



Research Article

Postpartum Follow Up on the Postpartum Depression after Normal Vaginal Delivery

Soraya Soheili^{1,*} , Razieh Peyghambardoost² 

¹ Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Department of Midwifery, Marand Branch, Islamic Azad University, Marand, Iran

* **Corresponding author:** Soraya Soheili, Phd Student, Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Email: soraya.soheili@yahoo.com

DOI: [10.61186/jams.27.2.76](https://doi.org/10.61186/jams.27.2.76)

How to Cite this Article:

Soheili S, Peyghambardoost R. Postpartum Follow Up on the Postpartum Depression after Normal Vaginal Delivery. *J Arak Uni Med Sci.* 2024;27(2): 76-81. DOI: [10.61186/jams.27.2.76](https://doi.org/10.61186/jams.27.2.76)

Received: 20.02.2024

Accepted: 01.05.2024

Keywords:

Postpartum depression;
Edinburgh postnatal depression
scale;
Postpartum support;
Normal vaginal delivery

© 2024 Arak University of Medical
Sciences

Abstract

Introduction: The postpartum period is a dangerous potential time for postpartum depression. Postpartum depression is the reducer instrument for postpartum support. The purpose of the current study is to determine the effectiveness of postpartum supports on the postnatal women depression after childbirth.

Methods: This study a semi experimental study was conducted in Marand hospital. Two hundred sixty mothers agreed to take part and were randomly allocated to an intervention group (n = 130) or control group (n = 130). The intervention group received telephone counseling for 20- minute at the first week twice, second week till 6th weeks once at week plus routine care. The control group received only the routine care. Also for evaluation of the unanticipated mother's needs, 24-hour telephone access to researcher was provided. The main outcome measure was recording demographics data sheet, postpartum problem's checklist and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) administered by presence interview questionnaire at six weeks after delivery. Control group received general postpartum education. The data were analyzed by χ^2 , Fisher test and T test.

Results: At 6 week postpartum, mean of depression was obtained in the intervention group ($15/80 \pm 5/12$) and in the control group ($18/43 \pm 5/90$). On the EPDS scale, in the intervention group was significantly decrease to control group ($P < 0.0001$).

Conclusions: The result of this research showed that Postpartum Follow Up by midwife could effective to decrease women's postpartum depression in the pureperium.

بررسی پیگیری پس از زایمان در افسردگی زنان پس از زایمان طبیعی

ثریا سهیلی^{۱*}، راضیه پیغمبردوست^۲ ID

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ گروه مامایی واحد مرنده، دانشگاه آزاد اسلامی، مرنده، ایران

* نویسنده مسئول: ثریا سهیلی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: soraya.soeili@yahoo.com

DOI: 10.61186/jams.27.2.76

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۱۲

واژگان کلیدی:

افسردگی پس از زایمان؛

پیگیری پس از زایمان؛

زایمان طبیعی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه
علوم پزشکی اراک محفوظ است.

مقدمه: دوره نفاس، یک زمان بالقوه خطرناکی برای افسردگی پس از زایمان است. از جمله ابزارهای کاهش دهنده افسردگی پس از زایمان، حمایت‌های پس از زایمان می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر حمایت‌های پس از زایمان بر افسردگی زنان در دوره نفاس انجام شده است. **روش کار:** این پژوهش، مطالعه‌ای نیمه تجربی از نوع تصادفی دو گروهی است که در بیمارستان رازی شهرستان مرنده انجام گرفت. تعداد ۲۶۰ زن واجد شرایط پس از زایمان طبیعی به صورت تصادفی در دو گروه تجربه و کنترل قرار گرفتند، گروه مداخله (۱۳۰ نفر) علاوه بر مراقبت‌های روتین دوره نفاس، هفته اول دو بار، هفته دوم تا ششم یکبار در هفته مشاوره تلفنی به مدت ۲۰ دقیقه دریافت نمودند. گروه کنترل (۱۳۰ نفر) فقط مراقبت‌های روتین نفاس را دریافت می‌کردند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل برگه ثبت اطلاعات دموگرافیک، فرم ثبت مشکلات دوره نفاس و مقیاس غربالگری افسردگی پس از زایمان (Edinburgh postnatal depression scale) EPDS بود که روز چهل و دوم توسط پرسشگر آموزش دیده و از طریق مصاحبه حضوری تکمیل گردید. در نهایت داده‌ها با آزمون‌های آماری **Chi-Square**، **Fisher's exact test**، **Independent sample T-test** مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** بر اساس یافته‌های این پژوهش، میانگین افسردگی در شش هفته پس از زایمان در گروه مداخله $15/80 \pm 5/12$ و در گروه کنترل $5/90 \pm 18/43$ بود. بین میانگین افسردگی بر اساس مقیاس EPDS در دو گروه مداخله و کنترل، اختلاف آماری معنی‌داری ($P < 0/0001$) مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد پیگیری پس از زایمان توسط ماما بتواند بر کاهش افسردگی بعد از زایمان زنان در دوره نفاس مؤثر باشد. انجام مطالعات بیشتر در این زمینه می‌تواند کمک‌کننده باشد.

