

بررسی شیوع علائم اضطراب و غم پس از زایمان و عوامل مؤثر بر آن در خانم‌های دارای حاملگی پرخطر

Prevalence of Symptoms Post-Partum Anxiety and Baby Blues and Factors Effective Upon it in Women With High Risk Pregnancies

M. Akbarzadeh, M.S. ✉

مرضیه اکبرزاده ✉

مربی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

F. Sharif, Ph.D.

دکتر فرخنده شریف

دانشیار گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

N. Zare, Ph.D.

دکتر نجف زارع

استادیار گروه آمار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

F. Ghodrati

فاطمه قدرتی

دانشجوی کارشناسی ارشد فقه و مبانی حقوق دانشگاه الزهراء

Abstract

Pregnancy, labor and child birth are crucial events in women lives, within days following birth, women show signs of mood changes, commonly named baby blues.

چکیده:

بارداری، زایمان و تولد نوزاد رویدادهای بسیار مهمی در زندگی زنان می‌باشند و اکثر مادران بعد از تولد، سیر طبیعی را از نظر جسمی و روانی طی می‌کنند، ولی رویدادهای قبلی زندگی هر زنی در افزایش تجربه آسیب‌زای تولد بسیار مؤثر است.

✉Corresponding author: Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shiraz, University of Medical Science, Shiraz, Iran.
Tel: +98711-6474254-7
Fax: +98711-6474252
Email: akbarzadehmarzieh@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: شیراز - دانشگاه علوم پزشکی شیراز - دانشکده پرستاری و مامایی - گروه مامایی
تلفن: ۰۷۱۱-۶۴۷۴۲۵۴-۷ دورنما: ۰۷۱۱-۶۴۷۴۲۵۲-۷
پست الکترونیکی: email:akbarzadehmarzieh@yahoo.com

The purpose of this study is to examine the prevalence and risk factors of anxiety and depression in high risk pregnancies.

400 subjects from 15-45 years old women referring to hospitals affiliated to the university. Collected and the study was on a case-control basis. Sampling was made through interviews using questionnaires including Beck & Spielberger standard test for depression and anxiety.

Prevalence of severe depression in the population under study was estimated to be 21.1% and that of high anxiety was 85.5%. In both of them, the difference between the group was significant ($P < 0.001$).

Multiple logistic regression analysis by the stepwise method showed a relation between the mother demographic characteristics, emotional support of the mother by her spouse and the family, pregnancy complications and newborn characteristics.

Keyword: Anxiety, Depression, High Risk Pregnancy.

به طوری که ۵۰ تا ۸۰ درصد مادران، طی هفته اول پس از زایمان، غم پس از زایمان را تجربه می‌نمایند. هدف پژوهش حاضر بررسی فراوانی غم پس از زایمان و اضطراب در حاملگی پرخطر و عوامل مؤثر بر آن می‌باشد. این مطالعه موردی شاهد تعداد ۴۰۰ نفر از خانم‌های ۱۵-۴۵ ساله مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد که ۲۰۰ نفر از آنان دارای حاملگی پرخطر و ۲۰۰ نفر از مادران به‌عنوان کنترل دارای حاملگی نرمال و فاقد ریسک بوده‌اند. نمونه‌گیری به مدت ۴-۶ ماه و به شیوه آسان مبتنی بر هدف انجام شد.

نمونه‌گیری به شیوه مصاحبه با استفاده از پرسشنامه، تست استاندارد بک و اسپیلبرگر جهت علائم اضطراب و غم پس از زایمان، صورت گرفت. شیوع علائم غم پس از زایمان با سطح شدید در جامعه پژوهش ۲۱/۱ درصد و علائم اضطراب بالا ۸۵/۵ درصد برآورد گردید که در هر دو مورد تفاوت بین گروه‌ها معنادار بوده است ($P < 0/001$). تحلیل رگرسیونی چندگانه لجستیک به روش استپ‌وایز به ترتیب بین ویژگی‌های مادر، ابعاد عاطفی مادر باردار، عوارض دوران بارداری، ارتباط نشان داد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، افسردگی، حاملگی پرخطر

مقدمه

بارداری علی‌رغم آن که اغلب شور و اشتیاق بسیاری ایجاد می‌کند، می‌تواند از لحاظ روانی هم آسیب‌زا باشد. در برخی زنان که دارای احساس دوگانه‌ای نسبت به حاملگی هستند، ممکن است تنش به‌طور قابل توجهی افزایش یابد. لذا دوره پس از زایمان، می‌تواند زمان مناسبی برای آسیب‌پذیری جسمانی و عاطفی باشد (کارلسون، کارن‌جی، ۱۳۷۹، ص ۱۹۰). بسیاری از زنان علائمی از افزایش تنش، اضطراب و افکار منفی را نشان می‌دهند (شروین^۱، سکولوینا^۲، ۲۰۰۳).

اصولاً سه نوع افسردگی با طول مدت و شروع متفاوت، پس از زایمان مورد بحث قرار گرفته است که شامل غم مادری (افسردگی خفیف پس از زایمان)، افسردگی پس از زایمان و روان‌پریشی پس از زایمان می‌باشد (ریچر^۳، ۱۹۹۷؛ روبرتسون^۴، گریس^۵، ۲۰۰۴). بیش از ۸۵٪ و بر اساس برخی منابع ۸۰-۵۰٪ (فرازر^۶، کوپر^۷ ۱۹۹۹؛ هنشوسی^۸، ۲۰۰۳) و برخی منابع دیگر ۶۰-۴۰٪ (شروین و همکاران، ۲۰۰۳) مادران، در طول هفته اول پس از زایمان، خلق افسرده را تجربه می‌کنند. این اختلال را به نام غمگینی پس از زایمان (غم مادر یا غم کودک) نیز می‌نامند. اوج علائم آن در هفته اول پس از زایمان است و افسردگی روز سوم، چهارم تا دهم نیز نامیده شده است (روبرتسون و همکاران، ۲۰۰۴). ویژگی‌های آن شامل عصبانیت، گریه کردن، بی‌حوصلگی، اختلالات خواب و اشتها، متغیر بودن اشتها (روبرتسون و همکاران، همان)، تمرکز ضعیف، تحریک‌پذیری و ناپایداری عاطفی (کانینگهم، ۱۳۸۵)، ترس و تغییر خلق و خستگی است (حسن زهرایی، زهرا احمدی، ۱۳۸۲).

