مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۶، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۶: ۳۲۳-۳۱۷

● مقاله تحقیقی

تعیین میزان افسردگی در زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاههای مراقبت از بارداری بیمارستانهای بقیه‌الله(عج) و نجمیه تهران

دکتر افسانه لالوئی [1*]
دکتر نفیسه کاشانی‌زاده [2]

۱. استادیار دانشگاه علوم‌پزشکی بقیه‌ا... (عج) – دانشکده پزشکی – گروه زنان و زایمان – بیمارستان بقیه‌ا... (عج)
۲. استادیار دانشگاه علوم‌پزشکی بقیه‌ا... (عج) – دانشکده پزشکی – گروه زنان و زایمان – بیمارستان بقیه‌ا... (عج)

* نشانی نویسنده مسئول: تهران – میدان ونک – خیابان ملاصدرا – بیمارستان فوق‌تخصصی بقیه‌ا... الاعظم (عج)
دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله(عج)- کد پستی: ۱۹۹۴۵/۵۸۷
دانشکده پزشکی – گروه آموزشی زنان و زایمان- طبقه ۱۱ یال شرقی
تلفن تماس: ۰۹۱۲۱۱۲۷۶۴۵

چکیده

زمینه: مطالعات اخیر نشان داده است که افسردگی حین بارداری حتی از افسردگی پس از زایمان نیز شایعتر است . هدف ازانجام این مطالعه تعیین فراوانی افسردگی وعوامل مرتبط با آن در در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی بقیه الله و نجمیه می باشد.

روش کار: مطالعه ما توصیفی – مقطعی می‌باشد.در این مطالعه ٤٠٠ خانم باردار که به درمانگاه مراقبت های دوره بارداری بیمارستانهای بقیه‌ا... (عج) و نجمیه مراجعه نموده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه استاندارد بک جهت ارزیابی افسردگی مورد استفاده قرار گرفت. سایر اطلاعات شامل سن ،شغل ، تعداد فرزندان ، تریمستر بارداری ، تعداد بارداری قبلی ، سابقه افسردگی ، سابقه خانوادگی افسردگی ،سابقه سقط و حاملگی ناخواسته در هنگام مصاحبه جمع آوری شد.

یافته‌ها: فراوانی افسردگی در مطالعه ما ۲۱/۳٪ (۸۵مورد) بود. بین افسردگی با سن مادر (P= ۰/۰۰۸) ، تعداد فرزندان(P=۰/۰۰۱) ، تریمستر بارداری(P=۰/۰۱۸)، تعداد بارداری قبلی(P=۰/۰۰۱)، سابقه افسردگی(p=۰/۰۰۱) و سابقه سقط(P=۰/۰٤) رابطه معنی‌داری بدست آمد. در مدل رگرسیون لجستیک عوامل خطر موثر بر افسردگی سن زیر ۲۵ سال ،سابقه افسردگی وسابقه سقط نشان داده شدند.در مدل رگرسیونی بین سایر متغیر ها وافسردگی رابطه ای وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به فراوانی بالای افسردگی در حین بارداری ،اثر ناتوان کننده افسردگی در خانمهای حامله، عوارضی که برای جنین ایجاد می‌کند ، رابطه بین مادر و فرزند را دچار مشکل می‌سازد و نیز از آنجایی که خطر افسردگی پس از زایمان را بالا می‌برد ، توصیه می‌شود که جهت غربالگری افسردگی در طی بارداری اقدام شود و سؤالات مربوط به نشانه‌های افسردگی در خانمهای باردار بویژه در مورد گروههای پرخطر، جزء روش‌های معمول مراقبت دوران بارداری قرار گیرد.

