

Exploring Midwives' Experiences of Barriers and Strategies to Improve Postpartum Depression Screening: A Conventional Content Analysis

Zeinab Hamzehgardeshi¹,
Zohreh Shahhosseini¹,
Forouzan Elyasi²,
Hanieh Salehi-pourmehr³,
Afsaneh Fendereski⁴,
Fereshteh Yazdani⁵,
Ghazal Feizi^{6,7}

¹ Professor, Department of Midwifery, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Professor, Department of Psychiatry, Sexual and Reproductive Health Research Center, Addiction Research Institute, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Research Center for Evidence-Based Medicine, Iranian EBM Centre: JBI Centre of Excellence, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ PhD in Reproductive Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁶ MSc in Counseling in Midwifery, Nasibeh School of Nursing and Midwifery, Student Research Committee Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁷ Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received January 11, 2025; Accepted June 22, 2025)

Abstract

Background and purpose: Postpartum depression (PPD) is a major postpartum mental health concern, and early screening plays an important role in reducing adverse outcomes. The prevalence of postpartum depression has been reported to range from 5% to 60% worldwide. Determining the prevalence of PPD and elucidating its risk factors for the prevention and treatment of PPD is of great social importance. Within the Iranian health system, family physician centers serve as the first level of referral, and midwives have a key role in PPD screening. This qualitative study aimed to explain midwives' experiences of barriers and strategies to improve screening for postpartum depression using conventional content analysis.

Materials and methods: This study employed a qualitative approach with conventional content analysis. Data collection was conducted through semi-structured interviews with 27 midwives. To ensure the accuracy and robustness of the research data, member checking was conducted by the research participants and a research associate professor of psychiatry. The interviews were transcribed, and thematic coding was performed to extract categories and subcategories.

Results: The analysis revealed five main categories and 13 subcategories related to screening barriers, and three main categories and 10 subcategories for improvement strategies. The main barriers included structural-organizational, educational-professional, economic-social, psychological, and individual-clinical barriers. The suggested strategies comprised educational-cultural, supportive-social, and organizational-political approaches.

Conclusion: The findings of this study showed that postpartum depression screening faces structural-organizational, educational-professional, economic-social, psychological, and individual-clinical barriers but can be improved by implementing educational-cultural, supportive-social, and organizational-political strategies. Paying attention to these factors can enhance the process of identifying and intervening in postpartum depression

Keywords: postpartum depression, screening, midwife, qualitative study

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 35 (246): 139-151 (Persian).

Corresponding Author: Ghazal feizi - Nasibeh School of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: aligol1389@gmail.com)

تبیین تجارب ماماها در ارتباط با موانع و راهکارهای بهبود غربالگری افسردگی پس از زایمان: یک آنالیز محتوای قراردادی

زینب حمزه گردشی^۱

زهره شاه حسینی^۱

فروزان الیاسی^۲

هانیه صالحی پورمهر^۳

افسانه فندرسکی^۴

فرشته یزدانی^۵

غزل فیضی^۶

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی پس از زایمان (PPD) یکی از نگرانی‌های اصلی سلامت روان پس از زایمان است و غربالگری زود هنگام نقش مهمی در کاهش پیامدهای نامطلوب دارد. شیوع افسردگی پس از زایمان در سراسر جهان بین ۵ تا ۶۰ درصد گزارش شده است. تعیین شیوع PPD و روشن شدن عوامل خطر آن برای پیشگیری و درمان PPD از اهمیت اجتماعی بالایی برخوردار است. در نظام سلامت ایران، مراکز پزشک خانواده سطح اول ارجاع هستند و ماماها نقش کلیدی در غربالگری PPD دارند. این مطالعه کیفی با هدف تبیین تجارب ماماها در ارتباط با موانع و راهکارهای بهبود غربالگری افسردگی پس از زایمان، یک آنالیز محتوای قراردادی، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از رویکرد کیفی با تحلیل محتوای مرسوم استفاده کرد. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۷ ماما انجام شد. برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌های تحقیق، بررسی داده‌ها توسط شرکت‌کنندگان در تحقیق و یک دانشیار پژوهشی روان‌پزشکی انجام شد. مصاحبه‌ها رونویسی و کدگذاری موضوعی برای استخراج مقوله‌ها و زیرمقوله‌ها انجام شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل پنج دسته اصلی و ۱۳ زیرمجموعه مربوط به موانع غربالگری و سه دسته اصلی و ۱۰ زیرمجموعه برای راهبردهای بهبود را نشان داد. موانع اصلی شامل موانع ساختاری-سازمانی، آموزشی-حرفه‌ای، اقتصادی-اجتماعی، روانی، فردی-بالینی بود. راهبردهای پیشنهادی شامل راهبردهای آموزشی-فرهنگی، حمایتی-اجتماعی، حمایتی-سازمانی، آموزشی-حرفه‌ای، اقتصادی-اجتماعی، فردی-بالینی مواجهه است، اما با اجرای راهکارهای آموزشی-فرهنگی، حمایتی-اجتماعی، سازمانی-سیاستی قابل بهبود است. توجه به این عوامل می‌تواند روند شناسایی و مداخله در افسردگی پس از زایمان را بهبود بخشد.

استنتاج: غربالگری افسردگی پس از زایمان با موانع ساختاری-سازمانی، آموزشی-حرفه‌ای، اقتصادی-اجتماعی، روان‌شناختی، فردی-بالینی مواجهه است، اما با اجرای راهکارهای آموزشی-فرهنگی، حمایتی-اجتماعی، سازمانی-سیاستی قابل بهبود است. توجه به این عوامل می‌تواند روند شناسایی و مداخله در افسردگی پس از زایمان را بهبود بخشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، غربالگری، ماما، مطالعه کیفی

مؤلف مسئول: غزل فیضی - ساری: دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
Email: ghazalfeyziii@gmail.com

۱. استاد، گروه مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استاد، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، پژوهشکده اعتیاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات پزشکی مبتنی بر شواهد، مرکز EBM ایران، مرکز تعالی IBI، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۴. استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. دکتری تخصصی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات علوم سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶. دانشجوی کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی
۷. مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۱۰/۲۴ تاریخ تصویب: ۱۴۰۴/۴/۱

مقدمه

بارداری و زایمان می تواند زمانی پر خطر برای ظهور افسردگی پس از زایمان مادر (postpartum depression (PPD)) باشد (۱). افسردگی یک علامت رایج و پرهزینه برای زنان در سنین باروری است (۲). PPD در عرض ۴ تا ۶ هفته پس از زایمان بروز می کند که با علائمی مانند خلق افسرده، از دست دادن علاقه یا لذت به فعالیت ها، اختلال خواب، اختلال اشتها، از دست دادن انرژی، احساس بی ارزشی یا گناه، کاهش تمرکز، تحریک پذیری، اضطراب، و افکار خودکشی شناخته می شود (۱). شیوع PPD در کشورهای در حال توسعه، ۱۹/۸ درصد می باشد (۳). هم چنین شیوع آن بین ۵ تا ۶۰ درصد در سراسر جهان گزارش شده است (۴). مطالعات ایرانی شیوع PPD را ۳۸/۸ درصد در اهواز و ۳۳ درصد در جمعیتی از غرب استان مازندران گزارش کرده است (۵، ۶).

