

بررسی مشخصه های جمعیت شناختی موثر بر افسردگی بعد از زایمان

* لیلی صالحی⁶²، دکتر صدیقه السادات طوافیان⁶³، فرخنده صالحی⁶⁴

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان یک اختلال شایع در مادران است و می تواند روی روابط بین مادر و نوزاد تاثیر بگذارد. اشکال در روابط مادر و نوزاد سبب کاهش سطح سلامتی مادر و در نهایت نوزاد می شود

هدف: این مطالعه به منظور بررسی مشخصه های جمعیت شناختی موثر بر افسردگی پس از زایمان در سال 1385 انجام گرفت.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی در یکی از مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بر روی 246 نفر از زنانی که بطور طبیعی زایمان کرده بودند و سابقه هیچ گونه بیماری جسمی و روانی در طول بارداری و قبل از آن نداشتند انجام گرفت. این افراد در روز چهلیم بعد از زایمان از طریق دو پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه افسردگی ادینبورگ مورد ارزیابی گرفتند. اعتبار پرسشنامه از طریق اعتبار محتوا و پایایی از طریق آزمون مجدد اندازه گیری شد و علاوه بر این، مرتبه حاملگی، تحصیلات زن و همسر، وجود مشکل در نوزاد، جنس نوزاد، شغل همسر، برنامه ریزی برای حاملگی، تصمیم به سقط، رضایت از زندگی زناشویی، سابقه مرده زایی نیز مورد بررسی قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد.

یافته ها: آزمون های آماری اختلاف معنی داری را از نظر روابط زندگی زناشویی، تحصیلات، جنس نوزاد، تصمیم برای سقط و حاملگی ناخواسته بین دو گروه نشان داد درحالیکه از نظر مرتبه حاملگی، شغل همسر و سن اختلاف معنی داری میان دو گروه وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری: یافته های این مطالعه نشان داد که افرادی با حاملگی ناخواسته و دارای سطح تحصیلات پایین تر، که روابط خوبی با همسر خود ندارند و جنسیت نوزادشان مورد دلخواهشان نیست بایستی در برنامه های پیشگیرانه از افسردگی بعد از زایمان مورد توجه بیشتری قرار گیرند

کلید واژه ها: افسردگی پس از زایمان، تست افسردگی ادینبورگ، مشخصه های جمعیت شناختی .

دریافت مقاله: 1387/11/4 تأیید مقاله: 1387/11/4

1- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران (نویسنده مسئول مکاتبات).

آدرس پست الکترونیک: leilisalehi83@yahoo.com

2- استادیار، گروه آموزش بهداشت دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران. پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی.

3- کارشناس مبارزه با بیماریهای دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس

مقدمه

افسردگی بعد از زایمان در مطالعات مختلف متفاوت است (موراز و همکاران، 2006؛ تانوس و همکاران، 2008). به نظر می رسد تفاوت در ابزارهای سنجش افسردگی، نحوه انتخاب افراد مورد مطالعه و خصوصیات جمعیت شناختی افراد و همچنین تفاوت‌های فرهنگی می تواند دلیلی بر اختلاف شیوع این مشکل بهداشتی در جوامع مختلف باشد (موراز و همکاران، 2006).

تا کنون مطالعات زیادی در مورد شیوع افسردگی و ارتباط آن با خصوصیات جمعیت شناختی در اغلب کشور های پیشرفته انجام شده است که دارای بافت اجتماعی و نظام مراقبتی متفاوتی نسبت به کشورهای در حال توسعه هستند (تانوس و همکاران 2008) و عوامل خطر متفاوتی در ایجاد افسردگی موثر شناخته شده است. (موراز و همکاران 2006، تانوس و همکاران 2008). از جمله جوهانسون و همکاران^{۶۲} (2001) در مطالعه خود نشان دادند که مهمترین عوامل خطر ساز افسردگی پس از زایمان، عوامل اجتماعی دموگرافیکی مانند سطح تحصیلات، اجاره ای بودن مسکن مورد سکونت و دریافت خدمات بیمه ای و مهمترین عوامل خطر ساز شخصیتی، عوامل درکی فرد از خود به عنوان شخص عصبی، غمگین بودند. از نظر روانشناختی سابقه بیماری روانی در شخص، سابقه خانوادگی ناراحتی های روانی، سابقه افسردگی پس از زایمان در مادر زائو می باشد.

