی با نارضایتی از وضعیت شغلی و محل زندگی، ناخوشایند بودن تجربه بارداری، ناخواسته بودن بارداری، مشکلات شیردهی، میزان بالای استرس و کاهش اعتماد به نفس مادر ارتباط معناداری داشت (Ghojzadeh M. ۲۰۰۸) مطالعات گسترده‌ای که در زمینه شناسایی ابعاد مختلف اختلالات روانپزشکی در مادران تازه زایمان کرده صورت گرفته اند، حاکی از آن هستند که افسردگی پس از زایمان بر تمام ابعاد مربوط به کیفیت زندگی مادر به شکل منفی و قابل توجهی تأثیر می‌گذارد. در پژوهشی مشخص شد مادرانی که به افسردگی پس از زایمان مبتلا میشوند، در زمینه فعالیتهای اجتماعی، عملکرد فردی، وظایف خانه داری و تربیت فرزند دچار اختلال می‌گردند (Wewerinke A. ۲۰۰۶)

یکی از مهمترین عوامل ابتلا به افسردگی پس از زایمان، سابقه اختلال افسردگی قبل از حاملگی است

در مطالعه هادی زاده و همکاران بین نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان رابطه وجود داشت (Hadizadeh F. ۲۰۰۵) مطالعات نشان می‌دهند والدینی که نوزادشان در واحد مراقبت ویژه نوزادان بستری شده است، افسردگی، جدایی و استرس را تجربه میکنند (Bastani F. ۲۰۱۲) در پژوهش Bondar و همکاران در رابطه با عوامل بیولوژیک، آئمی در ایجاد افسردگی مورد توجه قرار گرفت (Bodnar LM. ۲۰۰۵) یافته‌های این مطالعه نشان دادند که بین افسردگی پس از زایمان و زایمان زودرس، بیماری مادر و عدم رضایت از جنسیت نوزاد رابطه معناداری وجود دارد؛ اما سن، تحصیلات، شغل مادر، خواسته و ناخواسته بودن بارداری، نوع تغذیه

نوزاد، رتبه زایمان، نوع زایمان، بیماری تیروئید مادر و بستری نوزاد رابطه ای با افسردگی مادران نداشت. در هر یک نتایج متفاوتی به دست آمده است. روبینتن و همکارانش (۲۰۱۲) در پژوهش خود بین تغذیه نوزاد، نوع زایمان، سن مادر، حاملگی ناخواسته و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنادار یافته اند (Roubintan N, ۲۰۱۲). همچنین زهرایی و همکارانش (۱۳۷۶) در پژوهشی بین فاکتورهایی مانند روش تغذیه و سابقه افسردگی در فرد و خانواده با افسردگی پس از زایمان پیدا کرده اند (Hassan Zahraei R, ۱۳۷۶). در پژوهش های دیگری مانند لشکری پور و همکاران (۴۸۳۶) بین نوع تغذیه نوزاد و افسردگی پس از زایمان ارتباط معناداری نیافته اند، در عوض این عارضه را با عواملی مانند نوع زایمان، سن مادر، جنسیت ناخواسته نوزاد از طرف والدین، سابقه ابتلا به افسردگی مادر و میزان تحصیلات ارتباط معنادار پیدا کرده اند. افسردگی پس از زایمان pdd از افسردگی های ماژور تعریف می شود که با تولد نوزاد ارتباط دارد. این اختلال این اختلال خلقی در طی ۴ هفته اول پس از نوزاد می باشد از خصوصیت اختلال pvd می توان به خلق افسرده اضطراب افکار اجباری اختلال در خواب اختلال در تمرکز کاهش میل جنسی تفکر خودکشی یا آسیب به فرزند اشاره کرد. انجمن مامایی زنان آمریکا در اعتقاد دارد که افسردگی در افسردگی زایمان ز هر هفت زن یکی را تحت تاثیر قرار می دهد (Zubaran C, 2011). طبق پژوهش های انجام شده افسردگی ۱۳ تا ۲۶ درصد در مادران جوان گزارش شده است (Póo FA, 2008)، این اختلال در کشور ایران پس از ۶ تا ۸ هفته از زایمان ۲۲ و در ۱۲ و ۱۴ هفتگی ۱۸ درصد گزارش شده است.

