

## پیش بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس جهت گیری مذهبی

زهرا طاهریان<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

### چکیده

**مقدمه:** دنیا آوردن فرزند، شروع مرحله جدیدی در زندگی هر زن است و هم زمان با شروع این تجربه جدید و لذت مادر بودن، مسوولیت و دغدغه های متعدد به دنبال دارد. هدف این مطالعه پیش بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس جهت گیری مذهبی است. **مواد و روش ها:** در این مطالعه توصیفی، ۶۰ زن باردار به شیوه در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه جهت گیری مذهبی بهرامی (۱۳۷۸) شامل ۴۵ سؤال و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ (۱۹۸۷) شامل ۱۰ سؤال بود. داده ها در نرم افزار SPSS20 وارد و با روش رگرسیون استاندارد آنالیز شدند. **یافته ها:** عامل سازمان نیافتگی مذهبی قادر به پیش بین افسردگی پس از زایمان بود. **نتیجه گیری:** روی آوری به مذهب می تواند از افسردگی پس از زایمان پیشگیری کند.

**واژه های کلیدی:** افسردگی پس از زایمان، جهت گیری مذهبی، روی آوری به مذهب، سازمان نیافتگی مذهبی

## مقدمه:

بارداری، زایمان و سازگاری با نوزاد تازه متولد یافته را شاید بتوان حساس ترین مرحله رشد زندگی زن دانست. در این مقطع زمانی یک بحران فیزیولوژیک روحی، روانی و هیجانی به وقوع می پیوندد که باعث سردرگمی و تغییر هویت فرد می شود (۱). ترس از زایمان، تولد نوزاد ناهنجار، از دست دادن جذابیت برای همسر و احساس دوگانه نسبت به نگهداری از نوزاد تازه تولد یافته بسیاری از مادران رادچار اضطراب می کند و دوره پس از زایمان و مخصوصاً ۶ هفته پس از آن را به یک دوره آسیب پذیر مهم برای ابتلا به اختلالات روانی تبدیل می کند (۲).

بارداری علی رغم آنکه شور و اشتیاق زائوالوصفی ایجاد می کند برای اکثر زنان تنش زا است. از هر ۸ نفر انسان ۱ نفر از افسردگی رنج می برد و این رقم برای زنان تقریباً دو برابر است. مادر باید با شرایط جدید تطبیق یابد. در حقیقت هیچ واقعه ای در زندگی انسان همانند زمان تولد و ورود فرد جدید به خانواده نیاز به تغییر سریع در شیوه زندگی و نقش عملکرد فرد ندارد (۳).

در ادبیات پزشکی سه نوع اختلال روانی مربوط به دوران پس از زایمان تعریف شده است. غم پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان و پسیکوز پس از زایمان. اولی حالتی به خود پس رونده بوده و نیاز به درمان ندارد ولی حالت های بعدی به علت تأثیر آن بر خانواده و قابل عود بودن بیماری دارای اهمیت است (۴).

افسردگی پس از زایمان یک اختلال روانی جدید و فراوان ترین عارضه شایع در این دوره با شیوع ۱۰-۱۵ درصد می باشد (۵). این اختلال با علائمی نظیر احساس تنهایی شدید، تحریک پذیری، ترس، عدم اعتماد به نفس، تغییر در اشتها، احساس گناه، کاهش تمرکز و در موارد شدید با افکاری نظیر خودکشی همراه است (۶). شیوع آن در ایران ۲۷/۳ درصد گزارش شده است (۷). افسردگی بعد از زایمان عوارض جدی برای مادر، نوزاد و خانواده به همراه دارد (۸). در بعضی موارد در صورت شدید بودن این اختلال، کشتن نوزاد توسط مادر افسرده گزارش شده است (۹).