مطالعه بک^{۶۳} (2001) نشان داد که عواملی چون افسردگی قبل از زایمان، روابط زناشویی، سابقه افسردگی قبلی، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی اجتماعی، حاملگی ناخواسته از مهمترین عوامل تعیین کننده افسردگی می باشد.

از آنجاییکه نتایج مطالعات در ارتباط با متغیر های جمعیت شناختی موثر بر افسردگی پس از زایمان مغایر می باشد، لذا به نظر می رسد جهت رسیدن به شواهد بیشتر در خصوص شیوع این مشکل مهم بهداشتی و عوامل تاثیر گذار انجام پژوهش های بیشتر در این زمینه ضروری باشد بنابراین، نظر به اهمیت موضوع و با در نظر گرفتن اینکه عوامل مختلف دموگرافیک و اقتصادی اجتماعی در افسردگی پس از زایمان تأثیر گذار است و اینکه مردم ساکن جنوب ایران بویژه ساکنین استان هرمزگان و بالاخص جزیره قشم از جمله اقشار محروم جامعه و دارای مشخصه های فرهنگی اجتماعی خاص

افسردگی بعد از زایمان یکی از مشکلات مهم بهداشتی است که منجر به کاهش ارتباط سالم بین مادر و فرزند (سانتوز و همکاران^{۶۵}، 2007) کاهش سطح سلامت مادر و نهایتاً اختلال در رشد نوزاد (موراز و همکاران^{۶۶}، 2006) می گردد. این اختلال خلقی با احساس غم، ناامیدی و بی کفایتی، گناه، ترس و بی ارزشی (میلیز و کورنبلینت^{۶۷}، 1992) تحریک پذیری، اضطراب و کاهش اعتماد به نفس، سرگیجه، اختلال در خواب (تانوس و همکاران^{۶۸}، 2008) و بالاخره کاهش سطح مراقبت از نوزاد (موراز و همکاران، 2006) همراه است. شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعه نریمانی و همکاران (1383) 23/7 درصد در مطالعه صدر و همکاران (1383) 17 درصد گزارش شده است. افسردگی در مقایسه با بسیاری از مشکلات بهداشتی شایع، یک مشکل جدی است که با میزان مرگ بالایی همراه است به طوری که پژوهش های قبلی احتمال خودکشی در افراد افسرده را تا 15 درصد گزارش نموده است (ابویل و همکاران^{۶۹}، 2005).

به دلیل بسیاری از تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری نظیر عدم تعادل هورمونی و یا مسائل روحی روانی، این دوران می تواند زمینه ساز مشکلات بعد از زایمان باشد. زمان بعد از تولد نوزاد زمان بسیار حساسی از نظر وقوع اختلالات خلقی در زنان است که دارای طیف متفاوتی از غم بعد از زایمان تا دیوانگی پس از زایمان می باشد. (دنيس و همکاران^{۷۰}، 2005). غم پس از زایمان اختلال شایعی است که معمولاً برطرف شده و مشکل حادی را برای فرد ایجاد نمی کند اما افسردگی پس از زایمان اختلالی است که در 13 درصد زنان در دوره نفاس بوقوع می پیوندد و در مواردی مشکلات جدی را سبب می شود. شواهدی موجود است که نشان می دهد حدود نصف افرادی که مبتلا به افسردگی بعد از زایمان هستند شناسایی نمی گردند.

بیماری روانی پس از زایمان از اختلالات جدی پس از زایمان باشیوع 1-2 به ازای هر 1000 زن است که بندرت در افراد مشاهده می شود (گیل و هارلو^{۷۱}، 2003). شیوع

- 1-Santos et al
- 2-Moraes et al
- 3-Millis & Kornblith
- 4-Tannous et al
- 5-O'boyle et al
- 6-Dennis et al
- 7-Gale & Harlow

- 8-Johnston et al
- 9-Beck

شرایط مطالعه بودند از طریق پرسشنامه های فوق مورد مصاحبه قرار گرفتند. قبل از انجام مصاحبه اهداف پژوهش و شیوه اجرای آن استفاده کنندگان از نتایج مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات برای افراد توضیح داده می شد و در صورت رضایت کامل افراد به شرکت در مطالعه و اخذ رضایت کتبی با آنان مصاحبه می شد.

