

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۲۸ شماره ۲ تابستان ۱۳۸۵ صفحات ۸۶-۸۳

شیوع افسردگی و رابطه آن با ویژگیهای فردی در زنان باردار

دکتر حسن شاهمیری: دستیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز آموزشی و درمانی رازی: نویسنده رابط

E-mail: shahmiry@yahoo.com

دکتر سعید ممتازی: استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، مرکز آموزشی و درمانی شهید بهشتی

دریافت: ۸۴/۱/۲۸، پذیرش: ۸۴/۴/۸

چکیده

زمینه و اهداف: افسردگی جزء شایعترین اختلالات روانی محسوب شده و تا ۲۵ درصد زنان را در طول عمر مبتلا می‌کند که تقریباً دو برابر بیشتر از مردان می‌باشد. بارداری در کنار سایر عوامل مستعد کننده می‌تواند باعث بروز یا تشدید افسردگی گردد. نهایتاً ۱۵ درصد افسرده ها خودکشی می‌کنند. این مطالعه علاوه بر تعیین شیوع افسردگی در زنان باردار، ارتباط آنرا با سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، تعداد حاملگی ها، ارتباط عاطفی با همسر، سن حاملگی و وضعیت اشتغال بررسی می‌کند.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که بر روی ۳۰۰ زن باردار در شهر زنجان انجام شده است. اطلاعات بر اساس پرسشنامه افسردگی Zung جمع آوری و آنالیز آماری توسط آزمون مجذور کای و برنامه نرم افزاری SPSS انجام گرفت.
یافته ها: در مطالعه ما فراوانی افسردگی در زنان باردار ۳۲ درصد بدست آمد که ۲۲/۳۳ درصد آنها افسردگی خفیف، ۶/۶۷ درصد آنها افسردگی متوسط و ۳ درصد آنها افسردگی شدید داشتند. بر طبق این بررسی در موارد زیر بیشترین فراوانی افسردگی بدست آمد: وضعیت اقتصادی ضعیف، اولین حاملگی، داشتن بیش از سه حاملگی، عدم اشتغال در خارج از خانه و رابطه نامطلوب عاطفی با همسر. رابطه معنی داری بین افسردگی و سن، سطح تحصیلات و سن حاملگی بدست نیامد.

نتیجه گیری: در کتب مرجع شیوع افسردگی در دوران بارداری تا ۲۲ درصد گزارش شده است ولی در مطالعه ما و نیز اکثر مطالعات مشابه در داخل کشور، فراوانی افسردگی بیشتر از این میزان می‌باشد. وضعیت اقتصادی ضعیف، رابطه عاطفی نامطلوب با همسر، تجربه اولین حاملگی، داشتن بیش از ۳ حاملگی و عدم اشتغال خارج از منزل از منزل رابطه معنی داری با شیوع افسردگی در زنان باردار نشان دادند ($P < 0/05$).

کلید واژه‌ها: افسردگی، زنان باردار، شیوع، ویژگیهای فردی

مقدمه

فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم، و اعمال نباتی نیز از دیگر علائم افسردگی می‌باشد. این اختلال همیشه منجر به اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی، و بین فردی می‌شود. نهایتاً ۱۵ درصد افسرده ها در اثر خودکشی فوت می‌نمایند که این میزان تقریباً ۱۲ برابر جمعیت عمومی می‌باشد (۲و۱). طبق مطالعات طرحریزی شده دقیق رویدادهای استرس‌آمیز زندگی قویترین عامل پیش بینی کننده شروع افسردگی هستند (۳و۲). بارداری یک استرس عمده می‌باشد که می‌تواند باعث آشکار شدن یا تشدید تمایلات ملال انگیز گردد. دوران بارداری علی‌رغم اینکه شور و اشتیاق زائد الوصفی ایجاد می‌کند، برای اکثر زنان استرس زا می‌باشد. استرسهای بارداری و دوره پس از زایمان ممکن است به حدی باشد که حتی بتواند منجر به شعله ور شدن سایکوز گردد (۳و۴).

