

## ارتباط افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی و حوادث ناگوار زندگی

فاطمه بازرگانی پور<sup>۱</sup>، دکتر می نور لمیعیان<sup>۲</sup>، عبدالوهاب تقوی<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه تربیت مدرس

۲. استادیار گروه مامایی، دانشگاه تربیت مدرس

۳. دانشجوی دکتری بیولوژی تولیدمثل، دانشگاه علوم پزشکی ایران

افلاک / سال چهارم / شماره ۱۱۰۱۰ / بهار و تابستان ۱۳۸۷

### چکیده

**مقدمه و هدف:** افسردگی شایع ترین اختلال روانی بوده و شیوع آن در بارداری ۲۹-۴٪ گزارش گردیده است. بررسی رویدادهای استرس زای زندگی، حمایت اجتماعی و ارتباط آن با افسردگی دوران بارداری می تواند علاوه بر فراهم نمودن شواهدی برای تعیین افسردگی بارداری، زمینه را برای اقدامات موثر پیشگیرانه فراهم آورد. هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی و حوادث ناگوار زندگی می باشد.

**مواد و روش ها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی می باشد که روی ۲۰۰ زن باردار واجد شرایط ورود به مطالعه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آران و بیدگل انجام گردیده است. ابزار گردآوری اطلاعات: سوالات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه حمایت اجتماعی وینفیلد تیگمن و حوادث ناگوار زندگی پیکیل بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روشهای آمار توصیفی، تی تست و همبستگی پیرسون انجام شد.

**یافته ها:** در مطالعه حاضر فراوانی افسردگی ۴۱٪ بود که شدت افسردگی در ۲۷/۵٪ از زنان باردار خفیف، ۱۱٪ متوسط و ۲/۵٪ شدید بود. بین افسردگی و حمایت اجتماعی ( $r = -0/37, p < 0/001$ ) و حوادث ناگوار زندگی ( $r = 0/42, p < 0/001$ ) ارتباط معناداری یافت شد. میانگین نمرات حمایت اجتماعی ( $p < 0/05$ ) و حوادث ناگوار زندگی ( $p < 0/05$ ) بین دو گروه افسرده و غیر افسرده اختلاف آماری معنی داری داشت.

**نتیجه گیری:** با توجه به شیوع بالای افسردگی در این مطالعه، مشابه مطالعات انجام شده در این زمینه در ایران در مقایسه با مطالعات جهانی و رابطه معنی دار بین افسردگی دوران بارداری و سطح حمایت اجتماعی و حوادث ناگوار زندگی لزوم انجام بیماری یابی در دوران بارداری توصیه می شود. تمرکز بر افزایش حمایت اجتماعی و کاهش حوادث ناگوار زندگی ممکن است در پیشگیری از اختلال افسردگی دوران بارداری سودمند باشد.

**واژه های کلیدی:** افسردگی، بارداری، حمایت اجتماعی، حوادث ناگوار

## مقدمه

افسردگی یکی از شایع ترین تشخیص های روان پزشکی است که با روند رو به رشد و شیوع بالای آن، معضلی اساسی در بهداشت روان ایجاد کرده است. سازمان جهانی بهداشت پیش بینی می کند که تا سال ۲۰۲۰، افسردگی دومین علت ناتوانی محاسبه شده بر اساس سالهای عمر<sup>۱</sup> پس از بیماری های ایسکمیک قلبی باشد(۱). متخصصان معتقدند که زنان به دلیل تغییرات سطوح هورمونی مانند بلوغ، حاملگی، منوپوز، زایمان، هیستریکتومی یا سقط بیشتر مستعد افسردگی هستند(۲).

