افسردگی حین بارداری : لزوم ادغام بیماریابی در مراقبت‌های خانم‌های باردار

دکتر مژگان کاربخش: دستیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر مجتبی صداقت: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال اول شماره دوم بهار ۱۳۸۱ صص ۲۱-۱۳
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۰/۷/۲۱

چکیده

مطالعات اخیر نشان داده است که افسردگی حین بارداری حتی از افسردگی پس از زایمان نیز شایع‌تراست. هدف اصلی این مطالعه، تعیین فراوانی افسردگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری مجتمع بیمارستانی امام خمینی است. نوع مطالعه مقطعی بوده، خانم‌هایی که طی دوماه به این درمانگاه مراجعه کردند مورد مطالعه قرارگرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه سنجش افسردگی بک است که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته وبه فارسی نیز ترجمه وتطبیق شده است. دراین مطالعه از۲۰۰خانم باردار، ۱۷۰نفر(۸۵درصد) با رضایت برای پرکردن پرسشنامه وارد مطالعه شدند که از این تعداد، ۴۸/۲درصد افراد حداقل یک عامل تنش‌زا را درحین حاملگی تجربه کرده بودند. همچنین۱۶/۵درصد علایم افسردگی را در گذشته، ۸/۲درصد قبل از عادت ماهیانه، ۴/۷درصد درحاملگی‌های قبلی و ۹/۴درصد این علایم را در منسوبین خود گزارش کردند و میانگین پرسشنامه افسردگی بک درافراد مورد مطالعه۱۱/۴۷بود(۱۲/۸۵-۱۰/۰۹=95%CI).

حداقل۳۰/۶خانم‌های مورد مطالعه از درجات مختلف افسردگی رنج می‌بردند، حال‌آن‌که هیچ یک از آنها برای این اختلال، درمان و مراقبت دریافت نمی‌کردند.

نکته آخر این که درصورت تأیید بالابودن شیوع افسردگی در زنان باردار(با مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر)توصیه می‌شود سؤالات مربوط به نشانه‌های افسردگی در خانم‌های باردار نیز جزء روش‌های معمول مراقبت‌های دوران بارداری قرار گیرد و یا به‌طور معمول دراین مراقبت‌ها از ابزارهای غربالگری مناسب برای افسردگی(مثل پرسشنامه بک)استفاده شود

کلیدواژه‌ها: افسردگی، بارداری، پرسشنامه افسردگی بک

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.4.7.5]

مقدمه

افسردگی پس از زایمان، موضوعی است که از دیرباز مورد توجه قرارگرفته است[۲و۱]، ولی طبق آخرین بررسی‌ها به‌نظر می‌رسد زنان درهنگام حاملگی بیش از دوره پس از زایمان مستعد ابتلا به افسردگی هستند[۳]. بنابراین درمقابل وجود آگاهی نسبی درباره تأثیر افسردگی پس از زایمان برسلامت کودک، مادر و خانواده، مسأله افسردگی حین بارداری، نسبتاً مورد غفلت قرارگرفته است[۳]. افسردگی حین بارداری می‌تواند باعث کاهش مراجعه خانم باردار جهت دریافت مراقبت‌های بارداری، تولد نوزاد کم‌وزن و زایمان زودرس شود[۴،۵و۶] که بخشی ازاین عوارض به‌علت نشانه‌های سایکوپاتولوژیک افسردگی است[۳]. ازسوی دیگر، دریک تفکر سنتی نسبت به فرآیند بارداری، توجه منحصراً به محصول آن یعنی تولد نوزاد سالم معطوف است وبه زن فقط به‌عنوان یک عامل(واسطه)دراین میان نگریسته می‌شود[۷]. در حالی‌که نشانه‌های خلقی افسردگی برتوانایی زن در رویارویی با تغییرات عمیق توأم با تولد یک کودک تأثیر می‌گذارد[۸]. باتوجه به این‌که افسردگی درمان‌نشده مادر و کودک را با خطرات بالقوه‌ای مواجه می‌کند[۹]، این مطالعه ضمن تعیین درصد فراوانی افسردگی درخانم‌های باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری مجتمع بیمارستانی امام خمینی با ارایه تصویری از جمعیت درمعرض خطر-درمقایسه باسایر مطالعات دربقیه کشورها- به تقدیم پیشنهاداتی جهت مداخله دراین زمینه می‌پردازد.

