

# بررسی شیوع افسردگی در سه ماهه سوم بارداری

\*دکتر محمدجعفر مدبرنیا<sup>۱</sup>(MD) - دکتر حسین شجاعی تهرانی<sup>۲</sup>(MPh) - سایه حیدری نژاد<sup>۲</sup>(MD)

\*نویسنده مسئول: گیلان، رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان شفاء، گروه روانپزشکی

پست الکترونیک: gmodaber@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۱/۹ تاریخ پذیرش: ۸۸/۴/۱۰

## چکیده

مقدمه: زنان در طی دوران بارداری و پس از زایمان مستعد بروز اختلال خلقی هستند. شیوع افسردگی حین بارداری در مطالعات همه‌گیری‌شناسی متعدد بسیار متفاوت بوده است.

هدف: تعیین شیوع افسردگی در سه ماهه سوم بارداری در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان الزهراء رشت - زمستان ۱۳۸۶.

مواد و روش‌ها: از حدود ۹۰۰ زنی که در سه ماهه سوم حاملگی خود به درمانگاه مراقبت‌های بارداری بیمارستان الزهراء رشت در زمستان سال ۱۳۸۶ مراجعه کرده بودند، ۴۱۵ نفر با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. آزمون افسردگی بک و پرکردن پرسشنامه‌ای مشتمل بر برخی خصوصیت‌های دموگرافی برای بررسی متغیرهای تحقیق بکار رفت.

نتایج: از ۴۱۵ پرسشنامه، ۱۵ نمونه (به دلیل پاسخ‌دهی ناکامل) از مطالعه حذف شدند. از ۴۰۰ نمونه، ۱۰۰ نفر (۲۵٪) در درجه‌هایی از افسردگی را داشتند. بین افسردگی و میزان تحصیلات ( $P=0/018$ )، اشتغال ( $P=0/039$ ) و گراویته ( $P=0/033$ ) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت و بین افسردگی با سن ( $P=0/537$ ) و وضعیت اجتماعی-اقتصادی ( $P=0/531$ ) این ارتباط وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: شیوع افسردگی و همراهی آن با تحصیلات، اشتغال و گراویته با نتایج مطالعات دیگر همسو ولی همراهی آن با وضعیت اجتماعی-اقتصادی و سن، متفاوت بوده است. مصاحبه ساختار یافته روانپزشکی و تحلیل برای تعیین شیوع اختلال افسردگی حین بارداری و ارتباط آن با متغیرهای مطالعه شده توصیه می‌شود.

## کلید واژه‌ها: افسردگی / تست‌های روان‌شناسی / سه ماهه سوم آبستی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هجدهم شماره ۷۱، صفحات: ۱۹-۲۵

## مقدمه

افسردگی، شایع‌ترین اختلال روانی در بزرگسالی (۱) و به نظر سازمان جهانی بهداشت (WHO) چهارمین مشکل مبرم بهداشتی در جهان است (۲). شیوع افسردگی در زنان ۲ برابر مردان گزارش می‌شود (۱) که علت این شیوع بالاتر را می‌توان به وجود عوامل مختلف از جمله تغییر هورمونی مرتبط با چرخه باروری و فشارهای مختلف عصبی ناشی از بارداری و زایمان نسبت داد (۳-۶).

افسردگی حین بارداری به دلیل تأثیر نامطلوب بر مادر، جنین و نوزاد اهمیت دارد (۷ و ۸). از جمله این عوارض، ضعف در برقراری ارتباط مؤثر عاطفی با نوزاد، روی آوردن به کشیدن سیگار، مصرف الکل و مواد مخدر، اقدام به خودکشی، زجر جنین، نارس بودن و کاهش وزن هنگام تولد، تغییر رفتار نوزاد و ارتباط نزدیک بین افسردگی حین بارداری و افسردگی پس از زایمان است (۱۱-۶) و این در حالی است که بارداری تا مدت‌ها به عنوان دوره‌ای تلقی می‌شد که زنان را در برابر بروز اختلال

