مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
تابستان ۱۳۹۲؛۵(۲):۵۲۱-۵۳۰

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Summer2013;5(2): 521-530

مرور سیستماتیک

مرور سیستماتیک مطالعات مرتبط با افسردگی دوران بارداری در مطالعات ایرانی(۹۰-۱۳۷۵)

حمیرا سجادی[۱] ، مروئه وامقی[۲] آمنه ستاره فروزان[۲] ، حسن رفیعی[۲] ، سید حسین محققی کمال[۳] ، مهدی نصرت آبادی[۳]*

[۱] متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت - عضو هئیت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
[۲] روانپزشک- عضو هئیت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
[۳] دانشجوی دکتری سلامت و رفاه اجتماعی- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
***نویسنده مسئول:** تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
پست الکترونیک: hosseinmohaqeq@gmail.com

وصول: ۹۱/۴/۱۱ اصلاح: ۹۱/۶/۱۴ پذیرش:۹۱/۹/۷

چکیده

زمینه و هدف: *مطالعات اخیر نشان می دهد که افسردگی حین بارداری حتی از افسردگی پس از زایمان نیز شایعتر است. هدف این مطالعه ارائه تصویر روشنی از میزان شیوع، عوامل موثر و مداخلات افسردگی در دوره بارداری زنان در مطالعات ایرانی است.*

مواد و روش کار: *این مطالعه از نوع مطالعات ثانویه است و با توجه به روش اجرا مرور سیستماتیک تلقی می شود. جامعه آماری کلیه مطالعاتی است که از جوانب مختلف به موضوع افسردگی دوران بارداری زنان ایرانی پرداخته اند.*

یافته ها: *پس از جستجو، غربالگری و ارزیابی کیفی مطالعات، در پایان سنتز نهایی بر روی ۱۸ مقاله انجام گرفت. سنتز مقالات مرتبط با افسردگی دوران بارداری نشان داد که میانگین شیوع این اختلال در مقالات ایرانی با ابزار بک معادل ۲۷/۶۲ درصد می باشد. از مهمترین عوامل مرتبط با افسردگی دوران بارداری در مطالعات ایرانی می توان به ترتیب به تعداد حاملگی، وضعیت اقتصادی، تحصیلات زن، وضعیت اشتغال و ناخواسته بودن بارداری اشاره کرد. همچنین مداخلات آموزشی و روانشناختی مهمترین مداخلات این جامعه آماری بود.*

نتیجه گیری: *شیوع بالای افسردگی دوران بارداری در مطالعات ایرانی، ضرورت بررسیهای بیشتر و مداخلات اصولی را با توجه به عوامل مرتبط با افسردگی این دوران طلب می کند.*

واژه های کلیدی: *افسردگی، شیوع، زنان باردار، مرور سیستماتیک، متاآنالیز*

مقدمه

افسردگی یکی از مهمترین اختلالات روانپزشکی و نیز شایعترین اختلال خلقی است که حدود ۲۵ درصد زنان را در طول عمر گرفتار می کند در فرهنگهای مختلف میزان شیوع افسردگی در زنان تقریباً دو برابر مردان است[۱]. علت شیوع بالاتر این اختلال در زنان نسبت به مردان را می توان به وجود عواملی هم چون مواجهه زنان با استرس های متفاوت ناشی از زایمان و بارداری، منزلت پایین اجتماعی، درماندگی آموخته شده و آثار هورمونی نسبت داد[۲]. بیشترین شیوع اختلال افسردگی بین ۱۸ تا ۴۴ سالگی یعنی سنین باروری زنان رخ می دهد[۳]. علاوه بر تفاوت های فیزیولوژیک و مواجهه با بحران های متعدد مربوط به دوران باروری، نگرش ها و باورهای ناصحیح نسبت به زنان و تحمل انواع خشونت و تبعیض جنسی، می توانند به عنوان عواملی تاثیرگذار بر سلامت روانی زنان (خصوصاً در دوران باروری) و بروز افسردگی در آنان مطرح باشد[۴]. بعلاوه افسردگی حین بارداری بر توانایی مراقبت از خود تأثیرگذار است و بر تغذیه، خواب و توجه به توصیه های پزشکی لطمه وارد می کند و از سویی پنجاه درصد از زنانی که در طی بارداری افسرده هستند، دچار افسردگی بعد از زایمان نیز می شوند[۳]. افسردگی حین بارداری به دلیل تاثیر نامطلوب بر مادر، جنین و نوزاد از اهمیت فراوانی برخوردار است[۲]. از جمله این عوارض می توان به ضعف در برقراری ارتباط موثر عاطفی با نوزاد، روی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

آوردن به سیگار، مصرف الکل و مواد مخدر، اقدام به خودکشی، نارس بودن و کاهش وزن هنگام تولد و تغییر رفتار نوزاد اشاره کرد[۵-۲] و بدلیل اینکه مادر کانون اصلی محیط اجتماعی کودک در سال اول زندگی می باشد، لذا شناسایی و پیگیری به موقع افسردگی او در بارداری حائز اهمیت خاصی است. از آنجا که در بررسی های همه گیرشناسی انجام شده در ایران روش ها و ابزارهای سنجش گوناگونی بکار رفته اند، یافته های متفاوتی در زمینه شیوع این اختلال گزارش شده است. بنابراین نظر به اهمیت افسردگی دوران بارداری زنان و گزارش های متفاوت شیوع آن، این مطالعه با رویکردی نظام مند به شیوع، عوامل مرتبط و مداخلات افسردگی دوران بارداری زنان در مطالعات ایرانی می پردازد.

