

«زن و مطالعات خانواده»

سال اول- شماره چهارم- تابستان ۱۳۸۸

ص ۳۲-۹

## مقایسه افسردگی پس از زایمان زنان شاغل و خانه دار و رابطه آن با حمایت اجتماعی و سازگاری زناشویی

مهدی آقاپور<sup>۱</sup>

اکبر محمدی<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه افسردگی پس از زایمان در زنان شاغل و خانه دار و رابطه آن با حمایت اجتماعی و سازگاری زناشویی می باشد. به این منظور از بین زنان مراجعه کننده به مراکز زنان- زایمان تبریز (که ۶ الی ۱۲ هفته از زایمان آنها گذشته بود). نمونه ای به حجم ۳۰۰ نفر به روش تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و پرسشنامه های افسردگی بک، سازگاری زناشویی اسپانیر و حمایت اجتماعی فیلیپس توسط آنان تکمیل گردید. داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون گام به گام و آزمون t مستقل دو گروهی مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته ها حاکی از شیوع ۲۸ درصدی افسردگی پس از زایمان و بالابودن میانگین نمرات افسردگی در زنان خانه دار بود. همچنین یافته ها نشان داد که حدود ۵۲ درصد از واریانس افسردگی پس از زایمان توسط سازگاری زناشویی و حمایت اجتماعی تبیین می شود.

**واژه های کلیدی:** افسردگی پس از زایمان ؛ حمایت اجتماعی ؛ سازگاری زناشویی

---

۱- کارشناس ارشد مشاوره - مدرس دانشگاه آزاد اسلامی اهر  
۲- کارشناس ارشد روان سنجی ( akbarm78@yahoo.com )

## مقدمه

افسردگی پس از زایمان یکی از شایع ترین اختلالات روانی در پی زایمان است که حداکثر طی ۴ هفته اول بعد از زایمان شروع می شود (شریفی، سوکی، اکبری، شریفی، ۱۳۸۷). مطالعات نشان داده‌اند که در کشور های پیشرفته، زنان دو تا سه برابر مردان دچار افسردگی می‌شوند (نظری و رحمانی، ۱۳۷۶). این تفاوتها از دوران بلوغ آغاز می‌شود و در طی بارداری ادامه می‌یابد. در مجموع حوادث سیکل باروری عامل این مشکلات عاطفی در زنان شناخته شده است. افسردگی یک اختلال شایع است که شیوع آن در زنان حدود ۲۵٪ است (سادوک و کاپلان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). بارداری و زایمان وقایع تکاملی قابل توجهی برای اکثر زنان متأهل به شمار می‌روند. برای تطابق موفقیت آمیز با بارداری و زایمان، سازگارهای فیزیکی (جسمانی)، درون فردی، خانوادگی و ارتباطی لازم است. بحرانهای زندگی زن یعنی بلوغ، قاعدگی، روابط جنسی، بارداری و بالاخره زایمان همچون حلقه های زنجیر به هم پیوسته است و جسم و روان زن را بطور انکار ناپذیری تحت تأثیر قرار می‌دهند (مصطفی نژاد، ۱۳۸۰).

شیوع افسردگی، مخصوصاً افسردگی بعد از زایمان با عوامل فرهنگی و اجتماعی ارتباط تنگاتنگ دارد و به همین دلیل در کشورها و نژادهای مختلف شیوع آن متفاوت است (هانگ و ماترز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از رفیعی و سبحانیان، ۱۳۸۲). شیوع افسردگی بعد از زایمان در بعضی مطالعات ۱۵-۱۰٪ (محمدعلی بیگی، ۱۳۸۳) و در بعضی دیگر ۲۰٪ (وانگ<sup>۳</sup>، جیانگ<sup>۴</sup>، جان<sup>۵</sup>، چن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳) و حتی تا ۲۵٪ (ورکرک<sup>۷</sup>، دنولت<sup>۸</sup>، وان هگ<sup>۹</sup>، وانسون<sup>۱۰</sup>، پاپ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴) گزارش شده است.

<sup>1</sup>-Sadock & Kaplan

<sup>2</sup>-Huang & Mathers

<sup>3</sup>-Wang

<sup>4</sup>- Jiang

<sup>5</sup>- Jan

<sup>6</sup>- Chen

<sup>7</sup>-Verkerk

<sup>8</sup>-Denollet

<sup>9</sup>- Van Heck

<sup>10</sup>- Van son

<sup>11</sup>- Pop

در مطالعه دنیس<sup>۱</sup>، جانسن<sup>۲</sup>، سینگر<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) که روی ۵۹۴ زن کانادایی در طی هفته‌های ۸،۴،۱ پس از زایمان انجام شده است، ۲۹٪ در طی هفته اول، ۲۳٪ در هفته چهارم، ۲۰/۵٪ در هفته هشتم افسرده مشاهده گردید.

افسردگی پس از زایمان با خلق افسرده، اضطراب، بی‌خوابی مفرط و در برخی موارد همراه با احساسات افسردگی و خودکشی همراه است و در موارد شدید به مرز سایکوتیک می‌رسد و با هذیان، توهم و افکار مربوط به قتل نوزاد همراه می‌شود (نظری و رحمانی، ۱۳۷۶) و ۱٪ از زنان نیاز به بستری شدن پیدا می‌کنند (اوینز<sup>۴</sup>، تئوفاستوس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷). افسردگی پس از زایمان به طور جدی بر زندگی فرد و خانواده اش اثر نامطلوب دارد (مک کینی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). افسردگی بعد از زایمان با مسائلی از قبیل افسردگی قبل از زایمان، سن کم مادر، وضعیت مجرد، استعمال دخانیات یا مصرف داروهای غیرمجاز در دوران حاملگی، استفراغ شدید حاملگی، استفاده زیاد از خدمات اورژانس، مرخصی استعلاجی در دوران حاملگی، سابقه اختلال عاطفی<sup>۷</sup> در ارتباط است (جوزفسون<sup>۸</sup>، آنجلسیو<sup>۹</sup>، برگ<sup>۱۰</sup>، اکستوم<sup>۱۱</sup>، گونروویگ<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲).