بارداری یک استرس عمده می باشد که می تواند باعث آشکار شدن یا تشدید تمایلات ملال انگیز گردد. دوران بارداری علی رغم اینکه شور و اشتیاق زیادی ایجاد می کند، برای اکثر زنان استرس زا می باشد. استرس های بارداری و دوره پس از زایمان ممکن است به حدی باشد که حتی بتواند منجر به شعله ور شدن سایکوز گردد(۳،۴). علاوه بر تفاوت های فیزیولوژیک و مواجهه با بحرانهای متعدد مرتبط با دوران باروری، نگرش ها و باورهای ناصحیح نسبت به زنان و تحمل انواع خشونت ها و تبعیض جنسی می تواند به عنوان عوامل تاثیرگذار بر سلامت روانی زنان(به ویژه در دوران باروری) و بروز افسردگی در آنان مطرح شود(۵). متأسفانه حدود ۵۰-۷۰٪ اختلالات افسردگی این دوران در طی مراقبت های دوران بارداری تشخیص داده نشده و درمان نمی شوند(۶). احتمالاً یکی از دلایل این موضوع تشابه بین علائم افسردگی مانند خستگی، اختلالات خواب و اشتها با تغییرات طبیعی دوران بارداری است(۷). اگر چه به مسئله افسردگی پس از زایمان بیش از دوران بارداری توجه می شود، ولی مطالعات نشان داده اند که زنان در دوران حاملگی بیش از دوره پس از زایمان مستعد افسردگی هستند(۲). افسردگی دوران بارداری با رفتارهای پرخطر(۸)، پره اکلامپسی(۹) و پیامدهای بد

حاملگی مانند کاهش وزن نوزاد و افزایش خطر افسردگی بعد از حاملگی مرتبط است(۱۰).

چندین عامل ممکن است در بروز و شیوع افسردگی نقش داشته باشد. رویدادهای منفی زندگی و پائین بودن سطح حمایت اجتماعی دو عامل مرتبط با افسردگی شناخته شده اند. استرس (رویدادهای منفی زندگی) به شرایط یا رویدادهایی گفته می شود که فرد در زندگی با آنها روبه رو می شود ولی با امکانات و توانمندی های کنونی فرد هماهنگی ندارد، بنابراین فرد دچار تعارض و کشمکش می شود(۱۱). بررسی های جامعه نگر نشان می دهند که رویدادهای استرس زای زندگی در ۸۰٪ موارد قبل از افسردگی وجود دارند(۱۲). رویدادهای منفی زندگی با پیامدهای بهداشت روانی مانند افسردگی و اضطراب در ارتباط است(۱۳). حذف همه عوامل استرس زا ممکن نیست ولی می توان برخی از این عوامل را کاهش داد. حمایت اجتماعی همچون سپری در برابر استرس های زندگی عمل کرده و از ایجاد اختلالات روانی مانند افسردگی ممانعت می کند(۱۴). در این راستا میزان حمایت اجتماعی نقش مهمی را در پیش بینی وضعیت روحی و روانی زنان باردار ایفا می کند(۱۵).

افسردگی دوران بارداری، علاوه بر ایجاد عوارض نامطلوب برای مادر، باعث ایجاد عوارضی برای کودک نیز می گردد. تحقیقات نشان داده اند که کودکان مادران افسرده، علائمی از افسردگی را مشابه مادران خود بروز می دهند و سطح کورتیزول و نوراپی نفرین و دوپامین پائین تری نسبت به سایر کودکان دارند. هم چنین در این کودکان فعالیت سمت چپ لب پیشانی نسبت به سمت راست کمتر از کودکان طبیعی است(۱۶،۱۷،۱۸).

با توجه به شیوع افسردگی در دوران بارداری و عوارض جدی آن، اندک بودن پژوهش های انجام شده در زمینه تاثیر حمایت اجتماعی و رویدادهای منفی زندگی بر افسردگی دوران بارداری پژوهش حاضر انجام گردیده است. هدف تعیین ارتباط افسردگی