PPD سلامت مادر و کودک را تحت تأثیر قرار می دهد، به طوری که برخی مادران آن را هم چون باتلاقی مرگبار توصیف می کنند، در حالی که مادران غیر افسرده، تولد نوزاد را شادترین مرحله زندگی خود می دانند بیان شده است (۷، ۸). خودکشی مرتبط با PPD دومین علت مرگ زنان در دوره پس از زایمان است (۹). به دلیل عدم یکنواختی پارامترهای روش شناختی مورد استفاده در پژوهش، شیوع PPD بسیار متفاوت گزارش شده است (۱۰). مداخلات متعددی برای PPD توصیه شده است، ولیکن شناسایی در مراحل اولیه بسیار مهم است (۱۱-۱۳). در ایران انجام غربالگری PPD در ویزیت های اول تا سوم باید انجام شود (۱۴). PPD بر سلامت جسمی و روانی مادر تأثیر می گذارد، نوزادان مادران افسرده مشارکت اجتماعی کم تر و واکنش پذیری بالاتر کورتیزول را نشان می دهند. هم چنین ارتباط نزدیکی با افزایش خطر خودکشی مادر دارد (۳). کودکان مادران افسرده احتمال بیش تری دارد که دچار تاخیر در رشد روانی، شناختی، عصبی و حرکتی شوند. به نظر می رسد رفتار گوشه گیر، بی پاسخ یا منفی یک مادر افسرده در

اوایل زندگی شیرخوار می تواند بر دلبستگی مادر به نوزاد تأثیر منفی بگذارد (۲).

مطالعه ای مروری در سال ۲۰۱۶ بر زنان کم درآمد در کشورهای غربی نشان داد که موانع غربالگری PPD شامل مشکلات مالی، ضعف بیمه، آگاهی ناکافی مادران، باور به طبیعی بودن علائم، موانع فرهنگی و توضیحات ناکافی پزشکان است (۱۵). مطالعات نشان می دهند غربالگری PPD در محیط های سرپایی امکان پذیر و مؤثر در افزایش تشخیص و درمان است؛ با این حال، تأثیر آن بر نتایج بالینی وابسته به وجود نظام های مؤثر درمان و پیگیری است (۲).

شناسایی عوامل خطر، زمان و روش مناسب برای تشخیص PPD از اهمیت بالایی برخوردار است، چرا که می تواند زمینه ساز مداخلات مؤثر برای ارتقای سلامت مادر و کودک باشد (۳، ۱۰). بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب ماماها ی ساری درباره موانع غربالگری افسردگی پس از زایمان و راهکارهای بهبود آن انجام شده است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر در مرداد ۱۴۰۲ با رویکرد کیفی، با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1402.204، به بررسی تجارب ماماها ی شاغل در مراکز بهداشتی و پایگاه های پزشک خانواده شهر ساری پرداخته است. این پژوهش از تحلیل محتوای قراردادی استفاده کرده و نمونه ها شامل ماماها ی شاغل در این مراکز بودند. پس از اخذ رضایت نامه کتبی، ماماها وارد مطالعه شدند و معیارهای ورود شامل تمامی ماماها ی شاغل بود. ابزار جمع آوری داده ها مصاحبه با ماماها بود که شامل سوالات جمعیت شناختی مانند سن، تحصیلات، سابقه کار و محل خدمت نیز می شد. دو سوال اصلی که از ماماها، تجارب شما در مورد موانع مؤثر بر اجرای صحیح غربالگری افسردگی پس از زایمان چیست ؟ و به نظر شما چه راهکارهای بهبود فرآیند غربالگری افسردگی پس از زایمان وجود دارد؟ پرسیده شد.

مراحل پژوهش را به وضوح بیان کرده و با ضبط و مکتوب کردن گفته‌های مشارکت کنندگان و بازبینی آن‌ها توسط مشارکت کنندگان و ناظرین متخصص، به تأمین قابلیت تایید یافته‌های تحقیق کمک کرد.

یافته‌ها

میانگین سنی ماماها ۴۲/۶ سال بود (جدول شماره ۱). تحلیل مصاحبه‌ها موانع و راهکارهای غربالگری PPD در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

متغیر	مقدار	درصد/میانگین
میزان سابقه کار (سال)	۲۷	۱۹/۳
تحصیلات		
کارشان (تعداد)	۸	۲۹/۶
کارشناس (تعداد)	۱۷	۶۲/۹
کارشناس ارشد (تعداد)	۲	۷/۴
مکان خدمت برای پزشک	۱۳	۴۸/۱
خانواده (تعداد)		
مکان خدمت برای مراکز جامع سلامت (تعداد)	۱۴	۵۱/۸
سن (سال)	۲۷	۴۲/۶

آنالیز مصاحبه با ماماها در ارتباط با موانع انجام غربالگری افسردگی پس از زایمان ۳ طبقه اصلی و ۱۳ زیر طبقه و هم‌چنین راهکارهای بهبود غربالگری افسردگی پس از زایمان به ۳ طبقه اصلی و ۱۰ زیر طبقه تقسیم بندی شد (جدول شماره ۲).

موانع غربالگری افسردگی بعد از زایمان

عوامل ساختاری-سازمانی

چند پیشه بودن ماماها و فشار کاری بالا

به نظر می‌رسد چند پیشه بودن کار ماماها بر کیفیت خدمات اثر گذار است. چند تن از آن‌ها اظهار داشتند "به دلیل حجم کاری و مراجعه‌کننده‌های زیاد مرکز، نمیتوانم به درستی شرح حال بگیرم و صرفاً به پرسیدن سوالات داخل سیستم اکتفا می‌کنم" برخی از شرکت کنندگان علاوه بر کار دو شیفت در مراکز در مطب‌های خصوصی نیز کار می‌کردند.

