

سلامت روان زنان باردار و پیامدهای زایمان در مادران مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان

راحله رضائیان لنگرودی^۱، مریم اصل توقیری^۱

۱. مربی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی تویسرکان

افلاک / سال ششم / شماره ۲۱۰/۲۱۰ پاییز و زمستان ۱۳۸۹

چکیده

مقدمه و هدف: اگر چه حاملگی یک پدیده فیزیولوژیک و طبیعی است، اما زنان در طول بارداری در معرض تغییرات جسمی و روانی قرار می‌گیرند که می‌تواند سلامت آن‌ها و جنین را تحت تأثیر قرار دهد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت روان مادران باردار و پیامدهای زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقایسه‌ای بر روی ۱۰۴ زن باردار و نوزادان آن‌ها صورت گرفت. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده از بین زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان انجام شد. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ای بود که بخش اول آن اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل سؤالات مربوط به آزمون سلامت عمومی یا GHQ-28 بود که وضعیت سلامت فرد را به لحاظ اضطراب، افسردگی، عملکرد اجتماعی، جسمانی ارزیابی می‌کرد. یافته‌ها با آزمون‌های آمار توصیفی و کای اسکواتروتی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: شاخص‌های رشد نوزادان در مادران ناسالم به طور معناداری ($p < 0.05$) پایین‌تر از نوزادان مادران سالم بود. طول مدت مرحله اول زایمان نیز به طور معناداری در مادران ناسالم کمتر از مادران سالم بود ($p < 0.05$). مادران ناسالم نیز به طور معناداری کمتر از مادران سالم به موقع و به صورت طبیعی زایمان کردند ($p < 0.05$). لیکن در آپکار نوزادان تفاوت معناداری در دوگروه مشاهده نشد ($p > 0.05$).

نتیجه گیری: از آن جایی که وضعیت روانی ناسالم مادر در دوره بارداری بر پیامدهای زایمان (مادر- نوزاد) تأثیرات منفی مانند زایمان زودرس، کاهش شاخص‌های رشد نوزاد، زایمان سزارین و ... را می‌گذارد لذا لزوم اهمیت تأکید بر مراقبت‌های روانی دوران بارداری در کنار مراقبت‌های جسمی مشخص می‌شود. لذا نیاز است با شناسایی افراد مستعد و انجام مراقبت‌های لازم جهت تأمین بهداشت روانی به عنوان یک اقدام مثبت اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و بهداشتی از بسیاری از مشکلات جلوگیری به عمل آید.

واژه های کلیدی: سلامت روان، پیامدهای زایمان.



مقدمه

تأمین سلامتی مردم در هر کشوری از مهم‌ترین مسائل اساسی است که باید آن را از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی نگریست، متأسفانه بعد روانی بهداشت در بسیاری از کشورهای در حال توسعه بنا به دلایل مختلف مورد توجه کافی قرار نگرفته است و این در حالی است که در این کشورها حجم مسائل رفتاری و روانی رو به فزونی است تا حدی که عوارض ناشی از بی‌توجهی به آن در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی اثرات سوء و غیرقابل جبرانی گذاشته است (۱). بدون شک سلامت روانی نقش مهمی در تعیین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌نماید. بنابراین یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، سلامت روان^۱ آن جامعه است (۲).

سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را عبارت از: قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب در نظر می‌آورد (۳).

از آنجایی که هر گونه تغییر در زندگی انسان اعم از خوشایند و ناخوشایند مستلزم نوعی سازگاری مجدد است، فقدان سلامت روان موجب عدم سازگاری با شرایط جدید می‌شود. در واقع نداشتن سلامت روان از مشکلات جدی و شایعی است که در سراسر دنیا در هر جمعیت و گروهی وجود دارد. بنابراین جمعیت زنان باردار نیز از این قاعده مستثنی نیستند (۴).