## 1. Disability adjusted life year(DALY)

گردید. این تست آزمون جامعی است که با توجه به پژوهش های گسترده برای ارزیابی و تعیین میزان افسردگی طراحی شده و قابل اطمینان است و بررسی های انجام شده در کشورمان نشان دهنده اعتبار و پایایی این آزمون می باشد (۲۰، ۱۹). بخش سوم پرسش نامه سنجش حمایت اجتماعی بود که از پرسش نامه حمایت اجتماعی وینفیلد تیگمن<sup>۱</sup> که با در نظر گرفتن فرهنگ و جامعه ایرانی تنظیم شده بود استفاده گردید. این پرسش نامه جامعیت و اعتبار لازم را دارا می باشد (۲۲، ۲۱). پرسش نامه مذکور دارای ۱۶ سوال می باشد که ۱۰ سوال آن دارای پاسخ زیاد، متوسط، کم و اصلا می باشد و به هر کدام بنا به پاسخ داده شده امتیاز صفر، ۲، ۱، ۳ تعلق می گیرد. نمره کل فرد حاصل جمع نمرات فرد در هر سوال می باشد و بر اساس امتیازات بدست آمده به سه گروه تقسیم می شود: امتیاز ۰-۱۰ (حمایت اجتماعی کم) و امتیاز ۱۱-۲۰ (حمایت اجتماعی متوسط)، امتیاز ۲۱-۳۰ (حمایت اجتماعی زیاد) در نظر گرفته شد. قسمت دوم (۶ سوال بعدی) این پرسش نامه مربوط به حمایت اجتماعی همسر پس از زایمان است که شامل ۶ سوال به صورت بلی، خیر است که بدلیل اینکه پژوهش حاضر بر روی خانم ها ی باردار بود این قسمت از پرسشنامه (دوران پس از زایمان) حذف شد. بخش چهارم پرسش نامه حوادث ناگوار زندگی در یک سال گذشته بود که از پرسش نامه پیکیل<sup>۲</sup> استفاده گردید. این پرسش نامه از نظر جامعیت و اعتبار محتوی از کارآیی فراوانی برخوردار است و اعتبار آن از طریق اجرا بر روی گروههای مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (۲۳). طومیانس از ۶۹ رویداد سیاهه پیکیل، ۵۱ رویداد را مناسب با شرایط کشورمان انتخاب نمود (۲۴). که در این پژوهش نیز ۵۱ مورد مناسب تشخیص داده شده و از آن استفاده گردید.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روشهای آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی جداول فراوانی تهیه

دوران بارداری با حمایت اجتماعی و حوادث ناگوار زندگی بود. به نظر می رسد یافته های پژوهش ضمن ارائه تصویری از وضعیت افسردگی بارداری، میزان حمایت اجتماعی و حوادث ناگوار زندگی، می تواند برای سیاست گذاران و مجریان طرح های پیشگیری و درمانی سودمند باشد.

## مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی- توصیفی می باشد. جامعه پژوهش تمام زنان باردار مراجعه کننده به واحد مراقبت های بارداری مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان آران و بیدگل در سال ۱۳۸۷ بود. شرایط ورود به مطالعه سن ۱۵-۴۹ سال، سن حاملگی ۶-۱۶ هفته، حاملگی تک قلو، مسلمان، گویش فارسی، عدم مصرف دارو (بجز مکمل و مولتی ویتامین دوران بارداری)، عدم سابقه ابتلا به بیماری های مزمن، روانی و عفونی تشخیص داده شده، عدم ابتلا به دیابت و فشارخون، عدم عوارض مرتبط با بارداری مانند خونریزی، انقباضات رحمی، جفت سرراهی و واریس شدید بود. برای نمونه گیری از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که پس از اخذ رضایت از واحدهای پژوهش و توجیه آنان در مورد اهداف مطالعه، نحوه اجرا و همچنین اطمینان دهی از نظر امانت داری در نتایج، نمونه های واجد شرایط ورود به مطالعه که حاضر به همکاری شدند، وارد مطالعه شده و پرسش نامه توسط ۲۰۰ زن باردار تکمیل گردید. این پرسش نامه شامل ۴ بخش بود. در بخش اول اطلاعات مرتبط با خصوصیات فردی و بارداری شامل سن، تحصیلات مادر و همسر، سن حاملگی، تعداد حاملگی، خواسته بودن بارداری و سابقه سقط تکمیل گردید. بخش دوم تست کوتاه شده افسردگی بک (۱۳ سوالی) بود. بر حسب این مقیاس نمره ۰-۴ نشان دهنده عدم افسردگی، نمره ۵-۸ افسردگی خفیف، نمره ۹-۱۵ افسردگی متوسط و نمره ۱۶ و بالاتر افسردگی شدید را نشان می دهد که در این پژوهش نمره ۹ و بالاتر افسردگی محسوب

1. Winnfield Tiymann  
2. pikayle

جدول ۱: خصوصیات دموگرافیک زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آران-بیدگل ۱۳۸۷

