

Determinants of Postpartum Depression According to the World Health Organization Model: A Review of Literature

Fatemeh Zolfaghari¹, Zahra Heydari², Fereshteh Zamani-Alavijeh³, Marzieh Araban⁴

Review Article

Abstract

Background: Postpartum depression (PPD) is the most common psychological disorder after childbirth, which may cause serious effects on mothers, infants, and families. The present study aims at identifying factors related to PPD, according to social determinants based on the World Health Organization (WHO) model.

Methods: In this review of literature, the keyword of "postpartum depression" was searched in Persian and English languages and within the time period of 2010 and 2020, in national and international databases including Scientific Information Database (SID), PubMed, ProQuest, Elsevier, and Scopus. Considering the inclusion criteria, 38 articles were finally selected.

Findings: 31 factors in two structural and intermediate dimensions were extracted. The relationship between PPD and socio-economic situation, race, place of residence, perceived social support, marriage satisfaction, home violence, history of depression and psychiatric disorders, psychological pressure, daily stresses, and breastfeeding self-efficiency was verified in the articles. Type of pregnancy, problems and side effects of it, preterm delivery, low weight of infant at birth were factors influencing PPD. Proper breastfeeding played an important role in reducing maternal depression. A relationship was observed between PPD and mother and infant emotional relationships and neonatal outcomes. On the other hand, neonatal disorders and diseases in the first four weeks had a positive significant relationship with PPD. Training and quality of pregnancy and postpartum care were also related to PPD.

Conclusion: The conclusions gained from studying the review of literature shows that the WHO model is capable of determining the social factors related to PPD.

Keywords: Postpartum depression; Social determinants of health; Iran

Citation: Zolfaghari F, Heydari Z, Zamani-Alavijeh F, Araban M. **Determinants of Postpartum Depression According to the World Health Organization Model: A Review of Literature.** J Health Syst Res 2020; 16(4): 290-302.

1- MSc Student, Student Research Committee AND Department of Community-Based Education of Health System, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center AND Department of Health Education and Promotion, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Corresponding Author: Fereshteh Zamani-Alavijeh; Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: fe.zamani@hlth.mui.ac.ir

تعیین‌کننده‌های اجتماعی افسردگی پس از زایمان بر اساس مدل سازمان بهداشت جهانی: یک مطالعه مروری

فاطمه ذوالفقاری^۱، زهرا حیدری^۲، فرشته زمانی علویجه^۳، مرضیه عربان^۴

مقاله مروری

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان (Postpartum depression یا PPD)، شایع‌ترین اختلال روانی پس از زایمان و با عوارض جدی برای مادر، کودک و خانواده است. پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل مرتبط با PPD در چارچوب مدل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سازمان بهداشت جهانی انجام گرفت.

روش‌ها: در این مطالعه مروری، کلید واژه «افسردگی پس از زایمان» به زبان‌های فارسی و انگلیسی در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰، در پایگاه‌های علمی داخلی و خارجی Scopus و Elsevier، ProQuest، PubMed، (SID) Scientific Information Database جستجو گردید و با توجه به معیارهای ورود، ۳۸ مقاله انتخاب شد.

یافته‌ها: ۳۱ عامل در دو بعد «عوامل ساختاری و عوامل بینایی» استخراج گردید. ارتباط بین PPD و عواملی همچون وضعیت اقتصادی-اجتماعی، نژاد و محل سکونت، حمایت اجتماعی درک شده، رضایت از ازدواج، خشونت خانگی، سابقه افسردگی و اختلالات روان‌پزشکی، فشارهای روانی و استرس‌های روزانه و خودکارآمدی شیردهی در مقالات تأیید شد. نوع بارداری، عوارض و مشکلات دوران بارداری، زایمان زودرس و کم‌وزنی نوزاد در بدو تولد، از جمله عوامل مؤثر بر PPD به شمار می‌رود. تغذیه صحیح با شیر مادر، نقش مهمی در کاهش افسردگی مادر داشت. ارتباطی بین وجود PPD با روابط عاطفی مادر با نوزاد و پیامدهای نوزادی مشاهده گردید. از سوی دیگر، ارتباط معنی‌دار و مثبتی بین بیماری و اختلالات نوزادی در چهار هفته اول با PPD وجود داشت. آموزش و کیفیت مراقبت دوران بارداری و پس از زایمان نیز با PPD مرتبط بود.

نتیجه‌گیری: نتیجه مرور تحقیقات پیشین، بیانگر قابلیت مدل سازمان بهداشت جهانی در تعیین‌کننده‌های اجتماعی در حوزه PPD می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پس از زایمان؛ عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت؛ ایران

ارجاع: ذوالفقاری فاطمه، حیدری زهرا، زمانی علویجه فرشته، عربان مرضیه. تعیین‌کننده‌های اجتماعی افسردگی پس از زایمان بر اساس مدل سازمان بهداشت جهانی: یک مطالعه مروری. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۶ (۴): ۳۰۲-۲۹۰

تاریخ چاپ: ۱۳۹۹/۱۰/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۸/۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۴/۲۳

شناخت عوامل مرتبط جهت پیشگیری از آن به عمل آید (۸). در پژوهش‌های پیشین، برخی از محققان به بعضی از عوامل مرتبط با PPD پرداخته‌اند. تعدادی به عوامل فردی (سن، تحصیلات، شغل) (۹، ۷)، تعدادی دیگر به بعضی عوامل روان‌شناختی (۱۱، ۱۰) و تعدادی نیز به عوامل بارداری و زایمان (۱۲) پرداخته‌اند. برخی از گزارش‌های چنین مطالعاتی با یکدیگر متفاوت و حتی متناقض می‌باشد. هرچند عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت مسؤول بخش زیادی از بار بیماری‌ها می‌باشد و در ایجاد نابرابری‌های سلامت در دنیا نقش بسزایی دارد (۱۴، ۱۳)، اما کمتر مطالعه‌ای این عوامل را در کنار هم و برای تعیین ارتباطشان با PPD بررسی نموده است (۱۵). در مرور گسترده‌ای که توسط نویسندگان تحقیق حاضر انجام شد، دسته‌بندی این عوامل در چارچوب مدونی همچون مدل سازمان بهداشت جهانی یافت نشد. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، منظور از تعیین‌کننده‌های اجتماعی، شرایطی است که افراد در آن به دنیا آمده، رشد کرده‌اند و مراحل مختلف زندگی خود را می‌گذرانند و در حقیقت، تمامی این شرایط می‌تواند بر وضع سلامتی افراد تأثیر بگذارد. این عوامل خود تحت تأثیر

مقدمه

افسردگی پس از زایمان (Postpartum depression یا PPD) با احساس غمگینی، عدم درک لذت، تحریک‌پذیری، عصبانیت و کاهش اعتماد به نفس و علائمی مانند خستگی، بی‌خوابی، تغییر اشتها، کاهش میل جنسی، ناامیدی، افکار منفی، اضطراب و حتی افکار خودکشی و علایم روان‌پریشی مشخص می‌شود (۲، ۱). این اختلال از شایع‌ترین اختلالات روانی پس از زایمان است که عوارض جدی برای مادر، کودک و خانواده ایجاد می‌کند (۴، ۳) و در زنان سنین باروری شایع‌ترین و دومین بیماری ناتوان‌کننده می‌باشد (۵). شیوع PPD در کشورهای آسیایی بین ۳/۵ تا ۶۳/۳ درصد برآورد شده است. مالزی، کمترین و پاکستان، بیشترین شیوع را گزارش نموده‌اند (۶). در فراتحلیل حاصل از ۴۱ مطالعه انجام شده در ایران، شیوع PPD حدود ۲۵/۳ درصد برآورد شده است (۷).

