

بررسی مداخلات پیشگیری کننده بر افسردگی بعد از زایمان

گردآوری از: نضال آژ *

مقدمه:

حدود ۴۰ تا ۶۰ درصد زنان در دوران پس از زایمان دچار شکلهایی از افسردگی بالینی تحت عنوان اندوه شده که با علائمی از غم، ترس، و تغییر خلق و ... شناخته می شود. از این تعداد بین ۱۰ تا ۱۵ درصد (برخی منابع ۲۰ تا ۳۰٪) مبتلا به افسردگی متوسط گردیده که از اواخر هفته دوم پس از زایمان شروع شده و در صورت عدم درمان تا ۶ ماه، تحت عنوان افسردگی پس از زایمان بررسی می گردد و با نشانه های از قبیل عدم توجه به ظاهر خود و کاهش پاسخهای احساسی و ارتباطی با بستگان، بی اشتها، تحریک پذیری، کاهش میل جنسی، افکار و گاهی اقدام به خودکشی و بروز مشکلاتی در امر مراقبت از طفل که این امر در آینده بر یادگیری و تمرکز حواس کودک اثرگذار خواهد بود، ظاهر می گردد. تغییرات هورمونی، بیوشیمیایی، عوامل روانی- اجتماعی و تاثیرات محیط دلیل افسردگی است. باید دانست که فاکتورهایی چون سابقه ابتلا، حاملگی ناخواسته، تصور عدم حمایت، از دست دادن موقعیت اجتماعی بر اثر تولد فرزند و ترس از زایمان، استرس محیطی، وضعیت اقتصادی پایین و ترس از دست دادن جاذبه جسمی و جنسی از نظر همسر در بروز این عارضه نیز موثر می باشد. درمان افسردگی بعد از زایمان ترکیبی از روان درمانی، حمایت اجتماعی و داروها می باشد. مداخلات روان درمانی می تواند به عنوان جزیی از برنامه های آمادگی برای زایمان یا بلافاصله پس از آن قرار گیرد و معمولاً بصورت گروهی یا فردی، با یا بدون همسران و ... برگزار می گردد و در سازگاری مادران نخست زای برای تغییرات

بعد از زایمان مفید است. در این میان ماماها، پرستاران تعلیم دیده در دوران پری ناتال می توانند نقش اساسی را ایفا کنند.

تعریف و اپیدمیولوژی:

در خلال دوران پس از زایمان بسیاری از زنان علائمی از افزایش تنش، اضطراب و افکار منفی را نشان می دهند. حدود ۴۰ تا ۶۰ درصد از زنان در این زمان مبتلا به شکلهای از افسردگی بالینی تحت عنوان اندوه گردیده (۲۰) که با خصوصاتی مانند غم خفیف، ترس، عصبانیت، تغییر خلق و خستگی شناخته می شود و حالتی خودبخود محدود شونده دارد. از این تعداد ۱۰ تا ۱۵ درصد و برخی منابع ۲۰ تا ۳۰ درصد (۶)، از اواخر هفته دوم دچار افسردگی متوسط شده و در صورت عدم درمان تا ۶ ماه یا حتی تا یکسال بطول می انجامد که این حالت افسردگی پس از زایمان نامیده می شود (۶) و با علائمی از عدم توجه به ظاهر و کاهش پاسخهای احساسی و ارتباطی با بستگان، بی اشتها، تحریک پذیری، کاهش میل جنسی، افکار و گاهی اقدام به خودکشی (۱۰ و ۲۰) و نیز مشکلاتی در مراقبت از طفل که می تواند در آینده بر یادگیری و تمرکز حواس طفل اثر بگذارد (۴)، بروز می کند. در حدود ۱ مورد در ۵۰۰ زایمان (۱/۱ تا ۲۰/۲ درصد) به نوع شدید افسردگی بصورت سایکوز بعد از زایمان مبتلا می شوند (۲).

