

# تأثیر اوریکولوتراپی در طی لیبر و بعد از زایمان بر افسردگی دوران پس از زایمان در زنان نخست‌زا: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

مهرنوش قائم‌مقامی<sup>۱</sup>، دکتر کتایون وکیلان<sup>۲\*</sup>، نرگس شیخ‌قنبری<sup>۱</sup>، فاطمه  
شعبانی<sup>۱</sup>، معصومه واحدی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
۲. دانشیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۰

## خلاصه

**مقدمه:** حدود ۲۶-۸٪ زنان از افسردگی بعد از زایمان رنج می‌برند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر اوریکولوتراپی در نقاط کاهش اضطراب بر میزان افسردگی بعد از زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد. **روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۶۶ زن بستری در بخش لیبر بیمارستان کامکار انجام شد. افراد به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. اوریکولوتراپی در نقاط فشاری کاهش استرس و اضطراب در دیلاتاسیون ۴-۶ و ۸-۶ سانتی‌متر و نهایتاً ۶ ساعت پس از زایمان انجام گرفت. فشار روی گوش بین کنترکشن‌ها به مدت ۳۰ ثانیه در هر دو گوش به فاصله ۱۰ دقیقه انجام گرفت. مرحله دوم افسردگی بک در بین روزهای ۱۵-۱۰ بعد از زایمان ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های کای دو و تی مستقل انجام گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** بر اساس نتایج مطالعه ۷۲ نفر (۹۶٪) در گروه مداخله و ۶۶ نفر (۹۱/۷٪) در گروه اوریکولوتراپی افسردگی جزئی داشتند، ولی افسردگی خفیف و متوسط در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود، ولی تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ( $p=0/549$ ).

**نتیجه‌گیری:** این مطالعه کاهشی را در افسردگی مادران با طب فشاری بر روی گوش نشان نداد. پیشنهاد می‌شود سایر نقاط فشاری در گوش بررسی شود و همچنین مداخله با یک دوره طولانی‌تر از نظر انجام طب فشاری روی گوش و پیگیری بیش از یک دوره ۱۴ روزه انجام گیرد.

**کلمات کلیدی:** اضطراب، افسردگی بعد از زایمان، بهداشت باروری، طب فشاری گوش، طب مکمل

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر کتایون وکیلان؛ مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران. تلفن: ۰۸۶-۳۴۱۷۳۵۰۵، پست الکترونیک: dr.kvakilian@arakmu.ac.ir

## مقدمه

زایمان و دوره پس از زایمان، زمان‌هایی بسیار پویا هستند که تغییراتی در بدن مادر، عملکرد سیستم‌ها و بهزیستی روان او رخ می‌دهد (۱). ورود کودک به خانواده، چالش‌هایی را برای خانواده جدید جهت مراقبت از کودک و وظایف جدید مادر و پدر ایجاد می‌کند و تطابق روانی با این موقعیت جدید برای برخی افراد ایجاد مشکل می‌کند (۲). افسردگی بعد از زایمان<sup>۱</sup> (PPD)، یک اختلال روانی شایع است که اختلاف آماری در شیوع آن در بین مناطق مختلف جغرافیایی وجود دارد؛ به طوری که در خاورمیانه با بالاترین شیوع (۲۶٪) و در اروپا با کمترین شیوع ۸٪ می‌باشد (۳). اختلال طی ۴ هفته بعد از زایمان با علائمی نظیر: بی‌خوابی، خلق پایین، اضطراب، خستگی، تحریک‌پذیری، اختلال اشتها و ناپایداری عاطفی بروز می‌نماید (۴). شیوع جهانی PPD در مطالعه ۲۹۶۲۸۴ زن از ۵۶ کشور نشان داد (۱۷/۷٪) است (۵). افسردگی پس از زایمان، مادران و کودکان را در معرض خطر عوارض جدی از جمله افکار خودکشی، مراقبت ناکافی از شیرخوار و اختلال ارتباط زوجین قرار می‌دهد (۲، ۵، ۶). مطالعه تامسون (۲۰۱۰) نشان داد ۲۵٪ مادران در بارداری بعدی هم خطر داشتن افسردگی را خواهند داشت (۷). مادران افسرده تماس چشمی کمتری با نوزاد خود داشته، همچنین بیانات کمتری دارند. افسردگی بر روی هماهنگی والدین-نوزاد تأثیر می‌گذارد؛ به طوری که مادران افسرده تمایل به پاسخ‌کنندتر به استرس نوزاد دارد و یا سیگنال‌های اجتماعی نوزاد را کمتر دریافت می‌کند (۸). فرزندان مادران افسرده هم از دل‌بستگی امن کمتری برخوردارند و مشکلات تکامل شناختی در آنها بیشتر است (۹). عواملی در طی زایمان مانند خونریزی، ترس از درد زایمان، ایجاد وظایف جدید مادری، مشکلات حین تولد برای جنین مانند هیپوکسی، استرس زیادی را برای مادر ایجاد می‌کند که این استرس‌ها، خطر افسردگی بعد از زایمان را افزایش می‌دهد (۱۰). مطالعات نشان می‌دهد ارتباط قوی بین اضطراب بارداری و زایمان با افسردگی بعد از زایمان وجود دارد (۱۱، ۱۲)، لذا تشخیص اضطراب در