حدود ۱۰ درصد از مادرانی که تازه زایمان کرده اند از افسردگی شدیدتری نسبت به خود افسردگی پس از زایمان را تجربه می کنند. احساساتی در این مادران بروز می دهد آنقدر غم اضطراب بیش از اندازه که می تواند در وظایف روزانه مادر اختلال ایجاد کند در شش ماه اول پس از زایمان درصد احتمال رخ دادن این اختلال بیشتر وجود دارد این اختلال اگر درمان نشود ممکن است تا یک سال یا بیشتر طول بکشد اگر این اختلال پیشرفت کند شدیدتر شود بیماری به شکل جنون پس از زایمان رخ می دهد که این بیماری علائمی شبیه افسردگی پس از زایمان دارد اما نشانه های بروز آن شدیدتر از افسردگی پس از زایمان است. اگر علائم افسردگی پس از زایمان برطرف نشود می تواند شامل موارد زیر باشد احساس گیر افتادن ترس از آسیب زدن به خود، عدم احساس لذت در زندگی اش، علاقه به فعالیت های جنسی افزایش یا فقدان توجه به نوزاد کاهش وزن یا افزایش وزن قابل توجه دوری کردن از خانواده و دوستان افزایش علائم شدیدتر همراه با جنون پس از زایمان نادر است، خشم آشفتگی گیجی نادانی فکر آسیب زدن به خود یا نوزاد هذیان یا توهم بدبینی تفکر و سخنان عجیب می باشد (پازکی، ۱۳۸۹).

علائم و نشانه های افسردگی

علائم افسردگی پس از زایمان با توجه به نوع افسردگی متغیر می باشد علائم و نشانه های عمومی افسردگی پس از زایمان شامل موارد زیر می باشد

۱. حساس زودرنجی و غمگین بودن
۲. خشم و احساس بی ارزشی و بی خوابی
۳. خستگی و احساس گناه و شکست (پازکی، ۱۳۸۹)

فاکتورهایی که شما را در معرض خطر جدی تری قرار می دهد سابقه مشکلات در زمینه اضطراب و خلق و خوی سابقه خانوادگی در زمینه افسردگی یا بیماری های روانی تغییرات هورمونی کمبود خواب اتفاقات پر استرس در زندگی جدید مانند مرگ والدین یا نقل

مکان به جای جدید با فرهنگ متفاوت انتظارات شما درباره خودتان یا شریک زندگیتان عدم دریافت حمایت از خانواده و دوستان تجربه خشونت یا سوء استفاده نابرابری های اجتماعی انزوا مشکلات پزشکی شما و کودکان

بخشی از عوامل استرس زای دوران بارداری شامل موارد زیر است

۱. اضطراب و نگرانی در مورد سلامت جنین
۲. مرگ یکی از نزدیکان مشاجره و مشکل ارتباط با همسر خانواده اش و آزاره
۳. کاهش ناگهانی و قابل ملاحظه در درآمد خانواده
۴. مسائل و مشکلات مربوط به شغل همسر
۵. نگرانی در مورد دشواری های بارداری احساس کم تجربگی مادران جوان بیماری و مصرف دارو

همسر در ماه های اول بارداری سه ماهه اول آسیب پذیری نسبت به استرس بیشتر است زنان باردار که در اوایل دوران بارداری زلزله را تجربه میکنند نسبت به زنانی که در ماههای آخر بارداری هستند و در شرایط یکسانی قرار دارند عوارض بیشتری را نشان میدهند وجود همزمان سایر عوامل خطر مانند عفونت کمبود ریزمغذیها در مادر و... موجب تشدید آثار منفی استرس بر روی مادر و جنین میشود. (کتاب بهداشت)

