

مجموعه مقالات مشاوره‌ی

خانواده و ازدواج

منتشر شده توسط هیأت تخصصی
دکتر عبدالله شهبازی
www.dr-eshafehad.ir



پنجمین سمینار
انجمن مشاوره‌ی ایران



۲۰۰

انجمن اولیا و مربیان ،
مشاوره ایران، دانشگاه الزهرا

بাহمکاری: سازمان مرکزی
سازمان نظام روان‌شناسی و

نقش اختلافات خانوادگی در افسردگی پس از زایمان

ژینوس آروندا^۱

دکتر عبدالله شفیع آبادی^۲

چکیده مقاله:

دوره‌ی ابتدایی پس از زایمان، اهمیت روانی زیادی برای تمام مادران باردار دارد و در صد وقوع بیماری‌های روانی پس از زایمان در آمارهای به دست آمده بالاست. استرس‌های دوران بارداری در بعضی از زنان باعث افسردگی پس از زایمان می‌شود. از طرف دیگر، جدال‌های خانوادگی، به دلیل ایجاد فقدان احساس امنیت و امید به فردا نیز، باعث افسردگی می‌شود. بر این اساس با توجه به نقش اختلافات خانوادگی و عدم تکیه‌گاه روانی و عاطفی، در تشدید بیماری‌های روانی نظیر افسردگی، در این مطالعه، همبستگی بین اختلافات خانوادگی و افسردگی پس از زایمان در مادران تهرانی، مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، از زنان بارداری که جهت زایمان به بیمارستان امام خمینی (ره) تهران مراجعه کرده بودند، به طور تصادفی ۱۰۰ زن مورد مطالعه قرار گرفتند. پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ای، شامل ۱۹ پرسش جهت

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، مشاور دانشگاه خاتم

۲. استاد مشاور، دانشگاه علامه طباطبایی

روان شناسی و مشاوره مورد تأیید قرار گرفت و اعتبار آن با استفاده از آلفای کرونباخ $0/83$ به دست آمد. برای سنجش افسردگی، از آزمون افسردگی بک (فرم ۲۱ ماده‌ای) استفاده شد، که اعتبارهای بازآزمایی بر حسب فاصله زمانی بین دو آزمون و نوع جمعیت مورد مطالعه از ($0/48$ تا $0/86$) بوده است. طی یک هفته پس از زایمان و قبل از ترخیص مادران، این پرسش‌نامه‌ها تکمیل شد. از ضریب همبستگی پیرسون، برای تعیین همبستگی بین اختلاف خانوادگی و افسردگی پس از زایمان استفاده شد.

نتایج: بین اختلافات خانوادگی و افسردگی پس از زایمان، همبستگی مثبت معنی‌داری یافت شد ($r=0/52$). در تمام گروه‌های سنی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت، ولی در گروه سنی ۴۰-۳۰ سال بیش‌ترین میزان بود ($r=0/66$). در مادران دارای تحصیلات ابتدایی- راهنمایی و بالاتر از دیپلم همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت (به ترتیب $r=0/45$ و $r=0/53$) ولی در مادران دارای تحصیلات متوسطه و دیپلم همبستگی مثبت معنی‌داری یافت نشد (به ترتیب $r=-0/07$ و $r=-0/19$). در هر دو گروه شاغل و غیرشاغل همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت (به ترتیب $r=0/46$ و $r=0/45$).

نتیجه‌گیری: بین اختلافات خانوادگی و افسردگی پس از زایمان همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد. با کمک رسانه‌های گروهی، می‌توان با آموزش‌های لازم در زمینه‌ی استرس در خانه و اختلافات خانوادگی و بالا بردن بهداشت جسمانی و روانی دوران بارداری، تا جایی که امکان دارد از ابتلای مادران به افسردگی پس از زایمان جلوگیری کرد. توصیه می‌شود جهت تأیید نقش اختلافات خانوادگی در ایجاد یا تشدید افسردگی پس از زایمان و تعیین عوامل تأثیرگذار و یافتن راه‌های...

و در دو گروه دارای اختلافات خانوادگی و بدون آن طراحی شود.