در چند دهه گذشته، PPD مورد توجه بسیاری از متخصصان علوم پزشکی و روان‌شناسی قرار گرفته است (۷) و اعتقاد بر این است که میزان بالای PPD، سلامت عمومی جامعه را به خطر می‌اندازد و باید تحقیقات بیشتری در زمینه

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی و گروه آموزش جامعه‌نگر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

نویسنده مسؤول: فرشته زمانی علویجه؛ استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: fe.zamani@hlth.mui.ac.ir

شده مرتبط با موضوع، استخراج و در ابعاد مختلف دسته‌بندی گردید. نحوه استخراج عوامل از هر مقاله به این صورت بود که یک محقق مقاله را می‌خواند و در بخش یافته‌های تحقیق، عواملی که رابطه آن‌ها با PPD به هر روش سنجیده شده بود و معنی‌داری یا غیر معنی‌داری رابطه آن‌ها گزارش شده بود، به فهرست پژوهش اضافه می‌شد.

یافته‌ها

در مطالعه مروری حاضر، در مرحله اول، چکیده ۲۰۰ مقاله بررسی گردید. از این تعداد، ۳۸ مقاله که به ارتباط یا عدم ارتباط عامل یا عواملی بر روی PPD اشاره کرده بودند، مورد مطالعه قرار گرفت. در مجموع، از نتایج مرور مقالات، ۳۱ عامل در دو بعد استخراج شد. این یافته‌ها حاکی از گوناگونی نتایج تحقیقات انجام شده در مورد عوامل مؤثر بر PPD بود که در چارچوب مدل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بر اساس مدل سازمان بهداشت جهانی (۱۸)، در دو طبقه «عوامل ساختاری و عوامل بینابینی» قابل دسته‌بندی بود. در ادامه، به بررسی هر کدام از ابعاد دوگانه پرداخته شده است.

عوامل ساختاری (شغل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی)

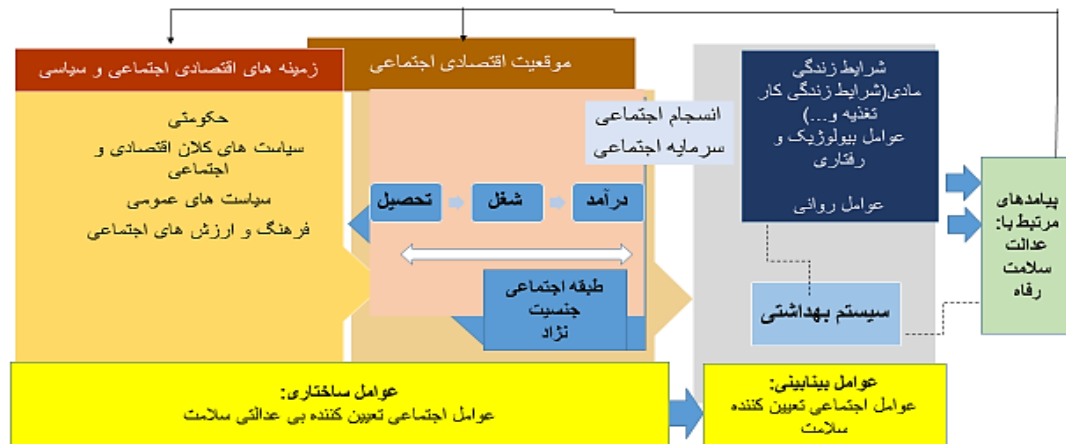
سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و سن مادر، سطح تحصیلات و شغل همسر، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و نژاد از عوامل ساختاری استخراج شده بود. نتایج پژوهش‌های قبلی نشان داده است که نه تنها وضعیت اشتغال مادر (۱۷، ۷)، بلکه شغل همسر و درآمد وی به ویژه از نظر وضعیت اقتصادی، عامل مؤثری بر PPD است (۱۹، ۹). تحصیلات مادر نیز در تعداد زیادی از مقالات مرور شده به عنوان عامل مرتبط با PPD مطرح شده است (۲۰، ۹). نتایج مطالعه مقطعی رحمانی و همکاران نشان دهنده ارتباط برخی عوامل از جمله سن، تحصیلات مادر و وضعیت اقتصادی مادر با PPD می‌باشد (۹)، اما برخی تحقیقات وجود این ارتباط را رد نموده‌اند. به طور مثال، خوشه‌مهری و همکاران به این نتیجه رسیدند که بین اختلال مذکور و میزان تحصیلات و اشتغال زن و سن ارتباطی وجود ندارد (۱۵). بر اساس نتایج پژوهش خیرآبادی و همکاران، خانه‌دار بودن مادر، از عوامل تأثیرگذار بر PPD می‌باشد، اما تحصیلات مادر و وضعیت اقتصادی خانواده ارتباطی با PPD ندارد (۱۷).

شرایط بومی، ملیت، پول، قدرت و منابع و... شکل می‌گیرد (۱۶، ۱۴). بنابراین، توجه به چنین عواملی از اهمیت زیادی برخوردار است و لازم است جهت پیشگیری از PPD در هر نوع مداخله بهداشتی و آموزشی مد نظر قرار گیرد (۱۷).

در مدل سازمان بهداشت جهانی (شکل ۱)، عوامل ساختاری مؤثر بر سلامت مانند تحصیلات، درآمد، جنسیت، قومیت و وضعیت اشتغال می‌توانند منجر به ایجاد نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی شوند. عوامل بینابینی مؤثر بر سلامت نیز عبارت از عوامل واسطه‌ای که شامل شرایط زندگی، عوامل روانی-اجتماعی و عوامل رفتاری می‌باشد (۱۸). از آنجایی که طبق بررسی انجام گرفته، هیچ کدام از پژوهش‌های قبلی به مرور تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر PPD نپرداخته‌اند، مطالعه حاضر با هدف مرور تحقیقات پیشین به منظور تبیین تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت در حوزه PPD در چارچوب مدل سازمان بهداشت جهانی انجام شد.

روش‌ها

این تحقیق مروری، در چند مرحله شامل تعیین اعضای گروه مطالعه مروری، تعیین دقیق مسأله مورد بررسی و تحلیل و تفسیر پژوهش‌های چاپ شده از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰ انجام شد. برای پاسخ به سؤال تحقیق که در مورد عوامل مرتبط با PPD بود، با استفاده از کلید واژه «افسردگی پس از زایمان» در پایگاه علمی داخلی و کلید واژه «Postpartum depression» در پایگاه‌های علمی خارجی Elsevier، ProQuest، PubMed، Scopus و جستجوها شروع شد. سپس چکیده‌ها بررسی و مطالعات بی‌ربط از روند پژوهش حذف گردید. ۲۰۵ مقاله در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰ مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به معیارهای ورود شامل پرداختن به PPD و عوامل مرتبط، سرانجام ۳۸ مقاله انتخاب گردید. معیار اولیه انتخاب مقالات این بود که ارتباط یا اثر عامل یا عوامل مشخصی را بر روی PPD سنجیده باشند. بدین منظور، ابتدا عنوان و سپس چکیده مقالات مورد بررسی قرار گرفت و مقالاتی که این ویژگی را داشتند، تفکیک شد. اگر در چکیده به ارتباط یا عدم ارتباط عامل یا عواملی بر روی PPD اشاره شده بود، وارد فرایند تحقیق گردید و در غیر این صورت، از فهرست مقالات مورد بررسی کنار گذاشته شدند. در مرحله بعدی، عوامل مطرح



شکل ۱. مدل سازمان بهداشت جهانی در مورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (۲۱، ۱۸)

Arthur به صورت مرور متون انجام شد و به این نتیجه دست یافت که بارداری ناخواسته و ارجحیت جنسیت خاص نوزاد و عوامل سایکولوژیک مانند افسردگی دوران بارداری، از جمله عوامل خطر مؤثر بر PPD می‌باشد (۶). نتایج پژوهش ساعی و همکاران نشان داد که ناخواسته بودن بارداری، سابقه افسردگی در بارداری و وجود مشکلات با خانواده همسر، از عوامل مرتبط با PPD است (۱۹). بر اساس یافته‌های مطالعه اکبرزاده و همکاران، زنان با سزارین انتخابی، در دوران پس از زایمان در معرض مشکلات اضطرابی بیشتری قرار دارند (۳۱). از سوی دیگر، تحقیق خوشه‌مهری و همکاران نشان داد که PPD با رتبه بالای زایمان و بارداری ناخواسته ارتباط معنی‌داری دارد، اما با نوع زایمان و سابقه ابتلا به افسردگی در گذشته و سابقه سقط و مرده‌زایی ارتباطی وجود نداشت (۱۵).

