مقایسه عوارض بارداری وافسردگی پس از زایمان در مادران با بارداری ناخواسته وخواسته

سارا اسمعیل زاده ساعیه[۱]،تامارا شیرزاد کبریا[۲]*، میترا رحیم زاده[۳]

[۱]دانشیار، گروه بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز،کرج، ایران.
[۲]دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مامایی، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز،کرج، ایران.
[۳]دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز،کرج، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۵/۲۳ ؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۲۳

چکیده

مقدمه: بارداری ناخواسته بر سلامت جسمی- روانی مادر و کودک حاصل از آن تاثیر می‌گذارد. بارداری ناخواسته ممکن است منجر به بروز افزایش فشارخون حاملگی، دیابت، زایمان زودرس، تولد نوزادان کم وزن و افسردگی پس از زایمان گردد. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه عوارض بارداری و افسردگی پس از زایمان در بارداری خواسته وناخواسته در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهرستان رباط کریم در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش کوهورت و با مشارکت مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان رباط کریم در سال ۱۳۹۷ انجام شد. تعداد ۲۴۰ مادر باردار در هفته ۲۶ بارداری پس از تکمیل پرسشنامه لوندون به مطالعه وارد شدند که از این افراد ۱۲۰ نفر در گروه بارداری ناخواسته و ۱۲۰ نفر در گروه بارداری خواسته قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک، افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و چک لیست جمع آوری عوارض بارداری جمع آوری شد و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-21 و آزمون‌های t وChi-Square تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) سن مادران در گروه بارداری خواسته (۷/۱) ۳۰/۱ و در گروه بارداری ناخواسته (۷/۲) ۲۹/۹ سال بود. میانگین (انحراف معیار) نمره افسردگی ۱۰ روز پس از زایمان در گروه بارداری خواسته برابر با (۳)۱۰/۱ و کمتر از گروه بارداری ناخواسته برابر (۲/۵) ۱۳/۱ بود (P<۰/۰۰۱). همچنین ۳۰ روز پس از زایمان در گروه بارداری خواسته برابر با (۳/۲) ۹/٤ و کمتر از گروه بارداری ناخواسته برابر (۲/۵) ۱۳/٤ بود (P<۰/۰۰۱). تغذیه با شیرمادر در گروه ناخواسته به طور معنی داری کمتر از خواسته بود (۲٤/۳٪ در مقابل ۷۱/۷٪ و P=۰/۰۰۱). میانگین(انحراف معیار) وزن نوزادان در گروه خواسته (۲۲۰) ۳۱۳۵/۳ و بیشتر از گروه ناخواسته (۲۰۹/۷) ۳۰۰۱/۰ بود (P<۰/۰۰۱). فشارخون، دیابت، خونریزی پس از زایمان، بستری در NICU و بستری مادر در ICU در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوتی نداشت. ولی پره اکلامپسی (۷/۵٪در مقابل ۱/۷٪ و P=۰/۰۳) و زایمان پره ترم (۱۷/۵٪ در مقابل ۵٪ و P=۰/۰۰۲) در گروه ناخواسته به طور معنی داری از گروه خواسته بالاتر بود.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد زایمان پره ترم، عدم تغذیه نوزاد با شیرمادر، پره اکلامپسی و افسردگی پس از زایمان در بارداری ناخواسته بیشتر بود.

کلمات کلیدی: بارداری ناخواسته، افسردگی پس از زایمان، زایمان پره ترم، پره اکلامپسی

نویسنده مسئول:

گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۰۹۱۲۴۳۶۳۴۹۵
Email: tamara.shirzad@gmail.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-12-01]

[DOI: 10.29252/aums.10.4.394]

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-12-01]

[DOI: 10.29252/aums.10.4.394]

مقدمه

حاملگی ناخواسته واقعه ای پیش بینی نشده است که مسئولیت‌هایی خارج از توان مادر را بر او تحمیل می کند؛ به طوری که خشونت و طرد شدن می تواند یکی از پیامدهای تولد فرزند ناخواسته باشد[۱]. حاملگی ناخواسته و عوارض ناشی از آن یک مشکل جهانی است که گریبانگیر زنان، خانواده‌ها و جامعه شده و در اغلب موارد به سقط عمدی و حتی مرگ مادر منتهی می شود[۲]. سالانه در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون حاملگی اتفاق می افتد که یک سوم آنها یعنی ۷۵ میلیون از این حاملگی‌ها ناخواسته هستند[۳]، به طوری که ٤۹٪ از موارد حاملگی در آمریکا ناخواسته گزارش شده که در ٥٤٪ موارد منجر به سقط شده است[٤]. در مطالعه متاآنالیز موسی زاده و همکاران، شیوع بارداری ناخواسته در ایران ۳۰/٦٪ گزارش شد[٥]. امروزه میزان حاملگی ناخواسته به عنوان شاخص سلامتی جامعه مورد استفاده قرار می گیرد[٦]. به غیر از سقط ناایمن و مرگ مادر، از عوارض ناخواسته بودن بارداری می توان به افزایش فشارخون، زایمان زودرس، تولد نوزادان کم وزن، احساسات منفی و احساس درد بیشتر در هنگام زایمان به دلیل احساسات و عواطف ناخوشایند در طی بارداری، افسردگی بعد از زایمان برای مادر و افسردگی، اضطراب، بزهکاری و مصرف دخانیات در کودکان حاصل از آن بارداری اشاره کرد[۷،۸].