واژگان کلیدی: بارداری، افسردگی، پرسشنامه عوامل خطر.بک

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۱ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸٦/۳/۱۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٦/۷/۱

Archive of SID
www.SID.ir

مقدمه

اختلالات خلقی خصوصاً افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی در جهان است، تحقیقات نشان می‌دهند که ۳۰٪ مردم در طول حیات دچار افسردگی می‌شوند. مردان ریسک ابتلاء حدود ۱۰٪ را در طول عمر دارند در حالیکه در زنان این میزان حدوداً دوبرابر می‌باشد، بطوری که در سنین باروری، افسردگی در خانمها دو الی سه برابر آقایان بوده و در واقع بالاترین شیوع افسردگی زنان در گروه سنی ۲۵ تا ۴۴ سال است (۱). افسردگی عبارتست از وجود خلق افسرده روزانه به مدت حداقل دو هفته، هر دوره افسردگی ممکن است با اندوه، بی‌تفاوتی، فقدان علاقه و لذت، پوچی، بی‌ارزشی، عدم تسلط بر محیط و تحریک‌پذیری مشخص گردد که این امر معمولاً با تغییراتی در تعدادی از فعالیت‌های عصبی – نباتی شامل الگوهای نامنظم خواب، اشتها، وزن، کندی یا تهیج حرکتی، خستگی، اختلال تمرکز و تصمیم‌گیری، احساس شرمساری یا گناه و افکاری در رابطه با مرگ همراه است. انواع و اقسام تغییراتی که در مصرف غذا و میزان استراحت بیماران افسرده پیدا می‌شود، می‌تواند بیماریهای طبی نظیر دیابت، افزایش فشارخون، بیماری انسدادی مزمن ریه و بیماری قلبی همراه با افسردگی را تشدید کنند (۱).

افسردگی در خلال بارداری، می‌تواند زمینه‌ای را برای افسردگی بعداز زایمان فراهم کند. مادر افسرده ممکن است افکار کشتن یا باوری هذیانی در مورد کودکش داشته باشد (۲). افسردگی نه تنها اثرات سوء در وضعیت روحی و رفتارهای مادر به جای می‌گذارد بلکه حتی عوارض جبران‌ناپذیری روی جنین داشته، به‌طوری که بچه در دوران کودکی و بعد در نوجوانی با مشکلات متعددی روبرو می‌شود (۳).

مشکلاتی که در طی حاملگی و بعد از آن ایجاد می‌شود شامل تولد زودتر از موعد، وزن کم موقع تولد، عقب ماندگی رشد فیزیکی، سوء تغذیه و اسهالهای اپیزودیک، مستعد مبتلا شدن به عفونت‌های حاد تنفسی در کودکی،عدم تطابق و سازش با محیط و حتی رفتارهای ضد اجتماعی در سنین بالاتر می باشد. (۳).

از عواملی که در افسردگی مادر باردار ایفای نقش می‌کنند می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: سن مادر باردار، تعداد بارداریهای قبلی، سن حاملگی، وضعیت شغلی مادر، میزان حمایت اجتماعی، استرس‌ها (مثل کشمکش و اختلالات با همسر)، سابقه مصرف سیگار،الکل و سایر داروهای غیرمجاز، سابقه مشکلات و عوارض حاملگی مثل سقط و مرگ جنینی داخل رحمی، تهوع و استفراغهای زیاد دوران باردرای و همچنین سابقه اختلال شخصیت و خشونت و افسردگی شخصی و یا خانوادگی (۴).

در مورد افسردگی زنان باردار مطالعات متعددی صورت گرفته که فراوانی افسردگی در این مطالعات بین ۴٪ تا ۴۵/۷٪ ذکر گردیده است(۱۱-۵).عوامل خطر متعددی برای افسردگی مانند سن ،شغل ، تعداد فرزندان ، تریمستر بارداری ، تعداد بارداری قبلی ، سابقه افسردگی ، سابقه خانوادگی افسردگی ،سابقه سقط و حاملگی ناخواسته مورد مطالعه قرار گرفته است(۱۷-۱۱).هدف ازانجام این مطالعه تعیین فراوانی افسردگی وعوامل مرتبط با آن در در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی بقیه الله و نجمیه شهر تهران می باشد.

روش کار

بدلایل مطالعه انجام شده یک مطالعه توصیفی – مقطعی بود. این مطالعه در زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری بیمارستانهای بقیه‌ا... (عج) و نجمیه در محدوده زمانی اول اسفند ماه سال ۱۳۸۳ تا آخر اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۴ انجام شد. حجم نمونه در این تحقیق ۴۰۰ نفر بودکه به روش سرشماری از کلیه مادران مراجعه کننده به درمانگاه مراقبت های بارداری بدست آمد. مادرانی که سابقه بیماری های روانی و مصرف داروهای مرتبط داشتند، مبتلا به بیماری مزمن بودند و به عوارض دوران بارداری گرفتار شدند از مطالعه حذف گردیدند.

