ORIGINAL ARTICLE

Postpartum Depression, Parenting Self-Efficacy, and Associated Factors during the COVID-19 Pandemic: A Descriptive-Analytical Study in Mazandaran Province

Fatemh Abdollahi[1]
Mehran Zarghami[2]
Samad Rohani Otaghsara[3]
Bizhan Shabankhani[4]
Jamshid Yazdani Charati[5]

[1] Associate Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine and Health Sciences, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3]Associate Professor, Department of Health Managment, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[5] Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 14, 2026; Accepted October 14, 2026)

Abstract

Background and purpose: Studies have suggested that the COVID-19 pandemic was associated with an increased risk of mental health problems, particularly among vulnerable populations such as women. This study aimed to assess psychological outcomes among postpartum women during the COVID-19 pandemic.

Materials and methods: This descriptive-analytical study included 945 women attending primary healthcare centres in Mazandaran Province in 2020. Participants were recruited using a multistage cluster sampling method and assessed 2-8 weeks after delivery. Data were collected using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the Parenting Self-Efficacy Questionnaire (PSE), and a demographic questionnaire. Regression analysis was performed to identify factors associated with postpartum depression (PPD) during the pandemic, with adjusted odds ratios (aORs) calculated.

Results: Overall, 21.7% of the women reported having been infected with COVID-19. COVID-19 infection was significantly more prevalent among employed women with less than a high school education, living in extended families and having spouses with higher educational attainment, than among housewives with higher educational attainment, living in nuclear families and having spouses with higher educational attainment ($P < 0.05$). The prevalence of PPD was 21.6%. Although PPD was more prevalent among women with COVID-19 than among those without infection, the difference was not statistically significant (23.6% vs. 20.3%). Factors associated with PPD included a history of PPD (aOR = 2.50, 95% CI: 1.32-4.72), anxiety during pregnancy (aOR = 2.85, 95% CI: 1.51-5.41), lower parenting self-efficacy (aOR = 0.63, 95% CI: 0.55-0.73), and urban residence (aOR = 1.56, 95% CI: 1.09-2.23).

Conclusion: COVID-19 infection was not significantly associated with an increased prevalence of PPD among postpartum women. The factors associated with PPD were broadly consistent with those identified before the pandemic. Strengthening support mechanisms for women during periods of increased vulnerability, such as epidemics, is therefore recommended.

Keywords: COVID-19, pandemic, postpartum depression, parenting self-efficacy, associated factors

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (263): 181-194 (Persian).

Corresponding Author: Jamshid Yazdani Charati - Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: jamshid.charati@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۶۳ آبان سال ۱۴۰۵ (۱۹۴-۱۸۱)

شیوع افسردگی پس از زایمان، کفایت نقش مادری و عوامل مرتبط در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ در استان مازندران: یک مطالعه توصیفی-تحلیلی

فاطمه عبدالهی [۱]
مهران ضرغامی [۲]
صمد روحانی اطاقسرا [۳]
بیژن شعبانخانی [۴]
جمشید یزدانی چراتی [۵]

چکیده

سابقه و هدف: اپیدمی کووید-۱۹ با تشدید مشکلات روانی در جمعیت‌های پرخطر مانند زنان همراه است. هدف این مطالعه بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان، کفایت نقش مادری و عوامل مرتبط با ان پس از زایمان در طول کووید-۱۹ می باشد.

مواد و روش ها: در یک مطالعه توصیفی تحلیلی، ۹۴۵ مادر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان مازندران (۱۳۹۹) طی ۸-۲ هفته بعد اززایمان با پرسشنامه های افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ، کفایت نقش مادری و دموگرافیک به روش خوشه ای چند مرحله ایی مورد پرسشگری قرار گرفتند.ازآنالیز رگرسیون برای تخمین نسبت شانس تعدیل‌شده جهت تعیین ارتباط بین فاکتورهای مرتبط با افسردگی پس از زایمان در دوران کووید-۱۹ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ۲۱/۷ درصد از زنان باردار به کووید – ۱۹ مبتلا شدند. احتمال ابتلا به کووید – ۱۹در مادران شاغل با سواد کمتر از دیپلم که درخانواده های گسترده با همسران با تحصیلات بالاترزندگی می کردند بیشتراز مادران خانه دار با تحصیلات بالاتر از دیپلم که در خانواده های هسته ایی زندگی می کردند بود($P < ۰/۰۵$). شیوع افسردگی بعد از زایمان نیز ۲۱/۶ درصد بود که در زنان مبتلا به کووید-۱۹ با گروه سالم تفاوت معنی‌داری نداشت(۲۳/۶ درصد در برابر ۲۰/۳ درصد). و عوامل مرتبط ان شامل سابقه افسردگی بعد از زایمان(aOR: ۲/۵۰، CI: ۱/۳۲ – ۴/۷۲) تجربه اضطراب در دوران بارداری(aOR: ۲/۸۵، CI: ۱/۵۱ – ۵/۴۱)، کاهش کفایت نقش مادری(aOR: ۰/۶۳، CI: ۰/۵۵ – ۰/۷۳) و زندگی در شهر(aOR: ۱/۵۶، CI: ۱/۰۹ – ۲/۲۳) بود. میانگین نمره کفایت نقش مادری در دو گروه مبتلایان به کووید -۱۹و گروه سالم تفاوت معنی‌دار نداشت.

استنتاج: اپیدمی کووید-۱۹ تأثیر منفی معنی داری بر افسردگی پس از زایمان و کفایت نقش مادری زنان نداشت. عوامل مرتبط افسردگی پس از زایمان نیز مشابه قبل از اپیدمی بود. پیشنهاد می‌شود سازوکارهای حمایت از زنان در مواقع افزایش خطر مانند اپیدمی‌ها تقویت شوند.

واژه های کلیدی: کووید ۱۹، اپیدمی، کفایت نقش مادری، افسردگی بعد از زایمان، فاکتورهای مرتبط

مولف مسئول: جمشید یزدانی چراتی– ساری ،کیلومتر ۱۸ جاده فرح اباد،مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
Email: jamshid.charati@gmail.com
۱. دانشیار ، گروه اموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت ساری ، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استاد، گروه روانپزشکی ، دانشکده پزشکی ، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، مرکز تحقیقات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشیار ، گروه مدیریت و خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت ساری ، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. استادیار ، گروه اپیدمیولوژی و امار زیستی ، دانشکده بهداشت ساری ، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. استاد، گروه اپیدمیولوژی و امار زیستی، دانشکده بهداشت ساری ، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۴/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۵/۴/۳۱ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۷/۲۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

چالش های گسترده ناشی از همه گیری کووید-۱۹ مشکلات منحصر به فردی را برای زنان باردار و پس از زایمان که خود مستعد به آسیب پذیری هستند ایجاد کرد(۱). عدم قطعیت در خصوص اثرات کووید بر جنین و نوزاد و ایمنی واکسن در دوران بارداری باعث نگرانی و استرس در زنان باردار و زنانی بود که اخیرا زایمان کرده‌اند(۲). همچنین مطالعات نشان داده است از شروع همه گیری، ارایه خدمات دوران بارداری دچار وقفه شد، ویزیت‌های دوران بارداری متوقف شد، طرح هم اطاقی مادر و نوزاد اجرا نشد و حمایت های دوران پره ناتال از جانب کارکنان بهداشتی کاهش یافت(۳، ۴). عوامل محیطی همرا با این عوامل سبب کاهش سلامت زنان در دوران اپیدمی کووید-۱۹ شده و آنان را مستعد به بیماری‌های روان در دوران بارداری و بعد زایمان کرد(۱، ۵، ۶).