علت اصلی غم پس از زایمان ناشناخته است. ولی برخی از متخصصین نوسانات هورمونی (استروژن، استرادیول، آندروفین‌ها، کورتیزل) را در بروز آن مؤثر دانسته‌اند (گلانگود^۹، کراست^{۱۰}، ۱۹۹۹).

غمگینی پس از زایمان، حالتی خودبه‌خود محدودشونده دارد، از این‌رو ۱۰ تا ۱۵٪ غمگینی پس از زایمان از اواخر هفته دوم ادامه می‌یابد و بر شدت آن افزوده می‌شود و فرد به بیماری افسردگی پس از زایمان مبتلا می‌شود، که در صورت عدم درمان تا ۶ ماه یا حتی یک‌سال به طول می‌انجامد (کوهن^{۱۱}، ۲۰۰۲ و سامسون، جی.ال، ۱۳۷۷).

محققین نشان داده‌اند، زنانی که دچار عوارض بارداری می‌شوند احتمال بروز افسردگی یا ترس از آسیب‌پذیری نوزاد در آن‌ها ۲ برابر می‌شود. اختلالات افسردگی با فاصله ۳-۲ ماه پس از زایمان در نزدیک به ۱۵-۱۰٪ از زنان جوامع غربی بروز می‌کند و در گروهی که تاریخچه نوعی اختلال افسردگی داشته‌اند خطر عود در حاملگی بعدی ۳۰ درصد می‌شود. در خانمی که سابقه افسردگی پس از زایمان قبلی داشته است و در حاملگی کنونی نیز دارای اندوه می‌باشد، شانس وی برای پیدایش افسردگی تا ۶۵ درصد بالا می‌رود (کانینگهم، ۱۳۸۵ و بوت.بی.جی^{۱۲}، ورماس^{۱۳}، ۱۹۹۴؛ مانی چندرین^{۱۴}، ۲۰۰۲ و گوباش.ار^{۱۵}، ۱۹۹۹).

میزان بروز غم پس از زایمان در مطالعه‌ای در زنان هنگ‌کنگ ۴۴/۳٪ در هفته اول پس از زایمان بوده که دقیقاً معادل انتظار غم پس از زایمان در زنان ژاپنی می‌باشد و میزان شیوع افسردگی پس از زایمان ۱۹/۸ درصد در هنگ‌کنگ برآورد شده است. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در سایر کشورها شامل: چین ۱۵/۸ درصد (لانگ.اس.اس^{۱۶}، ۲۰۰۵)، در زنان عرب ۳۴/۷ درصد (کوپر پی.جی^{۱۷}، تومیلسون^{۱۸}، سوارتز^{۱۹}، ۱۹۹۹)، ۱۱/۲ در زنان چین (ایوان.جی^{۲۰}، هرون^{۲۱}، ۲۰۰۱)، ۴۰/۴ درصد در زنان ترکیه (اکوکولا.جی^{۲۲}، توکوک^{۲۳}، اسکی^{۲۴}، ۲۰۰۴)، ۱۷ درصد در ژاپن (گوتام.اس^{۲۵}

۱۹۸۹) و ۱۹/۱ درصد در برزیل (موریس ای. جی.^{۲۶}، پینهیرو^{۲۷}، سیلوا^{۲۸}، ۲۰۰۶)، در کانادا ۲/۶٪ و در ایران ۱/۳۱٪ گزارش شده است (غفاری‌نژاد، خویباری، پویا ۱۳۷۸).

در ایران بیشتر مطالعات انجام شده در خصوص اختلالات خلقی در حاملگی‌های کم خطر بوده است. لذا در این مقاله میزان شیوع علائم اضطراب و غم پس از زایمان در حاملگی‌های پرخطر و عوامل مؤثر بر آن مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش، شامل از بین خانم‌های حامله ۴۵-۱۵ ساله مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز (زینبیه - حافظ - زایشگاه شوشتری) و بیمارستان شیراز وابسته به تأمین اجتماعی است. تعداد نمونه‌ها ۴۰۰ نفر می‌باشد که ۲۰۰ نفر از خانم‌ها دارای حاملگی پرخطر می‌باشند (۵۰ نفر فشار خون، ۵۰ نفر دیابت، ۵۰ نفر خونریزی در حاملگی یا سقط، ۵۰ نفر بیماری کلیوی در حاملگی) و ۲۰۰ نفر از مادران به عنوان کنترل دارای حاملگی نرمال و فاقد ریسک بوده‌اند.

شیوه پژوهش به صورت مورد - شاهدهی می‌باشد که در سال ۸۴-۸۳ انجام گرفته است. نمونه‌گیری از کلیه خانم‌هایی که در عرض ۴۸-۲۴ ساعت پس از تولد در بخش پس از زایمان بستری شده‌اند، انجام پذیرفت. دو گروه مورد و شاهد از نظر عدم وجود سوابق روان‌پزشکی، افسردگی و اضطراب، در حاملگی فعلی یا قبلی، همسان‌سازی شده بودند. دو گروه از لحاظ سطح تحصیلات مادر (زن باردار) و والدین او، شغل همسر و زن باردار، با هم همگن بوده‌اند. مدت نمونه‌گیری در طرح پژوهشی ۴ ماه پیش‌بینی شده بود که با توجه به مصاحبه با مادران دارای حاملگی پرخطر و وجود سه پرسشنامه و عدم همکاری برخی مادران به ۶ ماه افزایش یافت. دو سوم نمونه‌ها با توجه به مراجعات بیشتر مادران، از بیمارستان زینبیه و حافظ و یک سوم مابقی، از دو زایشگاه شوشتری و بیمارستان شیراز جمع‌آوری شده‌اند.

