مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره چهاردهم/ تابستان ۱۳۸۸/ ۷۱-۶۵

بررسی افسردگی بعد از زایمان و ارتباط آن با ناخواسته بودن بارداری و جنس نوزاد

دکتر مریم زنگنه[۱]، دکتر نرگس شمس علیزاده[۲]، مستانه کامروامنش[۳]، دکتر منصور رضائی[۴]، دکتر صغری پرمهر[۵]

۱- استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۲- استادیار گروه اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (مؤلف مسؤول) تلفن تماس: ۰۸۷۱-۶۶۶۰۰۲۵ nshamsalizadeh@yahoo.com

۳- مربی دانشکده پرستاری و مامائی، کرمانشاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۴- استادیار گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۵-پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی بعد از زایمان، بیماری ناتوان‌کننده‌ای است که در روابط اجتماعی شخص و توانایی نگهداری نوزاد نقش مهمی دارد. با شناخت زودرس اختلال و درک عوامل مرتبط با آن می‌توان اقدامات پیشگیرانه و درمانی را مد نظر قرار داد، که نتیجه آن سلامت مادر و کودک، خانواده و جامعه خواهد بود. این پژوهش با هدف بررسی افسردگی پس از زایمان و ارتباط آن با ناخواسته بودن بارداری و جنس نوزاد در زنان زایمان کرده تحت پوشش درمانگاه عرصه پزشکی جامعه‌نگر دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۸۶ انجام شد.

روش بررسی: مطالعه از نوع مقطعی است. مجموعاً تعداد ۵۳۱ خانم که دارای حاملگی بار اول بوده و ۴۰-۱۰ روز بعد از زایمان جهت کنترل به درمانگاه عرصه پزشکی جامعه‌نگر مراجعه کردند، از نظر افسردگی بررسی شدند. نمونه‌ها بصورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ (EPDS) و یک فرم اطلاعاتی مربوط به اطلاعات دموگرافیک، جنس نوزاد، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و سابقه افسردگی بود که از طریق مصاحبه تکمیل گردیدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با به کارگیری نرم افزارSPSS انجام شد و از آمار توصیفی برای توصیف داده‌ها و از آزمون آماری مجذور کای برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: در این پژوهش ۵۳۱ زن زایمان کرده مورد بررسی قرار گرفتند که ۴۰/۷ درصد دارای افسردگی پس از زایمان بودند، بین افسردگی پس از زایمان با ناخواسته بودن بارداری و سابقه افسردگی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت (P=۰/۰۰۲). ولی بین افسردگی پس از زایمان و جنس نوزاد ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: افسردگی پس از زایمان در جامعه ما شیوع بسیار بالایی دارد به نحوی که تقریباً نیمی از مادران را درگیر می‌سازد. لذا به نظر می‌رسد که غربالگری از نظر افسردگی پس از زایمان باید به عنوان یک جزء اساسی در مراقبت‌های پس از زایمان درآید. همچنین مادران دارای بارداری ناخواسته و سابقه افسردگی باید تحت مراقبت‌های ویژه در طی بارداری و پس از زایمان قرار گیرند.

کلید واژه‌ها: افسردگی بعد از زایمان، بارداری ناخواسته، جنس نوزاد.

وصول مقاله: ۸۷/۱۰/۲۰ اصلاح نهایی: ۸۸/۲/۳۱ پذیرش مقاله: ۸۸/۳/۱۳

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

افسردگی پس از زایمان یک مشکل جدی شایع و قابل درمان با تأثیرات گسترده بر مادر و خانواده می‌باشد ولی به صورت شایعی کمتر از حد واقعی تخمین زده می‌شود (۱).

افسردگی پس از زایمان با احساس غمگینی، ناتوانی از لذت بردن، تحریک پذیری و عصبانیت و کاهش اعتماد به نفس مشخص می‌گردد (۲). خلق افسرده، اضطراب شدید، بی‌خوابی و تغییر وزن از علائم اصلی این اختلال می‌باشد. شروع این اختلال عموماً در ۱۲ هفته اول بارداری است (۳). افسردگی پس از زایمان شایع بوده و در ۱۵-۱۰ درصد زنان مشاهده می‌شود (۴).

نقش متغیرهای روانی- اجتماعی در این اختلال قابل اغماض نمی‌باشد، مشکلات روانی- اجتماعی و اختلال در روابط بین فردی می‌تواند مغز را به تغییرات هورمونی حساس کرده و سبب بروز این اختلال گردد (۵) زنانی که مشکلات روانی اجتماعی شدید یا متعدد و مشکلات بین فردی دارند بیشتر ممکن است به این اختلال دچار شوند (۴).