نتایج پژوهش روبین‌تن و همکاران نشان داد که نوع زایمان، تغذیه نوزاد، سن مادر و حاملگی ناخواسته، ارتباط معنی‌داری در پیش‌بینی PPD دارد (۳۲). بر اساس نتایج مطالعه Xie و همکاران، شیوع PPD در زنان سزارین شده (۲۱/۷ درصد) بیشتر از زانی است که زایمان طبیعی داشته‌اند (۱۰/۹ درصد) (۳۳). پورخالقی و همکاران در تحقیق توصیفی خود، به این نتیجه رسیدند که سزارین تا ۷ برابر می‌تواند احتمال عوارض روانی پس از زایمان را افزایش دهد. PPD در زنان نخست‌زا به واسطه کاهش مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، بیشتر است (۳۴). در حالی که پژوهش خیرآبادی و همکاران بیان‌کننده عدم ارتباط نوع زایمان و رضایت از جنسیت نوزاد با افسردگی می‌باشد. از سوی دیگر، ناخواسته بودن حاملگی، زایمان اول یا بیش از سه زایمان را از عوامل اصلی تأثیرگذار بر PPD ذکر می‌کند (۱۷). نتایج مطالعه مسعودنیا نشان داد که PPD در زنانی که نوزاد آن‌ها دختر بود، بیشتر است؛ یعنی ترجیح دادن نوزاد پسر بر نوزاد دختر، عامل خطر مهم بروز PPD می‌باشد (۳۵).

تحقیق Barroso و همکاران بیانگر ارتباط مستقیم زایمان زودرس با بروز علائم PPD است. بنابراین، سن بارداری پایین و وزن کم نوزاد در بدو تولد، می‌تواند زمینه‌ای برای PPD باشد (۳۶). نتایج پژوهش Vigod و همکاران نشان داد که مادران دارای نوزاد نارس، بیشتر در معرض PPD قرار دارند و در زنان دارای نوزاد با وزن خیلی پایین در بدو تولد (Very low birth weight) یا (VLBW)، خطر PPD افزایش می‌یابد (۳۷). نتایج مطالعه Ahlqvist و همکاران که بر روی مادران دارای نوزاد با نارسی شدید (وزن کمتر یا مساوی ۱۵۰۰ گرم) انجام شد، نشان داد که تولد نوزاد نارس، خطر PPD را افزایش می‌دهد، اما جلب همکاری نزدیک و مداخله والدین نوزادان بستری در NICU Neonatal intensive care unit، باعث کاهش علائم PPD می‌شود (۳۸). نتایج تحقیق de Paula Eduardo و همکاران نشان داد که خطر بالای PPD طی زایمان زودرس تا ۲۴ هفته پس از زایمان می‌باشد (۳۹).

بر اساس نتایج پژوهش Silverman و همکاران، دیابت بارداری تا حدودی خطر PPD را افزایش می‌دهد (۴۰). نتایج مطالعه نهبندانی و همکاران نشان داد که زنان مبتلا به دیابت بارداری، ۱/۷۹ برابر نسبت به زنان غیر مبتلا در معرض ابتلا به PPD قرار دارند. بنابراین، دیابت بارداری می‌تواند عامل خطر احتمالی در بروز PPD باشد (۴۱). Maeda و همکاران با انجام تحقیقی، به این نتیجه رسیدند که کم‌خونی پس از زایمان به طور واضحی با افزایش خطر بروز PPD همراه است؛ در حالی که وجود آنمی در سه ماهه دوم و سوم بارداری، چنین ارتباطی را نشان نداده است (۴۲). بر اساس داده‌های جدول ۲، بین عوامل بارداری و زایمان مرتبط با PPD در پژوهش‌های پیشین، پرتکرارترین عامل استخراج شده، عوارض و بیماری‌های دوران بارداری بود (۷ مورد).

یافته‌های مطالعه Liu و همکاران نشان داد که سن مادر با PPD ارتباط دارد (۱۲). Sword و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که سن مادر و وضعیت اجتماعی پایین، با PPD مرتبط می‌باشد (۲۲)؛ در حالی که ارتباط PPD با سن در تحقیقات خیرآبادی و همکاران (۱۷) و خوشه‌مهری و همکاران (۱۵) رد شده است. ویسانی و همکاران دریافته‌اند که PPD در ایران، در زنان شاغل بیشتر مشاهده می‌شود (۷). شاید علت تناقض نتایج آن با برخی پژوهش‌های دیگر، شرایط بومی و منطقه‌ای است. مطالعات متنوع گذشته، مدرک معتبری را در حمایت از وجود عوامل خطر مشترک دموگرافیک و اجتماعی برای PPD در جوامع مختلف ارائه نکرده‌اند و هر نوع مداخله بهداشتی لازم است مبتنی بر عوامل خطر منطقه‌ای صورت گیرد (۱۷). حتی در برخی تحقیقات، به وجود ارتباط بین تحصیلات همسر با PPD اشاره شده است (۱۵).

نتایج پژوهش Ogbo و همکاران، نشان دهنده آن بود که اختلافات فرهنگی و گویش و وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، از عوامل خطر در افسردگی بارداری و PPD می‌باشد (۲۳). مطالعه McCarter-Spaulling و Shea نیز بیانگر تأثیر وضعیت اجتماعی پایین در دوران بارداری بر PPD بود (۲۴). Kao و همکاران نیز به نقش درآمد پایین در PPD اشاره نمودند (۲۵). Kukla و Stepanikova در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که تبعض و اختلاف طبقاتی و زبان‌های اجتماعی-اقتصادی، عامل خطری برای بروز PPD در میان زنان با تحصیلات پایین است (۲۰). حتی تبعیض‌های ناشی از اختلاف رنگ پوست و قومیت زنان، می‌تواند با PPD مرتبط باشد (۲۶). Souza و همکاران در پژوهش خود، ارتباط بین سن و نژاد با PPD را تأیید نمودند و دریافته‌اند که این عارضه در زنان جوان و غیر سفیدپوست (تأثیر سن و نژاد) بیشتر است (۲۶). Bodnar-Deren و همکاران در مطالعه‌ای، ارتباط قومیت را با PPD و وجود افکار خودکشی تأیید کردند (۲۷). نتایج تحقیق مروری Chen و همکاران نشان داد که شیوع PPD در زنان مهاجر چینی بیشتر است. عوامل خطر شناسایی شده در این زنان، فقدان حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی نابسامان و اختلاف فرهنگی بوده است (۲۸) (جدول ۱).