ابزارهای پژوهش

برای گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه مشخصات فردی (دارای ۱۹ پرسش در زمینه اطلاعات فردی - روابط با همسر، عوارض حاملگی و زایمان)، مقیاس افسردگی بک برای سنجش افسردگی (دارای ۲۱ پرسش، صفر تا ۳۰ امتیاز) و مقیاس اضطراب اسپیل‌برگر جهت سنجش اضطراب (دارای ۴۰ پرسش و تا ۸۰ نمره) استفاده شده است.

تست اسپیلبرگر دارای ۴۰ سؤال می‌باشد و طریقه نمره‌گذاری به‌صورت خیلی کم (۰/۵ نمره)، کم (۱ نمره)، زیاد (۱/۵ نمره) و خیلی زیاد (۲ نمره) است. در این تست نمره ۲۰ نشانگر اضطراب خیلی کم و ۴۰ اضطراب کم و ۶۰ به بالا اضطراب شدید را نشان می‌دهد. تست بک نیز ۲۱ سؤال دارد و طریقه نمره‌گذاری از صفر تا ۳ می‌باشد. افرادی که نمرات ۱-۱۰ را داشته‌اند طبیعی محسوب می‌شوند. افرادی که نمرات ۱۱-۱۶ را داشته‌اند در گروه کمی افسرده، نمرات ۱۷-۲۰ در گروه نیازمند مشاوره با روان‌پزشک و نمرات ۲۱-۳۰ در گروه به نسبت افسرده و نمرات ۳۱-۴۰ در گروه افسردگی شدید و نمرات ۴۰ به بالا در گروه افسردگی بیش از حد جای گرفته‌اند (بک و کوپن، ۱۹۹۰).

جهت تعیین اعتبار علمی ابزار سنجش ارتباطات همسر و مشکلات حاملگی و زایمان و نوزادی از روش اعتبار محتوایی (روایی صوری) استفاده شده است به این صورت که با مطالعه کتب و نشریات و بررسی و ارزشیابی گروهی کادر هیأت علمی دانشکده و کمک مشاور طرح، کفایت محتوای این ابزار مورد قضاوت قرار گرفته است. به منظور تعیین اعتماد علمی، پژوهشگر از روش آزمون مجدد استفاده کرده است. ابزار در اختیار ۳۰ نفر از مادران مراجعه کننده به بیمارستان‌های زینبیه و حافظ گزارده شد و با فاصله یک هفته مجدداً پرسشنامه در اختیار همان گروه قرار داده شد و نتایج آزمایش حدود ۹۵ درصد یکسان بود. در خصوص پرسشنامه ۲۱ سؤالی افسردگی بک نیز قاسم‌زاده و همکاران (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه در تهران این آزمون را به‌کار برده‌اند، این تست دارای پایایی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و روایی محتوایی ۰/۷۴=۲ گزارش شده است (قاسم‌زاده و همکاران، ۱۳۸۴:۱۸).

در مورد تست اضطراب اسپیلبرگر هم که توسط مطالعه آقامحمدی و همکاران (۱۳۸۶) بر روی ۱۵۰ بیمار تحت عمل جراحی این آزمون را به‌کار بردند (۱۳۸۶)، پایایی ۰/۹۷ گزارش شده است. روایی و پایایی این مطالعات مبنای پژوهش حاضر می‌باشد (آقامحمدی و همکاران، ۱۳۸۶:۱۹). در تجزیه و تحلیل از آمار توصیفی و مدل رگرسیون چندگانه (به روش استپ‌وایز) استفاده شده و احتمال خطر برخی متغیرها نیز ذکر شده است.

یافته‌ها

از نظر خصوصیات جمعیت‌شناختی ۶۰/۵ درصد از جامعه پژوهش در گروه سنی ۱۹-۲۹ سال، ۳/۳ درصد زیر ۱۸ سال و ۹/۳ درصد بالای ۳۵ سال بوده‌اند. ۶۴ درصد جامعه پژوهش دارای ۲-۳ فرزند و ۶/۸ درصد دارای ۶ فرزند و بیشتر بوده، ۲۶/۸ درصد واحدهای پژوهش دارای تحصیلات راهنمایی و دبیرستان و ۱۶/۱ درصد بی‌سواد بودند. شیوع علائم غم پس از زایمان در جامعه پژوهش در ۲۲/۳

درصد خفیف، ۱۰/۸ درصد متوسط، ۲۱/۱ درصد شدید برآورد گردید و سطح علائم غم پس از زایمان در گروه مورد بیشتر از شاهد بود و این اختلاف معنادار می‌باشد ($P < 0/007$)، (جدول شماره ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی میزان بروز علائم غم

پس از زایمان در جامعه پژوهش

| سطح غم پس از زایمان | | مورد | | شاهد | | جمع | |
|---------------------|------|-------|------|---------|------|---------|------|
| طبیعی | خفیف | متوسط | شدید | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| ۶۴ | ۳۷ | ۲۱ | ۵۰ | ۸۰ | ۲۰ | ۱۴۴ | ۳۶ |
| ۹/۳ | ۵/۳ | ۵/۵ | ۱۲/۵ | ۵۲ | ۲۲ | ۸۹ | ۲۲/۳ |
| ۱۰/۸ | | | | ۴۳ | ۵/۵ | ۸۴ | ۲۱/۱ |

سطح علائم اضطراب نیز در ۱۴ درصد موارد کم و ۸۵/۵ درصد زیاد برآورد گردید. سطح علائم اضطراب نیز در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بود و این اختلاف معنادار است ($P < 0/001$)، (جدول شماره ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی میزان بروز علائم اضطراب در جامعه پژوهش

| نمرات اضطراب | | مورد | | شاهد | | جمع | |
|--------------|---------------|---------|------|---------|------|---------|------|
| کم (۲۱-۴۰) | *زیاد (۴۱-۶۰) | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| ۱۵ | ۱۸۵ | ۳/۷ | ۴۶/۶ | ۴۱ | ۳۹/۷ | ۵۶ | ۱۴ |
| | | ۵۰ | ۵۰ | ۲۰۰ | ۵۰ | ۴۰۰ | ۱۰۰ |

*فراوانی خیلی زیاد ۱ بوده که در زیاد ادغام گردیده است.