طی بارداری و مدیریت آن در مطالعات بسیاری مورد توجه قرار گرفته است؛ به طوری که بسیاری مداخلات سایکولوژیک مانند رویکردهای شناختی رفتاری، آموزش‌های گروهی و فردی به زنان در طی بارداری، تکنیک‌های ریلکسیشن برای مدیریت اضطراب و استرس انجام شده است (۱۸-۱۱)، اما اگر به‌ر دلیل اضطراب در بارداری مورد توجه قرار نگیرد و یا کیفیت آن مداخلات خوب نباشد، زمان زایمان یکی از زمان‌های مهم برای کنترل اضطراب است. از آنجایی که در زمان زایمان مداخلات سایکولوژیک قابلیت انجام زیادی ندارد، استفاده از روش‌های طب مکمل چینی از جمله روش‌های طب فشاری مورد توجه قرار گرفته است (۱۳). یکی از روش‌های طب فشار، فشار روی نواحی گوش است که به آن اوریکولوتراپی گفته می‌شود. اعمال فشار در قسمت نقاط فشاری گوش بیرونی موجب جاری شدن انرژی چی Qi از طریق کانال یا نصف‌النهار به اندام‌های بدن می‌شود (۱۴). طب سنتی چینی، بر وجود یک رابطه بازتابی بین گوش بیرونی و قسمت‌های مختلف بدن تأکید می‌کند. اساس این روش درمانی مبتنی بر نقشه آناتومیکی بدن در گوش بیرونی است. با فشار روی نقاط مورد نظر در گوش از طریق تحریک غیرتهاجمی، این روش باعث ایجاد برخی سیگنال‌ها به مغز و اندام‌های خاص می‌شود، بنابراین عملکرد فیزیولوژیکی تنظیم و متعادل می‌شود که از روش‌های مختلف برای فشار مانند سوزن، دانه واکاریا<sup>۲</sup>، پروب‌ها و انگشتان استفاده می‌شود (۱۵، ۱۶). فشار روی نواحی کاهش اضطراب دارای یک اثر آرام‌بخش و در کاهش اضطراب قبل از عمل جراحی، بعد از سزارین، کاهش اضطراب در بیماران MS مؤثر بوده است (۲۳-۲۵). مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر اوریکولوتراپی در نقاط کاهش اضطراب بر میزان افسردگی بعد از زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد.

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۶۶ زن نخست‌زای بستری در بخش لیبر بیمارستان کامکار شهر قم انجام شد. حجم نمونه بر

<sup>2</sup> vacaria<sup>1</sup>Postpartum Depression

اساس اختلاف میانگین اضطراب بین گروه کنترل و مداخله به میزان ۵/۵ واحد و با در نظر گرفتن  $\alpha=0/05$ ،  $power=0/80$  و احتساب ۱۰٪ ریزش حجم نمونه، ۱۶۶ نفر (۸۳ نفر در هر گروه) در نظر گرفته شد (۱۷). روش نمونه‌گیری در این مطالعه در دسترس بود؛ به این ترتیب که زنانی که در لیبر بستری می‌شدند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند و تمایل ورود به مطالعه داشتند، در این مطالعه شرکت داده شدند. سپس بر اساس روش بلوک تصادفی ۴ تایی به ۲ گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. پس از تهیه توالی تخصیص توسط نرم‌افزار اکسل با استفاده از فرمول RAND، توالی به ترتیب روی کاغذ یادداشت شده و در داخل پاکت‌های دربسته مات قرار داده شد. پاکت‌ها به ترتیب شماره‌گذاری شدند. پرسشنامه‌ها نیز به همان ترتیب کدگذاری شدند. بر این اساس هر فرد به یکی از گروه‌های مداخله یا کنترل تخصیص یافتند.