عوامل بینابینی

عوامل مرتبط با بارداری و زایمان: عواملی همچون رتبه حاملگی، نوع بارداری (خواسته-ناخواسته)، چند قلوئی، عوارض بارداری، پرفشاری خون، دیابت، افسردگی، نوع زایمان، زایمان زودرس، وزن نوزاد در هنگام تولد و جنس نوزاد (رضایت از جنسیت) در این دسته قرار گرفتند. در ادامه، به گزارش نتایج پژوهش‌هایی که به ارتباط این دسته عوامل با PPD اشاره نموده‌اند، پرداخته شده است.

مطالعه مقطعی Liu و همکاران بیانگر آن بود که عواملی همچون تعداد بارداری، اختلافات فشار خون در بارداری، تعداد جنین‌ها، زایمان زودرس و وزن بدو تولد نوزاد، با PPD مادر مرتبط می‌باشد (۱۲). در فراتحلیل انجام شده توسط Villegas و همکاران، مقایسه شیوع PPD در زنان ساکن شهر با روستا، نتایج متناقضی را نشان داد. اگرچه برخی عوامل خطر از جمله چند زایی (داشتن دو یا بیشتر از دو بچه کوچک) در زنان ساکن روستا بیشتر است (۲۹). نتایج تحقیق رحمانی و همکاران، بیانگر ارتباط تعداد بارداری، بیماری و مشکلات بارداری با PPD بود (۹). Roumieh و همکاران با انجام یک پژوهش مقطعی، به این نتیجه رسیدند که مشکلات گزارش شده در مراقبت‌های بارداری اخیر و مواجهه با عوامل استرس‌زا، با PPD ارتباط دارد (۳۰). یافته‌های مطالعه Sword و همکاران نیز تأثیر رتبه حاملگی را بر PPD تأیید نمود (۲۲). تحقیق Klainin و

جدول ۱. عوامل ساختاری مرتبط با Postpartum depression (PPD) در مطالعات (سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹)

نویسنده	حجم نمونه	محل نمونه	نوع مطالعه	عوامل ساختاری			
				تحصیلات	شغل	وضعیت اقتصادی-اجتماعی	تحصیلات همسر
رحمانی و همکاران (۹)	۵۶۰	تبریز	مقطعی	*			*
Kukla و Stepanikova (۲۱)	۳۰۰۵	اروپا	طولی آینده‌نگر	*		*	
خیرآبادی و همکاران (۱۷)	۶۴۰	نجف‌آباد	توصیفی-مقطعی	-	*		-
خوشه‌مهری همکاران (۱۵)	۲۵۰	تهران	توصیفی-تحلیلی	-			*
ویسانی و همکاران (۷)	۴۱	ایران	مرور سیستماتیک	*			
Ogbo و همکاران (۲۳)	۱۷۵۶۴	استرالیا	هم‌گروهی گذشته‌نگر			*	
Shea و McCarter-Spaulding (۲۶)	۲۳۱	آمریکا	مداخله‌ای			*	
Sword و همکاران (۲۲)	۲۵۶۰	کانادا	هم‌گروهی آینده‌نگر			*	
ساعی و همکاران (۲۰)	۱۷۵	ارومیه	توصیفی-مقطعی				*
Chen و همکاران (۲۸)	۴	چین	مروری				*
Bodnar-Deren و همکاران (۲۷)	۱۰۷۳	نیویورک	توصیفی				*
Souza و همکاران (۲۶)	۴۳۲	برزیل	مقطعی				*

جدول ۲. عوامل بارداری و زایمان مرتبط با Postpartum depression (PPD) در مطالعات (سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹)

جنسیت	عوامل مرتبط با بارداری و زایمان				نوع مطالعه	محل نمونه	حجم نمونه	نویسنده
	وزن بدو تولد نوزاد	زایمان زودرس	نوع زایمان	عوارض و بیماری در بارداری و پس از زایمان				
			-	-	توصیفی - تحلیلی	تهران	۲۵۰	خوشه‌مهری و همکاران (۱۵)
-			-		توصیفی - مقطعی	نجف‌آباد	۶۴۰	خیرآبادی و همکاران (۱۷)
	*	*	*	*	مقطعی	چین	۸۸۲	Liu و همکاران (۱۲)
					هم‌گروهی آینده‌نگر	کانادا	۲۵۶۰	Sword و همکاران (۲۲)
			*		توصیفی	کرمان	۲۰۵	پورخالقی و همکاران (۳۴)
			*	*	توصیفی - مقطعی	ارومیه	۱۷۵	ساعی و همکاران (۱۹)
					مرور سیستماتیک	-	۴۱	ویسانی و همکاران (۷)
			*	*	مقطعی	تبریز	۵۶۰	رحمانی و همکاران (۹)
			*	*	تحلیلی آینده‌نگر	زابل	۱۰۵	نهبندانی و همکاران (۴۱)
			*	*	هم‌گروهی گذشته‌نگر	سودان		Silverman و همکاران (۴۰)
			*	*	هم‌گروهی گذشته‌نگر	ژاپن	۱۱۲۸	Maeda و همکاران (۴۲)
			*	*	هم‌گروهی آینده‌نگر	چین	۵۳۴	Xie و همکاران (۳۳)
			*	*	توصیفی - مقطعی	مشهد	۷۵	اکبرزاده و همکاران (۱۵)
			*	*	هم‌گروهی	تبریز	۱۹۵	رویین‌تن و همکاران (۳۲)
			*	*	مقطعی	سوریه	۱۱۰۵	Roumieh و همکاران (۳۰)
	*	*			توصیفی - مقطعی	آمریکا	۱۰۲	Barroso و همکاران (۳۶)
	*				هم‌گروهی	فنلاند	۱۴۵	Ahlqvist-Bjorkroth و همکاران (۳۸)
		*			مرور سیستماتیک	-	۳۸	de Paula Eduardo و همکاران (۳۹)
*					مقطعی	یزد	۱۴۰	مسعودنیا (۳۵)
	*				مرور سیستماتیک	کانادا	۲۶	Villegas و همکاران (۲۹)

مؤثر است (۴۸). عوامل استخراج شده از مقالات که مرتبط با وضعیت پس از زایمان و مراقبت‌های بهداشتی بود، به تفکیک در جدول ۳ ارائه شده است.

سایر شرایط محیطی، شرایط روانی-اجتماعی و عوامل رفتاری: نتایج به دست آمده از مرور پژوهش‌های پیشین، عواملی از جمله «محل سکونت (شهر یا روستا)، حمایت اجتماعی درک شده، رضایت از ازدواج، رابطه با همسر (رضایت از همسر-خشونت)، رابطه با اطرافیان (خانواده خود و همسر)، سابقه افسردگی و اختلالات روان‌پزشکی، فشارهای روانی و استرس روزانه، مواجهه مکرر با موبایل در بارداری و خودکارآمدی شیردهی» در دسته عوامل بینابینی مرتبط با PPD قرار دادند (جدول ۴).

یکی از عوامل بینابینی، شرایط محیطی مانند محل سکونت بود. بر اساس مطالعه Villegas و همکاران، مقایسه شیوع افسردگی در زنان ساکن شهر با روستا، نتایج متناقضی داشته است (۲۹). البته نتایج تحقیق مقطعی Vigod و همکاران نشان داد که شیوع PPD در زنان ساکن شهر بیشتر از زنانی است که در روستا یا مناطق حاشیه‌ای زندگی می‌کنند. بر اساس نتایج فوق، با توجه به تفاوت در عوامل خطر افسردگی بر اساس منطقه جغرافیایی، افزایش خطر در مراکز شهرها بیشتر است (۴۹). نتایج پژوهش Pao و همکاران نشان دهنده این نکته است که حمایت اجتماعی از جنبه‌های مختلف، اثر حمایتی برای زنان در اقلیت‌های قومی و نژادی در پیشگیری از بروز PPD دارد و باید بر روی مداخلات منجر به افزایش حمایت اجتماعی، به عنوان یک عامل بینابینی در اقلیت‌های قومی و به عنوان یک عامل ساختاری، کار شود (۵۰).