در خصوص بررسی رابطه میان خصوصیات بارداری و بروز غم پس از زایمان تحلیل رگرسیونی چندگانه لجستیک به شیوه استپ‌وایز انجام شد و نتایج نشان داد سن مادر ($P < 0/001$)، تعداد حاملگی ($P < 0/001$)، تحصیلات مادر ($P < 0/001$) و تعداد سقط قبلی ($P < 0/045$) به ترتیب دارای اهمیت بوده و متغیر نوع حاملگی، فاصله حاملگی با حاملگی قبلی، سابقه نوزاد مرده با غم پس از زایمان ارتباط نداشت.

هم‌چنین در خصوص بررسی رابطه خطی بین خصوصیات بارداری مادر و بروز اضطراب، تحلیل رگرسیونی چندگانه استپ‌وایز انجام شد و نتایج ارتباط معنادار بین سن مادر ($P < 0/001$)، تحصیلات ($P < 0/001$)، تعداد حاملگی ($P < 0/001$) نوع حاملگی ($P < 0/001$) و تعداد سقط به ترتیب نشان داد (جدول شماره ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی خصوصیات بارداری مادران دارای حاملگی پرخطر در جامعه پژوهش

| | مورد | | شاهد | | میزان خطر OR | ضریب اطمینان CI | P |
|------------------------------------|-------|------|-------|------|--------------------|-----------------------|--------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | | |
| سن مادر | | | | | | | |
| زیر ۱۹ سال | ۷ | ۱/۸ | ۶ | ۱/۵ | ۱/۵۴ | ۰/۶-۳/۸ | ۰/۳۵ |
| ۱۹-۲۹ سال | ۱۰۸ | ۲۷ | ۱۳۴ | ۳۳/۵ | ۱ | | |
| ۳۰-۳۵ سال | ۵۹ | ۱۴/۸ | ۴۹ | ۱۲/۳ | ۲/۲ | ۱/۳-۳/۸ | ۰/۰۳ |
| بیشتر از ۳۵ | ۲۶ | ۶/۵ | ۱۱ | ۲/۸ | ۴/۴ | ۱/۹-۹/۶ | ۰/۰۰۱ |
| تعداد حاملگی | | | | | | | |
| ۱ | ۶۲ | ۱۵/۵ | ۸۷ | ۲۱/۸ | ۱ | | |
| ۲-۳ | ۸۳ | ۲۰/۸ | ۹۳ | ۲۳/۳ | ۱/۳ | ۰/۸۱-۱/۹ | ۰/۱۸ |
| ۴-۵ | ۳۴ | ۸/۵ | ۱۴ | ۳/۵ | ۳/۴ | ۱/۷-۶/۹ | <۰/۰۰۱ |
| مساوی و بیشتر از ۶ | ۲۱ | ۵/۳ | ۶ | ۱/۵ | ۴/۹ | ۱/۹-۱۲/۹ | <۰/۰۰۱ |
| تعداد سقط | | | | | | | |
| ۰ | ۱۳۲ | ۳۳ | ۱۶۲ | ۴۰/۵ | ۱ | | |
| ۱ | ۴۹ | ۱۲/۳ | ۲۷ | ۶/۸ | ۲/۲ | ۰/۷۶-۳/۶ | ۰/۰۰۲ |
| مساوی و بیشتر از ۲ | ۱۹ | ۴/۸ | ۱۱ | ۲/۷ | ۲/۱ | ۰/۹۷-۴/۶ | ۰/۰۴ |
| تعداد نوزاد مرده قبلی | | | | | | | |
| ۰ | ۱۸۴ | ۴۶ | ۱۹۲ | ۴۸ | ۱ | | |
| ۱ | ۱۱ | ۲/۸ | ۶ | ۱/۵ | ۱/۹۱ | ۰/۷-۵/۳ | ۰/۱۵ |
| مساوی و بیشتر از ۲ | ۵ | ۱/۳ | ۲ | ۰/۶ | ۲/۶ | ۰/۵-۱۳/۹ | ۰/۳۱ |
| فاصله حاملگی با حاملگی قبلی | | | | | | | |
| پرایمی | ۶۳ | ۱۶/۲ | ۸۶ | ۲۲/۱ | ۰/۴۶ | ۰/۳۷-۰/۸۱ | ۰/۰۰۵ |
| زیر یک سال | ۲۳ | ۵/۹ | ۱۳ | ۳/۳ | ۱/۱ | ۰/۵۱-۲/۶ | |
| ۲-۳ | ۵۰ | ۱۲/۸ | ۳۲ | ۸/۲ | ۱ | | |
| ۴-۵ | ۲۸ | ۷/۲ | ۳۱ | ۷/۹ | ۰/۵۷ | ۰/۳-۱/۱ | ۰/۰۷ |
| بیشتر از ۵ | ۳۲ | ۸/۲ | ۳۲ | ۸/۲ | ۰/۶۴ | ۰/۳۳-۱/۲ | ۰/۱۲ |
| نوع حاملگی | | | | | | | |
| خواسته | ۱۱۱ | ۲۷/۸ | ۱۴۹ | ۳۷/۳ | ۱ | | |
| ناخواسته | ۸۹ | ۲۲/۲ | ۵۱ | ۲۱/۸ | ۲/۳ | ۱/۵۳-۳/۶ | <۰/۰۰۱ |

از لحاظ ابعاد حمایت عاطفی از مادر باردار و بروز علائم غم پس از زایمان نیز در تحلیل مدل رگرسیونی چندگانه نشان داد که به ترتیب خشونت و اختلافات خانوادگی ($P < 0/001$)، نحوه نگرش خانم‌های باردار به ایده‌آل بودن همسر ($P < 0/001$) و حمایت اعضای خانواده ($P < 0/009$) ارتباط معناداری وجود دارد. همین تحلیل در خصوص بروز علائم اضطراب نشان داد که به ترتیب اهمیت بروز خشونت در اختلافات خانوادگی ($P < 0/001$) و نحوه نگرش خانم‌های باردار به ایده‌آل بودن همسر ($P < 0/001$)، اتفاقات ناراحت‌کننده در زندگی ($P < 0/001$) و بروز اختلاف بین زن و شوهر ($P < 0/001$) ارتباط معناداری وجود دارد (جدول شماره ۴).