مواد و روش‌کار

دراین مطالعه مقطعی(Cross-Sectional)، زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری(پره ناتال)مجتمع بیمارستانی امام خمینی درمدت۲ماه(اردیبهشت و خرداد ۱۳۸۱)مورد مطالعه قرارگرفتند. خانم‌های بارداری که برای پرکردن پرسشنامه حاضر به همکاری شدند، وارد مطالعه شدند ولی قبل از آن، پژوهشگر برای هر فرد، پرسشنامه ثبت اطلاعات جمعیتی و مامایی پر می‌نمود که شامل موارد زیر بود: سن، نوبت بارداری و زایمان، سابقه ازدست دادن فرزند(سقط یا فوت)، سابقه افسردگی(قبل از بادارشدن)، سابقه افسردگی قبل از عادات ماهیانه، وضعیت مواجهه با عوامل تنش‌زا(فوت نزدیکان، تغییر محل سکونت، تغییر شغل خود یا همسر یا بیماری زمینه‌ای و خواسته‌بودن حاملگی). سپس پرسشنامه سنجش افسردگی Beck به‌طورخودپرشونده توسط خانم‌ها تکمیل گردید. این پرسشنامه درمرکز مطالعات شناخت ورفتار به فارسی ترجمه شده[۱۰] و دارای ویژگی‌های زیر است: این پرسشنامه حاوی۲۱سؤال چندگزینه‌ای بوده، پاسخگویی به آنها حدود۱۰دقیقه طول می‌کشد و علایم و نگرش‌های مبتنی بر افسردگی را می‌سنجد. روایی و پایایی این پرسشنامه نیز در مطالعات متعددی به اثبات رسیده است که از نظر پایایی، آلفاکرونباخ مربوطه۰/۹۳است، ضمن آن‌که نوع تغییریافته این پرسشنامه-که همان پرسشنامه کنونی است- از نظر روایی محتوا و روایی درافتراق بین افراد افسرده وغیر افسرده نیز مطلوبیت دارد. همچنین این پرسشنامه می‌تواند باهریک از سؤالات خود به‌ترتیب، توزیع وضعیت‌های زیر رانیز دربیماران نشان دهد:

۱- غم، ۲- بدبینی، ۳- احساس شکست، ۴- عدم رضایت، ۵- احساس گناه، ۶- انتظار تنبیه، ۷- تنفر از خویش، ۸- محکوم وسرزنش‌نمودن خود، ۹- ایده‌های خودکشی، ۱۰- گریه‌کردن، ۱۱- انزوای اجتماعی، ۱۲- عدم قاطعیت درتصمیم‌گیری، ۱۳- تغییر نگرش درباره تصورازبدن خود، ۱۴- سستی وکندی، ۱۵- بی‌خوابی، ۱۶- خستگی‌پذیری، ۱۷- ازدست‌دادن اشتها، ۱۸- کاهش وزن، ۱۹- نگرانی‌های جسمی و ۲۰- کاهش سطح انرژی. همچنین حداقل امتیاز نهایی این پرسشنامه باجمع‌کردن امتیازات، صفر وحداکثر آن۶۳ است. نهایتاً براساس این امتیاز وضعیت فرد از نظر افسردگی به این صورت ارزیابی می‌شود:

۹-۵: دامنه طبیعی، ۱۸-۱۰: افسردگی خفیف تا متوسط، ۲۹-۱۹: افسردگی خفیف تا شدید، ۶۳-۳۰: افسردگی شدید وزیر۴: احتمالاً تظاهر به بیمار بودن، شخصیت نمایشی(هیستریونیک)یا بینابینی، ضمن مطرح‌بودن احتمال افسردگی[۱۱].