روانی ایمن می‌کند (۷). مطالعات همه‌گیری‌شناسی در دوره‌های مختلف زمانی در کشورهای انگلستان، آمریکا، کانادا، استرالیا، ژاپن، پرتغال و اوگاندا، میزان ابتلای به افسردگی را در زنان باردار ۲۰-۱۰٪ نشان داده است (۷، ۱۲ و ۱۳). در ایران نیز در مطالعه‌ای با استفاده از آزمون افسردگی بک بر ۵۸۰ زن باردار در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۷۸، شیوع افسردگی ۴۵/۷٪ بدست آمد (۹). در مطالعه‌ای دیگر با آزمون افسردگی بک جهت بررسی شیوع افسردگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری بیمارستان میرزا کوچک‌خان تهران در سال ۱۳۸۲ فقط در دو ماه دی و بهمن، ۲۳/۳٪ زنان باردار دچار درجاتی از افسردگی بودند (۱). در مجموع نتایج مطالعات مختلف در سال‌های متفاوت، شیوع علائم افسردگی در حاملگی را ۵۱-۸٪ نشان داده است (۱۴ و ۱۵). تأثیر برخی عوامل از جمله

تحصیلات (۶ و ۹)، اشتغال (۹ و ۱)، وضعیت اجتماعی-اقتصادی (۶ و ۱۶)، تعداد حاملگی‌ها (۶)، باروری ناخواسته (۱۷ و ۸) و سن زایمان (۶) بر افسردگی حین بارداری گزارش شده است. شیوع افسردگی در کشورهای مختلف و در مناطق مختلف یک کشور متفاوت است که احتمالاً مربوط به نحوه انتخاب نمونه‌ها، تعداد آنها و ابزار و روش بررسی باشد. در استان گیلان، برحسب تحقیق، در این زمینه پژوهشی انجام نشده است. عده کثیری از زنان باردار سراسر استان گیلان برای مراقبت‌های معمول دوران بارداری به درمانگاه مراقبت‌های بارداری بیمارستان الزهراء رشت مراجعه می‌کنند و در صورت بروز هرگونه عوارض حاملگی درمان خواهند شد. این مطالعه برای بررسی شیوع افسردگی در سه ماهه سوم بارداری (بیمارستان الزهراء رشت - زمستان ۱۳۸۶) انجام شده است.

### مواد و روش‌ها

این بررسی مطالعه‌ای توصیفی - مقطعی بود و جامعه مورد بررسی، زنان باردار در سه ماهه سوم بودند که به درمانگاه مراقبت‌های بارداری بیمارستان الزهراء رشت در زمستان سال ۱۳۸۶ مراجعه بودند. در این مطالعه تعداد نمونه‌های لازم، برحسب میانگین شیوع مطالعات مشابه (۱، ۶، ۱۵ و ۱۶) که ۳۲٪ بود و بر مبنای سطح اطمینان ۵٪ و دقت ۰/۰۵ بدست آمد و با احتساب افت احتمالی، این تعداد به ۴۱۵ نفر افزایش یافت.

شرایط شرکت در مطالعه عبارت بود از نداشتن سابقه بیماری‌های روانی شناخته شده به اظهار خود بیمار، مصرف دارو (به جز مکمل و مولتی ویتامین)، ابتلای به بیماری‌های مزمن و عفونی شناخته شده (بیماری قند خون، فشار خون بالا و...)، عوارض دوران بارداری (خونروی، جفت سر راهی و...) و سابقه سقط و افسردگی فصلی که با پرسیدن از بیمار در مورد سابقه افسردگی و علائم آن در فصل‌های سرد سال بدست آمد. روش نمونه‌گیری، آسان بوده و طبق روش مذکور، تعداد

نمونه‌ها ۴۱۵ نفر محاسبه شد. با توجه به این که تحقیق در سه ماهه دی، بهمن و اسفند انجام شد، در صورتی که هر ماه را معادل ۴ هفته و هر هفته را معادل ۵ روز کاری در نظر بگیریم و نیز با توجه به آنکه متوسط مراجعان سه ماهه سوم به درمانگاه مراقبت‌های بارداری، روزانه حداکثر ۱۵ نفر است. برای اجرای طرح به روش رندوم منظم لازم بود که به ازای هر ۲ نفر مراجعه‌کننده، ۱ نفر ارزیابی شود به این ترتیب که در شروع کار، هر روز دو کاغذ که شماره‌های ۱ و ۲ رویشان نوشته شده بود را در جیب گذاشته، یکی به صورت اتفاقی برداشته می‌شد و بر این اساس تعیین می‌شد که از دو نفر اول کدامیک ارزیابی شود و به همین ترتیب ۲ تا ۲ تا، به شماره اولین نفر اضافه می‌شد تا شماره آزمودنی‌های بعدی تعیین شوند. با این روش به‌طور متوسط روزانه ۸ نمونه به دست آمد. افسردگی نمونه‌ها با آزمون افسردگی بک ارزیابی شد که بر اساس تحقیق ایرانی برای کاهش موارد مثبت کاذب، امتیاز آن به صورت زیر تعیین شد:

(۱۵-۰) بی‌علامت، (۳۰-۱۶) خفیف، (۴۶-۳۱) متوسط، (۶۳-۴۷) شدید (۱۸) متغیرهای دموگرافی شامل سن ( $\leq 20$ )، ۲۱-۲۵، ۲۶-۳۰، ۳۱-۴۰، میزان تحصیلات (بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان، دیپلم، فوق دیپلم و لیسانس)، شغل (خانه‌دار، شاغل در خارج از منزل)، وضعیت اجتماعی - اقتصادی (طبقه بالا، طبقه متوسط، طبقه پایین) (۱۹ و ۲۰) و تعداد حاملگی‌های قبلی ( $\geq 3$ ) (۲/۱) با پرسشنامه تدوین شده توسط مجریان طرح بررسی شد. برای تعیین وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده زن باردار، طبقه اجتماعی - اقتصادی زن باردار و همسرش هر یک جداگانه (با قرار دادن آنها در یکی از گروه‌های طبقه بالا: مدیران تراز اول، طبقه متوسط بالا: مدیران، طبقه متوسط: کارگران ماهر و کارمندان، طبقه متوسط پایین: کارگران نیمه ماهر و طبقه پایین: کارگران غیرماهر) (۱۹ و ۲۰) تعیین شده سپس میانگین آن دو را باید بدست آورد. البته در صورتی که زن باردار خانه‌دار بوده و هیچ درآمد حاصل از اشتغال خارج از منزل نداشته باشد، تنها

برحسب مورد از فراوانی درصد، آزمون‌های آماری  $t$  و مجذور کای استفاده و  $p < 0.05$  معنی‌دار تلقی شد.

### نتایج

میزان پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها  $96/38\%$  بود از ۴۱۵ پرسشنامه که در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت، ۴۰۰ پرسشنامه پر شد. ۱۵ نفر به دلیل پاسخ‌دهی ناقص به پرسشنامه‌ها حذف شدند که از نظر تحصیلات و وضعیت اجتماعی-اقتصادی با نمونه‌های داخل طرح تفاوت آماری معنی‌دار داشتند، به این ترتیب که از نظر تحصیلات اکثراً جزء رده بی‌سواد، ابتدایی و راهنمایی و از نظر وضعیت اجتماعی-اقتصادی اکثراً در طبقه پایین قرار داشتند اما از نظر اشتغال، سن و گروایته اختلاف آماری با سایر نمونه‌ها معنی‌دار نبود.

در مجموع ۴۰۰ نمونه بررسی شد. جدول ۱ مشخصات دموگرافی نمونه‌ها نشان داده شده‌است.

بیشتر آزمودنی‌ها از نظر تحصیلات در سطح ابتدایی و راهنمایی، از نظر وضعیت اجتماعی اقتصادی در طبقه متوسط، از نظر سنی در رده ۲۵-۲۱ سالگی و از نظر اشتغال خانه‌دار بوده و نیز سابقه بارداری قبلی نداشتند. چون هیچ یک از نمونه‌ها از نظر وضعیت اجتماعی اقتصادی در طبقه بالا قرار نداشتند و تنها ۵ نفر ( $41/7\%$ ) در طبقه پایین جای گرفتند، طبقه بالا و متوسط بالا را ادغام کرده، به‌عنوان طبقه بالا و طبقه پایین و متوسط پایین را نیز ادغام کرده و به‌عنوان طبقه پایین در نظر گرفتیم. جدول ۲ توزیع فراوانی نسبی افسردگی در آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