روش کار

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی است و با توجه به روش اجرا مطالعه مرور نظامدار یا سیستماتیک[1] تلقی می گردد. مرور تحقیقات گذشته به شیوه های مختلفی انجام می شود که یکی از شناخته شده ترین آنها مرور نظام مند است که نوعی مطالعه و تحلیل ثانویه مطالعات پیشین است. به عبارتی، مرور نظام مند جستجوی ساخت یافته ای است که بر اساس قوانین و ضوابط از پیش تعیین شده انجام می شود. جامعه آماری این مطالعه نظام مند شامل کلیه مقالات پژوهشی حاصل از مطالعات کمی در خصوص افسردگی در زنان باردار ایرانی است که در دوره ی زمانی۱۳۷۵ تا۱۳۹۰ به چاپ رسیده باشد.

استراتژی جستجو

الف- استراتژی جستجو در منابع فارسی:

جستجو در عنوان- چکیده و کلید واژه های مقالات.

ب- استراتژی جستجو در منابع انگلیسی:

ابتدا در قسمت Limit پایگاه اطلاعاتی Pub med، کلید واژه Iran در قسمت وابستگی سازمانی (Affiliation) جستجو شد. به این ترتیب کل مقالات ایرانی موجود در این بانک ۲۹۶۳۹ مقاله بدست آمد.

درقسمت Limit پایگاه اطلاعاتی Pub med، کلید واژه Depression در قسمت Title/Abstract عنوان و چکیده جستجو شد. به این ترتیب کل مقالات مرتبط با افسردگی بدست آمد.

در قسمت جستجوی پیشرفته(Advance Search) پایگاه اطلاعاتی Pub med با استفاده از سابقه (History) دو جستجوی گذشته و ترکیب آنها (And) جستجوی مقالات ایرانی مرتبط با افسردگی ۳۰۶ مقاله بدست آمد. برای چهار کلید واژه انگلیسی دیگر هم به همین ترتیب عمل شد، که البته در این مرحله، بجز کلید واژه Depression تنها کلید واژه Mood Disorder با نتیجه همراه بود.

کلید واژه های فارسی افسردگی، دیس تایمی، ملانکولی و اختلال خلقی در مرکز داده های پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی(SID)، پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران(Irandoc)، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران (Iranmedex)، بانک اطلاعات مقالات بهداشت روان کشور(Iranpsych) و بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran)، و کلید واژه های انگلیسی Depression, MoodDisorder, Melancholia, Iran,وDysthymia در بانک اطلاعات Medline جستجو شد. در مرحله بعد، موارد تکراری و خارج از بازه زمانی مطالعه پس از غربال اولیه از مطالعه حذف شد و تعداد ۱۲۵۲ مطالعه وارد مرحله دوم غربالگری گردید. معیار غربالگری در این مرحله ارتباط با موضوع مطالعه[2]و حذف مقالات به زبان انگلیسی بود که به زبان فارسی نیز منتشر شده بودند. در این مرحله ۴۷۷ مطالعه باقی ماند. لازم به ذکر است که در مرحله اول غربالگری، عناوین و در مرحله دوم چکیده مقالات بررسی شد. مطالعه اصلی جمعیت های هدف متعددی(مانند سالمندان، دانش آموزان، زنان باردار، دانشجویان و غیره) داشت. از بین ۴۷۷ مطالعه باقی مانده ۱۸ مقاله مرتبط با زیر گروه افسردگی دوران بارداری بود که موضوع و هدف مقاله حاضر می باشد. به این معنی که در این مقاله ۱۸ مطالعه ای که به افسردگی دوران بارداری پرداخته اند، بررسی و سنتز شدند.

ارزیابی کیفیت مطالعات با ادغام چک لیستهای ارزیابی کیفیت مطالعات موجود از جمله وامقی (۱۳۸۹) و چک لیستهای سایت برنامه مهارت های ارزیابی انتقادی[3] انجام

1-Systematic Review

1-Relevancy
2-CASP :Critical Appraisal Skills Programme

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

گرفت. این چک لیست ها کیفیت انواع مطالعات (مقطعی، مورد- شاهدی، علی- مقایسه ای، همبستگی، کارآزمایی بالینی) را بررسی می کنند. البته بدیهی است که با توجه به نوع مطالعه، معیارهای ارزیابی هر مطالعه نیز متفاوت بود. در ارزیابی کیفیت مطالعات مربوط به شیوع افسردگی دوران بارداری از بین ۲۱ مقاله موجود،۳ مقاله به علت عدم احراز حداقل معیارهای کیفی از مطالعه خارج و در نهایت۱۸ مقاله برای سنتز مطالعات انتخاب شد. ارزیابی کیفی مقالات نیز توسط دو مرورگر از اعضای گروه بطور جداگانه بررسی، و در صورت عدم توافق به نفر سوم ارجاع می شد. نمودار شماره یک، روند ورود و خروج مطالعات اولیه به سنتز نهایی را نشان می دهد.