از آنجایی که روان زن در دوران حاملگی تحت تأثیر عوامل مختلفی از قبیل احساس وی در مورد هویت زنانگی، زندگی زناشویی، خانواده شوهر، توافرها، تضادها، ارتباط جنسی، خواستن و نخواستن کودک می‌باشد، بنابراین عدم توانایی در مواجهه با این مسائل می‌تواند آسیب‌های جدی را برای او به بار آورد (۵).

مطالعه بروکلی و همکاران^۲ (۲۰۰۸) که روی ۳۲۰ زن حامله به منظور بررسی سلامت جسمی و روانی آنان انجام شد، نیز نشان

داد که اکثر افراد مورد مطالعه دچار افسردگی، اضطراب و بی‌اشتهایی بودند (۶). مطالعه رابینز^۳ (۲۰۰۷) در انگلستان نیز مشخص کرد که بیش از ۷۰ درصد زنان حامله برخی از علائم افسردگی را دارا هستند. در این تحقیق از استرس‌های دوران بارداری و اضطراب ناشی از آن به عنوان یک فاکتور در بروز افسردگی‌های این دوران یاد شده است. هم‌چنین این نویسنده تداخل بارداری با توانایی‌های فرد جهت مراقبت از خود، نقص در تغذیه، اختلال در خواب و علائم اضطراب و دلشوره را از مهم‌ترین علائم شایع این دوران معرفی می‌نماید (۷). نونانس و کوهن^۴ (۲۰۱۰) افسردگی‌های دوران بارداری را با نتایج حاملگی قبلی چون زایمان پس از موعد، وزن کم نوزاد در هنگام تولد و ... مرتبط می‌دانند (۸).

در این رابطه جونز^۵ (۲۰۰۷) شایع‌ترین و مهم‌ترین استرس‌های گزارش شده توسط زنان باردار را به این گونه اعلام می‌کند، اضطراب و نگرانی در مورد سلامت جنین، مشاگره و مشکل ارتباطی با همسر، اضطراب در رابطه با تجربه زایمان و مادر شدن (۹).

مطالعات و بررسی‌های متعدد نیز روی زنان باردار از نژادهای مختلف و در محیط‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی متفاوت نشان‌دهنده این فرضیه است که سطح بالای استرس‌های روانی-اجتماعی و عدم ناسازگاری فرد با شرایط در طول دوران بارداری خطر سقط خودبخودی، ناهنجاری‌های نوزاد، زایمان زودرس و در نتیجه تولد نوزاد با وزن کمتر از میزان طبیعی را افزایش می‌دهد (۴).

این یافته‌ها توسط روبرتسون^۶ و همکاران (۱۰) و چنگ و همکاران^۷ (۱۱) نیز تأیید شده است. هم‌چنین اکونر و همکاران^۸ در مورد رابطه اضطراب قبل از زایمان مادر با مشکلات خواب در کودکان دریافتند اضطراب مادر به طور مستقیم ترشحات

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. Mental health | 2. Brokly et al |
| 3. Rabinz | 4. Nonance & Kohen |
| 5. Jonz | 6. Robertson |
| 7. Chang et al | 8. Econer et al |



جسمی و روانی کودک بسیار مهم است. بنابراین تأمین بهداشت روانی به عنوان یک اقدام مثبت اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و بهداشتی برای کشور ما جنبه الزامی دارد. با توجه به مسائل ذکر شده مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر سلامت روان مادر بر پیامدهای زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقایسه‌ای است که در دو گروه مادران دارای سلامت روان و فاقد سلامت روان و نوزادان متولد شده از آن‌ها انجام شد.

جامعه آماری تحقیق حاضر زنان بارداری که از سه ماه آخر بارداری به بیمارستان فاطمیه همدان مراجعه کردند، بودند. حجم نمونه این پژوهش ۱۰۴ نفر پس از یکسان‌سازی در عواملی مانند سن، ماه بارداری، چندمین بارداری، عدم وجود بیماری‌های روانی و ... بود که پس از اطلاع آنان از اهداف پژوهش؛ داوطلبانه وارد مطالعه شدند.

