

## ارتباط بروز افسردگی پس از زایمان با بروز طول عمر اختلال‌های طیف دوقطبی

دکتر مجید برکتین<sup>۱</sup>، ماهگل توکلی<sup>۲</sup>، دکتر غلامرضا خیرآبادی<sup>۳</sup>، دکتر محمدرضا مرآئی<sup>۴</sup>

### The Relationship between life-time Prevalence of Bipolar Spectrum Disorders and Incidence of Postnatal Depression

Majid Barekatin<sup>a</sup>, Mahgol Tavakkoli<sup>a</sup>, Gholamreza Kheirabadi<sup>b</sup>, Mohammad Reza Maracy<sup>c</sup>

#### Abstract

**Objectives:** The present study was carried out to determine the incidence of Bipolar Spectrum Disorders (BSD) among pregnant women in rural areas of the province of Isfahan using Mood Disorder Questionnaire (MDQ), and its relationship with the development of post-partum depression (PPD). **Method:** This cohort prospective study was carried out on all pregnant women in their third trimester, residing in rural areas covered by Isfahan University of Medical Sciences. In the first stage, all subjects were assessed for present depression and life-time BSD, by Beck Depression Inventory (BDI) and MDQ respectively. In the second stage, 6-8 weeks after delivery, all women who did not have depression at the first stage were screened for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). **Results:** Results showed the incidence of 24.65% for PPD. Significant correlation between life-time prevalence of BSD and incidence of PPD was shown ( $p < 0.05$ ,  $r = 0.24$ ). The sensitivity and specificity of the MDQ for predicting PPD were 46.6% and 75.6% respectively. Its positive and

#### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان بروز اختلال‌های طیف دوقطبی در زنان باردار مناطق روستایی استان اصفهان با بهره‌گیری از پرسش‌نامه اختلال خلقی و تعیین ارتباط آن با بروز افسردگی پس از زایمان انجام شده است. **روش:** این بررسی به صورت آینده‌نگر، بر روی کلیه زنان باردار روستایی زیرپوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان که در سه ماهه سوم بارداری بودند، انجام شد. در مرحله نخست، همه این زنان به کمک پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه اختلال خلقی برای وجود افسردگی فعلی و اختلال طیف دوقطبی در طول عمر ارزیابی شدند. در مرحله دوم (شش تا هشت هفته پس از زایمان)، تمام زنانی که در مرحله اول غیر افسرده تشخیص داده شده بودند با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ، مورد غربالگری برای افسردگی پس از زایمان قرار گرفتند. **یافته‌ها:** میزان بروز افسردگی پس از زایمان در این مناطق ۲۴/۶٪ بود و میان بروز اختلال طیف دوقطبی در طول عمر و بروز افسردگی پس از زایمان، رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0.05$ ,  $r = 0.24$ ). حساسیت پرسش‌نامه اختلال خلقی در رابطه با بروز افسردگی پس از زایمان، ۴۶/۶٪ و ویژگی آن ۷۵/۶٪ برآورد شد. هم‌چنین ارزش اخباری منفی پرسش‌نامه، برای پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان ۷۸/۸٪ و ارزش

<sup>۱</sup> روانپزشک، دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان. اصفهان، خیابان استانداری، بیمارستان نور، مرکز تحقیقات علوم رفتاری. دورنگار: ۲۲۲۲۱۳۵-۳۱۱، (نویسنده مسئول). Email: barekatin@med.mui.ac.ir. <sup>۲</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان. <sup>۳</sup> روانپزشک، استادیار مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان. <sup>۴</sup> دکترای اپیدمیولوژی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان.

\* Corresponding author: Psychiatrist, Associate Prof. of Isfahan University of Medical Sciences, Behavioral Research Centre, Noor Hospital, Ostandari Ave., Isfahan, Iran, IR. Fax: +98311-2222135. E-mail: barekatin@med.mui.ac.ir; <sup>a</sup> Postgraduate Student in Psychology, Isfahan University; <sup>b</sup> Psychiatrist, Assistant Prof. of Isfahan University of Medical Sciences; <sup>c</sup> PhD. in Epidemiology, Assistant Prof. of Isfahan University of Medical Sciences.

negative predictive values to predict PPD were 2.6% and 98.8% respectively. **Conclusion:** Significant correlation between the long-life prevalence of BSD and incidence of PPD supported the hypothesis that PPD belongs to BSD. In addition, in instances where other risk factors of PPD are present, this questionnaire can be used to predict the probability of not developing PPD.

**Key words:** depression; bipolar depression disorder; postpartum

[Received: 10 January 2009; Accepted: 17 March 2009]

اخباری مثبت آن ۲/۶٪ به دست آمد. **نتیجه‌گیری:** وجود ارتباط مستقیم و معنی‌دار بین بروز اختلال طیف دوقطبی در طول عمر و بروز افسردگی پس از زایمان تأییدکننده فرضیه تعلق افسردگی پس از زایمان به طبقه اختلال‌های طیف دوقطبی می‌باشد. از سوی دیگر، می‌توان در مواردی که دیگر عوامل خطر بروز افسردگی پس از زایمان وجود دارد، از این پرسش‌نامه در پیش‌بینی احتمال مبتلاشدن به افسردگی پس از زایمان بهره گرفت.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی پس از زایمان؛ اختلال طیف دوقطبی؛ پرسش‌نامه اختلال دوقطبی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۲۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۲/۲۷]

## مقدمه

در رابطه با میزان بروز این نوع افسردگی، پژوهش‌ها نشان‌دهنده بروز اولیه سه برابر افسردگی در پنج هفته اول پس از زایمان در مقایسه با سایر دوره‌های زندگی زنان می‌باشند (کوکس<sup>۱۸</sup>، موری و چاپمن<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۳). هم‌چنین با وجود نرخ بروز متغیر افسردگی پس از زایمان در زنان تازه‌زاده، بررسی‌ها نشان‌دهنده میزان بروز ۱۳ تا ۲۰ درصد هستند (میلر، ۲۰۰۲؛ گودمن<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۴؛ پاتل<sup>۲۱</sup>، راهمن<sup>۲۲</sup>، جاکوب<sup>۲۳</sup> و هیوجز<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۴؛ ویسنر<sup>۲۵</sup>، پاری<sup>۲۶</sup> و پیوتسک<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۲) و دامنه بروز از ۴/۷٪ برای افسردگی خفیف و ۵/۵٪ برای افسردگی اساسی در ماه اول پس از زایمان تا ۳۴/۷٪ در ماه دوم پس از زایمان گزارش شده است (کوپر<sup>۲۸</sup>، تاملینسون<sup>۲۹</sup> و سوارتز<sup>۳۰</sup>، ۱۹۹۹؛ ویکبرگ<sup>۳۱</sup> و هوانگ<sup>۳۲</sup>، ۱۹۹۷؛ گلاسر<sup>۳۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). در زمینه همه‌گیرشناسی افسردگی پس از زایمان در ایران، پژوهش‌ها نشان‌دهنده میزان بروز افسردگی ۲۵/۸٪ در فاصله ۹-۱۵ ماه پس از زایمان در منطقه خمینی‌شهر اصفهان، ۳۱٪ در شش ماه اول پس از زایمان در شهر کرد و ۳۵٪ در ماه سوم