Archive of SID
www.SID.ir

ابتدا فرم جمع آوری اطلاعات شامل سن ،شغل ، تعداد فرزندان ، تریمستر بارداری ، تعداد بارداری قبلی ، سابقه افسردگی ، سابقه خانوادگی افسردگی ،سابقه سقط و حاملگی ناخواسته برای مادران تکمیل می شد.جهت سنجش افسردگی پرسشنامه BecK در اختیار مادران قرار می گرفت. پر کردن پرسشنامه در حضور پرسشگر وبا راهنمایی وی صورت می گرفت . تست Beck یک تست ۲۱ سؤال استاندارد شده و معتبر است که جهت سنجش افسردگی به کار می‌رود. در تست بک به هر سؤال یک پاسخ داده می‌شود که از صفر تا سه نمره می‌گیرد و جمع نمرات از صفر تا ۶۳ نوسان دارد. به علت اینکه برخی نشانه‌های افسردگی مثل اختلال خواب، نوسانات وزن و کاهش انرژی ممکن است در یک حاملگی طبیعی هم وجود داشته باشند، این موضوع می‌تواند تشخیص افسردگی را مشکل کند (۱۸).بنابراین گرچه بک و همکاران مطرح می‌کنند که امتیاز بالاتر از ۹ مؤید افسردگی است ولی چون نشانه‌های سوماتیک (جسمانی) بارداری می‌تواند امتیازات را در ملاک بک افزایش دهد، برخی پیشنهاد می کنند که بهتر است آستانه بالاتری برای سنجش افسردگی در زنان باردار بکار رود (۱۹). مطالعه هلکام و همکاران پیشنهاد می‌کند که با در نظر گرفتن امتیاز ۱۶ و بالاتر از آن به عنوان افسردگی در زنان باردار، می‌توانیم در مورد این ابزار به حساسیت ۸۳٪ و ویژگی ۸۹٪ دست یابیم (۲۰). بر این اساس ما نمره بالای ۱۶ را به منزله افسردگی در خانم باردار در نظر می گرفتیم.قابل ذکر است که پس از تکمیل پرسشنامه، در صورتی که خانم باردار از لحاظ افسردگی در سطح بالایی بود به روانپزشک معرفی می‌شد.

آنالیز آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS(Version11.5) انجام شد. برای مقایسه متغیرهای اسمی از تست آماری Chi2استفاده شد.در صورت وجود مقادیر مورد انتظار کمتر از ۵، آزمون دقیق فیشر استفاده گردید. برای متغیرهای رتبه‌ای از تست Linear by linear Association استفاده شد . جهت بررسی اثر همزمان متغیر ها بر شانس ابتلا به افسردگی از مدل رگرسیون لجستیک و روش گام به گام استفاده گردید.سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی مادران ۹/ ۴ ± ۲۶/ ۴۶ سال بود.۳۰۶ (۵/ ۷۶ ٪) خانه دار و۹۴ (۲۳/۵٪)شاغل بودند.۲۴۷ (۶۱/۸٪)از مادران اولین حاملگی را تجربه می کردند.۹۷ (۲۴/۳٪) یک فرزند ،۴۸(۱۲٪) دو فرزند و۷(۲٪) سه فرزند یا بیشتر داشتند. ۲۲۳ (۵۵/۸٪ ا) ازمادر ان بدون سابقه بارداری قبلی بودند.۹۸(۲۴/۵٪) سابقه یک بارداری قبلی ،۶۲(۱۵/۵٪) دو بارداری قبلی ،۱۱ (۲/۸٪) سه بارداری قبلی ، ۱(۰/۳٪) ۴ بارداری و۱(۰/۳٪) ۸ بارداری قبلی داشتند.۶۰(۱۵٪)از مادران درسه ماهه اول حاملگی ، ۶۴(۱۶٪) در سه ماهه دوم حاملگی و ۲۷۶ (۶۹٪) در سه ماهه سوم حاملگی بودند.۲۷(۶/۸٪) از مادران سابقه قبلی افسردگی و ۷۴(۱۸/۵٪) سابقه خانوادگی افسردگی داشتند.۷۲(۱۸٪) از مادران سابقه سقط داشتند.۸۱ (۲۰/۳٪)از مادران حاملگی خود را ناخواسته می دانستند.