برخی تصور می کنند این بیماری در زنانی که بچه دوست ندارند یا مادران قابلی نیستند و نیز در زنان ضعیف دیده می شود. گروهی از مردم معتقدند که این عارضه اصلاً بیماری محسوب نمی شود، بلکه شکل هایی از واقعیت است که تشدید می گردد و به دلایلی متأسفانه تشخیص داده نمی شود، زیرا متخصصین فکر می کنند که درجاتی از افسردگی در یک دوره بعد از زایمان طبیعی است و نیاز به نگرانی و مداخله ندارد. از طرفی در برخی از جوامع احساس ترس مادر، خشم و دلسردی ناگهانی او قابل درک نیست و بروز این احساسات توسط مادران به عنوان یک رفتار نامناسب و خارج از کنترل محسوب می شود، زیرا زنان باید احساسات و تصورات مادرانه خود را در حد بالایی حفظ کنند و آفت آن حتی برای مدت کوتاهی قابل قبول نیست. بنابراین مادران در چنین شرایطی به این نتیجه می رسند که خطاکارند و احساس گناه خواهند کرد (۱۰).

مک گیل و همکاران (۱۹۹۵) طی یک تحقیق مقطعی ارتباط متغیرهای زیادی را با افسردگی پس از زایمان بررسی کردند و نتایج نشان داد که علایم افسردگی قبل و حین بارداری و تخریب روابط با همسر از مهم ترین این عوامل است (۱۱).

---

<sup>۱</sup>- McGill

مطالعات رابرتسون و همکاران نشان داد که مهم‌ترین عوامل مؤثر در افسردگی پس از زایمان عبارتند از: افسردگی و اضطراب در طی بارداری، تجربیات و حوادث استرس‌زای زندگی و سطح پایین حمایت‌های اجتماعی و سابقه افسردگی (۱۲).

در متا آنالیزی که توسط بک روی مطالعاتی که از سال ۱۹۸۰ به بعد در مورد افسردگی پس از زایمان انجام شده بود صورت گرفت، ۱۳ عامل مهم و مؤثر در افسردگی پس از زایمان شناسایی شد که عبارتند از: افسردگی در طی بارداری، اعتماد به نفس پایین، استرس‌های مربوط به نگهداری از نوزاد، اضطراب در طی بارداری، حوادث استرس‌زای زندگی، حمایت‌های اجتماعی پایین، روابط با همسر، سابقه افسردگی، بیماری‌های نوزاد، غم پس از زایمان، وضعیت ازدواج، وضعیت اقتصادی و بارداری ناخواسته (۱۳).

صحتی شفایی و همکاران (۱۳۸۷) ارتباط برخی عوامل مستعد کننده با افسردگی پس از زایمان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج آن‌ها نشان داد که عوامل متعددی نظیر ناراضی‌تی از ازدواج، روابط با مادر و مادر شوهر و خانواده همسر، وضعیت شغلی و مشکلات مربوط به نوزاد با افسردگی مادر در ارتباط می‌باشد (۱۴).

مطالعه آژ و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد که آموزش و اقدامات حمایتی در دوران بارداری در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان مؤثر است.

شریفی و همکاران (۱۳۸۷) رابطه نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان را مورد بررسی قرار دادند. که نتایج آن‌ها نشان داد که بین افسردگی پس از زایمان و نوع زایمان ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد و افسردگی پس از زایمان در زنانی که شغل همسرشان کارمند بود کمتر مشاهده شد (۱۵).

نتایج مطالعه کیانی و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که ارتباط معکوسی بین رضایت زناشویی و افسردگی پس از زایمان وجود دارد (۱۶).

رحمانی و همکاران (۱۳۹۰) مطالعه با عنوان عوامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان انجام دادند. نتایج «مطالعه آن‌ها نشان داد که بین سن مادر، نوع زایمان، وضعیت تحصیلات مادر، بیماری مادر در دوران حاملگی، تعداد زایمان و دلخواه بودن جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری وجود دارد. هم چنین نتایج آن‌ها نشان داد که وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، ناخواسته بودن بارداری، سطح استرس، بیماری نوزاد و عدم آمادگی مادر برای پذیرش مسئولیت از مهم‌ترین عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان است (۱۷).