مادران ابتدا فرم اطلاعات شخصی (مشخصات جمعیت شناختی، سن، تحصیلات، شغل و ...) و سپس پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کردند. در مرحله بعد پس از زایمان شاخص‌های رشد نوزاد، مراحل زایمان، نوع زایمان، آپگار نوزاد در دو گروه مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی^۱ (GHQ-28) بود. این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ^۲ در سال ۱۹۷۲ طراحی شد و از ابزارهای شناخته شده غربالگری روانپزشکی در جمعیت عمومی است و برای شناسایی اختلال‌های غیر روانپریشی به کار گرفته شده است. از زمانی که گلدبرگ GHQ را معرفی کرد تاکنون به ۳۸ زبان ترجمه شده است و می‌توان آن را معروف‌ترین و بکار گرفته شده‌ترین آزمون اندازه‌گیری بهداشت روانی دانست (۱۰).

محور آدرنال هیپوفیز هیپوتالاموس را در جنین افزایش می‌دهد که باعث بدخوابی در نوزاد می‌گردد (۱۲).

حالات عاطفی مادر در رشد جنین تأثیر می‌گذارد زیرا حالات هیجانی با تأثیر بر دستگاه عصبی مادر سبب آزاد گردیدن برخی مواد شیمیایی مثل استیل کولین و اپی نفرین شده و از طریق جفت به جنین منتقل می‌گردد و سبب افزایش حرکات جنین می‌شود و هر گاه ترشح این مواد طولانی‌تر باشد حرکات جنین نیز شدیدتر شده و نوزاد زودتر از موعد متولد می‌شود (۵). مطالعات فیلد^۱ (۲۰۱۰) نشان می‌دهد میانگین زایمان‌های پیش از موعد و تولد نوزادان کم وزن در ایالات متحده آمریکا ۱۱ درصد کل تولدها را در برمی‌گیرد (۴). اهمیت بررسی این موضوع از این روست که زایمان‌های پیش از موعد تولد نوزادان کم وزن منجر به پیامدهای منفی در تحول شناختی و فیزیکی کودکان می‌شود و این نوزادان بیشتر احتمال دارد که از فلج مغزی، ناتوانی‌های یادگیری و دیگر معلولیت‌ها رنج ببرند. این نتایج توسط دیکت^۲ نیز تأیید شده است (۲).

از طرفی حالات هیجانی مادر سبب افزایش کورتیزول خون می‌شود و از طرفی بعلت همبستگی بالایی که بین سطح کورتیزول خون مادر و جنین وجود دارد، بنابراین افزایش این هورمون به سرعت روی جنین اثر می‌گذارد و سبب زایمان پیش از موعد می‌گردد (۶). در زنانی که زایمان پیش از موعد می‌کنند این هورمون بین هفته‌های ۱۸ تا ۲۰ و هفته‌های ۲۸ تا ۳۰ بارداری نسبت به زنانی که به موقع زایمان می‌کنند به طور معنی‌داری زیاده‌تر ترشح می‌شود (۷).

حال از آن جایی که زبان‌های مادی و معنوی ناشی از اختلال‌های روانی بر کسی پوشیده نیست و با توجه به آسیب‌پذیری جسمی و روانی زنان در دوران بارداری و نظر به این که سلامت مادران نقش به‌سزایی در سلامت فرزندان خواهد داشت، لذا با نگرش عمیق در وضعیت بهداشت روان زنان باردار، حمایت اولیه از مادر برای تحول دراز مدت سلامت

1. Fild

2. Dick

3. General-Health Questionnaire 28 (GHQ-28)

4. Goldberg



(۴۰ درصد) از آزمودنی‌ها نمره برابر و بالاتر از ۲۳ (نقطه برش) و ۹ نفر (۶۰ درصد) از آزمودنی‌ها نمره پایین‌تر از نقطه برش به دست آوردند. در مرحله دوم از آزمودنی‌ها خواسته شد به مرکز مشاوره‌ی بیمارستان مراجعه کنند که از این تعداد ۱۷ نفر مراجعه کردند. با توجه به بررسی انجام شده با لحاظ نقطه برش ۲۳، میزان حساسیت ۸۰ درصد و ویژگی ۸۰/۸ درصد بدست آمد.