افسردگی به‌عنوان چهارمین عامل ناتوانی در سراسر جهان شناخته شده و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین علت ناتوانی انسانها تبدیل شود (موری<sup>۱</sup> و لوپز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زنان بیشتر از مردان به افسردگی مبتلا می‌شوند (میچاد<sup>۳</sup>، موری و بلوم<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). در میان انواع افسردگی، افسردگی با شروع پس از زایمان<sup>۵</sup>، به‌دلیل آن که افزون بر سلامت مادر، بر رشد و تکامل روانی نوزاد تأثیر منفی و نامطلوب دارد، در خور توجه می‌باشد (میلر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲؛ بلاج<sup>۷</sup>، روتنبرگ<sup>۸</sup>، کورن<sup>۹</sup> و کلین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶). ویدوسون<sup>۱۱</sup> (۱۹۵۱) نشان داد که کیفیت هیجان‌ات مراقبت کودک بر روند رشد وی تأثیرگذار است. در پژوهشی دیگر، نتایج ارزیابی توانایی ادراکی، حرکتی و کلامی کودکان به کمک آزمون مک‌کارتی<sup>۱۲</sup> در چهار سالگی، نشان داد که در مجموع پسران مادرانی که در سال اول پس از زایمان افسردگی داشتند، از توانایی شناختی پایین‌تری نسبت به پسران مادرانی که افسردگی نداشتند برخوردار بودند (های<sup>۱۳</sup> و کمار<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۵).

بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV<sup>۱۵</sup>، افسردگی پس از زایمان به حمله افسردگی که در چهار هفته پس از زایمان رخ می‌دهد گفته می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۴)، اما برخی از کارشناسان رخداد هر گونه حمله افسردگی تا ۱۸ ماه پس از زایمان را به‌عنوان افسردگی پس از زایمان می‌شناسند. در این راستا بررسی‌های انجام‌شده گویای افزایش چشم‌گیر بروز افسردگی در دوره پس از زایمان به‌ویژه در سه ماهه اول پس از زایمان می‌باشد، با این وجود بررسی‌ها نشان داده‌اند که زنان در طی دو سال پس از زایمان هم‌چنان دارای استعداد ویژه‌ای برای ابتلا به افسردگی هستند (گودمن<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۴) و هنوز توافق کلی بر چهارچوب زمانی دوره پس از زایمان وجود ندارد.

- |  |               |
|--|---------------|
| 1- Murray  | 2- Lopez      |
| 3- Michaud   | 4- Bloom      |
| 5- postpartum depression   | 6- Miller     |
| 7- Bloch   | 8- Rotenberg  |
| 9- Koren   | 10- Klein     |
| 11- Widdowson  | 12- McCarthy  |
| 13- Hay  | 14- Kumar     |
| 15- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.) |               |
| 16- American Psychiatric Association                                 |               |
| 17- Goodman  | 18- Cox       |
| 19- Chapman  | 20- Patel     |
| 21- Rahman   | 22- Jacob     |
| 23- Hughes   | 24- Wisner    |
| 25- Parry  | 26- Piontek   |
| 27- Cooper   | 28- Tomlinson |
| 29- Swartz   | 30- Wickberg  |
| 31- Hwang  | 32- Glasser   |

نوع سابقه مانیا یا هایپومانیا در گذشته، توجه نمود. پژوهشگران بر این باورند که به خاطر عدم دقت به علایم هایپومانیا، اختلال‌های طیف دوقطبی کمتر از اندازه واقعی تشخیص داده می‌شوند (موزینا<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۷) و از این رو، در بیماران سرپایی مبتلا به افسردگی، مقاومت به درمان، بدتر شدن علایم خلقی، ناتوانی، افزایش میزان خودکشی و بستری شدن به میزان بالاتری دیده می‌شود (موزینا، ۲۰۰۷؛ انگست و کارتا<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۵).

در حال حاضر در زمینه طیف اختلال‌های خلقی می‌توان به چهار الگوی اکیسکال (۲۰۰۵)، انگست و کاسانو (۲۰۰۵)، بناتزی، بناتزی و همکاران (۲۰۰۵) و قائمی و همکاران (۲۰۰۵) اشاره داشت. اکیسکال (۲۰۰۵) در الگوی خود اختلال دوقطبی را به صورت طیفی فراتر از دو طبقه یک و دو در نظر گرفته است و طیف اختلال‌های دوقطبی را در شش طبقه جای داده است. در الگوی انگست و کاسانو (۲۰۰۵) و انگست و کارتا (۲۰۰۵)، اختلال دوقطبی در دو محور بر پایه ۱- طیف افسردگی - مانیا و ۲- طیف شدت سنج از خفیف به شدید، مطرح گردیده است. در الگوی بناتزی و اکیسکال (۲۰۰۵) طیف اختلال دوقطبی بر پایه دو محور اختلال افسردگی - مانیا و میزان بروز، به صورت یک گستره میان دو حالت افسردگی اساسی یک قطبی و اختلال دوقطبی نوع یک قرار دارد. در الگوی قائمی و همکاران (۲۰۰۴) و قائمی، بویمن<sup>۲۷</sup> و گودوین<sup>۲۸</sup> (۲۰۰۰)، طیف اختلال‌های عاطفی در طول یک خط، پیوستاری از اختلال دیس‌تایمی (اختلال کج خلقی)، طیف یک‌قطبی (شامل یک دوره افسردگی اساسی، افسردگی اساسی مزمن، اختلال افسردگی اساسی آتیپیک، اختلال افسردگی اساسی پس‌یکوتیک و اختلال افسردگی اساسی عودکننده)، طیف دوقطبی، اختلال دوقطبی نوع دو و اختلال دوقطبی نوع یک را در بر می‌گیرد.