قاسمی و هادیان‌فر (۱۳۹۳) پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان را بر اساس سه متغیر سبک شخصیت، همسر آزاری و پاسخ‌های مقابله‌ای مورد مطالعه قرار دادند. نتایج مطالعه شان نشان داد که آسیب‌پذیری شخصیت و همسر آزاری به طور مثبت و سبک مقابله‌ای به طور منفی افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی می‌کند. زنان دارای سبک شخصیت آسیب‌پذیر در مواجهه

<sup>۱</sup>-Robertson

<sup>۲</sup>- Beck

با رویدادهای استرس زا از جمله همسرآزاری، هم سطح استرس بالاتری را درک می کنند و هم از راهبردهای مقابله ای نامطلوب تری رابه کار می برند. بنابراین بیشتر مستعد افسردگی پس از زایمان هستند (۱۸).

نتایج مطالعه بهرامی و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که شرکت در کلاس های آموزشی دوران بارداری احتمال افسردگی پس از زایمان را کاهش می دهد (۱۹).

مذهب به عنوان یک پدیده روانی- اجتماعی همواره مورد توجه روان شناسان و جامعه شناسان بوده است. به ویژه در سه دهه اخیر و با گسترش مباحث مربوط به استرس نقش مذهب در تعدیل تنیدگی، توجه بسیاری از روان شناسان را برانگیخته است. مذهب به عنوان مجموعه ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نیز ارزش های اختصاصی یا تعمیم یافته، یکی از مؤثرترین تکیه گاه های روانی به شمار می رود که قادر است، معنای زندگی را در لحظه لحظه های عمر فراهم سازد و در شرایط خاص نیز با فراهم سازی تکیه گاه های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی معنایی نجات دهد. ریچاردز، (۱۹۹۱) در مطالعه خود نشان داده است که جهت گیری مذهبی دارای تأثیر مثبتی بر سلامت روان است (۲۰).

بین مذهب یا رفتار مذهبی و افسردگی مطالعاتی انجام شده است که بیانگر تأثیر مذهب در کاهش افسردگی است و بین گرایش به مذهب و افسردگی رابطه ای معکوس مشاهده شده است (۲۱).

پژوهشی که ایدلر (۱۹۸۴) به انجام رساند، رابطه معنی داری بین رفتن به کلیسا در مردان و زنان و نیز افسردگی وجود دارد. رفتن به کلیسا به شکل معنی داری میزان افسردگی را کاهش می دهد. پژوهش شوماخر (۱۹۹۱) با مطالعه ی افراد غیر مذهبی، نشان داد که افرادی که غیر مذهبی از وضعیت سلامت روانی ضعیفی نیز برخوردار بوده اند. برخی پژوهش ها نظیر پارک، کهن و هرب (۱۹۹۰) نشان داده اند که مذهب می تواند نقش تعدیل کننده در اثرگذاری بر موقعیت های استرس آمیز داشته باشد. وی گزارش کرده است که جهت گیری مذهبی درونی اثرات رویدادهای غیر قابل مهار را کاهش داده و نتایج خود را در کاهش مقدار اضطراب، افسردگی آشکار می سازد (۲۲).

بیرشک و همکاران (۱۳۸۰) به بررسی بین تنیدگی، افسردگی و اضطراب از یکسو و مذهب از سوی دیگر پرداخته اند. نتایج این پژوهش نشان می دهد که بین مذهبی بودن و اضطراب رابطه ای منفی وجود دارد (۲۳).

در برخی پژوهش ها گزارش گردید آزمودنی هایی که از جهت گیری مذهبی بالاتری برخوردارند و در فعالیت مذهبی شرکت می کنند دچار افسردگی کمتری می باشند (۲۴).

نتایج مطالعه صولتی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که بین جهت گیری مثبت و سلامت روان همبستگی معنی داری وجود دارد (۲۵).

مطالعه جان بزرگی (۱۳۸۶) نشان داد که توجه به مذهب درونی شده در مداخله های پیشگیرانه و درمانی می تواند عامل مؤثری در سلامت روانی به حساب آید (۲۶).