همچنین نتایج آلفای کرنباخ به ترتیب برای زیرمقیاس جسمانی ۷۸ درصد، زیرمقیاس اضطراب ۸۰ درصد، زیرمقیاس کارکرد اجتماعی ۶۸ درصد، زیرمقیاس افسردگی ۸۵ درصد و برای کل مقیاس ۹۰ درصد بدست آمد. با توجه به نقطه برش ۲۳ هر آزمودنی که نمره کمتر از ۲۳ داشت در گروه افراد سالم و نمره‌های بالاتر از آن در گروه افراد ناسالم طبقه‌بندی گردید. برای تحلیل آماری داده‌های این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون تی و کای دو با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی در مطالعه حاضر نشان می‌دهد بیش از نیمی از مادران باردار (۵۴/۹۴ درصد) فاقد سلامت روان بودند. همچنین میانگین سنی در دو گروه مادران سالم و ناسالم به ترتیب ۲۵/۹۶ و ۲۶/۶۷ بوده است. در بررسی تفاوت سن مادران در دو گروه هیچ تفاوت معناداری که بتوان گفت بر نتایج مؤثر است مشاهده نشد.

شاخص‌های رشد در نوزادان مادران ناسالم به طور معناداری پایین‌تر از نوزادان مادران سالم بود (جدول شماره ۱).

زایمان طبیعی در مادران ناسالم در مقایسه با مادران سالم به طور معناداری کمتر بود و همچنین زایمان زودرس در مادران

GHQ به عنوان یک آزمون غربالگری توسط سازمان بهداشت جهانی^۱ در مطالعات بهداشت روانی بطور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است (۱۲). سوالات پرسشنامه سلامت عمومی به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات ناپه‌نجا و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است. این پرسشنامه دارای ۴ مقیاس زیر است: ۱- علائم جسمانی، ۲- اضطراب و اختلال خواب، ۳- اختلال در عملکرد اجتماعی و ۴- علائم افسردگی.

نمره‌گذاری به روش لیکرت انجام شد که به صورت (۰-۱-۲-۳) است و حداکثر نمره به دست آمده ۸۴ در نظر گرفته شد. هر چه نمره فرد در پرسشنامه کمتر باشد بیانگر سلامتی روانی بهتر است.

تحقیقات و گزارش‌های متعدد بیانگر روایی و پایایی مناسب برای این پرسشنامه است. گلدبرگ در بازنگری ۴۳ بررسی، حساسیت ۸۴ و ویژگی ۸۲ درصد و بهترین نقطه برش را نمره ۲۳ گزارش نموده است. همچنین در مطالعه یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۸۶ و ویژگی ۸۲ درصد را به دست آوردند.

در ارتباط با پایایی آزمون GHQ مطالعات متعدد ضرایب پایایی بین ۷۸ تا ۹۵ درصد را گزارش کرده‌اند جکسون (۲۰۰۷). کیلیک^۲ و همکاران (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان در ترکیه ضریب آلفای کرنباخ ۷۸ درصد را برای نمرات کل آزمون به دست آوردند. در مطالعه چونگ^۳ و اسپیرز^۴ (۱۹۹۴) ضریب بازآزمایی برابر با ۵۵ درصد و ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر با ۸۸ درصد و برای زیر مقیاس‌ها بین ۶۶ تا ۸۵ درصد بدست آمد.

