

شیوع افسردگی در زنان باردار و ارتباط آن با بعضی از عوامل اقتصادی - اجتماعی

دکتر غلامحسین احمدزاده^۱، دکتر عاطفه صادقی زاده^۲، دکتر سیامک امانت^۳، دکتر ویکتوریا عمرانی فرد^۳، دکتر حمید افشار^۳
^۱ دانشیار گروه روانپزشکی، ^۲ پزشک عمومی، ^۳ استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مجله پزشکی هرمزگان سال دهم شماره چهارم زمستان ۸۵ صفحات ۲۳۴-۲۲۹

چکیده

مقدمه: طی سالهای اخیر اقدامات ارزنده‌ای نسبت به بهبود وضعیت بهداشت جسمی زنان باردار انجام شده است ولی چندان توجهی به بهداشت روان آنان نگردیده است. نظر به شیوع روزافزون افسردگی در جهان و شیوع دو برابر آن در زنان نسبت به مردان و تأثیرات متقابل آن بر سلامت جسمی و کیفیت زندگی آنان، مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع افسردگی و ارتباط آن با بعضی عوامل اجتماعی - اقتصادی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر اصفهان انجام شده است.

روش کار: این مطالعه مقطعی توصیفی - تحلیلی بر روی ۶۰۰ نفر از زنان باردار ۱۵-۴۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان انجام شده است. ابزار سنجش پرسشنامه افسردگی Beck به همراه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بودند که توسط آزمودنی‌ها تکمیل می‌گردید. یافته‌ها با استفاده از آزمون آماری Chi-square تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: از ۶۰۰ نفر زن حامله، ۴۴۶ نفر (۷۴/۳٪) طبیعی و ۱۵۴ نفر (۲۸/۷٪) دارای افسردگی بودند که به تفکیک ۲۲/۲٪ دارای افسردگی خفیف و ۲/۵٪ دارای افسردگی متوسط تا شدید بودند. شیوع افسردگی در زنان با حاملگی ناخواسته نسبت به خواسته دارای تفاوت معنی‌دار بود و در بقیه موارد تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد توجه ویژه به وضعیت خلقی زنان باردار، بخصوص زنان دارای بارداری ناخواسته، از ارزش ویژه‌ای برخوردار است. استفاده از ابزارهای غربالگری جهت تشخیص و انجام مراقبت‌های ویژه برای طبقه اجتماعی - اقتصادی پایین الزامی است. همچنین انجام مطالعات بیشتر جهت بررسی اختلالات افسردگی در تمام طول حاملگی و بررسی پیامدهای آن به عنوان ریسک حاملگی ضروری است.

کلیدواژه‌ها: افسردگی - بارداری - شیوع

نویسنده مسئول:

دکتر سیامک امانت

گروه اعصاب و روان - مرکز

پزشکی نور - دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان

اصفهان - ایران

تلفن: +۹۸ ۳۱۱ ۲۲۲۲۱۳۰

پست الکترونیکی:

bsrc@mui.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۴/۹/۶ اصلاح نهایی: ۸۴/۱۲/۲۳ پذیرش مقاله: ۸۵/۵/۲۵

مقدمه:

بهبود بهداشت جسمی زنان باردار، توجه چندانی به بهداشت روانی زنان باردار در طول حاملگی نمی‌شود. تعدادی از خانمها اولین مواجهه با افسردگی را در دوران حاملگی تجربه می‌کنند در حالی که عده‌ای با سابقه افسردگی، در معرض عود، تداوم و یا تشدید علائم می‌باشند (۷،۸).

بررسی‌ها نشان می‌دهد شیوع علائم افسردگی و اختلال افسردگی ماژور در حاملگی به ترتیب ۸٪ تا ۵۱٪ و ۱۰٪ تا ۱۷٪ می‌باشد که این محدوده وسیع در مطالعات به درک صحیح از شدت بیماری کمک نمی‌کند (۹-۱۲).

اختلالات روانی خانمها در حدود ۲۰٪ برآورد می‌شود که بیشتر شامل افسردگی با شیوع ۷٪ تا ۱۳٪ می‌باشد (۱-۳). امروزه ثابت شده است که تغییرات هورمونی مرتبط با سیکل قاعدگی خطر اختلالات عاطفی را در نسبتی از خانمها افزایش می‌دهد (۴).

