

## افسردگی حین بارداری: لزوم ادغام بیماریابی در مراقبت‌های خانم‌های باردار

دکتر مژگان کاریغش: <sup>د</sup> دستیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر مجتبی صدیقت: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش

سال اول شماره چهارم پاییز ۱۳۸۱ صص ۴۹-۵۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۱/۶/۲۳

### چکیده

مطالعات اخیر نشان داده است که افسردگی حین بارداری حتی از افسردگی پس از زایمان نیز شایع‌تر است. هدف اصلی این مطالعه، تعیین فراوانی افسردگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری مجتمع بیمارستانی امام خمینی است. نوع مطالعه مقطعی بوده، خانم‌هایی که طی دوماه به این درمانگاه مراجعه کردند، مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه سنجش افسردگی بک است که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته و به فارسی نیز ترجمه و تطبیق شده است. در این مطالعه از ۲۰۰ خانم باردار، ۱۷۰ نفر (۸۵٪) با رضایت برای پرکردن پرسشنامه وارد مطالعه شدند که از این تعداد، ۴۸/۲ درصد افراد حداقل یک عامل تنش‌زا را در حین حاملگی تجربه کرده بودند. همچنین ۱۶/۵ درصد علائم افسردگی را در گذشته، ۸/۲ درصد قبل از عادت ماهیانه، ۴/۷ درصد در حاملگی‌های قبلی و ۹/۴ درصد این علائم را در منسوبین خود گزارش کردند و میانگین پرسشنامه افسردگی بک در افراد مورد مطالعه ۱۱/۴۷ بود (۹۵٪ CI=۱۰/۰۹-۱۲/۸۵).

حداقل ۳۰/۶ درصد خانم‌های مورد مطالعه از درجات مختلف افسردگی رنج می‌بردند، حال آن‌که هیچ‌یک از آنها برای این اختلال، درمان و مراقبت دریافت نمی‌کردند. نیز زنان باردار افسرده بیش از غیر افسرده، سابقه افسردگی در زمان گذشته را در خود و بستگان درجه اول خود ابراز نمودند ( $P=0/015$  و  $P<0/001$ ).

در پایان پیشنهاد می‌شود در صورتی که مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر نیز شیوع بالای افسردگی را در زنان باردار کشورمان تأیید نماید، بیماریابی از نظر افسردگی- با استفاده از ابزارهای غربالگری مناسب (مانند پرسشنامه بک)- در مراقبت‌های معمول بارداری ادغام شود.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی، بارداری، پرسشنامه افسردگی بک

<sup>د</sup> نویسنده اصلی: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی

تلفن: ۶۱۱۳۳۸۸

E-mail: mkarbakh@sina.tums.ac.ir

## مقدمه

افسردگی پس از زایمان، موضوعی است که از دیرباز مورد توجه قرار گرفته است [۱ و ۲]. ولی طبق آخرین بررسی‌ها به نظر می‌رسد زنان در هنگام حاملگی بیش از دوره پس از زایمان مستعد ابتلا به افسردگی هستند [۳]. بنابراین در مقابل وجود آگاهی نسبی درباره تأثیر افسردگی پس از زایمان بر سلامت کودک، مادر و خانواده، مسأله افسردگی حین بارداری، نسبتاً مورد غفلت قرار گرفته است [۳]. افسردگی حین بارداری می‌تواند باعث کاهش مراجعه خانم باردار جهت دریافت مراقبت‌های بارداری، تولد نوزاد کم‌وزن و زایمان زودرس شود [۴، ۵ و ۶] که بخشی از این عوارض به علت نشانه‌های سایکوپاتولوژیک افسردگی است [۳]. از سوی دیگر، در یک تفکر سنتی نسبت به فرآیند بارداری، توجه منحصرأ به محصول آن یعنی تولد نوزاد سالم معطوف است و به زن فقط به‌عنوان یک عامل (واسطه) در این میان نگریسته می‌شود [۷]. در حالی که نشانه‌های خلقی افسردگی بر توانایی زن در رویارویی با تغییرات عمیق توأم با تولد یک کودک تأثیر می‌گذارد [۸]. با توجه به این که افسردگی درمان‌نشده مادر و کودک را با خطرات بالقوه‌ای مواجه می‌کند [۹]، این مطالعه ضمن تعیین درصد فراوانی افسردگی در خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری مجتمع بیمارستانی امام خمینی، با آرایه تصویری از جمعیت در معرض خطر - درمقایسه با سایر مطالعات در بقیه کشورها - به تقدیم پیشنهادهای جهت مداخله در این زمینه می‌پردازد.