گذار به مادر شدن یک دوره حساس است و به عنوان مرحله‌ای تلقی می‌شود که زنان در آن بیشتر در معرض بیماری‌های روانی، به ویژه علائم افسردگی، قرار می‌گیرند(۷).افسردگی بعد از زایمان (postpartum depression, PPD) شایع ترین اختلال روانی بعد از زایمان است که طی چهار هفته بعد از زایمان اتفاق می افتد(۸). علائم ان شامل احساس کسالت و بی‌ارزشی، خستگی، غمگینی، ناامیدی و درماندگی است. همچنین مادران مبتلا اغلب با مشکلات خواب، تغییر در اشتها، دشواری در تمرکز، گریه بی‌دلیل، بی‌علاقگی به نوزاد، نگرانی شدید نسبت به سلامت یا وضعیت نوزاد، احساس «مادر بد بودن» و کاهش علاقه یا لذت از فعالیت‌ها مواجه می‌شوند(۹، ۱۰). میزان بروز و شیوع کلی افسردگی پس از زایمان صرف نظر از نوع ابزار تشخیصی در بین مادران سالم بدون سابقه قبلی افسردگی ۱۲ درصد و ۱۷ درصد با بیشترین شیوع در خاورمیانه ۲۶ درصد و کمترین ان در اروپا ۸ درصد گزارش شده است(۱۱). مطالعه مروری اخیر شیوع آن را درایران۵/۲ درصد تا ۵۶/۱ درصد اعلام کرد(۱۲). در یک مطالعه بر روی ۹۵۰ زن پس از زایمان دراستان مازندران شیوع آن ۳۷/۹ درصد بود(۱۳). بررسی های پیشین نقش عوامل بیولوژیکی، روانشناختی، اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی را با افسردگی پس از زایمان (PPD) مرتبط دانسته‌اند(۱۴). مطالعات نشان داده افسردگی پس از زایمان (PPD) پیامدهای مادری و نوزادی زیادی دارد. مشکلات مربوط به سلامت جسمی، مشکلات روانی و ارتباطی و رفتارهای خطرناک نمونه‌هایی از پیامدهای مادری افسردگی پس از زایمان هستند، در حالی که کاهش اندازه‌های آنتروپومتریک نوزاد، اختلالات خواب و عقب‌ماندگی حرکتی و شناختی از پیامدهای منفی افسردگی پس از زایمان (PPD) هستند که بر نوزادان و شیرخواران تأثیر می‌گذارند(۱۷- ۱۵). همچنین احتمال افسردگی بعد از زایمان در همسران این زنان نیز افزایش می‌یابد(۱۸).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان باردار و پس از زایمان در طول همه‌گیری کووید-۱۹ نسبت به قبل از همه‌گیری بالاتر بوده است(۱۹، ۲۰). سیاست‌های محدودکننده سفر و مقررات خودقرنطینگی ممکن است به سبک زندگی منفعلانه‌تر و در نتیجه بدتر شدن سلامت روان منجر شود(۲۱). Harrison و همکاران در یک مطالعه طولی در انگلستان شیوع و عوامل خطر افسردگی پس از زایمان قبل و در طول همه‌گیری را مقایسه کردند. این مطالعه در سال‌های ۲۰۱۴ (۴۵۷۱ نفر)، ۲۰۱۸ (۴۵۰۹ نفر) و ۲۰۲۰ (۴۶۱۱ نفر) انجام شد. شیوع افسردگی پس از زایمان از۱۰/۳ درصد در سال ۲۰۱۴ به ۱۶/۰ درصد در سال ۲۰۱۸ و به۲۳/۹ درصد در سال ۲۰۲۰ در دوران اپیدمی کووید-۱۹افزایش یافت(۱). نتایج یک مطالعه مروری نشان دادشیوع افسردگی پس از زایمان (PPD) در طول همه‌گیری کووید-۱۹ از ۶/۴ درصد تا ۵۶/۹ درصد متغیر بود(۲۲). در مطالعه کربلایی و همکاران بر روی۳۹۷۲۴ زن بعد از زایمان در ایران در ۶ماهه قبل (۶ماهه اول سال ۹۸) و ۶ ماهه بعد از آغاز همه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

گیری کووید ـ۱۹ (۶ ماهه اول سال ۹۹، شروع کووید-۱۹)، شیوع علائم افسردگی پس از زایمان با غربالگری سلامت روان سامانه سیب ، به ترتیب ۱/۹ درصد و ۲/۶ درصد بود(۲۳). در یک مطالعه طولی در اهواز، شیوع افسردگی بعد از زایمان با پرسشنامه استاندارد ادینبورگ (Edinburgh Postpartum Depression Scale [EPDS]) (10 < در زنان از ۲۴ درصد قبل از کووید-۱۹ (۵۰۰ زن در مرداد ۲۰۲۱) به ۶۸ درصد در دوران کووید (۴۰۵ زن در دی ۲۰۲۲) افزایش داشت(۲۴).

اختلالات روانی مانند ترس، اضطراب و افسردگی در زنان بارداری که به کووید-۱۹ مبتلا شده‌اند، شایع است. این اختلالات می‌توانند رعایت رفتارهای پیشگیرانه مؤثر را کاهش داده و منجر به مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسالم شوند که بر پیش‌آگهی بارداری و رشد جنین تأثیر می‌گذارند(۲۵) با توجه به افزایش موارد ابتلا به کووید-۱۹، همراه با تغییرات شدید جسمی و روانی در مادران پس از زایمان در دوره بلافاصله پس از زایمان، بحران کووید-۱۹ ممکن است به عنوان یک عامل استرس‌زای خاص عمل کند که به طور قابل توجهی بر افسردگی پس از زایمان تأثیر بگذارد. بنابراین، بسیار مهم است که افسردگی پس از زایمان در چارچوب یک همه‌گیری جهانی توسط کارکنان بهداشتی و محققان درک و بررسی شود. در طول همه‌گیری، مادران در دوران پس از زایمان ممکن است تجربیات متفاوتی نسبت به کسانی که قبل از همه‌گیری زایمان کرده‌اند، داشته باشند. در نتیجه، توصیف و درک عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان در این دوره می‌تواند به عملکرد بهداشتی کارکنان بهداشت و درمان و سیاست‌گذاران کمک کند. این مطالعه برای اولین بار در استان مازندران با هدف بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن و نیز میزان کفایت نقش مادری در مادران در دوران اپیدمی کووید-۱۹ طی ماههای خرداد تا شهریور ۲۰۲۰ انجام شد.