اندوه پس از زایمان

برخی از مادران در روزهای اول پس از زایمان احساس اندوه و غم بی دلیل دارند که معمولاً زودگذر است و در افراد مختلف شدت آن متفاوت است که به دو دلیل هیجانی و هورمونی به وجود می آید. چنانچه این حالت طولانی و مداوم، شود مشورت با پزشک لازم است. علائم آن شروع افسردگی خفیف بین روزهای سوم تا ششم و ادامه آن حداکثر تا روز چهاردهم پس از زایمان احساس گذرای افسردگی چند ساعت در روز کاهش اشتها احساس ملال نوسان خلق عصبانیت، تمایل به گریه بیخوابی اضطراب و بی قراری است. در زمینه اقدامات درمانی باید به دقت به صحبت و شکایات مادر گوش داد و به او اطمینان داد که این حالت گذرا هست و معمولاً طی ۲ هفته خود به خود بهبود می یابد. همچنین باید به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعه فوری در صورت تشدید علائم و یا بروز علائم خطر فوری روانی در (مادر آموزش داد در صورت تشدید یا تداوم علائم پس از ۲ هفته ارجاع غیرفوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی ضرورت دارد. همچنین در صورت بروز علائم خطر فوری روان پزشکی ارجاع فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی و بررسی از نظر سایکوز توصیه می شود. (کتاب بهداشت)

علائم روانپزشکی

برخی مادران ممکن است در دو هفته اول پس از زایمان دچار افسردگی خفیف و گذرا اندوه پس از زایمان شوند که علائم آن به صورت غمگین شدن گریه و بی قراری، تحریک پذیری، اختلال در خواب و کاهش اشتها تظاهر میکند دوره پس از زایمان، دوره ای پرخطر از نظر عود انواع اختلالات روان پزشکی قبلی و یا بروز اختلالات روان پزشکی جدید است. بنابراین چنانچه مادر سابقه اختلال در گذشته دارد و یا در بارداری افسردگی و یا سایر مشکلات روان شناختی را تجربه کرده و در حال حاضر با علائم اندوه پس از زایمان مراجعه کرده است، باید تحت نظر گرفته شود چرا که این علائم اندوه ممکن است علائم اولیه یک اختلال شدید باشد. اگر علائم اندوه پس از زایمان طولانی و شدیدتر شوند، عملکرد مادر را مختل کنند و یا مادر به فکر خودکشی و آسیب زدن به خود یا نوزاد

باشد، «افسردگی شدید پس از زایمان مطرح است در موارد بسیار نادر مادر علاوه بر افسردگی شدید پس از زایمان علائم، هذیان توهم یا علائم خلق بالا و پرخاشگری شدید نیز پیدا میکند که سایکوز یا جنون پس از زایمان نامیده میشود و میتواند مادر و نوزاد را در معرض خطر قرار دهد». (کتاب بهداشت)

غربالگری سلامت روان

در ارزیابی اولیه مراقبت پس از زایمان می‌بایست پرسشنامه ادینبورگ تکمیل شود در صورت مثبت بودن نتایج ارزیابی براساس نقطه برش پرسشنامه مادر به افسردگی پس از زایمان دچار است و برای بررسی تکمیلی باید به پزشک ارجاع غیرفوری شود.

عوامل مرتبط با افسردگی در دوران بارداری

یکی دیگر از عوامل مرتبط با افسردگی وضعیت اشتغال مادر می‌باشد به گونه‌ای که شانس افسردگی در مادران خانه‌دار ۳ تا ۴ برابر مادران شاغل می‌باشد. عوامل دیگر تعداد فرزندان است که با افزایش تعداد فرزندان بیشتر شانس افسردگی کاهش می‌یابد. همچنین اطلاع از همسان بودن جنس فرزندان در مادرانی که در بارداری دوم یا بارداری سوم به بعد هستند یا بارداری اول هستند مادرانی که از جنس فرزندشان آگاه بوده شانس افسردگی آنها ۲,۸ برابر بوده است.

افسردگی پس از زایمان در صورتی که برطرف نشود امکان دارد که به طلاق و جدایی منجر شود. ماما به واسطه نقش‌های مختلف مراقبت آموزش مشاوره و حمایت خویش از مادر از فرصت‌هایی برای پیشگیری از عوارض روحی و ارتقا دادن بهداشت روانی مادر و کودک و خانواده ایشان بهره‌مند است. طبق تحقیقات انجام شده بر روی مادران باردار پس از زایمان اقدام‌های ماما نظیر حمایت مشاوره درک توجه مادر کم به میزان کمتری به افسردگی و اضطراب مبتلا می‌شود.