شرکت‌کنندگان زنان نخست‌زایی بودند که جهت زایمان به یکی از بیمارستان‌های ریفرال شهر قم مراجعه کرده بودند. این بیمارستان ماهیانه ۴۰۰-۳۰۰ زایمان دارد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن حاملگی بین ۴۰-۳۸ هفته، نخست‌زا بودن، بدون هیچ مشکلات داخلی-جراحی در طی بارداری، دارای گوش با ظاهر سالم، عدم مشکلات مامایی در بارداری فعلی، عدم مصرف مسکن در طی تحقیق و بستری برای زایمان در بخش لیبر بیمارستان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل مادر به انجام فشار در ناحیه گوش به هر دلیلی و عدم امکان انجام ۳ مرحله اوریکوتراپی به دلیل سزارین و یا مشکلات مامایی بود. روش کار به این ترتیب بود که گروه مداخله (۸۳ نفر) در فاز فعال دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر تحت اوریکولوتراپی قرار گرفتند. اوریکولوتراپی توسط یکی از پژوهشگران که دوره‌های اوریکوتراپی را طی کرده و دارای مدرک معتبر بود، انجام گرفت؛ بدین ترتیب که زمانی که مادر در دیلاتاسیون ۴ قرار می‌گرفت، در بین کنترکشن‌ها پس از ضدعفونی کردن گوش، در قسمت لاله گوش با استفاده از دستگاه الکتریکی پوینتر پلاس اکسل ۲ ساخت کشور اسپانیا بر روی نقاط "brain, zero, thalamic, shenmen" فشار را انجام می‌داد (شکل ۱).



شکل ۱- نقاط فشاری کاهش استرس و اضطراب

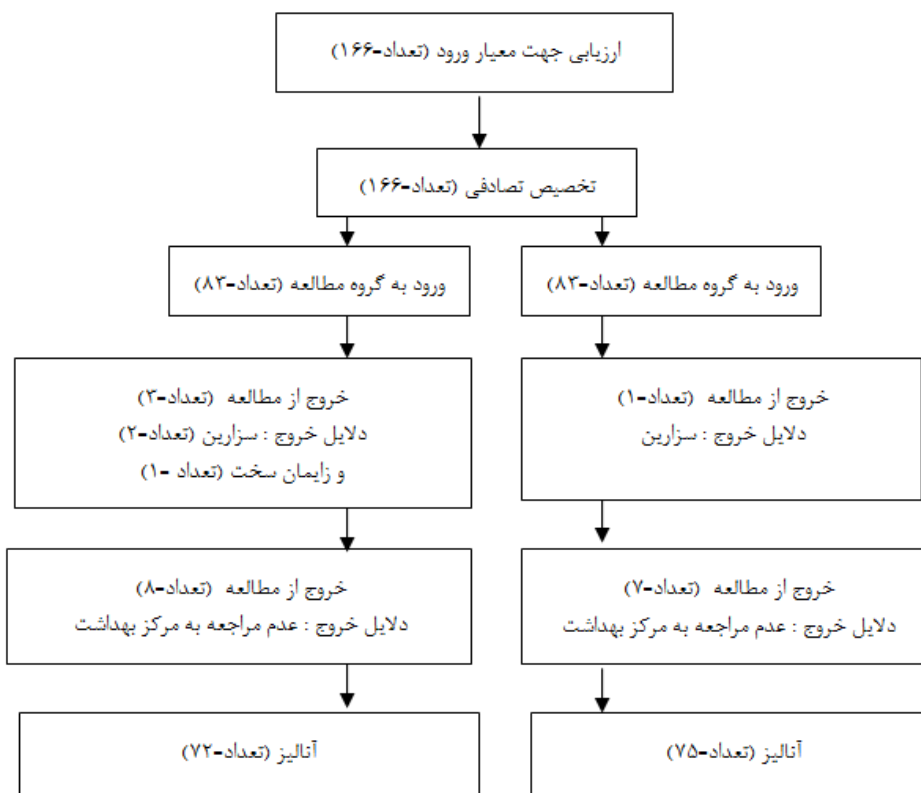
و یک بار بعد از زایمان در همان قسمت‌های گوش انجام گردید. در گروه کنترل زنان هیچ‌گونه مسکن و یا تکنیک خاص را در طی سیر لیبر و زایمان دریافت نکردند و فقط مراقبت معمول بخش انجام گرفت.