پس از ارزیابی کیفی مطالعات، یافته های هر مطالعه در فرم ورود اطلاعات، بعنوان ابزار جمع آوری داده ها، وارد و سپس داده ها فراتحلیل (متاآنالیز) شد. متاآنالیز فرایند آماری است که نتایج چندین مطالعه مستقل را که «قابل ترکیب» هستند، ادغام می کند[۶]. برای ارزیابی امکان فراتحلیل داده های مطالعات، با توجه به ناکافی بودن ارزیابی های آماری در شناسایی میزان همگونی[1] یا ناهمگونی[2] یافته ها[۷]، برای بررسی وضعیت همگونی یافته ها علاوه بر استفاده از آزمون کای دو از روش مشاهده ای نیز استفاده شد. آزمون کای دو نشان داد که تفاوت معنی داری بین یافته های مطالعات مختلف وجود ندارد بنابراین یافته ها هموژن (همگون) هستند و می توان آنها را فراتحلیل نمود. همچنین به لحاظ مشاهده ای نیز یافته ها قابل ترکیب بودند. سپس حجم نمونه هر مطالعه، معادل وزن هر مطالعه تعیین و میانگین وزنی آنها محاسبه شد. البته در بررسی میزان شیوع افسردگی، تنها مقالاتی که از ابزار واحدی استفاده کرده اند با هم ترکیب و میانگین وزنی آنها استخراج گردید.

یافته ها

پس از جستجو، غربالگری و ارزیابی کیفی مطالعات در طی مرور سیستماتیک، در پایان سنتز نهایی بر روی ۱۸ مقاله انجام گرفت. یافته ها در سه بخش شیوع، عوامل مرتبط و مداخلات مرتبط با افسردگی در دوران بارداری ارائه می شود.

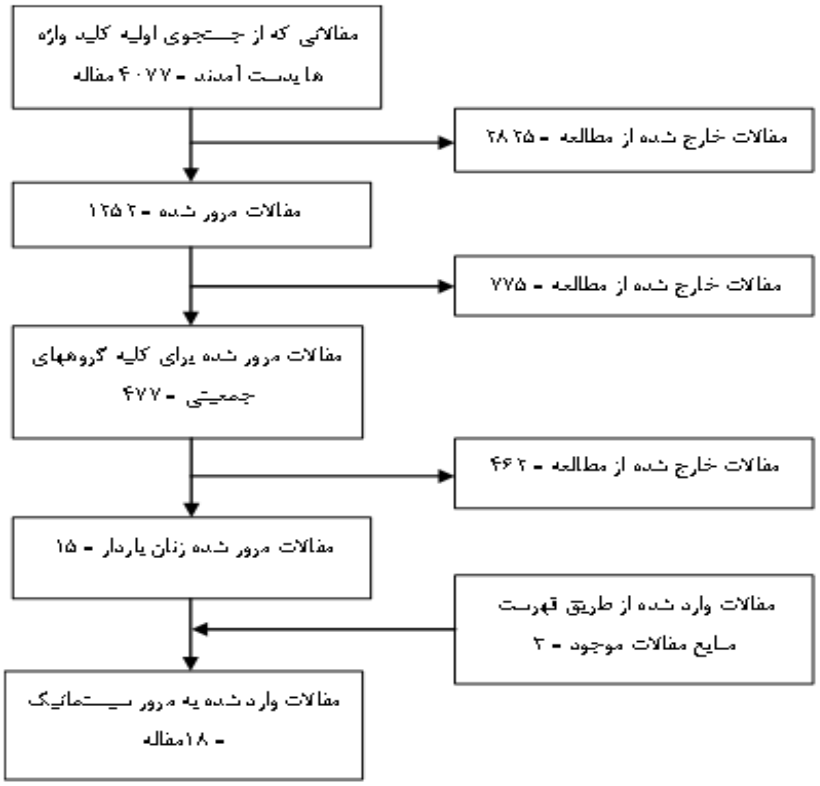
بطور کلی بعد از بررسی انتقادی مقالات، تعداد ۱۸مقاله در زمینه افسردگی دوران بارداری بدست آمد که تمامی آنها به زبان فارسی بودند. از این بین ۱۳ مقاله به شیوع افسردگی اشاره کرده بودند، چهار مقاله بنازاده (۱۳۸۶)، تبریزی(۱۳۸۹)، آژ(۱۳۸۴) و بهرامی(۱۳۸۷) مربوط به مداخلات افسردگی دوران بارداری و یک مقاله دیگر (پارسایی راد، ۱۳۸۸) اختصاصاً به عوامل موثر بر افسردگی دوران بارداری پرداخته بود (البته در مقالات شیوع نیز ۱۱مقاله به عوامل مرتبط با افسردگی اشاره کرده اند). اطلاعات مربوط به این مطالعات در جدول ۱ خلاصه شده است.

از سیزده مقاله ای که به شیوع افسردگی در زنان باردار اشاره کرده بودند ۸ مقاله با ابزار بک، ۲ مقاله با ابزار SCL-90، ۲ مقاله با ابزار GHQ و یک مقاله با ابزار زونگ انجام شده بود.