حاملگی به عنوان یکی از اتفاقات مهم زندگی همراه با تغییرات هورمونی می‌باشد و می‌تواند باعث افزایش بروز یا عود افسردگی گردد (۵،۶). متأسفانه علیرغم گسترش آگاهی عمومی و برنامه‌ریزی اقدامات ارزنده در جهت

روش کار:

این مطالعه مقطعی توصیفی - تحلیلی به روش نمونه‌گیری آسان بر روی ۶۰۰ نفر از زنان باردار ۴۵-۱۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی زنان و بارداری شهر اصفهان انجام شد. این مطالعه با همکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان انجام گردید.

زنان در هر یک از دوران ۳ ماهه حاملگی بدون در نظر گرفتن سن حاملگی در مطالعه حاضر شرکت کردند. پس از اخذ رضایت از اعضاء و توجیه شرکت کنندگان در مورد اهداف مطالعه و نحوه اجرا و همچنین اطمینان‌دهی از نظر امانتداری در نتایج، پرسشنامه بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. این پرسشنامه شامل ۲ قسمت بود. بخش اول اطلاعات مربوط به بعضی از خصوصیات فردی مانند سن، وضعیت اشتغال و تحصیلات، تعداد فرزندان، تریمسترهای حاملگی، سابقه سقط و حاملگی ناخواسته را در بر می‌گرفت. بخش دوم سؤالات پرسشنامه تشخیص افسردگی Beck را شامل می‌شد. این پرسشنامه Self report هم جنبه‌های سوماتیک و هم جنبه‌های عاطفی و ادراکی افسردگی را در بردارد (۲۵). پس از تکمیل سؤالات، نمره هر یک از اعضاء تعیین شد و در یکی از گروه‌های نرمال، افسردگی خفیف و افسردگی متوسط تا شدید قرار گرفت. بعد از کدگذاری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS، و آزمون هر یک از موضوعات بررسی شد و نتایج با آزمون آماری کای اسکور تجزیه و تحلیل و $P < 0.05$ معنی‌دار تلقی شد.

نتایج:

از ۶۰۰ نفر زن حامله، ۴۶۶ نفر (۷۷/۳٪) نرمال و ۱۵۴ نفر (۲۸/۷٪) دارای اختلال افسردگی بودند که از این تعداد ۱۳۳ نفر (۲۲/۲٪) افسردگی خفیف و ۲۱ نفر (۳/۵٪) افسردگی متوسط تا شدید داشتند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه $26 \pm 3/4$ (mean + SD) سال بود که بیشتر افراد در گروه سنی ۲۵-۱۵ سال (۵۴٪) قرار داشتند. توزیع فراوانی تریمسترهای حاملگی خانمهای باردار مورد مطالعه به ترتیب ۱۱۱ نفر (۱۸/۵٪)، ۱۴۳ نفر (۲۳/۸٪) و ۲۷۷ نفر (۴۶٪) در سه ماهه اول، دوم و سوم بود.

مشابهت شکایات شایع در حاملگی مانند اختلال خواب و اشتها، خستگی و تحریک‌پذیری با علائم افسردگی گاهی باعث عدم تشخیص افسردگی و نسبت دادن این حالات به حالات عادی حاملگی می‌شود اگر چه عکس این مطلب نیز امکان‌پذیر است. علاوه بر این شیوع افسردگی تحت تأثیر منطقه و فرهنگ مورد مطالعه می‌باشد (۱۳). به طوری که تفاوت معنی‌دار بین شیوع افسردگی در کشورهای مورد بررسی وجود داشته است (۱۴). به طور کلی افسردگی خطر ناتوانیهای اجتماعی و فیزیکی را افزایش می‌دهد و نه تنها بر بیمار بلکه بر اعضای خانواده و فرزندان نیز مؤثر است (۱۵).