علل افسردگی عبارتند از عوامل هورمونی، بیوشیمیایی، روانی، اجتماعی و تاثیرات محیط (که امروزه تحت عنوان عوامل زیستی، روانی و اجتماعی نامیده می شود) و یک عامل آشکارساز به عنوان جرقه که در بروز آن دخیل می باشد. عوامل و فاکتورهای

* کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی زینب (س) لاهیجان.

درمان افسردگی بعد از زایمان ترکیبی از دارو درمانی، روان درمانی و حمایت اجتماعی می باشد که بسته به شدت و علل می تواند متغیر باشد. در صورتیکه مادر خواهان شیردهی باشد روان درمانی ارجح به نظر می رسد و به دو روش زیر اعمال می شود:

الف) مداخلات پیشگیری کننده

ب) درمان در مرحله حاد بیماری

در مداخلات پیشگیری کننده باید کل جمعیت زنان حامله تحت نظر قرار گرفته و مراقبت ها، در دوره پره ناتال یا بلافاصله پس از زایمان و قبل از بروز علائم افسردگی صورت گیرد. منظور از مداخلات پیشگیری کننده، پیشگیری سطح اولیه بهداشت روانی است که بصورت اجرای برنامه هائی است که با تاثیر بر عوامل بوجود آورنده بیماریهای روانی، از بروز این عوارض جلوگیری می کند. این برنامه ها در مورد تمام افراد جامعه بخصوص گروههای آسیب پذیر مانند کودکان و زنان حامله و افراد پیر قابل اجراست. در روش پیشگیری اولیه، هدف کاهش تظاهرات هیجانی در جامعه است و از طریق مبارزه با عوامل استرس زا و حالاتی که بالقوه به عوارض روانی منجر می گردد، آموزش، قدم اولیه و اساسی ترین رکن به شمار می آید. بدین منظور متخصصین بهداشت روانی با همکاری سایر گروهها مانند افرادی که در خدمات عمومی فعالیت دارند و افراد غیر حرفه ای داوطلب به منظور گسترش اطلاعات بهداشت روانی عموم باید وارد میدان عمل شوند (۴).

ولی در مورد روش اجرای دوم، مداخلات پس از بروز نشانه های بیماری است (۱۴). چندین مدل روان درمانی که بصورت فردی، گروهی مرکب، خانواده و زوج درمانی، رفتار درمانی، شناخت درمانی، روان درمانی اجتماعی و علاوه بر این استفاده از مراقبین بهداشتی در منزل یا از طریق تلفن نیز کمک کننده است (۳). شناخت درمانی و درمان بین فردی در موارد افسردگی متوسط قابل اجراست و تجویز آن را برای احتراز از دادن دارو موثر می دانند، رفتار درمانی در موارد افسردگی خفیف به صورت کوتاه مدت قابل استفاده

متعدد دیگری نیز چون سابقه افسردگی در شخص یا افراد فامیل، حاملگی نا خواسته، تصور عدم حمایت اجتماعی اقتصادی، طلاق، از دست دادن همسر یا یکی از عزیزان در اواخر حاملگی، ترس از بیکار شدن، مشکلات و حوادث مامائی و استرس محیطی، مادر را در خطر بروز این عارضه قرار می دهد. البته این عوامل همواره توأم با افسردگی نیستند (۱۲).

برخی تصور می کنند این بیماری در زنانی که بچه دوست ندارند یا مادران شایسته ای نیستند و نیز در زنان ضعیف دیده می شود. گروهی از مردم معتقدند که این عارضه، اصلا بیماری محسوب نشده، بلکه شکلهائی از واقعیت است که تشدید می گردیده و بدلائلی متاسفانه تشخیص داده نمی شود، زیرا متخصصین فکر می کنند که درجاتی از افسردگی در یک دوره بعد زایمان، طبیعی است و نیاز به نگرانی و مداخله ندارد. از طرفی در برخی از جوامع احساس ترس مادر، خشم و دلسردی ناگهانی او قابل درک نیست و بروز این احساسات توسط مادران به عنوان یک رفتار نامناسب و خارج از کنترل محسوب می شود، زیرا زنان باید احساسات و تصورات مادرانه خود را در حد بالائی حفظ کنند و افت آن حتی برای مدت کوتاهی قابل قبول نیست و به این نتیجه می رسند که خطاکار بوده و احساس گناه خواهند کرد (۱۲و۶).