کلمات کلیدی: اختلافات خانوادگی، افسردگی پس از زایمان، تهران

مقدمه:

در دوران پس از زایمان، قسمت عمده‌ای از بیماری‌های روانی بروز می‌کند و میزان و شدت این بیماری‌ها پس از طی این دوران به وضوح کاهش می‌یابد. جنون پس از زایمان و افسردگی خیلی شدید، از مواردی هستند که نیاز به اقدامات اورژانسی دارند (بروکینگتون، ۱۹۹۶). افسردگی‌های غیرسایکوزی با شدت‌های متفاوت تمایل دارند، که نسبت به جنون پس از زایمان دیرتر بروز کنند. در هر حال، این نگرانی وجود دارد که علایم و ناتوانی‌های ناشی از افسردگی پس از زایمان به شدت عملکرد مادر و خانواده را در این بحران مختل کند (کوکس و همکاران، ۱۹۹۳).

حدود ۱۶-۱۰ درصد زنان کشورهای توسعه‌یافته، حملات افسردگی ماژور را در دوران پس از تولد فرزند تجربه می‌کنند. (میسری و همکاران، ۲۰۰۴). در مورد میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در کشورهای در حال توسعه، مطالعات محدودی وجود دارد. در مطالعه‌ای که در مناطق روستایی هند انجام گرفته بود، میزان بروز افسردگی پس از زایمان ۱۱ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۱۴/۹-۱۷ درصد) بود (جاندران و همکاران، ۲۰۰۲) در حالی که این میزان در ناحیه‌ی حومه‌ی شهری آفریقای جنوبی ۳۴/۷ درصد یعنی در حدود سه برابر کشورهای توسعه‌یافته بود (کوپر و همکاران، ۱۹۹۹). با توجه به اهمیت بیماری‌های روانی نظیر افسردگی در دوران پس از زایمان، شناسایی زنان در معرض خطر و اقدامات اولیه‌ی آنها، اهمیت فراوانی پیدا می‌کند. سن پایین مادران،

منتشر شده توسط سایت تخصصی حاملگی دکتر عبدالملک جاباتیار
www.dr-abdolkhaba.ir

در مورد حاملگی جدید و بستری مکرر قبل از زایمان با افزایش خطر ابتلا به

افسردگی پس از زایمان همراه هستند. (اهارا و همکاران، ۱۹۹۶؛ اتز، ۱۹۹۸).
به نظرمی‌رسد: عوامل زیست‌شناسی (ژنتیک و نورواندوکرین) اهمیت عمده‌ای
در اتیولوژی جنون پس از زایمان (ویک و همکاران، ۱۹۹۱) و افسردگی خیلی شدید
داشته باشد.

فرض می‌شود که، عوامل روانی - اجتماعی عامل اتیولوژیک مهم‌تری در
افسردگی‌های خفیف‌تر پس از زایمان باشد. به نظر می‌رسد که، افسردگی پس از
زایمان با افسردگی زمان‌های دیگر متفاوت نیست و مشابه به هم هستند.
مشخص نیست که آیا عوامل زیست‌شناختی و روان‌شناختی به طور مجزا از
عارضه‌های هنگام زایمان، تظاهر بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهند؟ به هر حال،
بدون توجه به مشکلات بالا پزشکی که زنان و بچه‌ها را تحت مراقبت دارند،
باید جهت تشخیص و معالجه‌ی افسردگی مادران آموزش پیدا کنند (اتز، ۲۰۰۰).

تولد نوزاد و شروع یک زندگی جدید به‌عنوان یک واقعه‌ی شاد انگاشته
می‌شود و می‌تواند شروع یک جشن و شادی باشد. به همین دلیل، افسردگی پس
از زایمان کمی غیرعادی به نظر می‌رسد. دوران حاملگی دوران پر استرسی است
و چه بسا وجود همسری خوب و مهربان باعث کاهش این استرس‌ها، فشارها
و اضطراب‌ها می‌شود. از طرف دیگر اختلافات و جدال با همسر، باعث از دست
رفتن احساس امنیت و امید به فردا می‌شود و این احساس یأس و ناامیدی، باعث
ایجاد و تشدید افسردگی می‌شود.

هدف اصلی این تحقیق آن است که، با مشاهدات بالینی علایم افسردگی در
مادرانی که تازه وضع حمل نموده‌اند مشخص شود، که آیا بحران و فشارهای
اختلافات زایمانی

بر آن دارد که با توجه به نقش اختلافات خانوادگی و عدم تکیه‌گاه روانی و عاطفی تشدید بیماری‌های روانی نظیر افسردگی، همبستگی بین اختلافات خانوادگی و افسردگی پس از زایمان را در مادران تهرانی مورد بررسی قرار دهد.