در مجموع بارداری‌های ناخواسته باعث افزایش عوارض جسمی و روانی مادر و کودک شده و بار مالی بیشتری بر بودجه نظام سلامت تحمیل می کند[۹]. پیامدهای بارداری ناخواسته؛ چه زمانی که منجر به سقط عمدی شود و یا ادامه یابد، جدی بوده و مشکلات قابل توجهی برای مادر، همسر و در صورت ادامه بارداری، برای کودک به همراه خواهد داشت. شواهد نشان می دهد که بارداری برنامه ریزی نشده در مقایسه با بارداری برنامه ریزی شده، تأثیرات منفی بر زندگی زنان و سلامت جنین می گذارد[۱۰]. افسردگی پس از زایمان با پیامدهای قابل توجهی از جمله باقی ماندن وزن بعد از زایمان، تضعیف وضعیت عملکردی و شکایت‌های جسمی همراه است[۱۱]. این اختلالات، کیفیت ارتباط با همسر و کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد[۱۲] و تعامل ضعیف بین مادر و کودک به رشد و تکامل شناختی کودک آسیب می‌زند[۱۳]. کودکان مادران مبتلا به افسردگی در معرض خطر جدی می‌باشند. گزارش شده است، افسردگی بعد از زایمان خطر مرگ ومیر کودکان، مشکلات رفتاری در نوجوانان و احتمال ابتلا به افسردگی در دوران بزرگسالی را ۳ تا ۵ برابر سایرین افزایش می‌دهد[۱٤،۱٥]. در زمانی که مادر با تولد نوزاد، انتظار تجارب لذتبخش را در زندگی دارد، با حالات ناشناخته و ناخوشایندی چون نگرانی و اضطراب، احساس ضعف و ناتوانی، عدم لذت، اختلال خواب و اشتها و عدم اعتماد و احساس بیکفایتی به عنوان والد، دست به گریبان می شود. یکی از برجسته ترین خصوصیات افسردگی پس از زایمان، طرد کردن نوزاد می باشد که اغلب به دلیل خشم و عصبانیت غیر طبیعی مادر است. موضوع مهم و هشداردهنده، وجود علایم روانی نظیر افکار خودکشی و آشفتگی‌های زیاد در الگوی خواب می باشد[۱٦]. در یک مطالعه متاآنالیز که توسط بهادران و همکاران در ایران انجام شد، مهم ترین عوامل خطر افسردگی پس از زایمان رتبه تولد و ناخواسته بودن بارداری ذکر شد[۱۷]. در مطالعه ویسانی و همکاران نیز مهم ترین عوامل مؤثر بر افسردگی پس از زایمان سابقه افسردگی پس از زایمان، زنان شاغل، سابقه افسردگی و بارداری ناخواسته عنوان شد[۱۸].

یکی دیگر از پیامدهای نامطلوب بارداری ناخواسته، زایمان زودرس می‌باشد. زایمان زودرس به زایمان قبل از هفته ۳۷ بارداری اطلاق می‌شود و دلیل حدود دو سوم مرگ‌های دوران نوزادی است. از آن جایی که زایمان زودرس، عمده ترین دلیل مرگ و میر و معلولیت‌های نوزادی است، جزء یکی از اولویت‌های بهداشتی محسوب می‌شود[۱۹]. تقریبا ۹۰٪ از موارد زایمان‌های زودرس در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد که ۸۵٪ از این موارد مربوط به آفریقا و آسیا است[۲۰]. عوارض متعدد و پیامدهای طولانی مدت از جمله سندرم زجر تنفسی، رتینوپاتی نوزادان نارس، اختلالات عصبی تکاملی و اختلالات درازمدت شنوایی بینایی در نوزادان نارس منجر به افزایش مرگ و میر می‌شود[۲۱]. شیوع این عارضه در ایران بین ۱۳/٤–٦/٥٪ گزارش شده است[۱۹]. در مطالعه تهرانیان و همکاران شیوع زایمان زودرس در مناطق مختلف تهران بین ٦/۳–۰/۷۷٪ گزارش شده است[۲۰]. از دیگر پیامدهای نامطلوب بارداری ناخواسته، تولد نوزادان با وزن کم می‌باشد. وزن هنگام تولد در همه گروه‌های جمعیتی بیشترین اهمیت را در تعیین شانس بقا و تجربه

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-12-01]
[DOI: 10.29252/aums.10.4.394]

یک رشد و نمو سالم بر عهده دارد. هیچ شاخصی در زندگی انسان بسان وزن هنگام تولد وجود ندارد که درباره وقایع گذشته و مسیر آینده زندگی صحبت کند. وزن زمان تولد مشخصا تحت تأثیر میزان سلامت و تغذیه مادر قرار می‌گیرد، بنابراین نسبت نوزادان متولد شده با وزن کم یک شاخص مرتبط با شرایط سلامت جامعه است[۲۲].

نظر به اینکه بارداری ناخواسته تطابق با نقش، تعهد و مسئولیتی که بارداری برای مادر به همراه دارد را به چالش می‌کشاند و منجر به بروز پیامدهای نامطلوب بارداری از قبیل افسردگی پس از زایمان و به تبع آن مشکلات عدیده در تعاملات مادر- فرزندی می‌گردد، لذا این مطالعه با هدف مقایسه عوارض بارداری و افسردگی پس از زایمان در بارداری خواسته وناخواسته در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهرستان رباط کریم در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به صورت کوهورت انجام شد. جامعه مورد مطالعه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان رباط کریم که شامل ۱۰ مرکز و ۱۲ پایگاه بهداشتی بوده و آمار ماهانه مراجعین مادران باردار بطور متوسط ٤٥٠٠ نفر بود، می‌باشد. معیارهای ورود به مطالعه شامل بارداری ٢٦ هفته و زندگی با همسر، سن بالای ۱۵سال مادر، نداشتن سابقه نازایی، بارداری تک قلو، عدم استفاده از دارو و یا فرآورده‌های گیاهی جهت کاهش مشکل افسردگی یا مشکلات روحی و کسب نمره ۳-۰ یا ۱۲-۱۰ از پرسشنامه تمایل به بارداری لوندون و معیارهای خروج شامل سابقه ابتلا به بیماری جسمی و روانی شناخته شده قبلی یا فعلی، انصراف از شرکت در مطالعه، بارداری حاصل تجاوز جنسی، وقوع حادثه استرس زای شدید مانند مرگ یکی از نزدیکان، تجربه استرس حاد وشدید در ۸ هفته اخیر، سابقه سوءمصرف مواد و کسب نمره ۹-٤ از پرسشنامه لوندون. تعداد نمونه در این مطالعه۲٤۰ مادر بود بطوری که ۱۲۰ مادر با حاملگی خواسته و ۱۲۰ مادر با حاملگی ناخواسته مورد بررسی قرار گرفتند. این تعداد با توجه به اطلاعات مطالعه زنگنه [۲۳] که شیوع افسردگی را در مادران با حاملگی خواسته ۳۸/۲ درصد و در مادران با حاملگی ناخواسته ٥٦ درصد گزارش کرده بود، در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۹۰ درصد تعداد۱۲۰ نفر در هر گروه به دست آمد. نمونه گیری به صورت تصادفی از بین سه مرکز و سه پایگاه بهداشتی انجام شد و سپس در صورتی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند با تکمیل رضایت نامه آگاهانه انتخاب شدند. شرکت کنندگان هر زمان که تمایل داشتند می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. این اطمینان به شرکت کنندگان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهند ماند. از پرونده‌های موجود مادران با استفاده از جدول اعداد تصادفی مادران دارای حاملگی بالای ٢٦ هفته که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند انتخاب شده و پرسشنامه تمایل حاملگی تکمیل شد و براساس نمره پرسشنامه در دو گروه حاملگی خواسته و ناخواسته قرار گرفتند. افرادی که نمره پرسشنامه لوندون آنها بین صفر تا ۳ بود در گروه بارداری ناخواسته و افرادی که بین ۱۲-۱۰ بود در گروه بارداری خواسته قرار گرفتند و پس از آن پژوهشگر، مادران باردار را تا زمان زایمان پیگیری کرد تا عوارض بارداری و مشخصات زایمان را به طور کامل بررسی کند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، پرسشنامه تمایل به بارداری لوندون و فرم مربوط به اطلاعات دموگرافیک و عوارض بارداری جمع آوری شد. پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ۱۰ روز و سپس ۳۰ روز پس از زایمان مجددا تکمیل شد.