دو مطالعه مصلی نژاد(۱۳۸۶) و قاسمی(۱۳۸۱) که با ابزار SCL-90 شیوع افسردگی دوران بارداری را بدست داده بودند، از همگونی مشاهده ای و آماری لازم برای ترکیب یافته ها برخوردار نبودند. همچنین، دو مطالعه مردانی حموله(۱۳۸۸) و غفاری(۱۳۸۴) نیز که با ابزار GHQ شیوع افسردگی دوران بارداری را گزارش کرده اند، به دلیل تفاوت نوع یافته ها امکان ترکیب یافته های آنها مقدور نبود. مطالعه شاهمیری (۱۳۸۳) نیز که از ابزار زونگ استفاده کرده تنها امکان گزارش آن وجود دارد. بنابراین تنها امکان فراتحلیل هشت مطالعه لالوئی(۱۳۸۴)، مدبرنیا(۱۳۸۶)، حسینی سازی(۱۳۸۲)، کاربخش(۱۳۸۱)، بنداد(۱۳۸۰)، پازنده(۱۳۷۸)، احمدزاده(۱۳۸۵) و امیدوار(۱۳۸۶) که از ابزار بک استفاده کرده اند، وجود داشت. حجم نمونه کلی این هشت مطالعه ۲۸۸۶ نمونه بود. در نتیجه، میانگین وزنی مطالعات مرتبط با شیوع افسردگی دوران بارداری با ابزار بک ۲۷/۶۲ درصد بدست آمد. همچنین، از ۱۸ مطالعه مربوط به افسردگی زنان باردار ۱۲ مطالعه به عوامل مرتبط با افسردگی زنان باردار اشاره کرده اند. جدول ۲ عوامل مرتبط با افسردگی زنان باردار را در مطالعات ایرانی نشان می دهد.

3-Homogeneity
4-Heterogeneity

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]



نمودار۱: دیاگرام ورود و خروج مطالعات اولیه به سنتز نهایی

با توجه به جدول ۲، در مجموع ۱۷ عامل با افسردگی زنان باردار در مطالعات ایرانی ارتباط داشت. در بین عوامل مرتبط با افسردگی زنان باردار، بترتیب عوامل تعداد حاملگی زن (۵ مطالعه)، وضعیت اقتصادی (۴ مطالعه)، تحصیلات زن (۴ مطالعه)، وضعیت اشتغال (۴ مطالعه)، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری (۴ مطالعه)، حمایت عاطفی و روانی همسر (۳ مطالعه) بیشترین فراوانی را در مطالعات داشتند. سه مطالعه بنداد (۱۳۸۰)، قاسمی (۱۳۸۱) و پارسایی راد(۱۳۸۸) نیز تنها به یک عامل اشاره کرده بودند. این عوامل بترتیب مدت و کیفیت خواب، سابقه سقط و نازایی و مدت و کیفیت خواب می باشد.
عوامل فوق را می توان در ۴ زیر گروه اصلی قرار داد.

ویژگیهای دموگرافیک: این عوامل شامل سن زن، تحصیلات زن، تحصیلات همسر، وضعیت اقتصادی-اجتماعی(مانند درآمدخود و خانواده)، وضعیت اشتغال، بارداری ناخواسته و وضعیت مسکن می شود.

- حمایت اجتماعی: این عوامل شامل حمایت عاطفی-روانی همسر و حمایت خانوادگی- اجتماعی می شود.
- سابقه مشکلات جسمی-روانی و فیزیولوژیک: این عوامل شامل سابقه افسردگی و سایر بیماری های روانی در خود و خانواده، سابقه سقط و نازایی و سابقه سندرم ملال قاعدگی می شود.
- حوادث و رویدادهای زندگی: این عوامل شامل حوادث ناگوار زندگی در یک سال اخیر (مانند فوت والدین و طلاق)، خشونت خانگی(شامل همسرآزاری، کودک آزاری) و رضایت یا عدم رضایت از زندگی زناشویی می شود.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۱: مشخصات مطالعات مربوط به شیوع افسردگی در دوران بارداری

ردیف	نویسنده	سال مطالعه	جمعیت	ابزار	تعداد نمونه	شیوع/ یافته ها
۱	افسانه لالوئی[۸]	۱۳۸۴	شهری تهران	بک	۴۰۰	۲۱/۳ درصد
۲	محمدجعفر مدبرنیا [۹]	۱۳۸۶	شهری رشت	بک	۴۱۵	۲۵ درصد
۳	فریبا حسینی سازی[۱۰]	۱۳۸۲	شهری تهران	بک	۱۸۰	۲۳/۳ درصد
۴	مژگان کاربخش[۱۱]	۱۳۸۱	شهری تهران	بک	۲۰۰	۳۰/۶ درصد
۵	ریحانه بنداد[۱۲]	۱۳۸۰	شهری مشهد	بک	۳۲۰	۵۷/۸ درصد
۶	فرزانه پازنده[۱۳]	۱۳۷۸	شهری تهران	بک	۵۸۰	۴۵/۷ درصد
۷	غلامحسین احمد زاده[۱۴]	۱۳۸۵	شهری اصفهان	بک	۶۰۰	۲۵/۷ درصد
۸	شبنم امیدوار[۱۵]	۱۳۸۶	شهری بابل	بک	۱۹۱	۲۸/۸ درصد
۹	الهام پارسایی راد[۱۶]	۱۳۸۸	شهری اهواز	بک	۷۰	* عوامل مرتبط
۱۰	مصطفی تبریزی[۱۷]	۱۳۸۹	شهری همدان	بک	۱۴۴	* مداخله
۱۱	لیلی مصلی نژاد[۱۸]	۱۳۸۶	شهری جهرم	SCL-90	۲۱۴	۴۲ درصد
۱۲	افسانه قاسمی[۱۹]	۱۳۸۱	شهری تهران	SCL-90	۱۴۵۱	۱۰/۵ درصد
۱۳	مرجان مردانی حموله[۲۰]	۱۳۸۸	شهری شاهین شهر	GHQ	۳۱۵	۱۶ درصد
۱۴	فاطمه غفاری[۲۱]	۱۳۸۴	شهرستان رامسر	GHQ	۱۰۰	میانگین* ۱۵/۱۲
۱۵	حسن شاهمیری[۲۲]	۱۳۸۳	شهری زنجان	زونگ	۳۰۰	۳۲ درصد
۱۶	زهره بنازاده[۲۳]	۱۳۸۶	شهری کرمان	ادینبورگ	۳۰	* مداخله
۱۷	نضال آژ[۲۴]	۱۳۸۴	شهری آستانه و لاهیجان	بک	۴۴۰	* مداخله
۱۸	نصرت بهرامی[۲۵]	۱۳۸۷	شهری دزفول	بک و ادینبورگ	۱۴۰	* مداخله