افسردگی یکی از مهمترین اختلالات روانپزشکی و نیز شایعترین اختلال خلقی می‌باشد که حدود ۲۵ درصد زنان را در طول عمر گرفتار می‌کند (۱). در فرهنگ های مختلف میزان شیوع افسردگی در زن ها تقریباً دو بار بیشتر از مردهاست (۲). علت این تفاوت ممکن است مربوط به تفاوت های هورمونی، اثرات بارداری، عوامل استرس زای روانی اجتماعی متفاوت برای زن و مرد، و مدل های رفتاری درماندگی آموخته شده باشد (۳و۱). بیشترین شیوع اختلال افسردگی اساسی بین ۴۴ - ۱۸ سالگی یعنی حوالی سنین باروری خانمها می‌باشد، هرچند احتمال شروع این اختلال از کودکی تا سالمندی وجود دارد (۲). افسردگی با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، افکار مرگ و خودکشی مشخص است. اختلال در سطح

جدول ۱: شیوع افسردگی بر حسب ویژگیهای فردی

P	وضعیت افسردگی					ویژگی
	جمع تعداد (%)	افسردگی شدید تعداد (%)	افسردگی متوسط تعداد (%)	افسردگی خفیف تعداد (%)	بدون افسردگی تعداد (%)	
۰/۴۰۵	(۱۰۰)۳	(۳۳)۱	(۰)۰	(۰)۰	(۶۷)۲	سن (سال) ۱۶ >
	(۱۰۰)۴۸	(۰)۰	(۶)۳	(۲۵)۱۲	(۶۹)۳۳	۱۶-۲۰
	(۱۰۰)۹۸	(۲)۲	(۸)۸	(۲۷)۲۶	(۶۳)۶۲	۲۱-۲۵
	(۱۰۰)۸۸	(۳/۵)۳	(۴/۸)۴	(۱۷/۹)۱۶	(۷۳/۸)۶۵	۲۶-۳۰
	(۱۰۰)۴۰	(۲/۵)۱	(۷/۵)۳	(۲۸)۱۱	(۶۲)۲۵	۳۱-۳۵
	(۱۰۰)۲۳	(۸/۷)۲	(۸/۷)۲	(۸/۷)۲	(۷۴)۱۷	۳۵ <
	(۱۰۰)۳۰۰	(۳)۹	(۶/۶۷)۲۰	(۲۲/۳۳)۶۷	(۶۸)۲۰۴	جمع
۰/۳۳۲	(۱۰۰)۲۰	(۱۰)۲	(۵)۱	(۲۰)۴	(۶۵)۱۳	تحصیلات بی سواد
	(۱۰۰)۹۹	(۴)۴	(۱۳)۱۳	(۲۰)۲۰	(۶۳)۶۲	ابتدائی
	(۱۰۰)۶۴	(۱/۵)۱	(۱/۵)۱	(۲۵)۱۶	(۷۲)۴۶	راهنمایی
	(۱۰۰)۸۸	(۲/۲)۲	(۴/۴)۴	(۲۳/۴)۲۱	(۷۰)۶۱	دبیرستانی و دیپلم
	(۱۰۰)۲۹	(۰)۰	(۳/۴)۱	(۲۰/۶)۶	(۷۶)۲۲	دانشگاهی
<۰/۰۰۱	(۱۰۰)۷۳	(۰)۰	(۱/۴)۱	(۱۵)۱۱	(۸۳/۶)۶۱	وضعیت اقتصادی خوب
	(۱۰۰)۲۰۱	(۲/۵)۵	(۸)۱۶	(۲۴/۵)۴۹	(۶۵)۱۳۱	متوسط
	(۱۰۰)۲۶	(۱۵)۴	(۱۲)۳	(۲۷)۷	(۴۶)۱۲	ضعیف
۰/۰۰۰۰۱	(۱۰۰)۲۲۰	(۰/۹)۲	(۴/۵۵)۱۰	(۱۹/۵۵)۴۳	(۷۵)۱۶۵	رابطه عاطفی با همسر مطلوب
	(۱۰۰)۷۶	(۸)۶	(۱۲)۹	(۳۰)۲۳	(۵۰)۳۸	متوسط
	(۱۰۰)۴	(۲۵)۱	(۲۵)۱	(۲۵)۱	(۲۵)۱	نامطلوب
۰/۰۴۴	(۱۰۰)۱۲۹	(۲/۳)۳	(۱۰)۱۳	(۲۶/۴)۳۴	(۶۱/۳)۷۹	تعداد حاملگیها اول
	(۱۰۰)۱۴۴	(۲/۶)۴	(۳/۴)۵	(۱۹)۲۷	(۷۵)۱۰۸	دوم - سوم
	(۱۰۰)۲۷	(۷/۴)۲	(۷/۴)۲	(۲۲/۲)۶	(۶۳)۱۷	چهارم و بیشتر
۰/۷۱۰	(۱۰۰)۷۳	(۱/۴)۱	(۱۱)۸	(۱۷/۸)۱۳	(۶۹/۸)۵۱	سن حاملگی سه ماهه اول
	(۱۰۰)۱۰۶	(۲/۸)۳	(۵/۶)۶	(۲۱/۶)۲۳	(۷۰)۷۴	سه ماهه دوم
	(۱۰۰)۱۲۱	(۴/۱)۵	(۵)۶	(۲۵/۶)۳۱	(۶۵/۳)۷۹	سه ماهه سوم
۰/۰۴۵	(۱۰۰)۲۶۹	(۳/۳)۹	(۶/۷)۱۸	(۲۳/۸)۶۴	(۶۶/۲)۱۷۸	وضعیت اشتغال خانه دار
	(۱۰۰)۳۱	(۰)۰	(۶/۴)۲	(۹/۷)۳	(۸۳/۹)۲۶	شاغل