ارجاع: سهیلی ثریا، پیغمبردوست راضیه. بررسی پیگیری پس از زایمان در افسردگی زنان پس از زایمان طبیعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک* ۲۷ (۲): ۷۶-۸۱.

مقدمه

احساسی کودک دارد (۷). سهرابی و همکاران اظهار می‌دارند که کودکان مادران افسرده در دو ماه اول زندگی کمتر درگیر اشیا شده و تعامل اجتماعی و تماس چشمی کمتری دارند. در دوران مدرسه نیز با پدر و مادر و همسالان خود تضاد داشته و مشکلات روانی مانند افسردگی دارند (۸). مطالعات بیانگر آن بود که زنان اطلاعات کافی برای شناسایی این بیماری ندارند و حتی به جستجوی راه کار و کمک برای شناخت آن بیماری نمی‌پردازند (۹). حتی زنان پس از زایمان، از نظر افسردگی نیز کمکی دریافت نمی‌کنند (۱۰). دلایلی که زنان پس از زایمان دنبال کمک نمی‌گردند شامل: خجالت، ترس از جدایی کودک و ناآگاهی درباره علائم افسردگی پس از زایمان می‌باشد. خدمات مراقبین بهداشتی در تعیین نیازهای زنانی که به تازگی زایمان کرده‌اند اغلب دچار شکست می‌شوند و آنان مشکلات، درک‌ها و ترس‌های زنان را در نظر نمی‌گیرند (۱۱).

استفاده از تلفن در دسترسی به برنامه‌های حمایتی، مهم‌ترین کانال

دوره نفاس، زمان بالقوه خطرناکی برای افسردگی پس از زایمان است (۱). افسردگی ۱۵-۱۰ درصد زنان را پس از زایمان درگیر می‌کند. علائم معمولاً پس از ترخیص از بیمارستان آغاز می‌شوند (۲). اوج افسردگی نفاسی، ۸-۶ هفته پس از زایمان است (۳). افسردگی نفاسی در طی ۴ هفته پس از زایمان شروع می‌شود و تا یکسال پس از تولد نیز به طول می‌انجامد (۴). افسردگی پس از زایمان یک بیماری افسرده کننده بزرگ است که با ۵ یا بیشتر معیار تشخیصی؛ شامل خلق افسرده، کاهش قابل ملاحظه تمایل به فعالیت، اختلال اشتها، اختلال خواب، خستگی، احساس بد بودن، کاهش تمرکز یا ناتوانی تصمیم‌گیری و افکار راجعه مرگ یا خودکشی بارز می‌شود (۵). همچنین افسردگی پس از زایمان همراه با افزایش دیسترس، کاهش عملکرد اجتماعی و حرفه‌ای مادر همراه بوده (۶) و تأثیر نامطلوبی روی حمایت‌های والدین از کودک، تکامل رفتاری و

سازمان جهانی بهداشت تعیین گردید (۱۶).