جدول ۴: توزیع فراوانی ابعاد حمایت عاطفی از مادر باردار در جامعه پژوهش

| | مورد | | شاهد | | میزان خطر OR | ضریب اطمینان CI | P |
|--|-------|------|-------|------|--------------|-----------------|-------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | | |
| حمایت اعضای خانواده | | | | | | | |
| همسر | ۹۷ | ۲۴/۴ | ۹۰ | ۲۲/۶ | | ۰/۸۹-۲/۲ | ۰/۰۸۴ |
| اعضای خانواده | ۴۶ | ۱۱/۶ | ۳۷ | ۹/۳ | ۱/۷۲ | ۰/۹۹-۳ | ۰/۰۳۷ |
| همسر و اعضای خانواده | ۵۳ | ۱۳/۳ | ۶۹ | ۱۷/۳ | ۱ | | |
| هیچ‌کدام | ۳ | ۰/۹ | ۳ | ۰/۹ | ۱/۳ | ۰/۲۵-۶/۷ | ۰/۵۳ |
| اتفاقات ناراحت‌کننده در زندگی | | | | | | | |
| بلی | ۹۳ | ۲۳/۳ | ۶۳ | ۱۵/۸ | ۱/۹ | ۱/۳-۲/۹ | ۰/۰۰۱ |
| خیر | ۱۰۷ | ۲۶/۸ | ۱۳۷ | ۳۴/۳ | ۱ | | |
| نگرش خانم‌های باردار به ایده‌آل بودن همسر | | | | | | | |
| بلی | ۱۳۵ | ۳۳/۸ | ۱۵۳ | ۳۸/۳ | ۱ | | |
| خیر | ۸ | ۲ | ۷ | ۱/۸ | ۱/۳ | ۰/۴۶-۳/۷ | ۰/۴۱ |
| تا حدودی | ۵۷ | ۱۴/۳ | ۴۰ | ۱۰ | ۱/۶ | ۱/۱-۲/۶ | ۰/۰۳ |
| بروز اختلاف بین زن و شوهر | | | | | | | |
| بلی | ۸۵ | ۲۱/۳ | ۵۴ | ۱۳/۵ | ۱/۹۹ | ۱/۳۱-۳ | ۰/۰۰۱ |
| خیر | ۱۱۵ | ۲۸/۸ | ۱۴۶ | ۳۶/۵ | ۱ | | |
| بروز خشونت در اختلاف بین زن و شوهر | | | | | | | |
| بلی | ۲۷ | ۶/۸ | ۲۲ | ۵/۵ | ۱/۲۹ | ۰/۶۹-۲/۳ | ۰/۲۷ |
| خیر | ۱۷۳ | ۴۳/۳ | ۱۷۸ | ۴۴/۵ | ۱ | | |
| مدت اختلاف بین زن و شوهر | | | | | | | |
| تا یک هفته | ۸۶ | ۲۱/۵ | ۸۶ | ۲۱/۵ | ۱/۰۳ | ۰/۶۸-۱/۵۵ | ۰/۴۸ |
| تا ۶ ماه | ۱۸ | ۴/۵ | ۱۵ | ۳/۸ | ۱/۲۴ | ۰/۵۹-۲/۵۹ | ۰/۳۵ |
| بدون اختلاف | ۹۶ | ۲۴ | ۹۹ | ۲۵ | ۱ | | |

در تحلیل مدل رگرسیونی چندگانه، ارتباط بروز علائم غم پس از زایمان، با عوارض دوران حاملگی نظیر تهوع و استفراغ، سوزش ادراری، استرس ناشی از بچه‌دار شدن و ناهنجاری نوزاد، بروز خونریزی، آبریزی، سردرد ارزیابی شد. از این عوامل مشکل آبریزی در طی حاملگی ($P < 0/001$)، انقباضات زودرس ($P < 0/003$) و علائم سوزش ادرار و تکرر ($P < 0/018$) ارتباط، معنادار است. در مورد بروز علائم اضطراب نیز تحلیل مدل رگرسیونی چندگانه نشان داد که بروز آبریزی، انقباض و خونریزی زودرس در انتهای حاملگی، تهوع و استفراغ، استرس ناشی از بچه‌دار شدن و سوزش ادرار به‌ترتیب ($P < 0/001$) در بروز اضطراب مؤثر بوده‌اند (جدول شماره ۵).

جدول ۵: بروز مشکلات جزئی دوران حاملگی در مادران دارای

حاملگی پر خطر در جامعه پژوهش

| | مورد | | شاهد | | میزان خطر OR | ضریب اطمینان CI | P |
|-------------------------|-------|------|-------|------|--------------|-----------------|-------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | | |
| تهوع و استفراغ | | | | | | | |
| بلی | ۱۴۲ | ۳۵/۵ | ۱۳۱ | ۳۲/۸ | ۱/۳ | ۰/۸۵-۲ | ۰/۱۴ |
| خیر | ۵۸ | ۱۴/۵ | ۶۹ | ۱۷/۳ | ۱ | | |
| سوزش ادرار و تکرر ادرار | | | | | | | |
| بلی | ۹۱ | ۲۲/۸ | ۶۰ | ۱۵ | ۱/۹ | ۱/۳-۲/۹ | ۰/۰۰۱ |
| خیر | ۱۰۹ | ۲۷/۳ | ۱۴۰ | ۳۵ | ۱ | | |
| سردرد | | | | | | | |
| دارای سردرد | ۷۱ | ۱۷/۸ | ۴۵ | ۱۱/۳ | ۱/۹ | ۱/۲-۲/۹ | ۰/۰۰۳ |
| بدون سردرد | ۱۲۹ | ۳۲/۳ | ۱۵۵ | ۳۸/۸ | ۱ | | |

در خصوص ویژگی‌های نوزاد و بروز علائم غم پس از زایمان، تحلیل مدل رگرسیونی لجستیک نشان داد به‌ترتیب آپگار دقیقه پنجم ($P < 0/001$)، جنس نوزاد ($P < 0/001$) و آپگار دقیقه اول ($P < 0/001$) اهمیت دارد. تحلیل رگرسیونی در خصوص بروز علائم اضطراب و عوامل نوزادی نتایج مشابه عوامل فوق در بروز افسردگی بوده است. نتایج نشان داد وزن نوزاد ($P < 0/001$)، آپگار دقیقه پنجم ($P < 0/001$)، میزان بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه، آپنه، لیبر زودرس، آسپراسیون مکنونیوم، بروز ناهنجاری در دو گروه مورد و شاهد، تفاوت آماری وجود دارد ($P < 0/001$) (جدول شماره ۶).