پس از زایمان در شهر اصفهان، بوده‌اند (خیرآبادی و کیانی، ۱۳۸۳؛ فروزننده و دشت‌بزرگی، ۱۳۷۹؛ حسن‌زهرایسی، خدادوستان، اسداللهی و بشردوست، ۱۳۷۶).

بررسی‌ها هم‌چنین به تفاوت علایم موجود در افسردگی با شروع پس از زایمان با افسردگی اساسی اشاره کرده‌اند و علایمی چون تحریک‌پذیری، اضطراب، سن شروع پایین‌تر، شدت بیشتر بر پایه مقیاس‌های سنجش افسردگی و پاسخ نامناسب‌تر به داروهای ضد افسردگی را از ویژگی‌های افسردگی با شروع پس از زایمان دانسته‌اند (اوه‌ارای، زکاسکی<sup>۱</sup>، فیلیپس<sup>۲</sup> و رایت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰؛ هندریک<sup>۴</sup>، آلتشلر<sup>۵</sup>، استراوس<sup>۶</sup> و گراسر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰؛ آپلبی<sup>۸</sup>، وارنر<sup>۹</sup>، وایتن<sup>۱۰</sup> و فاراگر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۷).

وجود ویژگی‌های اخیر و پیوستگی افسردگی پس از زایمان با پس‌یکوز پس از زایمان، برخی از کارشناسان را بر آن داشته است که شاید افسردگی با شروع پس از زایمان بخشی از «طیف اختلال‌های خلقی دوقطبی» باشد (اکیسکال<sup>۱۲</sup>، بناتزی<sup>۱۳</sup>، پروگی<sup>۱۴</sup> و ریمر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۵؛ قائمی<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ شارما<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۲).

«رویکرد طیفی<sup>۱۹</sup>» به اختلال‌های دوقطبی از دهه ۱۹۸۰، به‌ویژه با پژوهش‌های اکیسکال (۲۰۰۵) به حوزه اختلال‌های خلقی وارد شده است. این نگرش با رد پیش‌فرض DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) که افسردگی را به دو نوع مشخص «اختلال افسردگی اساسی» و «اپیزود افسردگی طی اختلال خلقی دوقطبی نوع یک یا دو» تقسیم می‌نماید، بسیاری از موارد پیش‌گفته افسردگی اساسی که همراه با ویژگی‌های تحریک‌پذیری، شلوعی فکر، خلق واکنش، ملانکولیا، هذیان، توهم، یا ویژگی‌های آتیپیک باشد را در مجموعه‌ای بزرگ‌تر با عنوان «اختلال‌های طیف دوقطبی» جای می‌دهد (بودن<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۵؛ بناتزی و اکیسکال، ۲۰۰۵؛ اکیسکال و بناتزی، ۲۰۰۵؛ مندلوویکز<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

بررسی‌هایی که به کمک مصاحبه‌های بالینی ساختاری و پرسش‌نامه‌های پرشده توسط خود بیماران، وجود علایم هایپومانیا را در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به روشنی نشان داده‌اند، نگرش طیفی به اختلال‌های دوقطبی را تأیید نموده‌اند (انگست<sup>۲۲</sup> و کاسانو<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۵؛ قائمی، بویمن<sup>۲۴</sup> و گودوین، ۲۰۰۰). از آن‌جا که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی اغلب در دوره افسردگی ارزیابی و درمان می‌شوند، از این رو برای تشخیص درست، باید در بیماران افسرده به هر

- |                       |               |
|-----------------------|---------------|
| 1- O'Hara             | 2- Zekoski    |
| 3- Philipps           | 4- Wright     |
| 5- Hendrick           | 6- Altschuler |
| 7- Strouse            | 8- Grosser    |
| 9- Appleby            | 10- Warner    |
| 11- Whitton           | 12- Faragher  |
| 13- Akiskal           | 14- Benazzi   |
| 15- Perugi            | 16- Rihmer    |
| 17- Ghaemi            | 18- Sharma    |
| 19- spectral approach | 20- Bowden    |
| 21- Mendlowicz        | 22- Angst     |
| 23- Cassano           | 24- Boiman    |
| 25- Muzina            | 26- Carta     |
| 27- Boiman            | 28- Goodwin   |

انجام شد. از سوی دیگر، با فرض ارتباط افسردگی پس از زایمان با اختلال‌های طیف دوقطبی، توانایی پیش‌بینی بروز افسردگی پس از زایمان به کمک پرسش‌نامه اختلال خلقی نیز بررسی گردید.

## روش

پژوهش حاضر یک بررسی هم‌گروهی آینده‌نگر بود. جمعیت پژوهش، همه زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری، ساکن در مناطق روستایی استان اصفهان و زیرپوشش خدمات بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان، بودند. این بررسی در فاصله آبان تا اسفند ۱۳۸۴ انجام شد.

معیارهای ورود شامل ساکن بودن در مناطق روستایی زیرپوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان، قرار داشتن در دوره سه ماهه سوم بارداری، دارا بودن توان هوشی و تحصیلی لازم برای فهم پرسش‌های پرسش‌نامه‌ها و پاسخ‌دهی به آنها و تمایل برای شرکت در بررسی؛ و معیارهای خروج شامل ناقص بودن پرسش‌نامه‌ها در حدی که امکان جمع‌بندی و تحلیل داده‌های آن وجود نداشته باشد و تمایل نداشتن افراد برای ادامه همکاری و شرکت در پژوهش بودند.

نمونه‌گیری به صورت آسان (سرشماری) انجام شد و کل جمعیت در دسترس در مقطع زمانی گردآوری داده‌ها بررسی شدند. داده‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران در مرحله نخست بررسی، به کمک یک پرسش‌نامه محقق‌ساخته، داده‌های مربوط به وضعیت ابتلا به افسردگی در سه ماهه سوم بارداری (مرحله نخست پژوهش) به کمک «پرسش‌نامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI)» (بک<sup>۱</sup>، وارد<sup>۲</sup> و مندلسون<sup>۳</sup>، ۱۹۶۱) و داده‌های مربوط به وضعیت ابتلا به اختلال‌های طیف دوقطبی با بهره‌گیری از «پرسش‌نامه اختلال خلقی<sup>۵</sup> (MDQ)» (هیرشفیلد و همکاران، ۲۰۰۰) گردآوری شدند. افسردگی در فاصله شش تا هشت هفته پس از زایمان (مرحله دوم پژوهش) به کمک مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ<sup>۶</sup> (EPDS) (کوکس، هولدن<sup>۷</sup> و ساگووسکی<sup>۸</sup>، ۱۹۸۷) سنجیده شد.