در مقالات مرور شده، شرایط روانی-اجتماعی و عوامل رفتاری نیز از جمله عوامل بینابینی مرتبط با PPD گزارش شده است. نتایج مطالعه مسعودنیا نشان دهنده همبستگی معکوس بین حمایت اجتماعی درک شده و PPD می‌باشد (۳۵). نتایج تحقیق کرمی و همکاران نیز تأییدکننده ارتباط اقدامات حمایتی می‌باشد (۴۸). بر اساس نتایج پژوهش نوروزی، ۴۴ درصد از تغییرات PPD به دنبال محافظت بیش از حد والدین است. بنابراین، نحوه ارتباط عاطفی والدین و فرزندان آن‌ها، در شکل‌گیری اختلالات روانی در فرزندان در دوره‌های مختلف زندگی از جمله پس از زایمان مؤثر است (۵۱).

عوامل مرتبط با وضعیت پس از زایمان: عواملی همچون نوع تغذیه نوزاد، شروع شیردهی در نوزاد، بیماری مادرزادی و اختلالات نوزادی در مرحله پس از زایمان، نیز از عوامل مرتبط با PPD مطرح شدند (جدول ۳).

نتایج پژوهش Kao و همکاران نشان داد که PPD با شروع شیردهی و مدت شیردهی در زنان با درآمد پایین مرتبط است (۲۵). بر اساس نتایج مطالعه مقطعی Liu و همکاران، شروع شیردهی و نوع تغذیه نوزاد و بیماری نوزاد در چهار هفته اول، با PPD مادر ارتباط دارد (۱۲). تحقیق همبستگی رویین‌تن و همکاران نیز نشان داد که تغذیه نوزاد نقش معنی‌داری در پیش‌بینی PPD دارد (۳۲). خیرآبادی و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که عدم شیردهی و بیماری مادرزادی در نوزاد، از عوامل اصلی تأثیرگذار بر PPD می‌باشند (۱۷). نتایج مطالعه Wyatt و همکاران نشان داد که بستری شدن نوزاد در NICU، عامل خطر برای بروز PPD در مادر می‌باشد. بنابراین، غربالگری مادران از نظر افسردگی در NICU، می‌تواند راهکاری برای بهبود شرایط مادر و به نوبه خود فرصتی برای ارتقای پیامدهای نوزادی نیز باشد (۴۳). Brown و Van Arsdale عنوان کردند که PPD می‌تواند تغییرات رفتاری از جمله مشکلات رفتاری در کودکان، اختلال در ارتباط عاطفی مادر و نوزاد و حتی سوء استفاده مادر از کودک را به دنبال داشته باشد (۴۴). وجود اضطراب و PPD، باعث کاهش احساس و نگرش درک شده توسط مادر نسبت به فرزند می‌شود (۴۵). یافته‌های تحقیق Abadiga نشان داد که PPD بر سلامت مادر و توانایی شیردهی به نوزاد مؤثر است. افسردگی بر توانایی مادر در مراقبت از نوزاد و ارتباط عاطفی با نوزاد تأثیر دارد (۴۶). پژوهشگران نشان داده‌اند که PPD، عامل خطری برای افزایش پیامدهای منفی در نوزاد (۴۷) به ویژه به دنبال زایمان زودرس می‌باشد (۳۶، ۶).

عوامل مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی: نحوه ارائه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی نیز از عوامل مطرح در برخی مطالعات بود. Souza و همکاران در تحقیقی نشان داد که ارتباط قوی بین خشونت‌های مامایی در ارائه خدمات و PPD وجود دارد (۲۶). کرمی و همکاران نیز در پژوهش خود دریافتند که مراقبت، آموزش و اقدامات حمایتی در دوران بارداری، در پیشگیری از PPD

جدول ۳. عوامل Postpartum depression (PPD) در مطالعات (سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹)

مراقبت‌های بهداشتی	عوامل مرتبط پس از زایمان			نوع مطالعه	محل نمونه	حجم نمونه	نویسنده
	پایمدهای نوزادی	بیماری مادرزادی و اختلالات نوزادی	شروع شیردهی نوزاد				
		*	*	توصیفی-مقطعی	نجف‌آباد	۶۴۰	خیرآبادی و همکاران (۱۷)
		*	*	مقطعی	چین	۸۸۲	Liu و همکاران (۱۲)
			*	هم‌گروهی	تبریز	۱۹۵	رویین‌تن و همکاران (۳۲)
	*			توصیفی	آمریکای جنوبی	۱۲۷	Wyatt و همکاران (۴۳)
	*			مقطعی	مجارستان	۴۳۱	Lefkovic و همکاران (۴۵)
	*			مقطعی	اتیوپی	۲۹۵	Abadiga (۴۶)
*				مقطعی	برزیل	۴۳۲	Souza و همکاران (۲۶)
*				مداخله‌ای	آمریکا	۲۳۱	McCarter-Spaulding و Shea (۲۴)
*				مورد-شاهد	اهواز	۶۱	کرمی و همکاران (۳۳)

جدول ۴. سایر شرایط محیطی، روانی- اجتماعی و رفتاری مرتبط با Postpartum depression (PPD) در مطالعات (سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹)

نویسنده		حجم نمونه	محل نمونه	نوع مطالعه	عوامل بینابینی			
محل سکونت	حمایت اجتماعی	رضایت از همسر یا خشونت خانگی	رابطه با اطرافیان	سابقه افسردگی و اختلالات روان‌پزشکی	استرس درک شده	خودکارآمدی شیردهی		
*	*	۶۱۲۶	کانادا	توصیفی	*			
		۱۹	کانادا	مرور سیستماتیک	*			
		۱۴۰	یزد	مقطعی	*			
		۵۶۰	تبریز	مقطعی	*			
		۶۱	اهواز	مورد- شاهد	*			
		۲۵۶۰	کانادا	هم‌گروهی آینده‌نگر	*			
		۴	چین	مطالعه مروری	*			
		۱۵۱۷	کارولینا	مورد- شاهد	*			
		۶۱۸	اتیوپی	مقطعی	*			
		۱۷۵۶۴	استرالیا	هم‌گروهی گذشته‌نگر	*			
		۲۵۰	تهران	توصیفی- تحلیلی	*			
		۱۳۳۷	ویتنام	مقطعی	*			
		۱۶۶	اندونزی	مقطعی	*			
		۱۱۶	شهری	توصیفی- تحلیلی	*			
		۲۰۴	کاشان	مقطعی	*			
		۱۷۵	ارومیه	توصیفی- مقطعی	*			
		۴۱	-	مرور سیستماتیک	*			
			سودان	هم‌گروهی گذشته‌نگر	*			
		۲۳۱	آمریکا	مداخله‌ای	*			
		۲۶۹	آمریکا		*			
		۱۰۰	تبریز	توصیفی	*			
		۱۱۰۵	سوریه	مقطعی	*			
		۲۹۵	اتیوپی	مقطعی	*			
		۱۲۰	شیراز	توصیفی	*			

عزیزی در یک تحقیق توصیفی، به این نتیجه رسیدند که همبستگی مثبت بین استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای با PPD وجود دارد (۱۰). نتایج پژوهش Coburn و همکاران نشان داد که فشارهای روانی از سوی خانواده و استرس‌های روزانه با بروز PPD ارتباط دارد (۱۱).