۸۵ نفر (۲۱/۳٪)مادران افسرده و۳۱۵ نفر (۷۸/۸٪) فاقد افسردگی تشخیص داده شدند. از افراد زیر ۲۵ سال ۱۲ نفر (۴۷/۶٪)، از افراد ۳۰-۲۵ سال ۵۸ نفر (۱۹/۱٪) و از افراد بالای ۳۰ سال ۱۷ نفر (۲۲/۷٪) افسرده بودندو تفاوت این سه گروه سنی از نظر فراوانی افسردگی معنی‌دار بود (P= ۰/۰۰۸). از مادران بدون فرزند ۳۸ نفر (۱۵/۸٪)، یک فرزند ۳۲ نفر (۳۳٪)، دو فرزند ۱۰ نفر (۲۰/۸٪) و دارای سه فرزند و بیشتر ۵ نفر (۶۲/۵٪) افسرده بودند و ارتباط معنی‌دار بین افسردگی و تعداد فرزندان وجود داشت (P=۰/۰۰۱) (نمودار شماره ۴). از افراد بدون بارداری قبلی ۳۴ نفر (۱۵/۵٪)، از زنان با سابقه یکبار بارداری قبلی ۲۶ نفر (۲۶٪)، با دوبار حاملگی قبلی ۱۷ نفر (۲۵/۸٪)، با سابقه سه مرتبه بارداری یا بیشتر ۸ نفر

Archive of SID

www.SID.ir

(۵۰٪) افسردگی داشتند و بین تعداد بارداری‌های قبلی و وجود افسردگی ارتباط معنی داری وجود داشت(P=۰/۰۰۱). مادران سه ماهه اول ۱۰ نفر (۱۶/۷٪)، سه ماهه سوم ۲۲ نفر (۳۴/۴٪) و در سه ماهه سوم ۵۳ نفر (۱۹/۲٪) افسرده بودند و این تفاوت ها معنی‌دار بود (P=۰/۰۱۸) . از افراد دارای سابقه افسردگی پیشین ۱۵ نفر (۱۸/۸٪) و از افراد فاقد سابقه قبلی ۷۰ نفر (۵۵/۶٪) افسرده بودند و این تفاوت معنی‌دار بود (p =۰/۰۰۱). در افراد با سابقه سقط ۲۵ نفر (۱۸/۳٪) و در افراد بدون سابقه سقط ۶۰ نفر (۳۴/۷٪) افسرده بودند و این تفاوت معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۴) .

از زنان خانه‌دار ۷۱ نفر (۲۳/۲٪) و از زنان شاغل ۱۴ نفر (۱۴/۹٪) افسرده بودند و این تفاوت معنی‌دار نبود (P=۰/۰۸۵).در افراد با سابقه خانوادگی افسردگی ۱۱ نفر (۱۴/۹٪) و در فقدان سابقه خانوادگی ۷۴ نفر (۲۲/۷٪) افسرده بودند و این اختلاف معنی‌دار نبود (P=۰/۱۴). درحاملگی‌های ناخواسته ۲۳ نفر (۲۸/۴٪) مادران افسرده بودند و از حاملگی‌های خواسته ۶۲ نفر (۱۹/۴٪) از مادران افسرده بودند ولی تفاوت معنی‌دار نبود (P=۰/۰۸) .

پس از انجام رگرسیون لجستیک عوامل موثر بر افسردگی سن زیر ۲۵ سال ،سابقه افسردگی وسابقه سقط نشان داده شدند(جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- عوامل تعیین کننده افسردگی بر اساس مدل رگرسیون لجستیک

متغیر	گروه بندی	Odds Ratio	Confidence interval	P value
سن	زیر ۲۵ سال	۳/۵۳	۱/۳٤-۹/۳۰	۰/۰٤
	بالای ۲۵ سال	۱		
سابقه افسردگی	دارد	٦/۷۰	۲/۷۰-۱٦/۵۸	۰/۰۰۰
	ندارد	۱		
سابقه سقط	دارد	۲/۹٤	۱/٦۰-۵/۳۸	۰/۰۰۲
	ندارد	۱		