از ۴۰۰ نمونه، ۳۰۰ نفر ( $75\%$ ) طبیعی و ۱۰۰ نفر ( $25\%$ ) دچار افسردگی بودند. جدول ۳ توزیع فراوانی نسبی افسردگی در آزمودنی‌ها را برحسب مشخصات دموگرافی نشان می‌دهد. بین افسردگی و سطح تحصیلات ( $P=0/18$ )، اشتغال ( $P=0/39$ ) و گروایته ( $P=0/33$ ) تفاوت آماری معنی‌دار بدست آمد در حالی که بین افسردگی و وضعیت اجتماعی اقتصادی ( $P=0/531$ ) و نیز رده سنی ( $P=0/563$ ) این تفاوت معنی‌دار نبود.

از طبقه اجتماعی-اقتصادی همسر وی برای تعیین وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده استفاده شده و نیازی به گرفتن میانگین نیست در شرایط خاص از شیوه‌ای جدید برای روش نام برده جهت تعیین وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده استفاده شد. منظور از شرایط خاص آن است که بعد از تعیین میانگین، طبقه اجتماعی اقتصادی زن و شوهر، عدد حاصل یکی از اعداد ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ را نشان ندهد و اعشار داشته باشد ( $1/5, 2/5, 3/5, 4/5$ ).

شیوه جدید تعیین وضعیت اجتماعی اقتصادی به این صورت است که از زن باردار اجاره بهای ماهانه محل سکونتش پرسیده می‌شود و اگر منزل وی استیجاری نباشد از وی پرسیده می‌شود که در صورت تمایل به اجاره منزل خود، چه اجاره بهای ماهانه‌ای برای آن تعیین می‌کند. همچنین، در مورد زیر بنای محل سکونت وی براساس مترمربع پرسیده می‌شود. با توجه به پاسخ این دو سؤال می‌توان اجاره بهای تقریبی ماهانه را به ازای هر متر مربع زیر بنای واحد مسکونی تعیین کرد. طبق آخرین آمار شهر رشت در سال ۱۳۸۲، متوسط اجاره بهای ماهانه به ازای هر متر مربع زیر بنای واحد مسکونی ۷۱۷۵ ریال بوده (۲۱) که با در نظر گرفتن افزایش نرخ تورم در طی این سال‌ها می‌توان آن را ۱۰۰۰۰ ریال در نظر گرفت و با مقایسه اجاره بهای ماهانه منزل زن باردار با این میزان می‌توان طبقه اجتماعی-اقتصادی وی را به‌طور تقریبی تخمین زد. در طبقه متوسط، میزان اجاره بهای ماهانه به ازای هر متر مربع ۱۰۰۰۰ ریال است و این میزان در طبقه‌های اجتماعی بالاتر و پایین‌تر به ترتیب بیشتر و کمتر خواهد بود.

مجریان طرح که از قبل آموزش لازم در زمینه هدف‌های پژوهش و آزمون افسردگی بک را به مدت ۱۲ ساعت دیده بودند، با اجازه رئیس بیمارستان و پس از توضیح هدف پژوهش و جلب رضایت آزمودنی‌ها، پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافی و سپس پرسشنامه بک را در اختیار آزمودنی‌ها قرار می‌دادند و در صورت بی‌سواد بودن افراد، پرسش‌ها توسط مجریان طرح خوانده شده و پاسخ‌ها درج می‌شد. در نهایت برای تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها،

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان الزهرا در سه ماهه سوم بارداری

(بیمارستان الزهراء رشت - زمستان ۱۳۸۶)

درصد	تعداد	متغیر	
		وضعیت تحصیلات	متغیر
۵۲	۲۰۸	وضعیت تحصیلات	بی سواد - ابتدایی - راهنمایی
۴۱/۷۵	۱۶۷		دبیرستان - دیپلم
۶/۲۵	۲۵		فوق دیپلم - لیسانس
۸۸/۳	۳۵۳	وضعیت اشتغال	خانه دار
۱۱/۷	۴۷		شاغل در خارج از منزل
۳	۱۲	وضعیت اجتماعی - اقتصادی	طبقه بالا
۶۹/۲۵	۲۷۷		طبقه متوسط
۲۷/۷۵	۱۱۱		طبقه پایین
۲۳/۸	۹۵	رده سنی (سال)	<= ۲۰
۳۸/۴	۱۵۴		۲۱-۲۵
۲۳/۸	۹۵		۲۶-۳۰
۱۴	۵۶		۳۱-۴۰
۵۹	۲۳۶	گراویته	۱
۳۰/۸	۱۲۳		۲
۱۰/۳	۴۱		>= ۳