هر مشاوره تلفنی به دو بخش اختصاص یافت. بخش اول شامل توصیه‌های معمول دوره نفاس شامل تغذیه صحیح دوران نفاس، بهداشت روانی- فردی و فعالیت فیزیکی و راه‌های پیشگیری از مشکلات سلامتی پس از زایمان بود که بر اساس مشکلات شایع دوران نفاس در هفته تنظیم می‌شد و بخش دوم مشاوره تلفنی به نیازهای خاص هر مددجو در هر بار مشاوره و ارائه راه‌حل پیشنهادی به وی اختصاص می‌یافت.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه ثبت مشخصات جمعیت‌شناختی، فرم ثبت مشکلات دوران نفاس و مقیاس افسردگی پس از زایمان (EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale) (۱۷) برای غربالگری افسردگی در دوران نفاس بود. پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی حاوی ۱۷ سؤال در روز اول پس از زایمان تکمیل شد. پرسش‌نامه EPDS در روز چهارم پس از زایمان در دو گروه مداخله و شاهد با مراجعه به درب منازل و با مصاحبه حضوری تکمیل گردید.

پرسش‌نامه استاندارد EPDS دارای ۱۰ سؤال می‌باشد و تجربیات مادران را در طی ۷ روز قبل توصیف می‌کند که در عرض ۵ دقیقه کامل می‌شود. هر سؤال ۴ پاسخ دارد، به هر سؤال امتیاز صفر تا سه تعلق می‌گیرد، نمرات بالاتر شدت افسردگی را نشان می‌دهد. نمرات بالاتر و مساوی ۱۰ نشان‌دهنده افسردگی خفیف و نمرات بالاتر و مساوی ۱۳، نشان‌دهنده افسردگی شدید است. میزان حساسیت و اختصاصی بودن ابزار برای نمرات ۱۲ و کمتر به ترتیب ۸۵ و ۷۷ درصد و برای نمرات بالاتر از ۱۲ به ترتیب ۱۰۰ و ۹۵/۵ درصد است. این ابزار بطور اختصاصی برای غربالگری افسردگی در زنان در طی دوره نفاس طراحی شده است اما محدودیت این ابزار، اندازه نگرفتن اختلالاتی مانند خستگی و کاهش اشتها و تغییر الگوی خواب است (۱۸).

در این پژوهش برای کسب روایی پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی از روایی محتوا استفاده شد. پرسش‌نامه EPDS نیز یک پرسش‌نامه استاندارد می‌باشد که روایی و پایایی آن در مطالعات زیادی ثابت شده است (۱۹).

با توجه به اینکه پرسش‌نامه مذکور از هر دو گروه در روز چهارم پس از زایمان با مراجعه به منزل تکمیل می‌شد، اگر واحدهای پژوهش در منزل نبودند پژوهشگر تا سه روز پی در پی و سپس هفته بعد به درب منزل مراجعه می‌نمود. لازم به ذکر است که اکثر مادران ساکن روستا بودند. در طول مطالعه ۶ نفر بدلیل تغییر آدرس محل سکونت یا مهاجرت به شهرهای دیگر از مطالعه حذف شدند. در نهایت ۲۵۴ نفر در این مطالعه شرکت نمودند. در مجموع، نمونه‌گیری توسط یک نفر کارشناس مامایی آموزش داده شده و حدود ۳ ماه از اردیبهشت‌ماه تا تیرماه ۱۴۰۰ بطول انجامید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون Chi-square و T-test) استفاده گردید. کلیه محاسبات آماری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱ (SPSS Inc., Chicago, IL, version 11) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی حاکی از آن است که میانگین سنی در گروه مداخله $25/09 \pm 5/40$ و در گروه کنترل $24/61 \pm 5/20$ بود.

ارتباط عمومی به شمار می‌رود که تأثیر مفید بودن مشاوره دوباره را زمانی که مددجو در منزل نمی‌باشد فراهم می‌سازد. حمایت تلفنی نسبت به مشاوره چهره به چهره، ارزان‌تر بوده و قادر به تحت پوشش قرار دادن تعداد زیادی از افراد است که در مناطق جغرافیایی گسترده‌ای به سر می‌برند (۱۳). واضح است که مادران، نیازمند داشتن فرصت جهت بحث بیشتر درباره نیازهای خود در زمینه مشکلات نفاس هستند و ماماها در این میان می‌توانند بخوبی از عهده این نقش برآیند (۱۳).

در بسیاری از کشورها، حمایت‌های تلفنی پس از زایمان یک روش معمول در کاهش موربیدیتی روانی پس از زایمان است لیکن تاکنون مطالعات کارآزمایی بالینی اندکی برای غربالگری و شناسایی این اختلال در دوره نفاس انجام شده است (۱۴).