مواد و روش ها

در یک مطالعه توصیفی- تحلیلی شیوع و عوامل مرتبط افسردگی پس از زایمان (PPD) و نیز میزان کفایت نقش مادری درزنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی (Primary Health Centers, PHC) استان مازندران در دوران پاندمی کووید-۱۹ بررسی شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول و میزان شیوع گزارش شده افسردگی در طول همه گیری(۲۱ درصد)، درصد P- ۲۱، d =۰/۰۳، DE =۲۵، درصد DE =۲۵ و ریزش ۱۰ درصد تعداد نمونه۹۷۳ نفر براورد شد(۲۶). در زمان نمونه گیری تعداد ۱۰۰۰ نفر در نظر گرفته شد که ۵۵ پرسشنامه ناقص حذف و ۹۴۵ نمونه وارد تحلیل شد.

نمونه‌گیری به روش خوشه ایی چند مرحله ایی انجام شد. ابتدا ۹ شهر(گلوگاه، بهشهر، نکا، قائم شهر، آمل، نور، نوشهر، تنکابن و سوادکوه) از مناطق جغرافیایی مختلف استان انتخاب وسپس، کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهری و نیز چهار مرکز روستایی در جهات مختلف جغرافیایی جهت مکان نمونه گیری انتخاب شدند. تعداد نمونه‌های شهری و روستایی نیزبه طور وزنی بر اساس تعداد زایمان‌های سال قبل برآورد شد همچنین تعداد نمونه‌های هر مرکز به‌طور وزنی براساس تعداد مادران بعد از زایمان آن مرکز براورد شد و پرونده زنان پس از زایمان در این مراکزجهت دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه بررسی‌شد ند و از زنانی که شرایط ورود به مطالعه را داشته و برای ارایه مراقبت ازخود یا نوزاد به مراکز بهداشتی منتخب مراجعه کرده بودند جهت شرکت در مطالعه دعوت شد. در صورت رضایت و دارا بودن معیارهای انتخاب نمونه پرسشنامه ها توسط مادران تکمیل گردید.

شرایط ورود به مطالعه دارا بودن سن ۱۸ تا ۴۵ سال، تولد نوزاد زنده، مراجعه طی ۲ تا ۸ هفته پس از زایمان و توانایی درک پرسشنامه بود. همچنین، معیارهای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

خروج از مطالعه شامل زنانی بود که در زمان مطالعه بیمار بودند، آنان که سابقه اختلال روانی از جمله افسردگی مزمن، و نیز زنانی که بیماری‌های بالینی مانند فشار خون بالا، دیابت شیرین داشتند (در صورت مصرف دارو) بود. مصاحبه حضوری توسط تیمی از ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که در مورداهداف مطالعه و نحوه انجام کار آموزش دیده بودندانجام شد.

داده های نمونه ها با پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS Edinburgh Postpartum Depression Questionnaire (EPDS)؛ پرسشنامه استانداردخودکارآمدی نقش والدین (The parent expectations survey, PES) و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک-اجتماعی-اقتصادی و بالینی جمع آوری شد که شامل سن، سال‌های ازدواج، وضعیت تأهل، تحصیلات زن و شوهر، شغل زن و شوهر، درآمد خانواده، مسکن، ساختار خانواده، تعداد زایمان، نوع زایمان، سن حاملگی در زمان زایمان، تعداد ویزیت‌های مراقبت‌های دوران بارداری، تمایل به بارداری، مدت زمان پس از زایمان، تجربه افسردگی و اضطراب در دوران بارداری بر اساس خوداظهاری، سابقه افسردگی پس از زایمان، افسردگی در خانواده درطول زندگی و وجود بیماریهای روان درهمسر بود.داده های مربوط به ابتلا به کووید-۱۹با طرح سوال وپاسخ های خوداظهاری (بله و خیر) شامل ابتلا به کووید-۱۹همراه با علایم ، ابتلا همسر و فرزندان به کووید-۱۹، تجویزدارو جهت درمان عفونت ناشی از کووید-۱۹، آزمایش تست کووید-۱۹ مثبت، ازمایش PCR برای کووید-۱۹مثبت، جمع آوری شد.

پرسشنامه خودکارامدی نقش والدین Parenting Self-efficacy(PES) درک مادران را در مورد توانایی آنها در مراقبت از نوزادشان می سنجد . پرسشنامه شامل ۲۵ سوال در قالب لیکرت است که توسط Reece (۱۹۹۲) طراحی شده است(۲۷). هر سوال پرسشنامه دارای ۱۰ گزینه از نمی توانم (صفر) تا قطعا می توانم(۱۰) است. پس ازمحاسبه مجموع نمرات و تقسیم آن بر تعداد کل سوالات(۲۵) میانگین نمرات تعیین شده و نمره بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی بالاتر مادر است(۲۸).

افسردگی پس از زایمان با استفاده از مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS) بررسی شد. این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال مرتبط با خلق و خو است. پرسشنامه به صورت لیکرت براساس شدت علائم در طول هفته گذشته از صفر تا سه امتیازدهی شده و نمره کل با جمع نمرات محاسبه می شود.هفت سئوال از پرسشنامه به صورت معکوس امتیازدهی می‌شود(۲۹). نمره بیش از ۱۰ به عنوان احتمال ابتلای به افسردگی پس از زایمان در طول همه‌گیری در برخی از مطالعات در جهان(۳) و ایران (۲۴)در نظر گرفته شد.

تجزیه و تحلیل داده ها با نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۰) انجام شد. فراوانی داده ها با آمار توصیفی محاسبه شد. آزمون ازمون کای اسکوار ارتباط متغییرهای دموگرافیک-اجتماعی-اقتصادی و بالینی را با ابتلا به کرونا (بر اساس خوداظهاری نمونه ها مبنی بر ابتلا همراه با علایم)بررسی و از رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره برای بررسی ارتباط بین این متغیرها با افسردگی پس از زایمان (افسرده-بدون افسردگی) استفاده شد. متغیرهای با P کمتر ۰/۰۵ در رگرسیون لجستیک تک متغییره معنی‌دار در نظر گرفته شد و وارد مدل لوجستیک چند متغیره به روش Enter شده و متغیره با مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ معنی داردر نظر گرفته شدند و گزارش شد.

این تحقیق توسط کمیته اخلاق معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تصویب شده است (IR.MAZUMS.REC.1399.322). همچنین شرکت نمونه‌ها در تحقیق آزادانه و با اخذ رضایت شفاهی بود.

یافته ها

از ۱۰۰۰مادر شرکت کننده در این مطالعه داده های مربوط به ۵۵ نمونه (۵/۵ درصد) به علت عدم تکمیل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

پرسشنامه افسردگی بعد از زایمان حذف شد. میانگین سنی و سن ازدواج ۹۴۵ نمونه شرکت کننده در این مطالعه به ترتیب ۵/۷۷± ۳۰/۱۶و ۵/۰۷± ۲۲/۲۲ سال بود. سطح تحصیلات مادرو همسران آنان دیپلم و کمتر از آن (۵۶/۷ درصد و ۶۰/۳ درصد) و شغل اکثر مادران و همسران آنان خانه دار(۸۸/۵ درصد) و آزاد (۷۳/۴ درصد) بود. میزان درآمد اکثر نمونه ها (۸۷/۶ درصد) کمتر از ۷۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال درماه بود وهمچنین اکثر آن‌ها به صورت گسترده (۹۲/۴ درصد) ودر منزل شخصی (۶۹/۱ درصد) در شهر (۵۸/۲) زندگی می‌کردند.