پایین بودن حمایت اجتماعی، حوادث استرس‌زای اخیر زندگی، مشکلات مربوط به تغذیه نوزاد، حاملگی ناخواسته، تمایل به سقط جنین، مهاجرت اخیر، وضعیت اقتصادی اجتماعی پائین، بیکاری و سابقه مشکلات روانپزشکی از عواملی هستند که با افسردگی بعد از زایمان ارتباط دارند (۶,۷).

افسردگی پس از زایمان تأثیر منفی چشمگیری بر تمام ابعاد کیفیت زندگی مادر می‌گذارد و مادرانی که افسردگی پس از زایمان دارند دچار اختلال در زمینه فعالیتهای اجتماعی عملکرد فردی و وظائف خانه‌داری خود می‌گردند (۸,۹).

شناخت افسردگی در دوره پس از زایمان مهم و ضروری است هر چه اختلال زودتر شناخته شود زودتر درمان خواهد شد و پیش آگهی بهتری خواهد داشت و از عوارض مخرب آن بر مادر، خانواده و جامعه کاسته خواهد شد (۴).

این پژوهش به جهت اینکه افسردگی بعد از زایمان بیماری بسیار ناتوان‌کننده‌ای است که در توانائی نگهداری نوزادان و روابط اجتماعی شخص نقش مهمی دارد، به منظور بررسی شیوع این اختلال و ارتباط آن با متغیرهایی از جمله جنس نوزاد، خواسته بودن بارداری و سابقه افسردگی انجام شده است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که پس از برآورد حجم نمونه بر روی ۵۳۱ خانم زایمان کرده که تحت پوشش عرصه پزشکی جامعه‌نگر دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بودند و مدت ۴۰-۱۰ روز از زایمان آنها سپری شده بود، در سال ۱۳۸۶ انجام گردید. در این مطالعه کلیه زنانی که دارای حاملگی اول بودند و حاصل زایمان آنها نوزاد ترم و زنده بود، شرکت کردند. در این پژوهش خانم‌هایی که حاملگی اول نبودند، دارای سابقه بیماریهای مشابه دیگری مثل سایکوز بودند، آنهایی که دچار بیماریهای ناتوان‌کننده در طی بارداری یا زایمان مثل DIC، سپسیس و اکلامپسی، اینرسی و یا افسردگی شده بودند، خانم‌هایی که زایمان زودرس داشته‌اند و یا نوزاد آنها در بیمارستان بستری شده بودند، حذف گردیدند. نمونه‌ها بصورت سرشماری انتخاب شدند. ابراز گردآوری داده‌ها پرسشنامه EPDS (Edinburgh postnatal depression scale) و یک فرم اطلاعاتی مربوط به اطلاعات دموگرافیک، جنس نوزاد خواسته یا

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

ناخواسته بودن بارداری و سابقه افسردگی بود که از طریق مصاحبه با واحدهای پژوهش تکمیل گردیدند.

پرسشنامه EPDS حاوی ۱۰ سؤال است که هر سؤال به صورت صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌گردد، حداکثر امتیاز ۳۰ و حداقل صفر می‌باشد و کسب نمره ۱۳ یا بیشتر به عنوان افسردگی پس از زایمان محسوب می‌شود (۱۰و۲) و پذیرش پرسشنامه توسط مادران ۱۰۰ درصد گزارش شده است (۱). نسخه ایرانی این پرسشنامه 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 با روش باز آزمایی ۰/۸ تعیین گردید (۱۰) و در مطالعه مظهری پرسشنامه ابزاری پایا و معتبر تشخیص داده شد و حساسیت آن ۹۵/۳ و اختصاصی بودن آن ۸۷/۹ درصد تعیین گردید (۱۱). در این مطالعه خانم‌هایی که در پرسشنامه EPDS نمره ۱۳ یا بیشتر داشتند به عنوان افسرده در نظرگرفته شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری chi2 انجام شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد که از مجموع ۵۳۱ نفر، ۲۱۶ نفر یعنی ۴۰/۷٪ دارای افسردگی پس از زایمان بودند. حاصل زایمان در ۵۲/۵ درصد دختر و در ۴۷/۵ درصد پسر بود. شیوع افسردگی در مادران دارای فرزند پسر ۳۹/۷ درصد و در مادران صاحب فرزند دختر ۴۱/۶ درصد بود. ۷۵ نفر (۱۴/۲ درصد) بارداری ناخواسته داشتند که شیوع افسردگی در این گروه ۵۶ درصد بود. ۶۶ نفر سابقه وجود افسردگی را ذکر می‌کردند که شیوع افسردگی پس از زایمان در این گروه ۶۶/۷ درصد بود.