پرسشنامه لوندون۱

این پرسشنامه برای اندازه گیری بارداری بدون برنامه می‌باشد. پرسشنامه لوندون دارای شش سوال است که استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، زمان بارداری، قصد و خواستن بارداری، ارتباط با شریک جنسی، آمادگی برای بارداری از زنان پرسیده می‌شود. هر سوال از صفر تا دو نمره بندی می‌شود. جمع نمرات بین صفر تا ۱۲ است، نمره صفر تا ۳، به عنوان بارداری بدون برنامه محسوب می‌شود [۲٤]. در مطالعه خانم کردی وهمکاران در سال ۱۳۹٤ پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفاکرونباخ(۰/۷۱) تایید شد.در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷٤ محاسبه شد.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-12-01]

[DOI: 10.29252/aums.10.4.394]

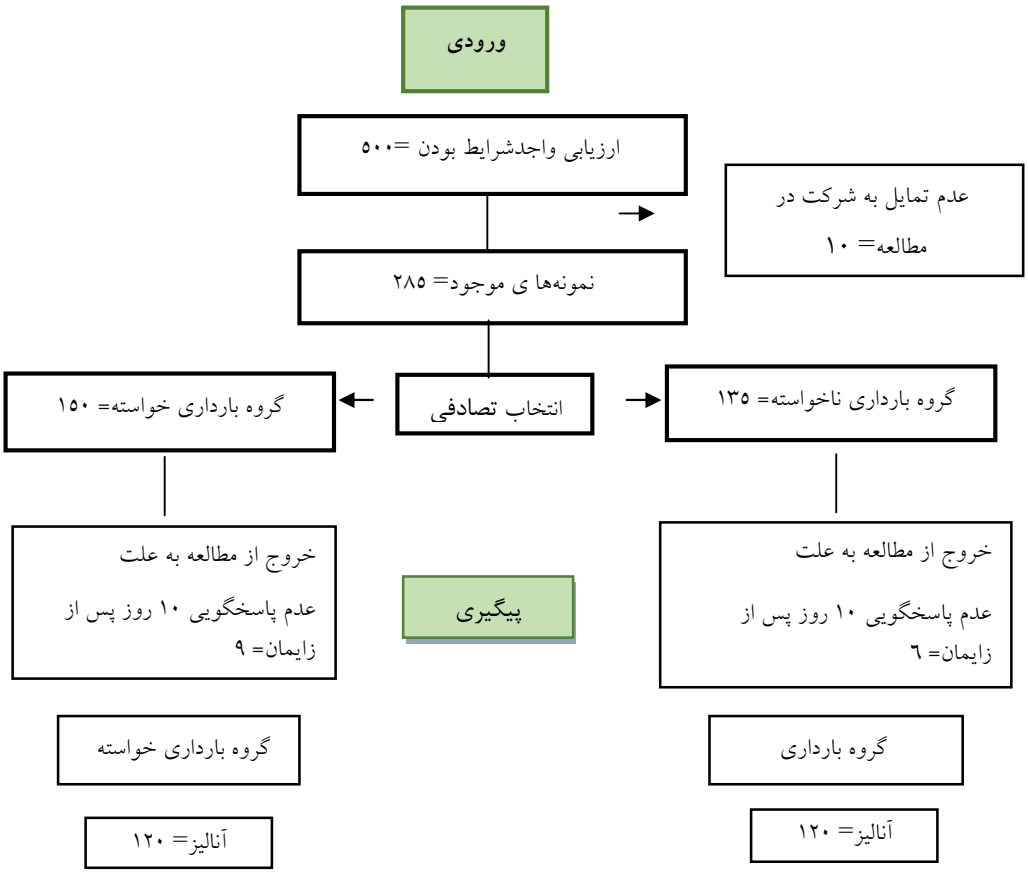
پرسشنامه ادینبرگ۲

پرسشنامه ادینبرگ برای سنجش افسردگی پس از زایمان استفاده می‌شود و حاوی ۱۰ سوال است که به صورت صفر تا ۳ نمره گذاری می‌گردد، حداکثر امتیاز ۳۰ و حداقل صفر می‌باشد و کسب نمره ۱۳ یا بیشتر به عنوان افسردگی پس از زایمان محسوب می‌شود. سؤال‌های ۱، ۲، ٤ از ۰ تا ۳ و سؤال‌های ۳، ۵، ٦، ۷، ۸، ۹، ۱۰، از ۳ تا ۰ نمره گذاری می‌شود.