تعداد بارداری اکثر نمونه ها اول و یا بودن سابقه بارداری (۵۰/۱ درصد) و خواسته (۸۵/۴ درصد) بود. جنس بیش از نیمی از نوزادان پسر (۵۳/۴ درصد) بود که اکثرا با بارداری ترم (≤۳۷ هفته) (۹۱/۵) و روش سزارین (۶۶/۱ درصد) متولد شدند. اکثر نوزادان وزن نرمال بیشتر از ۲۵۰۰ گرم (۹۴/۹ درصد) و نمره اپگار ۶ و بیشتر(۹۸/۳ درصد) ازان داشتند. بیش از نیمی از نمونه (۵۹/۹ درصد) تغذیه انحصاری با شیر مادر و(۱۰/۹ درصد) تغذیه با شیرمصنوعی را گزارش نمودند (جدول شماره ۱).

نتایج نشان داد شیوع ابتلا به کووید-۱۹ بر اساس خوداظهاری در مادران، همسران و فرزندان آنان به ترتیب ۲۱/۷ درصد ، ۲۰/۱ درصد و ۴/۹ درصد بود. که دراین بین، ازمایش کرونا و PCR ۱۲/۷ درصد و ۱۱/۴ درصد آنان به ترتیب مثبت و ۱۳/۳درصد آنان از داروهای کووید-۱۹ استفاده کرده بودند. بر اساس آزمون کای اسکوار، احتمال ابتلا به کووید-۱۹ در مادران شاغل با تحصیلات کمتر از دیپلم که درخانواده های گسترده با همسران با تحصیلات بالاترزندگی می کردند بیشتراز مادران خانه دار با تحصیلات بالاتر از دیپلم که در خانواده های هسته ایی زندگی می کردند بود(P <۰/۰۵). همچنین نتایج ازمون تی نشان داد که تفاوت معنی داری در میانگین نمره کفایت نقش مادری گروه مبتلا به کووید-۱۹ با گروه سالم وجود نداشت (۱/۱۰ ± ۹/۱۳ در مقابل ۱۱/۱ ± ۹/۰۹).

جدول شماره ۱ :مشخصه های دموگرافیک- اجتماعی- اقتصادی و پزشکی نمونه های مورد پژوهش

متغییر	تعداد (درصد)	میانگین ± انحراف معیار
سن مادر		۳۰/۱۶ ± ۵/۷۷
≤۳۵	۷۶۳ (۸۰/۷)	
>۳۵	۱۸۲ (۱۹/۳)	
سن ازدواج		۲۲/۲۲ ± ۵/۰۷
۲۵>	۶۶۱ (۶۹/۹)	
۲۵≤	۲۸۴(۳۰/۱)	
سواد مادر		۱۲/۸۵ ± ۴/۰۶
۱۲≥	۵۳۶ (۵۶/۷)	
۱۲<	۴۰۹ (۴۳/۳)	
شغل مادر		
شاغل	۱۰۹ (۱۱/۵)	
خانه دار	۸۳۶ (۸۸/۵)	
سن همسر		۳۴/۴۹ ± ۵/۶۵
≤۳۵	۵۷۳ (۶۰/۶)	
>۳۵	۳۷۲ (۳۹/۶)	
سواد پدر		۱۲/۳۶ ± ۴/۲۱
۱۲≥	۵۷۰ (۶۰/۳)	
۱۲>	۳۷۵ (۳۹/۷)	
شغل پدر		
دولتی	۱۵۴(۱۶/۳)	
کشاورز	۳۲ (۳/۴)	
ازاد	۶۹۴ (۷۳/۴)	
غیره	۶۵(۶/۸)	
درامد (ماهیانه،ریال)		۵۳۵۳۵۷۳/۶ ±۵۰۹۴۰۲۱/۶
≤۷۵۰۰۰۰۰۰	۸۲۸ (۸۷/۶)	
>۷۵۰۰۰۰۰۰	۱۱۷ (۱۲/۴)	
وضعیت مسکن		
اجاره ایی	۲۹۲ (۳۰/۹)	
شخصی	۶۵۳ (۶۹/۱)	
ساختار خانواده		
هسته ایی	۷۲ (۷/۶)	
گسترده	۸۷۳ (۹۲/۴)	
محل زندگی		
شهر	۵۵۰ (۵۸/۲)	
روستا	۳۹۵ (۴۱/۸)	
تعداد فرزندان		
۱	۴۷۳ (۵۰/۱)	
≥۲	۴۷۲ (۴۹/۹)	
خواستاری بارداری		
بله	۸۰۷ (۸۵/۴)	
خیر	۱۳۸ (۱۴/۶)	
مشلات بعد زایمان		
بله	۱۰۸ (۱۱/۴)	
خیر	۸۳۷ (۸۸/۶)	
سن حاملگی درزمان زایمان		
≥۳۷	۸۶۵ (۹۱/۵)	
<۳۷	۸۰ (۸/۵)	
نوع زایمان		
طبیعی	۳۲۰ (۳۳/۹)	
سزارین	۶۲۵ (۶۶/۱)	
محل زایمان		
خصوصی	۳۰۷ (۳۲/۵)	
دولتی	۶۳۸ (۶۷/۵)	
جنس نوزاد		
دختر	۴۴۰ (۴۶/۶)	
پسر	۵۰۵ ۵۳۹/۴)	
وزن نوزاد(گرم)		
≥۲۵۰۰	۸۹۷ (۹۴/۹)	
<۲۵۰۰	۴۸ (۵/۱)	
وضعیت شیردهی		
شیرمادر	۵۶۶ (۵۹/۹)	
شیرمصنوعی	۱۰۳ (۱۰/۹)	
شیرمادر و مصنوعی	۲۷۶ (۲۹/۲)	
نمره اپگار		
<۶	۱۶ (۱/۷)	
≥۶	۹۲۷ (۹۸/۳)	

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

بر اساس نمره کسب شده ازپرسشنامه ادینبورگ ،۲۱/۶درصد (۲۰۴) از نمونه‌ها طی ۸-۶ هفته بعد از زایمان افسرده بودند. همچنین تعداد اندکی از مادران اضطراب (۶/۲ درصد) وافسردگی دوران بارداری (۵/۰ درصد) را تجربه کردند که نیازمند مصرف دارو بودند.