اقتصادی، تعداد حاملگی، سن حاملگی، رابطه عاطفی با همسر، و وضعیت شغلی بررسی نماید.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی _ تحلیلی می باشد. نمونه پژوهش شامل ۳۰۰ زن باردار مراجعه کننده به واحد مراقبتهای دوران بارداری ۹ مرکز بهداشتی درمانی در نقاط مختلف شهر زنجان که بصورت تصادفی انتخاب شدند، می باشد که در بهار و تابستان ۱۳۸۳ مورد مطالعه قرار گرفتند. متغیرهای مطالعه شامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، تعداد حاملگی، سن حاملگی، وضعیت شغلی و رابطه عاطفی با همسر بود. ابزار اندازه گیری پرسشنامه افسردگی خودسنجی zung بود که یکی از

بر اساس مدل استرس - استعداد که توسط O'Hara ارائه شده، زمینه ابتلا به افسردگی مثل استعداد ژنتیک و سابقه فامیلی، سابقه قبلی افسردگی، و شیوههای شناختی نامناسب می تواند همگام با تطابق نیافتن زن با عوامل استرس زای مربوط به حاملگی و حس مادری بروز یا تشدید افسردگی را موجب شوند(۵). با توجه به اینکه افسردگی مادر به طور مستقیم بر روی سلامتی و تکامل کودک وی تاثیر می گذارد (۳ و ۴)، و همچنین شیوع بالای افسردگی در زنان و بویژه شرایط و استرسهای خاص دوران بارداری، نیاز به حفظ و ارتقاء بهداشت روانی مادران باردار در کنار توجه به بهداشت جسمی آنها مشهود است.

این مطالعه سعی دارد علاوه بر تعیین شیوع افسردگی در زنان باردار، ارتباط آنرا با ویژگیهای همچون سن، تحصیلات، وضعیت

ارذیل در سال ۱۳۸۲ گزارش کردند که ۵۷/۴٪ دانشجویان مورد مطالعه به درجاتی از افسردگی مبتلا و ۳۸/۸٪ آنها دچار افسردگی بالینی بودند (۷).

قریشی نژاد در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۷۸ شیوع افسردگی را ۴۱/۸ درصد گزارش کرد (۸).