ضمناً شایان ذکر است که برخی مطالعات آستانه افسردگی را برای خانم‌های باردار، بالاتر درنظر می‌گیرند مثل۱۶درمطالعه هلکام و همکاران[۱۲و۳]. درضمن وضعیت خواسته‌بودن حاملگی، برمبنای قصد بیمار مبتنی بر بادارشدن حین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.4.7.5]

لقاح(حاملگی برنامه‌ریزی‌شده)، قصد بیمار برای باردار شدن درآینده(حاملگی برنامه‌ریزی‌نشده)یا قصد بیمار مبنی بر حامله‌نشدن درآن زمان یا آینده(حاملگی ناخواسته)به این سه گروه تقسیم‌بندی شده است.

پس از جمع آوری داده‌ها اطلاعات پرسشنامه‌ها با استفاده ازنرم‌افزار آماری SPSS Version 10 وارد رایانه شد و مورد آنالیز قرارگرفت.

یافته‌ها

دراین مطالعه از۲۰۰خانم باردار، ۸۵درصد حاضر به مشارکت درپرکردن پرسشنامه(ورود به طرح)شدند که به این ترتیب۱۷۰نفر مورد بررسی قرارگرفتند. میانگین سنی خانم‌های مورد مطالعه۲۵/۴۶ و حداقل، حداکثر و میانه سنی نیز به‌ترتیب، ۱۵، ۴۰ و۲۵سال بود(۲۶/۱۸-۲۴/۷۴=95%CI). سایرمشخصات جمعیتی این افراد درجدول شماره۱خلاصه شده است.

جدول شماره۱- مشخصات جمعیتی خانم‌های باردار تحت مطالعه

عنوان		فراوانی مطلق	فراوانی نسبی(٪)
تحصیلات	ابتدایی	۲۶	۱۵/۳
	راهنمایی	۶۰	۳۵/۳
	دبیرستان	۶۶	۳۸/۸
	دانشگاهی	۱۸	۱۰/۶
	جمع	۱۷۰	۱۰۰
شغل	خانه‌دار	۱۵۰	۸۸/۲
	کارمند بیمارستان	۸	۴/۶
	طراح و نقشه‌کش	۴	۲/۴
	آموزگار/دبیر	۴	۲/۴
	کارمند	۲	۱/۲
	دانشجو	۲	۱/۲
	جمع	۱۷۰	۱۰۰

