PAYESH

Volume 20, Issue 5 (September- October 2021)

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.5.10.3]

[DOI: 10.52547/payesh.20.5.599]

Health literacy level of primiparous women with postpartum depression attending to Kabul hospitals, Afghanistan

Zainab Ezadi[1], Minoor Lamyaian[1*], Ali Montazeri[2]

1. Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Iran

Received: 1 September 2021
Accepted for publication: 29 September 2021
[EPub a head of print- 4 October 2021]
Payesh: 2021; 20 (5): 599- 608

Abstract

Objective(s): Health literacy is an individual and social skill and capacity for access, understanding, processing and evaluation, decision making and behavior regarding medical information and health services. The aim of this study was to investigate the level of health literacy of nulliparous women with postpartum depression attending to Kabul hospitals in Afghanistan.

Methods: A cross-sectional study was performed with a sample of 281 primiparous women in the sixth to eighth weeks after delivery and with the least literacy skills. After obtaining informed consent, the study population completed demographic and fertility questions, the Edinburgh Postpartum Depression Scale adapted to Dari (D-EPDS), and the Dari Health Literacy Instrument for Adults (D-HELIA). The data were analyzed by descriptive and inferential statistical tests.

Results: The mean score of health literacy was 52.21. One hundred and fifty-eight patients (56.2%) had postpartum depression. The results of multivariate logistic regression showed that postpartum depression significantly was associated with health literacy (OR: 0.95, CI: 0.95-0.99: 95%, p = 0.0001). Also there was significant association between postpartum depression and unwanted pregnancy (p = 0.007), age at marriage (p = 0.006), unwanted sex of the baby (p = 0.006), being abused by the spouse (p = 0.013). There was no statistically significant relationship between postpartum depression and age (p = 0.08), body mass index (p = 0.21), and number of abortions (p = 0.052).

Conclusions: This is the first study that reports on the topic from Kabul-Afghanistan and found that the level of health literacy of primiparous women has a significant relationship with their postpartum depression' It is suggested that educational interventions implemented during pregnancy in order to improve the level of health literacy of primiparous women.

Key words: Health Literacy, Postpartum Depression, Primiparous, Kabul

[*] Corresponding author: Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
E-mail: lamyianm@modares.ac.ir

سال بیستم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۴۰۰

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

مطالعه سطح سواد سلامت زنان نخست‌زا با وضعیت افسردگی پس از زایمان در مراجعان به بیمارستان‌های شهر کابل (افغانستان)

زینب ایزدی[۱]، مینور لمیعیان[۱*]، علی منتظری[۲]

۱. دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۷

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۲ مهر ۱۴۰۰]

نشریه پایش: ۶۰۸- ۵۵۹ :(۵)۲۰ ؛۱۴۰۰

چکیده

مقدمه: سواد سلامت مهارت فردی و اجتماعی، و ظرفیت و توان دسترسی، فهم و درک، پردازش و ارزیابی، تصمیم گیری و رفتار در خصوص اطلاعات و خدمات پزشکی و سلامتی است که لزوما به سال های تحصیل بر نمی گردد. مطالعه حاضر با هدف بررسی سطح سواد سلامت زنان نخست زا با وضعیت افسردگی پس از زایمان مراجعان به شفاخانه‌های شهر کابل- افغانستان در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت.

مواد و روش کار: یک مطالعه تحلیلی- مقطعی با حجم نمونه ۲۸۱ زن نخست‌زای واقع در هفته ششم تا هشتم پس از زایمان و دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن، انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه پس از اخذ رضایت آگاهانه، سوالات جمعیت شناختی- باروری و پرسشنامه های افسردگی پس از زایمان ادینبورو تطبیق یافته به گونه دری (D-EPDS) و سواد سلامت جمعیت بزرگسالان گونه دری (D-HELIA) را تکمیل کردند و داده‌های حاصل از پژوهش با آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره سواد سلامت واحدهای پژوهش (۱۲/۹۸±) ۵۲/۲۱ و در سطح سواد سلامت نه چندان کافی قرار داشت. ۱۵۸ نفر(۵۶/۲ ٪) از واحدهای پژوهش افسردگی پس از زایمان داشتند. نتایج رگرسیون لجستیک چند متغیره وضعیت افسردگی پس از زایمان نشان داد نمره سواد سلامت واحدهای پژوهش ارتباط معنی‌دار با وضعیت افسردگی پس از زایمان دارد (P=۰/۰۰۰۱ ,۹۵CI:۰/۹۶-۰/۹۹ ٪, OR:۰/۹۵). بین افسردگی پس از زایمان با ناخواسته بودن بارداری (P=۰/۰۰۷)، سن هنگام ازدواج (P=۰/۰۰۶)، مورد دلخواه نبودن جنسیت نوزاد (P=۰/۰۰۶)، مورد خشونت قرار گرفتن توسط همسر (P=۰/۰۱۳) ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت. بین افسردگی پس از زایمان با سن واحدهای پژوهش (P=۰/۰۸)، شاخص توده بدنی (P=۰/۲۱) و تعداد سقطها (P=۰/۰۵۲) ارتباط آماری معنی‌دار وجود نداشت.

نتیجه گیری: این مطالعه برای اولین بار در کابل- افغانستان مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاصل از مطالعه چنین نشان داد که سطح سواد سلامت زنان نخست زا با وضعیت افسردگی پس از زایمان آنان ارتباط معنی دار دارد. پیشنهاد می‌شود در جهت ارتقای سطح سواد سلامت زنان نخست‌زا کلاس‌های آموزشی در دوران بارداری برگزار گردد.