با توجه به تأثیر مثبت جهت گیری مذهبی با سلامت روانی افراد، و با توجه به اینکه انسان از طریق سازش یافتگی با شرایط جدید، اضطراب، تنیدگی و افسردگی را در خود کاهش می دهد و سلامت روانی خود را حفظ می کند و زمینه را برای موفقیت خود فراهم می آورد، لذا به نظر می رسد که بتوان افسردگی پس از زایمان را بر اساس جهت گیری مذهبی پیش بینی کرد.

## روش

روش پژوهش از نوع مطالعات همبستگی بود و جامعه مورد مطالعه، کلیه زنان مراجعه کننده به مطب های شخصی پزشکان زنان و زایمان در شهر مشهد بودند. جهت انتخاب اعضای نمونه به مطب پزشکان مراجعه می شد و از ۷۰ زن باردار که نزدیک به زمان زایمان ایشان بود و تمایل به همکاری داشتند درخواست شد به پرسشنامه ها پاسخ دهند. بعد از غربالگری برای سابقه افسردگی زمینه ای (به وسیله پرسشنامه افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ و احراز نمره بالاتر از ۱۳) ۷ نفر از مطالعه حذف شده و ۶۳ نفر با داشتن معیارهای لازم در مطالعه باقی ماندند. ۶۰ نفر از افراد، ۴ تا ۶ هفته بعد از زایمان، به پرسشنامه افسردگی بعد از زایمان جواب دادند.

## ابزار

مقیاس جهت گیری مذهبی:

این مقیاس توسط بهرامی در سال ۱۳۷۸ طراحی و مراحل بررسی روایی و اعتبار آن ادامه دارد. این آزمون دارای ۴۵ سؤال است که بررسی های اولیه دو عامل اساسی را متمایز ساخته است. عامل نخست جهت گیری مبتنی بر سازمان یافتگی مذهبی است که منعکس کننده ی استقرار نسبی رابطه فرد با مذهب است و عامل دوم، عدم سازمان یافتگی مذهبی را منعکس می سازد. نمره بالا در این عامل نشان دهنده ی آن است که فرد هنوز موفق به ایجاد رابطه پایدار با مذهب نشده است. لازم به ذکر است که این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره گذاری می شود.

این آزمون با استفاده از یک الگوی منسوب به امام صادق (ع) که انواع حقوق و وظایف انسان را تعریف می کند، طراحی شده است. بر اساس این الگو، مذهب نظام تفسیری است که چگونگی رابطه انسان را با خود، با انسان های دیگر و با کل پدیده های جهان هستی تبیین می کند. در قلب این الگو، خداوند قرار دارد و بدین ترتیب جهت گیری مذهبی با مرجعیت بخشیدن به خداوند در تمام سطوح مناسبات انسانی تحقق می یابد.

اعتبار این آزمون در بررسی انجام شده بالاست و مقدار ثبات درونی که توسط آلفای کرونباخ محاسبه شده، بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. روایی این مقیاس با تأکید بر روایی سازه و روایی محتوایی بررسی شده و این دو نوع روایی تأمین شده است. به منظور بررسی های بیشتر به ویژه در بعد روایی و اعتبار، مطالعات کماکان ادامه دارد. (۲۲).

پرسش نامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ ( کاکس و هولدن، ۱۹۸۷):<sup>۴</sup>

<sup>۴</sup>- Edinburg post partum depression questionnaire

پرسش نامه ادینبرگ برای شناسایی زنان با افسردگی پس از زایمان به کار گرفته می شود. این پرسش نامه برای اولین بار توسط کاکس و هولدن در سال ۱۹۸۷ تنظیم گردیده است. از مطالعات انجام شده در ادینبرگ، حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۷۸ با نقطه برش ۱۲/۱۳ به دست آمده است. در ایران حساسیت ۰/۹۵ و ویژگی ۰/۹۳ گزارش شده است. بر پایه بررسی های انجام شده در ایران نمره برش ۱۲/۱۳ به دست آمده است. پایایی ثبات درونی گزارش شده در ادینبرگ و ضریب پایایی به روش دو نیمه کردن ۰/۸۸ می باشد. در پژوهش انجام شده توسط عظیمی، پایایی ابزار با روش باز آزمون ۰/۸۸ و با کمک آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۸).