مشخصات زنان مراجعه‌کننده از نظر سن، تحصیلات، جنس نوزاد، سابقه افسردگی و وضعیت حاملگی در جدول ۱ به تفکیک آمده است.

در بررسی عوامل مؤثر برای افسردگی پس از زایمان آزمون آماری مجذور کای نشان داد که داشتن سابقه افسردگی و ناخواسته بودن حاملگی با بروز افسردگی پس از زایمان ارتباط داشته است. بطوریکه میزان افسردگی پس از زایمان در زنانی که در گذشته دارای سابقه افسردگی بودند بیشتر بود ولی جنس نوزاد رابطه معنی‌داری با شیوع افسردگی پس از زایمان نداشت (جدول ۲).

بحث

افسردگی پس از زایمان یکی از مشکلاتی است که زندگی مادر، نوزاد و خانواده را تهدید می‌کند. اغلب زنانی که از این اختلال رنج می‌برند درمان دریافت نمی‌کنند و ممکن است برای بیش از یک سال پس از زایمان افسرده باقی بمانند که این وضعیت می‌تواند 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 (۲) و در مجموع تأثیر گسترده‌ای بر سلامت و رفاه کودک داشته باشد (۱۲).

بطور کلی میزان پایه افسردگی پس از زایمان در حدود ۱۰٪ است (۵). مطالعات خارجی انجام شده شیوع افسردگی پس از زایمان را از ۵ درصد در دانمارک تا ۴۰/۴ درصد در ترکیه متفاوت گزارش کرده‌اند. شیوع در اسپانیا ۱۵ درصد، چین ۱۷-۱۵ درصد، دبی ۱۸ درصد، برزیل ۲۰/۷ درصد و نیجریه ۲۳ درصد گزارش شده است (۱۷-۱۳ و۲ و۱).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

جدول ۱: مشخصات زنان زایمان کرده مراجعه‌کننده به عرصه پزشکی جامعه‌نگر دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه سال ۱۳۸۶

متغیرها		تعداد	درصد
گروههای سنی (سال)	<۲۰	۳۵	۶/۶
	۲۰-۳۰	۳۸۲	۷۱/۹
	>۳۰	۱۱۴	۲۱/۵
تحصیلات	پائین‌تر از دیپلم	۱۶۳	۳۰/۷
	دیپلم	۲۸۲	۵۳/۱
	بالاتر از دیپلم	۸۶	۱۶/۲
جنس نوزاد	دختر	۲۷۹	۵۲/۵
	پسر	۲۵۲	۴۷/۵
سابقه افسردگی	بلی	۶۶	۱۲/۴
	خیر	۴۶۵	۸۷/۶
وضعیت حاملگی	خواسته	۴۵۶	۸۵/۹
	ناخواسته	۷۵	۱۴/۱

جدول ۲: توزیع فراوانی افسردگی پس از زایمان برحسب وضعیت حاملگی، جنس نوزاد و سابقه افسردگی

افسردگی پس از زایمان / متغیرها	دارد		ندارد		سطح معنی داری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
وضعیت حاملگی					
خواسته	۱۷٤	۳۸/۲	۲۸۲	٦۱/۸	P<۰/۰۰۲
نا خواسته	٤۲	٥٦	۳۳	٤٤	
جنس نوزاد					
دختر	۱۱۶	۴۱/۶	۱۶۳	۵۸/۴	NS
پسر	۱۰۰	۳۹/۷	۱۵۲	۶۰/۳	
سابقه افسردگی					
دارد	۴۴	۶۶/۶	۲۲	۳۳/۳	P<۰/۰۰۲
ندارد	۱۷۲	۳۷	۲۹۳	۶۳	