نتایج رگرسیون تک متغیره نشان داد بین سن مادر(۱/۶۶: COR، ۲/۴۰- ۱/۱۵: CI)، سن همسر(۱/۷۰: COR، ۲/۳۲- ۱/۲۴: CI)، سن هنگام ازدواج (۱/۵۶: COR، ۲/۱۶- ۱/۱۳: CI)، محل زندگی(۱/۵۳: COR، ۲/۱۲- ۱/۱۱: CI)، خواستاری بارداری (۱/۵۳: COR، ۲/۳۰- ۱/۰۱: CI) سابقه افسردگی در خانواده(۲/۰۹: COR، ۳/۹۲- ۱/۱۱: CI)، سابقه افسردگی بعد از زایمان(۴/۲۵: COR، ۶/۸۴- ۲/۶۵: CI)، افسردگی(۵/۰۰۸: COR، ۹/۱۰- ۲/۵۰: CI) و اضطراب دربارداری(۴/۵۶: COR، ۷/۸۰- ۲/۶۶: CI) وجود بیماریهای روان در همسر(۲/۹۸: COR، ۷/۶۶- ۱/۱۶: CI) و کفایت نقش مادری(۰/۶۷: COR، ۰/۷۷- ۰/۵۸: CI) با افسردگی بعد از زایمان ارتباط معناداری وجود داشت($P<0/05$) .بطوری که احتمال افسردگی با افزایش سن مادر و همسران آنان و نیز افزایش سن ازدواج افزایش یافت. همچنین احتمال آن در زنان ساکن شهر با بارداری ناخواسته که سابقه افسردگی در خانواده و افسردگی بعد از زایمان قبلی را گزارش کرده بودند بیشتر بود. این احتمال در زنانی که افسردگی و اضطراب بیشتری در دوران بارداری تجربه کرده و همسران با بیماریهای روان داشتند بیشتر گزارش شد.همچنین با کاهش کفایت نقش مادری احتمال افسردگی افزایش یافت. تفاوت معناداری بین افسردگی بعد از زایمان در گروه مبتلا به کووید-۱۹ با گروه سالم وجود نداشت.در رگرسیون چند متغیره، محل زندگی(۱/۵۶: COR، ۲/۲۳- ۱/۰۹: CI)، سابقه افسردگی بعد از زایمان(۲/۵۰: COR، ۴/۷۲- ۱/۳۲: CI)، تجربه اضطراب در دوران بارداری(۲/۸۵: COR، ۵/۴۱- ۱/۵۱ CI) وکفایت نقش مادری(۰/۶۳: COR، ۰/۷۳- ۰/۵۵ :CI) از با افسردگی بعد از ازیمان در دوران کووید-۱۹ ارتباط داشتند بطوری که شانس افسردگی درزنان مقیم شهر که سابقه افسردگی بعد از زایمان را گزارش کرده و اضطراب بیشتری در دوران بارداری تجربه کرده و خودکارآمدی کمتری در مراقبت از نوزاد داشتند بیشتر از زنان مقیم روستا که سابقه افسردگی بعد از زایمان قبلی نداشته، اضطراب کمتری در بارداری اخیر تجربه کرده بودند و در مراقبت از نوزاد خودکارآمدی بیشتری گزارش کرده بودند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲. فاکتورهای مرتبط با افسردگی بعد از زایمان در دوران کوید-۱۹ در انالیز رگرسیون چند متغییره

متغییر	B	aOR*	CI**	سطح معنی داری
کفایت نقش مادری	-۰/۴۵	۰/۶۳	۰/۵۵ - ۰/۷۳	۰/۰۰۱
محل زندگی	۰/۴۴	۱/۵۶	۱/۰۹-۲/۲۳	۰/۰۱
شهر		۱		
روستا				
سابقه افسردگی بعد از زایمان	۰/۹۱	۲/۵۰	۱/۳۲ -۴/۷۲	۰/۰۰۵
بله		۱		
خیر				
اضطراب دردوران بارداری	۱/۰۵	۲/۸۵	۱/۵۱ -۵/۴۱	۰/۰۰۱
بله		۱		
خیر				

, Confident Interval, **Adjusted Odds Ratio, *** P-value<0.05 is considered significant*

بحث

نتایج مطالعه بر روی مادران بعد از زایمان در دوران اپیدمی کووید-۱۹ طی ماههای خرداد تا شهریور ۲۰۲۰ استان مازندران نشان داد که حدود یک پنجم زنان به کووید-۱۹ مبتلا شده و نیز یک پنجم آنان افسردگی را در این دوران تجربه کردند. مطالعه ما نشان داد که شانس ابتلا به افسردگی در بین زنانی که در طول دوره قرنطینه همه‌گیری کووید-۱۹ زایمان کرده‌اند، در مقایسه با قبل از همه‌گیری در ایران کمتر بود (۳۸ درصد)(۳۱). مطالعات مشابه طیف وسیعی از شیوع افسردگی بعد از زایمان را در نقاط مختلف دنیا در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

دوران اپیدمی کووید- ۱۹ گزارش کرده اند. بطوری که ۳۸ درصد زنان در امریکا،(۳۲)، ۲۸/۶ درصد در ایتالیا (۳۳) و ۲۰ درصد در ایران(۳۴) افسردگی بعد از زایمان را در دوره اپیدمی کووید-۱۹ تجربه کرده اند. نتایج مطالعات مروری در جمعیت های مختلف نیز شیوع متفاوتی را گزارش نموده اند (۳۴ درصد-۲۲ درصد)(۳۵، ۳۶).

Usmani وهمکاران در یک مطالعه سیستماتیک شیوع افسردگی بعد از زایمان در دوران اپیدمی کووید ۱۹ تا قبل از مارس ۲۰۲۱ را ۸۰/۸ درصد-۷ درصد گزارش نمودند(۳۷). همچنین مطالعه Suárez-Rico و همکاران (۲۰۲۱)، طی ۱۲-۴ هفته بعد از زایمان برروی زنان مکزیکی نشان داد تفاوت معنی داری در شیوع افسردگی در زنان مبتلا به کووید-۱۹ و سالم وجود نداشت (۲۸ درصد در مقابل ۴۲ درصد)(۳۸). در مطالعه Parienteو همکاران در اسراییل، شیوع افسردگی بعد از زایمان در ۲۲۳ زن بعد از زایمان در دوران کووید-۱۹ (مارس تا آوریل ۲۰۲۰) و یک سال قبل از آن مقایسه شد نتایج نشان داد زنانی که در طول همه‌گیری کووید-۱۹ زایمان کردند، در مقایسه با زنانی که قبل از همه‌گیری کووید-۱۹ زایمان کردند، شانس کمتری برای داشتن نمره EPDS بالا (<۱۰) یا بسیار بالا (≤۱۳) داشتند (به ترتیب ۱۶/۷ درصد در مقابل ۱۳/۳درصد، و ۶/۸ درصد در مقابل ۱۵/۲درصد)(۳۰).