متغیر		تعداد حاملگی*
۹۰(۴۵)	۱	
۷۲(۳۶)	۲	
۲۵(۱۲/۵)	۳	
۷(۳/۵)	۴	
۶(۳)	≥۵	
۷۶(۳۸)	راهنمایی متوسطه و دیپلم	سطح تحصیلات مادر*
۸۲(۴۱)	عالی	
۴۲(۲۱)		
۱۰(۵)	ابتدایی	سطح تحصیلات همسر*
۸۵(۴۲/۵)	راهنمایی متوسط و دیپلم	
۷۶(۳۸)	عالی	
۳۸(۱۹)		
۱۵۹(۷۹/۵)	خواسته	برنامه ریزی برای حاملگی*
۴۱(۲۰/۵)	ناخواسته	
۱۶۲(۸۱)	صفر	سابقه سقط*
۳۱(۱۵/۵)	۱	
۶(۳)	۲	
۱۰(۵)	۳	
۲۶(۱۳)	کم	حمایت اجتماعی*
۱۰۸(۵۴)	متوسط	
۶۵(۳۲/۵)	زیاد	
۴۹(۲۴/۵)	صفر	حوادث ناگوار زندگی*
۱۱۵(۵۹)	۱-۳	
۲۴(۱۲)	۴-۶	
۵(۲/۵)	۷-۹	
۴(۲)	≥۱۰	
۲۵/۸۹±۵/۵۰		سن(سال)**
۳۴/۷۵±۵/۵۰		فاصله بین دو حاملگی(ماه)**

\* تعداد(درصد)

\*\* میانگین ± انحراف معیار

جدول ۲: توزیع فراوانی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان آران - بیدگل ۱۳۸۷ برحسب شدت افسردگی

شدت افسردگی	درصد	تعداد
عدم افسردگی	۵۹	۱۱۸
خفیف	۲۷/۵	۵۵
متوسط	۱۱	۲۲
شدید	۲/۵	۵

گردید و شاخص های مرکزی و پراکندگی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون t مستقل و همبستگی پیرسون استفاده گردید. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته ها

بر اساس اطلاعات بدست آمده میانگین و انحراف معیار سنی واحدهای پژوهش  $25/89 \pm 5/50$  سال بود اغلب مادران(۴۱٪) تحصیلات متوسط و دیپلم داشتند. در مورد همسران، بیشترین درصد(۴۲/۵٪) دارای تحصیلات راهنمایی بودند. اغلب زنان باردار(۵۴٪) حمایت اجتماعی را متوسط گزارش کردند. در بین واحدهای پژوهش، بیشترین درصد (۵۹٪) ۱-۳ حادثه ناگوار را در ۱ سال اخیر تجربه کرده بودند. سایر مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. شیوع افسردگی در مطالعه حاضر ۴۱٪ بود و اغلب (۲۷/۵٪) مبتلا به افسردگی خفیف بودند(جدول ۲). بر اساس آزمون همبستگی پیرسون بین افسردگی و حمایت اجتماعی و همچنین بین افسردگی و حوادث ناگوار زندگی رابطه معنی داری یافت شد(جدول ۳). جدول ۴ میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه افسرده و غیر افسرده بر اساس میزان حمایت اجتماعی و حوادث ناگوار را نشان می دهد. مقایسه میانگین ها نشان می دهد که میان دو گروه در میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و حوادث ناگوار تفاوت معنی داری وجود دارد( $p < 0/05$ ). به طور کلی افراد افسرده حمایت اجتماعی کمتری را گزارش نمودند و شدت حوادث ناگوار زندگی نیز در این گروه بیشتر از گروه عادی بود.

جدول ۳: ارتباط میان افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی و حوادث ناگوار زندگی

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	P value
حمایت اجتماعی	-۰/۳۷	<۰/۰۰۱
حوادث ناگوار زندگی	۰/۴۲	<۰/۰۰۱

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار میزان حمایت اجتماعی و حوادث ناگوار در دو گروه افسرده و غیر افسرده

متغیر	گروه غیر افسرده		گروه افسرده		P value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
حمایت اجتماعی	۲/۲۴	۰/۶۲	۱/۷۵	۰/۷۱	<۰/۰۰۱
حوادث ناگوار	۰/۹۰	۰/۷۳	۱/۷۰	۱/۰۸	<۰/۰۰۱