کلیدواژه: سواد سلامت، افسردگی پس از زایمان، زنان نخست زا، کابل

کداخلاق: IR.MODARES.REC.1398.171

* نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع جلال آل احمد و چمران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه مامایی و بهداشت باروری

E-mail: lamyianm@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.5.10.3]

[DOI: 10.52547/payesh.20.5.599]

مقدمه

افسردگی پس از زایمان یک مشکل عمده سلامت عمومی و یک اختلال شایع بالینی به دنبال زایمان است[۳-۱]. پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰، افسردگی به دومین علت عمده ناتوانی در سراسر جهان تبدیل شود[۴]. زنان، به ویژه طی اولین سال بعد از زایمان در معرض خطر اختلالات روانی قرار دارند. در واقع، مجموعه‌ای از علایم شایع بعد از زایمان از قبیل خستگی، ناراحتی پستان، مشکلات روده‌ای، خونریزی، درد پرینه با مشکلات عاطفی از جمله افسردگی پس از زایمان مرتبط هستند[۵]. همراه با تغییرات نورواندوکرین بعد از زایمان، عوامل مردم شناختی(از قبیل سن مادر، تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین)، نیز ممکن است با بروز اختلالات روانی همراه باشند. همچنین عواملی از قبیل حمایت اجتماعی، سابقه مشکلات روانی، تعداد فرزندان، بارداری‌های ناخواسته، یا بارداری‌های پرخطر می توانند بروز اختلالات روانی پس از زایمان را افزایش دهند[۶]. در سه ماهه اول بعد از زایمان، حدود ۱۴/۵٪ زنان ممکن است افسردگی خفیف یا شدید را تجربه کنند[۶] و ۱۵ تا ۲۰ درصد زنان حداقل یک حمله افسردگی را طی ۱۲ ماه بعد از زایمان گزارش می‌کنند[۲]. شواهد نشان می‌دهند که افسردگی پس از زایمان در ایران نیز شایع است. براساس یک مطالعه مرور نظام مند، شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران ۲۸/۷٪ برآورد گردیده است که در مقایسه با پژوهش‌های انجام شده در سایر نقاط دنیا بیشتر است[۷]. ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder/DSM-V)، افسردگی پس از زایمان را به عنوان وقوع افسردگی اساسی که در چهار هفته اول بعد از زایمان روی می‌دهد، تعریف کرده است. وجود همزمان پنج مورد از علایم بر هم خوردن نظم فیزیولوژیک و علایم مشخصه افسردگی که حداقل یکی از آنها خلق افسرده یا کاهش علاقه در فعالیت‌ها باشد، به عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود[۸]. این اختلال، با علایم خلق افسرده، تحریک پذیری، احساس عدم لذت از زندگی، ناامیدی، اضطراب، خستگی مفرط، آشفتگی روانی حرکتی، اختلال خواب و اشتها، احساس گناه یا احساس بی کفایتی خصوصاً در ارتباط با توانایی مراقبت از نوزاد مشخص می‌گردد[۹]. افسردگی پس از زایمان نه تنها برای خود فرد بلکه برای همسر و فرزندان می‌تواند آزاردهنده باشد و به دلایل زیر حائز اهمیت است. یکی این که اختلال افسردگی پس از زایمان، شایع است و در برخی تحقیقات شیوع آن تا ۳۴ درصد نیز گزارش شده است[۱۰]. افسردگی پس از زایمان به جز اینکه به روابط مادر و کودک آسیب می‌رساند، رابطه با همسر نیز دچار مشکل و همسران زنان افسرده بیشتر دچار افسردگی می‌شوند[۱۰]. این اختلال اگر درمان یا بهبود پیدا نکند امکان دارد به طلاق و جدایی منجر شود[۱۱]. از طرف دیگر روابط سطحی بین مادر و کودک، تحول شناختی کودک را به طور آسیب‌زایی تحت تاثیر قرار دهد[۱۲]. همچنین در اختلال افسردگی پس از زایمان امکان آسیب زدن به نوزاد و خودکشی وجود دارد[۱۳] در افغانستان و شهر کابل مطالعه‌ای در رابطه با افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا صورت نگرفته است. با استفاده از پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورو (EPDS) میزان این اختلال در ایران ۲۶/۹ درصد گزارش شده است [۷]، در حالیکه این میزان در ترکیه ۲۷درصد [۱۴]، در چین ۱۵ درصد[۱۵]، در یک جمعیت روستایی هند ۱۱درصد[۱۶] و در بیروت ۲۱ درصد[۱۷] گزارش بوده است. الگوی شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران از الگوی کشورهای در حال توسعه پیروی می‌کند که تا حدود ۳ برابر بیشتر از کشورهای توسعه یافته است[۱۸]. همانطور که قبلاً ذکر گردید در افغانستان و کابل مطالعه‌ای تاکنون در رابطه با عوامل مؤثر بر افسردگی پس از زایمان صورت نگرفته است، اما اطلاعات به دست آمده از بانک جهانی نشان می‌دهد که در بین زنان کشورهای در حال توسعه، اختلالات افسردگی ۳۰ درصد از ناتوانی‌های عصبی _ روانی را تشکیل می‌دهد در حالیکه این رقم بین مردان ۱۲/۶درصد است[۱۹]. همچنین در کشورهای در حال توسعه که چهار پنجم جمعیت جهان را به خود اختصاص می‌دهند بیماری‌های غیرواگیر همچون بیماری‌های روانی به سرعت جایگزین بیماری‌های عفونی شده و در صدر عوامل ایجاد کننده ناتوانی و مرگ و میرهای زودرس قرار می‌گیرد[۲۰]. سواد سلامت در سال ۲۰۰۰ به عنوان یک مسأله و بحث جهانی مطرح شد[۲۱]. بر این اساس سازمان سلامت جهان [۲۲] در گزارشی سواد سلامت را به عنوان یکی از مؤثرترین عوامل تعیین کننده امر سلامت معرفی کرده است و به کلیه کشورهای دنیا توصیه کرده است که انجمنی متشکل از تمامی افراد تأثیرگذار بر این امر جهت پایش و فعالیت‌های راهبردی، در خصوص بهبود سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود[۲۲]. براساس بیانیه WHO، سواد سلامت نقش اساسی در تعین نابرابری‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه دارد[۲۳]. سواد سلامت جزء کلیدی افزایش بهبود سلامت و فعالیت‌های پیشگیری در زنان و کودکانشان می‌باشد. در صورت کافی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.5.10.3]

[DOI: 10.52547/payesh.20.5.599]

نبـودن اطلاعـات زنـان در رابطـه بـا مراقبـت‌هـای بهداشـتی، تصمیم‌گیری‌های آگاهانه برای سلامت خود و خانواده‌شان مشـکل یـا غیر ممکن می‌باشد[۲۴].