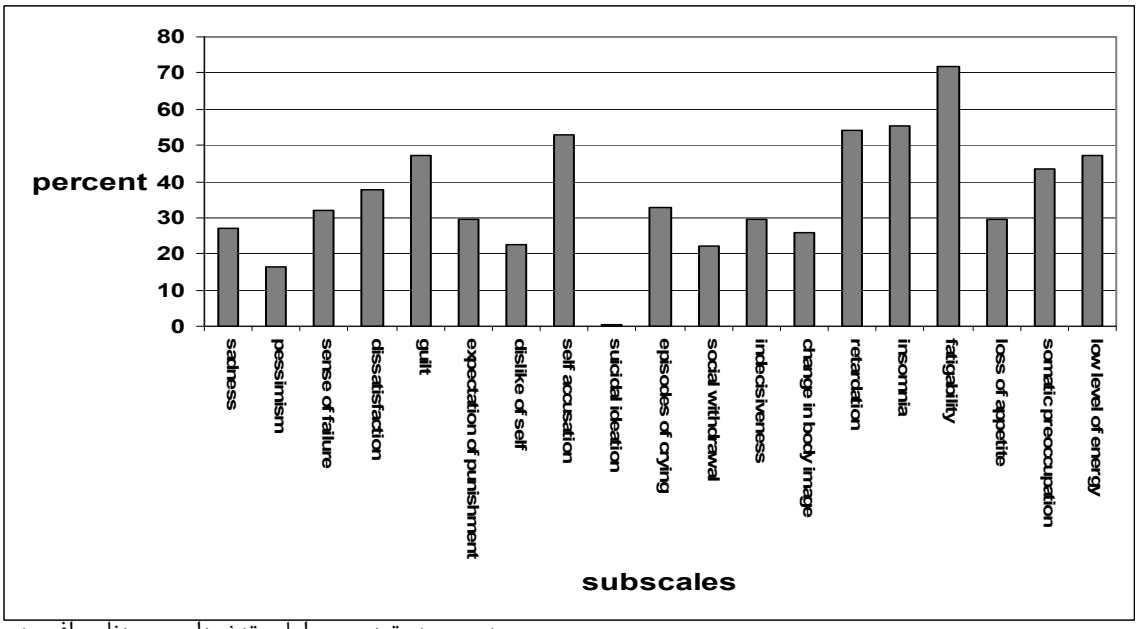
از نظر نوبت حاملگی ، ۴۹/۴ درصد زنان حاملگی اول و ۹/ ۳۲درصد حاملگی دوم خودراتجربه می‌کردند. ۵۵/۳درصد این خانم‌ها نیز تا زمان انجام مطالعه، زایمان(ختم حاملگی پس از ۲۰هفته)نداشتند(پارا=۰). ضمناً۳/۵درصد از آنها، سابقه مرگ دو فرزند و ۱/۲درصد سابقه ازدست‌دادن۳فرزند را گزارش کردند. اکثر این افراد(۶۹/۴درصد)درسه‌ماهه سوم بارداری و ۷/ ۲۴درصد نیز در سه‌ماهه دوم قرار داشته، در۷/۱درصد موارد نیزسابقه نازایی وجود داشته است. همچنین در۱۲/۹درصد زنان، حاملگی ناخواسته(Unwanted) بوده و در۲۱/۲درصد دیگر، حاملگی از قبل برنامه‌ریزی نشده بوده است(Unplanned). از نظر مواجهه با عوامل تنش‌زا در حین بارداری، ۱۵/۳درصد سابقه فوت یکی از اقوام، ۲۱/۲درصد سابقه تغییر محل سکونت(اسباب‌کشی)، ۱۱/۸درصد وجود یک بیماری زمینه‌ای،۴ /۹درصد تغییر شغل همسر و ۲/۴درصد تغییر شغل خود را که حین حاملگی رخ داده بود-اعلام کردند. در ضمن علاوه بر آن‌که برخی افراد بیش از یک عامل تنش‌زا را تجربه کرده بودند،۴۸/۲درصد افراد حد اقل یک عامل تنش‌زا را گزارش کردند. ۲۸مورد(۱۶/۵درصد)نیز علایم افسردگی را درگذشته تجربه کرده بودند که فقط۱مورد تحت درمان با فلوکستین قرار داشته است. ولی در همین مطالعه، هیچ یک از بیماران(غربال‌شده)، تحت نظر روانپزشک یا پزشک خانواده قرار نداشته و از این جهت هیچ مراقبتی دریافت نمی‌کردند. همچنین۹/۴درصد افراد سابقه علایم افسردگی رادر منسوبین خود ذکر نموده، در۸بیمار(۴/۷درصد موارد)، فرد سابقه افسردگی را درحاملگی یا حاملگی‌های قبلی ذکر می‌کرد که ازاین موارد، ۶مورد(۷۵درصد)، در زمان انجام مطالعه نیز طبق پرسشنامه بک دچارا فسردگی بودند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.4.7.5]

به همین‌ترتیب،۱۴ بیمار(۸/۲درصد)، علایم افسردگی را قبل از رخ‌دادن عادت ماهیانه تجربه کرده بودند که۱۰مورد از آنها(۷۱/۴درصد)در زمان پاسخگویی به پرسشنامه نیز افسرده بودند.

میانگین امتیاز پرسشنامه(Beck)در افراد مورد مطالعه، ۴۷ /۱۱با خطای استاندارد۰/۷، میانه۱۱، حداقل۰ و حداکثر۴۱بود (95%CI=۱۰/۰۹-۱۲/۸۵). درصورت استفاده از آستانه معمول، برای امتیازبندی پرسشنامه(Beck)، ۵۱/۸ درصد از زنان مورد مطالعه دچار درجاتی از افسردگی هستند، به این صورت که۳۱/۸درصد از کل این خانم‌ها دچار افسردگی ضعیف تا متوسط، ۱۵/۳درصد افسردگی متوسط تا شدید و ۴/۷درصد مبتلا به افسردگی شدید بودند. علاوه براین موارد۲۵/۹درصد نیز احتمالاً به درجاتی دچار افسردگی بودند و آن را انکار می‌کردند. البته درصورتی‌که آستانه افسردگی را به۱۶منتقل کنیم، درصد فراوانی افسردگی دراین خانم‌ها به۳۰/۶درصد تقلیل می‌یابد. در عین حال هیچ یک از بیماران(غربال‌شده)، تحت نظر روانپزشک یا پزشک خانواده قرار نداشته، از این جهت مراقبتی دریافت نمی‌کردند. درصد اختلال در هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه سنجش افسردگی بک در زنان باردار تحت مطالعه، در شکل شماره۱ نشان داده شده است.