بحث

مطالعه ما نشان داد که حدود ۲۱/۳٪ زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای بقیه‌ا... (عج) و نجمیه دچار افسردگی بودند. درمطالعه Alvarado و همکاران که در یک گروه ۱۲۵ نفره از زنان باردار اسپانیائی انجام شد ۲۹٪ زنان باردار افسرده بودند(۵).در مطالعه H Chen و همکاران فراوانی افسردگی درخانم های باردار ۲۰٪ بود(۶). درمطالعهDE Jasse و همکاران که برروی ۱۳۰ نفر زن باردار آمریکایی انجام شد حدود ۲۷٪ از آنها علائم افسردگی داشتند (۷). در مطالعه Marcus SMو همکاران که در آمریکا انجام شد ۲۰٪ خانم های باردار مبتلا به افسردگی بودند(۸).

مطالعات انجام شده در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفت .آقای دانشیاری با مطالعه بر روی ۴۰۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران فراوانی افسردگی زنان باردار را ۳۳/۳٪ گزارش کردند (۹). در پژوهشی که در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۷۸ صورت گرفت ۴۵/۷٪افسرده بودند(۱۰). در زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه مراقبت های بارداری مجتمع بیمارستانی امام خمینی حداقل ۳۰/۶درصد

www.SID.ir

خانم های مورد مطالعه از درجات مختلف افسردگی رنج می بردند(۱۱). در کل مشخص شد که فراوانی افسردگی در جمعیت مورد مطالعه ما یعنی خانم های باردار مراجعه کننده به درمانگاههای مراقبت از بارداری بیمارستانهای بقیه‌الله(عج) و نجمیه نسبت به اکثر مطالعات انجام شده در ایران و خارج از ایران درصد کمتری دارد. در عین حال فراوانی افسردگی در مطالعات مختلف دامنه وسیعی دارد، به گونه ای که Kitamura BA و همکاران با مرور مطالعات پیشین گزارش کردند که فراوانی افسردگی در زنان باردار از ۴ الی ۲۹ درصد متغیر است(۱۲).با این وجود فراوانی افسردگی در مادران شرکت کننده در مطالعه ما باید مورد توجه قرار بگیرد.

در مطالعه ما بین افسردگی و سن رابطه وجود داشت. به طوری که در سن زیر ۲۵ سال فراوانی افسردگی بیشتر بود. H Chen و همکاران نیز مانند مطالعه ما سن پائین مادر باردار را عامل خطر افسردگی گزارش کردند (۶).اما در بعضی مطالعات بین سن پائین و افسردگی در خانم های باردار ارتباطی به دست نیامد(۱۰).

پس از آزمون رگرسیون لجستیک مشخص شد که خانم های بارداری که سن زیر ۲۵ سال داشتند ۳/۵۳ برابر نسبت به بالای ۲۵ سال در معرض افسردگی هستند.در مطالعه ما سابقه شخصی افسردگی با افسردگی دوران بارداری ارتباط معنی داری داشت . مطالعات دیگر نیز این مساله را تائید می کند(۵،۱۱).

در مدل رگرسیون لجستیک مشخص گردید مادرانی که سابقه افسردگی داشتند ۶/۷برابر نسبت به مادرانی که سابقه افسردگی نداشتند در معرض افسردگی بارداری بودند. سابقه سقط با افسردگی دوران بارداری در مطالعه ما ما نند مطالعهKitamura BA و همکاران ارتباط معنی داری داشت (۱۲). در آزمون رگرسیون لجستیک مادرانی که سابقه سقط داشتند ۲/۹۴ برابر مادرانی که سابقه سقط نداشتند در معرض افسردگی بارداری بودند. در مدل رگرسیون لجستیک متغیر های مخدوش گر و متغیر هایی که بر یکدیگر اثر می گذارند حذف می گردد تا ارتباط متغیر ها به صورت واقعی تر سنجیده شود. مثلا در مطالعه ما مادرانی که فرزندان بیشتر و تعداد بارداری های بیشتری داشتند بیشتر در معرض افسردگی بودندومطالعات دیگر نیز این مطلب را تائید می کرد(۱۳،۱۰)، ولی پس از انجام رگرسیون لجستیک مشخص شدکه تعداد بارداری وفرزند مستقیما روی میزان افسردگی اثر ندارند وبا واسطه متغیر های دیگر بر افسردگی اثر می گذارند. مطالعه ما نشان داد که افسردگی در سه ماهه دوم از فراوانی بیشتری نسبت به سه ماهه سوم و سپس سه ماهه اول برخوردار است. این نتایج با مطالعه مروری Bennett و همکاران همخوانی داشت(۱۴). در مطالعه ما فراوانی افسردگی در مادران شاغل و خانه دار تفاوت معنی داری نداشت.Rubertsson C و همکاران در یک مطالعه روی ۲۴۳۰ زن باردار سوئدی گزارش کردند که عدم اشتغال زنان (در خارج از خانه) می‌تواند خانم ها را در معرض خطر افسردگی قرار دهد (۱۵). در عین حال مطالعه دیگری نشان داد که شغل و افسردگی در مادران باردار ارتباطی با هم ندارند (۱۰).