بعلاوه، عوامل مرتبط با افسردگی زنان باردار را می توان به دو زیر گروه عوامل محافظ و عوامل خطر ابتلاء به افسردگی دوران بارداری طبقه بندی کرد. منظور از عوامل محافظ عواملی هستند که حضور آنها باعث کاهش بروز افسردگی می گردد. به عبارت دیگر، ارتباط این عوامل با افسردگی یک رابطه معکوس می باشد. برعکس، عوامل خطر عواملی هستند که حضور آنها باعث بروز یا تشدید افسردگی می گردد. به عبارت دیگر، با افسردگی رابطه مستقیم دارند.

عوامل محافظ: شامل تحصیلات بالاتر از دیپلم زن، تحصیلات بالای زن، تحصیلات بالای همسر، وضعیت اقتصادی بالا، درآمد بالا، مالکیت مسکن شخصی، برخورداری از حمایت عاطفی- روانی همسر، برخورداری از حمایت خانوادگی- اجتماعی، رضایت از زندگی زناشویی می باشد.

- عوامل خطر: شامل تحصیلات پائین زن، تحصیلات پائین همسر، وضعیت اقتصادی پائین، درآمد پائین، بیکاری همسر، نگرانی از هزینه های بارداری، سکونت در خانه استیجاری، سن بالای حاملگی، بارداری ناخواسته، خشونت خانگی، بدرفتاری همسر، سابقه سقط و ناباروری، عدم رضایت از زندگی زناشویی، حوادث ناگوار و استرس زای اخیر زندگی، سابقه بیماری های روانی و افسردگی در زن و خانواده او می باشد.

بعلاوه، از۱۸ مطالعه مربوط به افسردگی زنان باردار، تنها چهار مقاله بنازاده (۱۳۸۶)، تبریزی(۱۳۸۹)، آژ(۱۳۸۴) و بهرامی (۱۳۸۷) به مداخلات مربوط به افسردگی زنان

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۲: مشخصات مطالعات مرتبط با عوامل موثر بر افسردگی زنان باردار

نویسنده	عوامل مرتبط با شیوع افسردگی در زنان باردار																		
	تحصیلات زن	تحصیلات همسر	تعداد حاملگی	سن زن	وضعیت اقتصادی	سابقه افسردگی	سابقه سقط و نازایی	وضعیت اشتغال	حمایت اجتماعی	حوادث ناگوار/ عامل تنش زا	بارداری خواسته / ناخواسته	حمایت عاطفی/ روانی همسر	خشونت خانگی	مدت و کیفیت خواب	سابقه سندرم ملال قاعدگی	رضایت/ اختلال زناشویی	وضعیت مسکن
مدبرنیا	*		*					*									
لالوئی			*	*		*	*									*	
حسینی	*	*	*		*			*			*	*	*				*
کاربخش						*											
بنداد														*			
پازنده	*		*		*				*	*	*						
احمد زاده											*						
شاهمیری			*		*			*				*					
مصلی نژاد											*		*			*	
امیدوار	*	*			*			*	*	*		*				*	
قاسمی							*										
پارسایی راد														*			

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۳: مداخلات مرتبط با افسردگی زنان باردار در مطالعات ایرانی

ردیف	نویسنده	سال مطالعه	نمونه پژوهش و حجم آن	نوع مداخله در زمینه افسردگی	مهمترین یافته ها
۱	نضال آژ	۱۳۸۴	مادران سه ماهه آخر بارداری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی آستانه و لاهیجان	۳ جلسه آموزش حمایتی قبل از زایمان در مورد بارداری و حوادث پس از آن	موثر بودن آموزش در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان(P<۰/۰۰۱)
۲	زهرا بنازاده	۱۳۸۶	زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی کرمان، ۳۰ زن در دو گروه آزمایش و گواه	۷ جلسه مشاوره زوج درمانی: هفته ای یک جلسه	کاهش معنادار در میانگین نمرات افسردگی پس آزمون گروه آزمایش در مقایسه با پیش آزمون و گروه گواه(P<۰/۰۱)
۳	نصرت بهرامی	۱۳۸۷	زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دزفول	۸ جلسه آموزشهای دوران بارداری	معنادار بودن آموزش بر کاهش میزان افسردگی در گروه آزمایش(P<۰/۰۰۱) و ۲/۷ برابر کاهش در افسردگی گروه آزمایش
۴	مصطفی تبریزی	۱۳۸۹	مادران باردار افسرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی همدان، ۱۴۴ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل	۸ جلسه آموزش مداخلات روان شناختی التقاطی: یک ساعت روان درمانی	اثر بخش بودن مداخله در درمان افسردگی مادر(P<۰/۰۱) و کاهش میزان افسردگی پس از زایمان (P=۰/۰۱)

باردار اشاره کرده بودند. جدول خلاصه این مقالات را در مطالعات ایرانی نشان می دهد. در مطالعات مذکور، از بین مداخلات معمول افسردگی- دارو درمانی، روان درمانی و ورزش- تنها از مداخلات روان درمانی برای درمان اختلال افسردگی استفاده گردیده است. با توجه به تعداد اندک مطالعات امکان فراتحلیل و ترکیب یافته ها وجود ندارد و تنها به گزارش صرف آنها بسنده می شود.