همچنـین ممکن است اولین برخـورد یک زن با سیستم بهداشتی - درمانی در اولین بارداری او باشد؛ رویـارویی بـا نظـام بهداشـتی بـرای اولین بار، حتی در افـرادی کـه سواد کافی دارنـد مـی‌توانـد کـاری ترسناک باشد؛ زنانـی کـه سواد پایین‌تـری دارنـد درخصوص یادگیری اطلاعات جدید و دنبال‌کردن راهنمایی‌هـا بـا مشکلات بیشتری رو بـه رو می‌شوند[۲۵]. وضعیت سلامت و درک اطلاعات سـلامت زنـان در دوره قبل از بارداری، حین بارداری و در طول سال‌های رشد و تکامـل به طور مستقیم کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به دلیل تأثیر نقش زنـان در سـلامت کودکـان و خـانواده‌هایشـان زنان به عنوان جمعیت اولیه برای تأکیـد بر افزایش سواد سلامت شناسایی شده انـد[۲۶]. با وجود اهمیت بسیار زیاد امر سواد سلامت در کیفیت زندگی و ارتقای سلامت مادران که گفتـه مـی‌شـود سـطوح ناکـافی آن بـا پیامـدهای نامطلوب سلامتی برای زنان همـراه اسـت و یکـی از ایـن پیامـدهـای نامطلوب در دوره بحرانی پس از زایمان ممکن است افسردگی پـس از زایمان باشد، در افغانستان تاکنون به این موضوع پرداخته نشده اسـت و آمار و شواهدی در این زمینه در دست نیست، مطالعـه حاضـر بـا هدف تعیین سطح سواد سلامت زنان نخست‌زا بـا وضـعیت افسـردگی پس از زایمان در مراجعین به بیمارستان‌های شهر کابـل (افغانسـتان) انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع تحلیلی- مقطعی است که با هدف بررسـی سـطح سواد سلامت زنان نخست‌زا با وضعیت افسردگی پـس از زایمـان در مراجعین به بیمارستان‌های شهر کابـل در سـال ۱۳۹۹ انجـام شـد. نمونه‌گیری به روش آسان در دسترس بود. جمعیت مورد مطالعـه را کلیه زنان نخست‌زای واقع در هفته ششم تا هشتم پس از زایمان که دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن (که به اظهار خـود اعتیـاد بـه سیگار یا مواد مخدر نداشتند) تشکیل دادند.

پژوهش حاضر پس از کسب موافقـت کمیتـه اخـلاق در پـژوهش‌هـای زیست پزشکی IR.MODARES.REC.1398.171، در کشور ایـران و کد اخلاق A.1019.0088 از کشـور افغانسـتان و کسـب رضـایت آگاهانه شرکت کنندگان انجـام شـد. سـوالات جمعیـت شـناختی و باروری طراحی شـده توسـط پژوهشـگر، پرسشـنامه سـواد سـلامت بزرگسالان گونه دری(D-HELIA) و پرسشنامه افسـردگی پـس از زایمان ادینبـورو (D-EPDS) را تکمیـل کردنـد. پرسشـنامه سـواد سـلامت (HELIA) گونـه فارسـی و پرسشـنامه افسـردگی پـس از زایمان ادینبورو (EPDS) گونه فارسی، جهت تطبیق به زبـان دری به ده نفر از متخصصان مختلف حـوزه سـلامت و سـی نفـر از افـراد عادی داده شد تا از لحاظ تطابق فرهنگـی، سـاده، مـرتبط و واضـح بودن مورد بررسی قرار گیرد و نتایج آن در حد مطلـوب بـود. کلیـه مقادیر به دست آمده در خصوص شـاخص روایـی محتـوا (CVI) و امتیاز تاثیر (Impact Score) در دو پرسشـنامه مـورد اسـتفاده در این مطالعه به ترتیب بالای ۷۹ درصد و ۲/۵ بوده و نشان از مطلـوب بودن روایی محتوا و روایی صوری آنها داشت.

اطلاعات و داده‌های واحدهای پژوهش در نـرم افـزار SPSS21 وارد شد و نتایج با استفاده از روش‌های آمار توصیفی(فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی(رگرسیون لجسـتیک) مـورد تجزیـه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در مجموع ۲۸۱ زن نخستزا شرکت کردند، یافتـه هـای حاصـل از نتایج آمار توصیفی که در جداول شماره ۱ و ۲ آمده است. میـانگین سنی واحدهای پژوهش، (±۸۲/۳) ۲۲/۶۱ بود. بیشترین فراوانـی در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال با ۷۱/۲ درصد و کمترین فراوانـی در گـروه ۴۴-۳۵ سال با ۱/۱ درصد بـود. ۸۷/۵ درصـد زنـان تحـت مطالعـه خانه‌دار بودند. بیشترین درصد فراوانی سـطح تحصـیلات واحـدهای پژوهش مربوط به گروه کلاس هشـتم بـا ۵۳ درصـد بـود. کمتـرین درصد فراوانی با ۶/۴ درصد متعلق به گروه لیسانس، فوق لیسـانس و دکتری بود. بیشترین سطح تحصیلات همسران واحـدهای پـژوهش مربوط به گروه دیپلم با ۳۳/۵ درصـد بـود. ۳۱/۳ درصـد واحـدهای پژوهش سطح درآمد ماهانـه کمتـر از ده هـزار افغـانی داشـتند. در ۸۴/۷ درصد از واحدهای پژوهش بارداری به صـورت خواسـته بـوده است. از نظر جنسیت نوزاد، ۵۰/۹ درصد دختر و ۴۹/۱ درصـد پسـر بود. ۷۹/۷ درصد واحدهای پژوهش از جنسیت نوزاد خود، راضی و ۲۰/۳ درصد از واحدهای پژوهش از جنسیت نـوزاد خـود ناراضـی بوده اند. اکثریت واحدهای پژوهش (۶۳/۳) درصد زایمان طبیعـی را گزارش نمودند. سزارین به دلایل پزشکی با ۳۴/۹ درصد در رتبـه دوم قرار داشت. تنها ۱/۸ درصد واحـدهای پـژوهش سـزارین خـود خواسـته داشـتند. میـانگین نمـره افسـردگی پـس از زایمـان درینبورو(EPDS) واحدهای پژوهش در هفته ششم تا هشتم پس از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.5.10.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.5.599]