شکل شماره۱- درصد اختلال در هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه سنجش افسردگی بک در زنان باردار تحت مطالعه



از طرفی از نظر فراوانی دفعات بارداری، زایمان، سقط، فوت فرزند، نازایی، خواسته‌بودن حاملگی، سابقه افسردگی در حاملگی‌های قبلی و نیز افسردگی قبل از عادت ماهیانه اختلاف معنی‌داری بین زنان افسرده و غیر افسرده مشاهده نشد. همچنین زنان باردار افسرده بیش از زنان غیر افسرده سابقه افسردگی در خود و بستگان درجه اول خود ذکر نمودند(۰/۰۱۵ =P و۱۵/۴درصد زنان غیر افسرده در مقابل۳/۸ درصد زنان افسرده دچار یک بیماری زمینه‌ای بودند(۰/۰۳۳=P).

در مورد توزیع عوامل تنش‌زا بین زنان افسرده و غیر افسرده نیز، تفاوتی از نظر فراوانی مرگ نزدیکان یا اسباب‌کشی در دوران بارداری مشاهده نشد. ولی۱۹/۲درصد زنان افسرده در مقابل۸/۵درصد زنان غیر افسرده، تغییر شغل خود یا همسر را حین بارداری اخیر ذکر کردند(۰/۰۴۵=P).

بحث و نتیجه‌گیری

درصد فراوانی افسردگی در جمعیت مورد مطالعه ما با درنظرگرفتن آستانه معمول پرسشنامه(Beck)برای سنجش افسردگی، ۵۱/۸درصد به‌دست آمد. این فراوانی بسیاربالا فقط

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.4.7.5]

مشابه یک مطالعه است که درجمعی از زنان باردار آفریقایی- آمریکایی سیاه‌پوست باوضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نامطلوب(با درصد فراوانی۵۱برای افسردگی)مشاهده شده است. البته درآن مطالعه، آستانه افسردگی، ۱۴درنظر گرفته شده است[۱۲]. درصورتی‌که امتیازات بالای۱۶را به‌عنوان افسردگی تلقی کنیم، درصد فراوانی افسردگی درخانم‌های باردار مورد مطالعه به۳۰/۶درصد می‌رسد که کماکان نسبت به اغلب مطالعات بالاتراست[۱۳]. این مطلب حتی بدون درنظرگرفتن۹/ ۲۵درصد از افرادی می‌باشد که امتیاز بسیار کم آنها احتمالاً مطرح‌کننده انکار علایم- علی‌رغم وجود بیماری- است. درسایر کشورها، اکثر مصاحبه‌های تشخیصی نشان می‌دهند که درصدی حدوداً برابر۸ تا ۱۰درصد خانم‌های باردار به افسردگی دچار هستند[۱۳]. البته دریک مطالعه بزرگ نیز، ۲۵درصد از زنان امتیاز بالایی را در پرسشنامه سنجش افسردگی بک نشان دادند[۱۳]. لازم به ذکر است که میانگین امتیاز بک درمطالعه کنونی۱۱/۴۷با خطای استاندارد۰/۷، میانه۱۱، حداقل۰ و حداکثر۴۱بود(۹۵%CI=۱۰/۰۹-۱۲/۸۵).