این نتایج با شواهدی که از افزایش اختلالات روان‌شناختی در جمعیت عمومی طی همه‌گیری گزارش شده‌اند متفاوت است. عوامل متعددی می‌توانند توضیح‌دهنده ارتباط منفی بین زایمان در طول دوره قرنطینه همه‌گیری کووید-۱۹ و افسردگی مادران که در مطالعه ما مشاهده شد، وجود دارد. یکی ازمهم‌ترین عوامل احتمالی، افزایش حمایت اجتماعی و خانوادگی در طول قرنطینه است. حضور بیشترهمسران و اعضای خانواده در خانه به دلیل دورکاری و محدودیت‌های رفت‌وآمد، می‌تواند نقش حفاظتی قابل توجهی در کاهش علائم افسردگی پس از زایمان ایفا کند. بطوری که مطالعات پیشین نیز نقش حمایت اجتماعی را در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان تأیید کرده‌اند(۳۹). عامل احتمالی دیگر، کاهش فشارهای اجتماعی و الزامات بیرونی مانند کاهش دفعات رفت و آمد، مهمانی‌های کمتر و در نتیجه کاهش خستگی مادر و فراهم کردن زمان بیشتر برای مراقبت از نوزاد در دوره محدودیت‌ها است. حذف رویدادهای اجتماعی و کاهش انتظارات برای بازگشت سریع به فعالیت‌های شغلی احتمالاً موجب شد زنان فرصت بیشتری برای سازگاری با نقش مادری داشته باشند و کمتر در معرض استرس‌های محیطی قرار گیرند(۴۰، ۴۱). بر اساس نتایج بررسی های Barszcz و همکاران (۲۰۲۶)، دلبستگی نزدیک مادر-جنین طی روزهای پس از زایمان، علائم اضطراب را تا حدی از طریق پیوند مادر-نوزاد و رضایت از رابطه کاهش می‌دهد(۴۲). همچنین، گسترش خدمات سلامت از راه دور در دوره همه‌گیری ممکن است به شناسایی زودهنگام مشکلات بارداری و دریافت حمایت‌های روان‌شناختی کمک کرده باشد(۴۳). این شکل از ارائه خدمات برای بسیاری از مادران دردسترس تر و کم‌هزینه‌تر است و می تواند سبب کاهش نگرانی‌ها و استرس‌های دوران بارداری و بعد از آن شود.

با توجه به این‌که این، تفسیر نتایج باید با احتیاط صورت گیردزیرا عوامل مخدوش‌کننده همچون تغییر در الگوهای مراجعه یا تفاوت درغربالگری ممکن است در نتایج تأثیرگذار بوده باشند.همچنین شیوع افسردگی پس از زایمان، بسته به جمعیت مورد مطالعه، زمان مطالعه، نوع بررسی (پرسشنامه غربالگری یا استانداردهای بالینی) ابزارهای خودگزارشی یا مصاحبه بالینی متفاوت است. انجام پژوهش‌های وسیع تر در همه گیری های آینده با طراحی‌های دقیق‌تر برای تأیید این یافته‌ها پیشنهاد می شود.

در خصوص ارتباط متغیرها با افسردگی بعد از زایمان در دوران اپیدمی کووید-۱۹ ، نتایج نشان داد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

زندگی در شهر در زنانی که سابقه افسردگی بعد از زایمان داشته و اضطراب بیشتری در دوران بارداری تجربه کرده و نیز خودکارآمدی کمتری در مراقبت از نوزاد داشتند احتمال افسردگی بعد از زایمان را افزایش می داد.

اگرچه درمطالعات با سابقه زمانی دورتر شیوع افسردگی بعد از زایمان در زنان روستایی به دلیل موانع دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی بیشتر از زنان مقیم شهر گزارش شده(۴۴)، مطالعات اپیدمیولوژیک جدیدتر شیوع آن را در زنان شهری بیشتر از زنان روستایی گزارش نمود. نتایج یک مطالعه در اندونزی نشان داد که احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان درمادران ساکن شهر نسبت به مادران ساکن روستا بیش از دو برابر است (۵/۷ درصد در برابر ۲/۹ درصد)(۴۵). نتایج مشابهی در ایران- مازندران (۲۰۱۹) گزارش شده است(۲۰/۱ درصد دربرابر ۱۷/۸ درصد)(۴۶). این الگو احتمالاً نشان‌دهنده‌ی تعامل پیچیده‌ی حمایت اجتماعی، عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی و عوامل جمعیت‌شناختی است که بین بافت‌های شهری و روستایی متفاوت است. زنان مقیم شهر بیشتر از زنان روستایی ازانزوای اجتماعی رنج می‌برند و از حمایت کمتری برخوردار هستند(۴۶).

یکی از قوی‌ترین عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان، سابقه قبلی افسردگی پس از زایمان است(۴۷). مطالعات نشان داده زنان با سابقه افسردگی پس از زایمان در مقایسه با زنان بدون این سابقه، با شانس قابل توجه بالاتر عود افسردگی در بارداری‌های بعدی مواجه هستند (۵۰-۳۰ درصد در مقایسه با ۱۵-۱۰ درصد) (۴۸، ۴۹) چنین یافته هایی نشان‌دهنده‌ی نیاز به یک استراتژی غربالگری و درمانی پیشگیرانه‌تر برای زنانی است که افسردگی بعد زایمان را قبلا تجربه داشته‌اند.

بررسی‌ها نشان داده رابطه قوی بین اضطراب و افسردگی پس از زایمان وجود دارد(۲۸، ۵۰) و زنانی که اضطراب دوران بارداری را تجربه می کنند شانس بیشتری برای افسردگی بعد از زایمان دارند(۵۱، ۵۲). در مطالعه Wenzel و همکاران،درصد ۵۰-۲۵ از زنانی که مبتلا به اختلال اضطراب هستند، دو ماه پس از زایمان علائم افسردگی را نشان دادند(۵۳). پیشنهاد می شود برنامه غربالگری سلامت روان زنان در دوران بارداری و پس از زایمان شامل افسردگی و اضطراب هر دو باشد.

مطالعه حاضر نشان داد خودکارآمدی پایین مادران در مراقبت از نوزاد، عامل قابل توجهی برای افسردگی پس از زایمان است. مطالعات نشان داده‌اند که استرس‌های مراقبت از کودک نقش مهمی در افسردگی پس از زایمان دارند(۲۸). این احتمال وجود دارد که این مادران هنگام شروع مراقبت از نوزاد یا عدم آمادگی برای مادری در دوران بارداری، استرس بیشتری را تجربه کرده و در نتیجه دچار افسردگی می شوند .زنانی که دیدگاه مثبتی نسبت به توانایی‌های مادری خود دارند، احتمالا با اعتماد به نفس بیشتری قادر به مراقبت از نوزاد خود هستند. با توجه به خطرات ناشی از اپیدمی کووید-۱۹ و استرس های ناشی از ان بخصوص برای مادران، بسیار مهم است که راهکارهای مقابله با عوامل استرس‌زای ناشی از قرنطینه به زنان آموزش داده شود.