زایمان (۴/۱۸ ±) ۱۳/۱ بود (جدول شماره ۳). میانگین نمره کل سواد سلامت واحدهای پژوهش ۱۲/۹۸ ± ۵۲/۲۱ بود که ۴۸ درصد واحدهای پژوهش سواد سلامت ناکافی، ۳۴/۵ درصد دارای سواد سلامت نه چندان کافی، ۱۶ درصد کافی و ۱/۱ درصد واحدهای پژوهش دارای سواد سلامت عالی بودند. در مجموع،۲۳۱ نفر (۸۲/۲ درصد) از واحدهای پژوهش سواد سلامت نامطلوب(مجموع سطوح ناکافی و نه چندان کافی) و ۵۰ نفر(۱۷/۸ درصد) از واحدهای پژوهش سواد سلامت مطلوب(مجموع سطوح کافی و عالی) داشتند. نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک(جدول شماره ۴) نشان داد، افسردگی پس از زایمان با نمره سواد سلامت واحدهای پژوهش (OR:۰/۹۵ ,٪ ۹۵CI:۰/۹۶-۰/۹۹, P=۰/۰۰۰۱). ارتباط معنی‌دار دارد. همچنین افسردگی پس از زایمان با خواسته یا ناخواسته بودن بارداری(P=۰/۰۱۷)، سن هنگام ازدواج (P=۰/۰۰۶)، سن (P=۰/۰۰۵)، مورد دلخواه بودن جنسیت نوزاد (P =۰/۰۰۶) و مورد خشونت قرار گرفتن توسط همسر (P =۰/۰۰۸) ارتباط آماری معنی‌دار داشت و با میزان تحصیلات واحدهای پژوهش (P=۰/۵۷)، وضعیت اشتغال(P=۰/۰۹۲)، سطح درآمد خانوار (P=۰/۶۶)، شاخص توده بدنی(P=۱/۰۵) ارتباط آماری معنی دار نداشت.

جدول ۱: خصوصیات جمعیت شناختی و باروری واحدهای پژوهش(N =۲۸۱)

	تعداد	درصد
رده سنی		
۲۴-۱۵ سال	۲۰۰	۷۱/۲
۳۴-۲۵ سال	۷۸	۲۷/۷
۴۴- ۳۵ سال	۳	۱/۱
وضعیت اشتغال		
خانه‌دار	۲۴۶	۸۷/۵
شاغل	۳۵	۱۲/۵
سطح تحصیلات		
سیکل	۱۴۹	۵۳
دیپلم	۸۵	۳۰/۲
فوق دیپلم	۲۹	۱۰/۳
لیسانس و بالاتر	۱۸	۶/۴
سطح تحصیلات همسر		
بی سواد	۳۳	۱۱/۷
سیکل	۷۶	۲۷
دیپلم	۹۴	۳۳/۵
فوق دیپلم	۳۹	۱۳/۹
لیسانس و بالاتر	۳۹	۱۳/۹
سطح درآمد ماهانه		
کمتر از ده هزار افغانی	۸۸	۳۱/۳
۱۰ تا ۱۵ هزار افغانی	۱۱۵	۴۰/۹
۱۵ هزار افغانی به بالا	۷۸	۲۷/۷
خواسته یا ناخواسته بودن بارداری		
خواسته	۲۳۸	۸۴/۷
ناخواسته	۴۳	۱۵/۳
جنسیت نوزاد		
دختر	۱۴۳	۵۰/۹
پسر	۱۳۸	۴۹/۱
مورد دلخواه بودن جنسیت نوزاد		
بلی	۲۲۴	۷۹/۷
خیر	۵۷	۲۰/۳
نوع زایمان		
طبیعی	۱۷۸	۶۳/۳
سزارین خود خواسته	۵	۱/۸
سزارین اورژانس	۹۸	۳۴/۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.5.10.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.5.599]

جدول۲: خصوصیات کمی جمعیت شناختی و باروری واحدهای پژوهش(N =۲۸۱)

	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن	۲۲/۶۱	۳/۸۲	۱۶	۳۹
سن موقع ازدواج	۲۰/۶	۳/۳۴	۱۴	۳۵
اختلاف سنی بین زوجین	۵/۵۵	۲/۴۱	- ۱	۱۵
تعداد سقط قبلی	۰/۲۸	۰/۷۲	۰	۶
شاخص توده بدنی	۲۴/۸۲	۲/۸۸	۱۸/۹۴	۳۵/۲۰

جدول۳: میانگین نمره افسردگی پس از زایمان واحدهای پژوهش (N =۲۸۱)

	میانگین	*انحراف معیار*	*حداقل*	*حداکثر*
نمره افسردگی ادینبورو در هفته ششم تا هشتم پس از زایمان	۱۳/۱	۴/۱۸	۳	۲۴

جدول۴: نتایج رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره افسردگی پس از زایمان