این پرسش نامه شامل ۱۰ سؤال در مقیاس ۴ درجه ای است که وضعیت روانی افراد را در ارتباط با خلق افسرده، اضطراب، احساس گناه، و افکار خودکشی در طی ۷ روز گذشته بررسی می کند. امتیاز هر سؤال ۰-۳ می باشد. برای سؤالات ۱، ۲، ۴ نمره گذاری به صورت مستقیم و برای بقیه سؤالات به صورت معکوس می باشد. دامنه نمره ها از صفر تا ۳۰ نوسان دارد. امتیاز بیشتر از ۱۲ افسردگی و امتیاز کمتر از ۱۲ بدون علامت است (۱۷).

#### یافته ها:

در جدول ۱ مقدار میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرها آورده شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
جهت گیری مذهبی	۵۹/۸۰	۹/۲۴
	۶۰/۵	۱۵/۲۸
افسردگی پس از زایمان	۱۲/۷	۵/۶

هم چنین قبل از انجام دادن تحلیل های رگرسیونی، روابط همبستگی بین متغیرهای پژوهش از طریق ارزیابی ماتریس همبستگی بررسی شد. نتایج مربوط به این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	روی آوری به مذهب	سازمان نیافتگی مذهبی	افسردگی پس از زایمان
روی آوری به مذهب	۱		
سازمان نیافتگی مذهبی	-۰.۸۳	۱	
افسردگی پس از زایمان	-۰.۷۲	۰.۷۶	۱

به منظور بررسی فرضیه این پژوهش از تحلیل رگرسیون استاندارد یا هم زمان استفاده شد. به این منظور از تحلیل رگرسیون افسردگی پس از زایمان بر اساس جهت گیری مذهبی استفاده شد که نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون افسردگی پس از زایمان بر اساس جهت گیری مذهبی

متغیرهای پیش بین	R	R <sup>2</sup>	نسبت F	B	$\beta$	T	سطح معناداری
عامل روی آوری به مذهب	۰/۷۰	۰/۶۲	۱۴۶/۳۸	۴۰/۸	۵۲/۲	۱۲/۱	۰/۲۱
عامل سازمان نیافتگی مذهبی				۰/۳۲	۰/۶۱	۱۷/۱	۰/۰۰۰

همانطور که مشاهده می شود میزان ضریب رگرسیون  $R=70/0$  و میزان ضریب تبیین  $R^2=62/0$  می باشد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان می دهد که عامل سازمان نیافتگی مذهبی ( $\beta=0/61$  و  $P=0/00$ ) به صورت مستقیم و معناداری افسردگی پس از زایمان را پیش بینی می کند. به این معنا که فقط متغیر مزبور قدرت پیش بینی کنندگی معناداری برای افسردگی پس از زایمان دارد.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام دادن این تحقیق بررسی نقش پیش بینی کنندگی جهت گیری های مذهبی در افسردگی پس از زایمان بود.

طبق نتایج جدول ۲ بین روی آوری به مذهب و افسردگی پس از زایمان رابطه منفی و معنادار و بین سازمان نیافتگی مذهبی و افسردگی پس از زایمان رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد. به معنای دیگر هر چه فرد به مذهب بیشتر روی بیاورد به احتمال اینکه به افسردگی پس از زایمان دچار شود کمتر است.

نتایج جدول ۳ حاکی از آن دارد که عامل سازمان نیافتگی مذهبی از پرسش نامه جهت گیری های مذهبی می تواند افسردگی پس از زایمان را پیش بینی کند.