## مواد و روش کار

در این مطالعه مقطعی (Cross-Sectional)، زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری (پره ناتال) مجتمع بیمارستانی امام خمینی در مدت ۲ ماه (اردیبهشت و خرداد ۱۳۸۱) مورد مطالعه قرار گرفتند. برای نمونه‌گیری نیز از روش سهولت (Convenience sampling) استفاده شد. خانم‌های بارداری که برای پرکردن پرسشنامه حاضر به همکاری شدند، وارد مطالعه شدند، ولی قبل از آن پژوهشگر برای هر فرد، پرسشنامه ثبت اطلاعات جمعیتی و مامایی پر می‌نمود که شامل موارد زیر بود: سن، نوبت بارداری و زایمان، سابقه ازدست دادن فرزند (سقط یا فوت)، سابقه افسردگی

(قبل از بارداری شدن)، سابقه افسردگی قبل از عادات ماهیانه، وضعیت مواجهه با عوامل تنش‌زا (فوت نزدیکان، تغییر محل سکونت، تغییر شغل خود یا همسر، بیماری زمینه‌ای و خواسته‌بودن حاملگی). سپس پرسشنامه سنجش افسردگی Beck توسط افراد تحت مطالعه تکمیل گردید. این پرسشنامه حاوی ۲۱ سؤال چندگزینه‌ای است که پاسخگویی به آنها حدود ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. روایی و پایایی این آزمون که علایم و نگرش‌های مبتنی بر افسردگی را می‌سنجد نیز، در مطالعات متعددی به اثبات رسیده و آلفا کرونباخ آن ۰/۹۳ است. در ضمن نوع تغییر یافته این پرسشنامه که همان نمونه کنونی است، از نظر روایی محتوا و روایی درافتراق بین افراد افسرده و غیر افسرده مطلوبیت دارد [۱۰]. همچنین این پرسشنامه می‌تواند باهریک از سؤالات خود به ترتیب، توزیع وضعیت‌های زیر رانیز در بیماران نشان دهد:

- ۱- غم، ۲- بدبینی، ۳- احساس شکست، ۴- عدم رضایت، ۵- احساس گناه، ۶- انتظار تنبیه، ۷- تنفر از خویش، ۸- محکوم و سرزنش‌نمودن خود، ۹- ایده‌های خودکشی، ۱۰- گریه کردن، ۱۱- انزوای اجتماعی، ۱۲- عدم قاطعیت در تصمیم‌گیری، ۱۳- تغییر نگرش درباره تصورازیدن خود، ۱۴- سستی و کندی، ۱۵- بی‌خوابی، ۱۶- خستگی‌پذیری، ۱۷- از دست دادن اشتها، ۱۸- کاهش وزن، ۱۹- نگرانی‌های جسمی و ۲۰- کاهش سطح انرژی. همچنین حداقل امتیاز نهایی این پرسشنامه با جمع کردن امتیازات، صفر و حداکثر آن ۶۳ است. نهایتاً براساس این امتیاز وضعیت فرد از نظر افسردگی به این صورت ارزیابی می‌شود:

- ۹-۵: دامنه طبیعی، ۱۸-۱۰: افسردگی خفیف تا متوسط، ۲۹-۱۹: افسردگی خفیف تا شدید، ۶۳-۳۰: افسردگی شدید و زیر ۴: احتمالاً تظاهر به بیمار بودن، شخصیت نمایشی (هیستریونیک) یا بینابینی، ضمن مطرح‌بودن احتمال افسردگی [۱۰].