در پژوهش حاضر یک مطالعه مقدماتی نیز به منظور تعیین میزان پایایی پرسشنامه صورت گرفت. برای این منظور ۲۰ نفر مادر باردار بطور تصادفی انتخاب گردیدند. فرایند طرح مقدماتی شامل دو مرحله بود، در مرحله اول آزمودنی‌ها پرسشنامه GHQ-28 را تکمیل نمودند. در این مرحله در مجموع ۱۱ نفر

1. World Health Organization
2. Kilic
3. Cheung
4. Spears



اضطراب و افسردگی دو مورد از شایع‌ترین اختلالاتی است که زنان ممکن است در طول زندگی‌شان تجربه کنند، زایمان نیز رویدادی استرس‌زا در طول زندگی آنان است و اغلب با اضطراب همراه است. نگرانی‌هایی در مورد درد زایمان، ناهنجاری نوزاد از جمله منابع اضطراب مادر است (۱).

عدم سلامت روان مادر باردار بر شاخص‌های رشد نوزادان به طور معنی‌دار مؤثر بود و به طوری که باعث کاهش وزن، قد و دور سر آنان شده بود. نونانس و کوهن (۲۰۱۰) نیز افسردگی‌های دوران بارداری با وزن کم نوزاد هنگام تولد را مرتبط می‌دانند (۸).

علاوه بر یافته‌های فوق نتایج نشان داد زایمان پیش از موعد، زایمان به روش سزارین در مادران ناسالم به طور معناداری بیشتر از مادران سالم بود. نداشتن آرامش، عدم کنترل هیجانات و به عبارتی پایین بودن سطح سلامت روان مادران بر روند زایمان مادر نیز اثرات منفی دارد که می‌تواند سبب زایمان پیش از موعد گردد (۷). این یافته توسط روبرتسون و همکاران (۱۰) و چنگ و همکاران (۱۱) تأیید شده است.

زایمان پیش از موعد سبب کم وزنی و رشد نامناسب نوزاد می‌گردد (۳).

تأثیرات منفی پایین بودن سلامت روان مادر بر روند زایمان می‌تواند به کودک یا خود مادر برگردد به طوری که سبب زایمان پیش از موعد که این خود سبب کاهش وزن و عدم رشد مناسب در کودک می‌شود (۲).

مطالعه فیلد نشان می‌دهد میانگین زایمان‌های پیش از موعد و تولد نوزادان کم‌وزن در ایالت متحده آمریکا ۱۱ درصد کل تولدها را در برمی‌گیرد (۴). اهمیت بررسی این موضوع از این روست که زایمان‌های پیش از موعد و تولد نوزادان کم وزن منجر به پیامدهای منفی در سلامت روان و جسم کودکان می‌شود (۵). نتایج دیگر نشان داد طول مرحله اول زایمان در مادران ناسالم نیز به طور معناداری کمتر از مادر سالم بود که با مطالعه دیکت (۲۰۰۸) هم‌خوانی داشت. در این مطالعه که به منظور تشخیص

ناسالم در مقایسه با مادران سالم بیشتر دیده شد ($P < 0/05$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: مقایسه شاخص‌های رشد نوزادان مادران سالم و ناسالم مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان

شاخص	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	P.Value
وزن هنگام تولد	سالم	۴۱۷۱	۴۷۵/۱	$P < 0/05$
	ناسالم	۳۲۳۶/۳	۳۸۴/۵	$P = 0/038$
قد	سالم	۵۲/۲	۴/۱۵	$P < 0/05$
	ناسالم	۵۰/۱۷	۴/۹۰	$P = 0/042$
دور سر به سانتیمتر	سالم	۳۵/۱۷	۱/۰۶	$P < 0/05$
	ناسالم	۳۴/۸۵	۱/۳۲	$P = 0/047$

جدول شماره ۲: مقایسه نوع و زمان زایمان در مادران سالم و ناسالم

نوع زایمان	زمان زایمان		نتیجه آزمون
	طبیعی	سزارین	
مادران ناسالم	٪۶۳	٪۳۷	$P < 0/05$
مادران سالم	۷۰/۴	۲۹/۶	$P < 0/05$
	$P < 0/05$	$P < 0/05$	$P < 0/05$

همچنین مرحله اول زایمان در مادران ناسالم به طور معناداری ($P < 0/05$) از مادران سالم کمتر بود ولی در مورد مرحله دوم زایمان تفاوت معنی‌داری در دو گروه مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

در خصوص آپگار دقیقه اول و پنجم نیز تفاوت معنی‌داری در دو گروه مشاهده نشد.