جدول ۶: بررسی ویژگی‌های نوزادان مادران دارای حاملگی پرخطر در جامعه پژوهش

| P | ضریب اطمینان CI | میزان خطر OR | شاهد | | مورد | | |
|--------------------|-----------------|--------------|-------|------|-------|------|-------------------|
| | | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| وزن نوزاد | | | | | | | |
| <۰/۰۰۱ | ۵/۲-۲۵/۵ | ۱۱/۵ | ۲ | ۸ | ۱۳/۲ | ۵۳ | تا ۱۵۰۰ گرم |
| ۰/۰۱ | ۱/۱-۳/۷ | ۲/۱ | ۷ | ۲۸ | ۸/۳ | ۳۳ | ۱۵۰۱-۲۵۰۰ گرم |
| | | ۱ | ۳۱/۳ | ۱۲۵ | ۱۸ | ۷۲ | ۲۵۰۱-۳۵۰۰ گرم |
| ۰/۰۱۳ | ۱/۱-۳/۲ | ۱/۹ | ۹/۸ | ۳۹ | ۱۰/۵ | ۴۲ | بالای ۳۵۰۰ گرم |
| جنس نوزاد | | | | | | | |
| | | | ۱۹/۷ | ۷۸ | ۱۸/۲ | ۷۲ | دختر |
| | | | ۲۸/۸ | ۱۱۴ | ۱۹/۲ | ۷۶ | پسر |
| | | | ۰/۳ | ۱ | ۸/۳ | ۳۳ | موارد سقط |
| | | | ۱/۸ | ۷ | ۳/۸ | ۱۵ | بدون پاسخ |
| آپگار دقیقه پنجم | | | | | | | |
| ۰/۰۳۴ | ۱-۲۴/۲ | ۴/۹ | ۰/۵ | ۲ | ۱/۸ | ۷ | زیر ۳ |
| ۰/۰۰۶ | ۱/۲-۳/۴ | ۲/۱ | ۰/۸ | ۴ | ۱/۵ | ۶ | ۴-۷ |
| | | ۱ | ۴۸/۲۵ | ۱۹۳ | ۳۸/۵ | ۱۵۴ | ۸-۱۰ |
| | | | ۰/۲۵ | ۱ | ۸/۳ | ۳۳ | موارد سقط |
| مشکلات دوره نوزادی | | | | | | | |
| <۰/۰۰۱ | ۲-۷/۸ | ۳/۹ | ۳/۳ | ۱۳ | ۸/۶ | ۳۴ | بستری در آی‌سی‌یو |
| <۰/۰۰۱ | ۵/۳-۵۸/۵ | ۱۷/۵ | ۰/۸ | ۳ | ۸/۸ | ۳۵ | آسپراسیون مکونیوم |
| ۰/۰۸۲ | ۰/۸۸-۳/۱ | ۱/۶ | ۵/۶ | ۲۲ | ۵/۸ | ۲۴ | سایر مشکلات |
| | | ۱ | ۴۰/۳ | ۱۶۱ | ۲۶/۸ | ۱۰۷ | بدون مشکل |

بحث

نتایج بدست‌آمده از این بررسی با بسیاری از مطالعات انجام گرفته در سایر کشورها هم‌خوانی دارد. دستاوردهای این مطالعه نشان می‌دهند که در خانم‌های دارای حاملگی پرخطر، میزان شیوع بروز علائم غم پس از زایمان، متوسط و بالاتر است و در عرض ۲۴-۷۲ ساعت بعد از زایمان ۲۴/۸ درصد می‌باشد که در خانم‌های دارای حاملگی طبیعی ۱۷ درصد می‌باشد و ارتباط معناداری ($P < ۰/۰۰۷$) بین گروه‌های مورد و شاهد می‌باشد. شیوع غم مادری در زنان آلمانی ۵۵/۲٪ بوده است که ارتباط آماری

با افسردگی پس از زایمان داشته است ($OR=3/8$). بسیاری از مطالعات بین شدت غم مادری و افسردگی پس از زایمان ارتباط را گزارش کرده‌اند.

بررسی زنان ژاپنی در ۵ روز پس از زایمان تا ۱ ماه و ۳ ماه بعد از زایمان شیوع افسردگی بعد از زایمان را ۱۲/۸٪ برآورد نموده است و غم پس از زایمان قوی‌ترین عامل پیشگویی افسردگی پس از زایمان بوده است. (واتانابی^{۲۹}، وادا^{۳۰}، ساکاتا^{۳۱}، ۲۰۰۸). مطالعه بیکر. ال^{۳۲}، (۲۰۰۵) میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان را بیش از ۲۳٪ گزارش نموده، که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد ولی میزان شیوع افسردگی در مطالعات مالیکارجی^{۳۳}، اوی^{۳۴} (۲۰۰۵)، ۱۵-۱۰٪ برآورد شده و سایر مطالعات نیز میزان شیوع بین افسردگی را ۱۴-۷٪ درصد برآورده نموده‌اند. (مانی‌چندرین^{۱۴}، ۲۰۰۲؛ کومار^{۳۵}، روبسون^{۳۶}، ۱۹۸۴؛ لی^{۳۷}، یپ^{۳۸}، ۲۰۰۱؛ اوهارا.ام. وی^{۳۹}، سوین^{۴۰}، ۱۹۹۶). هم‌چنین مطالعه‌ای که اکوکولاجی و همکاران (۲۰۰۴) در ترکیه انجام دادند شیوع را ۴۰/۴ درصد گزارش کردند (نقل شده در: روزال.ای^{۴۱}، سلر^{۴۲}، ایون^{۴۳}، ۲۰۰۴).