قائمی و همکاران در سال ۲۰۰۱ اختلال طیف دوقطبی را به صورت زیر تعریف کردند: الف- وجود دست‌کم یک دوره افسردگی اساسی؛ ب- نبود دوره‌های خود به خودی مانیا یا هایپومانیا؛ ج- دست‌کم یکی از دو مورد زیر به اضافه دو مورد از موارد ۵ یا در صورت نبود موارد ج، شش مورد از موارد ۱-۵ سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی در بستگان درجه اول، ۲- مانیا یا هایپومانیا ناشی از داروهای ضد افسردگی؛ ۳- ۱- ۲- شخصیت‌های پرتایمیک، ۲- دوره‌های افسردگی اساسی عودکننده (بیشتر از سه دوره)، ۳- دوره‌های افسردگی کوتاه‌مدت (کمتر از سه ماه)، ۴- اشکال آتیبیک افسردگی (افزایش خواب یا اشتها)، ۵- دوره افسردگی پسیکوتیک، ۶- شروع زود هنگام افسردگی اساسی (پیش از ۲۵ سالگی)، ۷- افسردگی پس از زایمان، ۸- تحمل نسبت به داروهای ضد افسردگی، ۹- پاسخ‌ندادن به بیشتر از سه دوره درمان ضد افسردگی (موزینا، ۲۰۰۷). موزینا (همان‌جا) تعریف اختلال طیف دوقطبی را به شرح زیر تغییر داد:

الف- دست‌کم یک دوره افسردگی یا یک دوره خود مانیا؛ ب- در صورت نبود دوره مانیا، سیر بیماری باید شامل دست‌کم یکی از دو مورد زیر باشد: ۱- وجود دوره‌های هایپومانیا از راه گرفتن شرح حال از بیمار مشخص شود و ناشی از مصرف داروهای ضد افسردگی نباشد، ۲- دوره‌های عودکننده افسردگی اساسی (بیشتر از سه دوره در طول عمر) یا دوره‌های کوتاه مدت افسردگی (کمتر از سه سال) به همراه دست‌کم دو مورد از موارد ۵؛ ج- اگر دوره‌های مانیا یا هایپومانیا ناشی از داروهای ضد افسردگی باشند باید دست‌کم سه مورد از موارد ۵ وجود داشته باشند؛ ۵- ۱- سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی در بستگان درجه اول، ۲- داشتن شخصیت‌های پرتایمیک، ۳- اشکال آتیبیک افسردگی (افزایش خواب یا اشتها)، ۴- دوره افسردگی پسیکوتیک، ۵- شروع زود هنگام افسردگی اساسی (پیش از ۲۵ سالگی)، ۶- افسردگی پس از زایمان، ۷- پاسخ‌ندادن به بیشتر از سه دوره درمان ضد افسردگی یا تحمل بی‌درپی نسبت به داروهای ضد افسردگی.

از آن‌جا که افسردگی پس از زایمان در طیف اختلال دوقطبی آرایه شده توسط قائمی و همکاران (۲۰۰۰، ۲۰۰۴)، جایگاه ویژه‌ای دارد و به دلیل اهمیت تشخیص دقیق، درست و به‌هنگام این اختلال، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان بروز اختلال‌های طیف دوقطبی در زنان باردار روستایی در طول عمر ایشان و ارتباط آن با بروز افسردگی پس از زایمان

1- Beck Depression Inventory 2- Beck  
3- Ward 4- Mendelson  
5- Mood Disorder Questionnaire  
6- Edinburgh Postnatal Depression Scale  
7- Holden 8- Sagovsky

و نیازی به ارزیابی متخصص ندارد. مظهری و نخعی (۲۰۰۷) ضریب آلفا ۰/۸۳، روایی همزمان ۰/۷۶، حساسیت ۹۵/۳٪ و ویژگی ۸۷/۹٪ را برای این پرسش‌نامه گزارش نموده‌اند.

برای انجام پژوهش پس از هماهنگی با مرکز بهداشت استان اصفهان، از همه کارشناسان بهداشت روان در شبکه‌های بهداشتی-درمانی استان دعوت شد تا در جلسات توجیهی شرکت کنند و در زمینه کل طرح به‌ویژه شیوه‌گردآوری اطلاعات و پرکردن پرسش‌نامه‌ها آگاهی لازم را به‌دست آورند. سپس کارشناسان بهداشت روان در شبکه زیر پوشش خود به بهورزان آموزش دادند و بر گردآوری اطلاعات نظارت کردند. بهورزان آموزش‌دیده در خانه‌های بهداشت روستاهای استان، مسئول گردآوری اطلاعات بودند.

همه زنان ۱۵ تا ۵۰ ساله باردار که از آغاز این بررسی وارد سه ماهه سوم بارداری خود می‌شدند، به کمک پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه اختلال خلقی غربالگری شدند. مواردی که بر پایه پرسش‌نامه افسردگی بک با افسردگی متوسط تا زیاد (نمرات ۲۱ و بالاتر) تشخیص داده شدند، از بررسی کنار گذاشته شدند؛ اما به دلایل اخلاقی برای بررسی و درمان افسردگی به روانپزشک ارجاع شدند.

مادرانی که پرسش‌نامه‌های یادشده را در سه ماهه سوم بارداری پر کرده بودند، در هفته ششم تا هشتم پس از زایمان به مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ پاسخ دادند و مواردی که دچار افسردگی تشخیص داده شدند، برای ارزیابی دقیق‌تر به روانپزشک ارجاع شدند.

داده‌های گردآوری شده به کمک روش‌های آمار توصیفی و ضریب همبستگی دورشته‌ای نقطه‌ای تحلیل شدند.