ضمناً شایان ذکر است که برخی مطالعات، آستانه افسردگی را برای خانم‌های باردار، بالاتر در نظر می‌گیرند مطالعه [۱۱ و ۱۲]. با توجه به این موضوع در مطالعه حاضر آستانه افسردگی (به منظور جلوگیری از بیش‌تخمینی فراوانی افسردگی) ۱۶ در نظر گرفته شده است (البته فراوانی

### یافته‌ها

در این مطالعه از ۲۰۰ خانم باردار، ۱۷۰ نفر (۸۵ درصد) حاضر به مشارکت در پرکردن پرسشنامه (ورود به طرح) شده، مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی خانم‌های مورد مطالعه ۲۵/۴۶ و حداقل، حداکثر و میانه سنی نیز به ترتیب، ۱۵، ۴۰ و ۲۵ سال بود (۹۵٪ CI=۲۴/۷۴-۲۶/۱۸). میانگین سنی خانم‌های افسرده ۲۵/۲ با انحراف از استاندارد ۰/۶ و میانگین سنی خانم‌های غیر افسرده ۲۵/۱۵ با انحراف از استاندارد ۰/۵۴ بود. سایر مشخصات جمعیتی این افراد در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی خانم‌های باردار تحت مطالعه (n=۱۷۰)

عنوان	مطلق	نسبی (%)	فراوانی
تحصیلات	ابتدایی	۲۶	۱۵/۳
	راهنمایی	۶۰	۳۵/۳
	دبیرستان	۶۶	۳۸/۸
شغل	دانشگاهی	۱۸	۱۰/۶
	خانه‌دار	۱۵۰	۸۸/۲
	کارمند بیمارستان	۸	۴/۶
	طراح و نقشه‌کش	۴	۲/۴
	آموزگار/ دبیر	۴	۲/۴
	کارمند	۲	۱/۲
	دانشجو	۲	۱/۲

حین حاملگی رخ داده بود- اعلام کردند. در ضمن علاوه بر آن که برخی افراد بیش از یک عامل تنش‌زا را تجربه کرده بودند، ۴۸/۲ درصد افراد حداقل یک عامل تنش‌زا را گزارش کردند. ۲۸ مورد (۱۶/۵ درصد) نیز علایم افسردگی را در گذشته تجربه کرده بودند که فقط ۱ مورد قبلاً تحت درمان با فلوکستین قرار داشته است. همچنین ۹/۴ درصد افراد سابقه علایم افسردگی را در منسوبین خود ذکر نموده، در ۸ بیمار (۴/۷ درصد موارد)، فرد سابقه افسردگی را در حاملگی یا حاملگی‌های قبلی ذکر می‌کرد که از این موارد، ۶ مورد (۷۵ درصد)، در زمان انجام مطالعه نیز طبق پرسشنامه بک دچار افسردگی بودند.

به همین ترتیب، ۱۴ بیمار (۸/۲ درصد)، علایم افسردگی را قبل از رخ دادن عادت ماهیانه تجربه کرده بودند که ۱۰ مورد از

افسردگی با آستانه معمول نیز محاسبه شده است). در ضمن وضعیت خواسته‌بودن حاملگی، بر مبنای قصد بیمار مبتنی بر باردارشدن در آن زمان و یا باردار نشدن در آن زمان یا زمان آینده، به سه گروه (حاملگی برنامه‌ریزی‌شده، برنامه‌ریزی‌نشده و ناخواسته) تقسیم‌بندی شده است.

پس از جمع‌آوری داده‌ها اطلاعات پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS Version 10 وارد رایانه شد و مورد آنالیز قرار گرفت.

