

● مقاله تحقیقی

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

چکیده

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

روش کار: مطالعه ما توصیفی - مقطعی می باشد. در این مطالعه ۴۰۰ خانم باردار که به درمانگاه مراقبت های دوره بارداری بیمارستانهای بقیه الله... (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.

یافته ها: فراوانی افسردگی در مطالعه ما ۲۱/۳ (۸۵مورد) بود. بین افسردگی با سن مادر ($P=0/008$)، تعداد فرزندان ($P=0/001$)، تریمستر بارداری ($P=0/018$)، تعداد بارداری قبلی ($P=0/001$)، سابقه افسردگی ($p=0/001$) و سابقه سقط ($P=0/004$) رابطه معنی داری بدست آمد. در مدل رگرسیون لجستیک عوامل خطر موثر بر افسردگی سن زیر ۲۵ سال، سابقه افسردگی و سابقه سقط نشان داده شدند. در مدل رگرسیونی بین سایر متغیرها و افسردگی رابطه ای وجود نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به فراوانی بالای افسردگی در حین بارداری، اثر ناتوان کننده افسردگی در خانمهای حامله، عوارضی که برای جنین ایجاد می کند، رابطه بین مادر و فرزند را دچار مشکل می سازد و نیز از آنجایی که خطر افسردگی پس از زایمان را بالا می برد، توصیه می شود که جهت غربالگری افسردگی در طی بارداری اقدام شود و سؤالات مربوط به نشانه های افسردگی در خانمهای باردار بویژه در مورد گروههای پرخطر، جزء روش های معمول مراقبت دوران بارداری قرار گیرد.

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



دکتر افسانه لالوئی^{۱*}

دکتر نفیسه کاشانی زاده^۲

۱. استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله... (عج) - دانشکده پزشکی - گروه زنان و زایمان - بیمارستان بقیه الله... (عج)

۲. استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله... (عج) - دانشکده پزشکی - گروه زنان و زایمان - بیمارستان بقیه الله... (عج)

***نشانی نویسنده مسئول:** تهران - میدان ونک - خیابان ملاصدرا - بیمارستان فوق تخصصی بقیه الله... الاعظم (عج) دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) - کد پستی: ۱۹۹۴۵/۵۸۷

دانشکده پزشکی - گروه آموزشی زنان و زایمان - طبقه ۱۱ یال شرقی
تلفن تماس: ۰۹۱۲۱۱۲۷۶۴۵

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

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 دو برابر 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 بعد از زایمان فراهم کند. مادر افسرده ممکن است افکار کشتن یا باوری هذیانی در مورد کودک داشته باشد (۲). افسردگی نه تنها اثرات سوء در وضعیت روحی و رفتارهای مادر به جای می‌گذارد بلکه حتی عوارض جبران‌ناپذیری روی جنین داشته، به طوری 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 می‌باشد. (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 بارداری 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 (۵-۱۱). 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 از انجام این مطالعه تعیین فراوانی افسردگی و عوامل مرتبط با آن 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 بقیه‌الله (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 بود که 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.



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 و ۱ (۰/۳٪) ۸ بارداری قبلی داشتند. ۶۰ (۱۵٪) از مادران در سه 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 و ۳۱۵ نفر (۷۸/۸٪) فاقد افسردگی تشخیص داده شدند. از افراد زیر ۲۵ سال ۱۲ نفر (۴۷/۶٪)، از افراد ۲۵-۳۰ سال ۵۸ نفر (۱۹/۱٪) و از افراد بالای ۳۰ سال ۱۷ نفر (۲۲/۷٪) افسرده بودند و تفاوت این سه گروه سنی از نظر فراوانی افسردگی معنی دار بود ($P=0/008$). 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 معنی دار بین افسردگی و تعداد فرزندان وجود داشت ($P=0/001$) (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

می توانیم 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 می شد.