برای تطابق موفقیت‌آمیز زن با بارداری و زایمان، سازگاریهای فیزیکی، درون فردی و خانوادگی ضرورت دارد (نگاهبان بنایی، صیادی اناری، انصاری، ۱۳۷۷). زنانی که به خوبی با وضعیت خود آشنا می‌شوند، می‌توانند این تغییرات را پیش‌بینی کرده، خود را آماده برخورد مناسب با آنها نمایند. تعدادی از زنان ممکن است نتوانند به این تطابق دست یابند، در نتیجه دچار افسردگی پس از

<sup>1</sup> - Dennis

<sup>2</sup> - Janssen

<sup>3</sup> - Singer

<sup>4</sup> - Evins

<sup>5</sup> - Theofrastous

<sup>6</sup> - Mc kinney

<sup>7</sup> - Affective Disorder

<sup>8</sup> - Josefsson

<sup>9</sup> - Angelsioo

<sup>10</sup> - Berg

<sup>11</sup> - Eksteom

<sup>12</sup> - Gunnervik

زایمان شوند که یک اختلال روان شناختی وخیم است و بیشتر مادران را گرفتار می‌کند(رایان، برکوویتز، باربیری، دونایف، ۲۰۰۰؛ ترجمه قاضی جهانی، ۱۳۷۹). برای اولین بار مارسه در سال ۱۸۵۸ نشان داد که دوران پس از زایمان، مخصوصاً ۶ هفته پس از آن یک دوره آسیب پذیر مهم برای ابتلاء به اختلالات روانی است (سادوک وکاپلان، ۲۰۰۷). هر چند پیش درآمدی مشخص برای افسردگی پس از زایمان مشاهده نشده است، ممکن است در بعضی افراد تشدید علت‌های ایجاد غم پس از زایمان، اولین علامت افسردگی پس از زایمان باشد (کمپبل و کوهن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). مطالعات نشان داده است که احتمال ابتلا به افسردگی ۱۲ هفته پس از زایمان، در مادرانی که طی ۵ روز اول پس از زایمان امتیاز افسردگی بالای ۹ کسب کنند، دو برابر افزایش می‌یابد(یاماشیتا<sup>۲</sup>، یاشیدا<sup>۳</sup>، نکانو<sup>۴</sup>، تاشیرو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). پیشرفت افسردگی پس از زایمان، اساساً آرام و نامحسوس بوده، ممکن است تا بیش از ۳ ماه پس از زایمان بروز نکند(موری<sup>۶</sup>، سینکلیر<sup>۷</sup>، کوپر<sup>۸</sup>، دوکرنو<sup>۹</sup>، ترنر<sup>۱۰</sup>، استین<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۹). به همین دلیل بیش از ۵۰٪ از مبتلایان به تغییرات خلقی پس از زایمان تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شوند (میلگرم<sup>۱۲</sup>، اریکسن<sup>۱۳</sup>، نگری<sup>۱۴</sup>، جمیل<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۵).

مهمترین ریسک فاکتور افسردگی در بارداری، سابقه افسردگی است. سایر عوامل خطر شامل پایین بودن سن، حمایت اجتماعی پایین، تنها زندگی کردن، تعداد زیاد فرزندان، وضعیت ازدواج، شک و تردید در مورد حاملگی، بیماری یا

<sup>1</sup> - Campbell & Cohn

<sup>2</sup> - Yamashita

<sup>3</sup> - Yoshida

<sup>4</sup> - Nakano

<sup>5</sup> - Tashiro

<sup>6</sup> - Murray

<sup>7</sup> - Sinclair

<sup>8</sup> - Cooper

<sup>9</sup> - Ducournau

<sup>10</sup> - Turner

<sup>11</sup> - Stein

<sup>12</sup> - Milgrom

<sup>13</sup> - Ericksen

<sup>14</sup> - Negri

<sup>15</sup> - Gemmil

مرگ عزیزان، فاصله کم بین بارداریها، مرگ فرزندان قبلی و بیماریها است (مصطفی نژاد، ۱۳۸۳).

کوب<sup>۱</sup> (۱۹۷۶) حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت و توجه و مساعدت اعضای خانواده و دوستان و سایر افرادی می داند که فرد از آنها برخوردار است. هولاندر<sup>۲</sup> (۱۹۸۱) حمایت اجتماعی را پاسخهای قابل لمس می داند که شخص از دیگران دریافت می کند، این پاسخها می تواند به صورت تأیید یا بازشناسی اعمال ارزشمند شخص و تأیید نگرشهای وی توسط دیگران باشد. حمایت اجتماعی می تواند ساختاری باشد، یعنی بر روی کسانی که حمایت را فراهم می آورند متمرکز شود. یا عملکردی باشد، یعنی بر عملی که فعالیت‌های حمایت اجتماعی تلقی می شود تأکید نماید. علاوه بر این مشخصه های بسیاری وجود دارند که می توانند بر کیفیت و تناسب و کفایت حمایت اجتماعی تأثیر گذارند مثل ثبات، هدایت و منابع حمایت شبکه اجتماعی. حمایت اجتماعی اطلاعاتی را به فرد می دهد که او احساس می کند مورد محبت و توجه، مراقبت، احترام و ارزشمندی است و به شبکه ارتباطات متقابل تعلق دارد (پترسون به نقل از کوب، ۱۹۷۶). پترسون (۲۰۰۴) معتقد است اولین بار دورکهمیم (۱۹۸۷) تأکید کرد که نبود حمایت اجتماعی می تواند مهلک باشد. مطالعات بعدی نشان دادند افرادی که نمره حمایت اجتماعی بالاتری کسب کرده بودند، در معرض خطر مرگ و میر کمتری نسبت به افرادی که بیشتر در انزوا بودند، قرار داشتند. در این مطالعه فاکتورهای خطر دیگری چون فشار خون، کشیدن سیگار و سطوح کلسترول خون کنترل شده بودند (کوب، ۱۹۷۶).

هادی زاده طلاساز، بحری و توکلی زاده (۱۳۸۲) در تحقیقی با عنوان مقایسه میزان افسردگی پس از زایمان طبیعی و سزارین اورژانسی در خانم هایی نخستین بارداری آنها بود، نشان داد ندکه بین نمره افسردگی پس از زایمان و کیفیت روابط زناشویی و سلامت روان رابطه معنا داری وجود داشته است.

<sup>۱</sup> - Cobb

<sup>۲</sup> - Hollander

عظیمی لولتی، دانش، حسینی، خلیلیان، ضرغامی (۱۳۸۱) در تحقیقی با هدف تعیین میزان شیوع افسردگی پس از زایمان و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ساری به این نتیجه رسیدند که بین افسردگی پس از زایمان و رویدادهای فشارزای زندگی در طی یک سال اخیر، حمایت خانوادگی، وضعیت سلامت کودک، احساس توانایی مراقبت از کودک و وجود بیماری در زایمان کنونی رابطه وجود دارد. و نیز شیوع افسردگی و اختلالات روانی در دوران بارداری بالاست (۳۰٪) و پس از زایمان کاهش می یابد (۲۲٪).

خمسه (۱۳۸۱) در تحقیقی به منظور بررسی عوامل روانی- اجتماعی موثر در بروز افسردگی زنان پس از زایمان، به این نتایج دست یافت: ۱) در باب عوامل روانی بین نوع زایمان، جنسیت مورد انتظار، وضعیت سلامت فرزند، توانایی مراقبت از کودک، وجود ناراحتی پس از زایمان، ارتباط با همسر، ارتباط با پدر در زمان کودکی، حوادث نگران کننده یک ساله اخیر و میزان افسردگی پس از زایمان با ۹۵٪ اطمینان، ارتباط معناداری وجود دارد. ۲) در باب ارتباط بین عوامل اجتماعی مشخص شد که بین کیفیت میزان درآمد برای هزینه های زندگی، نوع ارتباط با خانواده همسر، نوع ارتباط با خانواده خود، سطح ارتباطات اجتماعی و میزان افسردگی پس از زایمان با ۹۵٪ اطمینان، ارتباط معناداری وجود دارد.