افسردگی در دوران حاملگی با رفتارهای پرخطر (۱۶)، پره اکلامپسی (۱۷) و پیامدهای بد حاملگی مانند کاهش وزن نوزادان و افزایش خطر افسردگی بعد از حاملگی مرتبط است (۱۸). به طوری که ۲۳٪ زنان افسرده بعد از حاملگی نیز با این معضل مواجه می‌شوند (۱۹). استراتژی جهت درمان افسردگی در دوران حاملگی به اطلاعات در زمینه شیوع و ریسک فاکتورهای آن نیاز دارد به طوری که مطالعات نشان می‌دهد افسردگی در دوران حاملگی با شرایط اجتماعی - اقتصادی پایین و مشکلات مالی شدید (۲۰)، حاملگی ناخواسته، سابقه شخصی و فامیلی افسردگی، عدم ارتباط مناسب با همسر مرتبط است (۲۱، ۲۲). تشخیص افسردگی با مصاحبه کلینیکی بر طبق علائم و نشانه‌های گزارش شده توسط بیمار، در قالب استاندارد DSM IV می‌باشد (۲۳). با توجه به وقت گیر بودن مصاحبه کلینیکی، پرسشنامه‌های مختلفی جهت تشخیص افسردگی تدوین شده است که پرسشنامه تشخیص افسردگی Beck به خصوص در مورد زنان حامله مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار آن تأیید شده است (۲۴). لذا در مطالعه حاضر با استفاده از پرسشنامه تشخیص افسردگی Beck شیوع افسردگی در زنان حامله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی زنان و بارداری شهر اصفهان و ارتباط آن با برخی از شرایط اجتماعی - اقتصادی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

و ۹۶ نفر (۱۶٪) شاغل بودند. ۱/۳٪ (۸ نفر) از زنان مورد مطالعه بی‌سواد و ۹۸/۷٪ (۵۹۴ نفر) باسواد بودند. در جدول شماره ۱ توزیع فراوانی و ارتباط افسردگی با وضعیت اشتغال، تحصیلات و همچنین بارداری ناخواسته و سابقه سقط نشان داده شده است.

توزیع فراوانی گروه‌های سنی ۲۵-۳۵ سال، ۳۵-۴۵ سال و ۴۵-۵۴ سال در جمعیت مورد مطالعه به ترتیب ۵۴٪، ۳۸/۸٪ و ۷/۲٪ بود. ۸۲/۳٪ (۴۹۴ نفر) بارداری خواسته و ۱۷/۷٪ (۱۰۶ نفر) بارداری ناخواسته داشتند. سابقه سقط در افراد مورد مطالعه ۹٪ (۵۴ نفر) در مقابل ۹۱٪ (۵۴۶ نفر) بدون سابقه سقط بودند. وضعیت اشتغال در افراد شرکت‌کننده به صورت ۵۰۴ نفر (۸۴٪) خانه‌دار

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی افسردگی خفیف و متوسط تا شدید و ارتباط آن با وضعیت اشتغال، تحصیلات، بارداری و سقط

| P-value | کل n=۶۰۰ n= (%) | افسردگی متوسط تا شدید (n=۲۱) | افسردگی خفیف (n=۱۳۳) | نرمال (n=۴۴۶) | درجه افسردگی | |
|---------|--------------------|------------------------------|----------------------|---------------|--------------|------------|
| | | | | | خانه‌دار | شاغل |
| ۰/۰۶ | ۵۰۴ (۱۰۰٪) | ۱۸ (۳/۶٪) | ۱۱۵ (۲۲/۸٪) | ۳۷۱ (۷۳/۶٪) | وضعیت اشتغال | خانه‌دار |
| | ۹۶ (۱۰۰٪) | ۳ (۳/۲٪) | ۱۸ (۱۸/۷٪) | ۷۵ (۷۸/۱٪) | | شاغل |
| ۰/۸ | ۸ (۱۰۰٪) | - (۰٪) | ۲ (۲۵٪) | ۶ (۷۵٪) | وضعیت تحصیلی | بی‌سواد |
| | ۵۹۲ (۱۰۰٪) | ۲۱ (۳/۶٪) | ۱۳۱ (۲۲/۱٪) | ۴۴۰ (۷۴/۳٪) | | باسواد |
| ۰/۰۰ | ۴۹۴ (۱۰۰٪) | ۱۵ (۳/۱٪) | ۹۲ (۱۸/۶٪) | ۳۸۷ (۷۸/۳٪) | بارداری | خواسته |
| | ۱۰۶ (۱۰۰٪) | ۶ (۵/۸٪) | ۴۱ (۳۸/۶٪) | ۵۹ (۵۵/۶٪) | | ناخواسته |
| ۰/۰۷ | ۵۴۵ (۱۰۰٪) | ۱۹ (۳/۵٪) | ۱۲۲ (۲۲/۴٪) | ۴۰۴ (۷۴/۱٪) | وضعیت سقط | بدون سابقه |
| | ۵۵ (۱۰۰٪) | ۲ (۳/۷٪) | ۱۱ (۲۰٪) | ۴۲ (۷۶/۳٪) | | باسابقه |