در این مصاحبه‌ها از سوالات باز پاسخ استفاده شد و به اجزای اصلی مانند احترام، گوش دادن فعال، همدلی و محرمانه نگه داشتن داده‌ها توجه شد. میانگین زمان هر مصاحبه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود و تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ۲۴ مصاحبه انجام شد که ۳ مصاحبه دیگر نیز جهت اطمینان پس از این اضافه شد. پاسخ‌های ماماها به نرم‌افزار ورد وارد و سپس متن مصاحبه‌ها خوانده و دسته‌بندی شد.

در نظام سلامت ایران، مراکز پزشک خانواده سطح اول ارجاع هستند و ماماها نقش کلیدی در غربالگری PPD دارند. این مطالعه کیفی با مشارکت ماماها، از جمله کارشناسان ارشد مشاوره مامایی، تجارب و چالش‌های اجرایی آنان را برای درک بهتر موانع و نگرش‌های تخصصی تبیین کرده است.

برای تأمین روایی و پایایی در این مطالعه کیفی، از روش‌هایی مانند بازبینی داده‌ها توسط مشارکت کنندگان و متخصص روانپزشکی، ارزیابی عناصر چهارگانه استحکام (قابلیت اعتماد، انتقال‌پذیری، تأییدپذیری و وابستگی)، بازنگری همکار پژوهشگر، و درگیری طولانی با داده‌ها استفاده شد.

برای تأیید قابلیت اعتماد داده‌های پژوهش، از بازبینی اعضا و تحلیل همکاران استفاده شد. محقق داده‌ها را به پژوهشگران کیفی دیگر ارائه داد تا نظرات آن‌ها را درباره یافته‌ها و طبقات بررسی کند. سپس یافته‌های آن‌ها را با کار خود مقایسه کرد و کدها و طبقاتی که نیاز به بازنگری داشتند را دوباره بررسی کرد. معیار انتقال‌پذیری در پژوهش کیفی معادل تعمیم‌پذیری در تحقیق کمی است. این پژوهش با توصیف‌های دقیق، زمینه‌ای برای ارزیابی قابلیت انتقال یافته‌ها فراهم کرده است (۱۶، ۱۷). برای تأمین این قابلیت، نمونه‌ها با حداکثر تغییرپذیری از سطوح مختلف تحصیلی مامایی و گروه‌های متنوع انتخاب شده است.

در این مطالعه، پژوهشگر برای تأمین معیار قابلیت تایید، تلاش کرد تا از بروز تورش جلوگیری کند. او

جدول شماره ۲: مضامین، طبقات و طبقات فرعی انتزاع شده از موانع و راهکارهای بهبود غربالگری پس از زایمان از دیدگاه ماماها

مضمون ۱: موانع غربالگری پس از زایمان	
طبقات اصلی	طبقات فرعی
ساختمانی-سازماتی	-چندپیشه بودن ماماها و فشار کاری بالا -کمبود امکانات و تجهیزات در مراکز بهداشتی
	-عدم وجود مشاور در زمینه مامایی، روانشناس و روانپزشک با تجربه در مراکز بهداشتی
آموزشی-حرفه‌ای	-تغییرات مکرر در سیاست‌های غربالگری و تأثیر آن بر سلامت مادر و جنین -عدم آگاهی ماماها و سایر کادر درمان از اهمیت غربالگری پس از زایمان -عدم آموزش کافی کادر درمان در زمینه غربالگری افسردگی پس از زایمان
اقتصادی-اجتماعی	-عوامل مؤثر بر عدم مراجعه مادران به مراکز بهداشتی (مانند دوری مسافت) -عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی کافی از مادران پس از زایمان
روانشناختی	-ترس مادران از استیگما و قضاوت اجتماعی در صورت تشخیص افسردگی -ترس از نتایج غربالگری افسردگی پس از زایمان -تکرانی‌های مادران پس از زایمان و اولویت‌دهی به مراقبت از نوزاد -چالش‌های مربوط به اعتماد مادران به ماماها و کادر درمان
فردی-بالینی	-عدم بررسی سابقه اختلالات روانپزشکی در خانواده فرد
طبقات اصلی	طبقات فرعی
آموزشی-فرهنگی	-آگاهی‌بخشی به مادران و خانواده‌ها از طریق کارگاه‌های آموزشی -آموزش عمومی از طریق رسانه‌های جمعی برای افزایش آگاهی جامعه -اصلاح باورهای نادرست در جامعه از طریق برنامه‌های آموزشی هدفمند
حمایتی-اجتماعی	-تقویت حمایت اجتماعی و خانوادگی از مادران پس از زایمان -افزایش تعامل و اعتمادسازی بین مادران و ماماها
سازماتی-سیاستی	-مدیریت منابع انسانی و بهبود شرایط کاری ماماها -بهبود کیفیت خدمات غربالگری و در دسترس بودن مامای مشاور -تخصیص گرایی در ارائه خدمات سلامت روان در سیستم ارجاع -برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی برای ماماها و کادر درمان -بهبود ابزار و روش‌های غربالگری (مانند استفاده از ابزارهای استاندارد)

کمبود امکانات و تجهیزات در مراکز بهداشتی

اکثر ماماها کمبود امکانات برای انجام غربالگری افسردگی پس از زایمان را نبود فضای خصوصی برای مصاحبه اعلام کرده اند "من اصلاً اتاق ندارم صندلی من داخل راهرو مطب هست خب وقتی همه می‌شنوند کی میاد بگه حالم بده؟".

عدم وجود مشاور در زمینه مامایی، روانشناس و روانپزشک با تجربه در مراکز بهداشتی

نیروهای کادر روان مراکز دارای اطلاعات بالا و به روز هستند، اما به نظر می‌رسد به علت تجربه ناکافی و محدودیت زمانی در مراکز نمی‌توانند آن‌طور که باید زنان را بررسی کنند. مادران با جمله "اصلاً متوجه نیست چی می‌گم"، "نمیدونه چطور باهام صحبت کنه." "نارضایتی خودشان را اعلام می‌کردند.