حسن زهرایی، فهامی، یزدانی، احمدی، بشر دوست (۱۳۸۰) در یک مطالعه به منظور تعیین نقش حمایتی ماما در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان نشان داند که میانگین نمره افسردگی در گروه حمایت شده (۹/۴۴+۴/۷۹) با گروه حمایت نشده (۱۲/۶+۴/۶۷) تفاوت معناداری وجود دارد (۰/۰۰۴).

فروزنده و دشت بزرگی (۱۳۷۶) طی مطالعه ای با هدف بررسی میزان شیوع و عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان، روی ۳۰۰ نفر مادر باردار که در سه ماهه سوم بارداری بودند و به مراکز بهداشتی- درمانی شهری شهرکرد مراجعه کرده بودند به این نتایج رسیدند که میزان شیوع افسردگی پس از

زایمان ۲۱/۳ است و بین افسردگی پس از زایمان و عوامل مستعد کننده فردی، روانی و اجتماعی- اقتصادی ارتباط معنا داری وجود دارد.

شعبانی و همکاران (۱۳۸۶) به منظور تعیین میزان شیوع و عوامل مؤثر بر افسردگی پس از زایمان، در مطالعه ای روی ۴۷۰ نفر از مادرانی که ۲ هفته تا ۶ ماه از زایمان آنها گذشته بود به این نتیجه رسیدند که شیوع افسردگی پس از زایمان ۲۲/۱ است و همچنین ارتباط معناداری بین افسردگی پس از زایمان با تحصیلات همسر، ناخواسته بودن بارداری، سابقه ابتلا به اختلالات روانپزشکی، حوادث ناگوار، سابقه سقط جنین، حمایت اجتماعی، ترس در دوران بارداری و زایمان، عدم رضایت زناشویی و شغل همسر وجود دارد.

آذری و احمدی علون آبادی (۱۳۸۵) پژوهشی با عنوان تأثیر حمایت اجتماعی شوهران بر افسردگی پس از زایمان همسران انجام دادند. مقایسه میانگین گروه آزمایش قبل و بعد از آموزش، نشان دهنده تأثیر معنادار حمایت شوهران بر کاهش افسردگی آزمودنی هایی بود که افسردگی پیش از زایمان داشتند. چیی<sup>۱</sup>، لی<sup>۲</sup>، چونگ<sup>۳</sup>، تان<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) مطالعه ای بر روی ۷۲۲۴ زن زایمان کرده در سنگاپور انجام دادند. نتایج تحقیق آنان نشان داد که بین تجربه منفی از زایمان و افسردگی پس از زایمان ارتباط وجود دارد و میزان افسردگی در زنانی که از زایمان شان به عنوان یک تجربه خوشایند یاد کنند، پایین تر است. بین دختر بودن نوزاد، سطح تحصیلات، داشتن بیش از دو فرزند، امکانات حمایتی پایین، سابقه سقط جنین و افسردگی در طی بارداری ارتباط ضعیفی وجود داشت. واستون<sup>۵</sup>، الیوت<sup>۶</sup>، راگ<sup>۷</sup> (۱۹۸۴) گزارش کردند که وجود علائم افسردگی در خلال بارداری، پیشگویی کننده تشخیص بعدی افسردگی پس از زایمان است.

<sup>۱</sup>- Chee

<sup>۲</sup>- Lee

<sup>۳</sup>- Chong

<sup>۴</sup>- Tan

<sup>۵</sup>- Waston

<sup>۶</sup>- Elliott

<sup>۷</sup>- Rugg

گوتلیب<sup>۱</sup>، ویفن<sup>۲</sup>، والیس<sup>۳</sup>، مانت<sup>۴</sup> (۱۹۹۱) گروهی متشکل از ۳۶۰ زن باردار را در خلال بارداری و پس از آن مورد پیگیری قرار دادند تا عوامل پیش بینی کننده افسردگی را شناسایی کنند. تحقیقات آنها نشان داد که متغیرهای پیش بینی کننده افسردگی در دوران بارداری، از متغیرهای پیشگویی کننده افسردگی پس از زایمان متفاوت است. عوامل پیشگویی کننده افسردگی در جریان بارداری، شامل سن پایین، آموزش کم، تعداد زایمان زیاد، عدم اشتغال در خارج از خانه بودند. این متغیرها تأثیر قابل ملاحظه‌ای در افسردگی پس از زایمان نداشتند.

در متا آنالیزی که توسط هاپکینز<sup>۵</sup> (۱۹۸۴) بر روی مقالات ارائه شده در مورد افسردگی پس از زایمان و متغیرهای روانی اجتماعی زمینه‌ساز این اختلال انجام داد، به این نتیجه رسید که بین کیفیت روابط زناشویی و افسردگی پس از زایمان رابطه معناداری وجود داشت. همچنین مشخص شد که فقدان حمایت‌های اجتماعی نیز زمینه‌ساز افسردگی پس از زایمان است (هاپکینز و همکاران، ۱۹۸۳). دنیس<sup>۶</sup> جانسن و سینگر یک مطالعه طولی<sup>۷</sup> از آوریل ۲۰۰۱ تا ژوئن ۲۰۰۲، بر روی ۵۹۸ زن زایمان کرده انجام دادند. هدف آنها از انجام این مطالعه یافتن عوامل خطرزای ایجاد کننده افسردگی پس از زایمان بود تا بتوانند زنان در معرض خطر را هر چه سریعتر شناسایی نمایند. سابقه افسردگی در زایمان‌های قبلی، بیماریها و مشکلات ایجاد شده در دوران بارداری مانند فشار خون حاملگی، داشتن تیپ شخصیتی آسیب پذیر، حوادث استرس‌زای زندگی، عدم حمایت اجتماعی، مهاجرت در طی ۵ سال گذشته، عدم رضایت از روش شیردهی مجموعه عواملی بودند که با افسردگی پس از زایمان ارتباط قوی داشتند (دنیس و همکاران، ۲۰۰۴). در متا آنالیزی که توسط بک<sup>۸</sup> (۲۰۰۱) بر