آنالیز آماری داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (Version 11.5) انجام شد. برای مقایسه متغیرهای اسمی از تست آماری Chi2 استفاده شد. در صورت وجود مقادیر مورد انتظار کمتر از ۵، آزمون دقیق فیشر استفاده گردید. برای متغیرهای رتبه ای از تست Linear by linear Association استفاده شد. جهت بررسی اثر همزمان متغیرها بر شانس ابتلا به افسردگی از مدل رگرسیون لجستیک و روش گام به گام استفاده گردید. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی مادران $26/46 \pm 4/9$ سال بود. ۳۰۶ (۷۶/۵٪) خانه دار و ۹۴ (۲۳/۵٪) شاغل بودند. ۲۴۷ (۶۱/۸٪) از مادران اولین حاملگی را تجربه می کردند. ۹۷ (۲۴/۳٪) یک فرزند، ۴۸ (۱۲٪) دو فرزند و ۷ (۲٪) سه فرزند یا بیشتر داشتند. ۲۲۳ (۵۵/۸٪) از مادران بدون سابقه بارداری

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 و با راهنمایی وی صورت می گرفت. تست Beck یک تست ۲۱ سؤال استاندارد شده و معتبر است که جهت سنجش افسردگی به کار می رود. در تست بک به هر سؤال یک پاسخ داده می شود که از صفر تا سه نمره می گیرد و جمع نمرات از صفر تا ۶۳ نوسان دارد. به علت اینکه برخی نشانه های افسردگی مثل اختلال خواب، نوسانات وزن و کاهش انرژی ممکن است در یک حاملگی طبیعی هم وجود داشته باشند، این موضوع می تواند تشخیص افسردگی را مشکل کند (۱۸). بنابراین گرچه بک و همکاران مطرح می کنند که امتیاز بالاتر از ۹ مؤید افسردگی است ولی چون نشانه های سوماتیک (جسمانی) بارداری می تواند 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 می کند که با در نظر گرفتن امتیاز ۱۶ و بالاتر از آن به عنوان افسردگی در زنان باردار،

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

(۵۰٪) افسردگی داشتند و بین تعداد بارداری‌های قبلی و وجود افسردگی ارتباط معنی داری وجود داشت ($P=0/001$). 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 تفاوت‌ها معنی‌دار بود ($P=0/018$). 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 ($P=0/001$). 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 ($P=0/004$). حاملگی‌های خواسته ۶۲ نفر (۱۹/۴٪) از مادران افسرده بودند ولی تفاوت معنی‌دار نبود ($P=0/08$). پس از انجام رگرسیون لجستیک عوامل موثر بر افسردگی سن زیر ۲۵ سال، سابقه افسردگی و سابقه سقط نشان داده شدند (جدول شماره ۱).

از زنان خانه‌دار ۷۱ نفر (۲۳/۲٪) و از زنان شاغل ۱۴ نفر (۱۴/۹٪) افسرده بودند و این تفاوت معنی‌دار نبود ($P=0/085$). 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 ($P=0/14$). در حاملگی‌های ناخواسته ۳۳ نفر (۲۸/۴٪) مادران افسرده بودند و از

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 | ۱/۳۴-۹/۳۰ | ۰/۰۴ |
| | بالای ۲۵ سال | ۱ | | |
| سابقه افسردگی | دارد | ۶/۷۰ | ۲/۷۰-۱۶/۵۸ | ۰/۰۰۰ |
| | ندارد | ۱ | | |
| سابقه سقط | دارد | ۲/۹۴ | ۱/۶۰-۵/۳۸ | ۰/۰۰۲ |
| | ندارد | ۱ | | |

بحث

مطالعه ما نشان داد که حدود ۲۱/۳٪ زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای بقیه‌الله (عج) و نجمیه دچار افسردگی بودند. در مطالعه Alvarado و همکاران که در یک گروه ۱۲۵ نفره از زنان باردار اسپانیایی انجام شد ۲۹٪ زنان باردار افسرده بودند (۵). در مطالعه H Chen و همکاران فراوانی افسردگی در خانم‌های باردار ۲۰٪ بود (۶).