نسخه ایرانی پرسشنامه ادینبرگ قابل پذیرش بوده و ابزاری با اعتبار و پایا جهت سنجش افسردگی پس از زایمان می‌باشد. در مطالعه منتظری و همکاران پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و بازآزمایی ۰/۸ تعیین گردید. در مطالعه مطهری پرسشنامه ابزاری پایا و معتبر تشخیص داده شد و حساسیت آن ۹۵/۳ و اختصاصی بودن آن ۸۷/۹ درصد تعیین گردید. در این مطالعه خانم‌هایی که در پرسشنامه نمره ۱۳ یا بیشتر داشتند به عنوان افسرده در نظر گرفته شدند [۷]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/٦۷ به دست آمد.

داده‌ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS-21 شده و برای فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلوموگراف- اسمیرنوف استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی، t زوجی و Chi-Square با رعایت پیش فرض‌های هر روش آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۱–London ۲– **Edinburg**



شکل ۱: نحوه ورود به مطالعه

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-12-01]
[DOI: 10.29252/aums.10.4.394]

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن زنان در گروه بارداری خواسته ۳۰/۱(۷/۱) و در گروه بارداری ناخواسته ۲۹/۹(۷/۲) سال بود و بین دو گروه از نظر آماری تفاوتی وجود نداشت (P=۰/۸). میانگین (انحراف معیار) طول مدت ازدواج در گروه بارداری خواسته (۲/۸) ۵ و در گروه بارداری ناخواسته (۳/٦) ۵ سال بود و بین دو گروه از نظر آماری تفاوتی وجود نداشت (P=۰/۹). میانگین (انحراف معیار) تعداد فرزندان در گروه بارداری خواسته (۰/٦) ۱/۵ و در گروه بارداری ناخواسته (۰/۷)۱/۵ سال بود و بین دو گروه از نظر آماری تفاوتی وجود نداشت (P=۰/۹). میانگین (انحراف معیار) سن فرزند اول در گروه بارداری خواسته (۲/۹)۵/۸ و در گروه بارداری ناخواسته (٤)٦/۵ سال بود (P=۰/٤) و فرزند دوم در گروه بارداری خواسته (۲/۸)۵/۸ و در گروه بارداری ناخواسته (۵/۹)٦/۳ سال بود (P=۰/٦) و بین دو گروه از نظر آماری تفاوتی وجود نداشت. همچنین بین دو گروه از نظر تعداد افراد خانواده، تعداد بارداری و سقط تفاوت معنی دار دیده نشد. در گروه خواسته ٤۹/۲٪ نوزادان متولد شده دختر و ۵۰/۸٪ پسر بودند و در گروه ناخواسته ۵۰٪ دختر و ۵۰٪ پسر بودند. جنسیت نوزادان متولد شده در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت معنی داری نداشت (P=۰/۸۹). بین تحصیلات زن و مرد در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت معنی دار وجود ندارد (P>۰/۰۵). در ارتباط با تحصیلات زنان در گروه خواسته، بیشترین تحصیلات دبیرستان (۳۸/۳٪) و سپس راهنمایی (۲۵/۸٪) و در گروه ناخواسته راهنمایی (۳۲/۵٪) و دبیرستان (۳۰/۸٪) بود. در ارتباط با تحصیلات مردان در گروه خواسته بیشترین تحصیلات راهنمایی (۳۷/۵٪) و ابتدایی (۲۵٪) و در گروه ناخواسته راهنمایی (۳۰/۸٪) و دانشگاهی (۲۳/۳٪) بود.

بین شغل زنان در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوت معنی دار وجود ندارد (P>۰/۰۵). در گروه خواسته ۸٦/۷٪ و در گروه ناخواسته ۷۹/۲٪ خانه دار و بقیه شاغل بودند. در مورد شغل مردان تفاوت معنی دار دیده شد (P=۰/۰۰۹). به طوری که در گروه خواسته ۷/۵٪ بیکار و در گروه ناخواسته ۱۸/۳٪ بیکار، در گروه خواسته ٤۲/۵٪ و ناخواسته ۳۵٪ کارگر، در گروه خواسته ۱۰٪ و ناخواسته ۱۸/۳٪ کارمند و در گروه خواسته ٤۰٪ و ناخواسته ۲۸/۳٪ شغل آزاد داشتند.

در گروه خواسته ۱۰ روز پس از زایمان ۲۹ (۲٤/۲٪) نفر و در گروه ناخواسته ۷۸ (٦۵٪) نفر و ۳۰ روز پس از زایمان در گروه خواسته ۲٦ (۲۱/۷٪) نفر و در گروه ناخواسته ۷۵ (٦٤/۱٪) مبتلا به افسردگی پس از زایمان بودند و ابتلا به افسردگی پس از زایمان در دو گروه معنی دار بود (P<۰/۰۰۱).

میانگین (انحراف معیار) نمره افسردگی ۱۰ روز پس از زایمان در گروه بارداری خواسته برابر با (۳/۰) ۱۰/۱ و کمتر از گروه بارداری ناخواسته برابر (۲/۵)۱۳/۱ بود و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۰۱). همچنین میانگین (انحراف معیار) نمره افسردگی ۳۰ روز پس از زایمان در گروه بارداری خواسته برابر با (۳/۲)۹/٤ و کمتر از گروه بارداری ناخواسته برابر (۲/۵)۱۳/٤ بود و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۰۱). بنابراین فرض اول که تمایل به بارداری با افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد، تائید می‌شود.