بحث

بررسی مطالعات مرتبط با شیوع افسردگی نشان داد که حدود ۲۷/۶۲ درصد زنان باردار در این مطالعات دچار افسردگی هستند. دامنه تغییرات این مطالعات بین ۲۱/۳ درصد در مطالعه لالوئی(۱۳۸۴) تا ۵۷/۸ درصد در مطالعه بنداد(۱۳۸۰) متغیر بود. نور بالا(۱۳۷۸) شیوع افسردگی زنان در جمعیت ایرانی را با ابزار GHQ ۲۵/۹ درصد

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

[۲۶]و محمدی و همکاران (۱۳۸۰) نیز افسردگی اساسی زنان در جمعیت ایرانی را با ابزار SADS ۴/۳۸ درصد گزارش کردند[۲۷]. البته در مطالعات مختلف شیوع های بسیار متفاوتی گزارش شده است اما به این دلیل که جامعه مورد مطالعه دو مطالعه نوربالا و محمدی کل کشور هستند به آنها استناد شده است. همانطورکه ملاحظه می شود در مطالعه حاضر میزان افسردگی در دوران بارداری بالاتر از افسردگی در جمعیت عمومی زنان می باشد. طبق مطالعات دقیق صورت گرفته، رویدادهای استرس زای زندگی قویترین عامل پیش بینی کننده شروع افسردگی هستند[۲۸]. بارداری یک استرس عمده است که می تواند باعث آشکار شدن یا تشدید تمایلات ملال انگیز شود. در بررسی های انجام شده در سال ۲۰۰۴ توسط فلیک[1] و همکاران در کشور مالت شیوع افسردگی زنان باردار با ابزار ادینبورگ ۱۵/۵ درصد گزارش شد[۲۹]. همچنین در مطالعه ای در سال ۲۰۰۵ توسط لتیف[2] و همکاران در پاریس شیوع افسردگی زنان باردار با ابزار بک ۱۳/۹ درصد گزارش گردید[۳۰]. چن[3] و همکاران نیز در سال ۲۰۰۴ در سنگاپور شیوع افسردگی در زنان باردار را ۲۰ درصد گزارش کردند[۳۱]. اختلاف شیوع افسردگی در مطالعات ایران با سایر مطالعات جهانی می تواند تحت تاثیر عواملی چون: تاثیر متغیرهای فرهنگی بر ابعاد روانشناختی افسردگی، شرایط نامناسب اقتصادی، عدم دریافت آموزش های لازم برای شناخت و تطابق با روند بارداری، سطوح پائین پوشش خدمات بیمه ای و تامین اجتماعی و وجود نگرانی های مالی برای زنان باردار، فقدان خدمات مشاوره روانی و تاکید و تمرکز سیستم های ارائه دهنده مراقبت و کارکنان آنها بر مراقبت صرفاً جسمانی از زنان باردار ایجاد شده باشد.

همچنین، بررسی عوامل مرتبط با افسردگی زنان باردار نشان داد که عوامل تعداد حاملگی، وضعیت اقتصادی نامناسب، تحصیلات پائین زن، خانه دار بودن، ناخواسته بودن بارداری و حمایت عاطفی و روانی نامناسب و ناکافی همسر از مهمترین عوامل خطر افسردگی زنان باردار محسوب می شوند.

در مطالعات بررسی شده، زنانی که اولین بارداری را تجربه می کردند و زنانی که بیش از سه بار حاملگی را تجربه کرده بودند، بیشترین شیوع افسردگی را گزارش کردند. همچنین کمترین میزان افسردگی در زنانی بود که دومین و سومین حاملگی خود را تجربه می کردند. در کتب مرجع از افزایش تعداد حاملگی ها به عنوان عاملی که می تواند در شیوع افسردگی نقش داشته باشد، نام برده می شود[۱،۳].

در بررسی حاضر بیشترین فراوانی افسردگی در زنان بارداری گزارش شد که از نظر وضعیت اقتصادی در طبقات پائین جامعه زندگی می کردند و برعکس کمترین افسردگی در بین طبقات بالای اقتصادی جامعه مشاهده گردید. این یافته با سایر مطالعات و کتب مرجع مطابقت داشته و از این عامل به عنوان یک فاکتور اساسی موثر در بروز افسردگی یاد می شود[۵-۲]. همچنین بر طبق یافته های این مطالعه بیشترین افسردگی در زنان بارداری گزارش شد که تحصیلات پائینی داشتند. یکی از دلایل احتمالی این یافته این است که اکثریت زنان کم سواد از نظر اقتصادی نیز متعلق به طبقات ضعیف و متوسط جامعه می باشند. البته در این رابطه نمی توان از نقش پر اهمیت آگاهی و دانش بیشتر افراد تحصیلکرده به عنوان عامل محافظ چشم پوشی نمود.

یافته در خصوص وضعیت اشتغال زنان باردار نشان می دهد که زنان باردار خانه دار افسردگی بیشتری نسبت به زنان باردار شاغل دارند. زاکرمن[4](۱۹۸۹) بین میانگین های امتیاز آزمون بک در دو گروه زنان باردار خانه دار و شاغل اختلاف معنی دار مشاهده نمود[۳۲]. چنین به نظر می آید که شاغل بودن زنان باردار علاوه بر ایجاد استقلال مالی، امکان مشارکت زنان در فعالیت های اجتماعی را فزونی بخشیده و از این طریق مکانیسم های بیشتری ر ا برای مقابله با بحران ها و تطابق مجدد در اختیار آنان قرار می دهد.