<sup>۱</sup>-Gotllieb

<sup>۲</sup>- Whiffen

<sup>۳</sup>- Wallace

<sup>۴</sup>- Mount

<sup>۵</sup>- Hapkins

<sup>۶</sup>- Deenis

<sup>۷</sup>-Longitudinal

<sup>۸</sup>-Beck



روی مطالعاتی که از سال ۱۹۸۰ به بعد در مورد افسردگی پس از زایمان انجام شده بود، صورت گرفت سیزده عامل مهم و مؤثر در ایجاد افسردگی پس از زایمان شناسایی شد که عبارت بودند از: افسردگی در طی بارداری، اعتماد به نفس پایین، استرس‌های مربوط به نگهداری از نوزاد، اضطراب در طی بارداری، حوادث استرس‌زای زندگی، حمایت‌های اجتماعی پایین، روابط با همسر، سابقه افسردگی، بیماری‌های نوزاد، غم پس از زایمان، وضعیت ازدواج، وضعیت اقتصادی اجتماعی و بارداری ناخواسته (بک، ۲۰۰۱). چایا (۲۰۰۲) این مطلب را در نتایج تحقیقات خود تصریح نموده است. این مسأله گویای اهمیت حمایت اجتماعی شوهران در پیشگیری و درمان افسردگی در زنانی است که از زمان بارداری به این اختلال مبتلا می‌شوند. نتایج این تحقیقات نشان دهنده، این بوده است که حمایت اجتماعی اطرافیان در دوران بارداری و پس از زایمان برای زنان اهمیت دارد. مطابق تئوری سیستم خانواده، هر عاملی که روی یکی از اعضای خانواده تأثیر داشته باشد، روی سایر اعضای خانواده تأثیر مستقیم یا غیر مستقیم خواهد داشت (لئونارد<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). لذا همسران زنانی که افسردگی پس از زایمان را تجربه می‌کنند، با احتمال ۵۰-۲۰٪ در معرض ابتلا به افسردگی هستند (وانگ و جیانگ، جان، چن، ۲۰۰۳).

صیادی فر (۱۳۸۴) در تحقیقی با عنوان بررسی تفاوت سلامت روانی بین زنان شاغل و خانه دار نشان داد زنان شاغل از سلامت روانی بهتری برخوردارند. میزان افسردگی زنان شاغل کمتر از زنان خانه دار است. احمدی (۱۳۸۲) پژوهشی را با عنوان تأثیر حمایت اجتماعی شوهران بر افسردگی پس از زایمان همسران انجام داد. حمایت اجتماعی از طریق نوار و جزوه آموزشی به شوهران در ماه هفتم بارداری آموزش داده شد، سه ماه پس از زایمان افسردگی در هر دو گروه به وسیله پرسشنامه افسردگی ۲۱ سؤالی بک سنجیده شد. تفاوت میانگین افسردگی در گروه آزمایش، نشان داده که حمایت اجتماعی همسران باعث کاهش شدت افسردگی در گروه آزمایش شده است. بررسی‌ها نشان می‌دهد

<sup>۱</sup>- Leonard

افرادی که حمایت اجتماعی بالاتری دارند، از سلامت بهتری برخوردارند. همچنین بررسی‌ها گویای آن هستند که واکنش‌های فیزیولوژیک نسبت به استرس، تحت تأثیر حمایت اجتماعی تغییر می‌کند (لیپور، آلتو ایوانس، گلین، کریستنفلدوگرین، به نقل از عابدینی، ۱۳۸۴). همچنین دهلی و لاندروز (۲۰۰۵) نشان دادند که حمایت اجتماعی موجب فائق آمدن بر مشکلات زندگی زناشویی می‌شود.

هاش چاپلند (۱۹۹۸) اشاره می‌کند که زنان خانه را محلی فشارآور می‌دانند و از زحمات آنان در خانه کمتر قدردانی می‌شود و مردان در کار خانه خیلی کم به آنها کمک می‌کنند. در مقابل در محل کار، آنها احساس می‌کنند کارشان مورد تقدیر و تحسین است و دوستانی را می‌یابند که آنها را مورد حمایت عاطفی قرار می‌دهند (سادوک و کاپلان، ۲۰۰۷). همسر مهم‌ترین کسی است که هم در مورد زنان شاغل و هم برای زنان خانه دار می‌تواند با درک درست موقعیت زن پس از زایمان او را حمایت نماید. از سوی دیگر حمایت از تازه مادران سبب آرامش خانواده، رشد جسمی و تکامل روانی مناسب نوزاد می‌شود. در واقع حمایت اجتماعی از سوی اطرافیان و به ویژه شوهر افسردگی پس از زایمان در زنان را کاهش داده، سبب سلامت خانواده و کاهش هزینه‌های چشمگیر درمان این اختلال می‌شود. بنابر این پژوهشگران این مقاله بر آن شدند تا به انجام پژوهشی درباره مقایسه افسردگی پس از زایمان زنان شاغل و خانه‌دار و رابطه آن با حمایت اجتماعی و سازگاری زناشویی بپردازند. فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

- میانگین شدت افسردگی پس از زایمان زنان شاغل و خانه دار متفاوت است.
- بین افسردگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی زنان رابطه وجود دارد.
- بین افسردگی پس از زایمان و سازگاری زناشویی زنان رابطه وجود دارد.
- بین حمایت اجتماعی و سازگاری زناشویی با افسردگی پس از زایمان رابطه وجود دارد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی- تحلیلی است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز زنان- زایمان تبریز می باشد که ۶ الی ۱۲ هفته از زایمان آنها گذشته بود. برای انجام پژوهش حاضر ۳۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز زنان - زایمان تبریز به عنوان نمونه انتخاب شدند که ۱۵۰ نفر از آنها شاغل و ۱۵۰ نفر خانه دار بودند. به علت گسترده بودن توزیع جغرافیایی جامعه آماری، از روش نمونه گیری خوشه ای استفاده گردید. ۴۸ مرکز بهداشتی- درمانی شهرستان تبریز بر اساس درجه بندی و موقعیت جغرافیایی به سه منطقه تقسیم شد. از هر منطقه به طریق نمونه گیری ناحیه ای یا خوشه ای تعدادی مرکز بهداشتی- درمانی جهت انجام پژوهش و نمونه گیری انتخاب شدند. در پژوهش حاضر برای تعیین تعداد نمونه از فرمول برآورد حجم نمونه:  $N = (z\alpha/2)^2 * s^2 / d^2$  با حدود اطمینان ۹۹٪ و حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۱ استفاده شد. با در نظر گرفتن میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در زنان خانه دار در حدود ۳٪ تعداد نمونه ۳۰۰ نفر به دست آمد.

## ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI) : این پرسشنامه برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ تجدید نظر و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. BDI شامل ۲۱ نشانه است که شدت این نشانه‌ها بر روی یک مقیاس رتبه ای از ۰ تا ۳ می باشد. در یک تحقیق همسانی درونی پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ به دست آمد ( بک، استیر، ۱۹۸۷). روایی همزمان با درجه بندی های بالینی برای بیماران روانپزشکی نشانگر ضرایب همبستگی متوسط تا بالا (۰/۷۲، ۰/۹۶، ۰/۵۵) است (استیر، بک، گاریسون، ۱۹۸۶). بک و همکاران (۱۹۹۸)؛ به نقل

<sup>۱</sup>- Beck Depression Inventory

از گراث مارنات، ۲۰۰۳) روایی همزمان را معادل ۰/۷۹. به دست آوردند و پایایی آن را نیز به شیوه بازآزمایی معادل ۰/۶۷. گزارش نمودند. این پرسشنامه در ایران توسط واهب زاده (۱۳۵۲) و پرتو (۱۳۵۴) برای اولین بار جهت ارزیابی افسردگی مورد استفاده واقع شد. در یک تحقیق بر روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، رجبی و همکاران (۱۳۸۰) ضریب همبستگی بین پرسشنامه افسردگی بک و خرده مقیاس (D) پرسشنامه MMPI را ۰/۶۰٪ محاسبه نمودند. رجبی، عطاری، حقیقی (۱۳۸۰) پایایی آن را از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی معادل ۰/۸۷. و پایایی آن را با استفاده از روش دو نیمه کردن معادل ۰/۸۳. گزارش کرده اند.