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد شیوع افسردگی در زنان باردار نسبت به کل زنان (۱۳٪-۷٪) بیشتر می‌باشد که طبق نتایج مطالعات قبلی بیان می‌کند که حاملگی، زنان حامله را در مقابل اختلال افسردگی محافظت نمی‌کند (۲۶). علاوه بر این، در بررسی ما شیوع افسردگی بیشتر از محدوده اختلال افسردگی در مطالعات دیگر (۱۷٪ تا ۱۰٪) (۹-۱۲) در کشورهای مختلف می‌باشد. بطور مثال در مطالعه انجام شده توسط محمدی و همکاران شیوع افسردگی ماژور در زنان استان اصفهان ۵/۵٪ و شیوع اختلالات خلقی بصورت کلی در زنان این استان ۸/۴۴٪ گزارش شده است (۲۷). همچنین در مطالعه دیگر توسط قاسمی و همکاران شیوع افسردگی ماژور در زنان شهر اصفهان ۷/۴٪ گزارش گردیده است (۲۸).

در بررسی انجام شده در سال ۲۰۰۴ توسط Felice و همکارانش (۲۲) با ابزار تشخیصی Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) شیوع افسردگی ۱۵/۵٪ گزارش شد که در این افراد

شیوع افسردگی شدید، متوسط و خفیف به ترتیب ۶/۷٪، ۴/۲٪، ۴/۶٪ بود. در مطالعه مشابه با ابزار تشخیصی EPDS به تفکیک هفته حاملگی شیوع افسردگی در ۱۸ هفتهگی ۱۱/۸٪ و در ۳۲ هفتهگی ۱۳/۵٪ بوده است (۱۹). بررسی‌ها نشان می‌دهد نتایج به دست آمده با ابزار تشخیصی Beck Depression Inventory (BDI) نسبت به EPDS به صورت معناداری بالاتر از مصاحبه ساختار داراست که علت این تفاوت تعداد بیشتر سؤالی‌های مربوط به جنبه‌های سوماتیک اختلال افسردگی در مقایسه با ابزار EPDS می‌باشد. بدین ترتیب با توجه به تعداد اختلالات سوماتیک در خانم‌های باردار، به اشتباه امکان تداخل با تشخیص افسردگی نیز وجود دارد (۲۷). با این وجود در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۵ توسط Ltief و همکارانش در پاریس با ابزار تشخیص Beck شیوع افسردگی ۱۳/۹٪ گزارش شد (۲۱).

در مطالعه مشابهی نیز ۱۱٪ زنان حامله با BDI دارای اختلال افسردگی بودند (۲۴). هر چند که در مطالعه اول تنها زنان حامله در سه ماهه دوم و سوم بررسی

علاوه بر آن با توجه به کاهش پاره‌ای از عوارض حاملگی از جمله ویاړ حاملگی نسبت به سه ماهه اول و کمتر بودن عوارض ناشی از افزایش وزن نسبت به سه ماهه سوم، می‌توان کاهش میزان افسردگی در سه ماهه دوم را توجیه کرد.

از عوامل اقتصادی - اجتماعی در مطالعه فوق وضعیت اشتغال و تحصیلات، نوع بارداری و سابقه سقط بررسی شد که تنها شیوع افسردگی در زنان با بارداری ناخواسته نسبت به بارداری خواسته تفاوت معنی‌داری داشت و در بقیه موارد تفاوت معنی‌دار دیده نشد. در بررسیهای مشابه نشان داده شده است که شیوع افسردگی در زنان با شرایط اجتماعی - اقتصادی پایین در سه ماهه دوم و سوم به ترتیب ۴۷٪ و ۳۹٪ بوده است که به عنوان یکی از عوامل خطر افسردگی در حاملگی تلقی می‌شود (۲۰).