غییرات مکرر در سیاست‌های غربالگری و تأثیر آن بر سلامت مادر و جنین

بر اساس ماده ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، حذف برخی دستورالعمل‌های مرتبط با سقط در مواردی که جان مادر در خطر نیست، ممکن است باعث کاهش مراجعه مادران به خدمات بهداشتی پس از زایمان شود. کارشناسان هشدار می‌دهند که این تغییرات می‌تواند احساس انزوا، کاهش اعتماد به نفس و کاهش انگیزه در استفاده از خدمات مراقبتی را در مادران به‌ویژه در موارد بارداری پرخطر یا تولد نوزاد با مشکل، به دنبال داشته باشد.

آموزشی-حرفه‌ای

عدم آگاهی ماماها و سایر کادر درمان از اهمیت

غربالگری پس از زایمان

یکی از موانع اصلی غربالگری افسردگی پس از زایمان، کمبود دانش و آگاهی ماماها درباره این اختلال است. یکی از ماماها در این رابطه اظهار داشت: "حقیقتاً چون دوره‌ی آموزشی خاصی ندیده‌ایم، خیلی توجهی به این موضوع نمی‌شود. از طرفی خطرات افسردگی و درمان نکردن آن برای ما خیلی واضح نیست."

عدم آموزش کافی کادر درمان در زمینه غربالگری افسردگی پس از زایمان

به نظر می‌رسد آموزشی در زمینه انجام غربالگری افسردگی پس از زایمان به ماماها داده نشده است و مصاحبه‌ای برای بررسی دقیق‌تر افراد انجام نمی‌شود. در یکی از مراکز دولتی سه نفر از ماماها اظهار داشتند: "نه در دوران دانشجویی و نه در دوران کار کردن هیچ آموزشی در این زمینه به ما داده نشده." اکثر ماماها دیگر نیز به همین موضوع اشاره کرده اند.

اقتصادی-اجتماعی

عوامل مؤثر بر عدم مراجعه مادران به مراکز بهداشتی (مانند دوری مسافت)

بیش تر ماماها بر این موضوع تأکید دارند که بسیاری از مادران به دلیل نداشتن اطلاعات کافی، از مراجعه به مراکز درمانی خودداری می کنند. به گفته یکی از ماماها: "خیلی از مادران یا از خدمات مراکز اطلاعی ندارند، یا به دلیل کمبود وقت یا برنامه ریزی برای مراجعه، به مراکز نمی آیند." علاوه بر این، برخی از ماماها به فاصله جغرافیایی مراکز از محل سکونت مادران اشاره کردند و این را یکی از دلایل عمده عدم مراجعه معرفی نمودند.

عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی کافی از مادران پس از زایمان

چندین ماما دیگر بر اهمیت موضوع تأکید کردند و گفتند: "حمایت عاطفی بخش بسیار مهمی از زندگی فردی به ویژه برای مادران است، برای این که وضعیت مادران بهبود یابد، لازم است که همسران و خانواده ها آموزش های لازم را دریافت کنند. به نظر می رسد این مشکل در میان برخی از مادران رایج است، و ممکن است نیاز به توجه و حمایت بیش تر در زمینه ارتباطات خانوادگی و نقش های مشترک در تربیت کودک باشد.

روان شناختی

ترس مادران از استیگما و قضاوت اجتماعی در صورت تشخیص افسردگی

انگ بیماری روانی یک مشکل جدی در همه فرهنگ ها است. یکی از ماماها گفت "خیلی از مادران بخاطر ترس از از برچسب خوردن بیماری روانی، از مراجعه به مراکز یا انجام غربالگری سرباز می زنند." به نظر می رسد وجود باورهای غلط در ارتباط با مشکلات روان و برچسب زدن به افراد یکی از علل مهم عدم مراجعه برای انجام غربالگری می باشد.

ترس از نتایج غربالگری افسردگی پس از زایمان

به نظر می رسد حساس بودن دوره پس از زایمان و تغییرات در وضعیت روحی و روانی می تواند تأثیر زیادی

در ترس از نتایج غربالگری داشته باشد. "مادران در جواب دادن به سوالات ما تردید دارند و گاهی با نگرانی می پرسند بعد جواب دادن به این سوالات چی می شه؟".

نگرانی های مادران پس از زایمان و اولویت دهی به

مراقبت از نوزاد

بسیاری از مادران پس از زایمان تمام تمرکز خود را بر نوزاد می گذارند و نیاز به مراقبت از خود را کم تر احساس می کنند. یکی از ماماها اظهار داشت: "مادران معمولاً تنها به وضعیت نوزاد توجه دارند و درخواست های ما برای بررسی وضعیت خودشان با واکنش های متفاوتی روبه رو می شود".

چالش های مربوط به اعتماد مادران به ماماها و کادر درمان

در میان برخی مشارکت کنندگان، نگرانی و بی اعتمادی مطرح شد که ناشی از اطلاعات نادرست و شایعات فضای مجازی است و این بی اعتمادی را تشدید می کند. یکی از ماماها در این باره گفت: "بسیاری از افراد به کادر درمان اعتماد کافی ندارند، زیرا مطالب نادرستی که در شبکه های اجتماعی منتشر می شود، باعث ایجاد ترس و نگرانی در آنها شده است."

فردی- بالینی

عدم بررسی سابقه اختلالات روان پزشکی در خانواده فرد عوامل خطر PPD شامل افسردگی دوران بارداری، افسردگی قبل از بارداری و سابقه خانوادگی بیماری های روانی است. "خب من گفتم زمان محدود هست و ما هم باید به همه مراجعه کننده ها برسیم در نتیجه سوالات سیستم فقط می پرسم که داخلش بررسی خانواده وجود نداره." با توجه به اهمیت بررسی سابقه افسردگی در فرد و بیماری های روان در خانواده فرد این بررسی الزام آور است.

راهکارهای بهبود غربالگری افسردگی پس از زایمان
آموزشی-فرهنگی
آگاهی بخشی به مادران و خانواده‌ها از طریقی
کارگاه‌های آموزشی

یکی از بخش‌های مهم در امر غربالگری، آگاهی
رسانی به افراد می‌باشد. چند تن از ماماها در این باره این
گونه گفتند: "این که خانواده دانش و آگاهی این
موضوع را داشته باشند که چگونه با مادر تازه زایمان
کرده برخورد کنند می‌تواند بسیار در روحیه و روند
بهبودی فرد اثر بگذارد."