که در تبیین نتایج می توان گفت که مذهب به عنوان مجموعه ای از باورها و نبايدها و نیز ارزش های اختصاصی یا تعمیم یافته، یکی از مؤثرترین تکیه گاه های روانی به شمار می رود که قادر است، معنای زندگی را در لحظه لحظه های عمر فراهم سازد و در شرایط خاص نیز با فراهم سازی تکیه گاه تبیینی، فرد را از تعلیق و بی معنایی نجات دهد. در همین چار چوب است که می توان پذیرفت، مذهب عرضه کننده ی افکار معناداری در مواجهه با رنج ها و تحمل سختی ها و دشواری هاست. با این حال، نظر همه پژوهشگران در مورد کارکردهای مذهب یکسان نیست (هادی بهرامی، ۱۳۸۰). که نتایج این پژوهش همسو با مطالعه ریچاردز به نقل از بهرامی (۱۳۸۰)، ایدلر (۱۹۸۴)، شوماخر (۱۹۹۱) به نقل از بهرامی (۱۳۸۱)، voff (۱۹۹۷)، بیرشک و همکاران (۱۳۸۰)، صولتی و همکاران (۱۳۹۰) و Koenig (۱۹۹۷) است. آن ها به ترتیب در مطالعه شان نشان دادند که جهت گیری مذهبی دارای تأثیر مثبت بر سلامت روان، کاهش افسردگی با رفتن به کلیسا، سلامت روان ضعیف تر در افراد غیر

مذهبی و رابطه معکوس بین افسردگی و مذهب، رابطه منفی بین مذهبی بودن و اضطراب، همبستگی معنادار بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان و افسردگی کمتر در افراد مذهبی است.

برخی پژوهش ها نظیر پارک، کهن و هرب (۱۹۹۰) نشان داده اند که مذهب می تواند نقش تعدیل کننده در اثرگذاری بر موقعیت های استرس آمیز داشته باشد. وی گزارش کرده است که جهت گیری مذهبی درونی اثرات رویدادهای غیر قابل مهار را کاهش داده و نتایج خود را در کاهش مقدار اضطراب، افسردگی آشکار می سازد (هادی بهرامی، ۱۳۸۱).

گسترش فرهنگ اصیل مذهب در جامعه موضوعی است که لازمه ی آن کاوش ها و تحقیقات گسترده ای در زمینه نقش مذهب در شکل گیری ابعاد شناختی، انگیزشی، رفتاری و اجتماعی افراد جامعه است. که بررسی نقش مذهب در کاهش افسردگی پس از زایمان از موضوعات پیشنهادی این پژوهش است.

سپاسگزاری

از تمام بانوان که در تکمیل پرسشنامه همکاری کردند و خانواده محترم ایشان بی نهایت سپاسگزارم.

#### منابع:

- ۱-Dawns, C: postpartum depression: A debilitating yet often unassessed problem. Health and social work.1990; 154: 261-270
- 2- Bewly C. Postnatal Depression. Nursing Stand Jan.1999; 13(16):49-54.
- ۳-سلملیان، هاجر؛ نصیری امیری، فاطمه؛ و فرزانه خیر خواه.(۱۳۸۷). فراوانی علائم افسردگی قبل و پس از زایمان و رابطه آن با برخی از عوامل مؤثر (بابل، ۱۳۸۵-۱۳۸۴). مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره دهم، شماره ۳، مرداد-شهریور ۱۳۸۷، ص: ۶۷-۷۵.
- ۴-رفیعی، حسن؛ و خسرو سبحانیان.(۱۳۸۲). در ترجمه خلاصه روانپزشکی کاپلان سادوک (علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی). سادوک، بنیامین جیمز، جلد دوم، انتشارات نسل فردا، ص: ۷۸-۷۹.
- 5- Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord.* 2009;113:77-87.
- 6- Noble RE. Depression in women. *Metabolism.* 2005;54:49-52.
- 7-4. Amir Ali Akbari S, Asl Tooghiri M, Kariman N, Alavi Majd H. Relation between gestational anemia and postpartum depression. *Journal of Faculty of Nursing & Midwifery of Shaheed Beheshti University of Medical Sciences And Health Services.* 2007;56:19-26. [Persian]
- 8- Honey K, Bennett P, Morgan M. Predicting postnatal depression. *J Affect Disord.* 2003;76:201-210.
- 9- Stowe ZN, Hostetter AL, Newport DJ. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:522-6.



۱۰- آژ، نضال؛ یونسین، مسعود؛ فیلی، احمد؛ و آسیه عباسی متجدد. (۱۳۸۵). تأثیر اقدامات حمایتی در دوران بارداری بر پیشگیری از افسردگی پس از زایمان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، دوره ۱۲، شماره ۳. ص: ۷۳-۸۰.