در بررسی ما بیشترین فراوانی افسردگی زنان باردار در دو گروه سنی ۲۵-۳۱ و ۳۱-۳۵ سال بدست آمد. در کتب مرجع بیشترین شیوع افسردگی بین ۴۴-۱۸ سالگی ذکر شد ولی احتمال ابتلا به این بیماری را از کودکی تا سالمندی ذکر کرده است (۲ و ۳). بنابر نتایج مطالعه ما که هر دو پیک سنی شیوع افسردگی، در محدوده سنی ذکر شده در کتب مرجع قرار دارد، مطابقت این آمار با کتب مرجع مشاهده می‌شود. برطبق یافته‌های ما بیشترین فراوانی افسردگی در زنان بارداری بود که تحصیلات آنها در حد پایین بود و کمترین فراوانی افسردگی نیز در زنان بارداری بود که تحصیلات دانشگاهی داشتند. برخی از کتب مرجع نیز سطح پایین تحصیلات را با شیوع بالاتر افسردگی مربوط دانسته‌اند (۵ و ۴). از طرف دیگر شیوع بیشتر افسردگی در زنان با سطح سواد پایین در این مطالعه شاید به این علت باشد که چون اکثریت زنان کم سواد از نظر وضعیت اقتصادی در طبقه ضعیف یا متوسط قرار داشتند و وضعیت اقتصادی ضعیف عامل بسیار قوی در افزایش میزان افسردگی در تقریباً تمامی کتب مرجع ذکر شده است، گروههای کم سواد در خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی قرار گرفته‌اند.

در بررسی ما بیشترین فراوانی افسردگی در زنان بارداری بود که از نظر وضعیت اقتصادی در طبقه ضعیف قرار داشتند. و کمترین فراوانی افسردگی نیز در زنانی بود که وضعیت اقتصادی خوبی داشتند. این یافته‌ها با تمامی کتب مرجع مطابقت داشته و از این عامل به عنوان یک فاکتور اساسی مستعد کننده افسردگی نام برده شده است. سایر مطالعات انجام شده در کشور خود ما نیز این رابطه را تأیید می‌کنند (۵-۲).

بر طبق یافته‌های ما افرادی که اولین حاملگی خود را تجربه می‌کنند و نیز در مرتبه بعدی زنانی که بیش از ۳ بار حاملگی را تجربه می‌کردند بیشترین شیوع افسردگی را داشتند. همچنین کمترین فراوانی افسردگی در زنانی بود که دومین یا سومین حاملگی خود را تجربه می‌کردند. در کتب مرجع از افزایش تعداد حاملگی‌ها به عنوان عاملی که می‌تواند در شیوع افسردگی نقش داشته باشند نام برده شده است (۲ و ۵). این مطلب شیوع بالای افسردگی در زنانی که بیش از ۳ حاملگی را تجربه کرده‌اند، در این مطالعه تأیید می‌کند.

پاشایی در مطالعه‌ای که بر روی زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر قزوین در سال ۱۳۷۷ انجام داد شیوع بالاتر افسردگی در زنانی که برای اولین بار حاملگی را تجربه می‌کردند نسبت به سایر گروهها گزارش کرد و علت آن را نیز به ترس و هیجانات