در صورتی که نمونه ای برای انجام مراقبت پس از زایمان در روز چهارم مراجعه نمی کرد پیگیری می شد و در صورت نیاز فردی برای انجام مصاحبه به محل سکونت وی مراجعه می کرد. در طی تکمیل پرسشنامه تمامی سوالات با زبانی ساده و قابل درک توسط یکی از کارشناسان مرکز که قبلاً آموزش لازم را در این مورد دیده بود، برای شرکت کنندگان توضیح داده می شد و پاسخهای وی ثبت می گردید. با این شرایط پژوهشگر موفق به تکمیل 46 پرسشنامه در طی ده ماه نمونه گیری گردید. نقطه آستانه تشخیصی برای طبقه بندی امتیازات در گروه افسرده و غیر افسرده نمره 10 پرسشنامه ادینبورگ بود به نحوی که افراد دارای امتیاز 0 تا 10 در گروه غیر افسرده و افراد دارای امتیاز بالاتر در گروه افراد افسرده قرار می گرفتند. روشهای آماری مورد استفاده در این پژوهش، شامل آزمون های کای مجذور، آزمون فیشر و آزمون تی رگرسیون لجستیک بود.

یافته ها

در مجموع در این مطالعه 246 نفر مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه $26/06 \pm 6/07$ و دامنه سنی آنها 25-42 سال بود. تمامی واحدهای پژوهش خانه دار بودند و فرزند خود را شیر می دادند. بر اساس پرسشنامه ادینبورگ، از مجموع افراد مورد مطالعه 36 نفر (12/6 درصد) با میانگین سنی $24/08 \pm 4/79$ و دامنه سنی 39-15 در گروه افسرده و 210 نفر (87/4 درصد) با میانگین سنی $28/4 \pm 7/56$ و دامنه سنی 39-15 در گروه غیر افسرده جای گرفتند. دو گروه از نظر تحصیلات خود، تحصیلات همسر و شغل همسر با یکدیگر دارای تفاوت معنی دار بودند ($p < 0/05$) جدول شماره 1 مشخصات دو گروه را از نظر دیگر متغیرها نظیر سابقه مرده زایی، خواسته بودن حاملگی، تصمیم به سقط، جنس نوزاد، رضایت از زندگی مشترک نشان می دهد. نتایج این جدول تفاوت معنی دار دو گروه مادران افسرده و غیر افسرده را از نظر تمامی این متغیرها با یکدیگر نشان می دهد. با استفاده از آزمون های آماری مورد استفاده در این پژوهش نشان داده شد که مهمترین عوامل مرتبط با

خود می باشند. لذا پژوهشگر، تصمیم به انجام این مطالعه در این منطقه گرفت تا با شناسایی افراد در معرض خطر موجبات برخورد درست و به موقع با این مشکل رافراهم آورد.

مواد و روشها

این مطالعه از نوع توصیفی می باشد که در سال 1385 در یکی از مراکز زایمانی خاتم الانبیا شهرستان قشم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان (با متوسط آمار ماهیانه 20-30 زایمان در ماه) انجام گرفت. جهت جمع آوری داده ها با 246 از افراد واجد شرایط که در مرکز درمانی زایمان کرده و جهت انجام مراقبتهای خاص، چهل روز بعد از زایمان به این مرکز مراجعه نموده بودند انجام شد.

از شرایط ورود به مطالعه انجام زایمان طبیعی در این بیمارستان، عدم وجود هر گونه سابقه بیماری روانی یا افسردگی در دوران بارداری و یا قبل از آن، عدم وجود بیماری و یا مشکل خاص طبی در دوران بارداری، گذشت 6 هفته از زمان زایمان و رضایت به شرکت در مطالعه بود. ابزار جمع آوری داده ها مشمول بر دو قسمت بود. قسمت اول مشتمل بر خصوصیات دموگرافیک و سوابق مامایی افراد شامل سن، تحصیلات زن و همسر، شغل زن و همسر، رضایت از زندگی زناشویی، مرتبه حاملگی، خواسته بودن حاملگی، تصمیم به سقط، سابقه مرده زایی، جنس نوزاد و ناهنجاری در نوزاد و قسمت دوم سوالات تست افسردگی پس از زایمان ادینبورگ^۴ بود

تست افسردگی ادینبورگ یکی از ابزارهای معتبر و قابل قبول در سراسر جهان جهت تشخیص افسردگی بعد از زایمان است (دنیس 2004). نقطه آستانه تشخیصی^۵ این تست برای افسردگی نمره ده است که دارای حساسیت 82/7 درصد با فاصله اطمینان 89/4 - 82/7 درصد و ویژگی 65/3 درصد با فاصله اطمینان 71-59/4 درصد است. در ایران نیز این ابزار اعتبارسنجی گردیده است (دولتیان و همکاران، 1385)