آموزش عمومی از طریق رسانه‌های جمعی برای افزایش
آگاهی جامعه

اثر بخشی آموزش ثابت شده است؛ همان‌طور که
رسانه می‌تواند تأثیر منفی داشته باشد، آموزش صحیح نیز
می‌تواند تأثیر مثبت قابل توجهی داشته باشد. افسردگی پس
از زایمان باید در سطح جامعه آموزش داده شود. دیگری
گفت: "بخش بزرگی از آموزش از طریق رسانه‌های
جمعی به گوش مخاطب می‌رسد، معمولاً ماه اول پس از
زایمان زمان بسیار مناسبی جهت گرفتن آموزش است."

اصلاح باورهای نادرست در جامعه از طریق برنامه‌های
آموزشی هدفمند

"خیلی از زنان حساسیت افسردگی پس از زایمان را
درک نمی‌کنند و فکر می‌کنند بی‌حوصله بودن در این
دوران عادی است، این باور غلط می‌تواند اثرات مخربی
بگذارد." اکثر ماماها برداشتن برنامه‌های آموزشی برای
مادران، خانواده و مردم اتفاق نظر داشته‌اند. یکی از ماماها
این گونه بیان کرد: "در صورت داشتن یک برنامه مشخص
و آموزش افراد می‌توانیم به آگاهی افراد اضافه کنیم."

حمایتی-اجتماعی

تقویت حمایت اجتماعی و خانوادگی از مادران پس از زایمان
شناخت شرایطی که تأثیر افسردگی مادر را بر

کودکان به حداقل می‌رساند، دارای اهمیت بالینی است.
یکی از ماماها این چنین بیان کرده است: "حمایت از
مادر نقش به سزایی در کاهش ابتلا به افسردگی دارد
همچنین مادرانی که مورد حمایت اعضای خانواده قرار
می‌گیرند بیش تر به مرکز مراجعه می‌کنند."

افزایش تعامل و اعتمادسازی بین مادران و ماماها
اکثر ماماها به تأثیر اعتماد و ارتباط مثبت بین زنان و
کادر درمان بر کیفیت خدمات و غربالگری افسردگی
پس از زایمان اشاره داشتند. "زنانی که مامای خود
اطمینان دارند و ارتباط بهتری دارند، می‌دانند ما تمام
تلاش خودمان را می‌کنیم تا به فرد کمک کنیم و
همکاری بهتری دارند."

سازمانی-سیاستی

مدیریت منابع انسانی و بهبود شرایط کاری ماماها
اکثر ماماها از حجم زیاد کار شکایت داشته‌اند.
یکی از آن‌ها جهت بهبود این مشکل این گونه
گفت: "از آنجایی که کار ما بسیار زیاد است و باید به
تمامی رده‌های سنی خدمات ارائه کنیم خیلی مواقع
نمی‌توان خدمات را به موقع انجام داد." مامای دیگری
این گونه بیان کرد: "کار زیاد باعث شده تا کیفیت
خدمات پایین بیاید، این امر در روحیه ما تأثیرگذار بوده
و وقتی می‌دانیم می‌توانیم کارمان را اگر حجم کاری
کم‌تر شود بهتر انجام بدهیم آزار دهنده است."

بهبود کیفیت خدمات غربالگری و در دسترس بودن
مامای مشاور

در این مطالعه، یکی از عوامل مؤثر در بهبود
غربالگری افسردگی پس از زایمان، ایجاد محیط امن و
دسترسی به مشاور در مراکز است. ماماها بر لزوم وجود
فضای خصوصی برای مشاوره تأکید کردند و اشاره
کردند که عدم حضور دائمی مشاور و نیاز به وقت‌گیری
برای مشاوره، مشکلاتی را ایجاد می‌کند. همچنین، نبود

بحث

پایین بودن نرخ شناسایی PPD یک چالش مداوم است که اهمیت تبیین موانع و راهکارها را نشان می‌دهد (۱۸). موانع اصلی شامل عوامل ساختاری-سازمانی مانند چند پیشه بودن ماماها، فشار کاری بالا، کمبود امکانات و تجهیزات، عدم وجود کارشناسان روان با تجربه و تغییرات مکرر در سیاست‌های غربالگری هستند که بر سلامت مادر و جنین تأثیر می‌گذارند.

این مطالعه همسو با سایر مطالعات به کمبود کارشناسان روان با تجربه و تجهیزات در مراکز بهداشتی اشاره شده است. خدمات بهداشت روان مادران با کمبود امکانات مواجه‌اند و کارکنان بهداشتی آموزش کافی در این زمینه ندارند (۱۹). هم‌چنین، دسترسی به متخصصان سلامت روان در این مراکز محدود یا وجود ندارد (۲۰).

در دسته‌بندی آموزشی-حرفه‌ای، کمبود آموزش و آگاهی ماماها و کادر درمان درباره غربالگری افسردگی پس از زایمان، از موانع اصلی محسوب می‌شود و آگاهی ناکافی و نبود خدمات، دسترسی زنان به مراقبت مؤثر را محدود می‌سازد (۲۱). فارغ‌التحصیلان مشاوره در مامایی، با هدف ارتقای آگاهی زوج‌ها، از سال ۱۳۹۱ در تربیت نیروی متخصص برای ارائه خدمات مشاوره‌ای و آموزشی نقش آفرین بوده‌اند (۲۲).

مراقبین و ماماها نقش کلیدی در آموزش رفتارهای بهداشتی و غربالگری بیماری‌ها به ویژه در مورد افسردگی پس از زایمان دارند، بنابراین آگاهی آنان از غربالگری افسردگی پس از زایمان اهمیت بسیار زیادی دارد (۲۳). مطالعه Goldsmith (۲۰۰۷) نشان داد که ۸۴ درصد پرستاران خانواده با زنان پس از زایمان در ارتباط هستند، اما ۴۲ درصد آن‌ها غربالگری افسردگی را انجام نمی‌دهند (۲۴). هم‌چنین، آموزش‌های دوران بارداری می‌تواند به کاهش افسردگی پس از زایمان کمک کند (۱۸). بنابراین، آگاهی کادر درمان از غربالگری افسردگی پس از زایمان و توجه به آن در آموزش‌های دوران بارداری ضروری است.

مشاور در تمام مراکز باعث ارجاع بیماران به مکان‌های دیگر و خستگی آن‌ها می‌شود. در نهایت، تأکید شد که محیط مشاوره باید خصوصی و راحت باشد، اما این موضوع در بسیاری از مراکز رعایت نمی‌شود.