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که شیوع افسردگی در زنان باردار این مطالعه نسبت به شیوع کلی افسردگی در زنان (۷-۱۳٪) بیشتر است (۲۴٪). بالا بودن شیوع افسردگی در مطالعه حاضر و سایر مطالعات در کشور در مقایسه با سایر کشورها قابل تامل می باشد (۲۳، ۲۵). در بررسی انجام شده توسط فلیک<sup>۱</sup> و همکاران با ابزار تشخیصی ادینبورگ شیوع افسردگی ۱۵/۵٪ گزارش شده است که اختلاف چشم گیر بین شیوع افسردگی در این مطالعه و سایر مطالعات ایران، با سایر مطالعات جهانی می تواند تحت تاثیر عواملی چون تاثیر تفاوت در سبک و نوع زندگی در مناطق مختلف، استفاده از آزمون های متفاوت جهت سنجش افسردگی در تحقیقات مختلف و حجم نمونه مورد مطالعه باشد. بررسی ها نشان می دهد که نتایج به دست آمده با ابزار بک نسبت به ادینبورگ به طور معنی داری بالاتر است که علت این تفاوت تعداد سوالات بیشتر مربوط به جنبه های سوماتیک اختلال افسردگی در مقایسه با ابزار ادینبورگ است. بدین ترتیب با توجه به تعداد اختلالات متعدد جسمانی در خانم های باردار امکان تشخیص اشتباه افسردگی نیز وجود دارد (۲۷).

برخی نشانه های افسردگی مانند اختلال خواب، افزایش وزن و کاهش انرژی ممکن است در یک حاملگی طبیعی هم وجود داشته باشد که این موضوع تشخیص افسردگی را مشکل می کند (۲۸). بنابراین اگرچه بک و همکاران مطرح می کنند که امتیاز بالاتر از ۹ موید افسردگی است ولی چون نشانه های جسمانی بارداری می تواند امتیازات آزمون بک را افزایش دهد پیشنهاد شده است که بهتر است آستانه بالاتری برای سنجش افسردگی در زنان باردار بکار رود (۲۹).

نتایج این بررسی نشان داد که بین حوادث ناگوار زندگی با افسردگی دوران بارداری همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد. همچنین این بررسی، همبستگی منفی میان حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی دوران بارداری را تأیید می کند. بنابراین می توان گفت که از یک سو افراد افسرده در معرض رویدادهای منفی بیشتری بوده اند و از سوی دیگر از ادراک کمتر حمایت اجتماعی برخوردار شده اند. یافته های پژوهش حاضر در زمینه حوادث ناگوار زندگی - افسردگی با یافته های پژوهش های قبلی که نقش استرس و رویداد های منفی زندگی را در افسردگی مورد تأیید قرار داده اند، هماهنگ است (۳۲، ۳۳). همچنین در رابطه با نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی با گزارش های سایر مطالعات هم خوانی دارد (۳۲، ۳۴). وبستر<sup>۲</sup> در تحقیقی تاثیر حمایت اجتماعی در دوران بارداری را در کاهش افسردگی بررسی کردند و نتیجه گیری نمودند که زنان با حمایت اجتماعی کمتر بیشتر در معرض افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان بودند و کمتر به مراقبت از خود اهمیت می دادند (۳۵). به نظر می رسد که حمایت اجتماعی هنگام بروز استرس مانند یک سپر عمل می کند و از بروز نشانه های افسردگی پیش گیری و یا شدت نشانه های روان شناختی را تعدیل می کند (۳۶). در چند مطالعه تأکید شده است که حمایت اجتماعی مناسب، تاثیر مثبت و موثری روی سلامت

1. Felice  
2. webster

### نتیجه گیری

همچنین با توجه به نتایج مشابه حاضر مبنی بر وجود ارتباط معنادار بین حوادث ناگوار زندگی و افسردگی دوران بارداری و وجود شرایط و استرس های خاص دوران بارداری، نیاز به حفظ و ارتقاء بهداشت روان مادران باردار در کنار توجه به بهداشت جسمی آنان مشهود است. به طور کلی بر اساس یافته های این پژوهش و دانش مربوط به رابطه رویدادهای منفی زندگی و افسردگی و نقش حمایت اجتماعی می توان گفت که تمرکز بر حمایت اجتماعی و رویدادهای منفی زندگی ممکن است در زمینه پیشگیری از اختلال افسردگی سودمند باشد. فعال کردن نظام حمایتی مانند خانواده و دوستان می تواند باعث افزایش رفتارهای حمایت گر شود.