جدول ۱: مقایسه افسردگی پس از زایمان ۱۰ و ۳۰ روز پس از زایمان دو گروه شرکت کننده در مطالعه

		میانگین (انحراف معیار)	df	t	P
افسردگی ۱۰روزپس اززایمان	خواسته	۱۰/۱ (۳/۰)	۲۳۸	-۸/۳۵٦	<۰/۰۰۱
	ناخواسته	۱۳/۱ (۲/۵)			
افسردگی ۳۰روزپس از زایمان	خواسته	۹/٤ (۳/۲)	۲۳۵	-۱۰/۵۱۵	<۰/۰۰۱
	ناخواسته	۱۳/٤ (۲/۵)			

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-12-01]

[DOI: 10.29252/aums.10.4.394]

جدول ۲: مقایسه پیامدهای بارداری ۱۰ و ۳۰ روز پس از زایمان دو گروه شرکت کننده در مطالعه

		خواسته (درصد) تعداد	ناخواسته (درصد) تعداد	جمع (درصد) تعداد	P
نوع زایمان	طبیعی	٤٧ (٣٩/٢)	٥٤ (٤٥)	١٠١ (٤٢/١)	**٠/٣٦**
	سزارین	٧٣ (٦٠/٨)	٦٦ (٥٥)	١٣٩ (٥٧/٩)	
زایمان پره ترم	بلی	٦ (٥)	٢١ (١٧/٥)	٢٧ (١١/٣)	**٠/٠٠٢**
	خیر	١١٤ (٩٥)	٩٩ (٨٢/٥)	٢١٣ (٨٨/٨)	
تغذیه نوزاد	شیر مادر	٨٦ (٧١/٧)	٥٨ (٤٨/٣)	١٤٤ (٦٠)	**٠/٠٠١**
	شیرخشک	١٨ (١٥)	٤٠ (٣٣/٣)	٥٨ (٢٤/٢)	
	هر دو	١٦ (١٣/٣)	٢٢ (١٨/٣)	٣٨ (١٥/٨)	
آپگار دقیقه اول	٨	٧ (٥/٨)	٢٠ (١٦/٧)	٢٧ (١١/٣)	**٠/٠٠٨**
	٩	١١٣ (٩٤/٢)	١٠٠ (٨٣/٣)	٢١٣ (٨٨/٧)	
آپگار دقیقه پنجم	٩	٢ (١/٧)	٥ (٤/٢)	٧ (٢/٩)	**٠/٢٥**
	١٠	١١٨ (٩٨/٣)	١١٥ (٩٥/٨)	٢٣٣ (٩٧/١)	

نوع زایمان، آپگار دقیقه اول و پنجم در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوتی نداشت. ولی زایمان پره ترم در گروه ناخواسته به طور معنی داری از گروه خواسته بالاتر بود (٥٪ در مقابل ١٧/٥٪ و P=٠/٠٠٢). همچنین تغذیه با شیرمادر در گروه ناخواسته به طور معنی داری کمتر از خواسته بود (٢٤/٣٪ در مقابل ٧١/٧٪ و P=٠/٠٠١). میانگین (انحراف معیار) وزن نوزادان در گروه خواسته (٢٢٠)٣١٣٥/٣ و بیشتر زا گروه ناخواسته (٢٠٩/٧)٣٠٠١/٠ بود (P<٠/٠٠١).

جدول ۳: مقایسه عوارض بارداری در دو گروه شرکت کننده در مطالعه

		خواسته (درصد) تعداد	ناخواسته (درصد) تعداد	جمع (درصد) تعداد	P
پره اکلامپسی	بلی	٢ (١/٧)	٩ (٧/٥)	١١ (٤/٦)	**٠/٠٣**
	خیر	١١٨ (٩٨/٣)	١١ (٩٢/٥)	٢٢٩ (٩٥/٤)	
فشار خون	بلی	١ (٠/٨)	١ (٠/٨)	٢ (٠/٨)	**١**
	خیر	١١٩ (٩٩/٢)	١١٩ (٩٩/٢)	٢٣٨ (٩٩/٢)	
دیابت	بلی	١ (٠/٨)	١ (٠/٨)	٢ (٠/٨)	**١**
	خیر	١١٩ (٩٩/٢)	١١٩ (٩٩/٢)	٢٣٨ (٩٩/٢)	
خونریزی پس از زایمان	بلی	١ (٠/٨)	٣ (٢/٥)	٤ (١/٧)	**٠/٣١**
	خیر	١١٩ (٩٩/٢)	١١٧ (٩٧/٥)	٢٣٦ (٩٨/٣)	
بستری در NICU	بلی	١ (٠/٨)	١ (٠/٨)	٢ (٠/٨)	**١**
	خیر	١١٩ (٩٩/٢)	١١٩ (٩٩/٢)	٢٣٨ (٩٩/٢)	
بستری مادر در ICU	بلی	٠	١ (٠/٨)	١ (٠/٤)	**١**
	خیر	١٢٠ (١٠٠)	١١٩ (٩٩/٢)	٢٣٩ (٩٩/٦)	

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-12-01]
[DOI: 10.29252/aums.10.4.394]

فشارخون، دیابت، خونریزی پس از زایمان، بستری در NICU و بستری مادر در ICU در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوتی نداشت. ولی پره اکلامپسی در گروه ناخواسته به طور معنی داری از گروه خواسته بالاتر بود (۷/۵٪در مقابل ۱/۷٪ و P=۰/۰۳).

بحث

در مطالعه حاضر از نظر اطلاعات دموگرافیک دو گروه اختلاف معنی دار وجود نداشته وهمگون بوده است.

در گروه خواسته ۱۰ روز پس از زایمان ۲۹ (۲۴/۲٪) نفر و در گروه ناخواسته ۷۸ (۶۵٪) نفر و ۳۰ روز پس از زایمان در گروه خواسته ۲۶ (۲۱/۷٪) نفر و در گروه ناخواسته ۷۵ (۶۴/۱٪) مبتلا به افسردگی پس از زایمان بودند و ابتلا به افسردگی پس از زایمان در دو گروه معنی دار بود (P<۰/۰۰۱). میانگین (انحراف معیار) نمره افسردگی ۱۰ روز پس از زایمان در گروه بارداری خواسته برابر با (۳) ۱۰/۱ و کمتر از گروه بارداری ناخواسته برابر (۲/۵) ۱۳/۱ بود و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۰۱). همچنین میانگین (انحراف معیار نمره افسردگی ۳۰ روز پس از زایمان در گروه بارداری خواسته برابر با (۳/۲) ۹/۴ و کمتر از گروه بارداری ناخواسته برابر (۲/۵) ۱۳/۴ بود و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۰۱). بنابراین فرض اول که تمایل به بارداری با افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد، تائید می‌شود.