روشهای درمانی:

افسردگی پس از زایمان به عنوان یک اختلال در سلامت روانی محسوب گردیده و این عارضه در مادران نخست زا از شیوع بالائی برخوردار است، با توجه به این که در چنین حالتی مادر قادر به مراقبت از نوزاد نبوده و بار عاطفی مثبت به نوزاد انتقال نمی نماید و خطر صدمه رساندن به نوزاد از طرف وی وجود دارد، لذا این شرایط یک فاکتور محل تکامل جسمی و روانی کودک در زمان حال و آینده محسوب می گردد پس باید در جهت درمان و ایجاد شرایط مناسب تلاش نمود (۵).

کودک را فراهم می کند. نتایج مطالعات نشان می دهد که افزایش مداخلات توسط پرستاران جامعه نگر در ماههای اول پس از زایمان می تواند برخی علائم را که سبب افسردگی می گردد، کاهش دهد. از طرف دیگر بوجود آوردن محیطی توأم با حمایت مانند ویزیت های شنیداری حاملگی را به سوی سرانجام مامائی بهتر هدایت می نماید (۱۹).

مروری بر مطالعات در زمینه پیشگیری:

تحقیقات در زمینه روش جلوگیری از افسردگی بعد زایمان و قبل از ابتلا به این عارضه کاملاً به اثبات نرسیده و نیاز به مطالعات بیشتری دارد. دو مطالعه کنترل شده در مورد ارزش دادن به آموزش در جامعه پس از زایمان توسط لاوند و واکین شو در ۱۹۹۸ و سمال و همکاران در سال ۲۰۰۰ انجام شد.

لاوند و همکاران در سال ۱۹۹۸ در لیورپول انگلیس ۱۱۴ زن نخست زا که در حین زایمان دچار تروما بودند قبل از افسردگی با روش های شنیداری، حمایت گروهی، مشاوره و آموزش بدقت تحت بررسی قرار دادند. گروه مطالعه ۵۶ نفر و گروه کنترل ۵۸ نفر بودند، متوسط افسردگی و اضطراب سه هفته بعد زایمان اندازه گیری شد. افسردگی در زنان گروه مطالعه نسبت به گروه کنترل به طور قابل ملاحظه ای کمتر بود. این پژوهشگران پیشنهاد می کنند که ماماها به منظور تعدیل مشکلات لیبر و بعد از زایمان حداقل یک جلسه آموزشی اختصاص برای مادران باردار منظور نمایند (۱۳).

سمال و همکاران مطالعه ای را برای بررسی تاثیر آموزش در طی جلسات متعدد توسط ماماها در دوره اقامت زنان باردار در بیمارستان ترتیب دادند، زنانی که زایمان توأم با عمل سزارین، فورسپس و واکنوم داشتند، در این تحقیق مشارکت داده شدند. این تحقیق در بیمارستان آموزشی ملبورن در استرالیا انجام شد و تعداد نمونه ها ۱۰۴۱ زن بودند از معیار ادینبورگ برای تشخیص افسردگی استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که هر چند میزان افسردگی در گروه مطالعه کمتر است

است. خانواده یا زوج درمانی در مواردی که افسردگی زندگی خانوادگی فرد را در معرض خطر قرار داده، یا وقتی زندگی بیمار در معرض نابودی است می تواند استفاده شود (۱).

تاثیر روان درمانی به تنهایی در درمان افسردگی پس از زایمان توسط محققین متعددی به اثبات رسیده است، بارتنت و پارکر در سال ۱۹۸۵، موریس در سال ۱۹۸۷، هولدن در سال ۱۹۸۹، کلینن در سال ۱۹۹۱، پتس در سال ۱۹۹۵، سیلگمن در سال ۱۹۹۵، سیلی و همکاران در سال ۱۹۹۶، مورگان در سال ۱۹۹۷ و دروینس در سال ۱۹۹۹ از جمله کسانی هستند که روان درمانی و تاثیر آنرا در افسردگی مورد بررسی قرار دادند (۱۹).