### یافته‌ها

در مرحله نخست این بررسی داده‌های مربوط به ۱۸۹۸ زن باردار تحلیل شدند. میانگین سن مادران ۲۵/۴۰ سال (انحراف معیار ۵/۰۲) بود. میزان تحصیلات ۱/۷٪ آنان در حد خواندن و نوشتن، ۳/۴۵٪ ابتدایی، ۲۵٪ راهنمایی و ۲۴/۵٪ دبیرستان بود و ۳/۳٪ آنها دانشگاهی بودند. ۴/۵٪ آنان شاغل و ۹۵/۵٪ خانه‌دار بودند. ۴۹/۱٪ آنان نخستین بارداری، ۳۲/۶٪ دومین، ۱۲/۸٪ سومین، ۳/۷٪ چهارمین و ۱/۸٪ پنجمین یا بالاتر از پنجمین بارداری را تجربه می‌کردند.

پرسش‌نامه افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۶۱)، برای افراد بالاتر از ۱۳ سال و با دست کم شش کلاس سواد مناسب است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ شاخص است که همگی آنها مربوط به علایم افسردگی اساسی می‌باشند و به بررسی وضعیت هیجان، شناخت، رفتارهای آشکار، علایم بدنی و علایم درونی در مقیاسی از کمترین تا بیشترین میزان علایم اختصاص داده شده است. در این مقیاس، شدت افسردگی صفر تا نه نشانه بهنجاری بودن، ده تا ۱۶ نشانه افسردگی خفیف، ۱۷-۲۹ نشان‌دهنده افسردگی متوسط و نمره بالاتر از ۳۰ گویای افسردگی شدید می‌باشد. نقطه برش آن در بررسی‌های غربالگری در سطح جامعه برای تشخیص وجود افسردگی بالینی ۲۱ گزارش شده است (اوهارا، ۱۹۸۶). پژوهش‌های انجام‌شده گویای اعتبار و پایایی بالای این آزمون می‌باشند (کمار و رابسون<sup>۱</sup>، ۱۹۸۴). در ایران پایایی ۰/۷۸، همسانی درونی ۰/۸۶ و روایی ۰/۷۳ برای این پرسش‌نامه برای این پرسش‌نامه گزارش شده است (ساردویی، ۱۳۷۳).

پرسش‌نامه اختلال خلقی، ابزاری کاربردی و سودمند برای غربالگری اختلال‌های طیف دوقطبی بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV و تجربیات بالینی می‌باشد که توسط هیرشفلد و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است. این پرسش‌نامه میزان اختلال عملکرد ناشی از علایم مانیا یا هایپومانیا را در یک مقیاس چهار نمره‌ای ارزیابی می‌کند. در بررسی‌های انجام‌شده برای این آزمون، ویژگی<sup>۱</sup> ۹۰ تا ۹۷ درصد و حساسیت<sup>۲</sup> ۲۸ تا ۵۹ درصد گزارش شده است (هیرشفلد<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ ایسومتسا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ هیرشفلد و همکاران، ۲۰۰۳). پایایی فرم فارسی آن بر پایه ضریب کاپا ۷۳/۵٪ گزارش شده است (عقیلی و برکتین، ۱۳۸۴). حساسیت این ابزار با نقطه برش پنج ۶۳٪ و ویژگی آن ۷۱٪ گزارش گردیده است (شعبانی و همکاران، ۲۰۰۹).

مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (کوکس و همکاران، ۱۹۸۷) دارای ده پرسش چهار گزینه‌ای است. گزینه‌های هر پرسش امتیازی از صفر تا سه برحسب شدت علامت (کم به زیاد و برعکس) به خود اختصاص می‌دهند و امتیازی که از جمع امتیازهای ده پرسش به‌فرد داده می‌شود، می‌تواند از صفر تا ۳۰ نوسان داشته باشد. در این مقیاس به‌دست آوردن امتیاز ۱۳ و بالاتر از آن، شاخصی برای افسردگی پس از زایمان به‌شمار می‌رود. این مقیاس، یک مقیاس خودستجی است که توسط آزمودنی تکمیل می‌گردد.

1- Robson  
3- sensitivity  
5- Isometsä

2- specificity  
4- Hirschfeld

گزینه متوسط یا شدید را انتخاب کردند و بر این پایه تشخیص اختلال طیف دوقطبی بر آنها منطبق گردید.

از بین ۱۴۸۳ زن باردار غیر افسرده، در مرحله دوم طرح تنها به ۱۰۶۳ نفر از آنها برای پی‌گیری وضعیت پس از زایمان دسترسی پیدا شد و ۲۸٪ ریزش نمونه وجود داشت. از ۱۰۶۳ نفر، ۲۶۲ نفر (۲۴/۶۵٪) از کسانی که در مرحله پیشین غیرافسرده تشخیص داده شده بودند، در پاسخ به پرسش‌نامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ، به بیش از ۱۲ گزینه پاسخ مثبت دادند که تشخیص افسردگی پس از زایمان بر آنها منطبق گردید.

**جدول ۳**، مقایسه توزیع فراوانی نسبی ابتلا به اختلال‌های طیف دوقطبی در دوره بارداری یا پیش از آن (پرسش‌نامه اختلال خلقی) بر حسب بروز افسردگی پس از زایمان (پرسش‌نامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ) را نشان می‌دهد.

آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی مستقیم معنی‌دار بین وجود تشخیص اختلال‌های طیف دوقطبی در زمان بارداری یا پیش از آن با بروز افسردگی پس از زایمان دیده می‌شود ( $p < 0.05$ ,  $r = 0.24$ ).

حساسیت و ویژگی پرسش‌نامه اختلال خلقی، برای پیش‌بینی بروز افسردگی پس از زایمان به ترتیب برابر با ۴۶/۶٪ (۹۵٪ CI: ۴۳/۶-۴۹/۶) و ۷۵/۶٪ (۹۵٪ CI: ۷۴/۰-۷۸/۲) به دست آمد.

ارزش اخباری مثبت<sup>۱</sup> و ارزش اخباری منفی<sup>۲</sup> پرسش‌نامه اختلال خلقی، برای پیش‌بینی بروز افسردگی پس از زایمان به ترتیب برابر با ۲/۶۱٪ (۹۵٪ CI: ۲/۵۹-۲/۶۲) و ۹۸/۸۴٪ (۹۵٪ CI: ۹۸/۷۸-۹۸/۹۰) به دست آمد.