منتشر شده توسط پایگاه تخصصی
 دکتر عبدالله طبعی آبادی
 www.dr-a-shofiabadi.ir

روش:

جامعه‌ی مورد پژوهش، زنانی هستند که جهت زایمان به بیمارستان امام خمینی (ره) و میرزا کوچک خان تهران مراجعه کرده بودند: تعداد ۱۰۰ زن به طور تصادفی در طی یک هفته پس از زایمان وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها:

پرسش‌نامه‌ای ۱۹ سؤالی درباره‌ی اختلافات خانوادگی با توجه به منابع موجود طراحی شد. پاسخ‌ها با استفاده از مقیاس لیکرت به ۵ درجه خیلی خوب، خوب، معمولی، بد و خیلی بد، درجه‌بندی شد. روایی محتوی آن توسط استادان رشته‌ی روان‌شناسی و مشاوره مورد تأیید قرار گرفت و اعتبار آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد. برای سنجش افسردگی از آزمون افسردگی بک (فرم ۲۱ ماده‌ای) استفاده شد، که اعتبارهای بازآزمایی بر حسب فاصله‌ی زمانی بین دو آزمون وقوع جمعیت مورد مطالعه (از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶) بوده است.

طرح تحقیق:

۱۰۰ زن بارداری که به بیمارستان امام خمینی (ره) و میرزا کوچک خان تهران جهت زایمان مراجعه کرده بودند، به طور تصادفی انتخاب شدند و طی یک هفته پس از زایمان، اختلافات خانوادگی و پرسش‌نامه‌ی

همبستگی پیرسون برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعیین همبستگی بین اختلاف خانوادگی و افسردگی پس از زایمان استفاده شد.

نتایج:

میانگین سنی \pm انحراف معیار مادران مورد مطالعه $22/3 \pm 2/8$ سال بود (محدوده‌ی سنی ۴۰-۱۵ سال). بین اختلافات خانوادگی و افسردگی پس از زایمان همبستگی مثبتی یافت شد ($r=0/52$)

جدول ۱ - میزان افسردگی پس از زایمان، اختلاف خانوادگی و ضریب همبستگی پیرسون بین اختلاف خانوادگی افسردگی بعد از زایمان مادران بر اساس توزیع سنی

ضریب همبستگی پیرسون (r)	میزان اختلاف خانوادگی		میزان افسردگی		گروه‌های سنی (=سال)
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۲۸	۸/۵۰	۱۰/۲۸	۴/۳۷	۴/۹۲	۱۵ - ۲۰
۰/۳۴	۱۱/۱۰	۱۶/۷۶	۸/۶۱	۶/۲۶	۲۰ - ۳۰
۰/۶۶	۹/۴۱	۱۴/۰۶	۵/۶۹	۵/۳۱	۳۰ - ۴۰
۰/۵۰	۹/۸۲	۱۳/۴۱	۵/۷۲	۵/۴۵	کل

بیشتر مادران در گروه سنی ۲۰ - ۳۰ سال قرار داشتند (۴۸/۱ درصد). در

تمام گروه‌های سنی همبستگی مثبت یافت شد، اما در گروه سنی ۴ - ۳۰ سال

بیشترین میزان را دارا بود ($r=0/66$)

جدول ۲ - میزان افسردگی پس از زایمان، اختلاف خانوادگی و ضریب همبستگی پیرسون بین اختلاف خانوادگی و افسردگی پس از زایمان مادران باردار بر اساس میزان تحصیلات

ضریب همبستگی پیرسون (r)	میزان اختلاف خانوادگی		میزان افسردگی		میزان تحصیلات
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۵۳	۹/۹۴	۱۳/۹۱	۶/۳۹	۵/۱۸	ابتدایی - راهنمایی
-۰/۰۷	۸/۳۴	۹/۵۶	۳/۱۰	۲/۸۹	متوسطه
-۰/۱۹	۱۰/۲۸	۱۴/۰۰	۲/۵۱	۳/۵۰	دیپلم
۰/۴۵	۱۱/۷۶	۲۱/۶۷	۴/۸	۷/۸۳	کل

در مادران دارای تحصیلات ابتدایی - راهنمایی و بالاتر از دیپلم، همبستگی مثبت وجود داشت؛ ولی در مادران دارای تحصیلات متوسطه و دیپلم، همبستگی مثبتی یافت نشد.