اعتبار محتوای پرسشنامه از طریق اعتبار محتوا و پایایی از طریق آزمون مجدد بدست آمد. روش نمونه گیری و گردآوری داده ها به این صورت بود که از طریق بررسی پرونده های زایمانی با تمام زنانی که سه چهار هفته از زایمان آنان در مرکز درمانی خاتم الانبیا گذشته بود تماس گرفته می شد و از آنان جهت انجام مراقبت زایمانی روز چهارم (شش هفته) بعد از زایمان دعوت بعمل می آمد. در روز مراجعه افرادی که واجد

1-Edinburg
2-Cut of point

با استفاده از آنالیز تحلیل رگرسیون در این مطالعه نشان داده شد که افرادی که نمره مقیاس ادینبورگ در آنها بلافاصله پس از زایمان بالای 9 بود میزان خطر نسبی آنها برای ابتلا به افسردگی پس ازایمان نسبت به سایر افراد حدود چهل برابر بود.

افسردگی پس از زایمان عدم رضایت از روابط زندگی زناشویی، سابقه مرده زایی، تحصیلات زن و همسر، وجود مشکل در نوزاد، جنس نوزاد، تصمیم برای سقط وحاملگی ناخواسته و از عوامل غیر مرتبط با افسردگی مرتبه حاملگی، شغل همسر و سن می باشد.

جدول شماره 1 : توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب وضعیت افسردگی در دو گروه افسرده و غیر افسرده

	غیر افسرده		افسرده		گروه وضعیت متغیر
	نداشته	داشته	نداشته	داشته	
1 , df=126/57X2=0/0001 P <	0	210(100)	21(58/34)	15(41/66)	روابط زندگی زناشویی (رضایت از زندگی زناشویی)
1 , df=92/571X2=0/0001P <	180(85/71)	30(14/29)	3(8/34)	33(91/66)	غم پس از زایمان
1 , df=69/78X2=0/0001P <	200(85/24)	10(4/76)	16(44/44)	20(55/56)	سابقه مرده زایی
1 , df=177/1X2=0/0001P <	208(99/05)	2(0/95)	6(16/67)	30(83/33)	رفتار بد و خصمانه با نوزاد
1 , df=7/136X2=0/0001P <	168(80)	42(20)	3(8/33)	33(91/67)	وجود مشکل در نوزاد
1 , df=12/466X2=0/0004P =	21(10)	189(90)	12(33/33)	24(66/67)	جنس نوزاد
1 , df=11/474X2=0/0007P =	210(100)	0	33(91/66)	3(8/34)	سابقه بیماری روانی خانوادگی
1 , df=28/962X2=0/0001P <	45(21/43)	165(87/57)	24(66/67)	12(33/34)	تصمیم برای سقط
1 , df=3/937X2=0/472P =	99(47/14)	111(52/86)	24(66/67)	12(33/34)	حامگی خواسته یا ناخواسته

هالبریج و کارکون^{۷۶} (2006). یافته های این بررسی نشان داد 12/6 درصد افراد مورد مطالعه در این پژوهش دچار افسردگی هستند. اگر چه این یافته با نتایج اکثر مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف یعنی طیف 10 تا 20 درصدی شیوع افسردگی (موراز و همکاران، 2006; تانوس و همکاران، 2008)

بحث

افسردگی بعد از زایمان اختلالی است که با حملات غیر قابل کنترل اضطراب، احساس گناه و تفکر وسواسی همراه بوده و در این حالت مادر سلامت روانی خود را از دست داده و نمی تواند ارتباط عاطفی مناسبی با فرزند خود برقرار نماید

این مدعاست. براساس یافته های این پژوهش بین خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، مشکلات زناشویی و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری وجود دارد. از آنجائیکه که ناخواسته بودن حاملگی حکایت از عدم آمادگی مادر جهت پذیرش مسئولیت فرزند دارد. این مسئله می تواند عاملی جهت افزایش شیوع افسردگی پس از زایمان باشد نتایج پژوهش وورینک و همکاران^{۷۹} (2006) نیز گویای ادعای فوق است. ایرانفر و همکاران (2005) نیز ناخواسته بودن حاملگی را از عوامل خطر افزایش افسردگی پس از زایمان ذکر می کنند. مشکلات زناشویی نیز منجر به حمایت ضعیف همسر از خانم باردار و زانو می گردد. هوروویتز و همکاران^{۸۰} (2005) نیز حمایت ضعیف همسر را یکی علل مهم افسردگی پس از زایمان ذکر می کنند. نتایج پژوهش کهان^{۸۱} در سال 2005 نیز این مطلب را تایید می کند.