در مطالعه حاضر اکثر زنان باردار که خواهان بارداری فعلی بودند غیر افسرده و برعکس اکثر زنان باردار که خواهان بارداری فعلی نبودند، افسرده بودند. این یافته با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد[۳۵-۳۳].

1 -Felice
2 -Ltief
3- Chen
4 -Zuckerman

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

طبق نظر کیستنر، بین بروز افسردگی و کیفیت روابط زناشویی ارتباط وجود دارد و ضعیف بودن این روابط زمینه ساز افسردگی می باشد و عدم حمایت همسر با افزایش شدت افسردگی همراه می باشد[۱۵]. کمپل و همکاران، ناکافی بودن حمایت زناشویی، و کولینس و همکاران عدم رضایت از حمایت اجتماعی را با افسردگی حین زایمان مرتبط می دانند[۳۶،۳۷]که همگی با مطالعه حاضر همسو می باشند. این موضوع اهمیت آموزش به همسران در زمینه عاطفی و روانی زن باردار و توجه بیش از پیش به همسرشان و توجه به شرایط ویژه بارداری را نشان می دهد و نیاز به برگزاری کلاسهای ویژه مشاوره برای همسران و خانواده ها را بیان می نماید. در مورد محدودیت های این مطالعه می توان گفت که این مطالعه با توجه به روش اجرا، ناگریز از بررسی مطالعات موجود است. بنابراین بر اساس تحقیقات پیشین نمی توان به تبیینی «قابل تعمیم» دست یافت بلکه عموماً می توان زمینه قضاوت یافته های پیشین را فراهم نمود.

نتیجه گیری

در مجموع، گرچه تفاوتهای روش شناختی، ابزاری و فرهنگی تا حدودی بیانگر تفاوت میزان شیوع افسردگی در فرهنگهای مختلف است اما بنظر می رسد با توجه به آمارهای ارائه شده، شیوع افسردگی در کشور ما بالاتر از سایر کشورها باشد بنابراین لزوم مداخلات اصولی و پیشگیرانه از افسردگی بر مبنای عوامل مرتبط با آن از اهمیت فراوانی برخوردار است. بنابراین پیشنهاد می گردد، عوامل خطر بروز افسردگی در مراکز بهداشتی بطور منظم و دوره ای پایش گردد. همچنین با توجه به این که در مطالعات موجود توجه چندانی به موضوع پیشگیری نشده است، پیشنهاد می گردد مطالعاتی در زمینه پیشگیری از افسردگی در زیرگروههای مختلف جمعیتی مخصوصاً زنان باردار انجام گردد تا از این طریق میزان بالای شیوع افسردگی در کشور کنترل گردد.

References

1. Benjamin J, Sadock, Virginia A. Kaplan comprehensive Text book of psychiatry,7thed: Lippincott Williams.2000,1284-1338
2. Bloch T, Rotenberg N, Koren D, Klein E. (2006). Risk Factors for early postpartum depressive symptoms. General hospital psychiatry.28, 3-8.
3. Gelder M, Mayon R, Crowen Philip. Shorter Oxford textbook of Psychiatry, 4thed, Oxford, Oxford university press, 2001; pp 204-247.
4. Dacosta D, Larouche J. psychosocial correlate of pre partum and post partum Depressed mood. J Affect Disorders 2000; 59: 31-34.
5. Salary p, Banafshe E Hebrani P, Jabbarinooghabi H. the relationship between maternal fatigue and postpartum depression. Journal of fundamentals of mental health 2010;11(4):302-11
6. Vameghi M, et al. Systematic review of studies related to street children in Iran in recent decades. Research projects in university of social welfare and rehabilitation,2010[text in Persian]
7. Khan, S; Kunz, R.; Kleignen, J. & Antes, G. (2003). Systematic Reviews to Support Evidence Based Medicine: how to review and apply findings of healthcare research. Royal Society of Medicine Press
8. laloee A, et al. Determining rates of depression among pregnant women referred to hospital care of the rest of pregnancy (aj) and Najmieh Tehran ،Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran , 2008;26(3) 317-323[text in Persian]
9. Modabernia MG. Prevalence of depression in the third trimester of pregnancy ،Guilan University of Medical Sciences.2009;18(71);19-25[text in Persian]
10.Hosseinisazi F, et al. Depression during pregnancy. Journal of Gorgan university of medical science 2005; 15(7):60-65. [text in Persian]
11.Karbakhsh M.Depression during pregnancy: the need for integration in patient care, pregnant women.Payesh. 2002;- 49-55
12.BandadR.Sleep patterns associated with depression in the third trimester of pregnancy ، Journal of Medical Sciences, Kermanshah. 2002;9(2);۴۱-۵۱ [text in Persian]
13.Pazandeh F, et al. prevalence of Depression in parturient referring hospitals in Tehran in 1999. Feyz, kashan university of medical science & health services 2002; 21(6):66-70[text in Persian]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