افسردگی پس از زایمان پیامدهای قابل توجهی دارد مانند باقیماندن وزن بعد از زایمان ضعیف شدن و از شکایت‌های سوماتیک است (Bewly C., 1999) این اختلال پس از زایمان افزایش خطر حملات افسردگی شدید در آینده مشکلات خلقی در زایمان بعدی را قرار می‌دهد پس از زایمان مادران افسرده مشکلات جسمی و عاطفی بیشتری را تجربه می‌کنند و به نظر می‌رسد که افسردگی پس از زایمان با کیفیت زندگی مادران زنان مرتبط می‌باشد (Papamarkou M, 2017).

نقش نوع زایمان در افسردگی پس از زایمان

نوع زایمان با بروز و شدت افسردگی ارتباط دارد. به این ترتیب که در خانم‌هایی با زایمان طبیعی میزان افسردگی خفیف و متوسط کمتر از خانم‌هایی با زایمان سزارین ولی میزان افسردگی شدید بیشتر بود. افسردگی پس از زایمان از اهمیت برخوردار است و خطرات ناشی از آن تمام جامع را درگیر می‌سازد (2011, Zubaran C) در تحقیق میزان بروز افسردگی در خانم‌های با زایمان طبیعی کمتر از خانم‌های بوده است که به روش سزارین زایمان کرده‌اند. اگر این یافته در مطالعات دیگر هم تأیید شود یکی از امتیازات زایمان طبیعی خواهد بود.

افسردگی پس از زایمان، به عنوان یک مشکل پزشکی تشخیص داده و درمان می شود. درمان بستگی به شدت افسردگی شما و نیازهای فردی تان دارد اما می تواند شامل روان درمانی، داروهای ضد افسردگی و درمان هورمونی باشد. برای پیشگیری از این اختلال میبایست برنامه های آموزشی و حمایتی طی بارداری و پس از زایمان برای مادر و اطرافیانش اجرا شود و با ارجاع به موقع مادران در معرض خطر افسردگی پس از زایمان تا حدودی از عوارض این اختلال پیشگیری گردد.

نتیجه گیری

افسردگی پس از زایمان زنان را در تمامی سن ها و نژادها تحت تاثیر قرار می دهد این اختلال پس از تولد هر یک از نوزادها می تواند اتفاق بیفتد. زنان افسرده مشکلات جسمی و عاطفی بیشتری را تجربه می کنند و به نظر می رسد افسردگی پس از زایمان با کیفیت زندگی زنان مرتبط است. بسیاری از مادران یک افسردگی کوتاه و ضعیف را پس از زایمان تجربه می کنند به این افسردگی غم زایمان گفته می شود علائمی که این نمونه افسردگی دارد غم و اضطراب هستند که معمولاً از روز اول تا ۷ و یا ۱۰ روز ادامه دارند. در مطالعات انجام شده ۳۰ درصد از زنان دارای درجات مختلف افسردگی پس از زایمان بودند و بین افسردگی پس از زایمان، رتبه بالای زایمان و بارداری ناخواسته رابطه معناداری وجود داشت. افسردگی پس از زایمان با نارضایتی از وضعیت شغلی و محل زندگی، ناخوشایند بودن تجربه بارداری، ناخواسته بودن بارداری، مشکلات شیردهی، میزان بالای استرس و کاهش اعتماد به نفس مادر ارتباط معناداری داشت. همچنین مطالعات نشان می دهند والدینی که نوزادشان در واحد مراقبت ویژه نوزادان بستری شده است، افسردگی، جدایی و استرس را تجربه میکنند. در مطالعه دیگر نشان داده شد که بین افسردگی پس از زایمان و زایمان زودرس، بیماری مادر و عدم رضایت از جنسیت نوزاد رابطه معناداری وجود دارد اما سن، تحصیلات، شغل مادر، خواسته و ناخواسته بودن بارداری، نوع تغذیه نوزاد، رتبه زایمان، نوع زایمان، بیماری تیروئید مادر و بستری نوزاد رابطه ای با افسردگی مادران نداشت. در هر یک نتایج متفاوتی به دست آمده است. همچنین می توان گفت نوع زایمان با بروز و شدت افسردگی ارتباط دارد. به این ترتیب که در خانم هایی با زایمان طبیعی میزان افسردگی خفیف و متوسط کمتر از خانم هایی با زایمان سزارین ولی میزان افسردگی شدید بیشتر بود. یکی از مهمترین عوامل ابتلا به افسردگی پس از زایمان، سابقه اختلال افسردگی قبل از حاملگی است. افسردگی پس از زایمان، به عنوان یک مشکل پزشکی تشخیص داده و درمان می شود. درمان بستگی به شدت افسردگی شما و نیازهای فردی تان دارد اما می تواند شامل روان درمانی، داروهای ضد افسردگی و درمان هورمونی باشد.