آموزش در زمینه حمایت گروهی، وقایع زایمان و مسائل و مشکلات مربوطه، روابط زناشویی، نحوه مراقبت از خود و تغذیه مناسب، ورزش و تن آرامی بهتر است همراه مراقبت های پره ناتال بصورت جلسات اضافی برای زنان حامله به اجرا درآید.

اطلاع رسانی در مورد حوادث مربوط به زایمان و مسائل بعد از آن به زن حامله باعث اصلاح باورهای غلط و کاهش تنش های ذهنی از طریق یادآوری خاطرات سبب می شود که مداخله ای جدی را به منظور جلوگیری از استرس بعد از حادثه فراهم می کند (۵).

مطالعات در زمینه روان درمانی متعدّدند و بسیاری از این مطالعات به طور مستقیم به دپرسیون بعد از زایمان اشاره ندارند و بر روی برنامه های مانند کاهش دیسترس پس از زایمان، افزایش ارتباط مادر - فرزند، آموزش نحوه رشد کودک، افزایش ارتباطات و تعامل با همسران و افزایش دریافت حمایت گروهی، به عنوان هدف تاکید می نمایند. تحقیق کوردون در سال ۱۹۶۰ و هالونن در سال ۱۹۹۰ بر روی آموزش تن آرامی برای کاهش استرس زایمانی صورت گرفت. تحقیق دانالدسان در سال ۱۹۹۱ شواهدی از مداخله آموزشی توسط پرستاران تعلیم دیده و افزایش ارتباطات والد -

ولی تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت (۱۸).
وسلی در سال ۱۹۹۸ متوجه شد که آموزش دادن و سپس پیگیری ۳ هفته بعد از زایمان باعث می شود که افسردگی خفیف تر شده و مشابه اندوه پس از زایمان قلمداد شود که متاثر از برنامه های مداخله گرایانه است (۲۲).

در سال ۱۹۹۵ تحقیقی توسط میدر انجام شد که هدف آن مطالعه تاثیر مداخلات پره ناتال بر روی اضطراب بعد از زایمان با وجود یک گروه کنترل بود. یک گروه از زنان در کلاس های معمولی پره ناتال و به گروه دیگر علاوه بر مراقبت های معمول ۲ جلسه آموزش داده شد. درمان بصورت زوج درمانی بود تعداد کل نمونه ها ۱۳۰ مورد که ۸۱ نفر در گروه مطالعه قرار داشتند همکاری زنان در گروه مداخله بیشتر بود و اضطراب در این افراد کمتر به نظر می رسید (۸).

کوان و همکاران تاثیر درمان پیشگیری را با استفاده از آموزش روان درمانی گروهی در زنان نخست زاء، در حین بارداری و بلافاصله پس آن بررسی نمودند (از ۳ ماه قبل تا ۳ ماه بعد) درمان بصورت زوج درمانی صورت گرفت، مربیان نیز زن و مرد بودند. درمان مربوط به دوران انتقالی (بین زمان زایمان و والد شدن زوج) با تاکید بر روابط زناشویی که از تولد بچه متاثر می شود، متمرکز بود. بر طبیعی نشان دادن استرس در دوره انتقالی و طبیعی بودن مشکلات مربوط به تولد تاکید شد. هر دو گروه در سه ماه سوم هفته ای ۲/۵ ساعت آموزش داده شدند. تعداد کل نمونه ۴۷ زوج بود. یک گروه آموزش های رایج دریافت نمودند و گروه مداخله از آموزش های فوق بهره مند شدند. بعد از ۶ ماه و سپس ۱۸ ماه از زایمان میزان افسردگی آنان با تست بک (BDI) در دو گروه ارزیابی شد، ولی تفاوت معنی دار آماری مشاهده نشد. همسران آنان از این برنامه ها چندان راضی نبودند ولی مددجویان از همراهی همسران خویش ابراز رضایت می کردند (۱۷).