ابزارهای معتبر سنجش افسردگی می‌باشد (۱ و ۳). مجموع امتیازات این پرسشنامه ۲۰ سوالی و چهار گزینه‌ای بین ۲۵ تا ۱۰۰ متغیر بود که افراد مورد مطالعه برحسب امتیاز کسب شده در یکی از گروههای غیر افسرده (مجموع امتیازات کمتر از ۵۰)، افسردگی خفیف (امتیاز بین ۵۹-۵۰)، افسردگی متوسط (امتیاز بین ۶۹-۶۰)، و افسردگی شدید (امتیاز ۷۰ و بالاتر) قرار می‌گرفتند. اطلاعات دموگرافیک نیز ضمیمه این پرسشنامه تکمیل می‌شد. اطلاعات جمع آوری شده توسط آزمون آماری Chi - square و برنامه نرم افزاری SPSS ویرایش یازدهم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع ۳۰۰ زن باردار مورد مطالعه ۹۶ نفر (۳۲٪) آنها به درجاتی از افسردگی مبتلا بودند. ۶۷ نفر (۲۲/۳۳٪) از مجموع افراد مورد مطالعه افسردگی خفیف، ۲۰ نفر (۶/۶۷٪) افسردگی متوسط و ۹ نفر (۳٪) افسردگی شدید داشتند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه 26.7 ± 4.31 سال بود که جوانترین آنها ۱۳ سال و مسن‌ترین آنها ۴۳ سال داشت. جدول ۱ شیوع افسردگی را برحسب ویژگی‌های فردی نشان می‌دهد. همانطور که در این جدول مشاهده می‌شود بیشترین فراوانی افسردگی در گروههای سنی ۳۵-۳۱ سال (۳۸٪) افراد گروه سنی ۲۵-۲۱ سال (۳۷٪)، مشاهده شد. همچنین این جدول نشان می‌دهد که افسردگی با وضعیت اقتصادی، رابطه عاطفی با همسر و تعداد حاملگی‌ها ارتباط دارد در صورتی که با سن، تحصیلات، سن حاملگی و وضعیت اشتغال ارتباط معنی دار ندارد.

بحث

مطالعه ما شیوع افسردگی در زنان باردار را ۳۲ درصد نشان می‌دهد، که ۲۲/۳۳ درصد آنها افسردگی خفیف، ۶/۶۷ درصد آنها افسردگی متوسط و ۳ درصد آنها افسردگی شدید داشتند. در کتب مرجع شیوع افسردگی برای طول عمر، در مردان تا ۱۲ درصد و در زنان تا ۲۵ درصد ذکر شده است (۱ و ۳). برخی کتب مرجع میزان شیوع افسردگی را تا ۳۰ درصد نیز گزارش کرده‌اند (۲).

برخی کتب مرجع شیوع افسردگی در زنان باردار را براساس پرسشنامه افسردگی Beck، تا ۲۲ درصد و در دوره پس از زایمان ۲۶ درصد گزارش کردند (۵). Botega و همکاران در مطالعه‌ای بر روی زنان باردار گزارش کردند که ۲۰/۸ درصد آنها به افسردگی مبتلا بودند و ۱۶/۷ درصد آنها نیز افکار خودکشی داشتند (۶).

شیوع افسردگی در بررسی ما زیادتر از آمارهای ارائه شده در کتب مرجع به دست آمد، ولی با آمارهایی که از مطالعات مشابه در زمینه تعیین شیوع افسردگی در داخل کشور بدست آمده است مطابقت دارد. این موضوع شاید به وضعیت نامطلوب اقتصادی، مشکلات اجتماعی، و ضعف سیستمهای حمایتی در کشور ما مربوط باشد. به عنوان مثال امانی و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی

کار بودند. در بسیاری از کتب مرجع نیز شاغل بودن زن در بیرون از خانه به عنوان یک عامل مثبت در کاهش شیوع افسردگی ذکر شده است (۲، ۳ و ۵).

نتیجه گیری

طبق نتایج این پژوهش به طور خلاصه شیوع افسردگی در زنان باردار در موارد زیر بیشتر بود:
 زنانی که در محدوده سنی ۲۵-۲۱ و ۳۵-۳۱ سال قرار داشتند، زنانی که سطح تحصیلات آنها پایین بود، زنانی که از نظر اقتصادی در وضعیت نامناسبی قرار داشتند، زنانی که اولین حاملگی خود را تجربه می‌کردند و یا بیش از ۳ بار حاملگی داشته‌اند، زنانی که رابطه عاطفی آنها با همسرشان نامطلوب بود، زنانی که در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند، و زنانی که در بیرون از خانه شاغل نبودند. مطالعه ما نشان داد که بین میزان افسردگی و موارد زیر ارتباط معنی داری وجود داشت: وضعیت اقتصادی ضعیف، اولین حاملگی یا داشتن بیش از ۳ حاملگی، شاغل نبودن، و رابطه عاطفی نامطلوب با همسر ($P < 0/05$).