**جدول ۳- مقایسه توزیع فراوانی نسبی ابتلا به اختلال‌های طیف دوقطبی در دوره بارداری یا پیش از آن (پرسش‌نامه اختلال خلقی) بر حسب بروز افسردگی پس از زایمان (پرسش‌نامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ)**

	غیر مبتلا به طیف دوقطبی		مبتلا به طیف دوقطبی	
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	جمع
غیر افسرده پس از زایمان	۷۹۳ (۹۹/۰)	۸ (۱/۰)	۸۰۱	
افسرده پس از زایمان	۲۵۵ (۹۷/۳)	۷ (۲/۷)	۲۶۲	
جمع	۱۰۴۸ (۹۸/۶)	۱۵ (۱/۴)	۱۰۶۳	

**جدول ۱- توزیع فراوانی شدت افسردگی بر پایه نمره پرسش‌نامه افسردگی بک در مادران باردار**

شدت افسردگی	فراوانی (%)
عادی (۰-۹)	۷۴۴ (۳۹/۲)
خفیف (۱۰-۱۶)	۵۳۱ (۲۸/۰)
متوسط (۱۷-۲۹)	۴۹۰ (۲۵/۸)
شدید (۳۰ و بالاتر)	۱۳۳ (۷/۰)
جمع کل	۱۸۹۸ (۱۰۰)

**جدول ۲- توزیع فراوانی و وضعیت ابتلا به افسردگی بالینی بر پایه پرسش‌نامه افسردگی بک در زنان باردار**

توزیع بر پایه نمره پرسش‌نامه افسردگی بک	فراوانی (%)
۲۰- (غیرمبتلا به افسردگی بالینی)	۱۴۸۳ (۷۸/۱)
۲۱ و بالاتر (مبتلا به افسردگی بالینی)	۴۱۵ (۲۱/۹)
جمع	۱۸۹۸ (۱۰۰)

**جدول ۱**، توزیع فراوانی شدت افسردگی بر پایه نمره پرسش‌نامه افسردگی بک را در زنان باردار نشان می‌دهد. **جدول ۲**، توزیع فراوانی وضعیت ابتلا به افسردگی بالینی را بر پایه نقطه برش ۲۱ در پرسش‌نامه افسردگی بک در زنان باردار مورد بررسی نشان می‌دهد.

از میان ۱۴۸۳ زن باردار غیر افسرده، ۱۷۴ نفر در پاسخ به بخش نخست پرسش‌نامه اختلال خلقی (MDQ) به بیش از شش گزینه پاسخ مثبت دادند. از این ۱۷۴ نفر، تنها ۳۹ نفر (۲/۶۳٪) به پرسش بخش دوم پاسخ بلی داده و در بخش سوم

1- positive predictive value  
2- negative predictive value

**بحث**

پس از زایمان که نوعی افسردگی پس از زایمان است دیده می‌شود (جونز<sup>۲</sup> و کراداک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱؛ کندل<sup>۴</sup>، چالمر<sup>۵</sup> و پلیتز<sup>۶</sup>، ۱۹۸۷؛ برتفوس<sup>۷</sup> و هوگک<sup>۸</sup>، ۱۹۶۶؛ ریچ<sup>۹</sup> و وینکور<sup>۱۰</sup>، ۱۹۷۰). ارتباط به‌دست آمده هر چند از نظر آماری معنی‌دار است ولی چندان قوی نیست. یکی از دلایل این امر می‌تواند به کاربرد پرسش‌نامه اختلال خلقی در تشخیص اختلال‌های طیف دوقطبی باز گردد. از آن‌جا که این ابزار با نقطه برش‌های تعریف‌شده معمولاً برای تشخیص اختلال دوقطبی شدید (نوع یک یا موارد شدید نوع دو) به کار می‌رود، توانایی مناسبی برای تشخیص انواع خفیف‌تر اختلال‌های طیف دوقطبی ندارد. بنابراین اگر بتوان با ابزاری که انواع خفیف‌تر اختلال‌های دوقطبی را نیز کشف می‌کند، بروز طول عمر اختلال‌های طیف دوقطبی را به‌دست آورد، ارتباط قوی‌تری بین افسردگی پس از زایمان و این اختلالات به‌دست می‌آید.

با در نظر گرفتن ارتباط میان بروز افسردگی پس از زایمان و بروز اختلال‌های طیف دوقطبی در طول عمر، در این پژوهش توانایی MDQ در پیش‌بینی بروز افسردگی پس از زایمان نیز بررسی شد. یافته‌های این بررسی حساسیت MDQ را در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان، ۴۶/۶٪ و ویژگی آن را ۷۵/۶٪ نشان داد. بررسی‌های انجام‌شده با MDQ، ویژگی ۹۰ تا ۹۷ درصد را برای آن گزارش نموده‌اند اما حساسیت این آزمون پایین بوده است (۲۸ تا ۵۹ درصد) (هیرشفلد و همکاران، ۲۰۰۰؛ ایسومتسا و همکاران، ۲۰۰۳؛ هیرشفلد و همکاران، ۲۰۰۳) که هم‌سو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد. به نظر می‌رسد که بخش سوم پرسش‌نامه اختلال خلقی یعنی پرسش مربوط به نارسایی عملکرد، باعث اشتباهات تشخیصی و کاستن از حساسیت این ابزار در تشخیص اختلال‌های طیف دوقطبی گردد (بناتزی و اکیسکال، ۲۰۰۵).

در این بررسی تنها ۳۹/۲٪ زنان باردار، بر پایه پرسش‌نامه افسردگی بک، افسردگی نداشتند و بیشتر آنها یعنی ۶۰/۸٪ در طیفی از افسردگی قرار داشتند و در ۲۸٪ آنها افسردگی خفیف تشخیص داده شد. این یافته به یافته یک بررسی انجام‌شده بر روی زنان باردار در تایوان (۶۱٪ افسردگی در زمان بارداری) و گینه (۵۷٪ افسردگی در زمان بارداری) نزدیک است (آفونسو<sup>۱</sup>، دی<sup>۲</sup>، هورویتز<sup>۳</sup> و ماییری<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

در بررسی حاضر پرسش‌نامه افسردگی بک، ۲۱/۹٪ از زنان باردار مورد بررسی را مبتلا به افسردگی بالینی حین بارداری نشان داد که به یافته‌های به دست آمده در برخی مطالعات که بروز افسردگی را در ۲۰-۱۰ درصد زنان باردار گزارش کرده‌اند، نزدیک است (لولین<sup>۵</sup>، استاو<sup>۶</sup> و نامروف<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷؛ واتسون، الیوت<sup>۸</sup>، راگک<sup>۹</sup> و بروگک<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۴؛ اوهارا، ۱۹۸۶؛ کمار و رایسون، ۱۹۸۴؛ اوانز<sup>۱۱</sup>، هرون<sup>۱۲</sup> و فرنکامب<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۱؛ مارکوس<sup>۱۴</sup>، فلین<sup>۱۵</sup>، بلو<sup>۱۶</sup>، باری<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۳؛ بنت<sup>۱۸</sup>، اینارنسون<sup>۱۹</sup> و تادیو<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۴).