۲- مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر<sup>۱</sup> : مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶) شامل ۳۲ سؤال می باشد و برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی یا روابط دونفری مشابه آن مورد استفاده قرار می گیرد. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۱۵۱ می باشد و نمرات بالاتر نشان دهنده رابطه بهتر است. اسپانیر (۱۹۷۶) پایایی ۰/۹۶ را از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس به دست آورده است. در تحقیقی شارپلی و کروس<sup>۲</sup> (۱۹۸۲)؛ به نقل از شیخ محسنی، (۱۳۸۴) پایایی مقیاس فوق را ۰/۹۶ گزارش کردند. اسپانیر (۱۹۷۶) به منظور به دست آوردن اعتبار سازه مقیاس سازگاری زناشویی، از مقیاس رضایت زناشویی لاک - والاس<sup>۳</sup> (۱۹۵۹) استفاده کرد. همبستگی بین این دو مقیاس در میان افراد متاهل ۰/۸۶ و در میان افراد طلاق گرفته ۰/۸۸ بود ( اسپانیر، ۱۹۷۶). در ایران نیز شیخ محسنی (۱۳۸۴) در تحقیقی با عنوان رابطه کانون کنترل و سبک‌های اسنادی با سازگاری زناشویی دبیران مرد متوسطه شهر شیراز با همسران شاغل و غیرشاغلشان ضرایب آلفای کرونباخ (تنصیف) کل نمونه در پرسشنامه سازگاری زناشویی ۰/۸۹ (۰/۷۷) ، در دبیران مرد ۰/۸۸ (۰/۷۷) و در همسرانشان ۰/۸۹ (۰/۷۷) به دست آورد.

<sup>۱</sup>- Spaner Marital Adjustment Scale

<sup>۲</sup>- Sharplee & Cross

<sup>۳</sup>- Locke - Wallace Marital Adjustment Scale

بنابراین، ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ و تنصیف) رضایت بخش می باشند (شیخ محسنی، ۱۳۸۴).

۳- مقیاس حمایت اجتماعی فیلیپس<sup>۱</sup>: مقیاس حمایت اجتماعی فیلیپس شامل ۲۳ سؤال به صورت درست و نادرست می باشد. این مقیاس توسط واکس<sup>۲</sup>، فیلیپس<sup>۳</sup>، هالی<sup>۴</sup>، تامپسون<sup>۵</sup>، ویلیامز و استوارت<sup>۶</sup> در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است. پایایی آن به روش همسانی درونی، ۰/۸۹. و به روش باز آزمایی پس از ۳ هفته ۸۳ / گزارش شده است (میر سمیعی، ابراهیمی قوام، ۱۳۸۷).

## یافته ها

جدول ۱: توزیع فراوانی افسردگی پس از زایمان برحسب شغل زنان مورد مطالعه

شاخصهای آماری	شاغل		جمع	
	افسرده	غیرافسرده	افسرده	غیرافسرده
فراوانی	۳۶	۱۱۴	۴۲	۱۵۰
درصد	۲۴	۷۶	۲۸	۷۲

براساس نتایج مندرج در جدول ۱، از میان ۳۰۰ آزمودنی ۱۵۰ نفر شاغل و ۱۵۰ خانه دار هستند، که از ۱۵۰ نفر شاغل ۳۶ نفر و از ۱۵۰ زن خانه دار ۴۲ آزمودنی افسرده بودند.

جدول ۲: توصیف آماری افسردگی و سازگاری زناشویی پس از زایمان زنان شاغل و خانه دار

متغیر	شاخصهای آماری	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	شاغل	۱۲	۴۳	۲۴.۲۶	۷.۰۲
	خانه دار	۱۲	۴۷	۲۶.۸	۸.۶۸
سازگاری زناشویی	شاغل	۲۵	۱۳۵	۸۶.۰۱	۲.۵۴
	خانه دار	۲۰	۱۳۵	۸۱.۶	۲.۵۶

N هر گروه ۱۵۰ = ۳۰۰

<sup>۱</sup> - Phillips Social Support Scale

<sup>۲</sup> - Vaux

<sup>۳</sup> - Phillips

<sup>۴</sup> - Holly

<sup>۵</sup> - Tompson

<sup>۶</sup> - Williamze & Stuart

براساس نتایج مندرج در جدول ۲ میانگین نمرات افسردگی زنان شاغل ۲۴.۲۶ با انحراف استاندارد ۷.۰۲ و میانگین نمرات افسردگی زنان خانه دار ۲۶.۸ با انحراف استاندارد ۸.۶۸ می باشد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که میانگین افسردگی گروه خانه دار بالاتر از گروه شاغل می باشد. همچنین بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲ میانگین نمرات رضایت زناشویی زنان شاغل ۸۶.۰۱ با انحراف استاندارد ۲.۵۴ و میانگین نمرات رضایت زناشویی زنان خانه دار ۸۱.۶ با انحراف استاندارد ۲.۵۶ می باشد، که نشان دهنده بالا بودن میانگین رضایت زناشویی زنان شاغل می باشد.

جدول ۳: آزمون تی مستقل بین زنان شاغل و خانه دار در عامل میزان افسردگی پس از زایمان

شاخصهای آماری	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین	t مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری
شاغل	۱۵۰	۲۴.۲۶	۷.۰۲	۰.۵۷	-۲.۷	۲۹۸	۰.۰۰۶
خانه دار	۱۵۰	۲۶.۸	۸.۶۸	۰.۷			

براساس نتایج مندرج در جدول ۳، چون مقدار t محاسبه شده  $| -۲/۷ |$  کوچکتر از t جدول  $| -2.58 |$  است، بنابراین با اطمینان ۰.۹۹ درصد نتیجه می گیریم میانگین افسردگی پس از زایمان زنان شاغل کمتر از زنان خانه دار است.