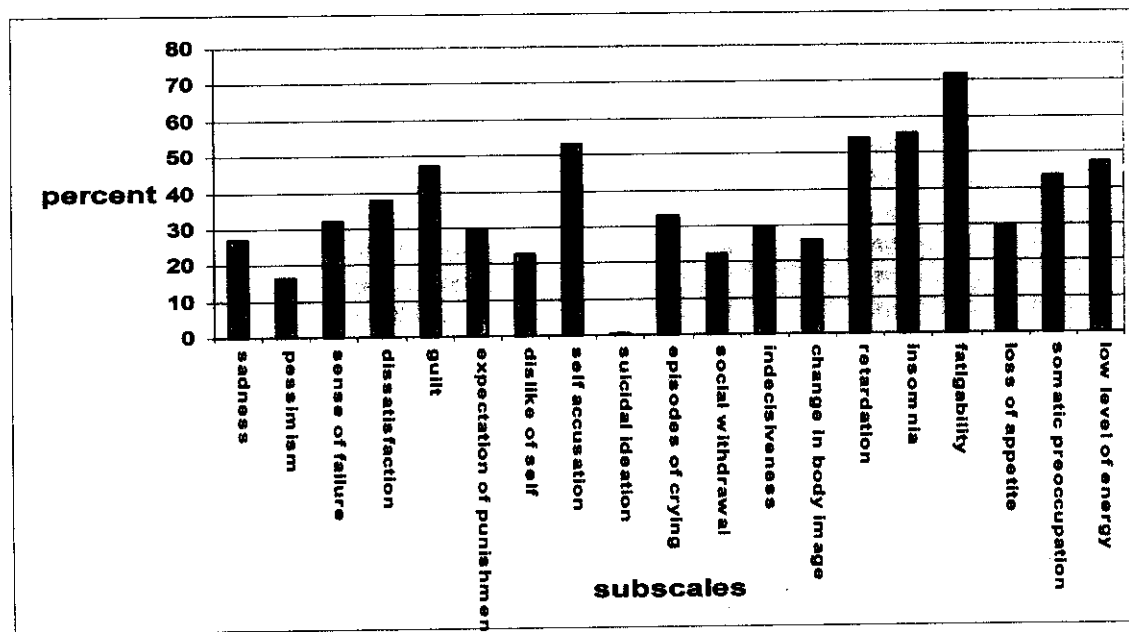
از نظر نوبت حاملگی، ۴۹/۴ درصد زنان، حاملگی اول و ۳۲/۹ درصد حاملگی دوم خود را تجربه می‌کردند. ۵۵/۳ درصد این خانم‌ها نیز تا زمان انجام مطالعه، زایمان (ختم حاملگی پس از ۲۰ هفته) نداشتند (پارا=۰). ضمناً ۳/۵ درصد از آنها، سابقه مرگ دو فرزند و ۱/۲ درصد سابقه ازدست‌دادن ۳ فرزند را گزارش کردند. اکثر این افراد (۶۹/۴ درصد) در سه‌ماهه سوم بارداری و ۲۴/۷ درصد نیز در سه‌ماهه دوم قرار داشته، در ۷/۱ درصد موارد نیز سابقه نازایی وجود داشته است. همچنین در ۱۲/۹ درصد زنان، حاملگی ناخواسته بوده و در ۲۱/۲ درصد دیگر، حاملگی از قبل برنامه‌ریزی نشده بوده است. از نظر مواجهه با عوامل تنش‌زا در حین بارداری، ۱۵/۳ درصد سابقه فوت یکی از اقوام، ۲۱/۲ درصد سابقه تغییر محل سکونت (اسباب‌کشی)، ۱۱/۸ درصد وجود یک بیماری زمینه‌ای، ۹/۴ درصد تغییر شغل همسر و ۲/۴ درصد تغییر شغل خود را که

۲۵/۹ درصد نیز احتمالاً به درجاتی دچار افسردگی بودند و آن را انکار می‌کردند. البته در صورتی که آستانه افسردگی را به ۱۶ منتقل کنیم، درصد فراوانی افسردگی در این خانم‌ها به ۳۰/۶ درصد تقلیل می‌یابد. در عین حال هیچ یک از بیماران (غریبالشده)، تحت نظر روانپزشک یا پزشک خانواده قرار نداشته، از این جهت مراقبتی دریافت نمی‌کردند. درصد اختلال در هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه سنجش افسردگی یک در زنان باردار تحت مطالعه، در شکل شماره ۱ نشان داده شده است.

آنها (۷۱/۴ درصد) در زمان پاسخگویی به پرسشنامه نیز افسرده بودند.