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی افسردگی در سه ماهه سوم بارداری (بیمارستان الزهراء رشت - زمستان ۱۳۸۶)

درصد	تعداد	وضعیت افسردگی
۷۵	۳۰۰	طبیعی
۲۰/۲	۸۱	افسردگی خفیف
۴	۱۶	افسردگی متوسط
۰/۸	۳	افسردگی شدید
۱۰۰	۴۰۰	جمع

جدول ۳: توزیع فراوانی نسبی افسردگی در سه ماهه سوم بارداری (بیمارستان الزهراء رشت - زمستان ۱۳۸۶) بر حسب وضعیت تحصیلات، اشتغال، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، رده سنی و گراویته

متغیر	وجود افسردگی		طبیعی		افسرده		جمع		برآورد آماری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
وضعیت تحصیلات	۱۴۴	۶۹/۲	۶۴	۳۰/۸	۲۰۸	۱۰۰	۲۰۸	۱۰۰	P= ۰/۰۱۵
	۱۳۴	۸۰/۲	۳۳	۱۹/۸	۱۶۷	۱۰۰	۱۶۷	۱۰۰	
	۲۲	۸۸	۳	۱۲	۲۵	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	
وضعیت اشتغال	۴۱	۸۷/۲	۶	۱۲/۸	۴۷	۱۰۰	۴۷	۱۰۰	P= ۰/۰۳۹
	۲۵۹	۷۳/۴	۹۴	۲۶/۶	۳۵۳	۱۰۰	۳۵۳	۱۰۰	
وضعیت اقتصادی اجتماعی	۸	۶۶/۷	۴	۳۳/۳	۱۲	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	P= ۰/۵۳۱
	۲۰۵	۷۴	۷۲	۲۶	۲۷۷	۱۰۰	۲۷۷	۱۰۰	
	۸۷	۷۸/۴	۲۴	۲۱/۶	۱۱۱	۱۰۰	۱۱۱	۱۰۰	

ادامه جدول ۳

P=۰/۵۳۷	۱۰۰	۹۵	۲۶/۳	۲۵	۷۳/۷	۷۰	≤ 20	رده سنی (سال)
	۱۰۰	۱۵۴	۲۳/۴	۳۶	۷۶/۶	۱۱۸	۲۱-۲۵	
	۱۰۰	۹۵	۲۹/۵	۲۸	۷۰/۵	۶۷	۲۶-۳۰	
	۱۰۰	۵۶	۱۹/۶	۱۱	۸۰/۴	۴۵	۳۱-۴۰	
P=۰/۰۳۳	۱۰۰	۲۳۶	۲۰/۳	۴۸	۷۹/۷	۱۸۸	۱	گراویده
	۱۰۰	۱۲۳	۳۰/۹	۳۸	۶۹/۱	۸۵	۲	
	۱۰۰	۴۱	۳۴/۱	۱۴	۶۵/۹	۲۷	۳ و بیشتر	

### بحث و نتیجه گیری

داد که بین افسردگی و وضع اجتماعی- اقتصادی (P=۰/۵۳۱) تفاوت آماری معنی دار وجود ندارد که این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر و نیز مطالعه L.E.Rose و همکاران در سال ۲۰۰۴ در کانادا بر ۱۵۰ زن باردار در دو مرحله (سه ماهه سوم بارداری و هفته ششم پس از زایمان) متفاوت است (۱۷۰۸) در بررسی اخیر از معیار افسردگی ادینبرگ و روش‌های SEM در بررسی متغیرهای روان شناختی اجتماعی استفاده شده بود. شاید اختلاف در تعریف و تعیین وضع اجتماعی- اقتصادی، توجیه احتمالی آن تفاوت باشد زیرا ما برای ارزیابی متغیر مذکور تنها به بررسی وضع اشتغال خارج از منزل زوج‌ها و درآمد آنها پرداختیم.