جدول ۴: بررسی رابطه افسردگی پس از زایمان با حمایت اجتماعی و سازگاری زناشویی

متغیرها	شاخص آماری	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
افسردگی * حمایت اجتماعی		$r = -0.671$	$P \leq 0.001$ **
افسردگی * سازگاری زناشویی		$r = -0.719$	$P \leq 0.001$ **

بر اساس نتایج جدول ۴، مقدار همبستگی محاسبه شده بین افسردگی و حمایت اجتماعی ( $r = -0.671$ ) می باشد، که در سطح  $P \leq 0.001$  معنادار است. بنابر این بین افسردگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی در زنان رابطه معنا داری وجود دارد. هم چنین مقدار همبستگی محاسبه شده بین افسردگی و سازگاری زناشویی ( $r = -0.719$ ) می باشد، بنابراین بین افسردگی پس از زایمان و سازگاری زناشویی در زنان رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۵: خلاصه مدل تحلیل رگرسیون گام به گام به همراه ضرایب آن

گام	مقدار رگرسیون (R)	ضریب تیبیین	مقدار F	سطح معناداری	B	B.E.S	Beta	t	سطح معناداری	متغیرهای پیش بینی کننده
a ۱	.719	.518	319.6	.001	-.22	.013	-.71	-17.87	.001	سازگاری زناشویی
b۲	.726	.527	165.2	.001	-.21	.013	-.69	-16.94	.001	سازگاری زناشویی
					.20	.085	.09	2.38	.018	حمایت اجتماعی
متغیر ملاک: افسردگی پس از زایمان      a: مقدار ثابت (44.56)      b: مقدار ثابت (41.66)										

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۵، سازگاری زناشویی در گام اول به عنوان پیش بینی کننده وارد معادله شده است که مقدار رگرسیون  $0/719$  به دست آمده و درگام دوم حمایت اجتماعی وارد معادله شد، که مقدار رگرسیون برابر  $0/726$  بود. همانطور که مشاهده می شود  $72$  درصد از واریانس افسردگی پس از زایمان توسط سازگاری زناشویی و حمایت اجتماعی تبیین می شود. براساس نتایج مندرج در جدول ۵ ضریب استاندارد رگرسیون گام به گام سازگاری زناشویی برابر  $0/71$  - که بیشترین مقدار پیش بینی کنندگی ( $t=17/87$ ) را دارد. در گام دوم مقدار ضریب استاندارد برای سازگاری زناشویی  $69/0$  و برای حمایت اجتماعی  $0/09$  می باشد که سازگاری زناشویی بیشترین مقدار پیش بینی کنندگی را دارد.

### بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته ها افسردگی زنان شاغل کمتر از زنان خانه دار می باشد. این یافته ها با نتایج شالوده (۱۳۷۷) مبنی بر تفاوت افسردگی پس از زایمان زنان شاغل و خانه دار همسو است. همچنین نتایج به دست آمده با نتایج تحقیق کمبل، کو هن و همکاران (۱۹۹۵)، استرینگر (۱۹۹۶) ناهمخوان است.

همانطور که یافته ها نشان می دهد، بین افسردگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی در زنان مورد مطالعه رابطه معناداری وجود دارد. مقدار منفی این ضریب بدین معناست که با افزایش حمایت اجتماعی، افسردگی پس از زایمان

زنان کاهش می یابد و بر عکس. بنابراین نظر می رسد جهت کاهش افسردگی پس از زایمان زنان می توان از طریق حمایت اجتماعی وارد عمل شد. نتایج تحقیق حاضر با نتایج خرمی راد، موسوی لطفی، شعوری بیدگلی (۱۳۸۹) مبنی بر رابطه افسردگی پس از زایمان و دریافت نکردن حمایت اجتماعی، گانیگهام، کنت، هوث، لونو، لاری، ونستروم، (۲۰۰۵) عظیمی لولتی، دانش، حسینی، خلیلیان، ضرغامی (۱۳۸۱) مبنی بر رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان، (کوب، ۱۹۷۶)، شعبانی، صیادی، رفیعی، کاظمی، انصاری (۱۳۸۶)، آذری و احمدی (۱۳۸۵)، هاپکینز (۱۹۸۴)، مصطفی نژاد (۱۳۸۳)، خمسه (۱۳۸۱) حسن زهرایی، فهامی، یزدانی، احمدی، بشردوست (۱۳۸۰)، چا آیا (۲۰۰۲) همسو است. نتایج تحقیقات چا آیا (۲۰۰۲) نشان دهنده این بوده است که حمایت اجتماعی اطرافیان در دوران بارداری و پس از زایمان برای زنان اهمیت دارد. در واقع ارزش و اعتباری که اطرافیان و به ویژه شوهران با حمایت خود برای زنان باردارشان قایل می شوند، امید و آرزو را در دل آنان زنده می کند و زمان بیشتری را برای احساس آرامش و مقایسه تجربیات خود با سایر زنان و لذت بردن از این تجربه در اختیار مادران قرار می دهد. این حمایت ها سبب جلب توجه مادران به جنبه های مثبت تولد نوزاد شده احتمال تأثیر تغییرات هورمونی و بیولوژیک بر وضعیت روانی ایشان را کاهش می دهد.

بین افسردگی پس از زایمان و سازگاری زناشویی در زنان مورد مطالعه رابطه معناداری وجود دارد. مقدار منفی این ضریب بدین معناست که با افزایش سازگاری زناشویی، افسردگی پس از زایمان زنان کاهش می یابد و برعکس. نتایج تحقیق حاضر با نتایج فروزنده و دشت بزرگی (۱۳۷۶) مبنی بر رابطه بین سازگاری زناشویی و افسردگی پس از زایمان، هادی زاده تالاساز، بحری و توکلی زاده (۱۳۸۲) همسو است. هاپکینز (۱۹۸۵) در فراتحلیلی بر روی مقالات ارائه شده در مورد افسردگی پس از زایمان و متغیرهای روانی اجتماعی زمینه ساز این اختلال انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین کیفیت روابط زناشویی و



افسردگی پس از زایمان رابطه معناداری وجود دارد. نتیجه تحقیق حاضر با نتیجه هاپکینز (۱۹۸۴) همسو است.