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ نشان داده شده، بین ویژگی‌های بارداری مادر با بروز علائم اضطراب و غم پس از زایمان ارتباط معناداری وجود دارد. تحقیقات برگانت و همکاران نیز بیان نموده که مهم‌ترین عامل خطر برای غم پس از زایمان را تعداد زایمان برآورد نموده‌اند (برگانت و همکاران^{۴۴}، ۱۹۹۹). تحقیقات دیگر نیز قوی‌ترین عامل خطرزا جهت غم پس از زایمان را فاصله کم بین حاملگی‌ها، تعداد زیاد زایمان، بیماری‌های زمینه‌ای، داشتن سابقه دو سقط و بیشتر، بیان کرده‌اند (گال^{۴۵}، هارلو، ۲۰۰۳ و جوزفسون^{۴۶}، ۲۰۰۲).

مطالعه مانی چندرین و همکاران (۲۰۰۲) و سایر تحقیقات که تعداد فرزندان، نوع حاملگی (خواسته و ناخواسته بودن) و سن مادر را در بروز افسردگی بعد از زایمان مؤثر می‌دانند با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (موریس.ای. جی و همکاران، ۲۰۰۶؛ اکوکولاجی و همکاران، ۲۰۰۴). بین بروز اختلافات با همسر ($P<0/001$) و نگرش مثبت به همسر ایده‌آل ($P<0/041$) با بروز غم پس از زایمان ارتباط معناداری بدست آمد. سایر تحقیقات نشان دادند که میانگین نمره خشنودی زناشویی در گروه بدون غم پس از زایمان نسبت به گروه دارای غم پس از زایمان، بیشتر می‌باشد (عابدینی و همکاران، ۱۳۸۵). یک خشنودی زناشویی را یکی از فاکتورهای مهم در تغییرات روانی پس از زایمان، پیشگویی کرده است (بک^{۴۷}، ۲۰۰۱).

تحقیقات دیگر نیز ارتباطات زناشویی ضعیف و حمایت‌های اجتماعی ناکافی را در تغییرات روانی مادر پس از زایمان در ارتباط دانسته‌اند (برگانت و همکاران، ۱۹۹۹). سایر تحقیقات ثابت کرده‌اند که اعتماد به نفس مادر، وضعیت ازدواج، درمان‌های سایکوتراپی و درمان‌های ضدافسردگی قبلی مادر در شدت غم مادری در پس از زایمان مؤثر است (سی جورنی^{۴۸}، دنیس^{۴۹}، توکس^{۵۰}، ۲۰۰۸) و بین غم مادری و اختلالات اضطرابی نیز ارتباط دیده شده است (بک، ۲۰۰۱). بروز اتفاقات ناراحت‌کننده و

استرس‌زا در طی دوران بارداری و اضطراب و استرس حاملگی با بروز غم پس از زایمان، بعد از زایمان نیز ارتباط معناداری بدست آمد ($P < 0/001$).

بروز مشکلات در طی دوران پرناتال و پس از زایمان با بروز غم پس از زایمان ارتباط معناداری داشته است که با سایر مطالعات نیز همخوانی دارد (لونگ^{۵۱}، مارتینسون^{۵۲}، ۲۰۰۵). در بررسی باندو و همکاران نیز ارتباط آماری معناداری بین نمره شدت درد لیبر و غم پس از زایمان و بین غم پس از زایمان و افسردگی ۳ روز پس از زایمان گزارش شده است (باندو^{۵۳}، تیزودری^{۵۴}، ۲۰۰۷).

جنس نوزاد نیز در بین دو گروه مورد و شاهد و بروز غم پس از زایمان، بعد از زایمان تفاوت معناداری داشته که با سایر مطالعات تولد نوزاد دختر در بروز افسردگی مادر در بعد از زایمان همخوانی داشته است (مالیکار.جی، ۲۰۰۵؛ اکوکولا.جی و همکاران، ۲۰۰۴؛ موریس ای. جی و همکاران، ۲۰۰۶؛ لونگ و همکاران، ۲۰۰۵).

سایر مطالعات بین مشکلات اقتصادی، تحصیلات مادر (مانی چندرین، ۲۰۰۲؛ موریس ای. جی و همکاران، ۲۰۰۶)، عدم اشتغال مادر و زندگی در منزل اجاره‌ای (اکوکولا.جی و همکاران، ۲۰۰۴)، زندگی با سایر اعضای خانواده همسر (گوباش.ار، ۱۹۹۹) و سابقه افسردگی در حاملگی (همان، فتوی.اف^{۵۵}، ۲۰۰۴) و بروز افسردگی ارتباط آماری بدست آورده‌اند که در این مطالعه یا ارتباط معنادار نبوده و یا مورد بررسی قرار نگرفته است. سایر تحقیقات نیز تهوع و استفراغ شدید و داشتن خلق تنگ را از عوامل مؤثر در بروز غم پس از زایمان برآورد نموده‌اند (گورل اس^{۵۶}، گورل اچ^{۵۷}، ۲۰۰۰).

یادداشت‌ها

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. Sherwen | 31. Sakata |
| 2. Scolovena | 32. Baker |
| 3. Richer-Rossler | 33. Mallikar Jun |
| 4. Robertson | 34. Oyebode |
| 5. Grace sherry | 35. Kumar |
| 6. Fraser | 36. Robson |
| 7. Cooper | 37. Lee |
| 8. Henshaw | 38. Yip |
| 9. Glangeaud | 39. O'Hara |
| 10. Crost | 40. Swain |
| 11. Kohen | 41. Ross |
| 12. Booth | 42. Seller |
| 13. Verma | 43. Gilbert Evans |
| 14. Man I Chandran | 44. Bergant |
| 15. Ghubash | 45. Gale |
| 16. Leung | 46. Josefsson |
| 17. Cooper | 47. Beck |
| 18. Tomlinson | 48. Séjourné |
| 19. Swartz | 49. Denis |
| 20. Evans | 50. Theux |
| 21. Heron | 51. Leung |

- | | |
|---------------|---------------|
| 22. Akokola.J | 52. Martinson |
| 23. Tokuc | 53. Boudou |
| 24. Eskiocak | 54. Teissèdre |
| 25. Gautam | 55. Fatoye |
| 26. Moraes | 56. Gurel S |
| 27. Pinheiro | 57. Gurel H |
| 28. SILVA | |
| 29. Watanabe | |
| 30. Wada | |