از آنجائیکه که در این مطالعه تمام نمونه های پژوهش شیردهی از پستان داشتند این متغییر قابل بررسی نبود و پیشنهاد می شود در مطالعات آتی این عامل مورد بررسی قرار گیرد.

علاوه بر این ادویبا و همکاران^{۸۲} در سال 2005 معتقدند که روش زایمانی مانند استفاده از تحریک زایمانی، زایمان با فورسپس، آنالژی اپی دورال و سزارین با افزایش شیوع افسردگی پس از زایمان همراه می باشد. تمامی نمونه ها زایمان طبیعی بدون استفاده از ابزار زایمانی داشتند. لذا نوع زایمان و اثر آن بر افسردگی پس از زایمان متغییر دیگری است که نیاز به پژوهش دارد.

ارتباط بین اقامت کوتاه مدت مادران و افسردگی پس از زایمان عامل قابل بررسی در پژوهشهای آینده است. هرچند که بران و لوملی^{۸۳} (2000) می نویسند ترخیص زود هنگام مادران نقشی در افزایش افسردگی پس از زایمان ندارد. در این مطالعه تمامی نمونه ها حداکثر 6 ساعت پس از زایمان در صورت نداشتن مشکل مرخص می گردیدند و از این نظر دو گروه افسرده و غیر افسرده همگن بودند.

نظر به اهمیت افسردگی پس از زایمان امید است که با انجام پژوهشها وسیعتر در این زمینه و مد نظر قرار دادن و بررسی دقیق عوامل خطر ساز در مطالعات علی، بتوان به

مطابقت دارد ولی نسبت به دو مطالعه قبلی انجام شده در تهران (نریمانی و همکاران، 1383؛ صدر و همکاران، 1383)، شیوع افسردگی در قشم از میزان کمتری برخوردار است. اگر چه در توجیه این تفاوت، تفاوتیهای موجود در شیوه اجرای این مطالعه با مطالعات قبلی، از نظر نوع ابزارهای بکار گرفته شده و نحوه تفسیر امتیاز حاصل از این ابزارها را نباید از نظر دور داشت ولی سبک زندگی مردم استان هرمزگان و حمایتیهای اجتماعی موجود افراد فامیل از زن در طی دوران بارداری و بعد از زایمان می تواند توجیه گر شیوع کمتر افسردگی در بین زنان بعد از زایمان باشد. یافته های این پژوهش نشان داد که مرتبه حاملگی تأثیری بر روی افسردگی پس از زایمان نداشت و شیوع افسردگی پس از زایمان در دو گروه اول زا و چند زا یکسان بود. این یافته مغایر با یافته مطالعه ای است که توسط زنیگا و همکاران^{۷۷} (2005) انجام شد. آنها در مطالعه خود بیان نمودند که احتمال وقوع افسردگی پس از زایمان در خانم های شکم اول درمقایسه با چندزا بیشتر است که دلیل آن را انتقال به مرحله مادری و اعتماد به نفس پائین مادران نخست زا در برآوردن نیازهای کودک عنوان شد. به هر حال در منطقه جغرافیایی مورد پژوهش، اکثریت زوج های جوان در اوایل ازدواج همراه با خانواده خود و یا خانواده همسر زندگی می کنند و طبیعی است که حمایت های خانوادگی از این خانم های جوان در هنگام دنیا آوردن فرزند اول خود می تواند باعث افزایش اعتماد به نفس در این مادران و انتقال به مرحله مادری در شرایط بهتری باشد و این عامل می تواند توجیه گر تفاوت نتایج این مطالعه با مطالعات قبلی باشد. از نظر تحصیلات اختلاف بین دو گروه افسرده و غیر افسرده معنی دار بود. به این مفهوم، که درصد بیشتری از افراد با تحصیلات بالاتر در گروه غیر افسرده جای داشتند که با نتایج مطالعه ای که اخیراً در 17 ایالت آمریکا انجام شده است مطابقت دارد (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری^{۷۸}، 2008) مسلماً با افزایش تحصیلات انتظار می رود که افسردگی نسبتاً کاهش یابد چراکه افزایش تحصیلات منجر به افزایش آگاهی زن و مرد نسبت به حقوق و نیازهای جسمی روانی و اجتماعی یکدیگر و هم چنین ارتقاء تفاهم و همکاری و احتمالاً افزایش درآمد خانوادگی می شود که تمامی این عوامل در ایجاد یک فضای سالم برای زندگی موثرند و اختلاف معنی داری که بین میزان تحصیلات همسر بین دو گروه افسرده و غیر افسرده بدست آمد نیز گویای