ولی در مطالعات مختلف، دامنه میانگین امتیاز بک از۶/۲ تا ۸/۵بوده است[۱۳]. مثلا"دریک جمعیت سفیدپوست که ازنظر اجتماعی درسطح متوسطی بودند، میانگین این امتیاز در ماه هشتم باردرای۷/۸به‌دست آمد، حال آن‌که سالیمرو و همکاران، امتیاز۸/۶را بین گروهی از زنان اسپانیایی درهفته۱۵ تا ۲۵بارداری گزارش کردند[۱۴]. بررسی دیگر در مانیتوبا - که وضعیت اقتصادی، اجتماعی و نژادی شرکت‌کنندگان درآن مشخص نشده است، میانگین۷/۹درسه‌ماهه سوم به‌دست آمد [۱۵]. برخی نشانه‌های افسردگی مثل اختلال خواب، افزایش وزن وکاهش انرژی ممکن است دریک حاملگی طبیعی هم وجود داشته باشد، که این موضوع تشخیص افسردگی را مشکل می‌کند[۸]. بنابراین اگرچه بک و همکاران مطرح می‌کنند که امتیاز بالاتر از۹مؤید افسردگی است، ولی چون نشانه‌های سوماتیک(جسمانی)بارداری می‌تواند امتیازات را در ملاک بک افزایش دهد، پیشنهادکردند که بهتر است آستانه بالاتری برای سنجش افسردگی در زنان باردار به‌کار رود[۱۲]. این بالابودن امتیاز در مطالعه ما، به‌ویژه در حیطه‌های خواب، خستگی‌پذیری واحساس کسالت مشاهده شد(جدول شماره ۱). مطالعه هلکام و همکاران نیز پیشنهاد می‌کند که با در نظرگرفتن امتیاز بالاتر از۱۶به‌عنوان افسردگی، می‌توانیم در مورد این ابزار به حساسیت۸۳درصد و ویژگی۸۹درصد دست یابیم[۱۲]. همان‌طور که ذکر شد هیچ یک از زنان بارداری که دراین مطالعه طبق ملاک بک دچار افسردگی بودند، تحت پوشش مراقبت‌های بهداشت روان قرار نداشتند، درحالی‌که می‌دانیم افسردگی ممکن است سلامت مادر و جنین را با مخاطرات جدی روبرو کند[۹]. کاهش اشتها(که در۲۹/۴درصد از خانم‌های مورد مطالعه مشاهده شد)، می‌تواند باعث کاهش وزن شود(که در۱۰/۶درصد مشاهده شد)و نیز به کاهش رشد جنین درون رحم منجر شود[۱۶]. کاهش انرژی و خستگی‌پذیری(۷۱/۸درصد) نیز می‌تواند با مراجعه منظم جهت دریافت مراقبت‌های بارداری تداخل کند. ضمناً عوارضی مثل زایمان زورس و کنده‌شدن جفت درزنان افسرده بیشتر از سایرین مشاهده می شود[۱۷]. در نهایت خطر افسردگی درمان‌نشده مادر، می‌تواند به خودکشی بیانجامد(که عقاید مربوط به آن در۰/۴درصد افراد مورد مطالعه مشاهده شد). اگرچه برخی مطالعات نشان داده‌اند که خطر خودکشی، حین حاملگی کاهش می‌یابد[۱۸]، سایر مطالعات بیان می‌کنند که خودکشی یک خطر عمده در حاملگی محسوب می‌شود، به‌ویژه درزنانی که قبلاً تمایل به خودکشی داشته ولی نتوانسته‌اند این کار را انجام دهند یا پدر فرزندشان آنها را ترک کرده و نیز زنانی که قبلاً کودک خود را از دست داده‌اند[۱۹]. بنابراین توصیه شده است، سؤالات مربوط به نشانه‌های افسردگی در خانم‌های باردار نیز جزء روش‌های معمول مراقبت‌های دوران بارداری قرار گیرد و یا به‌طور معمول دراین مراقبت‌ها از ابزارهای غربالگری مناسب برای افسردگی(مثل پرسشنامه بک)استفاده شود[۸]. البته این روش‌ها تاکنون فقط درمورد نوجوانان باردار به‌وضوح استفاده شده است[۲۰]. ولی به‌نظر می‌رسد درمراکز یا مناطقی که شیوع قابل ملاحظه‌ای از افسردگی درسایر خانم‌های باردار نیز مشاهده می‌کنیم، این غربالگری به‌ویژه در مورد گروه‌های پرخطرقابل توصیه باشد. همچنین اقداماتی که می‌تواند ما را درکاهش بار افسردگی یاری کند عبارتند از:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.4.7.5]

افزایش آگاهی پرسنل پزشکی درباره افسردگی حین و بعد زنان باردار وپس از بارداری، ایجاد یک سیستم ارتباطی بین مراقبت‌های دوران بارداری و مراقبت‌های(روانی)رفتاری و بهبود مراقبت‌های ارایه‌شده به زنان مبتلا به افسردگی حین بارداری و پس از آن[۲۱].