ما بین سابقه خانوادگی افسردگی و افسردگی دوران بارداری ارتباطی پیدا نکردیم .اما Bernazzani Oو همکاران با مطالعه بر روی ۲۱۳ زن باردار کانادایی که در سه ماهه دوم حاملگی به سر می‌بردند گزارش کردند که سابقه فامیلی افسردگی می‌تواند اثر مستقیمی بر افسردگی دوران بارداری داشته باشد(۱۶). ما بین حاملگی ناخواسته و افسردگی دوران بارداری رابطه ای نیافتیم.مطالعات دیگر نشان داده اند که افسردگی با حاملگی نا خواسته ارتباط معنی داری دارد(۱۷،۵).

فراوانی افسردگی در جمعیت مورد مطالعه ما ۲۱/۳٪ بود و افسردگی فقط با سن زیر ۲۵ سال ، سابقه افسردگی و سابقه سقط مستقیما ارتباط داشت. علی رغم خطر بالای ابتلا به این بیماری در خانم های باردار ، بسیاری از پزشکان از ارزیابی، تشخیص و

Archive of SID

www.SID.ir

در مـان مناسـب مـادران در طـی حـاملگی غفلت می کننـد. یکـی از دلائـل مهـم ایـن غفلــت آن اســت کــه علائــم ســوماتیک افسردگی در طی بارداری ماننـد تغییـرات در خواب واشتها می توانـد بـه اشـتباه تغییـرات فیزیولوژیک وابسته به حاملگی تلقی شـده و تشخیص افسردگی دچار مـشکل گـردد(۲۱). حتی وقتی که مادر در خطر بـرای افـسردگی تشخیص داده می شود ، مطالعات نشان داده که تعداد کمی درمان دریافت می کنند(۲۲).

هم چنین با توجـه بـه ایـن مـسئله کـه خانم‌هایی که از قبـل تحـت درمـان دارویـی افــسردگی بودنــد، پــس از حــاملگی غالبــاً داروهای خود را قطع می‌کنند و ایـن مـسئله منجـر بـه عـود و سـایر عـوارض افـسردگی می‌شود، بایـستی در مـورد ضـرورت درمـان توجیه شوند. زیرا برای خیلی از خانم‌ها خطـر مصرف نکردن داروها از خطر مصرف کـردن بیشتر است.

پیشنهادات

با توجه به فراوانـی بـالای افـسردگی در حین بارداری ،اثر ناتوان کننـده افـسردگی در خانم‌های حامله، عوارضـی کـه بـرای جنـین ایجـاد و رابطـه بـین مـادر و فرزنـد را دچـار مشکل می‌کنـد و نیـز از آنجـایی کـه خطـر افسردگی پـس از زایمـان را بـالا مـی‌بـرد ، توصیه می‌شود که جهت غربالگری افسردگی در طی بارداری اقدام شود و سؤالات مربـوط به نشانه‌های افسردگی در خـانم‌هـای بـاردار بـویژه در مـورد گروههـای پرخطـر، جـزء روش‌های معمول مراقبت دوران بارداری قرار گیـرد. افـزایش آگـاهی پزشـکان و پرسـنل درمانگاههای مراقبت از بـارداری، بیمـاران و جامعه درباره افسردگی حین بارداری ، ایجـاد یک سیستم ارتباطی بین مراقبت‌هـای دوران بـارداری و مراقبـت‌هـای روانـی و در نتیجـه بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به زنـان مبتلا به افسردگی ضروری به نظر می‌رسـد.