گرچه نتایج این مطالعه در مقایسه با برخی بررسی‌های دیگر متفاوت بوده اما همچنان نشان می‌دهد افسردگی تجربه ناخوشایند نسبتاً شایعی در جمعیت مورد مطالعه می‌باشد که با توجه به محدودیت مطالعه ما، ضروری است که نتایج آن با احتیاط تفسیر شود. همچنین، نتایج ارزیابی همراهی بین متغیرهای دموگرافی و افسردگی، شرایط را برای بررسی تحلیلی با استفاده از ابزار بررسی مناسب‌تر فراهم می‌آورد تا گروه‌های در معرض خطر شناسایی شوند و از این طریق مداخله پیشگیرانه و درمانی بهتر انجام شود. این مقاله با استفاده از داده‌های یک پایان‌نامه در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان به نگارش درآمده است.

از ۴۰۰ نفر، ۲۵٪ آنها دچار افسردگی بودند: ۲۰/۲٪ خفیف، ۴٪ متوسط و ۰/۸٪ شدید. نتایج مطالعه ما در مورد شیوع افسردگی با یک مطالعه (۱) همسو و با یافته‌های دیگر (۹) متفاوت است. در بررسی Dominic T.S.Lee و همکاران (۷) در سال ۲۰۰۴ بر ۱۵۷ زن چینی در هفته ۳۸ بارداری، در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی که میلیون‌ها نفر را با وضعیت اجتماعی اقتصادی متفاوت پذیرش می‌دهد با مصاحبه ساختار یافته روانپزشکی شیوع ۶/۴٪ بدست آمد که این یافته از نتایج ما حمایت نمی‌کند. علت این اختلاف را می‌توان در تعداد نمونه‌های بررسی شده، مکان مطالعه، زمان انجام مطالعه، ابزار بررسی و چگونگی انتخاب نمونه‌ها دانست (۷ و ۹).

با توجه به متغیرهای دموگرافی، بین افسردگی و میزان تحصیلات (P=۰/۰۱۸)، وضعیت اشتغال (P=۰/۰۳۹) و گراویده (P=۰/۰۳۳) تفاوت آماری معنی دار وجود دارد که با نتایج مطالعات دیگر نیز همخوانی دارد (۱۷۰۱).

در مطالعه ما بین افسردگی و سن بارداری (P=۰/۵۶۳) تفاوت آماری معنی دار وجود نداشت که با نتایج یک مطالعه (۱) و مطالعه J Rich- Edwards و همکاران (۸) در سال ۲۰۰۶ میلادی بر ۱۶۶۲ زن باردار در سه ماهه دوم و ۶ ماه بعد از زایمان، برحسب توسط معیار افسردگی ادینبرگ، متفاوت است. شاید بتوان علاوه بر تعداد و انتخاب نمونه و ابزار پرسشگری، تعداد بیشتر شرکت‌کنندگان در رده سنی پایین را در مطالعه به عنوان سبب احتمالی این تفاوت دانست. نتایج مطالعه ما نشان