منابع

- حسن زهرایی، ر.، و احمدی، ز. (۱۳۸۲). تأثیر نقش حمایتی ماما در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان. فصلنامه تحقیقات پرستاری و مامایی، ۳، ۱۹-۵.
- سامسون، ج. ل. (۱۳۷۷). اختلالات افسردگی پس از زایمان (ترجمه آ. علایی). فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۴ (۱)، ۷۹-۸۶.
- کارلسون، ک. ج.، و ایزنستات، ا. (۱۳۷۹). بهداشت روانی زنان (ترجمه خ. ابوالمعالی، ه. صابری، ژ. لطیفی و م. محی‌الدین بناب) تهران: ساوالان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۱۹۹۷)
- کانیتگهم، گ. ف. و همکاران (۱۳۸۵). بارداری و زایمان ویلیامز (ترجمه ب. قاضی جهانی و همکاران). تهران: انتشارات گلپان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۵)
- غفاری‌نژاد، ع.، خوباری، ف.، پویا، ف. (۱۳۷۸). بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در شهر کرمان، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم شماره ۱ و ۲، ۲۹.

- Aghamohammadi, M. (2007). Religious preoperative anxiety. *Annals of General Psychiatry*, 6, 14.
- Gurel, S., & Gurel, H. (2000). The evaluation of determinants of early postpartum low mood: The importance of parity and inter-pregnancy interval. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 91, 21-24.
- Baker, L., Cross, S., & Greaver, L. (2005). Prevalence of post partum depression in a native American population. *Maternal and Child Health Journal*, 9(1), 5-21.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-282.
- Bergant, A., Heim, K., Ulmer, H., & Illmensee, K. (1999). Early postnatal depressive mood: Associations with obstetric and psychosocial factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 391-394.
- Booth, B.E., Verma, M., & Beri, R. S. (1994). Fetal sex determination in infants in Panjab, India: Correlations and implication. *BMJ Journal Medical Publication of the Year*, 309, 1259-1261.
- Boudou, M., Teissèdre, F., Walburg, V., & Chabrol, H. (2007). Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues. *Encephale*. 33(5), 805-10.
- Cooper, P. J., Gampbell, E. A., Day, A. Day, A., Kennerley, H., & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: A prospective study of

- prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152, 799-806.
- Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Woolgar, M., Murray, L., & Molteno, C. (1999). Post partum depression and the mother infant relationship in a South African Peri-Urban Settlement. *British Journal of Psychiatry*, 175, 554-558.
- Ekuklu, G., Tokuc, B., Eskiocak, M., Merberoglu, U., & Saltik, A. (2004). Prevalence of post partum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *Journal of Reproductive Medicine*. 49(11), 908-14.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ Journal Medical Publication of the Year*, 323, 257-260.
- Fatoye, F.O., Adeyemi, A. B., & Oladimeji., B. Y. (2004). Post partum depression following normal vaginal delivery among Nigerian women. *Psychological Reports*, 94(3 pt 2), 1276-8.
- Fraser, D., & Copper, M.A. (2003). *Myles textbook for midwives* (14th ed). New York: Churchill Livingstone.
- Gale, S., & Harlow, B. L. (2003). Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24(4), 257-266.
- Gautam, S. (1989). Post partum psychiatric syndromes: Are they biologically determined? *Indian Journal of Psychiatry*, 31, 31-42.
- Ghassemzadeh, H. Mojtabai, R., Rearamghadisi, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian – language version of the Beck Depression Inventory: Second edition. *Journal of Depression and Anxiety*, 21 (4), 185–192.
- Ghubash, R. (1999). Post partum psychiatric morbidity. *European psychiatry*, 11(4), 316.
- Glangeaud-Freudenthal, N., Crost, M., & Kaminski, M. (1999). Severe Post-delivery blues: Associated factors. *Archives of Women's Mental Health*, 2, 37-44.
- Hau, F. W., & Levy, V. A. (2003). The maternity blues and Hong Kong Chinese women: An exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 75(2), 197-203.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, 6(2), 33-42.
- Josefsson, A., Angelsioo, L., Berg, G., Ekstrom, C. M., Gunnervik, C., Nordin, C. (2002). Obsteric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics and Gynaecology*, 99(2), 223-228.
- Kohen, D. (2002). *Woman and mental health*. London: Routledge.
- Kumar, R., Robson, K. M. (1984) A prospective study of emotional disorder in child bearing woman. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Lee, D. T. S., & Yip, A. S. K. (2001). A psychiatric epidemiological study of post partum Chinese women. *American Journal of Psychiatry*, 158, 220-226.
- Leung, S. S., Martinson, I. M., & Arthur, D. (2005). Post partum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Research in Nursing and Health*, 28(1), 27-38.
- Mallikarjun, P. K., & Oyeboode, F. (2005). Prevalence of post partum depression. *Journal of the Royal Society and Health*, 125(5), 221-6.

- Man, I., Chandran, M. D., & Prathap, T. (2002). Post partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 499-504.
- Moraes, I. G., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L., & Faria, A. D. (2006). Prevalence of post partum depression and associated factors. *Revista de Saude Publica*, 40(1), 65-70.
- O'Hara, M.W., & Swain, A. M. (1996) Rates and risks of post partum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Richer-Rossler, A. (1997). [Psychiatric disorders and illnesses after child birth]. *Fortschritte der Neurology-Psychiatrie*, 65(3), 97-107.
- Robertson, E., Grace, S., & Wallington, T. (2004). Anta natal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. Toronto: University Health Network & Women's Health Program,
- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert, Evans, S. E., & Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the post partum period: Development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 457.
- Séjourné, N., Denis, A., Theux, G., & Chabrol, H. (2008). The role of some psychological, psychosocial and obstetrical factors in the intensity of postpartum blues. *Encephale*, 34(2), 179-82.
- Sherwen, L., Scolovena, M. A., & Weingarten, C. (2003). *Maternity nursing*. London: Appleton & angle.
- Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N., Ohta, H., & Tanaka, K. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: A prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 17, 1-7.