منابع

1. Dawns, C: postpartum depression: A debilitating yet often unassessed problem. Health and social work. 1990; 154:261-270
2. Bewly C. Postnatal Depression. Nursing Stand Jan. 1999; 13(16):49-54.
3. Webster J, Nicholas C, Velacott C, Cridland N, Fawcett L. Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. Midwifery. 2011;27(5):745-9.



4. Aktaş D, Terzioğlu F. Occurrence of depression during the postpartum period and risk factors that affect the development of the depression. *Turk J Med Sci*. 2013;43(5):843-50.
5. Zubaran C, Foresti K. Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period. *Women and Birth*. 2011;24(1):10-6.
6. Veisani Y, Sayehmiri K. [Prevalence of postpartum depression in Iran-A systematic review and meta-analysis]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012;15(14):21-9. Persian
7. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(2):95-102.
8. Póo FA, Espejo S, Godoy P, Hernández O, Pérez H. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. *Rev Med Chil*. 2008;136(1):44-52.

۹. پازکی، رها-واحد فناوری اطلاعات پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج فارس -دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بوشهر-مرداد ۱۳۸۴

10. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(4):289-95. PMID: 15234824
11. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2009
12. Veisani Y, Sayehmiri K. Prevalence of postpartum depression in Iran-a systematic review and meta-analysis. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012
13. Khooshemehry G, Feizabady AS, Naserkhaki V. Prevalence of postpartum depression and the factors that decides in clinics in the North of Tehran. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul* 2011
14. Ghojzadeh M, Mohamadrezaei Z. Study of relationship between some predisposing factors and postpartum depression. *J Ardabil Univ Med Sci* 2008
15. Wewerinke A, Honig A, Heres MH, Wennink JM. Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006
16. Hadizadeh F, Bahri N, Tavakolizadeh J. Postpartum depression after vaginal delivery and emergency cesarean section (CS) in primigravida women. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2005
17. Bastani F, Ali AT, Haghani H. The effectiveness of participatory care program in neonatal intensive care unit on state anxiety of mothers of preterm newborns. *J Babol Univ Med Sci* 2012
18. Bodnar LM, Cogswell ME, McDonald T. Have we forgotten the significance of postpartum iron deficiency? *Am J Obstet Gynecol* 2005

19. Roubintan N, Esmaeilpour K, Mahmoud Aliloo M, Seyedrasooli E. The relationship of type of delivery and infant feeding with Postpartum Depression. Med J Tabriz Univ Med Sci 2012; 34(3): 52-56. (Persian).
20. Hassan Zahraei R, Asadollahi GA, Bashardoost N, Khodadoostan Shahraki M. Evaluation of the relationship between post-natal depression and other different factors in women who have visited the health care centers of Isfahan in 1376. J Nurs Midwifery Univ Isfahan 1997
21. Lashkaripour K, Bakhshani NM, Hokmabadi S, Sajjadi SAR, Safarzadeh Sarasiyabi, A. Postpartum depression and related factors: A 4.5 months study. J Fund Mental Health 2012; 4(52): 404-412. (Persian).
۲۲. غمخوار، مریم، نظریپور، سهیلا، سیمبر، معصومه، بهداشت چهار (بهداشت مادر و کودک و باروری)
23. Ay-Woan P, Sarah CP, Lylinn C, Tsyr-Jang C, Ping-Chuan H. Quality of life in depression: predictive models. Qual Life Res. 2006;15(1):39-48.
24. Papamarkou M, Sarafis P, Kaite CP, Malliarou M, Tsounis A, Niakas D. Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. BMC Womens Health. 2017;17(1):115.