میانگین امتیاز پرسشنامه (Beck) در افراد مورد مطالعه، ۱۱/۴۷ با خطای استاندارد ۰/۷، میانه ۱۱، حداقل ۰ و حداکثر ۴۱ بود (۹۵٪ CI=۱۰/۰۹-۱۲/۸۵). در صورت استفاده از آستانه معمول، برای امتیازبندی پرسشنامه (Beck)، ۵۱/۸ درصد از زنان مورد مطالعه دچار درجاتی از افسردگی هستند، به این صورت که ۳۱/۸ درصد از کل این خانم‌ها دچار افسردگی ضعیف تا متوسط، ۱۵/۳ درصد افسردگی متوسط تا شدید و ۴/۷ درصد مبتلا به افسردگی شدید بودند. علاوه بر این موارد

شکل شماره ۱- درصد اختلال در هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه سنجش افسردگی یک در زنان باردار تحت مطالعه



در مورد توزیع عوامل تنش‌زا بین زنان افسرده و غیر افسرده نیز، تفاوتی از نظر فراوانی مرگ نزدیکان یا اسباب‌کشی در دوران بارداری مشاهده نشد. ولی ۱۹/۲ درصد زنان افسرده در مقابل ۸/۵ درصد زنان غیر افسرده، تغییر شغل خود یا همسر را حین بارداری اخیر ذکر کردند ( $P=0/045$ ).

#### بحث و نتیجه‌گیری

درصد فراوانی افسردگی در جمعیت مورد مطالعه ما با در نظر گرفتن آستانه معمول پرسشنامه (Beck) برای سنجش افسردگی، ۵۱/۸ درصد به دست آمد. این فراوانی بسیار بالا فقط

از طرفی از نظر فراوانی دفعات بارداری، زایمان، سقط، فوت فرزند، نازایی، خواسته‌بودن حاملگی، سابقه افسردگی در حاملگی‌های قبلی و نیز افسردگی قبل از عادت ماهیانه اختلاف معنی‌داری بین زنان افسرده و غیر افسرده مشاهده نشد. همچنین زنان باردار افسرده بیش از زنان غیر افسرده سابقه افسردگی در خود و بستگان درجه اول خود ذکر نمودند ( $P=0/015$  و  $P<0/001$ ). ۱۵/۴ درصد زنان غیر افسرده در مقابل ۳/۸ درصد زنان افسرده دچار یک بیماری زمینه‌ای بودند ( $P=0/033$ ).

مشابه یک مطالعه است که در جمعی از زنان باردار آفریقایی-آمریکایی سیاه‌پوست با وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نامطلوب (با درصد فراوانی ۵۱ برای افسردگی) مشاهده شده است. البته در آن مطالعه، آستانه افسردگی، ۱۴ در نظر گرفته شده است [۱۱]. در صورتی که امتیازات بالای ۱۶ را به‌عنوان افسردگی تلقی کنیم، درصد فراوانی افسردگی در خانم‌های باردار مورد مطالعه به ۳۰/۶ درصد می‌رسد که کماکان نسبت به اغلب مطالعات بالاتر است [۱۲]. این مطلب حتی بدون در نظر گرفتن ۲۵/۹ درصد از افرادی است که امتیاز بسیار کم آنها احتمالاً مطرح‌کننده انکار علایم-علی‌رغم وجود بیماری-است. در سایر کشورها، اکثر مصاحبه‌های تشخیصی نشان می‌دهند که درصدی حدوداً برابر ۸ تا ۱۰ درصد خانم‌های باردار به افسردگی دچار هستند [۱۲]. البته در یک مطالعه بزرگ نیز، ۲۵ درصد از زنان امتیاز بالایی را در پرسشنامه سنجش افسردگی بک نشان دادند [۱۲]. لازم به ذکر است که میانگین امتیاز بک در مطالعه کنونی ۱۱/۴۷ با خطای استاندارد ۰/۷، میانه ۱۱، حداقل ۰ و حداکثر ۴۱ بود (95%CI=۱۰/۰۹-۱۲/۸۵).