با توجه به زمان جمع‌آوری داده‌ها، این مطالعه ازاولین پژوهش‌هایی است که داده‌هایی درباره پیامدهای همه‌گیری کووید-۱۹ برمادران ایرانی دراستان مازندران ارائه می‌کند.از نقاط قوت این مطالعه استفاده از ابزارهای استاندارد ارزیابی سلامت روان و نیز نمونه‌گیری نظام‌مند از یک جمعیت غیرانتخابی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی با بیشترین تنوع می باشد. مطالعه حاضر دارای چندین محدودیت است که شامل روش مطالعه توصیفی پژوهش بدون بررسی رابطه علت و معلولی متغیرها، استفاده از پرسشنامه غربالگری ادینبورگ بدون ارزیابی کلینیکی نمونه ها، عدم بررسی دیگر فاکتورهای خطر افسردگی بعد از زایمان مانند تغیرات هورمونی، بررسی افسردگی در شروع دوره اپیدمی بدون ارزیابی دوره ای نمونه ها وعدم بررسی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

دیگر اختلالات روانی ناشی از اپیدمی و عدم تأیید آزمایشگاهی نمونه های مبتلا به کووید- ۱۹ و فقط بر اساس خوداظهاری می باشد. همچنین سوگیری انتخاب به دلیل عدم مراجعه همه مادران به مراکز بهداشتی به دلیل ترس از همه‌گیری وسوگیری یادآوری در سنجش برخی متغیر ها مانند سابقه اضطراب/افسردگی بارداری و ابتلای کووید-۱۹ ، عدم سنجش شدت بالینی بیماری و عدم ثبت وضعیت اقتصادی دقیق، زمان دقیق ابتلا نسبت به زایمان و وضعیت واکسیناسیون از دیگر محدودیت های پژوهش بود. انجام پژوهش‌های وسیع تر در طی مراحل اپیدمی با در نظر گرفتن متغیرهای بیشتر در موج‌های بعدی همه‌گیری ضروری است.

در این مطالعه، افسردگی بعد از زایمان در دوران کووید-۱۹ نسبت به برخی گزارش‌های جهانی در سطح پایینی مشاهده شد و همچنین نتایج مطالعه تاکیدی بود بر تاثیر متغیرهای روانشناختی بر افسردگی بعد از زایمان.

با توجه به تاثیر عوامل مختلف اجتماعی- اقتصادی و روانی ونیزسطح حمایتی اطرافیان و جوامع بر اختلالات سلامت روان در زنان پس از زایمان شاید نتوان استنتاج نمود که همه‌گیری کووید-۱۹به تنهایی دلیل افزایش میزان شیوع اختلالات سلامت روان زنان مانند افسردگی بعد زایمان باشد . با وجود این، تفسیر نتایج باید با احتیاط صورت گیرد؛ زیرا ممکن است سلامت روان در دراز مدت تحت تاثیر بحران هایی چون اپیدمی قرار گیرد. پژوهش‌های طولانی با طراحی‌های دقیق‌تر جهت یافتن نتایج دقیق تر پیشنهاد می شود.

ارتباط مداوم با مادران در دوران بارداری و پس اززایمان، فرصتی است تا سلامت روانی مادرارزیابی شده و عوامل مرتبط با افسردگی پس اززایمان بخصوص در بحران هایی چون اپیدمی کووید-۱۹ شناسایی و به موقع مداخله لازم انجام گردد. اقدامات باید برغربالگری روتین روان‌شناختی و شناسایی مادران پرخطر (دارای سابقه اضطراب/افسردگی و خودکارآمدی پایین) متمرکز شد.

مشارکت نویسندگان

ایده و طراحی تحقیق و نوشتن مقاله توسط عبداللهی و یزدانی چراتی انجام شد. ضرغامی در طراحی و ارزیابی مطالعه مشارکت داشت و مقاله را بازنگری کرد. گردآوری داده ها توسط روحانی اطاقسرا و تفسیرو تحلیل آماری داده ها به عهده شعبانخانی بود. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کردند.

سپاسگزاری

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران به‌دلیل حمایت از انجام این پژوهش، کارکنان محترم مراکز بهداشتی‌درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و مادران گرامی به‌دلیل همکاری در اجرای پژوهش سپاسگزاری می‌شود..

References

1- Harrison S, Quigley MA, Fellmeth G, Stein A, Alderdice F. The impact of the Covid-19 pandemic on postnatal depression: analysis of three population-based national maternity surveys in England (2014–2020). Lancet Reg Health Eur 2023;30:100654 PMID: 37363795.

2- Wyszynski DF, Hernandez-Diaz S, Gordon-Dseagu V, Ramiro N, Basu A, Kim HH, etal. Frequency and source of worries in an International sample of pregnant and postpartum women during the Covid-19 pandemic. BMC Pregnancy and Childbirth 2021;21(1):768 PMID: 34772345.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

3- Caparros-Gonzalez RA, Alderdice F. The COVID-19 pandemic and perinatal mental health. J Reprod Infant Psychol 2020;38(3):223-225 PMID: 32615801.
4- Silverio SA, De Backer K, Easter A, von Dadelszen P, Magee LA, Sandall J. Women's experiences of maternity service reconfiguration during the COVID-19 pandemic: a qualitative investigation. Midwifery 2021;102:103116 PMID: 34399382.
5- Farewell CV, Jewell J, Walls J, Leiferman JA. A mixed-methods pilot study of perinatal risk and resilience during COVID-19. Journal of Primary Care & Community Health 2020;11:2150132720944074.
6- Westgren M, Pettersson K, Hagberg H, Acharya G. Severe maternal morbidity and mortality associated with COVID-19: the risk should not be downplayed Acta Obstet Gynecol Scand.2020 Jun 13;99(7):815–816. doi: 10.1111/aogs.13900
7- Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, etal. Postpartum psychiatric disorders. Nat Rev Dis Primers 2018;4(1):18022 PMID: 29695824.
8- Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet 2014;384(9956):1775-1788 PMID: 25455248.
9- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: American psychiatric association; 2013.
10- Diagnostic A. statistical manual of mental disorders: DSM-5™. Arlington. VA American Psychiatric Publishing. 2013.
11- Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, San Tam WW, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res 2018;104:235-248 PMID: 30114665.
12- Seyed-Nezhad M, Manzouri L, Bazarganipour F, Shokohiasl H, Moradi-Joo M. Risk Factors of Postpartum Depression Among Iranian Women: A Systematic Review and Meta-analysis. International Journal of Childbirth 2024;14(3):212-232.
13- Zarghami M, Abdollahi F, Lye MS. A comparison of the prevalence and related risk factors for post-partum depression in urban and rural areas. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences 2019;13(2): e62558.
14- Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. Annu Rev Clin Psychol 2015;11(1):99-137 PMID: 25822344.
15- Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Women's Health 2019;15:1745506519844044 PMID: 31035856.
16- Abdollahi F, Abhari FR, Zarghami M. Post-partum depression effect on child health and development. Acta Medica Iranica 2017;55(2):109-114.
17- Abdollahi F, Zarghami M. Effect of postpartum depression on women's mental and physical health four years after

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

childbirth. East Mediterr Health J 2018;24(10):1002-1009.

18- Abdollahi F, Lye M-S, Cherati JY, Zarghami M. Depressive symptoms in men immediately after birth. J Psychosom Res 2021;151:110650 PMID: 34739946.

19- Bo HX, Yang Y, Chen J, Zhang M, Li Y, Zhang DY, etal. Prevalence of depressive symptoms among pregnant and postpartum women in China during the COVID-19 pandemic. Biopsychosocial Science and Medicine. 2021;83(4):345-50.