	تک متغیره		*چند متغیره*	
	OR(95% CI)	P-Value	OR(95% CI)	P-Value
سن	۰/۹۱ (۰/۸۵۴ -۰/۹۷۲)	۰/۰۰۵	۱ (۰/۸۸۱ -۱/۱۱)	**۰/۸۳۵**
وضعیت اشتغال				
شاغل	۱/۸۵(۰/۹۰۵ -۳/۷۸۷)	۰/۰۹۲	---	---
خانه‌دار	۱/۰۰(ref.)	---	---	---
تحصیلات زن				
پنجم	۱/۰۰(ref.)	---	---	---
سیکل	۲/۳۵	۰/۱۷۸	---	---
دیپلم	۱/۲۰	۰/۷۶۴	---	---
فوق دیپلم	۳/۳۶	۰/۰۴۷	---	---
لیسانس و بالاتر	۱/۴۴	۰/۵۷۸	---	---
تحصیلات همسر				
سیکل	۲/۱۷	۰/۱۵۵	---	---
دیپلم	۱/۴۱	۰/۴۵۴	---	---
فوق دیپلم	۲/۱۶	۰/۰۷۶	---	---
لیسانس و بالاتر	۱/۵۸	۰/۳۵۱	---	---
سطح درآمد ماهانه				
زیر ۱۰ هزار افغانی	۱/۰۰(ref.)	---	---	---
۱۴-۱۰ هزار افغانی	۱/۳۱	۰/۷۳۱	---	---
۱۹-۱۵ هزار افغانی	۱/۱۲	۰/۸۷۸	---	---
۲۰هزار افغانی و بالاتر	۱/۳۵	۰/۶۶۵	---	---
شاخص توده بدنی	۱/۰۵ (۰/۹۷۰ -۱/۱۴۵)	۰/۲۱۵	---	---
سن هنگام ازدواج	۰/۸۸(۰/۸۰۹ -۰/۹۶۶)	۰/۰۰۶	۰/۸۹(۰/۸۰۵ -۱/۰۴۵)	۰/۰۷
تفاوت سنی بین زوجین	۱/۰۲(۰/۹۰۵ -۱/۱۴۹)	۰/۷۵	---	---
خواسته یا ناخواسته بودن بارداری				
خواسته	۱/۰۰(ref.)	---	---	---
ناخواسته	۲/۵۵(۰/۱۸۲ -۰/۸۴۴)	۰/۰۱۷	۳(۰/۱۶۰ -۰/۷۹۹)	۰/۰۰۷
جنسیت نوزاد				
دختر	۱/۰۰(ref.)	---	---	---
پسر	۰/۸۲(۱/۳۱ -۰/۵۱۲)	۰/۴۱۳	---	---
مورد دلخواه بودن جنسیت نوزاد				
بلی	۱/۰۰(ref.)	---	---	---
خیر	۰/۰۸(۰/۱۹۵ -۰/۷۵۸)	۰/۰۰۶	۰/۳۴(۰/۴۷۶ -۱/۳۵۲)	۰/۰۱
نمره سواد سلامت	۰/۹۵(۰/۹۶ -۰/۹۹)	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵ (۰/۹۳۸ -۰/۹۷۹)	۰/۰۰۰۱
نوع زایمان				
طبیعی	۱/۰۰(ref.)	---	---	----
سزارین به درخواست مادر	۰/۹۸(۰/۵۹ -۱/۶۱)	۰/۹۴	---	---
سزارین به دلایل پزشکی	۰/۱۸(۰/۰۲ -۱/۷۳)	۰/۱۴	---	---

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.5.10.3]

[DOI: 10.52547/payesh.20.5.599]

بحث و نتیجه‌گیری

به رغم جستجوهای تیم پژوهش، مطالعه‌ای در زمینه وضعیت افسردگی پس از زایمان با سواد سلامت در کابل دیده نشد. اگرچه مطالعات بررسی رابطه سواد سلامت با مشکلات وبیماری‌های جسمی زنان، همانند سرطان پستان در سنین باروری[۲۷] و دیابت [۲۸] و سایر مسایل جسمی مورد توجه بوده، به نظر می رسد از مطالعات ارتباط سواد سلامت با مسایل روانی زنان خصوصا افسردگی پس از زایمان مورد غفلت واقع شده است. مطالعه حاضر برای نخستین بار با هدف بررسی ارتباط وضعیت افسردگی پس از زایمان با سطح سواد سلامت زنان نخست‌را در مراجعان به بیمارستان‌های شهر کابل انجام گرفت. در پژوهش حاضر میانگین سواد سلامت زنان نخست‌زای تحت مطالعه ۵۲,۲۱ به دست آمد. به طور کلی ۸۲/۲ درصد واحدهای پژوهش سواد سلامت نامطلوب و حدود ۱۷/۸ درصد سواد سلامت مطلوب داشتند، که به نظر نمی‌رسد این مقدار از سواد سلامت در میان زنان مورد مطالعه قابل قبول باشد. در مطالعه‌ای که توسط غفارزاده و همکاران (۱۳۹۶) با موضوع ارتباط وضعیت افسردگی پس از زایمان با سطح سواد سلامت زنان نخست زا در کرج صورت گرفت میانگین سواد سلامت واحدهای پژوهش ۶۷/۳۰ بود که ۳۹/۶ درصد واحدهای پژوهش سواد سلامت نامطلوب و ۶۰/۴ درصد واحدهای پژوهش سواد سلامت مطلوب داشتند[۲۹]، که با نتایج حاصل از مطالعه حاضر همخوانی ندارد که علت این تفاوت می‌تواند ناشی از محیط زندگی افراد و اختلاف در حجم نمونه مورد مطالعه باشد. همچنین دلیل این تفاوت می‌تواند ناشی کاهش میزان آگاهی در مورد اهمیت سلامت، وابسته بودن زنان به همسر و خانواده همسر و در صورت اجازه خانواده همسر می‌توانند برای انجام مراقبت‌ها به بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها مراجعه کنند، وضعیت اقتصادی ضعیف، ناامنی، ازدواج در سنین پایین در افغانستان که خود می‌تواند دلیلی بر عدم آگاهی باشد نسبت داد. در مطالعه ملی طاووسی و همکاران با موضوع سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها میانگین سواد سلامت زنان با پرسشنامه (HELIA)، ۶۹/۲ اندازه‌گیری شده بود[۳۰] که با نتایج حاصل از مطالعه حاضر همخوانی ندارد که علت این تفاوت را نیز می‌توان ناشی از میزان تحصیلات پایین، عدم آگاهی در مورد اهمیت مراقبت‌ها، اقتصاد ضعیف و بالا بودن هزینه مراقبت‌های بهداشتی و همچنین عدم استقلال مالی زنان در این مطالعه نسبت داد. مطالعه‌ای توسط براتی و همکاران با عنوان بررسی ارتباط بین سواد سلامت با کیفیت زندگی زنان ۱۵تا ۴۹ ساله مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت که ۲۸/۹ ٪ واحد های پژوهش سواد سلامت نامطلوب(محدود) و ۷۱/۱ ٪ دارای سواد سلامت مطلوب بودند. در این مطالعه سواد سلامت با پرسشنامه سواد سلامت جمعیت شهری ایران(HELIA) اندازه گیری شده بود. اختلاف نتایج مطالعه جعفری با پژوهش حاضر می تواند به خاطر اختلاف حجم نمونه دو پژوهش باشد. همچنین به نظر می رسد زنان مبتلا به سرطان و تحت درمان به علت حساسیت بیماری بیشتر به دنبال آگاهی و دانستنی های پزشکی و بالا بردن سطح سواد سلامت خود هستند[۳۱].