تقدیر و تشکر

از زحمات آقای دکتر امامتی و جناب آقای مهاجری که ما را در نگارش این مقاله یاری دادند صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

زنانی که هنوز زایمان را تجربه نکرده‌اند و از مسئولیت مادر شدن و نگهداری از نوزاد هراس دارند، مربوط دانسته است (۹).

نتایج مطالعات ما حاکی از آن است که بیشترین فراوانی افسردگی در زنانی بود که رابطه عاطفی مطلوبی با همسر خود نداشته و کمترین فراوانی افسردگی نیز در زنانی بود که رابطه عاطفی مناسبی با همسر خود داشتند. این یافته‌ها قویاً با آمارهای ارائه شده در کتب مرجع مطابقت دارد، به طوری که از وجود رابطه مناسب عاطفی با همسر به عنوان یک عامل حمایتی قوی در کاهش شیوع افسردگی مکرراً نام برده شده است. در چند مطالعه مشابه تأکید شده است که حمایت روانی اجتماعی مناسب، تأثیر مثبت و موثری روی سلامتی روانی اشخاص داشته و بویژه در طول بارداری به طور مشخص وضعیت عاطفی زنان را بهبود می‌بخشد (۳، ۴، ۱۰ و ۱۱).

آمارهای ما نشان می‌دهد زنانی که در سه ماهه سوم حاملگی بودند بیشترین فراوانی افسردگی و زنانی که در سه ماهه اول و دوم حاملگی بودند کمترین فراوانی افسردگی را دارا بودند.

تحقیق جامعی در مورد رابطه سن حاملگی با شیوع افسردگی بدست نیامد ولی شیوع بیشتر افسردگی در زنانی که در سه ماهه سوم حاملگی قرار دارند را شاید بتوان به ترس و اضطراب ناشی از نزدیکی زمان زایمان و مشکلات مربوط به زایمان و پس از آن و نیز نگهداری از نوزاد مربوط دانست.

مطالعه ما نشان داد که شیوع افسردگی در زنان باردار که خانه‌دار هستند بیشتر از کسانی بود که در بیرون از خانه مشغول به

References

- Kaplan IH, Sadock JB. Synopsis of psychiatry, Behavioral Science/Clinical Psychiatry. 8 th ed, Philadelphia, Williams & Wilkins, 2003; pp 534-558.
- Gelder M, Mayou R, Crowen Philip. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry, 4 th ed, Oxford, Oxford University Press, 2001; pp 204-247.
- Kaplan IH, Sadock JB. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7 th ed. Philadelphia, Williams & wilkins, 2000; p 1769.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics, 21st ed. New York: McGraw-Hill, 2001; pp 1420-1423.
- Ryan KJ, Berkwitz RS, Bar Bieri RL, Dunaif A, Kistner Gynecology and Woman Health, 7th ed. London: Mosby, 1999; pp 519-540.
- Freitas GV, Botega NJ. Prevalence of depression. Anxiety and suicide ideation in pregnant adolescents. Rev Assoc Med Bras. 2003; 48(3): 245-9.
- امانی ف، سهرابی ب، صادقیه س، مشعوفی م، بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال ۱۳۸۳، شماره ۱۱، صص ۷ تا ۱۱.
- قریشی نژاد س، نوری م، ولوئی ح. بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایاننامه دکتری عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۸، صص ۲ تا ۱۷.
- پاشایی ه، لقایی زاده ا، بررسی شیوع افسردگی در خانمهای باردار مراجعه کننده به درمانگاه سرپایی بیمارستان کوثر شهر قزوین، پایان نامه دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۷۸، صص ۳۸ تا ۵۲.
- Zelkowitz P, Schinazi J, Katofsky L, Saucier JF, Valenzuela M, Westreich R, et al J. Factors associated with depression pregnant immigrant women. Transcult Psychiatry 2004; 41(4): 445-64.
- Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol 2004; 25(3-4): 247-55.