جدول شماره ۳: مقایسه مرحله اول زایمان مادران سالم و ناسالم

P- Value	مرحله میانگین	انحراف معیار
$P < 0/05$	سالم	۳۸۲/۶۳
	ناسالم	۲۸۰

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیش از نیمی از مادران باردار فاقد سلامت روان بودند که با مطالعه بروکلی و همکاران (۲۰۰۸) که بر روی ۳۲۰ زن حامله به منظور بررسی سلامت روان آنان انجام شد هم‌خوانی داشت (۶).



و درمان اضطراب و افسردگی در مادران باردار صورت گرفته بود طول مدت مرحله اول زایمان کوتاه‌تر بود (۲).
علی‌رغم این که تنها شرایط دوران نوزادی تعیین‌کننده کل زندگی انسان نمی‌باشد؛ ولی بنیادی بودن مسائل این دوره، در رشته‌های مختلف دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفته است.

نتیجه‌گیری

نتیجه مطالعه حاضر اهمیت حالات روحی، روانی، هیجانی و عاطفی مادر باردار بر سلامت نوزاد و روند زایمان را مورد تأیید قرار می‌دهد. بنابراین لازم است با مراقبت و برنامه‌ریزی‌های مناسب از بروز اختلالات در این گروه آسیب‌پذیر جلوگیری کرد.

آگاه کردن مادران باردار نسبت به اهمیت و حیاتی بودن این مسئله می‌تواند از بسیاری از خطرات احتمالی بعدی که ادامه زندگی کودک و حتی تداوم خانواده را بامشکل مواجه می‌سازد، جلوگیری کند.

تقدیر و تشکر

بدین ترتیب از زحمات معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تویسرکان و مرکز آموزشی-درمانی فاطمیه همدان و کلیه عزیزانی که در مراحل تصویب و ... ما را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.



منابع

1. Corraze KM, Mansour M, Dadsetan P [Translation of General Psychothology (Mental Diseases)], Tehran: Roshd Publications 2002 [In Persian], 34-42.
2. Diket AL, Nolan TE. Anxiety and depression. Diagnosis and treatment during pregnancy. *ObstetGynecolClin North Am* 2008; 24 (3): 535-58.
3. Kaplan H, Sadok B. Synopsis of Psychiatry. Behavioral science Clinical Psychiatry, 5 th ed. London: Williams and Wilkins Co 2007; 121: 504-512.
4. Feild T, Diego M, Hernandez- Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R. Prenatal depression effects on the neonate in different ethnic and socio-economic status groups. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2010; 20 (3): 149- 157.
5. Serait A. prenatal anxiety predicts individual in cortisol in preadolescent children. *Biol Psychiatry* 2010; 27 (4): 302-312.
6. Barclay L. Development of an imminent to study the sexual relationship of partner. *Aust R Nurs* 2008; 10(2): 14.
7. Robinz E. Depression during pregnancy. Birmingham [www. psychologist. com](http://www.psychologist.com) 2007; 1-3.
8. Nonancs R, Cohen LS. Depression during pregnancy. Diagnosis and treatment option. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(7): 24-30.
9. JounzA, Katz VL, Pretly M, Wiliam S. Catecholamine levels in pregnant physicians and horses. A pilot study of stress and pregnancy. *ObstetGynecol* 2007; 77(3): 338-62.
10. Robertson E, Grace S, Willington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26 (4): 289-95.
11. Cheung W, Ip WY, Chan D. Maternal anxiety and feelings of control during labor: a study of Chinese first- time pregnant women. *Midwifery* 2007; 23 (2): 123-30.
12. Benelt HA, Ginarson A, Taddio A. prevalence of Depression during pregnancy. *Systemic Review Obstet Gynecology* 2004; 103(4): 698-709.



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.