جدول ۲ - میزان افسردگی پس از زایمان، اختلاف خانوادگی و ضریب همبستگی پیرسون بین اختلاف خانوادگی و افسردگی پس از زایمان مادران باردار بر اساس وضعیت اشتغال

ضریب همبستگی پیرسون (r)	میزان اختلاف خانوادگی		میزان افسردگی		وضعیت اشتغال
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۴۶	۱۳	۱۵/۱۱	۴/۷	۴/۵	شاغل
۰/۴۵	۹/۷	۱۳/۶	۵/۹	۵/۲	غیر شاغل

در هر دو گروه شاغل و غیر شاغل، همبستگی مثبتی بین اختلاف خانوادگی و افسردگی بعد از زایمان یافت شد (به ترتیب $r = ۰/۴۶$ و $r = ۰/۴۵$).

بحث:

در هنگام زایمان و دوره‌ی زمانی بلافاصله پس از زایمان، مادر و کودک بسیار آسیب‌پذیر هستند. در این زمان مادر ممکن است، به انواع مختلفی از بیماری‌های روانی مبتلا شود. (ملجز و همکاران ۱۹۶۹) در مطالعه‌ی ۱۰۰ بیماری که پس از زایمان دچار بیماری روانی شدند، مشاهده کردند که ۱۶٪ بیماران در روز اول پس از زایمان دچار علائم بیماری می‌شوند. ۵۱٪ واکنش اسکیزوفرنی داشتند. تحریک‌پذیری در ۹۴/۶ درصد موارد، فریاد زدن بدون دلیل در ۹۴/۵ درصد موارد، بی‌خوابی در ۸۱ درصد موارد، تغییر سریع خلق به صورت تبدیل شدن سریع حالت‌گریه به خوشحالی، در ۷۹/۷ درصد موارد، هیجان‌زدگی و بی‌قراری در ۶۳/۴ درصد موارد وجود داشت. احساس افسردگی و درماندگی آن‌ها اغلب از احساس بی‌کفایتی ناشی می‌شد. بیماران افسرده و سواس زیادی در مورد سلامتی بچه و نگهداری از او داشتند و از کمبود مراقبت از وی یا عدم علاقه به او احساس گناه می‌کردند.

این تحقیق نشان داد که، اختلافات خانوادگی همبستگی مثبتی با ایجاد افسردگی پس از زایمان دارند. حاملگی باعث ایجاد تغییرات بیولوژیک و روانی در مادر می‌شود. (تردوی و همکاران ۱۹۶۹) در مطالعه‌ی خود مشاهده کردند که، کاهش دفع ادراری (نوراپی نفرین و افزایش دفع ادراری نورمتا نفرین) با افزایش حالات نوروژیک و تابلوی افسردگی رابطه دارد. آن‌ها چنین فرض کردند که، این افزایش مصرف نوراپی نفرین به علت کاهش حساسیت گیرنده‌ها توسط تغییرات هورمون‌های جنسی در زمان حاملگی است و باعث افزایش حساسیت بیولوژیک فرد برای ابتلا به اختلالات عاطفی می‌شود. اختلال متابولیسم ایندولامین را در توتو بعضی از افسردگی‌ها مؤثر دانسته‌اند. سنتز سروتونین مغزی ممکن است در بعضی افسردگی‌ها کاهش پیدا کند. تریپتوفان آزاد پلازما نیز که پیش‌ساز سروتونین است

افسردگی کاهش پیدا می کند. میزان تریپتوفان آزاد پلاسمایی بعد از زایمان پایین می آید و به همراه آن میزان تریپتوفان کل مغزی بالا می رود.