در مطالعه Ho و همکاران، حمایت‌های آموزشی پس از زایمان در کاهش شدت افسردگی پس از زایمان در شش هفته پس از زایمان مؤثر بوده است (۱۴) همچنین در مطالعه Dennis نیز حمایت‌های پس از زایمان در بهبود افسردگی زنان در دوره نفاس مؤثر بوده است (۱۵). از آن‌جا که در ایران، تاکنون مطالعه مداخله‌ای مشابه این مطالعه درباره افسردگی زنان در دوره نفاس انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تأثیر حمایت‌های پس از زایمان بر افسردگی زنان در دوره نفاس انجام گرفت.

روش کار

این پژوهش نیمه تجربی از نوع تصادفی دو گروهی بود. جمعیت مورد مطالعه کلیه زنان نخست‌زا و چندزا با زایمان طبیعی است که در بخش پس از زایمان بیمارستان رازی مرند بستری بودند. پس از انجام مطالعه مقدماتی، افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و ۲۶۰ نفر پس از کسب رضایت به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند، سپس با تخصیص تصادفی نمونه‌ها به ترتیب یک در میان به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند، به این ترتیب که ۱۳۰ نفر در گروه حمایت‌های پس از زایمان (مداخله) و ۱۳۰ نفر در گروه مراقبت‌های معمول دوره نفاس (گروه شاهد) قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه شامل به دنیا آوردن نوزاد زنده و سالم، تک قلو، سکونت در مرند و حومه، داشتن دسترسی به تلفن، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی یا داروهای دیگر در بارداری و پس از زایمان، نداشتن سابقه افسردگی یا بیماری‌های خاص دیگر، نداشتن مشکل شنوایی و تکلم بود. شرایط خروج از مطالعه نیز عدم دسترسی به آدرس مددجویان، موارد منجر به بستری، مرگ نوزاد و یا داشتن نیاز به مراقبت‌های ویژه نوزادی در نظر گرفته شد.

نوع مداخله در این پژوهش، پیگیری پس از زایمان بصورت مشاوره تلفنی بود که در گروه آزمون، هفته اول دو بار، هفته دوم تا ششم یکبار در هفته به مدت ۲۰ دقیقه انجام گرفت که بر اساس نیاز مددجو تغییر می‌یافت. گروه شاهد (۱۳۰ نفر) فقط مراقبت‌های روتین نفاس را دریافت می‌کردند. همچنین جهت ارزیابی نیازهای پیش‌بینی نشده مادران، واحدهای پژوهش به صورت ۲۴ ساعته امکان برقراری تماس تلفنی با مشاور را داشتند. محتوای مکالمات تلفنی بر اساس دستورالعمل مامایی

جدول ۱. مقایسه میانگین افسردگی زنان در دوره نفاس بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	زمان		گروه مداخله		متغیرها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
P	۵/۹۰	۱۴/۸۳	۵/۱۲	۱۰/۸۵	میانگین افسردگی در روز چهارم پس از زایمان بر اساس مقیاس EPDS
	<۰/۰۰۰۱				

بحث

در مورد هدف اصلی این مطالعه، میانگین نمره مقیاس EPDS پس از مداخله در شش هفته پس از زایمان در گروه مداخله (۱۰/۸۵) بطور معنی داری کمتر از کنترل (۱۴/۸۳) بود ($P < ۰/۰۰۰۱$). مطالعات زیادی نشان داده است که اثر حمایت‌های پس از زایمان در دوره انتقالی زندگی و استرس‌های حاد، تأثیر مثبتی بر کاهش موربیدیتی روانی دوره نفاس دارد (۱۴). با وجود توصیه‌هایی که بر انجام مراقبت‌ها می‌شود، کمتر ارزشیابی جامعی وجود دارد که به بررسی برنامه‌های حمایتی پس از زایمان (۱۴، ۱۵) و از جمله حمایت تلفنی بر افسردگی زنان در دوره نفاس پرداخته باشد (۲۰).