الیوت و همکاران در تحقیقی از روش گروه درمانی جهت نشان دادن تاثیر آن در پیشگیری از افسردگی استفاده کردند، کلاس ها از ۴ ماه قبل تا ۶ ماه بعد از زایمان ادامه داشت. هر گروه ۱۰-۱۵ عضو داشت. ملاقات گروهها ماهیانه صورت می گرفت. برنامه ها بصورت مشاوره درمانی و ارائه دهنده مراقبت، پرسنل حرفه ای بهداشت روانی بود. جلسات اولیه بر روی برنامه های ساختاری و آموزش روانی متمرکز بود و سپس مطلب شکافته می شد و در اواخر بارداری، روابط رسمی از بین رفته و فرد درمانی ارائه می گردید. افراد پر خطر، بر اساس سابقه بیماریها ی روانی، اضطراب بالا و وضعیت زناشویی و نداشتن اعتماد به نفس دسته بندی شدند. در افرادی که از گروه درمانی بهره جستند، میزان افسردگی بسیار کمتر از گروه شاهد بود (۱۲/۷٪ در مقابل ۳۳٪) (۷).

تروتر و همکاران در تحقیق خود، حمایت اجتماعی در حین بارداری را برای جلوگیری از دپرسیون به کار بردند. گروه مداخله، توسط یک مددکار اجتماعی مورد حمایت روحی قرار گرفتند. این تحقیق در جنوب آفریقا انجام شد. ۶۳ زن حامله بصورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند، نمونه ها نخست زاء بودند و از نظر دپرسیون و فاکتور های آن ارزیابی شدند. ۳ ماه بعد از زایمان پرسشنامه افسردگی تکمیل گردید که گروه حمایت شده نمره پائینی (۱۳/۶۳) از افسردگی داشتند در مقابل نمره گروه کنترل ۱۸/۲۹ بود که نتیجه از نظر آماری معنی دار بود (۲۰).

هالونن و همکاران در سال ۱۹۹۶ از میان زنانی که جهت دریافت آموزش تن آرامی برای درد زایمان مراجعه کرده بودند نمونه هایی را برای آموزش پس از زایمان انتخاب کردند. نمونه ها به ۴ گروه تقسیم گردیدند گروه اول با سخنرانی، گروه دوم نمایش، گروه سوم آموزش تن آرامی، چهارمین گروه هم نمایش و تن آرامی را بکاربردند. آموزش تن آرامی در دو نوبت و دو روز بعد از زایمان انجام شد. نمره بک گروه سوم ده روز بعد از زایمان کمتر از سایرین، و بعد از یک ماه

همانطور که قبلا ذکر شد رئوس مطالبی که باید آموزش داده شود بهتر است در زمینه فیزیولوژی حوادث زایمان و اختلالات پس از آن باشد. محتوای این آموزش حول محورهای زیر است:

- رشد و تکامل جنین
 - نوزاد و مراقبت های مربوطه
 - زایمان و وقایع همراه با آن ونحوه کاهش درد با استفاده از متدهای رایج
 - تغییرات جسمی در دوران پس از زایمان
 - تغییرات روانی در دوران پس از زایمان
 - مراقبتهای جسمی و روانی، روابط زناشویی و اجتماعی در دوران پس از زایمان، که مهمترین این مراقبتها در ذیل آمده است:
 - ۱- مراقبت از خود و استراحت
 - ۲- داشتن تغذیه مناسب
 - ۳- ورزش
 - ۴- اختصاص وقت برای خود
 - ۵- توجه به همسر و روابط زناشویی و افزایش حساسیت به اشارات طفل
 - ۶- بروز آزادانه احساسات
 - ۷- کمک گرفتن از بزرگسالان با تجربه
- پس از زایمان بدلیل از دست دادن مقدار زیادی خون و نیز خستگی ناشی از کار سخت زایمان، نیاز به تغذیه مناسب، استراحت کافی و ورزش برای بدست آوردن سلامتی وجود دارد. اختصاص وقت به خود و توجه به روابط زناشویی با توجه به تاثیر هورمون های دوران شیردهی و خشکی واژن از طریق بکارگیری لوبرکانت مناسب، به تخیلات مربوط به تصور نادرست از جسم خود پایان می دهد و افزایش حساسیت به اشارات طفل مانند لبخند و ارتباط چهره به چهره به بهبود روابط با کودک منجر می گردد. مادران باید به خود این حق را بدهند که گاهی احساس بد داشته باشند و بتوانند آن را با همسرشان در میان بگذارند و بلاخره یاری خواستن از افراد مطمئن و باتجربه بخصوص در مواردی که فرد به تنهایی قادر به رویارویی با مشکلات