(تردوی و همکاران، ۱۹۶۹). زنانی که آنتی بادی ضد تیروئید در ابتدای حاملگی دارند مستعد ابتلا به افسردگی پس از زایمان هستند، بدون این که ارتباطی با اختلال عملکرد تیروئید داشته باشد. نشان داده شده است که، تجویز هورمون تیروئید اثری بر وقوع افسردگی ندارد (هاریس و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعه‌ای نشان داده است که، بین بروز افسردگی پس از زایمان و مصرف اسیدهای چرب اُمگا 3 - با زنجیره‌ی بلند، نظیر دکوزاهگزانوئیک اسید (DHA) ارتباط معکوسی وجود دارد. (ماکریدس و همکاران، ۲۰۰۳). کمبود فولات می تواند باعث اختلالات روانی به صورت افسردگی شود. از طرف دیگر حاملگی و زایمان اغلب با کمبود فولات همراه هستند. هر چند (روئیلون و همکاران ۱۹۹۲) در مطالعه‌ی خود هیچ ارتباطی بین سطح فولات سرم یا گلبول قرمز با افسردگی پس از زایمان نیافتند. (دولت‌شاهی و همکاران ۱۹۹۰) در مطالعه‌ی خود نشان دادند که، اتیولوژی اختلالات شدید بعد از زایمان به طور عمده بیولوژیک است. اما در موارد غیر شدید و غیر جنون عوامل روحی - روانی و اجتماعی نقش مهمی بازی می کنند.

استرس‌های مرتبط با ساختار خانواده، ازدواج و زندگی زناشویی، شغل، محل سکونت و کوچ کردن در ارتباط با افسردگی پس از زایمان هستند. (ریجنتی - ولتما و همکاران، ۱۹۹۸). عوامل بین فردی نظیر تعامل زوجین و مشکلات خانوادگی را در افسردگی پس از زایمان مهم دانسته‌اند. (ادنبرگ ۱۹۷۴) ارتباطی بین "طرد مادر" و افسردگی پیدا کرد. (هایتلر ۱۹۷۶) نتیجه‌ی مشابهی را در مورد نگرش خصمانه بین مادر و دختر توصیف کرد. اختلاف خانوادگی قبل و بعد از تولد فرزند نیز در ارتباط با افسردگی پس از زایمان بوده است. (پایکل و همکاران، ۱۹۸۰)

دریافتند که، تنش‌های خانوادگی در کنار سایر رخدادهای استرس‌زا عامل مهمی تلقی می‌شوند. (هال و همکاران، ۱۹۹۶) مشاهده کردند که، علائم افسردگی در مادرانی با عزت‌نفس پایین ۳۹ برابر بیش‌تر از مادرانی با عزت‌نفس بالادیده می‌شود.

تولّد بچه و فشارهای روانی همراه با آن عامل تشدیدکننده‌ای است که منجر به بدتر شدن اختلالات روانی موجود و یا آشکار شدن اختلال روانی نهفته می‌شود. زنی که احساس می‌کند کسی او را دوست ندارد و از رابطه‌ی زناشویی خوبی برخوردار نیست، بیش‌تر در معرض خطر افسردگی بعد از زایمان قرار دارد. در موارد متعددی گزارش شده است که، این بیماران حالت خصومت و دشمنی با مردان داشته‌اند. استرس‌های دوران بارداری فاکتور مهمی در افسردگی پس از زایمان مادر است، که خود آن اثر تعیین‌کننده‌ای بر فرزند دارد؛ زیرا مادر افسرده نمی‌تواند مراقبت کافی و مناسبی از فرزند خود داشته باشد (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۴) و افسردگی پس از زایمان اثر بدی بر عوامل شناختی و اجتماعی - هیجانی کودک دارد (موری و همکاران، ۲۰۰۳).

همان‌طور که مشاهده می‌شود، عوامل روانی، اجتماعی، نقش عمده‌ای در زن متجدد امروزی و ابتلای وی به بیماری روانی پس از زایمان دارند. از طرف دیگر اختلاف خانوادگی به دلیل استرسی که ایجاد می‌کند، علاوه بر این که خود باعث ایجاد افسردگی می‌شود، با افزوده شدن بر استرس زایمان و تولّد نوزاد، باعث افزایش ایجاد افسردگی پس از زایمان در مادران می‌شود.

در دو طیف تحصیلی ابتدایی - راهنمایی و بالاتر از دیپلم همبستگی مثبتی بین اختلاف خانوادگی و افسردگی بعد از زایمان یافت شد؛ در حالی که در مادران دارای تحصیلات متوسط و دیپلم این همبستگی منفی بود؛ این که می‌تواند ناشی از این باشد - آگاهی کم مادران دارای تحصیل ابتدایی - راهنمایی و وسواس

پیش از حد مادران دارای تحصیلات عالیه، می‌تواند باعث افزایش استرس مادران و تشدید افسردگی پس از زایمان شود.