در مطالعه طهرانی و همکاران، سواد سلامت زنان شرکت کننده در پژوهش ۴۱/۱ بود و سواد سلامت در مطالعه آنها ارتباط معنی‌دار با وضعیت اقتصادی پایین نشان داد (P<۰/۰۰۴). و سطح تحصیلات قوی‌ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت داشت[۳۲]. نتایج متفاوت این مطالعه با مطالعه طهرانی و همکاران را می‌توان به متفاوت بودن ابزار مورد استفاده دانست. بسته به عوامل فرهنگی و اجتماعی، روش‌ها و ابزارهای سنجش گوناگون در بررسی افسردگی پس از زایمان، میزان شیوع این اختلال و عوامل خطر مرتبط با آن متفاوت گزارش شده است. در مطالعه حاضر ۵۶/۲ درصد واحدهای پژوهش با سطح برش ۱۳ و بالاتر در گونه دری افسردگی پس از زایمان ادینبورو، افسرده گزارش شدند. در مطالعه غفارزاده و همکاران ۲۱/۶ درصد واحدهای پژوهش با سطح برش ۱۳ و بالاتر در گونه ایرانی پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورو، افسرده گزارش شدند[۲۹]، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. دلیل این تفاوت می‌تواند ناشی از این باشد که کلیه واحدهای پژوهش در مطالعه حاضر، در محیط پر استرس و ناامن کابل زندگی می‌کنند که این خود می‌تواند دلیلی بر افزایش میزان استرس، اضطراب و افسردگی بین واحدهای پژوهش باشد. وضعیت اقتصادی، جنسیت دختر نوزاد، بیکاری همسر، اجاره نشین بودن نیز در میزان افسردگی این افراد تاثیرگذار بوده است، مسئولیت‌های زن در جامعه سنتی افغانستان، عدم همکاری همسر در امور خانه می‌توانند دلایلی بر افزایش میزان افسردگی در بین واحدهای پژوهش باشد.

میزان شیوع افسردگی در مطالعه فراتحلیل ویسانی و همکاران با استفاده از پرسشنامه ادینبورو، ۲۶/۹ درصد گزارش شد[۷]. که شیوع بالاترافسردگی پس از زایمان(۵۶/۲ درصد) در مطالعه حاضر به علت اختلاف در حجم نمونه و اختلاف سال‌های مطالعه آنها

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.5.10.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.5.599]

(۱۳۸۸- ۱۳۷۶) مربوط بوده است. در مطالعه خرمی‌راد و همکاران در شهرستان قم و با پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورو، ۲۳/۷ درصد افسردگی پس از زایمان داشتند [۳۳] در مطالعه خوشه مهری و همکاران در مراکز بهداشتی- درمانی شمال تهران، با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، در مجموع ۳۰ درصد زنان دارای درجات مختلفی از افسردگی پس از زایمان بودند[۳۴]. در استرالیا و در مطالعه Clout و همکاران با پرسشنامه افسردگی ادینبورو، ۱۹/۳ درصد افراد مورد مطالعه افسردگی پس از زایمان داشتند[۳۵]. در مطالعه Ming Ho و همکاران با موضوع بررسی تاثیر برنامه آموزشی هنگام ترخیص در کاهش شدت افسردگی پس از زایمان، زنانی که مداخله آموزش زمان ترخیص در مورد افسردگی پس از زایمان را دریافت کرده بودند در مقایسه با زنانی که آموزش عمومی گرفته بودند با احتمال کمتری نمره افسردگی بالاتر داشتند[۳۶].

نتایج پژوهش‌های قبلی نشان داده است که نه تنها وضعیت اشتغال مادر[۳۷, ۷] ، بلکه شغل همسر و درآمد وی به ویژه از نظر اقتصادی، عامل موثری بر PPD مطرح شده است[۳۹, ۳۸]. نتایج مطالعه رحمانی و همکاران نشان دهنده ارتباط برخی عوامل از جمله سن، تحصیلات مادر و وضعیت اقتصادی مادر با PPD است [۲۵]، اما برخی تحقیقات وجود این ارتباط را رد نموده‌اند. به طور مثال خوشه مهری و همکاران به این نتیجه رسیدند که بین اختلال مذکور و میزان تحصیلات و اشتغال زن و سن ارتباطی وجود ندارد[۳۴]. براساس نتایج پژوهش خیرآبادی و همکاران، خانه‌دار بودن مادر، از عوامل تاثیرگذار بر PPD است، اما تحصیلات مادر و وضعیت اقتصادی خانواده ارتباطی با PPD ندارد[۳۷].