افسردگی در همه گروهها نسبت به جمعیت عمومی کمتر بود. نمره بک تمامی آنان نیز کمتر از ۱۱ بود که نشانه عدم وجود افسردگی می باشد (۹).

کوردون آموزش بهداشت روانی بصورت گروهی را مطالعه کرد. وی تغییرات افسردگی را در گروه کنترل و مطالعه با توجه به ارائه دو کلاس همراه با همسران و یا بدون همسر بررسی نمود، بر اساس این تحقیق شیوع افسردگی در گروه مطالعه ۱۵ درصد و در گروه شاهد ۳۷ درصد بدست آمد و تنها ۲ درصد شش ماه بعد دچار افسردگی شدند (این رقم ۲۸٪ در گروه کنترل بود).

در تحقیقات دیگری از گروه همسانان برای آموزش استفاده شد. زنانیکه قبلا سابقه افسردگی در طی حاملگی خود داشته اند را تحت آموزش بصورت فشرده قرار داده و سپس این افراد در کلاسهای آموزشی به مادران پرخطر آموزشهای لازم را می دادند (۱۵).

تحقیقات دیگر استفاده از تلفن با یک فرد رابط که می تواند از گروه همسانان یا روانپزشک و یا یک متخصص بهداشت روانی باشد را مورد بررسی قرار داده اند و مادران جوان در صورت احساس اندوه و یا داشتن هر یک از علائم خطر با این افراد تماس برقرار می نمودند. اسامی افراد توسط موسسه مربوطه در اختیار مادران قرار می گرفت (۱۴).

محتوای آموزشهای قبل از زایمان در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان:

تحقیقات فوق بر نقش آموزش در دوران بارداری به عنوان یک روش پیشگیری در کاهش افسردگی پس از زایمان تاکید دارد. این آموزش از طریق پرسش و پاسخ و سخنرانی، گروهی، تلفنی و... می تواند ارائه شود. نیز استفاده از سایت های اینترنتی امروزه روش رایجی در جهان است و بسیاری از دانشگاهها و مراکز درمانی کشورهای پیشرفته سایتهای خاصی در این زمینه بصورت رایگان ایجاد کرده اند مانند santa barbata و oxford و...

- خوب غذا بخورید و از خوردن قهوه اجتناب کنید.
- قدم بزنید.
- اهداف کوچک را برای خودتان در نظر بگیرید.
- از اینکه تقاضای کمک کنید، نترسید.
- از خانه خارج شوید.
- احساس گناه نکنید، زیرا انرژی شما را از بین می برد.
- بازی و هر گونه تفریحی که دوست دارید انجام دهید و یا آواز بخوانید.
- انتظار روزهای خوب و بد را داشته باشید.
- در کارها تقدم را در نظر بگیرید که چه کاری باید انجام دهید و چه کاری را می توانید صبر نمایید.
- از همسران برای کمکی که به شما می کند تشکر کنید.
- خودتان را با دیگران هرگز مقایسه نکنید.
- با همسران بطور خصوصی در مورد نیازتان صحبت کنید.
- خودتان را مواخذه نکنید.
- تا آنجا که امکان دارد خوب کار کنید. اگر احساس می کنید کافی نیست، آن را تعطیل کنید.
- همسران را تشویق کنید که فعالیت و حمایتی خارج از خانه برایتان پیدا کند.
- به خودتان اعتماد داشته باشید.
- به خودتان تذکر دهید که همه چیز به زمان نیاز دارد.