3 -Wewerinke et al
4-Horowitz et al
5-Khan
6-Adewuya et al
7-Brown & Lumley

1 -Zinga et al
2- Centers for Disease Control and Prevention

شواهد و مستندات معتبری در خصوص علل ایجاد افسردگی بعد از زایمان در محیطهای فرهنگی اجتماعی خاص و افراد مستعد، دست یافت و سپس مداخلات مناسب را طراحی تدوین نمود و در برنامه ریزیهای آینده جهت پیشگیری از این معضل بهداشتی و ارتقاء سطح سلامت روانی زنان در دوره حساس بعد از زایمان گنجانند.

نتیجه گیری

افرادی که دارای حاملگی ناخواسته هستند، روابط خوبی با همسر خود ندارند، از تحصیلات پایینتری برخوردار هستند و جنسیت نوزادشان، مورد دلخواهشان نیست بایستی در برنامه های پیشگیرانه از افسردگی بعد از زایمان مورد توجه بیشتری قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاس عمیق خود را از تمامی کارکنان بیمارستان خاتم الانبیای شهرستان قشم که همکاری صمیمانه ای در طول انجام این مطالعه با پژوهشگران داشتند ابراز می دارند.

منابع

- Adewuya AO Fatoya FO et al (2005). Socio demographic and risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. *Journal of Psychiatric Practice*. 11(5) 353-358.
- Beck CT (2001). Predictors of post partum Depression: An update. *Nursing Research*. 50 (5) 275-285.
- Brown S Lumley J (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 107 (10) 1194-1201.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008).Prevalence of self reported Post partum depressive syndrome–17 states, 2004-2005. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 57 (14) 361-366.
- Dennis C LE Janssen PA et al (2005). Identifying women at risk for postpartum depression in the immediate post partum period. *Acta Psychiatry Scandinavia*.110 (5) 338-346.
- Dennis CL (2004). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*. 331 (7507)15-18.
- Dolatian M Maziar P et al (2006). The relationship between mode of delivery and post partum depression. *Journal of Reproduction and Infertility*. 7 (3) 260-268. [Persian].
- Gale S Harlow BL (2003). postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 24 (4) 257-266.
- Halbreich U Karkun S (2006) .Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 91. 97-110.
- Horowitz JA Damato EG et al (2005). The relationship of maternal attitudes/resources and perceptions of postpartum experiences to depression. *Research in Nursing and Health*. 28 (2) 159-171.
- Iranfar S Shakeri J Ranjbar M Nazhad Jafar P Razae M (2005). Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 11(4) 618-624.
- Johanstone ST Boyce PM et al (2001). Postnatal depression in urban and rural community

samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 35(1) 69-74.

-Kahn RS (2002) Depression and unintended pregnancy in young women. Paper raises at least three concerns. *British Medical Journal*. 324 (7320) 1097.

-Millis JB Kornblith PR (1992). Identification and treatment of post partum disorders. *Health Social Work*. 17 (3) 192- 199.

-Moraes IG Pinheiro RT et al (2006). Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Resvista de Saude Publica*. 40 (1) 65-70.

-Narimani M Nokhestin et al (2004). Prevalence and Correlates of postpartum depression. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences and Health Services*. 3 (2) 53-58. [Persian].

-O'Boyle AL Magann EF et al (2005). Depression screening in the pregnant soldier wellness program. *Southern Medical Journal*. 98 (4) 416- 418.

-Sadr SS Dolatian M et al (2004). Prevalence of postpartum depression and factors affecting it in Tehran. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* . 3 (3) 189-193. [Persian].

-Santos IS Matijasevich et al (2007). Comparing validity of Edinburgh scale and SRQ20 in screening for post-partum depression. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 3(18) 416-418.

-Tannous LGingante LP et al (2008). Postnatal depression in Southern Brazil: Prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*.3 (8) 1.

-Wewerinke A Honig A et al (2006). Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women. *Nederland Tijdschrift Voor Geneekunde*. 150 (6) 294-298. (Abstract).

-Zinga D Phillips SD et al (2005). Postpartum depression: We know the risks, can it be prevented. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 27 (2) 56-64.