ولی در مطالعات مختلف، دامنه میانگین امتیاز بک از ۶/۲ تا ۸/۵ بوده است [۱۲]. مثلاً در یک جمعیت سفیدپوست که از نظر اجتماعی در سطح متوسطی بودند، میانگین این امتیاز در ماه هشتم بارداری ۷/۸ به دست آمد، حال آن‌که سالیمرو و همکاران، امتیاز ۸/۶ را بین گروهی از زنان اسپانیایی در هفته ۱۵ تا ۲۵ بارداری گزارش کردند [۱۳]. بررسی دیگر در مانی‌توبا - که وضعیت اقتصادی، اجتماعی و نژادی شرکت‌کنندگان در آن مشخص نشده است - میانگین ۷/۹ در سه ماهه سوم به دست آمد [۱۴]. برخی نشانه‌های افسردگی مثل اختلال خواب، افزایش وزن و کاهش انرژی ممکن است در یک حاملگی طبیعی هم وجود داشته باشد، که این موضوع تشخیص افسردگی را مشکل می‌کند [۸]. بنابراین اگرچه 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، پیشنهاد کردند که بهتر است آستانه بالاتری برای سنجش افسردگی در زنان باردار به کار رود [۱۱]. این بالا بودن امتیاز در مطالعه ما،

به‌ویژه در حیطة‌های خواب، خستگی‌پذیری و احساس کسالت مشاهده شد (جدول شماره ۱). مطالعه هلکام و همکاران نیز پیشنهاد می‌کند که با در نظر گرفتن امتیاز بالاتر از ۱۶ به‌عنوان افسردگی، می‌توانیم در مورد این ابزار به حساسیت ۸۳ درصد و ویژگی ۸۹ درصد دست یابیم [۱۱]. همان‌طور که ذکر شد هیچ یک از زنان بارداری که در این مطالعه طبق ملاک بک دچار افسردگی بودند، تحت پوشش مراقبت‌های بهداشت روان قرار نداشتند، در حالی که می‌دانیم افسردگی ممکن است سلامت مادر و جنین را با مخاطرات جدی روبرو کند [۹]. کاهش اشتها (که در ۲۹/۴ درصد از خانم‌های مورد مطالعه مشاهده شد)، می‌تواند باعث کاهش وزن شود (که در ۱۰/۶ درصد مشاهده شد) و نیز به کاهش رشد جنین درون رحم منجر شود [۱۵]. کاهش انرژی و خستگی‌پذیری (۷۱/۸ درصد) نیز می‌تواند با مراجعه منظم جهت دریافت مراقبت‌های بارداری تداخل کند. ضمناً عوارضی مثل زایمان زودرس و کنده‌شدن جفت در زنان افسرده بیشتر از سایرین مشاهده می‌شود [۱۶]. در نهایت خطر افسردگی درمان‌نشده مادر، می‌تواند به خودکشی بیانجامد (که عقاید مربوط به آن در ۰/۴ درصد افراد مورد مطالعه مشاهده شد). اگرچه برخی مطالعات نشان داده‌اند که خطر خودکشی، حین حاملگی کاهش می‌یابد [۱۷]، سایر مطالعات بیان می‌کنند که خودکشی یک خطر عمده در حاملگی محسوب می‌شود، به‌ویژه در زنانی که قبلاً تمایل به خودکشی داشته ولی نتوانسته‌اند این کار را انجام دهند یا پدر فرزندشان آنها را ترک کرده و نیز زنانی که قبلاً کودک خود را از دست داده‌اند [۱۸]. بنابراین توصیه شده است، سؤالات مربوط به نشانه‌های افسردگی در خانم‌های باردار نیز جزء روش‌های معمول مراقبت‌های دوران بارداری قرار گیرد و یا به‌طور معمول در این مراقبت‌ها از ابزارهای غربالگری مناسب برای افسردگی (مثل پرسشنامه بک) استفاده شود [۸]. البته این روش‌ها تاکنون فقط در مورد نوجوانان باردار به‌وضوح استفاده شده است [۱۹]. ولی به نظر می‌رسد در مراکز یا مناطقی که شیوع قابل ملاحظه‌ای از افسردگی در سایر خانم‌های باردار نیز مشاهده می‌کنیم، این غربالگری به‌ویژه در مورد گروه‌های پرخطر قابل توصیه باشد. همچنین اقداماتی که می‌تواند ما را در کاهش بار افسردگی یاری کند عبارتند از:

افسردگی در زنان باردار کشورمان و نیز در صورت تأیید بالابودن شیوع، بررسی ضرورت و امکان تلفیق مراقبت‌های سلامت روان با مراقبت‌های بارداری پیشنهاد می‌گردد.