در این پژوهش، ۱۰۶۳ زن تازه‌زایمان کرده غیرافسرده به کمک مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ ارزیابی شدند که در ۲۴/۶۵٪ از آنها افسردگی پس از زایمان تشخیص داده شد. یافته‌های یک فراتحلیل بر روی پژوهش‌های جامعه‌نگر، بروز افسردگی پس از زایمان را ۱۳٪ نشان داد (ویسنر<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲) و دامنه بروز از ۴/۷٪ برای افسردگی خفیف تا ۵/۵٪ برای افسردگی اساسی در ماه اول پس از زایمان تا ۳۴/۷٪ در ماه دوم پس از زایمان گزارش شده است (کوپر و همکاران، ۱۹۹۹؛ ویکبرگ و هوانگ، ۱۹۹۷). بنابراین میزان بروز افسردگی (۲۴/۶۵٪) در این پژوهش، در راستای یافته‌های به دست آمده در سایر بررسی‌ها می‌باشد. بالاتر بودن بروز افسردگی پس از زایمان در پژوهش حاضر نسبت به برخی پژوهش‌ها ممکن است به دلیل تفاوت در حجم نمونه و تفاوت‌های نژادی، فرهنگی و اجتماعی-اقتصادی باشد؛ به‌ویژه آن‌که این بررسی بر روی جمعیت زنان باردار ساکن در مناطق روستایی استان اصفهان انجام شده است. بررسی حاضر نشان داد که بین وجود اختلال‌های طیف دوقطبی در زمان بارداری یا پیش از آن با بروز افسردگی پس از زایمان ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. این یافته با تعریف اختلال‌های طیف دوقطبی توسط قائمی و همکاران (۲۰۰۴) هم‌خوانی دارد. هم‌چنین پژوهش‌ها گویای آن هستند که در ۲۰ تا ۳۰ درصد زنان مبتلا به اختلال دوقطبی، پس‌یکوز

- |              |             |
|--------------|-------------|
| 1- Affonso   | 2- De       |
| 3- Horowitz  | 4- Mayberry |
| 5- Liewellyn | 6- Stowe    |
| 7- Nemeroff  | 8- Elliott  |
| 9- Rugg      | 10- Brough  |
| 11- Evans    | 12- Heron   |
| 13- Francomb | 14- Marcus  |
| 15- Flynn    | 16- Blow    |
| 17- Barry    | 18- Bennett |
| 19- Einarson | 20- Taddio  |
| 21- Wisner   | 22- Jones   |
| 23- Craddock | 24- Kendell |
| 25- Chalmer  | 26- Platz   |
| 27- Bratfos  | 28- Haug    |
| 29- Reich    | 30- Winokur |

یافته‌های این بررسی بیانگر آن است که MDQ در پیش‌بینی بروز افسردگی پس از زایمان از توانمندی مشابه با توانایی آن در غربال اختلال‌های طیف دوقطبی در جمعیت عمومی برخوردار است (هیرشفلد و همکاران، ۲۰۰۳؛ شعبانی و همکاران، ۲۰۰۹). در این بررسی، توان پیش‌بینی‌کنندگی منفی بالایی (۰/۹۸۸) برای MDQ در پیش‌بینی عدم بروز افسردگی پس از زایمان به‌دست آمد، و لسی توان پیش‌بینی‌کنندگی مثبت آن برای افسردگی پس از زایمان بسیار پایین (۰/۲۰۶) بود.

از آن‌جا که MDQ، در کمتر پژوهشی برای ارزیابی افسردگی پس از زایمان به‌کار برده شده، امکان مقایسه یافته‌های بررسی حاضر با سایر بررسی‌های مشابه وجود نداشت.

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میزان بروز افسردگی پس از زایمان در مناطق روستایی استان اصفهان (۰/۲۴/۶۵) به میزان بروز جهانی این اختلال نزدیک است. هم‌چنین پرسش‌نامه اختلال‌های خلقی از حساسیت نسبتاً پایین و ویژگی نسبتاً بالایی برای پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان برخوردار است و می‌تواند به‌عنوان ابزاری سودمند و کارا برای غربالگری افسردگی پس از زایمان به‌کار برده شود. حساسیت پایین پرسش‌نامه در بررسی حاضر، یک محدودیت به‌شمار می‌رود و رعایت احتیاط در کاربرد آن به‌عنوان ابزار غربالگری ضروری است. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، انجام انحصاری آن در مناطق روستایی و ریزش نمونه بود. بنابراین انجام بررسی با نمونه کاملی از همه افراد جامعه در سطوح مختلف فرهنگی و اجتماعی-اقتصادی پیشنهاد می‌شود.

با این وجود، پژوهش حاضر در زمینه ارزیابی پرسش‌نامه اختلال خلقی برای غربالگری افسردگی پس از زایمان گام نخست به‌شمار می‌رود.

### سپاسگزاری

این پژوهش با بهره‌گیری از بودجه معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان انجام شده است.

### منابع

- خاتم‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامائی*، شماره ۱۱، ۵۷-۵۰.
- خیرآبادی، غلامرضا؛ کیانی، زهرا (۱۳۸۳). مقایسه نمره سلامت روان شوهران زنان مبتلا و غیرمبتلا به افسردگی پس از زایمان. *دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، سال دوم، شماره ۲، ۶۲-۵۷.
- سارودی، غلامرضا (۱۳۷۳). *مقدمه‌ای بر هنجاریابی پرسش‌نامه تجدیدنظرشده بکت*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- عقیلی، زهرا؛ برکتین، مجید (۱۳۸۴). *بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه اختلال‌های خلقی*. پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- فروزنده، نسرین؛ دشت بزرگی، بهمن (۱۳۷۹). میزان بروز و عوامل مستعدکننده افسردگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری- شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۷۶. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، شماره ۱، ۴۳-۵۱.
- Affonso, D. D., De, A. K., Horowitz, J. A., & Mayberry, L. J. (2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 207-216.
- Akiskal, H. S. (2005). The dark side of bipolarity: Detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. *Journal of Affective Disorders*, 84, 107-115.
- Akiskal, H. S., & Benazzi, F. (2005). Atypical depression: A variant of bipolar II or a bridge between unipolar and bipolar II? *Journal of Affective Disorders*, 84, 209-217.
- Akiskal, H. S., Benazzi, F., Perugi, G., & Rihmer, Z. (2005). Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: Implications for the antidepressant-suicide controversy. *Journal of Affective Disorders*, 85, 245-258.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Angst, J., & Carta, M. G. (2005). Epidemiological and clinical aspects of bipolar disorders: Controversies or a common need to redefine the aims and methodological aspects of surveys. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 4.
- Angst, J., & Cassano, G. (2005). The mood spectrum: Improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7 (Suppl. 4), 4-12.
- Appleby, L., Warner, R., Whitton, A., & Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioral counseling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 314, 932-936.