14.AhmadzadehGh ،The prevalence of depression in pregnant women and its association with some socioeconomic factors،Hormozgan Medical Journal. 2007; 10(4): 329-334 [text in Persian]
15.Omidvar SH.Depression in pregnancy and its related factors،Hormozgan Medical Journal2007 ;213-219 [text in Persian]
16.Parsairad E.The relationship between sleep disturbance and depression during pregnancy in nulliparous pregnant women referred to health centers affiliated to the University of Ahvaz .Journal of Medical Sciences, Yazd.2009 (4). [text in Persian]
17.Tabrizi M.Eclectic intervention effectiveness in reducing depression during pregnancy and prevent postpartum depression 2009. Andish & rafter. 5 (17) [text in Persian]
18.Mosalanejad L ،Review of mental health during pregnancy and its related psychological factors in Jahrom، Jahrom Journal of medical 2007; 4[text in Persian]
19.Ghasemi A.Psychological status of pregnant women referred to health centers in TehranJournal of IranMedical Sciences,2002;10, [text in Persian]
20.Mardanihamoleh M.Mental health status of women referred to health centers in Isfahan Shahin, Journal of Nursing and Midwifery Relaxation,2009; 7(6):28-32 , [text in Persian]
21.Ghafari F.Mental health of women and their partners during pregnancy and postpartum clients to health centers in the city of Ramsar.Journal of Obstetrics and infertility in women of Iran.2005;2005[text in Persian]
22.Shahmiri H.The prevalence of depression and its relationship with the individual characteristics of pregnant women ،Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2006;28(2):83-86 [text in Persian]
23.Banazadeh Z.Effectiveness of counseling couples therapy - treatment of depression during pregnancy .FAMILY RESEARCH. 2006; 3(9). [text in Persian]
24.Agh N et al. Effects of support measures on prevention of postnatal depression in pregnancy. HAYAT. 2004; 73-80:(3)12 [text in Persian]
25.Bahrami N et al. The effect of prenatal education on postpartum depression. Hormozgan University of Medical Sciences. 2007.277-283:(4)13 [text in Persian]
26.Norbala A.Assessing mental health in people 15 years and older in Iran. Hakim.1999[text in Persian]
27.Mohammadi MR.Epidemiology of psychiatric disorders in Iran. Hakim.2002[text in Persian]
28.Kaplan, H, Sadock B. Synopsis of Psychiatry. Williamsand Wilkins company ,1994
29.FeliceE,Saliba J, Prevalence rates and Psychobiological characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in women,JAFFEA Disorder.2004,82:297-301
30.Ltief Y, Kesrouani A. Depressive syndromes during pregnancy, Prevalence and Risk factors, J Gynecol obster Biol Report,2005,34:262-26
31.Chen H,Chan YH,Depressive symptomatology in pregnancy a Singaporean perspective , soc Psychiatry Epidemiol, 2004,39:975-9
32.Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. Am J Obstet Gynecol. 1989; 160(5 Pt 1):1107-11.
33.Sugawara M, Toda MA, Shima S, Mukai T, Sadaduran K. et al. premenstrud mood changes and maternal health in pregnancy and the postpartum period. J Clin psychology. 1997; 55(3): 225-232.
34.Jeans MF, Laizener AM. Identification of predictor variables of postpartum depression. Health care women. Int. 1990; 11(2):191-207.
35.Seguin L, Potvin L, Penis ST, Loiselle J. choronic stressors, social support and depression during pregnancy, Obstet Gynecol. 1995; 85(4):583-9.
36.Campbell SB. Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. Development & Psychopathology. 1992; 4(1):29-47.
37.Collins N. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and post partum depression. J Person Soc Psychol. 1993; 65(6):1243-1258.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

Systematic Report

Prevalence, risk factors and interventions of depression during pregnancy in Iranian Studies (1997-2011): A systematic review

Sajadi H[1], Vameghi M[2], Setare forozan A[2], Rafiey H[2], Mohgheghee Kamal SH[3], Nosrat abadi M [3]

1Faculty Member, University Social welfare and Rehabilitation Sciences
2Psychologist, , University Social welfare and Rehabilitation Sciences
3PH.D Student, University Social welfare and Rehabilitation Sciences

***CorrespondingAuthor:**,
Tehran, University Social welfare and Rehabilitation Sciences
Email:
hosseinmohaqeq@gmail.com

Abstract

Background & Objective*: Depression is the most common mood and psychiatric disorder. The aim of this study was to provide a clear picture of the prevalence, risk factors and interventions of depression in pregnant women in Iranian studies.*

Material & Methods*: This study is a systematic review. Statistic population included Farsi and English studies with various aspects of depression in pregnant women. Keywords "Depression, Dysthymia, Melancholia, mood disorder, Iran, pregnant women" in Medline, SID, Irandoc, Iran medex, Magiran and Iran psych database were searched. Then, repeated articles and articles outside the study period (1997 to 2011) were excluded. In the first stage of screening, titles and in second stage, abstracts were reviewed by two experts. Afterwards papers were evaluated qualitatively base on Critical Appraisal Skills Program site.*

Results*: After searching, screening and qualitative evaluation, the final syntheses were performed on 18 articles. Synthesis papers related to depression during pregnancy showed that the prevalence of this disorder in Iranian papers with the Beck tool 27.62 percent. The most important factors associated with depression during pregnancy can lead to parity in Iranian studies, economic status, education, women, employment status and unplanned pregnancy pointed.*

Conclusion*: The high prevalence of depression during pregnancy in Iranian studies, the need for further evaluation and intervention principles with regard to factors associated with depression during the quest.*

Key words*: depression, prevalence, pregnant women, Systematic review, meta-analysis*

Submitted:2012 July 1
Revised:2012 Sep 4
Accepted: 2012 Nov 27

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]