نکته پایانی این‌که به‌نظر می‌رسد به‌ویژه مورد سوم- ادغام فعالیت‌های بیماریابی برای افسردگی در زنان باردار- قابل انجام وانطباق درسیستم بهداشتی کشورمان باشد. همچنین باتوجه به محدودیت‌های این مطالعه، انجام مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر جهت تخمین دقیق شیوع افسردگی در زنان باردار کشورمان و نیز درصورت تأیید بالابودن شیوع، بررسی ضرورت از بارداری، افزایش آگاهی بیماران و جامعه درباره افسردگی در و امکان تلفیق مراقبت‌های سلامت روان با مراقبت‌های بارداری پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مطالعه حاضر لازم می‌دانند از خانم دکتر سپیدخت عرفانیان، دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همه عزیزانی که در درمانگاه مراقبت زنان باردار مجتمع بیمارستان امام خمینی در انجام این طرح همکاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

منابع

1- Kendall RE, Wainwright S, Hailey A, Shannon B. The influence of childbirth on psychiatric morbidity. Psychological Medicine 1976; 6: 267-302
2- Pitt B. Atypical depression following childbirth. British Journal of psychiatry1968; 114: 1325-35
3- Evans Jonathan, Heron Jone, Francomb Helen, Oke Sarah, Golding Jean. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. British Medical Journal2001; 323: 257-260
4- Pagel MD, Smilkstein G, Regen H, Montano D. Psychosocial influences on newborn outcome: A controlled prospective study. Social Science and Medicine1990; 30: 567-604
5- Hedegaart M, Henrikson TB, Sabroe S, Secher NJ. Psychological distress in pregrancy and preterm delivery. British Medical Journal 1993; 306: 234-9
6- Teixeira JMA, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. British Medical Journal1999; 318: 153-7
7- Orr Suezanne T, Miller C Arden. Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women. Women's Health Issues 1997; 7: 38-46
8- Miller laura J, Shah Alpa. Major mental illness during pregnancy. Psychiatry Update1999; 6: 163–168
9- Kahn David A, Moline Margaret L, Ross Ruth W, Cohen Lee S, Altshuler Lori L. Major depression during conception and pregnancy: A guide for patients and families. Expert Consensus Guildline Series2001: 110–111 (Available online of www.pschguide.com
10- www.criminology.unimelb.edu.au/victims s/resources/assesment/assesment.html
11- Holcomb WL, Jr Stone LS, Lustman Pj , Gavard JA, Mostello DJ. Screening for depression in pregnancy: characteristics of the Beck Depression Inventory. Obstetrics and Gynecology1996; 88: 1021-1025
12- Seguin L, Potvin LST, Denis M, Loiselle J. Chronic stressors, social support and depression during pregrancy. Obstetrics and Gynecology1995; 83: 583-89
13- Salamero M, Marcos T, Gutierrez F, Rebull E. Factorial study of the BDI in pregnant women. Psychological Medicine1994; 24: 1031-5
14- Lips H. A longitudinal study of reporting of emotional and somatic symptoms during and after pregnancy. Social Sciences and Medicine1985; 21: 631-40

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.4.7.5]

15- Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. American Journal of Obstetric and Gynecology1989; 160: 1107-1111
16- Orr ST, Miller CA. Materal depressive symptoms and the risk of poor poegnancy outcome. Epidemiologic Reviews1995; 17: 165-71
17- Marzuk Pm, Tardiff k, Leon AN. Lower risk of suicide during pregnancy .American Journal of Psychiatry1997; 154: 122-23
18- Lester D, Beck AT. Attempted suicide and pregnancy .American Journal of Obstetric and Gynecology1988; 158: 1084-1085
19- Martin Catherine. Opinions in pediatric and adolescent gynecology. Journal of Pediatric Gynecology2001; 14: 129-33
20- www.researchforter.com/postpartum-depression.html

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.4.7.5]