در مطالعه DE Jasse و همکاران که بر روی ۱۳۰ نفر زن باردار آمریکایی انجام شد حدود ۲۷٪ از آنها علائم افسردگی داشتند (۷). در مطالعه Marcus SM و همکاران که در آمریکا انجام شد ۲۰٪ خانم‌های 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 ۳۰/۶ درصد



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) می تواند 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 O و همکاران با مطالعه بر روی ۲۱۳ زن باردار کانادایی که در سه ماهه دوم حاملگی به سر می بردند گزارش کردند که سابقه فامیلی افسردگی می تواند 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 ناخواسته 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 مستقیماً ارتباط داشت. علی رغم خطر بالای ابتلا به این بیماری در خانم های باردار، بسیاری از پزشکان از ارزیابی، تشخیص و

با افسردگی دوران بارداری ارتباط معنی داری داشت. مطالعات دیگر نیز این مساله را تأیید می کند (۵، ۱۱).

در مدل رگرسیون لجستیک مشخص گردید مادرائی که سابقه افسردگی داشتند ۶/۷ برابر نسبت به مادرائی که سابقه افسردگی نداشتند در معرض افسردگی بارداری بودند. سابقه سقط با افسردگی دوران بارداری در مطالعه ما مانند مطالعه Kitamura BA و همکاران ارتباط معنی داری داشت (۱۲). در آزمون رگرسیون لجستیک مادرائی که سابقه سقط داشتند ۲/۹۴ برابر مادرائی که سابقه سقط نداشتند در معرض افسردگی بارداری بودند. در مدل رگرسیون لجستیک متغیرهای مخدوش گر و متغیرهایی که بر یکدیگر اثر می گذارند حذف می گردد تا ارتباط متغیرها به صورت واقعی تر سنجیده شود. مثلاً در مطالعه ما مادرائی که فرزندان بیشتر و تعداد بارداری های بیشتری داشتند بیشتر در معرض افسردگی بودند و مطالعات دیگر نیز این مطلب را تأیید می کرد (۱۰، ۱۳). ولی پس از انجام رگرسیون لجستیک مشخص شد که تعداد بارداری و فرزند مستقیماً روی میزان افسردگی اثر ندارند و با واسطه متغیرهای 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

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 بقیه الله (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

پیشنهادات

با توجه به فراوانی بالای افسردگی در حین بارداری، اثر ناتوان کننده افسردگی در خانم‌های حامله، عوارضی که برای جنین ایجاد و رابطه بین مادر و فرزند را دچار مشکل می‌کند 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. افزایش آگاهی پزشکان و پرسنل درمانگاههای مراقبت از بارداری، بیماران و جامعه درباره افسردگی حین بارداری، ایجاد یک سیستم ارتباطی بین مراقبت‌های دوران بارداری و مراقبت‌های روانی و در نتیجه بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به زنان مبتلا به افسردگی ضروری به نظر می‌رسد.

در مان مناسب مادران در طی حاملگی غفلت می‌کنند. یکی از دلایل مهم این غفلت آن است که علائم سوماتیک افسردگی در طی بارداری مانند تغییرات در خواب و اشتها می‌تواند به اشتباه تغییرات فیزیولوژیک وابسته به حاملگی تلقی شده و تشخیص افسردگی دچار مشکل گردد (۲۱). حتی وقتی که مادر در خطر برای افسردگی تشخیص داده می‌شود، مطالعات نشان داده که تعداد کمی درمان دریافت می‌کنند (۲۲). هم چنین با توجه به این مسئله که خانم‌هایی که از قبل تحت درمان دارویی افسردگی بودند، پس از حاملگی غالباً داروهای خود را قطع می‌کنند و این مسئله منجر به عود و سایر عوارض افسردگی می‌شود، بایستی در مورد ضرورت درمان توجیه شوند. زیرا برای خیلی از خانم‌ها خطر مصرف نکردن داروها از خطر مصرف کردن بیشتر است.



مراج

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 untreated 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. Alvarado, 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, Grahannm 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. دانشجویی متن. 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 ۶، بهار، شماره ۲۱: صفحات ۷۰-۶۶.
۱۱. مژگان کاربخش، 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 ۴: صفحات ۵۵-۴۹.
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 emotional 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، پاییز و 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. *Obstetrics 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.