در کارآزمایی بالینی که توسط Ho و همکاران با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی افسردگی پس از زایمان، در کاهش شدت افسردگی پس از زایمان در شش هفته و ۳ ماه پس از زایمان در تایوان انجام گرفت. در این مطالعه، گروه مداخله قبل از ترخیص از بیمارستان توسط پرستار بخش، آموزش‌های لازم در ارتباط با افسردگی و گروه کنترل، فقط آموزش‌های روتین بخش را دریافت می‌نمودند. نتایج حاکی از آن بود که در ۶ هفته پس از زایمان، اختلاف آماری معنی داری بین گروه تجربه و مداخله در میانگین نمرات EPDS شروع افسردگی و مدت آن مشاهده نشد. در مطالعه آنان، در ۳ ماه پس از زایمان این اختلاف معنی دار بود (۱۴).

Ho و همکاران، علت عدم اختلاف معنی دار افسردگی در دو گروه در شش هفته پس از زایمان را به دلیل کوتاه بودن مدت اقامت و آموزش آنان در بخش پس از زایمان دانسته‌اند. همچنین این مطالعه حاکی از آن بود که برنامه آموزشی قبل از ترخیص از بیمارستان، قادر به کاهش علائم در شش هفته نبوده و مدت زمان بیشتری (شروع مداخله از قبل از زایمان تا یک‌سال پس از زایمان) لازم است تا این نیاز را برطرف کند (۱۴). نتایج مثبتی که از این مطالعه حاصل شد می‌تواند بدلیل متفاوت بودن جامعه پژوهش و کیفیت ارائه خدمات باشد. اولاً واحدهای پژوهش، به دنبال ترخیص از بیمارستان، به حال خود رها نشده و طی جلسات متعدد و بر اساس نیازسنجی مورد حمایت قرار گرفته و قادر بودند دسترسی ۲۴ ساعته به مشاور داشته باشند. ثانیاً واحدهای پژوهش، ساکن روستا بوده و دسترسی به سایر منابع حمایت به غیر از همسر و نزدیکان درجه یک خود نداشتند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالعه Feinberg و همکاران می‌باشد. مدل مراقبتی آنان شامل ویزیت از منزل و حمایت پس از زایمان بود که در کاهش افسردگی پس از زایمان مؤثر است. این سیستم بر سهولت دسترسی به منابعی اشاره دارد که شامل غربالگری در ویزیت‌های مادر و کودک و ارائه آموزش‌های لازم در ارتباط با افسردگی و راهنمایی برای ارجاع می‌باشد (۲۱).

در مطالعه مقطعی دیگری که توسط Dennis با هدف بررسی تأثیر

بیشترین درصد مادران (۶۶/۲ درصد، ۱۷۲ نفر) در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال و (۵۷/۳ درصد، ۱۴۸ نفر) مادران دارای تحصیلات در سطح زیر دیپلم بودند. شغل همسر اکثر زنان در گروه آزمون (۴۶/۴۵ درصد، ۱۲۰ نفر) کارگر و در گروه شاهد (۴۵/۲ درصد، ۱۱۷ نفر) آزاد و اکثر زنان در گروه مداخله (۵۱/۲ درصد، ۱۳۳ نفر) و کنترل (۴۵/۲ درصد، ۱۱۷ نفر) درآمد خانوار ناکافی داشتند. بیش از نیمی از زنان در هر دو گروه آزمون (۵۵/۸ درصد، ۱۴۵ نفر) و شاهد (۵۳/۲ درصد، ۱۳۸ نفر) ساکن روستا بودند. اکثر زنان مورد مطالعه، نولی پاریده (۵۸/۸ درصد، ۱۵۲ نفر)، دارای حاملگی خواسته (۸۷/۸ درصد، ۲۲۸ نفر) و برای دریافت مراقبت‌های پس از زایمان به خانه بهداشت (۵۵/۳ درصد، ۱۴۳ نفر) مراجعه می‌نمودند. دو گروه آزمون و شاهد از نظر میانگین سنی، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت مسکن، محل سکونت، میزان حمایت همسر و اطرافیان، میزان درآمد خانوار و سوابق مامایی شامل: تعداد حاملگی و زایمان، سابقه نازایی و جنسیت نوزاد اختلاف آماری معنی داری نداشتند و از نظر عوامل یاد شده همگن بودند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد، بین میانگین افسردگی و متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، تحصیلات و شغل زنان و همسران آن‌ها، محل سکونت، میزان درآمد، سوابق مامایی شامل: تعداد حاملگی و زایمان، سابقه نازایی اختلاف آماری معنی دار دیده نشد ولی آزمون Chi-square ارتباط معنی دار آماری بین میانگین افسردگی و حاملگی ناخواسته و تعداد قل حاملگی نشان داد ($P < ۰/۰۱$). در روز چهارم پس از زایمان میانگین نمره کسب شده در مقیاس EPDS در گروه کنترل بیشتر از گروه مداخله بود. بر این اساس اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر میانگین امتیاز افسردگی در روز چهارم پس از زایمان دیده شد ($P < ۰/۰۰۰۱$). آزمون آماری t اختلاف معنی داری را بین دو گروه بعد از مداخله نشان داد ($P < ۰/۰۰۰۱$) (جدول ۱).