افسردگی بیماری شایع قرن اخیر می باشد به خصوص، در زنان که پس از زایمان علائم افسردگی بیشتر شده، در نتیجه نسبت شیوع نیز بیشتر می شود. هم چنین با توجه به نتایج تحقیق حاضر مبنی بر تفاوت افسردگی پس از زایمان بین زنان و کمتر بودن میانگین نمرات افسردگی گروه شاغل می توان از شغل به عنوان میانجی نام برد و برای کاهش میزان افسردگی در زنان خانه دار آنان را به سمت فعالیتهایی اجتماعی جایگزین شغل سوق داد. با توجه به رابطه معنا دار حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان زنان به نظر می رسد افسردگی پایین زنان شاغل از حمایتهای دریافتهی افراد شاغل در محیط کار باشد. زنان خانه دار از حمایتهای اجتماعی کمتری برخوردارند در نتیجه میزان افسردگی پس از زایمان بیشتری نسبت به زنان شاغل دارند. بنابر این پیشنهاد می شود که مراکز زنان - زایمان به هنگام مشاوره بارداری یا در فرایند حاملگی وزایمان آگاهی های لازم در خصوص تأثیر حمایت اجتماعی بر افسردگی پس از زایمان و معرفی منابع حمایت اجتماعی در خانواده ها را، گوشزد نمایند. بر اساس نتایج تحقیق حاضر و تحقیقات مشابه مشاوره در مراحل آخر بارداری و پس از زایمان برای زوجین در جهت کاهش افسردگی ضروری می نماید. این ضرورت زمانی مضاعف می گردد که بدانیم هزینه های درمانی و بهبود افسردگی چندین برابر هزینه های پیشگیری آن است. با توجه به اینکه رابطه افسردگی پس از زایمان و سازگاری زناشویی معنادار است می توان گفت با افزایش میزان سازگاری زناشویی، چه قبل از زایمان و چه بعد از آن، میزان افسردگی پس از زایمان کاهش پیدا می کند. بنابر این توجه به اهمیت سازگاری زناشویی جهت کاهش افسردگی ضروری می نماید. توجه به تغییرات هورمونی در زنان به هنگام حاملگی، زمان قاعدگی و پس از زایمان، سازگاری زناشویی و حمایت اجتماعی، از جمله عواملی است که می تواند از اثرات افسردگی در حالتی یاد شده بکاهد زیرا، حدود ۵۲ درصد از واریانس افسردگی پس از زایمان را، سازگاری زناشویی

و حمایت اجتماعی تبیین می‌کند. بنابر این آموزش شیوه‌های حمایتی شوهران برای همسران باردارشان می‌تواند به صورت رسمی و سازمان یافته قبل از بارداری به منظور کاهش افسردگی احتمالی پس از زایمان انجام گیرد.

## منابع:

- آذری، ز، احمدی علون آبادی، س ا (۱۳۸۵). تاثیر حمایت اجتماعی شوهران بر افسردگی پس از زایمان همسران تحقیقات پرستاری و مامایی، ۱۳۸۵.
- حسن زهرایی، ر، فهامی، ف.، یزدانی، م.، احمدی، ز، بشر دوست، ن. (۱۳۸۰). نقش حمایتی ماما در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی قزوین، شماره ۲۵، صص ۲۴-۱۹، بهار ۱۳۸۲.
- حسن زهرایی، ر؛ اسداللهی، ق؛ بشر دوست، ن؛ خدادوست، م. (۱۳۷۶). بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانمهای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۷۶ «مجموعه مقالات همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نونوانی»، (۱۹-۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹)، تبریز، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- خرمی راد، ا؛ موسوی لطفی، س م؛ شعوری بیدگلی، ع. (۱۳۸۹). شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل همراه با آن در شهرستان قم. مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۵ (۲)، ۶۲-۶۶.
- خمسه، ف (۱۳۸۱). بررسی عوامل روانی - اجتماعی موثر در بروز افسردگی زنان پس از زایمان در بیمارستان زنان کرج، مجله پزشکی کوثر، سال چهارم، شماره ۷، صص ۳۳۱-۳۲۷، زمستان.
- خیرآبادی، غ؛ کبیری، آ (۱۳۸۵). مقایسه شاخص‌های رشدی بدو تولد نوزادان مادران افسرده و غیر افسرده. نشریه دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد: دوره ۸، شماره ۱، ۴۰-۳۴.
- رایان، کنت جی؛ برکوویتز، راس اس؛ باربیری، رابرت ال؛ دونایف، اندریا (۲۰۰۰). اصول بیماریها و بهداشت زنان کیسترن. ترجمه بهرام قاضی جهانی. ویراست هفتم، چاپ اول، انتشارات اندیشه روشن، ۱۳۷۹.
- رجبی، غ؛ عطاری، ی؛ حقیقی، ج (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سوال های پرسشنامه افسردگی بک (BDI - 21) بر روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی. دوره سوم، سال هشتم، شماره ۳ و ۴، صص ۶۶-۴۹.
- شریفی، خ؛ سوکی، ز؛ اکبری، ح؛ شریفی، س م (۱۳۸۷). بررسی رابطه نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان. فصلنامه علمی - پژوهشی فیض، ۱۲ (۱)، ۱.
- شعبانی، ز، صیادی، ا، رفیعی، غ، کاظمی، م، انصاری، ع. (۱۳۸۶). شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل موثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر رفسنجان، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی رفسنجان، سال اول، شماره ۴، سال دوم، شماره ۱، صص ۵۷-۵۳، تابستان و پاییز.

- شیخ محسنی، ا (۱۳۸۴). رابطه کانون کنترل و سبک های اسنادی با سازگاری زناشویی دبیران مرد متوسطه شهر شیراز با همسران شاغل و غیر شاغلشان ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان .
- صحتی، ف؛ ایوان بقاء، (۱۳۷۹). بررسی ارتباط کاربرد دستورات اسلامی با افسردگی دوران بارداری در زنان مراجعه کننده به مراکز آموزشی زنان مامایی شهر تبریز، « مجموعه مقالات همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نونوانی»، (۱۹- ۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹)، تبریز، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- صیادی فر، س (۱۳۸۴). بررسی تفاوت سلامت روانی بین زنان شاغل و خانه دار . پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشکده روان شناسی دانشگاه تبریز.
- عابدینی، ص (۱۳۸۴). بررسی مقایسه ای حمایت اجتماعی و خشنودی زناشویی در زنان با و بدون پس از زایمان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- عظیمی لولتی، ح، دانش، م، حسینی، س ح . خلیلان، ع . ضرغامی، م (۱۳۸۱). افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ساری، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره یک، صص ۴۲-۳۱، بهار ۱۳۸۴
- فروزنده، ن، دشت بزرگی، ب (۱۳۷۹). میزان شیوع و عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهری شهرستان شهرکرد، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره دوم، شماره ۱، صص ۵۱-۴۳، بهار ۱۳۷۹.
- سادوک، ب؛ کاپلان ، ه. (۲۰۰۱). خلاصه روانپزشکی کاپلان سادوک . علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانینان. جلد دوم. انتشارات نسل فردا، ۱۳۸۲
- کانینگهام، گری؛ کنت ، دین ؛ هوث ، جان ؛ لونو. گیلسترب، لاری. بلوم . ونستروم ، کاترین. (۲۰۰۵). بارداری و زایمان ویلیامز. ویراست بیست و دوم (ترجمه بهرام قاضی جهانی)، انتشارات گلبان، تهران. جلد سوم ، ۱۳۸۵.
- گراث مارنات، گری (۲۰۰۳). راهنمای سنجش روانی. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو (۱۳۸۴) تهران : انتشارات سخن.
- مصطفی نژاد، ل. (۱۳۸۳). مادر شدن و سلامت روانی. چاپ اول، تهران : انتشارات روشن.
- میرسمیعی، م؛ ابراهیمی قوام، ص (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین خود کار آمدی، حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان با سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علامه طباطبایی. فصلنامه روانشناسی و علوم تربیتی. ۴ (۲) ۷۳-۹۱.