در مطالعه دیگری برخی از عوامل خطر افسردگی در حاملگی به صورت سابقه افسردگی شخصی یا خانوادگی (۴ و ۸ برابر)، سابقه مصرف داروهای ضدافسردگی (۱۲ برابر)، حاملگی ناخواسته (۶ برابر)، مشکلات مالی شدید (۱۰ برابر) و عدم حمایت همسر (۱۰ برابر) گزارش شده است (۲۱). به علاوه مطالعات دیگر در مورد اثر حاملگی ناخواسته نشان می‌دهد که واکنش منفی نسبت به حاملگی چه از طرف همسر و چه از طرف والدین یا اقوام نزدیک بیمار رابطه معناداری با شیوع افسردگی دارد (۲۲). به طور کلی مطالعه حاضر نشان می‌دهد که شیوع افسردگی در زنان حامله کشور ما چه از جمعیت عمومی و چه در مقایسه با مطالعات مشابه بر روی خانمهای باردار بالاتر است که با توجه به اهمیت مسأله و تأثیر آن بر حاملگی و پیامدهای بارداری و مراقبتهای بعد از زایمان (۱۸-۱۵) استفاده از ابزارهای غربالگری جهت تشخیص افسردگی در زنان باردار کشور الزامی به نظر می‌رسد. علاوه بر این با توجه به ارتباط شرایط اجتماعی - اقتصادی پایین با اختلال افسردگی در زنان باردار (۲۰)، انجام مراقبتهای ویژه برای جمعیت فوق جهت جلوگیری از عوارض افسردگی لازم است. با این وجود چه در مطالعه حاضر

شدند و در مطالعه دوم نیز تنها اختلالات افسردگی جاری مورد مطالعه قرار گرفته است و به اختلالات افسردگی قبیل از حاملگی و در دوره‌های زمانی دیگر اشاره نشده است.

در مطالعه دیگری که در شهر اهواز توسط گرجی‌زاده و همکاران انجام شد تفاوت معنی‌داری از نظر افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در سه ماهه اول، دوم و سوم حاملگی وجود نداشت. همچنین در این مطالعه زنان باردار و غیر باردار تفاوت معنی‌داری از نظر افسردگی، اضطراب و ترس مرضی نشان ندادند (۲۹). به طور کلی توزیع فراوانی افسردگی در مطالعه حاضر از تمام بررسیهای انجام شده بالاتر می‌باشد که می‌تواند به علت شرایط زنان حامله در کشور می‌باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده، شیوع افسردگی خفیف در سه ماهه اول، دوم و سوم به ترتیب ۲۴/۳٪، ۱۴/۶٪ و ۲۴/۹٪ و افسردگی متوسط تا شدید به ترتیب ۵/۴٪، ۲/۲٪، ۲/۳٪ بوده است. در مقایسه با مطالعات مشابه شیوع افسردگی در سه ماهه مورد نظر به ترتیب ۷/۴٪ با فاصله اطمینان ۹۵٪ (۱۲/۶٪ - ۲/۲٪)، ۱۲/۸٪ (۱۴/۸٪ - ۱۰/۷٪) و ۱۲٪ با فاصله اطمینان ۹۵٪ (۱۶/۷٪ - ۷/۴٪) بوده است (۳۰) که هم از نظر مقدار شیوع و هم از نظر توزیع افسردگی در دوره‌های مورد نظر نسبت به مطالعه حاضر کاملاً متفاوت است. در بررسی فوق علت شیوع کمتر افسردگی در سه ماهه اول را عدم مواجهه با عوارض و مشکلات حاملگی می‌دانند که به همان نسبت در سه ماهه دوم و سوم به علت پیشرفت حاملگی مواجهه با عوارض و مشکلات بارداری و زایمان افزایش دارد (۳۱).

با این وجود مطالعات اندکی در مورد بررسی شیوع افسردگی در ترمیسترهای حاملگی در دسترس است و نتایج تنها از جمعیت‌های کوچک بدست آمده است (۳۰). با توجه به شرایط کشور ما ممکن است علت شیوع بالای افسردگی در سه ماهه اول و سوم به ترتیب نگرانی مواجهه با اتفاق مهم بارداری در ماههای اول و برخورد با پدیده زایمان و مشکلات آن در سه ماهه آخر باشد.

است (۳۱). لذا انجام مطالعات طولی جهت بررسی پیامدهای بارداری و عوارض اقتصادی - اجتماعی مرتبط با خطر افسردگی در طول بارداری الزامی به نظر می‌رسد.