در صورت سزارین، مادر از مطالعه خارج می‌شد که در این مطالعه هیچ‌کدام از مادران سزارین نشدند و زایمان

پژوهشگر برای هر بیمار به مدت ۳۰ ثانیه در نقاط نام برده شده در هر دو گوش به ترتیب به فاصله ۱۰ دقیقه فشار انجام می‌داد. این مرحله در دیلاتاسیون ۴-۶ و ۶-۸ سانتی‌متر انجام شد. در نهایت بعد از زایمان (۶ ساعت بعد) اوریکولوتراپی با همان پروتکل در بخش پست‌پارتوم انجام شد، لذا در کل ۳ بار اوریکوتراپی (۲ بار حین لیبر)

شد، مراجعه نمایند. با ریزش ۱۱ نفر در گروه کنترل و ۸ نفر در گروه مداخله، افسردگی در سایر افراد بررسی شد (چارت ۱).

آنها کاملاً طبیعی و بدون وسیله انجام گرفت. برای ارزیابی افسردگی بعد از زایمان از زنان خواسته شد که جهت مراقبت از نوزاد در روزهای ۱۵-۱۰ به یکی از ۴ مرکز بهداشتی که برای بررسی افسردگی در نظر گرفته



چارت ۱- نمودار مراحل ورود نمونه‌ها به تحقیق

افسردگی خفیف، ۴۷-۳۲ افسردگی متوسط و ۶۳-۴۸ نشان‌دهنده افسردگی شدید است. به‌طور معمول نمره افراد افسرده بالینی در دامنه ۴۰-۱۲ قرار می‌گیرد (۱۸). داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های کای دو و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی افراد در گروه اوریکولوتراپی  $۲۳/۰۶ \pm ۴/۴۸$  سال و در گروه کنترل  $۲۴/۰۳ \pm ۳/۸۲$  سال بود که تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $p=۰/۱۵۲$ ). طول فاز فعال لیبر در گروه مداخله و کنترل به ترتیب  $۴/۵۳ \pm ۱/۲۶$  و

در گروه کنترل ۱ نفر به دلیل زایمان سخت، ۲ نفر به دلیل سزارین و بقیه به دلیل عدم مراجعه به مراکز بهداشتی تعیین شده جهت ارزیابی افسردگی و در گروه مداخله ۱ نفر به دلیل سزارین و ۷ نفر به دلیل عدم مراجعه به مراکز تعیین شده جهت بررسی افسردگی از مطالعه خارج شدند. در حین مراجعه ضمن انجام مراقبت‌های لازم برای مادر و نوزاد، پرسشنامه افسردگی بک برای آنها تکمیل شد. پرسشنامه‌ها شامل مشخصات دموگرافیک و مامایی، سن، تحصیلات، شغل، طول مرحله اکتیو و مرحله دوم زایمان بود و برای ارزیابی افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. پرسشنامه افسردگی بک ۲۱ سؤال دارد و پاسخ‌های آن بین ۰-۳ نمره‌گذاری می‌شوند. نقاط برش به این صورت است که ۱۵-۰ نشانگر افسردگی جزئی، ۳۱-۱۶

۴/۲۱±۱/۱۸ بود که تفاوت معنی‌داری نداشت (p=۰/۰۹۷). سایر مشخصات دموگرافیک و مامایی در جدول ۱ نشان داده شده است. بر اساس جدول ۲، ۷۲ نفر (۰/۹۶٪) در گروه مداخله و ۶۶ نفر (۰/۹۱٪) در گروه کنترل (۰/۵۶٪) بود، ولی تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت (p=۰/۵۴۹).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و مامایی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	کنترل	مداخله	سطح معنی‌داری
سن	سن	۴/۵۲±۲۴/۱۰	۳/۸۵±۲۳/۱۶	۰/۱۵۲
طول فاز فعال زایمان (ساعت)	طول فاز فعال زایمان (ساعت)	۱/۱۸۰±۴/۲۱	۱/۲۶±۴/۵۳	۰/۰۹۷
طول فاز دوم زایمان (دقیقه)	طول فاز دوم زایمان (دقیقه)	۲۱/۵۴±۴۸/۳۶	۲۴/۱۸±۴۶/۲۵	۰/۵۵۳
سن بارداری (هفته)	سن بارداری (هفته)	۰/۷۸±۳۸/۹۹	۰/۶۴±۳۹/۰۳	۰/۶۵۴
وزن نوزاد (گرم)	وزن نوزاد (گرم)	۲۶۵/۷۲±۳۱۷۶/۲۵	۲۸۵/۵۸±۳۰۹۹/۳۷	۰/۰۷۵
ابتدایی	ابتدایی	۳ (۳/۶)	۰ (۰)	
راهنمایی	راهنمایی	۱۱ (۱۳/۳)	۲۱ (۲۵/۳)	
سطح سواد	سطح سواد	۴۳ (۵۱/۸)	۴۵ (۵۴/۲)	۰/۰۸۸
دیپلم	دیپلم	۲۲ (۲۶/۵)	۱۴ (۱۶/۹)	
بالتر از دیپلم	بالتر از دیپلم	۴ (۴/۸)	۳ (۳/۶)	