تخصص‌گرایی در ارائه خدمات سلامت روان در سیستم ارجاع با انتقال بار مراقبت از سطح دوم به سطح اول، ماماها با افزایش حجم کار و کاهش امکان بهره‌گیری از تخصص خود مواجه‌اند. یکی از ماماها بیان کرد: "اگر بار کاری کم‌تر و تخصصی‌تر شود، می‌توانیم خدمات بهتری ارائه دهیم."

برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی برای ماماها و کادر درمان

اکثر افراد از عدم وجود کلاس‌ها و دوره‌های آموزشی ناراضی هستند و معتقدند که برگزاری این دوره‌ها به بهبود عملکرد آن‌ها کمک می‌کند. یکی از ماماها اشاره کرد که تاکنون در هیچ کلاسی شرکت نکرده و بر ضرورت این آموزش‌ها تأکید کرد تا اطلاعاتشان به‌روز شود. مطالعات نشان داده‌اند که آموزش مؤثر است و برگزاری دوره‌های آموزشی می‌تواند کیفیت غربالگری افسردگی پس از زایمان را بهبود بخشد.

بهبود ابزار و روش‌های غربالگری (مانند استفاده از ابزارهای استاندارد)

در ایران، پرسشنامه غربالگری افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS) تنها در ویزیت دوم استفاده می‌شود و در ویزیت سوم از آن یا دیگر پرسشنامه‌های مرتبط استفاده نمی‌شود. یکی از ماماها اشاره کرد: "این پرسشنامه به تازگی وارد سیستم شده و تغییراتی در استفاده از آن ایجاد شده است." هم‌چنین، ماماها بر اهمیت وجود پرسشنامه معتبر در غربالگری تأکید کردند، اما از عدم آموزش صحیح در استفاده از آن گلایه کردند.

زایمان باید به عنوان یک جز اساسی در مراقبت های پس از زایمان محسوب گردد (۳۱).

مطالعه کیفی دیگری ارتباطات بهداشتی نامناسب بین پرسنل و مراجعه کننده را به عنوان مانع انجام غربالگری های سرطان گزارش کردند (۳۲). مطالعه کیفی فلاحی و همکاران (۲۰۱۶) بر اهمیت تعامل مناسب و صمیمی با پرسنل بهداشتی و درمانی در بهبود غربالگری پاپ اسمیر برای پیشگیری از سرطان تأکید دارد (۳۳). هم چنین، Wagner و همکاران (۲۰۰۲) تعامل مؤثر بین پزشک و بیمار را عاملی برای ایجاد انگیزه در بیماران و تغییر رفتار آن ها می دانند (۳۴). این یافته ها با مطالعه حاضر همخوانی دارد و بر اهمیت اعتماد مادران به کادر درمان تأکید می کند.

در نهایت، موانع غربالگری در این مطالعه شامل عدم بررسی سابقه اختلالات روانپزشکی در خانواده است، که می تواند مادران را در معرض افسردگی پس از زایمان قرار دهد، با این حال در بسیاری از آن ها این سابقه مورد بررسی قرار نمی گیرد (۱۹).

این مطالعه به بررسی راهکارهای بهبود غربالگری پرداخته و در بخش آموزشی-فرهنگی، به آگاهی بخشی به مادران و خانواده ها از طریق کارگاه های آموزشی و رسانه های جمعی اشاره کرده است. اصلاح باورهای نادرست جامعه نیز از طریق برنامه های آموزشی هدفمند مورد تأکید قرار گرفته است. فرهنگ تأثیر زیادی بر ارتباط مادران و نوزادان و همچنین بروز افسردگی پس از زایمان دارد (۳۵). در واقع عوامل فرهنگی نقش مهمی در افسردگی پس از زایمان دارند (۳۶). هم چنین، حمایت اجتماعی از طریق پلتفرم های رسانه های اجتماعی به عنوان یک منبع مهم در این زمینه شناخته شده است (۳۷). همسو با یافته های مطالعه حاضر، مطالعه ای نشان می دهد که رسانه های اجتماعی تأثیر مثبتی بر زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان دارند و به ارائه حمایت عاطفی و اطلاعات کمک می کنند (۳۸). هم چنین، تحقیق Choudhury و

سومین طبقه از موانع غربالگری افسردگی پس از زایمان، موانع اقتصادی-اجتماعی شامل عوامل مؤثر بر عدم مراجعه مادران به مراکز بهداشتی، عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی کافی از مادران پس از زایمان می باشند.

با وجود گسترش مراکز سلامت پس از اجرای طرح تحول در سال ۱۳۹۳، مراجعه به این مراکز همچنان محدود است. رحمانی و همکاران عوامل مؤثر را شامل عدم احساس نیاز، تمرکز بر درمان، اشتغال، مشکلات جسمی، اطلاع رسانی ضعیف، مکان نامناسب، ناهماهنگی خدمات با نیازها و برخورد نامناسب کارکنان می دانند (۲۵). در ارتباط با افسردگی پس از زایمان نیز نشان داده شد که زنان پس از زایمان از جهت این مشکل کمکی درخواست نمی کنند (۲۶).

پیغمبر دوست و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که حمایت تلفنی توسط ماما می تواند بر کاهش افسردگی پس از زایمان در دوره نفاس مؤثر باشد (۲۷). مطالعات دیگری نیز نشان داده اند که عدم حمایت اطرافیان می تواند منجر به بروز افسردگی پس از زایمان در زنان گردد (۱۹). Denis و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که حمایت از سوی همسانان در پیشگیری از بروز افسردگی پس از زایمان مؤثر است (۲۸).

یکی دیگر از موانع غربالگری افسردگی پس از زایمان شامل عوامل روانشناختی است. مادران به دلیل ترس از استیگما و قضاوت اجتماعی، نگرانی از نتایج غربالگری و اولویت دهی به مراقبت از نوزاد، از درخواست کمک خودداری می کنند. هم چنین، عدم اعتماد به کادر درمان و احساس خجالت، ترس از جدایی از کودک و عدم آگاهی از علائم افسردگی از دیگر دلایل عدم درخواست کمک توسط زنان است (۲۹). همسو با این مطالعه، یک مطالعه دیگر به نقش برخورد های پرسنل بهداشتی با مادران در بروز افسردگی پس از زایمان اشاره کرد (۳۰). در این طبقه به نگرانی های مادران پس از زایمان و اولویت دهی به مراقبت از نوزاد به عنوان یکی از موانع غربالگری اشاره کرد. اگرچه براساس مطالعات غربالگری افسردگی پس از

همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که افزایش انزوای اجتماعی در رسانه‌های اجتماعی می‌تواند پیش‌بینی کننده افسردگی پس از زایمان باشد (۳۹). بنابراین، استفاده از رسانه‌های اجتماعی به عنوان راهکاری برای آموزش و غربالگری افسردگی پس از زایمان پیشنهاد می‌شود.

متغیرهای فرهنگی، مانند باورهای جامعه نسبت به افسردگی پس از زایمان و تفاوت‌های اقتصادی-اجتماعی، می‌تواند بر شیوع و تشخیص این نوع افسردگی تأثیر بگذارند (۴۰). همسو با این مطالعه، در مطالعه Klainin و همکاران (۲۰۰۹)، ترجیح جنسیت نوزادان به عنوان عاملی برای افسردگی پس از زایمان شناسایی شد (۴). همچنین، مطالعه عبداللهی و همکاران (۲۰۱۱) به تأثیر برخی آیین‌های سنتی پس از زایمان بر افسردگی اشاره کرد، بنابراین، تغییر باورهای فرهنگی و افزایش آگاهی فرد و خانواده در این زمینه ضروری است (۴۱).

طبقه دوم راهکارهای بهبود غربالگری به عوامل حمایتی-اجتماعی مربوط می‌شود که شامل تقویت حمایت اجتماعی و خانوادگی از مادران پس از زایمان، افزایش تعامل و اعتمادسازی بین مادران و ماماها است. مطالعه‌ای نشان می‌دهد که مادرانی که از بیماری‌هایی مانند افسردگی پس از زایمان رنج می‌برند، بیش‌تر به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند. بنابراین، ایجاد تعامل بین زنان و کادر درمان می‌تواند به بهبود غربالگری افسردگی کمک کند. همچنین، کارکنان بهداشت در ویزیت‌های پس از زایمان بیش‌تر بر مراقبت از نوزاد تمرکز دارند و به سلامت مادر توجه کم‌تری می‌کنند (۱۹). لذا حمایت از زنان و افزایش تعامل با کادر درمان از اجزای ضروری غربالگری افسردگی پس از زایمان است.

طبقه سوم راهکارهای بهبود غربالگری شامل راهکارهای سازمانی-سیاستی است که به مدیریت منابع انسانی و شرایط کاری ماماها، کیفیت خدمات غربالگری، دسترسی به مامای مشاور، تخصص‌گرایی در خدمات سلامت روان، برگزاری دوره‌های آموزشی برای ماماها و کادر درمان، و بهبود ابزار و روش‌های غربالگری

می‌پردازد. همسو با این مطالعه، مطالعه P. Mannava و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که حجم کاری مراقبین بهداشتی بر نگرش‌ها و رفتارهای آن‌ها تأثیر دارد و کیفیت ضعیف مراقبت می‌تواند بر جستجوی خدمات توسط کاربران تأثیر منفی بگذارد (۲۱، ۴۲). فقدان مراقبت محترمانه از پزشکان و ماماها می‌تواند به نارضایتی از سیستم بهداشتی و کاهش درخواست خدمات زایمان منجر شود (۲۱). این موضوع ضرورت کاهش حجم کاری ماما و ارائه مشاوره مناسب برای تشخیص سریع‌تر افسردگی پس از زایمان را نشان می‌دهد.

این طبقه به اهمیت برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی برای ماماها و کادر درمان می‌پردازد. همسو با یافته‌های این مطالعه، مطالعه Keng (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که بیش از ۱۷ درصد ماماها آموزش در زمینه بهداشت و آگاهی از افسردگی پس از زایمان را ضروری می‌دانند. این آموزش‌ها به ماماها کمک می‌کند تا مادران در معرض خطر را شناسایی کنند (۴۳). همچنین مطالعه دیگری بیان کرد که نیاز به آموزش حرفه‌ای پرستاری پیشرفته برای غربالگری بیماران مطرح شده است و توسعه برنامه‌های درسی و تدوین دستورالعمل‌های بالینی می‌تواند به بهبود غربالگری، تشخیص و درمان افسردگی پس از زایمان کمک کند (۲۴). مطالعه قهرمانی گلووان و همکاران نیز نشان داد که آموزش‌های ضمن خدمت موجب افزایش ارتقای توانمندی کارکنان نسبت به شغل و سازمان خود شده است (۴۴).

از نقاط قوت این مطالعه کیفی می‌توان گفت که با بررسی دیدگاه‌های ماماها، موانع و راهکارهای غربالگری افسردگی پس از زایمان را شناسایی گردید. مشارکت ماما‌های دارای تجارب متنوع از مناطق مختلف، به افزایش اعتبار و انتقال‌پذیری یافته‌ها کمک کرده است. همچنین پرداختن به ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی این پدیده در زمینه ایران، از نقاط قوت پژوهش به شمار می‌رود.

مطالعه نشان می‌دهد موانعی چون ترس از مسئولیت، آگاهی ناکافی، فشار کاری، و نبود آموزش ساختار یافته، اجرای غربالگری افسردگی پس از زایمان را در مراکز بهداشتی دشوار کرده است. آموزش مداوم، بازنگری دستورالعمل‌ها و نظام ارجاع منطقی می‌تواند نقش ماما را تقویت و سلامت روان مادران را ارتقا دهد.

سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است و بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم غزل فیضی در رشته مشاوره در مامایی است. از تمام کسانی که در این مطالعه یاری رساندند، تشکر و قدر دانی می‌گردد.

از محدودیت این مطالعه که با تمرکز بر دیدگاه‌ها و تجارب ماماها به عنوان ارائه دهندگان اصلی مراقبت‌های پس از زایمان انجام شد، می‌توانم گفت، اگر چه مشارکت سایر اعضای تیم سلامت می‌توانست به تنوع دیدگاه‌ها بیفزاید، تمرکز پژوهش بر تحلیل عمیق تجارب ماماها بود. استفاده از ماماها دارای تحصیلات کارشناسی ارشد در مشاوره مامایی به غنای داده‌ها کمک کرد. داده‌ها از طریق خود اظهاری و تحلیل محتوای مصاحبه‌ها گردآوری شدند که ممکن است با سوگیری شناختی همراه باشد؛ برای کاهش این احتمال، از بازبینی مشارکت کنندگان و تحلیل هم‌زمان توسط تیم پژوهشی بهره گرفته شد.

References

1. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 2019; 15:1745506519844044. PMID: 31035856.
2. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med*. 2007;20(3):280-288. PMID: 17478661.
3. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022; 31(19-20): 2665-2677. PMID: 34750904.
4. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(10):1355-1373. PMID: 19327773.
5. 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.
6. Barooj-Kiakalae O, Hosseini S-H, Mohammadpour-Tahmtan R-A, et al. Paternal postpartum depression's relationship to maternal pre and postpartum depression, and father-mother dyads marital satisfaction: a structural equation model analysis of a longitudinal study. *J Affect Disord*. 2022; 297:375-380. PMID: 34715195.
7. Beck CT, Records K, Rice M. Further development of the postpartum depression predictors inventory-revised. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(6):735-745. PMID: 17105638.
8. Corwin EJ, Murray-Kolb LE, Beard JL. Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *J Nutr*. 2003;133(12):4139-4142. PMID: 14652362.
9. Altamura AC, Brambilla P. *Clinical Cases in Psychiatry: Integrating Translational Neuroscience Approaches*. Springer; 2019.
10. Moraes GPdA, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and

- how? Trends Psychiatry Psychother. 2017;39(1):54-61. PMID: 28403324.
11. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019; 70: 183-196. PMID: 30691372.
 12. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, et al. post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry*. 1999; 175: 554-558. PMID: 10789353.
 13. Yu Y, Liang H-F, Chen J, et al. Postpartum depression: current status and possible identification using biomarkers. *Front Psychiatry*. 2021; 12: 620371. PMID: 34211407.
 14. Ministry of Health and Medical Education. Mental health care in postpartum period. 2022.
 15. Hansotte E, Payne SI, Babich SM. Positive postpartum depression screening practices and subsequent mental health treatment for low-income women in Western countries: a systematic literature review. *Public Health Rev*. 2017; 38: 1-17. PMID: 29450075.
 16. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Sage; 2011.
 17. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
 18. Bahrami N, Araban M, Bahrami S. The impact of antenatal education on postpartum depression, Dezful, Iran. *Med J Hormozgan Univ*. 2010;13(4):276-283.
 19. Upadhyay RP, Chowdhury R, Salehi A, et al. Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2017; 95(10): 706-717. PMID: 29147043.
 20. Baron EC, Hanlon C, Mall S, Honikman S, Breuer E, Kathree T, et al. Maternal mental health in primary care in five low-and middle-income countries: a situational analysis. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16:1-16. PMID: 26880075.
 21. Mannava P, Durrant K, Fisher J, Chersich M, Luchters S. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. *Global Health*. 2015; 11: 36. PMID: 26276053.
 22. Najibi S, Ghazanfarpour M, Ahmadi A, Nakhaee N. The need to revise the "Counseling in Midwifery" curriculum in medical universities for improving the plan of "Support for Families and the Youth of the Population" in Iran. *Dev Strateg Med Educ*. 2023; 10(1): 36-49.
 23. Moattari M, Rouzitalb M, Saber Firoozi M, Zare N, Gholamzadeh S. The effect of educational intervention on the knowledge and participation of administrative health personnel in colorectal cancer screening program at Shiraz University of Medical Sciences. *Res Med*. 2009; 33(1): 47-54.
 24. Goldsmith ME. Postpartum depression screening by family nurse practitioners. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2007; 19(6): 321-327. PMID: 17535342.
 25. Bidarpoor F, Rahmani K, Akhavan B, Rahimzadeh A, Pourmoradi A. Identifying reasons of non-attendance of urban households in the comprehensive centers of health services in Sanandaj: a combination of two quantitative and qualitative approaches. *Iran J Epidemiol*. 2019; 14(4): 302-311.
 26. McGarry J, Kim H, Sheng X, Egger M, Baksh L. Postpartum depression and help-seeking behavior. *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54(1):50-56. PMID: 19114239.
 27. Peighambaroust R, Fadaey Z, Khakbazan Z, Sodaey H. Telephone support on the

- postpartum depression after normal vaginal delivery. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2013; 11(5): 335-342.
28. Dennis C-L. Postpartum depression peer support: maternal perceptions from a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47(5): 560-568. PMID: 19962699.
 29. McCarthy M, McMahon C. Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care Women Int.* 2008; 29(6): 618-637. PMID: 18569047.
 30. Souza KJd, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publica.* 2017; 51: 69. PMID: 28746574.
 31. Zanganeh M, Shams Alizade N, Kamravamanesh M, Rezaee M, Pormehr S. A study of postpartum depression and its relationship with unwanted pregnancy and the gender of the newborn. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci.* 2009; 14(2):65-71.
 32. Lamyian M, Ahmadi F, Faghihzadeh S, Aguilar Vafaie M. Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. *East Mediterr Health J.* 2007; 13(5): 1160-1169. PMID: 18290410.
 33. Fallahi A, Shahrbabaki BN, Hashemian M, Kahanali AA. The needs of women referring to health care centers for doing pap smear test. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2016; 19(6):1-10.
 34. Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med.* 2002; 34(10): 750-754. PMID: 12448645.
 35. Gulamani SS, Premji SS, Kanji Z, Azam SI. A review of postpartum depression, preterm birth, and culture. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2013; 27(1): 52-59. PMID: 23360942.
 36. Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health Care Women Int.* 2008;29(6):568-592. PMID: 18569045.
 37. Baker B, Yang I. social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sex Reprod Healthc.* 2018; 17: 31-34. PMID: 30193717.
 38. Stringfellow CM. How does social media impact the postpartum depression experience. 2016:1-67. Thesis, no PMID.
 39. De Choudhury M, Counts S, Horvitz EJ, Hoff A. Characterizing and predicting postpartum depression from shared facebook data. *Proceedings of CSCW 2014;* 626-638. Conference paper, no PMID.
 40. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006;91(2-3):97-111. PMID: 16466664.
 41. Abdollahi F, Lye M-S, Zain AM, Ghazali SS, Zarghami M. Postnatal depression and its associated factors in women from different cultures. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2011; 5(2):5-11. PMID: 24644441.
 42. Harris B, Goudge J, Ataguba JE, McIntyre D, Nxumalo N, Jikwana S, et al. Inequities in access to health care in South Africa. *J Public Health Policy.* 2011;32(Suppl 1): S102-S123. PMID: 21730985.
 43. Keng SL. Malaysian midwives' views on postnatal depression. *Br J Midwifery.* 2005; 13(2): 78-86.
 44. Glozan AA, Sadat MAA. Investigating the impact of in-service training on employee empowerment from the perspective of learners in Qazvin Governorate. *Manag Dev Transform.* 2014; 23: 63-74.