مقایسه سطوح افسردگی در دو گروه نشان می‌دهد که ۷۵/۴ درصد در گروه کنترل و ۵۴/۶ درصد زنان گروه مداخله افسردگی متوسط دارند (جدول ۲).

جدول ۲. مقایسه سطح افسردگی زنان در دوره نفاس بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

متغیرها	زمان	
	گروه مداخله	گروه کنترل
بدون افسردگی (۰-۹ امتیاز)	۹ (۶/۹)	۲ (۱/۵)
افسردگی خفیف (۱۰-۱۳ امتیاز)	۷۱ (۵۴/۶)	۹۸ (۷۵/۴)
افسردگی شدید (بالای ۱۳ امتیاز)	۴۸ (۳۶/۹)	۲۶ (۲۰)
جمع کل	۱۳۰ (۱۰۰)	۱۳۰ (۱۰۰)

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که پیگیری تلفنی پس از زایمان قادر به کاهش معنی‌داری در میانگین نمره افسردگی پس از زایمان در شهرستان مرند بوده است. با توجه به ارزان و قابل دسترس بودن، این روش با افزایش آگاهی و پاسخ‌دهی به نیازهای مادران در این دوران انتقالی، در بهبود سلامت روانی آنان می‌تواند مثرتر واقع گردد. این امر می‌تواند مورد توجه مسئولان امر قرار گیرد تا در حیطه خدمات پس از زایمان، حمایت روانی مادران را مدنظر قرار داده و بخش‌های مشاوره‌ای توسط ماماها در بیمارستان‌های زنان و زایمان را فعال‌تر سازند و در برنامه‌ریزی‌های کلان‌کشوری جایگاه ویژه‌ای جهت ارائه خدمات حمایتی به مادران در نظر بگیرند که از آن جمله می‌تواند ویزیت در منزل توسط تیم بهداشتی و ارائه خدمات تلفنی توسط ماماها به صورت گسترده و در سراسر کشور اشاره نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران به شماره قرارداد ۵۶۶۶ می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولان محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مسئولان و کارکنان محترم بیمارستان رازی شهرستان مرند و کلیه همکاران و مادران عزیزی که در این طرح شرکت نموده و ما را یاری رساندند، نهایت تقدیر به عمل می‌آید.

سهم نویسندگان

سهم هر یک از نویسندگان ۵۰ درصد می‌باشد.