1. Hosseini Sazi F, et Al. Depression During Pregnancy. Journal Of Gorgan University Of Medical Sciences 2005; 15(7): 60-65.[Text In Persian]
2. Akiskal Hs. Mood Disorders: Historical Introduction And Conceptual Overview. In: Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 8 Th Ed. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 1559.
3. Parry BL, Newton RP. Chronobiological Basis Of Female- Specific Mood Disorders. Neuro Psychopharmacology 2001; 25 (55suppl): 102-108.
4. Winser KL, et al. Pharmacologic Treatment Of Depression During Pregnancy. JAMA 1999; 282: 1264-1269.
5. Robert E. Treating Depression In Pregnancy. N Engl J Med 1996; 335: 1056-1058.
6. Gelder M , Mayou R. Geddes J. Oxford Psychiatry. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford; Oxford Medical Publications, 2005.
7. Lee DTS, et al. A Prevalence Study Of Antenatal Depression Among Chinese Women. Journal Of Affective Disorders 2004; 82 (1) 43-44.
8. Edwards JWR, et al. Sociodemographic Predictors Of Antenatal And Post Partum Depressive Symptoms Among Women In A Medical Group Practice. Journal Of Epidemiology And Community Health 2006; 60: 221-227.
9. Pazandeh F, et al. Prevalence Of Depression In Parturients Referring University Hospitals In Tehran In 1999. Feyz, Kashan University Of Medical Sciences & Health Services 2002; 21(6): 66-70. [Text In Persian]
10. Watson JP, et al. Psychiatric Disorder In Pregnancy And The First Postnatal Year. British Journal Of Psychiatry 1984; 144: 453- 462.
11. Evans J, et al. Depressive Symptoms During Pregnancy And Low Birth Weight At Term. British Journal Of Psychiatry 2007; 191: 84-85.
12. Evans J, et al. Cohort Study Of Depressed Mood During Pregnancy And After Childbirth. BMJ 2001; 323: 257- 26
13. Saks BR. Depressed Mood During Pregnancy and The Puerperium: Clinical Recognition And Implications For Clinical Practice. American Journal Of Psychiatry 1985; 142: 728-731.
14. Bennett HA, et al. Prevalence Of Depression During Pregnancy. Obstet Gynecol 2004; 103(4): 698-709.
15. Gotlib IH, et al. Prevalence Rates And Demographic Characteristics Associated With Depression In Pregnancy And The Post Partum. J Consult Clin Psychol 1989; 57: 269- 274.
16. Zuckerman B. Depressive Symptoms During Pregnancy: Relationship To Poor Health Behaviors. Am J Obstet Gynecol 1989; 160 (5pt 1): 1107- 1111.
17. Rose L E, et al. Mood Changes During Pregnancy And The Postpartum Period: Development Of A Biopsychosocial Model. Acta Psychiatr Scand 2004; 109(6 ):457- 466.
18. Kaviani H, Moosavi AS, Mohit A. Principal Reliance In Psychological Interviews And Tests. Tehran; Sena Publication, 2001; 179-180.
19. Wingo PA. An Epidemiological Approach To Reproductive Health. Geneva; World Health Organization, 1994; 209-211.
20. Mohseni M. Medical Sociology. Tehran; Tahoori Publication, 1997; 178 – 179. [Text in Persian]
21. Akbari Sadeghi , et al. Statistical Calendar Of Gilan Province 2006. Rasht; 2006: 323.

# Survey the Frequency of Depression in the Last Third Months of Pregnancy

\*Modabernia M.J.(MD)<sup>1</sup>- Shodjaei Tehrani H.(MPh)<sup>2</sup>- Heydari nezhad S.(MD)<sup>3</sup>

\* **Corresponding Author:** Psychiatry Department, Shafa Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

**E-mail:** gmodaber@gums.ac.ir

Received: 29/Mar/2009 Accepted: 1/Jul/2009

## Abstract

**Introduction:** Women are vulnerable to mood changes during pregnancy and the postpartum period. According to the current epidemiologic studies, prevalence of prenatal depression varies widely.

**Objective:** Estimate the prevalence of depression during the third trimester of pregnancy in women who referred to alzahra hospital in rasht-winter 2007.

**Materials and Methods:** We studied 415 randomly-selected individuals out of 900 obstetrical women in their third trimester of pregnancy, at the prenatal clinic of Alzahra hospital in Winter2007. A Beck Depression Inventory (BDI) and a pre-determined form containing some demographic variables were applied to measure the variables of this study.

**Results:** 15 subjects (due to incomplete responses) were excluded from our study. Among 400 obstetrical women participated in this study, 100 women (25%) were suffered from different degrees of depression. There were significant statistical differences between depression and education ( $p=0.018$ ), occupation ( $p=0.039$ ) and gravidity ( $p=0.033$ ). There were no significant statistical differences between depression and socioeconomic level and age of participants.

**Conclusion:** In our study, the prevalence of depression was similar to some of the other studies, also our findings about the association of depression and education, occupation and gravidity were similar to the other studies but our findings about the association of depression and socioeconomic level and age of the participants were different from the other studies. Use of structural psychiatric interview and analytical methods for determination of the prevalence of prenatal depressive disorder and its relationship with studied variables were recommended.

**Key words:** Depression/ Pregnancy Trimester, Third/ Psychological Tests

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 71, Pages: 19-25

1. Psychiatry Department, Shafa Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2. Oncology Research Center, Razi Hospital, Guilan University of Medical Sciences. Rasht, Iran

3. Trauma Research Center, Poorsina Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran