QUALITATIVE RESEARCH

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

Zeinab Hamzehgardeshi[1],
Zohreh Shahhosseini[1],
Forouzan Elyasi[2],
Hanieh Salehi-pourmehr[3],
Afsaneh Fendereski[4],
Fereshteh Yazdani[5],
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 Januart 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)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

پژوهشی کیفی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و پنجم شماره ۲۴۶ تیر سال ۱۴۰۴ (۱۵۱-۱۳۹)

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[۶و۷]

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 روش ها: 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-حرفه ای، اقتصادی- اجتماعی، روانی، فردی- بالینی بود. راهبردهای پیشنهادی شامل راهبردهای آموزشی- فرهنگی، حمایتی- اجتماعی، سازمانی- سیاسی بود.

استنتاج: غربالگری افسردگی پس از زایمان با موانع ساختاری- سازمانی، آموزشی- حرفه‌ای، اقتصادی- اجتماعی، روان‌شناختی، فردی-بالینی مواجه 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.

واژه های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، غربالگری، ماما، مطالعه کیفی

مولف مسئول: غزل فیضی- ساری: دانشکده پرستاری ومامایی نسیبه، مرکزتحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
Email: ghazalfeyziii@gmail.com

۱. استاد، گروه مامایی، مرکزتحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استاد، گروه روانپزشکی، مرکزتحقیقات سلامت جنسی وباروری، پژوهشکده اعتیاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات پزشکی مبتنی بر شواهد، مرکز EBM ایران، مرکز تعالی JBI، 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 ومامایی نسیبه، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی
۷. مرکزتحقیقات 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

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 بی‌ارزشی یا گناه، کاهش تمرکز، تحریک پذیری، اضطراب، و افکار خودکشی شناخته می‌شود(۱). شیوع PPD در کشورهای در حال توسعه، ۱۹/۸ درصد می‌باشد(۳). هم‌چنین 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 می‌دهد، به‌طوری‌که برخی مادران آن را هم‌چون باتلاقی مرگبار توصیف می کنند، در حالی که مادران غیر افسرده، تولد نوزاد را شادترین مرحله زندگی خود می‌دانند بیان شده است(۷، ۸). خودکشی مرتبط با PPD دومین علت مرگ زنان در دوره پس از زایمان است(۹). به‌دلیل عدم یکنواختی پارامترهای روش‌شناختی 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(۱۳ – ۱۱). 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 کم‌تر و واکنش‌پذیری بالاتر کورتیزول را نشان می‌دهند. هم‌چنین ارتباط نزدیکی با افزایش خطر خودکشی مادر دارد(۳). کودکان مادران افسرده احتمال بیش‌تری دارد که دچار تاخیر در رشد روانی، شناختی، عصبی و حرکتی شوند. به‌نظر می‌رسد رفتار گوشه‌گیر، بی پاسخ یا منفی یک مادر افسرده در اوایل زندگی شیرخوار می‌تواند بر دلبستگی مادر به نوزاد تأثیر منفی بگذارد(۲).

مطالعه‌ای 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 می‌دهند غربالگری PPD در محیط‌های سرپایی امکان‌پذیر و مؤثر در افزایش تشخیص و درمان است؛ با این حال، تأثیر آن بر نتایج بالینی وابسته به وجود نظام‌های مؤثر درمان و پیگیری است(۲).

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

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر در مرداد ۱۴۰۲ با رویکرد کیفی، با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1402.204، به بررسی تجارب ماماهای شاغل در مراکز بهداشتی و پایگاه‌های پزشک خانواده شهر ساری پرداخته است. این پژوهش از تحلیل محتوای قراردادی استفاده کرده و نمونه‌ها شامل ماماهای شاغل در این مراکز بودند. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی، ماماها وارد مطالعه شدند و معیارهای ورود شامل تمامی ماماهای شاغل بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه با ماماها بود که شامل سوالات جمعیت شناختی مانند سن، تحصیلات، سابقه کار و محل خدمت نیز می‌شد. دو سوال اصلی که از ماماها، تجارب شما در مورد موانع موثر 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

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 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		
کاردان(تعداد)	۸	۲۹/۶
کارشناس(تعداد)	۱۷	۶۲/۹
کارشناس ارشد(تعداد)	۲	۷/۴
مکان خدمت برای پزشک خانواده(تعداد)	۱۳	۴۸/۱
مکان خدت 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 صرفا به پرسیدن سوالات داخل سیستم اکتفا می‌کنم " برخی از شرکت‌کنندگان علاوه بر کار دو شیفت در مراکز در مطب‌های خصوصی نیز کار می‌کردند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

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
ساختاری-سازمانی	-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
	-تغییرات مکرر در سیاست‌های غربالگری و تأثیر آن بر سلامت مادر و جنین
آموزشی-حرفه‌ای	-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
	-نگرانی‌های 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
سازمانی-سیاستی	-مدیریت منابع انسانی و بهبود شرایط کاری ماماها
	-بهبود کیفیت خدمات غربالگری و در دسترس بودن مامای مشاور
	-تخصص‌گرایی 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 اصلا 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 می رسد به علت تجربه ناکافی و محدودیت زمانی در مراکز نمی توانند آن طور که باید زنان را بررسی کنند. مادران با جمله" اصلا متوجه نیست چی می گم. "، "نمیدونه چطور باهام صحبت کنه. " نارضایتی خودشان را اعلام می کردند.

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، به‌دنبال 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 دقیق تر 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 ماماهای دیگر نیز به همین موضوع اشاره کرده اند.

اقتصادی- اجتماعی

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

بیش‌تر ماماها بر این موضوع تأکید دارند که بسیاری از مادران به دلیل نداشتن اطلاعات کافی، از مراجعه به مراکز درمانی خودداری می‌کنند. به گفته یکی از ماماها: "خیلی از مادران یا از خدمات مراکز اطلاعی ندارند، یا به دلیل کمبود وقت یا برنامه‌ریزی برای مراجعه، به مراکز نمی‌آیند. ". 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 به‌ویژه برای مادران است، برای این که وضعیت مادران بهبود یابد، لازم است که همسران و خانواده‌ها آموزش‌های لازم را دریافت کنند. . به نظر می‌رسد این مشکل در میان برخی از مادران رایج است، و ممکن است نیاز به توجه و حمایت بیش‌تر در زمینه ارتباطات خانوادگی و نقش‌های مشترک در تربیت کودک باشد.

روان‌شناختی

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 می‌زنند ". 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 می‌رسد حساس بودن دوره پس از زایمان و تغییرات در وضعیت روحی و روانی می‌تواند 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 می‌شه؟ ".

نگرانی‌های مادران پس از زایمان و اولویت‌دهی به مراقبت از نوزاد

بسیاری از مادران پس از زایمان تمام تمرکز خود را بر نوزاد می‌گذارند و نیاز به مراقبت از خود را کم‌تر احساس می‌کنند. یکی از ماماها اظهار داشت: "مادران معمولاً تنها به وضعیت نوزاد توجه دارند و درخواست‌های ما برای بررسی وضعیت خودشان با واکنش‌های متفاوتی روبه‌رو می‌شود ".

چالش‌های مربوط به اعتماد مادران به ماماها و کادر درمان

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

فردی- بالینی

عدم بررسی سابقه اختلالات روانپزشکی در خانواده فرد

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

راهکارهای بهبود غربالگری افسردگی پس از زایمان

آموزشی-فرهنگی

آگاهی بخشی به مادران و خانواده‌ها از طریق 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 می تواند 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 رسانه های جمعی به گوش مخاطب می رسد، معمولا 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 می تواند اثرات مخربی بگذارد. ". اکثر ماماها برداشتن برنامه‌های آموزشی برای مادران، خانواده و مردم اتفاق نظر داشته اند. یکی از ماماها این گونه بیان کرد" در صورت داشتن یک برنامه مشخص و آموزش افراد می توانیم 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 می رساند، 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 بیش‌تر به مرکز مراجعه می کنند. ".

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، می دانند ما تمام تلاش خودمان را می کنیم 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 داشته اند. یکی از آن ها جهت بهبود این مشکل این گونه گفت"از آنجایی که کار ما بسیار زیاد است و باید به تمامی رده های سنی خدمات ارائه کنیم خیلی مواقع نمی توان 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 تاثیرگذار بوده و وقتی می دانیم می توانیم 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

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 آن ها 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.

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 نقش‌آفرین 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

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، اطلاع‌رسانی ضعیف، مکان نامناسب، ناهماهنگی خدمات با نیازها و برخورد نامناسب کارکنان می‌دانند(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 موثر 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 موثر 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 اولویت‌دهی به مراقبت از نوزاد، از درخواست کمک خودداری می کنند. هم‌چنین، 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 نگرانی‌های مادران پس از زایمان و اولویت‌دهی به مراقبت از نوزاد به عنوان یکی از موانع غربالگری اشاره کرد. اگرچه براساس مطالعات غربالگری افسردگی پس از 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 غربالگری‌های 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). هم‌چنین، Wagner و همکاران (۲۰۰۲) تعامل مؤثر بین پزشک و بیمار را عاملی برای ایجاد انگیزه در بیماران و تغییر رفتار آن‌ها می‌دانند(۳۴). این یافته‌ها 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 می‌تواند مادران را در معرض افسردگی پس از زایمان قرار دهد، با این حال در بسیاری از آن‌ها 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 خانواده‌ها از طریق کارگاه‌های آموزشی و رسانه‌های جمعی اشاره کرده است. اصلاح باورهای نادرست جامعه نیز از طریق برنامه‌های 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). هم‌چنین، حمایت اجتماعی از طریق پلتفرم‌های رسانه‌های اجتماعی به عنوان یک منبع مهم در این زمینه شناخته شده است(۳۷). همسو با یافته های مطالعه حاضر، مطالعه ای نشان می‌دهد که رسانه‌های اجتماعی تأثیر مثبتی بر زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان دارند و به ارائه حمایت عاطفی و اطلاعات کمک می کنند(۳۸). هم‌چنین، تحقیق Choudhury و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

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، می‌توانند 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 بیش تر 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 یافته های 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 گلوزان و همکاران نیز نشان داد که آموزش های ضمن خدمت موجب افزایش و ارتقای توانمندی کارکنان نسبت به شغل و سازمان خود شده است(۴۴).

از نقاط قوت این مطالعه کیفی می توان 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

از محدودیت این مطالعه که با تمرکز بر دیدگاه‌ها و تجارب ماماها به‌عنوان ارائه دهندگان اصلی مراقبت‌های پس از زایمان انجام شد، می توام گفت، اگر چه مشارکت سایر اعضای تیم سلامت می‌توانست به تنوع دیدگاه‌ها بیفزاید، تمرکز پژوهش بر تحلیل عمیق تجارب ماماها بود. استفاده از ماماهای 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.

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 می گردد.

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-Kiakalaee 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

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. Peighambardoust R, Fadaey Z, Khakbazan Z, Sodaey H. Telephone support on the

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]