و چه در بررسی‌های قبلی طول اختلال افسردگی در حاملگی بررسی نشده است به طوری که امکان دارد عده‌ای از بیماران اختلال را در تمام طول بارداری و یا حتی قبل و بعد از آن داشته باشند و در تعدادی از این افراد به صورت دوره‌ای و یا مقطعی از زمان بارداری اختلال فوق را تجربه نمایند (۳۰). همچنین شدت بیماری و درجات ناتوانی مرتبط با افسردگی حاملگی نامشخص

References

منابع

1. Bland RC. Epidemiology of affective disorders: a review. *Can J Psychiatry*. 1997;42:367-377.
2. Kessler RC, MC Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
3. Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB, Rucci P, Pezzoli A, Platrinieri E, et al. Depression in primary care: A nationwide epidemiological survey. *Fam Pract*. 2002;19:397-400.
4. Parry BL, Newton PR. Chronobiological basis of female-Specific mood disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2001;25:102-108.
5. Wisner KL, Gelenberg AJ, Leonard H, Zarin D, Frank E. Pharmacologic treatment of depression during pregnancy. *JAMA*. 1999;282:1264-1269.
6. Robert E. Treatment of depression in pregnancy. *N Engl J Med*. 1996;335:1056-1058.
7. Nonacs R, Cohen LS. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:24-30.
8. Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:9-15.
9. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57:269-274.
10. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21:93-97.
11. O'Hara MW. Social Support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:569-573.
12. Dayan J, Cerveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, et al.,. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol*. 2002;155:293-301.
13. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a mete-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8:37-54.
14. Gorman LI, O'Hara MW, Figueiredo B, Hayes S, Jacquemain F, Kammerre MH, et al. Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *Br J Psychiatry Suppl*. 2004;46:17-23.
15. Clark DA. Canadian perspectives on research in depression. *Can J Behav Sci*. 1998;207-212.
16. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to door health behaviors. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160:1107-1111.

17. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattial H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2000;95:487-490.
 18. Paarlberg KM, Vingerhotes AJ, Passchier J, Dekker GA, Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res.* 1995;39:563-595.
 19. Evans J, Herson I, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ.* 2001;323:257-260.
 20. Gazmararian JA, Jams SA, Lepkowski JM. Depression in black and white women. The role of marriage and socioeconomic status. *Ann Epidemiol.* 1995;5:455-463.
 21. Lteif Y, Kesrouani A, Richa S. [Depressive syndromes during pregnancy: Prevalence and risk factors]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005;34:262-269.
 22. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord.* 2004;82:297-301.
 23. First MB. DSM-IV Tr classification from diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatry Association; 2000.
 24. Holcomb WL Jr, Stone LS, Lustman PJ, Gavard JA, Mostello DJ. Screening for depression in pregnancy: characteristics of the Beck Depression Inventory. *Obstet Gynecol.* 1996;88:1021-1025.
 25. Salamero M, Marcos T, Gutierrez F, Rebull E. Factorial study of the BDI in pregnant women. *Psychol Med.* 1994;24:1031-1035.
 26. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2005;1087-1093.
- . محمدی، محمدرضا. رهگذر، مهدی. باقری یزدی، سیدعباس. مسگریور، بیتا. ترابی، عباسعلی. نصیری، حمید. شیوع اختلالات روانپزشکی در استان اصفهان. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳۸۲. شماره ۲: ص ۷-۱.
- . قاسمی، غلامرضا. اسدالهی، قربانعلی. احمدزاده، غلامحسین. نجمی، بدرالدین. پالانگ، حسن. شیوع اختلالات روانی در شهر اصفهان، ۱۳۷۵. پژوهش در علوم پزشکی. ۱۳۷۸. شماره ۴. ص ۱۹۴-۱۹۰.
- . گرجی‌زاده، محمدحسن. مکنونی، بهنام. بررسی میزان شیوع افسردگی و اضطراب و ترس مرضی در دوران بارداری در شهر اهواز. فصلنامه اندیشه و رفتار. ۱۳۷۸. شماره ۱۶. ص ۶۱-۵۶.
30. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004;698-709.
 31. Kelly RH, Danielsen BH, Golding JM, Anders TF, Gilbert WM, Zatzick DF. Adequacy of prenatal care among women with psychiatric diagnoses giving birth in California in 1994 and 1995: *Psychiatr Serv.* 1999;50:1584-1590.