متغیرهای کمی بر اساس میانگین ± انحراف معیار و متغیرهای کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

جدول ۲- فراوانی سطوح افسردگی بعد از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل

سطوح افسردگی پس از زایمان	مداخله تعداد (درصد)	کنترل	سطح معنی‌داری
افسردگی جزئی	۷۲ (۰/۹۶٪)	۶۶ (۰/۹۱٪)	
افسردگی خفیف	۲ (۰/۰۲٪)	۴ (۰/۰۵٪)	۰/۵۴۹
افسردگی متوسط	۱ (۰/۰۱٪)	۲ (۰/۰۲٪)	
جمع	۷۵	۷۲	
	۱۰۰	۱۰۰	

## بحث

می‌گرفت، نتایج دیگری حاصل می‌شد. در مطالعه بنگ و همکاران (۲۰۲۰) که به بررسی تأثیر اوریکولوتراپی فشاری بر کاهش سطح اضطراب بعد از جراحی قلب پرداختند، این درمان در طی ۶ روز (روزانه) پس از جراحی انجام شد و تأثیر آن در کاهش اضطراب معنی‌دار بود (۱۹). مطالعه حاضر از نظر جمعیت مورد مطالعه و پیامد متفاوت بود؛ به‌طوری‌که در مطالعه حاضر در زنان در حال زایمان انجام گرفت، در حالی‌که در مطالعه بنگ و همکاران روی افراد در حین جراحی انجام شد. دلیل دیگری که محققان ممکن است به نتیجه مطلوب

در مطالعه حاضر اگرچه تعداد کمتری از مادران در گروه مداخله افسردگی خفیف و متوسط در بین روزهای ۱۵-۱۰ بعد از زایمان داشتند، ولی اوریکولوتراپی تأثیر معنی‌داری در کاهش افسردگی نداشت. یکی از دلایل ممکن است به‌دلیل عدم تداوم اوریکولوتراپی در بعد از زایمان باشد، زیرا مادران بعد از ۶ ساعت از بیمارستان خارج می‌شدند و امکان دسترسی تا اولین ویزیت وجود نداشت. شاید اگر امکان تداوم آن وجود داشت؛ به‌طوری‌که در ۱۰ روز اول زایمان به‌طور روزانه انجام

خون پایین‌تر و افسردگی کمتری داشتند (۱۴)، لذا این مادران باید در بارداری‌های بعدی و طی زایمان از نظر افسردگی بررسی شده و روش‌های کم‌خطر و کم‌هزینه برای مدیریت افسردگی آنها به کار گرفته شود.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه کاهشی را در افسردگی مادران با طب فشاری بر روی گوش نشان نداد. پیشنهاد می‌شود سایر نقاط فشاری در گوش بررسی شود. همچنین تداوم مداخله اوریکولو تراپی تا هفته‌ها پس از زایمان نیز توسط محققان توصیه می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه پس از دریافت کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1397.144 و دریافت کد IRCT20121230011944N4 به شماره IRCT از مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک به شماره ۲۹۳۹ انجام شد. بدین‌وسیله از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اراک و زنان شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

نرسیدند این نکته باشد که مطالعه حاضر در ۲ هفته اول بعد از زایمان انجام شد و پیگیری افراد در هفته‌های بعدی دوران پس از زایمان انجام نگرفت. در مطالعه کیم و همکاران (۲۰۱۷) که تأثیر اوریکولو تراپی را در افسردگی و خستگی مادران زایمان کرده در دو گروه کنترل و مداخله بررسی کردند، میزان افسردگی و خستگی در زنان با اوریکولو تراپی نسبت به زنان گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشت که نتایج غیر هم‌جهت با نتایج مطالعه حاضر بود (۲۰). در مطالعه محمدپور و همکاران (۲۰۱۹) که میزان افسردگی در زنان نابارور با طب فشاری در روی گوش در نقاط کاهنده اضطراب به مدت یک ماه، ۲ بار در روز توسط خود زنان انجام شد، کاهش معنی‌داری در اضطراب آنها مشاهده شد، اما در ۲ ماه بعد این تفاوت معنی‌دار نبود؛ یعنی طب فشاری تداومی در کاهش افسردگی نداشت (۱۶). البته جامعه پژوهش مطالعه مذکور با مطالعه حاضر متفاوت بود. در مطالعه کو و همکاران (۲۰۱۶) در تایوان که به بررسی تأثیر اوریکولو تراپی فشاری بر کاهش سطح اضطراب، افسردگی، ضعف و سطوح کورتیزول خون زنان سزارین شده پرداختند، طی ۵ روز اول پس از زایمان از ۷۶ زنی که در مطالعه شرکت کرده بودند، زنانی که تحت مداخله درمانی اوریکولو تراپی بودند، به مراتب سطح کورتیزول

### منابع

1. Tokumitsu K, Sugawara N, Maruo K, Suzuki T, Shimoda K, Yasui-Furukori N. Prevalence of perinatal depression among Japanese women: a meta-analysis. *Annals of general psychiatry* 2020; 19(1):1-18.
2. Małus A, Szyluk J, Galińska-Skok B, Konarzewska B. Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. *Psychiatr Pol* 2016; 50(6):1135-46.
3. Shorey S, Chee CY, Ng ED, Chan YH, San Tam WW, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research* 2018; 104:235-48.
4. Fiala A, Švancara J, Klánová J, Kašpárek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPEC study. *BMC psychiatry* 2017; 17(1):104.
5. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of postpartum depression: a comprehensive review of the last decade of evidence. *Clinical obstetrics and gynecology* 2018; 61(3):591.
6. Balbierz A, Bodnar-Deren S, Wang JJ, Howell EA. Maternal depressive symptoms and parenting practices 3-months postpartum. *Maternal and child health journal* 2015; 19(6):1212-9.
7. Thompson KS, Fox JE. Post-partum depression: A comprehensive approach to evaluation and treatment. *Mental Health in Family Medicine* 2010; 7(4):249-57.
8. Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child psychology and Psychiatry* 2007; 48(3-4):329-54.
9. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WC, Helms PJ, Williams JH. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 2007; 191(5):378-86.

10. Shi P, Ren H, Li H, Dai Q. Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry research* 2018; 261:298-306.
11. Ponti L, Smorti M. Mediating role of labor on the relationship between prenatal psychopathologic symptoms and symptoms of postpartum depression in women who give birth vaginally. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2019; 48(6):627-34.
12. Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marcosche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry* 2004; 19(8):459-63.
13. Smith CA, Shewamene Z, Galbally M, Schmied V, Dahlen H. The effect of complementary medicines and therapies on maternal anxiety and depression in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders* 2019; 245:428-39.
14. Kuo SY, Tsai SH, Chen SL, Tzeng YL. Auricular acupressure relieves anxiety and fatigue, and reduces cortisol levels in post-caesarean section women: A single-blind, randomised controlled study. *International journal of nursing studies* 2016; 53:17-26.
15. Sousa FF, Sousa Júnior JF, Ventura PL. Effect of auriculotherapy on pain and sexual function of primary dysmenorrhea female patients. *BrJP* 2020; 3(2):127-30.
16. Mohammadpour A. Effect of Auriculotherapy on depression in infertile women: A Randomized Clinical Trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2019; 22(9):36-44.
17. Insaf TZ, Fortner RT, Pekow P, Dole N, Markenson G, Chasan-Taber L. Prenatal stress, anxiety, and depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed among Hispanic women. *Journal of Women's Health* 2011; 20(8):1183-92.
18. Khani SH, Abedian Z, Azhari A, Shakeri MT, Talebi M. Investigating the impact of physical-mental exercises on depression after preterm delivery: a clinical trial. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2020; 27(2):128-38.
19. Bang YY, Park H. Effects of auricular acupressure on the quality of sleep and anxiety in patients undergoing cardiac surgery: A single-blind, randomized controlled trial. *Applied Nursing Research* 2020; 53:151269.
20. Kim SH, Sung KM. The Effects of Auricular Acupressure on Depression and Fatigue among Early Postpartum Mothers. *Journal of East-West Nursing Research* 2019; 25(2):91-102.