- مادر شدن نیست و در بروز احساسات خود با شکست روبرومی شود، بسیار مفید می باشد.
- توصیه هایی به مادران :
- وقتی بچه خواب است استراحت کنید(ظرف و لباس شستن و تمیز کاری نکنید).
- به همسران اجازه دهید که احساسات شما را بفهمد.
- نیازهای خودتان را در اولویت قرار دهید .
- به بستگان و بزرگسالان اجازه دهید به شما کمک کنند.
- از داشتن یک برنامه غیر قابل انعطاف اجتناب کنید.
- به خودتان اجازه دهید که گاهی احساسات بد داشته باشید.
- در مواقعی که نیاز دارید به افراد مورد علاقه تلفن کنید.
- توقع نداشته باشید که همه چیز در مورد شما صحیح باشد.
- چند لحظه برای خودتان بخندید.
- زیاد خودتان را خسته نکنید .
- خیلی به نصایح دیگران دقت نکنید.
- برای پذیرایی از میهمانان یک محدودیت قائل شوید .
- از دیدار مردمی که شما را ناراحت می کنند اجتناب کنید و برای این افراد در رفتار مرزهایی قرار دهید .

منابع:

- ۱- اسدی نوقابی، احمدعلی. بهداشت روان ۲. انتشارات بشری. تهران. ۱۳۷۵.
- ۲- قره خانی. پرویز. اصول بارداری و زایمان. انتشارات نور دانش. تهران. ۱۳۸۱.
- ۳- کابلان، سادوک. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی. نصرت اله پور افکاری. تهران. شهراب. ۱۳۷۵.
- ۴- گودرزی، آذرمیدخت. "میزان افسردگی در میان پرستاران بیمارستانهای علوم پزشکی تهران". پایان نامه. کتابخانه دانشکده پرستاری و مامائی تهران. ۱۳۷۳.
- 5-Debera, Bick . **Postnatal care**. Churchill Livingston. London. 2002.
- 6-Dra Kohen. **Women and Mental Health**. London, Rout Leadge, 2002, 29, 31
- 7-Elliott.t " Prevent groups in pregnancy. A preventive intervention for postnatal depression". **Gottlieb. B.H.**,1990.
- 8-Grazioli Rachel "The role of cognitive Vulnerability and stress in the prediction of postpartum depression symptomatology " **British journal of clinical psychology**, 2000, 39: 329-347
- 9-Holonen "Relaxation training and exception in treatment of postpartum distress " **J. Consult clinical psychology**, 1990.
- 10- Honikman Jane, **Postpartum International**, Santa Barbara,2002,
- 11- Kaplan, Child directed speech produced by mother with symptom of depression fails to promot associative learning in 4 month old infant, **Child**, 1999,70:560
- 12-kliemen,karen "how can I tell if I have depression" msw. Baby center . com. 2002
- 13- Lavender, Tina "Can midwives reduce postpartum psychological morbidity" **Birth** ,1998,25(4):215.
- 14- Lowdermik "Maternity & women ,s Health care "7th edition ,2000 , Mósby . ch .18.
- 14- Meirsteine, Kimberly A. "Mood disorder in women" Martin. Ddunitz company. London. 2002.
- 15-Mills JB ,kornblithPR, "Fragile beginnings identification and treatment of postpartum disorders" **Health Social Work** 1999;17; 192-9.
- 17-Sandra A. Elliot t " Promoting mental health after child birth ,A controlled trial of prevention of postnatal depression " **British Journal of clinical psychology** , 2000 , 39 : 223-241.
- 18- Small etal" Randomized controlled trial of midwives led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth" **BMJ**. 2000,28:321 (7268) . 1043-47.
- 19- SCIRUS.com "postnatal depression a symptomatic review of published scientific literature. to1999.
- 20-Sherwen Lauie ,Maternity nursing,appletion&Angle,1999,90,113.
- 21-Trotter. "The effect of social support during labor on postpartum depression". **South Africa J. psychol** , 1992(22) :134-9.
- 22-Wesley "Reducing distress after normal childbirth" **Birth** , 1998.25(4):220-221.