Archive of SID

www.SID.ir

مراجع

1. *Benjamin J Sadock , Virginia A Sadock . Kaplan & Sadock's Comprehensive text book of psychiatry.7th ed:Lippincott Williams & wilkins. 2000; 1284-1338.*
2. *Bonari L, Pinto N, Ahn E, et al: Perinatal risks of unteated depression during pregnancy. Can J psychiatry. 2004 Nov; 49 (11): 726-35.*
3. *Rahman A, Igbol Z, Bunn J, et al. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. Arch Gen psychiatry. 2004 Sep; 61(9): 946-52.*
4. *Misri S, oberlander TF, Faribrother N, et al. Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. Can J psychiatry. 2004 Oct; 49 (10): 684-9.*
5. *Alvardo, Perucca E. Depressive disorders during pregnancy and associated factors. Re V Chil obstet Ginecol, 1993; 58(2): 135-41.*
6. *Chen H, chan YH 3rd. Tan KH, et al. Depressive symptomatology in pregnancy a Singaporean perspective. Soc psychiatry psychiatr Epidemiol. 2004 Dec; 39 (12): 975-9.*
7. *Jesse DE, Grahanm M. Are you often Sad and depressed? Brief measures to identify women at risk for depression in pregnancy. MCN Am J Matern Child Nurs. 2005 Jan-Feb; 30(1): 40-5..*
8. *Marcus SM; Flynn HA; Blow FC; Barry KL.Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings.J Womens Health (Larchmt) 2003 May;12(4):373-80.*

۹. دانشیاری متین. بررسی فراوانی افسردگی در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۲ – پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای عمومی، ۱۳۸۳ : ۴۰-۳۵.

۱۰. فرزانه پازنده، ژانت طومیانس، فاطمه افشار، ناصر ولایی. بررسی شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، سال ۱۳۷۸ فیض، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کاشان، ۱۳۸۱؛ دوره ٦، بهار، شماره ۲۱: صفحات ۷۰-٦٦.

۱۱. مژگان کاریخش، مجتبی صداقت. افسردگی حین بارداری: لزوم ادغام بیماریابی در مراقبت های خانم های باردار. پایش، فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، ۱۳۸۱؛ دوره ۱، پاییز، شماره ٤: صفحات۵۵-٤۹

12. *Kitamura BA, Muller R, Bradley BS. Perinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. Birth. 2001 Mar; 28 (1): 28-35.*
13. *Fisher J, Stocky A. Maternal perinatal mental health and multiple briths: implications for practice. Twin Res. 2003 Dec; 6 (6): 506-13.*
14. *Bennett HA; Einarson A; Taddio A; Koren G; Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review.Obstet Gynecol 2004 Apr;103(4):698-709.*
15. *Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. Arch Womens Ment Health. 2005 Jun;8(2):97-104.*
16. *Bernazzani O, saucier JF. Psychosocial Factors related to emontional disturbances during pregnancy. J Psychosom Res. 1997 Apr; 42 (4): 391-402.*

۱۷. لاله حسینی شهیدی، مریم مقیمیان، جهانشیر توکلی زاده. مقایسه افسردگی در حاملگی های خواسته و ناخواسته افق دانش، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، ۱۳۸۱؛ دوره ۸، پاییزو زمستان، شماره ۲: صفحات ۹۵-۹۰

18. *Miller LY, Shah A. major mental illness during pregnancy. Psychiatry update 1999; 6: 163-8.*
19. *Holcomb WL, Jr Stone LS, Lustman PJ, Gavard JA, Mostello DJ. Screening for depression in pregnancy: characteristics of the Beck Depression Inventory. Obsterics and Gynecology 1996; 88: 1021-1025.*
20. *Helkam MP. Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy. Key aspects of antenatal care for general practice. Aust Fam physician. 2003 mar; 32 (3): 119-26.*
21. *Altshuler, LL, Hendrick, V, Cohen, LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. J Clin Psychiatry 1998; 59 Suppl 2:29.*
22. *Marcus, SM, Flynn, HA, Blow, FC, Barry, KL. Depressive Symptoms among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. J Womens Health (Larchmt) 2003; 12:373.*

Archive of SID

www.SID.ir