شیوع افسردگی پس از زایمان، در سه ماهه اول بعد از زایمان حدود ۱۴/۵٪ گزارش شده است[۳۰] . در مطالعه زنگنه شیوع افسردگی پس از زایمان ۴۰/۷٪ گزارش شد[۲۳] که این میزان در افرادی که بارداری ناخواسته داشتند ۵۶٪ گزارش شد. از این نظر مطالعه حاضر با مطالعه زنگنه همسو می‌باشد. بطور کلی میزان پایه افسردگی پس از زایمان درحدود ۱۰٪ است[۲۹]. مطالعات خارجی انجام شده شیوع افسردگی پس از زایمان را از ۵ درصد در دانمارک تا ۴۰/۴٪ در ترکیه گزارش کرده اند. شیوع در اسپانیا ۱۵ درصد، چین ۱۷-۱۵درصد، دبی ۱۸ درصد، برزیل ۲۰/۷ درصد و نیجریه ۲۳ درصد گزارش شده است. [۳۱]

افسردگی پس از زایمان یکی از مشکلاتی است که زندگی مادر، نوزاد و خانواده را تهدید می کند. اغلب زنانی که از این اختلال رنج می برند درمان دریافت نمی کنند و ممکن است برای بیش از یک سال پس از زایمان افسرده باقی بمانند که این وضعیت می تواند بر ارتباط با همسر تأثیر منفی بگذارد، به صورت جدی ارتباط مادر با کودک را تحت تأثیر قرار دهد و منجر به تأخیر شناختی و هیجانی در کودک و حتی منجر به غفلت از کودک گردد [۱۴۵] و در مجموع تأثیر گسترده ای بر سلامت و رفاه کودک داشته باشد.

بارداری ناخواسته، استرس عمده ای را بر مادر تحمیل می‌نماید و باعث افزایش مشکلات مادر در طی بارداری، زایمان و پس از آن خواهد شد. بارداری ناخواسته همچنین می‌تواند استرس عمده ای برای پدر، سایر فرزندان و خصوصًا خود فرزند باشد. در مطالعه زنگنه نیز بین بارداری ناخواسته و ابتلا به افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی دار دیده شد[۲۳] .همچنین در مطالعه لشگری پور در زاهدان نیز بین افسردگی پس از زایمان و بارداری ناخواسته رابطه معنی داری دیده شد[۱۶]. کوترا و همکاران مطالعه ای با هدف تعیین عوارض دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان به عنوان عوامل تعیین کننده افسردگی پس از زایمان (PPD) در ۸ هفته پس از زایمان انجام دادند. در این مطالعه شیوع افسردگی احتمالی در زنان در هفته ۸ پس از زایمان ۱۳/۶٪ بود و بارداری ناخواسته و بستری در بیمارستان در حین بارداری نیز با افسردگی پس از زایمان رابطه معنی دار داشت [۳۵]. فایسال کری نشان داد زنان با بارداری ناخواسته ۲/۵ برابر بیشتر از زنان با بارداری خواسته در معرض افسردگی در طی بارداری و پس از زایمان بودند و بارداری ناخواسته با افسردگی پس از زایمان رابطه معنی داری دارد[۳۶].

در مطالعه حاضر نوع زایمان، آپگار دقیقه اول و پنجم در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوتی نداشت. ولی زایمان پره ترم در گروه ناخواسته به طور معنی داری از گروه خواسته بالاتر بود (۱۷/۵٪ در مقابل ۵/ و P=۰/۰۰۲). همچنین تغذیه با شیرمادر در گروه ناخواسته به طور معنی داری کمتر از خواسته بود (۲۴/۳٪ در مقابل ۷۱/۷٪ و P=۰/۰۰۱). میانگین(انحراف معیار وزن نوزادان در گروه خواسته (۲۲۰) ۳۱۳۵/۳ و بیشتر از گروه ناخواسته (۲۰۹/۷) ۳۰۰۱ بود (P<۰/۰۰۱).

در مطالعه مقدم بنائم در بارداری‌های ناخواسته شیوع آپگار کمتر از ۸، ۷/۱٪ و در بارداری‌های خواسته ۴٪ بود و بین دو گروه تفاوت معنی دار دیده شد[۳۷]. از علل آن می‌توان به وضعیت روانی

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-12-01]

[DOI: 10.29252/aums.10.4.394]

مادر به علت ناخواسته بودن بارداری و مراقبت‌های ناکافی دوران بارداری اشاره کرد.

نوزادانی که حاصل یک بارداری ناخواسته می‌باشند، مراقبت کمتری دریافت می‌دارند و عدم تغذیه با شیرمادر یکی از این عوامل است[۲۵] . علیرغم اینکه وزن نوزادان در گروه بارداری ناخواسته کمتر از گروه خواسته بود ولی میانگین وزن این نوزادان در محدوده طبیعی بود.

در مطالعه عبداللهی که به بررسی پیامدهای حاملگی ناخواسته در زنان مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مازندران، پرداخته بود، شیوع زایمان زودرس و نوزادان کم وزن کمتر از شیوع در جمعیت عادی به دست آمد[۳۸] . وزن هنگام تولد به عوامل متعددی بستگی دارد، مانند: عوامل ژنتیکی، وضعیت تغذیه مادر، فاصله بین موالید، جنس کودک، تمایل به بارداری و فقدان مراقبت‌های دوران بارداری. این عوامل به هم وابسته هستند و به دشواری می توان یکی از آنها را به عنوان عامل اصلی معرفی کرد[۳۹].

مطالعه نشان داد فشارخون، دیابت، خونریزی پس از زایمان، بستری در NICU و بستری مادر در ICU در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته تفاوتی نداشت. ولی پره اکلامپسی در گروه ناخواسته به طور معنی داری از گروه خواسته بالاتر بود (۷/۵٪ در مقابل ۱/۷٪ و P=۰/۰۳).