در پژوهش حاضر میزان شیوع افسردگی ۴۰/۷٪ بود که بسیار بالاتر از میزان مورد انتظار می‌باشد. همانطور که در آمارها نیز مشاهده می‌گردد، افسردگی پس از زایمان در جوامع در حال توسعه شایع‌تر از جوامع توسعه یافته می‌باشد (۲) ولی به نظر می‌رسد بحث توسعه اقتصادی- اجتماعی به تنهایی نتواند توجیه قابل قبولی برای بالا بودن شیوع این اختلال در مطالعه ما باشد و شاید دلائل دیگری از جمله مسائل فرهنگی و آداب و سنن در این قضیه نقش داشته باشند که انجام مطالعاتی در این زمینه می تواند در قبول یا رد این نظریه کمک‌کننده باشد. بینا در مرور منابع بیان می‌دارد که فرهنگ‌های مختلف باورها و آداب و سنن مختلفی دارند که می‌تواند بر شیوع افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد (۱۸).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

در مطالعات انجام گرفته در کشورهای غربی ارتباطی بین جنس نوزاد و افسردگی پس از زایمان مشاهده نگردیده ولی در جوامع آسیایی تبار بین افسردگی پس از زایمان و جنس نوزاد ارتباط مشاهده می‌گردد (۱۵). در مطالعات انجام شده در چین و ترکیه مادرانی که نوزاد دختر به دنیا آورده بودند بیشتر دچار افسردگی پس از زایمان شده بودند (۱۹و۱۶و۱۵و۱۳). به نحوی که در مطالعه Xie و همکاران در چین شیوع افسردگی در مادرانی که نوزاد دختر به دنیا آورده بودند ۲ برابر مادرانی بود که نوزاد پسر به دنیا آورده بودند (۱۵). مطالعات انجام شده در این زمینه در ایران محدود بود. صدر در بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران بیان می‌دارد که ارتباطی بین افسردگی پس از زایمان و جنس نوزاد مشاهده نمی‌گردد (۲۰). در مطالعه خمسه بین افسردگی پس از زایمان و جنسیت مورد انتظار نوزاد ارتباط مشاهده شد (۲۱).

در پژوهش حاضر ۴۱/۶ درصد مادران با نوزاد دختر و ۳۹/۷ درصد نوزادان با فرزند پسر افسردگی پس از زایمان داشتند که بین جنس نوزاد و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

بارداری ناخواسته، استرس عمده‌ای 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 عمده‌ای برای پدر، سایر فرزندان و خصوصاً خود فرزند باشد.

در مطالعه ما بارداری در ۷۵ مورد یعنی ۱۴/۲ درصد جمعیت مورد مطالعه ناخواسته بود یعنی از هر ۷ نوزاد زایمان اول یکی ناخواسته پا به جهان گذارده بود. با توجه به اینکه در این مطالعه زایمان اول و بارداری منجر به تولد نوزاد زنده و سالم مورد بررسی قرار گرفته بود احتمالاً در صورت در نظر گرفتن کل زایمان‌ها، میزان بارداری‌های ناخواسته بیش از این خواهد بود. نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که خواسته و ناخواسته بودن حاملگی نیز بر افسردگی پس از زایمان مؤثر است، بطوریکه اکثر زنان زایمان کرده که خواهان بارداری فعلی بودند غیر افسرده بر عکس اکثر زنان زایمان کرده که خواهان بارداری فعلی نبودند افسرده بودند. اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه نیز موید این مسئله بودند (۲۳و۲۲و۱۴و۶).

از طرف دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که داشتن سابقه افسردگی بر افسردگی پس از زایمان تأثیر دارد و میزان افسردگی پس از زایمان در زنانی که در گذشته دارای سابقه افسردگی بودند بیشتر بود. Rich-Edwards و همکاران و Beck نیز رابطه معنی‌داری را بین داشتن سابقه افسردگی و افسردگی پس از زایمان یافتند (۲۴و۲۳). همچنین Leigh بیان می‌دارند که داشتن سابقه افسردگی پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان است (۲۵). در مطالعه صدر نیز این رابطه مشاهده شده است (۲۰).