وضعیت سلامت روان مادر قبل از بارداری و زایمان نیز از عوامل مرتبط با PPD معرفی شده است. مطالعه مقطعی موسوی و همکاران نشان داد که رفتار مناسب با همسر، رابطه صمیمی با خانواده و عدم وجود سابقه افسردگی، شناس مبتلا به PPD را کاهش می‌دهد (۵۶). بر اساس نتایج تحقیق ویسانی و همکاران، PPD در زنان با سابقه افسردگی و بارداری ناخواسته بیشتر است (۷). نتایج پژوهش Silverman و همکاران، بیانگر آن بود که سابقه افسردگی می‌تواند خطر بروز PPD را تا ۲۰ بار افزایش دهد (۴۰). Shea و McCarter-Spaulding در مطالعه خود دریافتند که سابقه افسردگی و یا وجود اضطراب در دوران بارداری، در بروز PPD تأثیر دارد (۲۴). فقط Liu و همکاران در تحقیق مقطعی خود تأثیر مکرر با موبایل در طول دوران بارداری را مورد بررسی قرار دادند و ارتباط آن با PPD را تأیید کردند (۱۲). نتایج پژوهش Abadiga نشان داد که PPD بر سلامت مادر و توانایی شیردهی به نوزاد و افسردگی بر توانایی مادر در مراقبت از نوزاد و ارتباط عاطفی با نوزاد مؤثر است (۴۶). دسته‌بندی عوامل بینابینی در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌گونه که مشخص است، مانند بسیاری از مطالعات پیشین (۶۳-۶۰)، ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با ابعاد مختلف سلامت و در گروه‌های مختلف جامعه و حتی در ارایه دهندگان خدمات سلامتی (۶۳) مطرح شده است و در تحقیق حاضر نیز پرتکرارتر از بقیه متغیرها تعیین شد (جدول ۴). هر کدام از متغیرهای استخراج شده از مقالات در دو طبقه عوامل ساختاری و عوامل بینابینی در جدول ۵ دسته‌بندی شده است.

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، تبیین تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت در حوزه PPD بود. این عوامل از متون و مقالات مرتبط استخراج و در چارچوب مدل سازمان بهداشت جهانی گزارش گردید. در هر کدام از ابعاد مدل سازمان بهداشت جهانی، متغیرهای زیادی قابل دسته‌بندی بود و می‌توان امیدوار بود که مطالعات جدید، تنوع و اثر این متغیرها را شفاف‌تر نماید تا ارایه دهندگان خدمات بهداشتی با بررسی این متغیرها در گروه‌های در معرض خطر، مراقبت‌های مناسب‌تری را ارایه نمایند. نتایج به دست آمده مرور تحقیقات پیشین، بیانگر قابلیت مدل سازمان بهداشت جهانی در تعیین‌کننده‌های اجتماعی در حوزه PPD است. یکی از نتایج پژوهش مروری حاضر، وجود ارتباط PPD با محل سکونت و شرایط محیطی بود؛ این یافته می‌تواند تفاوت زیاد در شیوع PPD در مناطق مختلف دنیا و نیز شهرها و روستاهای مختلف ایران را تا حدودی توجیه نماید. البته طبق نتایج به دست آمده، دلیل دیگر آن، این است که شیوع PPD با عوامل فرهنگی-اجتماعی ارتباط تنگاتنگی دارد و به همین دلیل در کشورها و نژادهای مختلف شیوع متفاوتی را نشان می‌دهد. در بررسی عوامل بارداری و زایمان، زایمان زودرس و وزن کم نوزاد در بدو تولد، از جمله شاخص‌های مرتبط با PPD می‌باشد. بنابراین، پیشگیری از وقوع زایمان زودرس و انجام مداخله برای مادرانی که کودکان آن‌ها به علت زایمان زودرس در NICU بستری هستند، می‌تواند در کاهش PPD و علائم آن مؤثر باشد.

رحمانی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی درک شده از سوی مادر، با PPD همبستگی معکوسی دارد (۹). تحقیق دیگری بیانگر تأثیر حمایت اجتماعی در حین بارداری و پس از زایمان، بر کاهش PPD بود (۵۷). Vigod و همکاران نیز در تفسیر نتایج تحقیق خود، اذعان داشتند که در شهرها به دلیل کاهش حمایت‌های اجتماعی، PPD شیوع بیشتری دارد (۴۹). نتایج پژوهش Sword و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی ضعیف و عدم آگاهی در خصوص شیردهی، با PPD ارتباط دارد (۲۲). مطابق با یافته‌های مطالعه Hahn-Holbrook و همکاران، شیوع کلی PPD حدود ۱۷/۷ درصد می‌باشد و در جوامعی که بی‌عدالتی وجود دارد، شیوع بالاتر است و عوارض مادر و نوزاد نیز بیشتر مشاهده می‌شود (۵۸). نتایج تحقیق Kozinszky و همکاران بیانگر این است که شناسایی مادران در معرض خطر و حمایت روانی-اجتماعی از آن‌ها، در کاهش PPD مؤثر است (۵۹). یافته‌های پژوهش Van Arsdale و Brown نشان داد که ورزش در بهبود افراد با سابقه PPD مؤثر است، اما مداخله در خواب مادر تأثیری ندارد؛ در حالی که بهبود الگوی خواب نوزاد، باعث بهبود خلق مادر می‌گردد. آموزش به مادر در طی بارداری و بلافاصله پس از زایمان، می‌تواند علائم افسردگی را کاهش دهد (۴۴). بنابراین، می‌توان استنباط نمود که این دسته عوامل نه تنها با PPD ارتباط دارند، بلکه با یکدیگر نیز ارتباط متقابلی را نشان می‌دهند و در سایر موضوعات مرتبط با سلامت نیز نقش بسزایی ایفا می‌کنند.

در مورد ارتباط متقابل عوامل بینابینی و تأثیر آن‌ها بر PPD، می‌توان به نتایج مطالعات زیادی اشاره نمود. به طور مثال، نتایج تحقیق Coburn و همکاران نشان داد که فشارهای روانی از سوی خانواده و استرس‌های روزمره، بر سلامت روان پس از زایمان تأثیرات منفی دارد. حمایت اجتماعی و مدیریت استرس، می‌تواند PPD را کاهش دهد (۱۱). عدم رضایت زناشویی و خشونت خانگی نیز در بروز PPD تأثیر دارد؛ به گونه‌ای که نتایج پژوهش خوشه‌مهری و همکاران نشان دهنده ارتباط معنی‌دار بین عدم سازگاری با همسر و PPD می‌باشد (۱۵). اخباری و همکاران نیز با انجام مطالعه‌ای، نتیجه‌گیری کردند که بین خشونت خانگی و PPD ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۵۵). در تحقیق مقطعی McGill و همکاران، تخریب روابط با همسر، از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر PPD عنوان شد (۵۶). آنالیز داده‌ها در پژوهش Adamu و Adinew نشان داد در زنانی که قربانی خشونت خانگی هستند و یا ناراضی‌تری از ازدواج خود دارند، درصد بالایی از PPD مشاهده می‌شود (۵۷). نتایج مطالعه Tho Nhi و همکاران نشان داد که یک سوم زنان (۳۵/۳ درصد) با نوعی خشونت در طی بارداری مواجه بوده‌اند و ۸/۲ درصد آنان پس از زایمان دچار افسردگی هستند. تحلیل داده‌ها وجود ارتباط بین PPD و خشونت‌های جسمی و جنسی را تأیید می‌کند (۵۳).