#### تشکر و قدردانی

پژوهشگران مطالعه حاضر لازم می‌دانند از خانم دکتر سپیدخت عرفانیان، دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همه عزیزانی که در درمانگاه مراقبت زنان باردار مجتمع بیمارستان امام خمینی در انجام این طرح همکاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

افزایش آگاهی پرسنل پزشکی درباره افسردگی حین و بعد از بارداری، افزایش آگاهی بیماران و جامعه درباره افسردگی در زنان باردار و پس از بارداری، ایجاد یک سیستم ارتباطی بین مراقبت‌های دوران بارداری و مراقبت‌های (روانی) رفتاری و بهبود مراقبت‌های ارائه‌شده به زنان مبتلا به افسردگی حین بارداری و پس از آن [۲۰]. نکته پایانی این‌که به‌نظر می‌رسد به‌ویژه مورد سوم- ادغام فعالیت‌های بیماریابی برای افسردگی در زنان باردار- قابل انجام و انطباق در سیستم بهداشتی کشورمان باشد. همچنین با توجه به محدودیت‌های این مطالعه، انجام مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر جهت تخمین دقیق شیوع

منابع

- 1- Kendall RE, Wainwright S, Hailey A, Shannon B. The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychological Medicine* 1976; 6: 267-302
- 2- Pitt B. Atypical depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry* 1968; 114: 1325-35
- 3- Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal* 2001; 323: 257-260
- 4- Pagel MD, Smilkstein G, Regen H, Montano D. Psychosocial influences on newborn outcome: A controlled prospective study. *Social Science and Medicine* 1990; 30: 567-604
- 5- Hedegaart M, Henrikson TB, Sabroe S, Secher NJ. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *British Medical Journal* 1993; 306: 234-9
- 6- Teixeira JMA, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *British Medical Journal* 1999; 318: 153-7
- 7- Orr ST, Miller CA. Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women. *Women's Health Issues* 1997; 7: 38-46
- 8- Miller LJ, Shah A. Major mental illness during pregnancy. *Psychiatry Update* 1999; 6: 163 8
- 9- Kahn DA, Moline ML, Ross RW, Cohen L S, Altshuler LL. Major depression during conception and pregnancy: A guide for patients and families. *Expert Consensus Guidline Series* 2001: 110-113 (Available online: [www.psychguide.com](http://www.psychguide.com))
- 10- [www.criminology.unimelb.edu.au/victims/resources/assesment/assessment.html](http://www.criminology.unimelb.edu.au/victims/resources/assesment/assessment.html)
- 11- 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
- 12- Seguin L, Potvin LST, Denis M, Loiselle J. Chronic stressors, social support and depression during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 1995; 83: 583-9
- 13- Salamero M, Marcos T, Gutierrez F, Rebull E. Factorial study of the BDI in pregnant women. *Psychological Medicine* 1994; 24: 1031-5
- 14- Lips H. A longitudinal study of reporting of emotional and somatic symptoms during and after pregnancy. *Social Sciences and Medicine* 1985; 21: 631-40
- 15- Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 1989; 160: 1107-1111
- 16- Orr ST, Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome. *Epidemiologic Reviews* 1995; 17: 165-71
- 17- Marzuk Pm, Tardiff k, Leon AN. Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 122-23
- 18- Lester D, Beck AT. Attempted suicide and pregnancy. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 1988; 158: 1084-1085
- 19- Martin Catherine. Opinions in pediatric and adolescent gynecology. *Journal of Pediatric Gynecology* 2001; 14: 129-33
- 20- [www.researchforter.com/postpartum-depression.html](http://www.researchforter.com/postpartum-depression.html)