حسن زهرایی، روشنگر؛ خدادادستان، میترا؛ اسدالهی، قربانعلی؛ بشردوست، نصرت‌الله (۱۳۷۶). بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در



- Beck, A. T., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Benazzi, F., & Akiskal, H. S. (2005). Irritable-hostile depression: Further validation as a bipolar depressive mixed state. *Journal of Affective Disorders, 84*, 197-207.
- Bennett, H. A., Einarson, A., & Taddio, A. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics and Gynecology, 103*, 698-709.
- Bloch, T., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry, 28*, 3-8.
- Bowden, C. L. (2005). A different depression: Clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *Journal of Affective Disorders, 84*, 117-125.
- Bratfos, O., & Haug, J. O. (1966). Puerperal mental disorders in manic-depressive females. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 42*, 285-294.
- Cooper, P. J., Tomlinson, M., & Swartz, L. (1999). Postpartum depression and the mother-infant relationship in a south Africa peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry, 175*, 554-558.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*, 782-786.
- Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry, 163*, 27-31.
- Evans, J., Heron, J., & Francomb, H. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal, 323*, 257-260.
- Ghaemi, S. N., Boiman, E. E., & Goodwin, F. K. (2000). Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: A naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 804-808.
- Ghaemi, S. N., Hsu, D. J., Ko, J. Y., Baldassano, C. F., Kontos, N. J., & Goodwin, F. K. (2004). Bipolar spectrum disorder: A pilot study. *Psychopathology, 37*, 222-226.
- Glasser, S., Barell, V., Boyko, V., Ziv, A., Lusky, A., Shoham, A., & Hart, S. (2000). Postpartum depression in an Israeli cohort: Demographic, psychosocial and medical risk factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 19*, 155-164.
- Goodman, J. H. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecology, and Neonatal Nursing, 33*, 410-420.
- Hay, D. F., & Kumar, R. (1995). Interpreting the effects of mothers postnatal depression on children intelligence: A critique and re-analysis. *Child Psychiatry and Human Development, 25*, 165-181.
- Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T., & Grosser, S. (2000). Postpartum and non-postpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and Anxiety, 11*, 66-72.
- Hirschfeld, R. M., Holzer, C., Calabrese, J. R., Weissman, M., Reed, M., Davies, M., Frye, M. A., Keck, P., McElroy, S., Lewis, L., Tierce, J., Wagner, K. D., & Hazard, E. (2003). Validity of the Mood Disorder Questionnaire: A general population study. *American Journal of Psychiatry, 160*, 178-180.
- Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck, P. E., & Lewi, L. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1873-1875.
- Isometsä, E., Suominen, K., Mantere, O., Valtonen, H., Leppämäk, S. I., Pippingsköld, M., & Arvilommi, P. (2003). The Mood Disorder Questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. *BMC Psychiatry, 3*, 8.
- Jones, I., & Craddock, N. (2001). Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: Results of a family study. *American Journal of Psychiatry, 158*, 913-917.
- Kendell, R. E., Chalmer, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry, 150*, 662-673.
- Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry, 144*, 35-47.
- Liewellyn, A. M., Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry, 58* (Suppl. 15), 26-32.

- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health, 12*, 373-380.
- Mazhari, S., & Nakhaee, N. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Iranian sample. *Archives of Women's Mental Health, 10*, 293-297.
- Mendlowicz, M. V., Akiskal, H. S., Kelsoe, J. R., Rapaport, M. H., Jean-Louis, G., & Gillin, J. C. (2005). Temperament in the clinical differentiation of depressed bipolar and unipolar major depressive patients. *Journal of Affective Disorders, 84*, 219-223.
- Michaud, C. M., Murray, C. J., & Bloom, B. R. (2001). Burden of disease implications for future researches. *JAMA, 285*, 535-539.
- Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *JAMA, 287*, 762-764.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Massachusetts: Cambridge Harvard University Press.
- Muzina, D. J. (2007). Bipolar spectrum disorder: Differential diagnosis and treatment. *Primary Care, 34*, 521-550.
- O'Hara, M. W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry, 43*, 569-573.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and no childbearing women. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 3-15.
- Patel, V., Rahman, A., Jacob, K. S., & Hughes, M. (2004). Effects of maternal mental health on infant growth in low-income countries: A new evidence from South Asia. *British Medical Journal, 328*, 820-823.
- Reich, T., & Winokur, G. (1970). Postpartum psychoses in patients with manic depressive disease. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 151*, 60-68.
- Shabani, A., Koohi-Habibi, L., Nojomi, M., Chimeh, N., Ghaemi, S. N., & Soleimani, N. (2009). The Persian Bipolar Spectrum Diagnostic Scale and Mood Disorder Questionnaire in screening the patients with bipolar disorder. *Archives of Iranian Medicine, 12*, 41-47.
- Sharma, V. (2002). Pharmacotherapy of postpartum depression. *Expert Opinion on Pharmacotherapy, 3*, 1421-1431.
- Watson, J. P., Elliott, S. A., Rugg, A. J., & Brough, D. I. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry, 144*, 453-462.
- Wickberg, B., & Hwang, C. P. (1997). Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 95*, 62-66.
- Widdowson, E. M. (1951). Mental contentment and physical growth. *Lancet, 195*, 1316-1318.
- Wisner, K. L., Parry, B. L., & Piontek, C. M. (2002). Clinical practice in postpartum depression. *New England Journal of Medicine, 347*, 194-199.