همان‌طور که ملاحظه شد، اختلافی بین مادران شاغل و غیرشاغل در این زمینه وجود نداشت و در هر دو همبستگی مثبتی بین اختلاف خانوادگی و افسردگی پس از زایمان مشاهده شد. به عبارت دیگر، هر دو گروه شاغل و غیرشاغل دارای استرس‌های مخصوص به خود هستند، که باعث تشدید افسردگی پس از زایمان می‌شود. در هر حال، برای بررسی نقش شغل در افسردگی‌های پس از زایمان نیاز به طراحی مطالعه‌ای با حجم بیشتر و حذف عوامل مداخله‌گر است.

نتیجه‌گیری:

نتیجه‌گیری می‌شود که، بین اختلافات خانوادگی و افسردگی پس از زایمان همبستگی مثبتی وجود دارد. بر این اساس، باید با کمک رسانه‌های گروهی در بهداشت زمان بارداری بانوان در زمینه‌ی استرس در خانه و اختلافات خانوادگی آموزش‌های لازم داده شود، در حد امکان از ابتلای مادران به افسردگی پس از زایمان پیشگیری شود. توصیه می‌شود: جهت اثبات نقش اختلافات خانوادگی در ایجاد یا تشدید افسردگی پس از زایمان و تعیین عوامل تأثیرگذار و یافتن راه‌های پیشگیری مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر در نقاط مختلف کشور و در دو گروه دارای اختلافات خانوادگی و بدون آن طراحی شود.

منابع:

- Brockington, I. (1996) *Maternal Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Chandran M, Tharyan P, Muliyl J, Abraham S. (2002). Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors. *Br J Psychiatry*. 181:499-504.
- Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. (1999). Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry*. 175:554-8.
- Cox J L, Murray D, Chapman G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163: 27-31.
- Dowlatshahi D, Paykel ES. (1990). Life events and social stress in puerperal psychoses: absence of effect. *Psychol Med*. 20(3):655-62.
- Hall LA, Kotch JB, Browne D, et al. (1996). Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research*. 45(4):231-238.
- arris B, Oretti R, Lazarus J, et al. (2002). Randomised trial of thyroxine to prevent postnatal depression in thyroid-antibody-positive women. *Br J Psychiatry*. 180:327-30.

Heitler S, McCrensky K. (1976). Postpartum Depression: A Multi-Dimensional Study. DISS. ABSTR. INTL. 36(11- B):5792-5793.

Makrides M, Crowther CA, Gibson RA, et al. (2003). Docosahexaenoic acid and post-partum depression - is there a link? Asia Pac J Clin Nutr. 12 Suppl:S37.

Melges FT. (1969). Postpartum psychiatric reactions: time of onset and sex ratio of newborns. Science. 21;166(908):1026-7

Misri S, Reebye P, Corral M, et al. (2004). The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. J Clin Psychiatry. 65(9):1236-41.

Murray L, Cooper PJ, Wilson A, et al. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. Br J Psychiatry. 182:420-7.

Oates M. (1998) Risk and childbirth in psychiatry. In Acute Psychosis, Schizophrenia and Comorbid isorders. Recent Topics from Advances in Psychiatric Treatment (vol. 1) (ed. A. Lee), pp. 116-123.

----- (2000). Perinatal Maternal Mental Health Services. Council Report CR88 Royal College of Psychiatrists London

O'Hara MW, Swain AM. (1996) Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. International Review of Psychiatry, 8, 37 -54.

- Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, et al (1980) Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.
- Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, et al. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*. 49:167-180.
- ouillon F, Thalassinos M, Miller HD, et al. (1992). Folates and post partum depression. *J Affect Disord*. 1992 Aug;25(4):235-41.
- nith JW, Seckl JR, Evans AT, et al. (2004). Gestational stress induces post-partum depression-like behaviour and alters maternal care in rats. *Psychoneuroendocrinology*. 29(2):227-44.
- eadway CR, Kane FJ Jr, Jarrahi-Zadeh A, et al. (1969). A psychoendocrine study of pregnancy and puerperium. *Am J Psychiatry*. 125(10):1380-6.
- denberg N. (1974). Reproductive adaptation in mother and daughter. *Acta Psychiatr Scand*. suppl 254.
- ck A, Kumar R, Hirst AD, et al (1991) Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *British Medical Journal*, 303, 613-616.