20- Sahebi A, Kheiry M, Abdi K, Qomi M, Golitaleb M. Postpartum depression during the COVID-19 pandemic: an umbrella review and meta-analyses. Front Psychiatry 2024;15:1393737 PMID: 39050914.

21- Liang P, Wang Y, Shi S, Liu Y, Xiong R. Prevalence and factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic among women in Guangzhou, China: a cross-sectional study. BMC Psychiatry 2020;20(1):557 PMID: 33238927.

22- Low SR, Bono SA, Azmi Z. Prevalence and factors of postpartum depression during the COVID-19 pandemic: a review. Current Psychology 2024;43(13):12084-12101.

23- Karbalaei S, Lamyian M, Eslami M, Sahebi L, Ansari S. Prevalence and factors affecting symptoms of postpartum depression 6 months before and 6 months after the COVID-19 pandemic: A comparative study. Payesh (Health Monitor) 2024;23(1):69-79.

24- Afshari P, Tadayon M, Abedi P, Beheshtinasab M. Comparison of pre-and intra-COVID-19 postpartum depression among reproductive aged women: A comparative cross-sectional study in Ahvaz, Iran. Front Psychiatry 2022;13:1019432 PMID: 36424994.

25- de Filippis R, El Hayek S, Shalbafan M. Mental illness, culture, and society: Dealing with the COVID-19 pandemic. Front Psychiatry 2022;13:1073768.

26- Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry Res 2020;288:112954 PMID: 32325383.

27- Reece SMC. The parent expectations survey. Clinical Nursing Research 1992;1(4):336.

28- Abdollahi F, Zarghami M, Azhar MZ, Sazlina SG, Lye MS. Predictors and incidence of post-partum depression: A longitudinal cohort study. J Obstet Gynaecol Res 2014;40(12):2191-2200 PMID: 25132641.

29- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987;150:782 - 786 PMID: 3651732.

30- Pariente G, Wissotzky Broder O, Sheiner E, Lanxner Battat T, Mazor E, Yaniv Salem S, etal. Risk for probable post-partum depression among women during the COVID-19 pandemic. Arch Women's Mental Health 2020;23(6):767-773 PMID: 33047207.

31- Afshari P, Tadayon M, Abedi P, Yazdizadeh S. Prevalence and related factors of postpartum depression among reproductive aged women in Ahvaz, Iran. Health Care Women Int 2020;41(3):255-265 PMID: 30924721.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

32- Shuman CJ, Peahl AF, Pareddy N, Morgan ME, Chiangong J, Veliz PT, etal. Postpartum depression and associated risk factors during the COVID-19 pandemic. BMC Res Notes 2022;15(1):102 PMID: 35287695.

33- Zanardo V, Manghina V, Giliberti L, Vettore M, Severino L, Straface G. Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. Int J Gynecol Obstet 2020;150(2):184-188 PMID: 32474910.

34- Salimian M, Tarrahi MJ, Dadkhahtehrani T, Pirhady M. The prevalence and related factors of post-partum anxiety and depression among mothers during COVID-19 pandemic in 2021. BMC Public Health 2024;24(1):2394.

35- Chen Q, Li W, Xiong J, Zheng X. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic: a literature review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health 2022;19(4):2219 PMID: 35206407.

36- Safi-Keykaleh M, Aliakbari F, Safarpour H, Safari M, Tahernejad A, Sheikhbardsiri H, etal. Prevalence of postpartum depression in women amid the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Int J Gynecol Obstet 2022;157(2):240-247 PMID: 35122433.

37- Usmani S, Greca E, Javed S, Sharath M, Sarfraz Z, Sarfraz A, etal. Risk factors for postpartum depression during COVID-19 pandemic: a systematic literature review. J Prim Care Community Health 2021;12:21501327211059348 PMID: 34894838.

38- Suárez-Rico BV, Estrada-Gutierrez G, Sánchez-Martínez M, Perichart-Perera O, Rodríguez-Hernández C, González-Leyva C, etal. Prevalence of depression, anxiety, and perceived stress in postpartum Mexican women during the COVID-19 lockdown. Int J Environ Res Public Health 2021;18(9):4627 PMID: 33925373.

39- Dehesh T, Jafari S, Dehesh P. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Southeastern Iranian Women. Birth Defects Res 2026;118(3):e70033 PMID: 41784093.

40- Pariente G, Broder OW, Sheiner E, Battat TL, Mazor E, Salem SY, etal. Risk for probable post-partum depression among women during the COVID-19 pandemic. Arch Women's Ment Health 2020;23(6):767-773 PMID: 33047207.

41- Mokhtarian GT, Kariman N. Does the Prevalence of Postpartum Depression Decrease during Quarantine for Covid-19 Pandemic? 2020;29(3):48-49.

42- Barszcz E, Plewka MK, Margulska A, Kędzia D, Sójta K, Nowakowska-Domagała K, etal. Postnatal Bonding in the First Year After Birth: The Role of Maternal Depression, Resilience, and Anxiety During the COVID-19 Pandemic and War-Related Stress—A Prospective Cohort Study. J Clin Med 2026;15(4):1451 PMID: 41753138.

43- Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Lau Y, Dennis CL, Chan YH. Evaluation of a technology-based peer-support intervention program for preventing postnatal depression (part 1): randomized controlled trial. J Med Internet Res 2019;21(8):e12410 PMID: 31469084.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

44- Kim Y, Dee V. Sociodemographic and obstetric factors related to symptoms of postpartum depression in hispanic women in rural California. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2018;47(1):23-31 PMID: 29221670.

45- Putri AS, Wurisastuti T, Suryaputri IY, Mubasyiroh R. Postpartum depression in young mothers in urban and rural Indonesia. J Prev Med Public Health 2023;56(3):272-281 PMID: 37287205.

46- Zarghami M, Abdollahi F, LYE MS. A comparison of the prevalence and related risk factors for post-partum depression in urban and rural areas. Iran J Psychiatry Behav Sci 2019;13(2):e62558.

47- Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. J Educ Health Promot 2017;6(1):60 PMID: 28852652.

48- O'hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol 2013;9(1):379-407 PMID: 23394227.

49- Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Findling RL, Rapport D. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. J Clin Psychiatry 2001;62(2):82-86 PMID: 11247106.

50- Abdollahi F, Zarghami M, Sazlina SG, Lye MS. Stability of depressive symptoms over 3 months post-partum. Early Interv Psychiatry 2017;11(1):57-62 PMID: 25582677.

51- Radoš SN, Tadinac M, Herman R. Anxiety during pregnancy and postpartum: course, predictors and comorbidity with postpartum depression. Acta Clin Croat 2018;57(1):39-51 PMID: 30256010.

52- Cheng CY, Chou YH, Chang CH, Liou SR. Trends of perinatal stress, anxiety, and depression and their prediction on postpartum depression. Int J Environ Res Public Health 2021;18(17):9307 PMID: 34501906.

53- Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. J Anxiety Disord 2005;19(3):295-311 PMID: 15686858.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]