11- McGill h. Postnatal depression: A Christchurch study. New Zealand medical Journal. 1995;108:162-5

12- Robertson E, Grace SH, Wallington T, Stewart DE. Antenatal Risk Factors for Postpartum depression: a Syntesis of Recent Literature. General Haspital Psychiatry. 2004; 26(3): 289-295.

13- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an Update. Nursing Research. 2001;50(5) : 275-285.

۱۴- صحتی شفایی، فهیمه؛ رنجبر کوچکسرائی، فاطمه؛ مرتضی قوجازاده؛ و ژایلا محمدرضایی. (۱۳۸۷). بررسی ارتباط برخی عوامل مستعد کننده با افسردگی پس از زایمان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره هشتم، شماره اول. ص: ۵۴-۶۱.

۱۵- شریفی، خدیجه؛ سوکی، زهرا؛ اکبری، حسین؛ و سید مصطفی شریفی. (۱۳۸۷). بررسی رابطه نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان، فصلنامه علمی پژوهشی فیض، دوره دوازدهم، شماره ۱.

۱۶- کیانی، فاطمه؛ خدیوزاده، طلعت؛ سرگلزایی، محمدرضا؛ و حمیدرضا بهنام. (۱۳۸۸). ارتباط رضایت زناشویی در دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان.

۱۷- رحمانی، فرناز؛ سیدفاطمی، نعیمه؛ اسدالهی، ملیحه؛ و الهه سید رسولی. (۱۳۹۰). عوامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان. نشریه مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران)، دوره ۲۴، شماره ۷۲. ص: ۸۷-۷۸.

۱۸- قاسمی، حمیده؛ و حبیب هادیان فرد. (۱۳۹۳). بررسی نقش آسی پذیری سبک شخصیت، همسرآزاری و پاسخ های مقابله ای در پیش بینی افسردگی پس از زایمان. فصلنامه خانواده و پژوهش، سال دهم، شماره ۲۹. ص: ۳۷۵-۳۹۱.

۱۹- بهرامی، نصرت؛ عریان، مرضیه؛ و سمیه بهرامی. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش های دوران بارداری بر افسردگی پس از زایمان در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دذفول (۱۳۸۷). مجله پزشکی هرمزگان، سال سیزدهم، شماره ۴. ص: ۲۷۷-۲۸۳.

۲۰- هادی بهرامی، احسان. (۱۳۸۰). بررسی مقدماتی میزان اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس جهت گیری مذهبی. مجله روان شناسی و علوم تربیتی، دوره جدید، سال ششم، شماره ۱. ص: ۹۰-۶۷.

21- Wulff DM, editor. Psychology of religion. 2nd edition, John Wiley & Sons Inc. 1997.

۲۲- هادی بهرامی، احسان. (۱۳۸۱). رابطه ی بین جهت گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود. مجله روان شناسی، سال ششم، شماره ۴.

۲۳- بیرشک، بهروز؛ بخشایی، نورمحمد؛ بیان زاده، سیداکبر، و آذربایجانی، طیبه. (۱۳۸۰) بررسی نقش مذهب در تجربه و رتبه بندی استرس های زندگی، افسردگی و اضطراب، چکیده مقالات اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان، سال پنجم، شماره ۱۹.

24- Koenig HG, Hays JC, Georgerk Blazer DG, Larson DB, Landerman LR. Modeling the Crosssectional Relationships between Religion, Physical, Social Support, and Depressives. Am J Geriatr Psychiatry 1997;5(2):131-43.

۲۵- صولتی، سید کمال؛ ربیعی، محمد؛ و مریم شریعتی. (۱۳۹۰). رابطه بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره پنجم، شماره سوم، ویژه نامه طب و دین. ص: ۴۲-۴۸.

۲۶- جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۶). جهت گیری مذهبی و سلامت روان. پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دوره ۳۱، شماره ۴. ص: ۳۴۵-۳۵۰.