تضاد منافع

تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

- Mirmolaei ST, Amel Valizadeh M, Mahmoodi M, Tavakol Z. The effect of postpartum care at home on maternal received care and satisfaction [in Persian]. *Evidence Based Care Journal*. 2011;1(1):35-50.
- Liberto TL. Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. *J Pediatr Health Care* 2012;26(2):109-17. [pmid: 22360930](#) [doi: 10.1016/j.pedhc.2010.06.012](#)
- Sharma V, Xie B. Screening for postpartum bipolar disorder: Validation of the Mood Disorder Questionnaire. *J Affect Disord* 2011;131(1-3):408-11. [pmid: 21185082](#) [doi: 10.1016/j.jad.2010.11.026](#)
- Mirmolaei ST, Amel Valizadeh M, Mahmoodi M, Tavakol Z. The effect of postpartum home care on the quality of life of mothers with low risk [in Persian]. *Hayat*. 2011;17(2):42-51
- Kamalifard M, Yavarikia P, Babapour Kheiroddin J, Salehi Pourmehr H, Irajii Iranagh R. The effect of peers support on postpartum depression: a single-blind randomized clinical trial. *J Caring Sci* 2013;2(3):237-44. [doi:10.5681/jcs.2013.029](#)
- TorkZahrani S, Karamollahi Z, Azgoli G, AkbarpurBaghian A, Sheikhan Z. Effect of support from the mothers with positive breast feeding experience on breast feeding pattern and duration among primiparous women referred to maternity ward of Ilam hospital [in Persian]. 2010. *J Ilam Uni Med Sci*. 2012;20(2): 9-16.
- Ashrafinia F, Mirmohammadali M, Rajabi H, Kazemnejad A, SadeghniaiHaghighi K, Amelvalizadeh M. Effect of Pilates exercises on postpartum maternal fatigue. *Singapore Med J*. 2015;56(3):169-73. [pmid: 25820848](#) [doi: 10.11622/smedj.2015042](#)
- Sohrabi Z, Sohrabi N, Hashemzade M, Mehran A, Mir mihamadalei M. An evaluation of the effect of electronic education on breastfeeding knowledge in the postpartum period [in Persian]. *J Health Syst Res*. 2016;11(4):741-6.
- Holopainen D. The experience of seeking help for postnatal depression. *Aust J Adv Nurs*. 2002;19(3):39-44. PMID: 12002628
- McGarry J, Kim H, Sheng X, Egger M, Baksh L. Postpartum depression and help-seeking behavior. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54(1):50-6. [pmid: 19114239](#) [doi: 10.1016/j.jmwh.2008.07.003](#)
- McCarthy M, McMahon C. Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care Women Int* 2008; 29(6):618-37.
- Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD002850. [pmid: 23934971](#) [doi: 10.1002/14651858.CD002850.pub3](#)
- Lim JM, Sullivan E, Kennedy D. Mothersafe: Review of three years of counseling by an Australian Teratology Information Service. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009;49(2):168-72.

- pmid:** 19432605 **doi:** 10.1111/j.1479-828X.2009.00976.x
14. Ho SM, Heh SS, Jevitt CM, Huang LH, Fu YY, Wang LL. Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression. A randomized controlled evaluation study. *Patient Educ Couns.* 2009;77(1):68-71. **pmid:** 19376677 **doi:** 10.1016/j.pec.2009.01.009
 15. Dennis CL. Postpartum depression peer support: Maternal perceptions from a randomized controlled trial International. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(5):560-8. **pmid:** 19962699 **doi:** 10.1016/j.ijnurstu.2009.10.015
 16. World Health Organization. Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide. Geneva: World Health Organization; 1998.
 17. Ryzniak J. Postpartum depression and adolescent mothers: a review of assessment and treatment approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010;23(3):172-8. **pmid:** 20496498 **doi:** 10.1016/j.jpag.2009.09.003
 18. Rychnovsky JD, Brady MA. Choosing a postpartum depression screening instrument for your pediatric practice. *J Pediatr Health Care.* 2008; 22(1):64-7. **pmid:** 18174093 **doi:** 10.1016/j.pedhc.2007.09.007
 19. Ji S, Long Q, Newport DJ, Na H, Knight B, Zach EB, et al. Validity of depression rating scales during pregnancy and the postpartum period: Impact of trimester and parity. *J Psychiatr Res.* 2011;45(2):213-9. **pmid:** 20542520 **doi:** 10.1016/j.jpsychires.2010.05.017
 20. Rojas G, Fritsch R, Solis J, Jadresic E, Castillo C, González M, et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007;370(9599):1629-37. **pmid:** 17993363 **doi:** 10.1016/S0140-6736(07)61685-7
 21. Feinberg E, Smith MV, Morales MJ, Claussen AH, Smith DC, Perou R. Improving women's health during internatal periods: Developing an evidenced-based approach to addressing maternal depression in pediatric settings. *J Womens Health (Larchmt).* 2006;15(6):692-703. **pmid:** 16910901 **doi:** 10.1089/jwh.2006.15.692
 22. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(10):1355-73. **pmid:** 19327773 **doi:** 10.1016/j.ijnurstu.2009.02.012
 23. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 91(2):97-111. **pmid:** 16466664 **doi:** 10.1016/j.jad.2005.12.051
 24. Evans M, Donelle L, Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups: a content analysis. *Patient Educ Couns.* 2012;87(3):405-10. **pmid:** 22019021 **doi:** 10.1016/j.pec.2011.09.011