با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان در مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد غربالگری زنان در دوره بارداری و روزهای نخست پس از زایمان و بالا بردن آگاهی خانواده‌ها در مورد افسردگی پس از زایمان می‌تواند در کاهش شیوع آن موثر باشد. همچنین با توجه به ارتباط معنی‌دار وضعیت افسردگی پس از زایمان با نمره افسردگی ادینبورو در سه ماهه سوم بارداری در مطالعه غفارزاده و همکاران[۲۹]، بررسی تشخیصی برای افسردگی در زنان باردار و نیز توجه بیشتر به سلامت روان ایشان در زمره مراقبت های بارداری باید مدنظر مراقبان سلامت به ویژه متخصصان مامایی باشد. آشنایی بیشتر این گروه بهداشتی و درمانی نظام سلامت با انواع پرسشنامه‌های استاندارد غربالگری و شناسایی زنان باردار در معرض خطر و ارجاع و هدایت آنان به مراکز ذی صلاح مسئول سلامت روان زنان باردار بنماید. همچنین در این راستا و با توجه به نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد افزایش آگاهی‌های بهداشتی و سواد سلامت زنان به ویژه زنان باردار می‌تواند کمک شایانی برای سلامت روان آنها باشد. در این میان سهم انجمن پرستاری- مامایی افغانستان به عنوان منبع تغذیه ای آگاهی و آموزشی جامعه مامایی و سهم ماماها برجسته‌تر خواهد بود. [۳۷]توسعه کیفی کلاس‌های آمادگی بارداری به عنوان پل ارتباطی آموزشی مهم این حرفه و زنان باردار و خانواده‌های ایشان، و جلب توجه زنان باردار و خانواده‌های ایشان به مسائل روانی بارداری و بازه زمانی پس از زایمان در کنار مسائل بهداشت جسمی بارداری برای کاهش شیوع افسردگی موثر خواهد بود. در مطالعه توصیفی- تحلیلی لشکری پور و همکاران با موضوع بررسی افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن، ۳۰۰ خانم مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان امام علی زاهدان که با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک انجام شدند، نتایج نشان داد زایمان سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی احتمال افسردگی پس از زایمان را حدود ۶/۵ برابر افزایش می‌دهد (P=۰/۰۱) [۴۰]؛ که با نتایج مطالعه حاضر در خصوص ارتباط افسردگی پس از زایمان واحدهای پژوهش با نوع زایمان همخوانی ندارد. علت این تفاوت می تواند ناشی از این باشد که میزان زایمان سزارین در ایران به دلیل عدم آگاهی دقیق زنان باردارو عدم آماده سازی جسمی و روانی آنان، شاهد میزان بالای سزارین در اغلب زنان باردار در ایران هستیم.

با توجه به ارتباط ناخواسته بودن بارداری در واحدهای پژوهش با افسردگی پس از زایمان، و وجود ارتباط مشابه در مطالعه غفارزاده و Beck [۴۱] تجدید نظری جدی در خدمات تنظیم خانواده توسط سیاست گذاران بهداشت کشور اهمیت ویژه دارد. عدم توجه به عواقب بارداری‌های ناخواسته و کم رنگ شدن نقش متخصصان حرفه مامایی در خصوص تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی- درمانی، زنگ خطری برای بهداشت جسمی و روانی زنان کشور محسوب می‌شود. از محدودیت‌های این پژوهش، فقدان مطالعاتی در حیطه ارتباط افسردگی پس از زایمان با سطح سواد سلامت زنان نخست‌زا در کابل بود. به همین منظور پیشنهاد می‌شود جهت تعیین دقیق‌تر ارتباط افسردگی پس از زایمان و سطح سواد سلامت زنان و تعیین عوامل مداخله‌گر، مطالعات وسیع‌تری در سطح کشور افغانستان انجام گیرد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.5.10.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.5.599]

سهم نویسندگان

زینب ایزدی: همکاری در اجرای طرح، جمع‌آوری اطلاعات، تحلیل داده‌ها و نگارش گزارش نهایی مطالعه

مینور لمیعیان: نویسنده مسئول، ارایه ایده اصلی پژوهش، همکاری در اجرای طرح، تحلیل داده‌ها، همکاری در نگارش گزارش نهایی مطالعه

علی منتظری: همکاری در اجرای طرح، تحلیل و آنالیز داده‌ها و همکاری در نگارش گزارش نهایی مطالعه

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس و با همکاری وزارت بهداشت کشور افغانستان انجام شد. بدینوسیله از حوزه محترم معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به جهت تصویب و تامین اعتبار مالی پژوهش، تمامی همکاران محترم مامایی شاغل در بیمارستان‌استقلال، بیمارستان رابعه بلخی و بیمارستان ۵۰ خواب دشت برچی و کلیه زنان بارداری که در طول پژوهش در کمال صبر و دقت، سعه صدر، همکاری لازم را داشتند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

1. Lau Y, Htun TP, Kwong HKD. Sociodemographic, Obstetric Characteristics, Antenatal Morbidities, and Perinatal Depressive Symptoms: A Three-Wave Prospective Study. PLoS One 2018;13: e0188365

2. Darcy JM, Grzywacz JG, Stephens RL, Leng I, Clinch CR, Arcury TA. Maternal Depressive Symptomatology: 16-Month Follow-up of Infant and Maternal Health-Related Quality of Life. The Journal of the American Board of Family Medicine 2011; 1:24249-57

3. De Tychey C, Briançon S, Lighezzolo J, Spitz E, Kabuth B, De Luigi V, Messembourg C, Girvan F, Rosati A, Thockler A, Vincent S. Quality of Life, Postnatal Depression and Baby Gender. Journal of Clinical Nursing 2008;17:312-22

4. Sankapithilu GJ, Nagaraj AK, Bhat SU, Raveesh BN, Nagaraja V. A Comparative Study of Frequency of Postnatal Depression among Subjects with Normal and Caesarean Deliveries. Online Journal of Health and Allied Sciences 2010; 30:9

5. Webster J, Nicholas C, Velacott C, Cridland N, Fawcett L. Quality of Life and Depression Following Childbirth: Impact of Social Support. Midwifery 2011;27:745-9

6. Alshikh Ahmad H, Alkhatib A, Luo J. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in the Middle East: A Systematic Review and Meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2021;21:542

7. Veisani Y, Sayehmiri K .Prevalence of Postpartum Depression in Iran - A Systematic Review and Meta-Analysis. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2012; 15: 21-29

8. Segre LS, Davis WN. Postpartum depression and perinatal mood disorders in the DSM. Postpartum Support International 2013; 3:1-6

9. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. Health-Related Quality of Life in Postpartum Depressed Women. Archives of Women's Mental Health 2006;9:95-102

10. Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr GJ, Nikodem VC. Postpartum Depression and Companionship in the Clinical Birth Environment: A Randomized, Controlled Study. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1993;168:1388-93

11. O'hara MW, Swain AM. Rates and Risk of Postpartum Depression-A Meta-analysis. International Review of Psychiatry 1996;8:37-54

12. Mclearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal Depressive Symptoms at 2 to 4 Months Postpartum and Early Parenting Practices. Archives of Pediatric Adolescent Medicine 2006; 160: 279-84

13. Josefsson A. Postpartum Depression: Epidemiological and biological aspects [dissertation]. Linköping University, 2003 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11207491/

14. Bolak Boratav H, Toker Ö, Küey L. Postpartum Depression and Its Psychosocial Correlates: A Longitudinal Study among a Group of Women in Turkey. Women Health 2016;56:502-21

15. Zhang R, Chen Q, Li Y. Study for the Factors Related to Postpartum Depression. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi 1999;34:231-3

16. George C, Kumar A, Girish N. Effectiveness of a Group Intervention Led by Lay Health Workers in Reducing the Incidence of Postpartum Depression in South India. Asian Journal of Psychiatry 2020;47:101864

17. Chaaya M, Campbell OM, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum Depression: Prevalence and Determinants in Lebanon. Archives of Women's Mental Health 2002;5:65-72

18. Rahmatollahi N K-kA, Mansoor L, Pour-Ebrahim TJCH. Pravalance and Risk Factor Associated with Postpartum Depression in Women Consulting in Primrey care, 2008. http://hdl.handle.net/11086/14201

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.5.10.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.5.599]

19. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National Trends in the Outpatient Treatment of Depression. Jama 2002 9; 203-9
20. Yousefzade S, Pilafkan J, RouhiBalasi L, Hosseinpour M, Khodadady NJJoOH, Epidemiology. Prevalence of Mental Disorders in the General Population Referring to a Medical Educational Center in Rasht, Iran. Journal of Occupational Health and Epidemiology 2014;3:32-6
21. Don Nutbeam, Ilona Kickbusch, Advancing Health Literacy: A Global Challenge for the 21st Century. Health Promotion International 2000;3: 183-184
22. Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health: Final Report: Executive Summary. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/69832
23. an der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The Relationship between Health, Education, and Health Literacy: Results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. Jounal Health Commun 2013;18 1:172-84
24. Shieh C, Halstead JA. Understanding the Impact of Health Literacy on Women's Health. Scholarly articles for Journal Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2009;38:601-10
25. Ferguson B. Health Literacy and Health Disparities the Role They Play in Maternal and Child Health. Nursing for Women's Health 2008; 12:288- 298
26. Peyman N, Abdollahi M. The Relationship between Health Literacy and Self-Efficacy of Physical Activity in Postpartum Women. Health Literacy 2017; 5-12 [Persian]
27. Lamyian M, Moghaddam-Banaem L, Setoodeh SM. Health Literacy in Iranian with Breast Cancer. Austin Public Health 2016; 1:1002
28. Khosravi A, Kh A, Sh A, Tahmasbi R. Health Literacy Levels of Diabetic Patients Referred to Shiraz Health Centers and Its Effective Factors. Health Info Manage 2015;12:205
29. Ghaffarzadeh Khoei M, Lamieian M, Lotfi R, Montazeri A. The Relationship between Postpartum Depression and Health Literacy Levels of Nulliparous Women. Payesh 2018; 797-805 [Persian]
30. Tavousi M, Montazeri A, Haeri Mehrizi A, et al. Health Literacy in Iran: finding from a national study. Payesh 2015; 15: 95-102[Persian]
31. Afshari M, Barati M, Bijari S, Taherpour M. Investigating the Relationship Between Health Literacy and Quality of Life of Famenin Employees: a Cross-Sectional Study. Health Literacy 2018, 46-55
32. Tehrani Banihashemi SA, Haghdoost AA, Amirkhani MA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, Barghamdi M, Parsinia S, Fathi Ranjbar S. Health Literacy and the Influencing Factors: A Study in Five Provinces of Iran. Strides in Development of Medical Education 2007;4:1-9
33. Khorramirad A, Mousavi Lotfi M, Shoori Bidgoli A. Prevalence of Postpartum Depression and Related Factors in Qom. Pajoohandeh Journal 2010; 15: 62-66 [Persian]
34. Khooshemehry G, Shariati F, Naserkhaki V. Prevalence of Postpartum Depression and the Factors that Decides in North of Tehran. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care 2012;3:59-69
35. Clout D, Brown R. Socio-demographic, pregnancy, obstetric and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. Journal of Affective Disorders 2015; 188: 60-67
36. Ho S-M, Heh S-S, Jevitt CM, Huang L-H, Fu Y-Y, Wang L-LJPe, et al. Effectiveness of a Discharge Education Program in Reducing the Severity of Postpartum Depression: A Randomized Controlled Evaluation Study. Journal of Patient Education Counseling 2009;77:68-71
37. Kheirabadi G, Sadri S, Abedi Z, Velayati E. Postpartum Depression and Related Factors in Rural Areas of Najafabad, Iran. Journal of Behavioral Science Research 2015;13:555-61
38. Rahmani F, Seyedfatemi N, Asadollahi M, Seyedrasooli A. Predisposing Factors of Postpartum Depression 2011;24:78-87
39. Stepanikova I, Kukla LJM, journal ch. Is Perceived Discrimination in Pregnancy Prospectively Linked to Postpartum Depression? Exploring the Role of Education 2017; 21:1669-77
40. Lashkaripour K, Bakhshani NM, Hokmabadi S, Sajjadi S, Safarzadeh S. Postpartum Depression and Related factors: A 4.5 months study 2012. The quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health 2012;13: 404-412 [Persian]
41. Beck C. Predictors of Postpartum Depression: an update. Nursing Research 2001;50:275-85

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.5.10.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.5.599]