### تقدیر و تشکر

از مادران باردار و کارکنان محترم مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آران و بیدگل که با مشارکت خود انجام این پژوهش را ممکن نمودند صمیمانه قدردانی می گردد. پژوهشگران مطالعه حاضر بر خود لازم می دانند از سرکار خانم زهره سادات (عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان) و سرکار خانم هدی احمري طهران و ناهید مهران (اعضا هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قم) تقدیر و تشکر نمایند.

روان اشخاص داشته و به ویژه در طول بارداری به طور مشخص وضعیت عاطفی زنان را بهبود می بخشد (۳۸،۳۷). شیوع بالای افسردگی زنان باردار در این مطالعه و نیز مطالعات مشابه در کشورمان، در مقایسه با مطالعات جهانی ضرورت بررسی های بیشتر و مداخلات اساسی در این زمینه را طلب می کند. به نظر می رسد در مناطق با شیوع قابل ملاحظه افسردگی در خانم های باردار، غربالگری از نظر این مشکل به ویژه در گروه های پرخطر قابل توصیه باشد.

محدودیت های پژوهش حاضر شامل عدم همکاری برخی زنان باردار مراجعه کننده و همچنین انجام نمونه گیری تنها در منطقه شهری استفاده از ابزار یک برای غربالگری افسردگی می باشد.

با توجه به اهمیت موضوع افسردگی دوران بارداری، انجام مطالعات با حجم نمونه بیشتر و استفاده از ابزارهای دقیق تر جهت تخمین دقیق شیوع افسردگی در زنان باردار و در صورت تایید بالا بودن افسردگی، تلفیق مراقبت های سلامت روان با مراقبت های بارداری پیشنهاد می گردد. چون وضعیت خلقی افراد در گزارش رویدادهای استرس زای زندگی و شدت آنها تاثیر گذار است، برای بررسی اهمیت این رویدادها در افسردگی، بررسی های طولانی مدت آینده نگر کمک کننده خواهد بود. از آنجایی که حمایت اجتماعی جنبه های مختلفی دارد و ممکن است افراد متفاوت، نوع خاصی از حمایت اجتماعی نقش مهم تری داشته باشد، لازم است که در پژوهش های آینده ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و تاثیر متغیرهای مختلف بر میزان حمایت اجتماعی نظیر شغل و سطح درآمد لحاظ گردد. هم چنین درجات ناتوانی متعاقب افسردگی دوران بارداری نامشخص می باشد و مطالعات طولی در زمینه عوارض اجتماعی- اقتصادی مرتبط با این مشکل الزامی به نظر می رسد.

## منابع

۱. محسنی فر ستاره، قاسم زاده حبیب الله، صادقی مجید. بررسی رویدادهای زندگی و ارتباط آن با افسردگی در دستیاران پزشکی. فصلنامه پایش ۱۳۸۱، ۲(۱): ۳۵-۴۱.
2. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323: 257-260.
3. Kaplan IH, Sadock JB. Comprehensive textbook of psychiatry .7<sup>th</sup> ed, Philadelphia. Williams & Wilkins 2000; 1769.
4. Cunningham FG ,Gant NF , Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstorm KD. Williams Obstetrics, 21<sup>st</sup> ed, New York, McGraw-Hill 2001; 1420-1423.
5. Leung WC, Kung F, Lam J, Leung TW, Ho PC. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 79(2): 159-66.
6. Mulrow C, Williams J, Gerety M, Ramirez G, Montiel O, Kerber C. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995; 122:913-921.
7. Tomyians J. Evaluation of depression in pregnant women. 4<sup>th</sup> international gynecology and obstetrics congress abstract book. Tehran 2000; 124.
8. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depression symptoms during pregnancy :relationship to door health behaviors. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1107-1111.
9. 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.
10. Paalberg 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.
11. Grey Gras M. Leader for psychology assessment. Translate by Pasha Sharifi H, Nikkhah M. Tehran, Badr Pub 1994: 73.
12. Lazarus RS, Folkman S. Stress, coping and adaption. New York:Springer 1984: 83-95.
13. Swendsen J, Mazure C. Life stress as a risk factor for postpartum depression:current research and methodological issues. *Clin Psychol Science Practice* 2000; 29: 1-22.
14. Friis RH, Wittchen H, Pfister H, Lieb R. Life events and changes in the course of depression in young adults. *Eue Psychiatry* 2002; 17: 241-53.
15. Gina pistolka, Hae-Rahan, Hyun Jeong Park. Acculturation stress, social support and depression among the Korean American immigrant elderly in Maryland. The 13<sup>th</sup> annual meeting of APHA 2002.
16. Logsdon MC, Briimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonstal Nursing* 2005; 34(1): 46-54.
17. Field T, Healy B, Golstein S, Perry S, Bendell D. Infants of depressed mothers show depressed behavior even with non-depressed adults. *Child Dev* 1988; 59: 1569-1579.
18. Lundy B, Jones NA, Field T, Nearing G, Davalos M, Pietro P, at al. Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behavior and Development*. 1999; 22: 119-129.
19. Dawson G, Frey K, Pangiotides H, Yamada E, Hessel D, Osterling J. Infacts of depressed mothers exhibit atypical frontal electrical brain activity during interactions with mother and with a familiar, nondepressed andult. *Child Dev* 1999; 70: 1058-1066.