بر اساس نتایج تحقیق Ogbo و همکاران، مشکلات سایکولوژیک می‌تواند بر افسردگی بارداری و PPD مؤثر باشد. از سوی دیگر، فقدان حمایت همسر و خشونت از طرف همسر و اختلافات فرهنگی و گویش و وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین، از جمله عوامل خطر در افسردگی بارداری و PPD محسوب می‌گردد (۲۳). پژوهش مقطعی Nurbaeti و Deoisres، بیانگر ارتباط PPD با استرس مراقبت از کودک و رخدادهای استرس‌زای زندگی می‌باشد. از سوی دیگر، افسردگی با رضایت زناشویی ارتباط معکوسی دارد (۵۴). McCarter-Spaulding و Shea در مطالعه خود نشان دادند که وضعیت اجتماعی پایین و سابقه افسردگی و یا وجود اضطراب در دوران بارداری، در بروز PPD تأثیر دارد (۲۴). وجود استرس‌های روزانه می‌تواند در بروز PPD مؤثر باشد. نظامی و

جدول ۵. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بر اساس مدل سازمان بهداشت جهانی

ابعاد	عوامل مرتبط با هر بعد
عوامل ساختاری	سطح تحصیلات مادر وضعیت اشتغال مادر وضعیت اقتصادی- اجتماعی سطح تحصیلات همسر شغل همسر(درآمد): وضعیت اقتصادی نژاد (قومیت)
عوامل بینابینی	محل سکونت (شهر یا روستا) حمایت اجتماعی درک شده رضایت از ازدواج رابطه با همسر (رضایت از همسر- خشونت) رابطه با اطرافیان (خانواده خود و همسر) سابقه افسردگی و اختلالات روان‌پزشکی فشارهای روانی و استرس روزانه خودکارآمدی شیردهی رتبه حاملگی نوع بارداری (خواسته- ناخواسته) چند قلویی عوارض بارداری پرفشاری خون دیابت افسردگی آزمی نوع زایمان زایمان زودرس وزن نوزاد در هنگام تولد رضایت از جنسیت نوع تغذیه نوزاد شروع شیردهی در نوزاد بیماری مادرزادی و اختلالات نوزادی ارتباط عاطفی مادر با نوزاد و پیامدهای نوزادی نوع پیام‌ها، آموزش‌ها و مراقبت‌ها
شرایط محیطی، روانی- اجتماعی و عوامل رفتاری	
بارداری و زایمان	
وضعیت پس از زایمان	
مراقبت‌های بهداشتی	

خشونت‌های مامایی در ارایه خدمات و PPD می‌باشد (۲۶). ارایه آموزش و اقدامات حمایتی در دوران بارداری نیز در کاهش PPD مؤثر است.

نتیجه‌گیری

در مجموع، PPD مشکل شایعی است که شاخص‌های متعددی از عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت با آن در ارتباط می‌باشد. امید است که نتایج مطالعه حاضر به ارایه دهندگان خدمات بهداشتی کمک کند تا با بررسی این متغیرها، گروه‌های در معرض خطر را شناسایی نمایند و با ارایه آموزش و مراقبت‌های مناسب، احتمال بروز PPD و یا شدت آن را کاهش دهند.

وجود عوارض بارداری و مشکلات مراقبتی از جمله وجود دیابت در بارداری، افسردگی در دوران بارداری، ابتلا به پرفشاری خون در طول حاملگی نیز در برخی مطالعات بررسی و به عنوان یک عامل خطر مطرح شده است. بنابراین، برنامه‌ریزی برای داشتن یک بارداری بدون عارضه، می‌تواند باعث کاهش خطر ابتلا به PPD شود. این موضوع نشان دهنده اهمیت آموزش مادران و انجام خدمات به نحو مطلوب می‌باشد (۳۸، ۲۴). نتایج تحقیقات نشان داد که شروع به موقع شیردهی نوزاد و تغذیه با شیر مادر که باعث افزایش ارتباط عاطفی مادر و نوزاد می‌گردد، نقش معنی‌داری در کاهش PPD دارد (۴۶، ۲۵). نتایج به دست آمده از پژوهشی، بیان‌کننده ارتباط قوی بین

معاونت مذکور به جهت تأمین منابع مالی این طرح، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تشکر و قدردانی

تحقیق حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۳۹۷۵۹۳، مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از

References

1. Sadock VA, Sadock B, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
2. Nikpour M. Relationship between delivery method and postpartum depression. J Fundam Ment Health 2012; 14(53): 46-53. [In Persian].
3. Iles J, Slade P, Spiby H. Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. J Anxiety Disord 2011; 25(4): 520-30.
4. Honey KL, Bennett P, Morgan M. Predicting postnatal depression. J Affect Disord 2003; 76(1-3): 201-10.
5. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. J Clin Psychol 2009; 65(12): 1258-69.
6. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. Int J Nurs Stud 2009; 46(10): 1355-73.
7. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Rezaeian S. Trends of postpartum depression in Iran: A systematic review and meta-analysis. Depress Res Treat 2013; 2013: 291029.
8. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding EL, et al. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience-a randomised controlled trial. J Psychosom Obstet Gynaecol 2015; 36(1): 1-9. [In Persian].
9. Rahmani F, Seyedfatemi N, Asadollahi M, Seyedrasooli A. Predisposing Factors of Postpartum Depression. Iran J Nurs 2011; 24(72): 78-87. [In Persian].
10. Nezami L, Azizi M. The predicting and incidence postpartum depression based on perceived stress during pregnancy in women of Tabriz. Woman & Study of Family 2015; 8(30): 113-25. [In Persian].
11. Coburn SS, Gonzales NA, Luecken LJ, Crnic KA. Multiple domains of stress predict postpartum depressive symptoms in low-income Mexican American women: The moderating effect of social support. Arch Womens Ment Health 2016; 19(6): 1009-18.
12. Liu S, Yan Y, Gao X, Xiang S, Sha T, Zeng G, et al. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2017; 17(1): 133.
13. Damari B, Faghihi Juibari M, Najafpoor J, Safari M, Khoshevisan A. Investigation of the impact of social determinants of health on survival in patients with malignant brain tumors in selected hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences (TUMS). Iran J Epidemiol 2016; 12(3): 1-9.
14. Ferrer RL. Social determinants of health. In: Daaleman T, Helton MR, Editors. Chronic illness care: Principles and Practice. Berlin, Germany: Springer; 2018. p. 435-9.
15. Khooshemehry G, Shariati Feizabady A, Naserkhaki V. Prevalence of postpartum depression and the factors that decides in clinics in the north of Tehran. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac 2011; 19(1): 59-64. [In Persian].
16. Mirzaei S, Safizadeh H, Oroomiei N. Comparative study of social determinants of health models. Iran J Epidemiol 2017; 13(3): 222-34. [In Persian].
17. Kheirabadi GR, Sadri S, Abedi Z, Velayati E. Postpartum depression and related factors in rural areas of Najafabad, Iran. J Res Behav Sci 2015; 13(4): 555-61. [In Persian].
18. Sharifi N, Dolatian M, Mahmoodi Z, Mohammadi Nasrabadi F. Gestational diabetes and its relationship with social determinants of health according to World Health Organization Model: Systematic Review. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2017; 19(40): 6-18. [In Persian].
19. Saei M, Mohaddesi H, Edalatnemun R. The predisposing factors of postpartum depression in women referring to selected health centers in Urmia in 2015. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2017; 14(11): 918-25. [In Persian].
20. Stepanikova I, Kukla L. Is perceived discrimination in pregnancy prospectively linked to postpartum depression? Exploring the role of education. Matern Child Health J 2017; 21(8): 1669-77.
21. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
22. Sword W, Landy CK, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. BJOG 2011; 118(8): 966-77.
23. Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho KE, Barnett B, et al. Determinants of antenatal depression