لازم به ذکر است که از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم بررسی مشکلات جسمی تقلیدکننده علائم افسردگی مانند هیپوتیرواییدی و کم خونی اشاره نمود و جهت مطالعات بعدی بررسی این مشکلات و همچنین بررسی از نظر افسردگی در دو مرحله شش هفته اول و شش هفته دوم توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

افسردگی پس از زایمان در جامعه ما شیوع بسیار بالایی دارد به نحوی که تقریباً از هر دو مادر یک مادر

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

با مشکل افسردگی درگیر می‌باشد که می‌توان بر سلامت مادر، نوزاد و کل خانواده تأثیرگذار باشد. از آن جا که مداخله زودرس و پیگیری دقیق و درمان با بهترین پیش‌آگهی همراه است، لذا به نظر می‌رسد که غربالگری از نظر افسردگی پس از زایمان و پیگیری و درمان مادران افسرده باید به عنوان یک جزء اساسی در مراقبتهای پس از زایمان درآید. همچنین ارتباط افسردگی با بارداری ناخواسته نشان دهنده لزوم افزایش سطح کیفی برنامه‌های مشاوره تنظیم خانواده، بویژه آموزش نحوه صحیح استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری به منظور کاهش بارداری‌های ناخواسته می‌باشد.

همچنین توجه ویژه در دوران بارداری و پس از زایمان به مادران با بارداری ناخواسته و مادران با سابقه قبلی افسردگی توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب پایان نامه دوره دکتری عمومی دکتر صغری پرمهر انجام پذیرفت. نویسندگان این مقاله بدینوسیله تشکر و امتنان خود را از تمام مادرانی که در این مطالعه ما را یاری نمودند ابراز می‌دارند.

References

1. Castanon SC, Pinto LJ. Use the postnatal depression scale to detect postnatal depression. Rev Med chill 2008; 136: 851-8.
2. Tannous L, Gigante LP, Fucus SC, Busnello ED. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. BMC Psychiatry 2008; 8: 1.
3. Sadock BJ. Sadock VA Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry. 10th edition Philadelphia: Lippincott Willwiams and Wilkins. 2007, p: 864.
4. Kaplan H J, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's comprehensive text book of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2005, p: 2308-11.
5. James R, scott, Danforth's obstetrics and GynecoLogy, 9th ed Lippincott Williams and Wilkins 2004, p: 49.
6. Wewernike A, Honig A, Heres MH, Wennink JM. psychatric disorder in pregnant and puerperal women. Ned Tijdscr Geneesked 2006; 150: 294-8.
7. Warner, Appleby L, Witton A,Faragher B. Demografic and obstetric risk factor for postnatal psychiatric morbidity, Br J psychiatry 1996; 168: 607-11.
8. Posmontier B. Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. J Midwifery Womens Health. 2008; 53: 310-8.
9. de tychey C, Briancon S, LIghezzolo J, Spitz E, Kabuth B de luigi V, et al Quality of life ,postnatal depression and baby gender Clinical nursing 2007; 17: 312-22.
10. Montazeri A,Torkan B,Omidvari S. The Edinburg postnatal depression scale :translation and validation study of Iranian version. BMC psychiatry 2007; 7: 11.
11. Mazhari S, Nakhaee N. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Iranian sample Arch Womens Ment Health 2007; 10: 293-7.
12. Suri R, Burt VK. The assessment and treatment of postpartum psychiatric disorders. J Pract Psychiatry Behav Health 1997; 3: 67-77.
13. 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.
14. Owoeye Ao, Aina OF, Morakinyo O. risk factor of postpartum depressionand EPDS score in a group of Nigerian women. Trop Doct 2006; 36: 100-3.
15. Xie RH, He G, Liu A, Bradwejn J, Walker M, Wen SW. Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. Soc Sci Med 2007; 65: 680-4.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

16. Zhang R, Chen Q, Li Y. Study for the factors related to postpartum depression. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi 1999; 34: 231-3.
17. 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.
18. Bina R. the impact of culture factor upon postpartum depression: A literature review. Healthcare women Int 2008; 29: 568-92.
19. Dindar I, Erdogan S. Screening of Turkish Women for postpartum depression within the first post partum year. Public Health Nurs 2007; 24: 176-83.
20. Sadr SS, Dowlatin M, Behboudi Moghadam Z. prevalence of postpartum depression and factor affectinh it in Tehran. Journal of medical council of Iran 2004; 3: 189-93.
21. Khamseh F. Evaluation of psychosochial factor s affecting in postpartum depression. Kowsar medical journal 2003; 4: 327-31.
22. Leatheres SJ, Kelly MA. Unintended pregnancy and depressive symptums among first time mothers and fathers. Am j orthopsychiatry 2000; 70: 523-31.
23. Beck CT. Predictor of postpartum depression: an update. Nurs Res 2001; 50: 275-85.
24. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. J Epidemiol Community Health 2006; 60: 221-7.
25. Leigh B, Milgrom J. risk factor for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC psychiatry 2008; 16; 8: 24.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]