در مطالعه کاراکام مادران در گروه بارداری ناخواسته مشکلات و عوارض بیشتری را در طی بارداری، حین زایمان و پس از زایمان نشان دادند[۲۶]. یکی از دلایل این موضوع مربوط می‌شود به اینکه مادرانی که بارداری ناخواسته را تجربه می‌کنند مراقبت‌های کمتری در دوران بارداری انجام می‌دهند. به طوری که در مطالعه ای نشان داده شد که زنان با بارداری ناخواسته در دوران بارداری بیشتر سیگار می‌کشیدند، مکمل‌های کمتری مصرف می کردند، نوشیدنی‌های کافئین دار بیشتر می نوشیدند، تغذیه نامناسب داشتند و مراقبت‌های دوران بارداری را دیرتر و کمتر از زنان با بارداری خواسته انجام می دادند[۲۶] .

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد زایمان پره ترم، عدم تغذیه نوزاد با شیرمادر، پره اکلامپسی و افسردگی پس از زایمان در بارداری ناخواسته بیشتر بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت تمایل به بارداری با عوارض بارداری، پیامدهای زایمانی و افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه کمال تشکر و قدردانی می‌گردد. مطالعه حاضر منتج از پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد و دارای کد کمیته اخلاق IR.ABZUMS.REC.1397.202 از کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافعی در مورد این مقاله وجود ندارد.

References

1. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence. Aust N Z J Psychiatry 2013; 47(9):819-27.
2. Panova OV, Kulikov AM, Berchtold A, Suris JC. Factors associated with unwanted pregnancy among adolescents in Russia. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016; 4:4.
3. Jrahi L, Zavar A, Neamat Shahi M. Evaluation of the frequency of unwanted pregnancy and its related factors in the pregnant women of Sarakhs city. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2014; 17(124):8-14. [In Persian].
4. Moosazadeh M, Nekoei-moghadam M, Emrani Z, Amiresmaili M. Prevalence of unwanted pregnancy in Iran: a systematic review and meta-analysis. Int J Health Plann Manage 2014; 29(3):e277-90. [In Persian]
5. Nisand I, Bettahar K, Investigators of the aMaYa Study. Medical management of unwanted pregnancy in France: modalities and outcomes. The aMaYa study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2015; 184:13-8.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-12-01]
[DOI: 10.29252/aums.10.4.394]

6. Zaheri F, Ranaie F, Hashemi Nasab L, Karimeh R, Shahoi R. Unwanted pregnancy and associated factors among pregnant women who referred to Sanandaj health centers in 2011. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2015; 17(132):10-5. [in Persian].

7. Peyman, N., Ezzati Rastegar, K., Tehrani, H., Zarei, F. 'Explanation of unwanted pregnancy from the perspective of family planning service providers: An exploratory study', The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016; 19(12):18-26.

8. Kheiriat M, Aamanialavijeh F, Araban M, Kheiriat F. Reasons deemed for an unwanted pregnancy: a qualitative study (unwanted pregnancy). Health Educ Health Prom 2014; 2(2):153-64. [in Persian].

9. Mohammadi E, Nourizadeh R, Simbar M. Iranian Azeri women's perceptions of unintended pregnancy: A qualitative study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2015;20(2):255-262. [in Persian].

10. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). Lancet 2013;382(9907):1807-16.

11. Letourneau NL, Dennis CL, Benzies K, Duffett-Leger L, Stewart M, Tryphonopoulos PD, Este D, Watson W. Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. Issues Ment Health Nurs. 2012;33(7):445-57.

12. 17. Lau Y, Htun TP, Kwong HKD. Sociodemographic, obstetric characteristics, antenatal morbidities, and perinatal depressive symptoms: A three-wave prospective study. PLoS One. 2018;13(2):e0188365.

13. Póo FA, Espejo S, Godoy P, Hernández O, Pérez H. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. Rev Med Chil. 2008;136(1):44-52.

14. Earls MF, Child CoPAo, Health F. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. Pediatrics. 2010;126(5):1032-9.

15. Haruna M, Watanabe E, Matsuzaki M, Ota E, Shiraishi M, Murayama R, et al. The effects of an exercise program on health-related quality of life in postpartum mothers: A randomized controlled trial. Health (N Y). 2013;5(3):432-9.

16. Lashkaripour K, BakhshaniNM, HokmabadiS, SajjadiSAR, SafarzadehSarasiyabi. Postpartum depression and related factors: A 4.5 months study .Journal of Fundamentals of Mental Health 2012; 13(4): 404-12. [in Persian].

17. Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Hirota Y. Employment, income, and education and risk of postpartum depression: The Osaka Maternal and Child Health Study. J Affect Disord 2011; 130(1-2):133-7.

18. Veisani Y, Sayehmiri K. [Prevalence of postpartum depression in Iran-A systematic review and meta-analysis]. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012;15(14):21-9. [in Persian].

19. Kamali Fard M, Alizadeh R, Sehati Shfaei F, Ghojazadeh M. [The effect of lifestyle on the rate of preterm birth]. J Ardabil Univ Med Sci 2010;12(1):55-63. [in Persian].

20. Tehranian N, Ranjbar M, Shobeiri F. The prevalence and risk factors for preterm delivery in Tehran, Iran. J Midwifery Reprod Health 2016; 4(2):600-4.

21. Tellapragada C, Eshwara VK, Bhat P, Acharya S, Kamath A, Bhat S, et al. Risk factors for preterm birth and low birth weight among pregnant indian women: a hospital-based prospective study. J Prev Med Public Health 2016; 49(3):165-75.

22. Kliegman, Behrman, Jenson, etal. The High Risk Infant. In: Barbara J. Stoll, Ira Adams-Chapman. Nelson Text book of Pediatrics; 2007:701-710.

23. Zangeneh M, Shams Alizadeh N, Kaamrvamanesh M, Rezaie M, Pormehr S. Postpartum depression and its relation to baby gender and unplanned pregnancy. SJKU. 2009; 14 (2):65-71.