- نظری، ع؛ رحمانی، م. (۱۳۷۶). افسردگی و عوامل موثر بر آن در اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، مجموعه مقالات همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی، (۱۹-۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹)، تبریز، صص ۴-۱، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- نگاهبان بنایی، ط؛ صیادی اناری، الف؛ انصاری جابری، ع (۱۳۷۷): بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در شهرستان رفسنجان، مجموعه مقالات همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی، تبریز، صص ۱۷۷-۱۷۰، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- هادی زاده طلا سازه، ف؛ بحری، ن؛ توکلی زاده، ج. (۱۳۸۲). مقایسه میزان افسردگی پس از زایمان طبیعی و سزارین اورژانسی در خانم‌های نخست باردار مراجعه کننده به بیمارستان ۲۲ بهمن شهرستان گناباد. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال هشتم، شماره چهارم، صص ۳۰-۲۱.
- محمدعلی بیگی، ن؛ بهادران، پ؛ نصیری، م؛ بشردوست، ن. (۱۳۸۳). ارتباط استرس‌های دوران بار داری با وزن و سن موقع تولد نوزاد. تحقیقات پرستاری و مامایی: سال پنجم، شماره بیست و شش.
- واهب زاده، ح. (۱۳۵۲). ارزیابی آزمون افسردگی در بیماران افسرده ایرانی. مجله روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال هفتم، شماره ۵۲.
- Beck.AT. Steer, R.A., Brown, G .K. (2000). Manual for the Beck Depression Inventory II. Sau Antonio, TX: The psychological corporation.
- Beck.CT. (1998). A Checklist to Identify Women for Developing Postpartum Depression. American Journal of Obesity Gynecology, 27, 39-46.
- Beck CT, Gable R (2001). Further Validation of the Post Partum Depression Screening Scale. Nursing Research, 50 (3), 155-164.
- Beck CT.(2001). Predictors of Postpartum Depression: an Update. Nursing Research, 50(5), 275-285.
- Callaghan P, Morrissey J. (1993). Social Suppot and Health: A review. Journal of advanced nursing, 18, 203 – 210.

- Campbell S, Cohn J.(1995). Pervallence and Correlates of Postpartum Depression in First-Time Mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 594-599.
- Chaaya M. (2002). A Postpartum depression and determinants in Lebanon. *Archive Women's Mental Health.*, 5(2):65-72.
- Chee C Y.I, Lee D T.S, Chong Y.S, Tan L.K.(2005). Confinement and other Psychosocial Factors in Perinatal Depression: A Transcultural Study in Singapore. *Journal of Affective Disorders*, 89, 157-166.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, vol.38, pp: 300-341.
- Dehle C, Landers JE.(2005). You can't always get what you wan, but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. *Journal of social and clinical Psychology*. 24 (7), 1051-1076.
- Dennis CLE, Janssen PA, Singer J.(2004). Identifying Women at-Risk for Post partum Depression in the Immediate Postpartum Period. *Acta Psychiatry Scand*, 110,338-346.
- Evins G, Theofrastous J.(1997). Postpartum Depression: a Review of Postpartum  
Screening. *Prim. Care Update*, 4, 241-245.
- Gotlieb I L, Whiffen V E, Wallace PM, Mount J H.(1991). Prospective Investigation of Postpartum Depression: Factors Involved in Onset and Recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 122-32.
- Hollander E. (1981). *Principle and Method of Social Psychology*, 4th edition. Oxford University Press, New York, 512.
- Hopkins J. (1984).Postpartum Depression: Article review. *Psychological Bulletin*, 95,498-515.
- Hopkins J, Campbell S B, Marcus M.(2001). Role of Infant-Related in Postpartum Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 237-241.

- Huang Y, Mathers N.(2001). Postnatal Depression- Biological or Cultural? a Comparative Study of Postnatal Women in the UK and Taiwan . Journal of Advanced Nursing, 33, 279-87.
- Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Eksteom C.M, Gunnervik ch.(2002). Obstetric, Somatic, and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. American Journal of Obesity Gynecology, 99(2), 223-227.
- Leonard L.(1998).Depression and Anxiety Disorders During Multiple Pregnancy and Parenthood. American Journal of Obesity Gynecology, 27, 329-37.
- Mc kinney E (2005). Maternal Child Nursing. Second edition. Elsevier Saunders. Philadelphia, 716-719.
- Milgrom J, Ericksen J, Negri L, Gemmill A W.(2005). Screening for Postnatal Depression in Routine Primary Care: Properties of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Australian Sample. Australian and New Zealand Journal of psychiatry, 39, 833-839.
- Misiri S.(1995). Sholdn't I be Happy? Emotional Problems of Peregnancy and Postpartum woman. New York, free Press.
- Murray L, Sinclair D, Coopre P, Ducournau P, Turner P, Stein A.(1999). The Socio emotional Development of 5-Year-Old Children of Postnatal Depressed Mothers.(1999). Journal of Child Psychology Psychiatry, 40, 1259-1271.
- Sadock B. Kaplan & Sadock .v (2007). Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. 9 editions. Baltimore, Williams & Wilkins.
- Sheehan, DV. Diagnosis and Psychiatry: examination of the psychiatric patient. In: Kaplan H, Sadock B, eds. Comprehensive text-book of psychiatry. Baltimore Williams & Wilkins. 1989; PP: 534- 45.
- Sinha, S.P & Mukerjee, N (1991). Marital Adjustment & Personal Space Orientation. Journal of Sociology. 130 (5). pp: 533-639.
- Spaneer, G.B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. Journal of Marriage and Family, 38, 15 – 28

- Steer, R .A., Beck, A.T, .Garrison, B. (1986). Applications of the Beck Depression Inventory. Assessment of depression .pp, 123-142.
- Verkerk G J.M, Denollet J, Van Heck G L, Van Son M J.M, Pop V.J.M.(2004).Patient Preference for Counseling Predicts Postpartum Depression: a Prospective 1Year Follow up Study in High-Risk Woman. Journal of Affective Disorders, 43-48.
- Wang Sh-Y, Jiang X-Y, Jan W-CH, Chen CH-H. (2003). A Comparative Study of Postnatal Depression and its Predictors in Taiwan and Mainland China. American Journal of Obesity Gynecology, 189, 1407-12.
- Waston JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brough DI.(1984). Psychiatric Disorders in Pregnancy and the First Postpartum Year.British Journal of Psychiatry, 144, 453-62.
- Whiffen VE, Gotlib IH. (1989). Infants of Postpartum Depressed mothers: Temperament and Cognitive Status. Journal of Abnormal Psychology, 98 , 274-9.
- Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, Tashiro N. (2000). Postnatal Depression in Japanese Woman: Detecting the early onset of Postnatal Depression by Closely Monitoring the Postpartum Mood. Journal of Affective Disorder. 58, 145-154.