۲۰. فروزنده نسرین، دشت بزرگی بهمن. میزان شیوع و عوامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری، شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۷۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد ۲:۱۳۷۹؛ (۱): ۴۳-۵۱
۲۱. پازنده فرزانه، طومیانس ژانت، افشار فاطمه، ولایی ناصر. بررسی شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران ۱۳۸۷. فیض ۲۱:۱۳۸۱؛ ۶۶-۷۰.
22. Wine field H, Winfield A, Tiygemann M. Social support and psychological well-being in young adults. The multi-dimensional support scale. *Journal of personality assessment* 1992; 58(1): 198-210.
23. Tomyians J. Evaluation of depression in pregnant women which in educational hospitals related to Shahid Beheshti Medical university. MS.c thesis. Shahid Beheshti Medical university . Tehran. 1999.
24. Rayan D, Milis L, Misri N, Depression during pregnancy. *Can Fam physician* 2005; 1087-1093.
۲۵. کاربخش مژگان، صداقت مجتبی. افسردگی حین بارداری: لزوم ادغام بیماری یابی در مراقبت های خانم های باردار. فصلنامه پایش ۱:۱۳۸۱؛ (۴): ۴۹-۵۵.
26. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affec Disord* 2004; 82: 297-301.
۲۷. محمدی محمدرضا، رهگذر مهدی، باقری یزدی سید عباس، مسکرپور بیتا، ترابی عباسعلی، نصیری حمید. شیوع اختلالات روانپزشکی در استان اصفهان. تحقیقات علوم رفتاری ۲:۱۳۸۲ : ۷-۱
28. Miller LJ, Shah A. Major mental illness during pregnancy. *Psychiatry update* 1999; 6: 163-8.
29. Holcomb WL, Stone LS, Lustman PJ, Gavard JA, Mostello DJ. Screening for depression in pregnancy: characteristics of the Beck depression inventory. *Obstetrics Gynecology* 1996; 88(6): 1021-25.
30. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AN. Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 122-23.
31. Orr ST, Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome. *Epidemiologic Reviews* 1995; 17: 165-71.
۳۲. امیدوار شبهنم، خیرخواه فروزان، عظیمی حسن. افسردگی در بارداری و عوامل مرتبط با آن. مجله پزشکی هرمزگان ۱۳۸۶؛ ۱۱(۳): ۲۱۳-۲۱۹.
33. Zayas LH, Mckee MD, Jankowski KRB. Depression and negative life events among pregnant African-American and Hispanic women. *Women's Health* 2002; 12(1): 16-22.
34. Lau Y, Wong DFK. The role of social support n helping Chinese women with Perinatal depressive symptoms cope with family conflict. *JOGNN* 2008; 37(5): 556-571.
35. Webster J. Measuring social support in pregnancy: Can it be simple and meaningful? *Birth* 2000; 27 :97.
36. Barrera M, Sandler I, Ramsey T. Preliminary development of a scale of social support college students. *American Journal of Community Psychology* 1981; 9: 435-447.
37. Zekowitz P, Schinazi J, Katofsky L, Saucier JF, Valenzulea M, Westrich R, et al. Factors associated with depressive pregnant immigrant women. *Transcult Psychiatry* 2004; 41(4): 445-64.



38. Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, Holzappel S. Stress, social support and emotional distress in a community sample of pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol 2004; 25(3-4): 247-55

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.