24. Hall JA, Barrett G, Copas A, Stephenson J. London Measure of Unplanned Pregnancy: guidance for its use as an outcome measure. Patient Relat Outcome Meas. 2017 Apr 6;8:43-56.

25. Kordi M, Fasanghari M, Asgharipour N, Esmaily H. Effect of a Maternal Role Training Program on Postpartum Maternal Role Competence in Nulliparous Women with Unplanned Pregnancy. J Mazandaran Univ Med Sci. 2016; 25 (134):124-134.

26. Karaçam Z, Onel K, Gerçek E. Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. Midwifery. 2011;27(2):288-93.

27. Jarahi, L. Assessment of reproductive behavior and women's compatibility in unwanted pregnancy in Mashhad. Journal of Fundamentals of Mental Health, 2012; 14(53): 16-23.

28. Kahnamoei Aghdam F, Mohammadi M A, Dadkhah B, Asadzadeh F, Afshinmehr M. Outbreak and Factors of Unwanted Pregnancy among Women Referring to Health Care Centers of Ardabil, 2002. J Ardabil Univ Med Sci. 2005; 5 (2)

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-12-01]

[DOI: 10.29252/aums.10.4.394]

:167-171[in Persian].

29. Abbasi Shahvazi MJ, Hossein Chavoshi M, Delavar B. [Unwanted pregnancies and its determinants in Iran]. Medical journal of reproduction and infertility 2004; 1(5): 62-76. [in Persian].

30. Zubaran C, Foresti K. Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period. Women and Birth. 2011;24(1):10-6.

31. Castanon SC, Pinto LJ. Use the postnatal depression scale to detect postnatal depression. Rev Medchill 2008; 136: 851-8.

32. Annous L, Gigante LP, Fucus SC, Busnello ED. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. BMC Psychiatry 2008; 8: 1.

33. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoglu U, Saltik. A Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors J Reprod Med 2004; 49: 908-14.

34. Abo-Saleh MT,Ghubash R the prevalence of early postpartum psy chiatric morbidity in Duaai:A transcultural perspective. Acta psychiatr scand 1997; 95: 428: 32.

35. Koutra K, Vassilaki M, Georgiou V, Koutis A, Bitsios P, Kogevinas M, Chatzi L.Pregnancy, perinatal and postpartum complications as determinants of postpartum depression: the Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. Epidemiol Psychiatr Sci. 2018 Jun;27(3):244-255.

36. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A. Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. Psychol Health Med. 2017 Jan;22(1):65-74.

37. Moghadam banaem L, Eftekhar Ardebili H, Majlesi F, Rahimi Foroushani A, Amini manesh A. The effect of unwanted pregnancies on neonatal Apgar scores: A prospective cohort study. sjsph. 2007; 5 (2):73-78. [in Persian].

38. Âbdollahy F, Mohamadpor R. Evaluation of adverse outcomes of unwanted pregnancy on the women referring to Mazandran medical university hospitals, 1999-2000. J Mazandaran Univ Med Sci. 2004; 14 (44):87-94. [in Persian].

39. Yusefi, J., Mirzade, M., Tavasoli Askari, N. To study the prevalence of LBW and to determine the ratio preterm to IUGR during one year in 22 Bahman Hospital in Mashhad. 2015; 5(1): 1-6. [in Persian].

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-12-01]

[DOI: 10.29252/aums.10.4.394]

Sara Esmaelzadeh Saeieh[1] Tamara Shirzad[2], Mitra Rahimzadeh[3]

[1] Midwifery Departments, School of Medical Sciences, Alborz University of Medical sciences, Karaj, Iran
[2] MS student in midwifery, Student Research Committee, School of Medical Sciences, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
[3] Associate Professor of Biostatistics, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Pregnancy out Come and Postpartum Depression Among Women with Wanted and Unwanted Pregnancy

Abstract

Background: Unwanted pregnancy affects the physical and mental health of the mother and her child. Unwanted pregnancy may lead to an increase in gestational hypertension, diabetes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depression. The aim of this study was to investigate the relationship between the incidence of pregnancy and pregnancy complications, and postpartum depression in women referred to selected health care centers in Robat Karim in 2018-19.

Matrials and Methods: This cohort study was carried out with the participation of mothers referring to health care centers of Robat Karim in 2018. A total of 240 pregnant women entered the study after the completion of the London questionnaire in the 26th week of the week, of which 120 were unwanted pregnant and 120 were asked in the pregnancy group. Data were collected using demographic questionnaire, Edinburgh postpartum depression and a checklist for collecting complications and pregnancy outcomes. Data were analyzed using SPSS-21 software, Chi-square and Chi-square tests.

Results: The mean (SD) of mothers' age in the wanted pregnancy group was 30.1 (7.1) and 29.9 (7.2) in the unwanted group. The mean ± SD of depression scores 10 days after delivery in wanted group was less than unwanted group (10.1 ± 0.3 vs.13.1 ± 2.5, P <0.001) and, 30 days after delivery in the wanted group was less than unwanted pregnancy group (9.4 ± 3.2 vs.13.4 ± 2.5, P <0.001). Breast feeding in unwanted pregnancy was significantly less than wanted group (24.3% vs. 71.7%). The mean(SD) of newborn weight in wanted group was more than unwanted group (3135.3(220) vs. 3001(209.7), P<0.001). Hypertetion, diabetes, postpartum hemorrhage, NICU hospitalization and maternal hospitalization in ICU were not different in both groups but pre-eclampsia (7.5% vs. 1.7%, P=0.03) and preterm labor (17.5% vs. 5%, P=0.002) in unwanted group was more than wanted group.

Conclusion: The study showed that preterm delivery, lack of breastfeeding, preeclampsia, and postpartum depression were more in unwanted. Therefore, it can be concluded that wanted pregnancy is related to pregnancy complications, childbirth consequences and postpartum depression.

Keywords: Unwanted pregnancy; Postpartum depression; Preterm labor; Pre-eclampsia

***Corresponding Author:**

MS student in midwifery, Student research committee, School of Medical Sciences, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Tell: 09124363495
E-mail: tamara.shirzad@gmail.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-12-01]

[DOI: 10.29252/aums.10.4.394]