- and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 49.
24. McCarter-Spaulding D, Shea S. Effectiveness of discharge education on postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2016; 41(3): 168-72.
 25. Kao JC, Johnson JE, Todorova R, Zlotnick C. The positive effect of a group intervention to reduce postpartum depression on breastfeeding outcomes in low-income women. *Int J Group Psychother* 2015; 65(3): 445-58.
 26. Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publica* 2017; 51: 69.
 27. Bodnar-Deren S, Klipstein K, Ferst M, Shemesh E, Howell EA. Suicidal ideation during the postpartum period. *J Womens Health (Larchmt)* 2016; 25(12): 1219-24.
 28. Chen J, Cross WM, Plummer V, Lam L, Tang S. A systematic review of prevalence and risk factors of postpartum depression in Chinese immigrant women. *Women Birth* 2019; 32(6): 487-92.
 29. Villegas L, McKay K, Dennis CL, Ross LE. Postpartum depression among rural women from developed and developing countries: A systematic review. *J Rural Health* 2011; 27(3): 278-88.
 30. Roumieh M, Bashour H, Kharouf M, Chaikha S. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women seen at Primary Health Care Centres in Damascus. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19(1): 519.
 31. Akbarzadeh F, Talaei A, Tavassoli F, Jalaliani S, Talebi M, Modarres Gharavi M, et al. Psychological characteristics of women with vaginal delivery, elective and emergency cesarean section. *Med J Mashad Univ Med Sci* 2016; 58(10): 611-9. [In Persian].
 32. Roubintan N, Esmailpour K, Mahmood 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): 52-6. [In Persian].
 33. Xie RH, Lei J, Wang S, Xie H, Walker M, Wen SW. Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *J Womens Health (Larchmt)* 2011; 20(12): 1881-6.
 34. Pourkhaleghi N, Askarizadeh Gh, Fazilatpour M. Predicting post-partum depression of nulliparous women: role of social support and delivery type. *Journal of Health and Care* 2017; 19(1): 18-29. [In Persian].
 35. Masoudnia E. Relationship between perceived social support and risk of postpartum depression disorder. *Iran J Nurs* 2011; 24(70): 8-18. [In Persian].
 36. Barroso NE, Hartley CM, Bagner DM, Pettit JW. The effect of preterm birth on infant negative affect and maternal postpartum depressive symptoms: A preliminary examination in an underrepresented minority sample. *Infant Behav Dev* 2015; 39: 159-65.
 37. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: A systematic review. *BJOG* 2010; 117(5): 540-50.
 38. Ahlqvist-Bjorkroth S, Axelin A, Korja R, Lehtonen L. An educational intervention for NICU staff decreased maternal postpartum depression. *Pediatr Res* 2019; 85(7): 982-6.
 39. de Paula Eduardo JAF, de Rezende MG, Menezes PR, Del-Ben CM. Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2019; 259: 392-403.
 40. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety* 2017; 34(2): 178-87.
 41. Nehbandani S, Nahidi F, Kariman N, Nasiri M. Relationship between gestational diabetes and postpartum depression. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(7): 18-24. [In Persian].
 42. Maeda Y, Ogawa K, Morisaki N, Tachibana Y, Horikawa R, Sago H. Association between perinatal anemia and postpartum depression: A prospective cohort study of Japanese women. *Int J Gynaecol Obstet* 2020; 148(1): 48-52.
 43. Wyatt T, Shreffler KM, Ciciolla L. Neonatal intensive care unit admission and maternal postpartum depression. *J Reprod Infant Psychol* 2019; 37(3): 267-76.
 44. Brown M, Van Arsdale C. Postpartum depression interventions. *Nursing Undergraduate Work* 2019; 8.
 45. Lefkovic E, Rigo J Jr, Kovacs I, Talaber J, Szita B, Kecskemeti A, et al. Effect of maternal depression and anxiety on mother's perception of child and the protective role of social support. *J Reprod Infant Psychol* 2018; 36(4): 434-48.
 46. Abadiga M. Magnitude and associated factors of postpartum depression among women in Nekemte town, East Wollega zone, west Ethiopia, 2019: A community-based study. *PLoS One* 2019; 14(11): e0224792.
 47. Rouse MH, Goodman SH. Perinatal depression influences on infant negative affectivity: Timing, severity, and co-morbid anxiety. *Infant Behav Dev* 2014; 37(4): 739-51.
 48. Karami K, Mardani A, ShakeriNejad G, Saki A. Effectiveness of a codified educational behavioral program on the mental health of pregnant women. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci* 2015; 23(9): 879-89. [In Persian].

49. Vigod SN, Tarasoff LA, Bryja B, Dennis CL, Yudin MH, Ross LE. Relation between place of residence and postpartum depression. *CMAJ* 2013; 185(13): 1129-35.
50. Pao C, Guintivano J, Santos H, Meltzer-Brody S. Postpartum depression and social support in a racially and ethnically diverse population of women. *Arch Womens Ment Health* 2019; 22(1): 105-14.
51. Norouzi Z. Prediction of postpartum depression based on parental bonding, history of anxiety, and depression among women attended health care centers in Shiraz. *Razi J Med Sci* 2015; 21(127): 24-30. [In Persian].
52. Adamu AF, Adinew YM. Domestic violence as a risk factor for postpartum depression among Ethiopian women: Facility based study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2018; 14: 109-19.
53. Tho Nhi T, Hanh NTT, Hinh ND, Toan NV, Gammeltoft T, Rasch V, et al. Intimate Partner Violence among Pregnant Women and Postpartum Depression in Vietnam: A Longitudinal Study. *Biomed Res Int* 2019; 2019: 4717485.
54. Nurbaeti I, Deoisres W, Hengudomsb P. Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia. *Sex Reprod Healthc* 2019; 20: 72-6.
55. Akhbary P, Mohsenipouya H, Shojaeizadeh D, Naghibi A. Impact of domestic violence on postpartum depression among women in Rey City, Iran, in 2016. *Avicenna J Clin Med* 2018; 24(4): 299-306. [In Persian].
56. Mousavi GA, Sabahi-Bidgoli M, Omid A, Kosha Z, Ghavami M, Gorji Z, et al. Prevalence of postpartum depression and its relation to some psychosocial factors in mothers referred to health centers of Kashan during 2007-8. *Feyz* 2011; 15(3): 247-53. [In Persian].
57. Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Ann Epidemiol* 2009; 19(9): 637-43.
58. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Front Psychiatry* 2017; 8: 248.
59. Kozinszky Z, Dudas RB, Devosa I, Csator dai S, Toth E, Szabo D, et al. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depressive symptomatology? *Psychother Psychosom* 2012; 81(2): 98-107.
60. McGill H, Burrows VL, Holland LA, Langer HJ, Sweet MA. Postnatal depression: A Christchurch study. *N Z Med J* 1995; 108(999): 162-5.
61. Karimy M, Koohestani HR, Araban M. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. *Diabetology & Metabolic Syndrome* 2018; 10: 86. [In Persian].
62. Shahry P, Kalhori SR, Esfandiyari A, Zamani-Alavijeh F. A Comparative study of perceived social support and self-efficacy among women with wanted and unwanted pregnancy. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2016; 4(2): 176-85.
63. Tafvizi Zavareh M, Tavakkoli Fard N, Zamani alavijeh F. the relationship between mental health dimensions with perceived social support in Isfahan health services providers in 2018. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2020; 17(12): 975-84. [In Persian].