

## رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با بروز اختلال افسردگی پس از زایمان

\*ابراهیم مسعود نیا<sup>۱</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** افسردگی پس از زایمان، تأثیر منفی بر عملکرد رشدی و رفتاری نوزاد، رابطه مادر - فرزند و نیز سلامت مادر می‌گذارد. سبب شناسی افسردگی پس از زایمان بسیار پیچیده است. یکی از متغیرهایی که بعنوان یک عامل خطر برای افسردگی پس از زایمان شناخته شده است، حمایت اجتماعی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه میان حمایت اجتماعی و مولفه‌های آن با بروز اختلال افسردگی پس از زایمان انجام شده است. **روش بررسی:** این تحقیق، در قالب روش پیمایشی و بصورت مقطعی انجام شد. داده‌ها، از ۱۴۰ مادر که ۵ هفته از زایمان آنها سپری شده بود و جهت دریافت مراقبت‌های پس از زایمان به دو مرکز بهداشتی - درمانی شهید اکبری و شهید مطهری شهر یزد مراجعه کرده بودند جمع‌آوری شد. ابزار گردآوری داده‌ها، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (PSSS) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI) بود. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS و با استفاده از روش تحلیل مولفه‌های اصلی، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج تحقیق، همبستگی منفی معناداری میان افسردگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی ادراک شده کلی ( $p < 0/001$ )، مولفه حمایت از سوی خانواده ( $p < 0/001$ )، حمایت از سوی دیگران مهم ( $p < 0/001$ ) و حمایت از سوی دوستان ( $p < 0/05$ ) را نشان داد. رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی نیز نشان داد که متغیرهای اجتماعی - جمعیت‌شناختی سن و جنسیت نوزاد در مدل اول، ۵/۶ درصد و مولفه‌های حمایت اجتماعی، ۱۲/۶ درصد از واریانس افسردگی پس از زایمان را تبیین کردند. و به طور کلی متغیرهای اجتماعی - جمعیت‌شناختی (سن و جنسیت نوزاد) و حمایت اجتماعی در این مدل ۱۶/۶ درصد از تعداد افسردگی را تبیین می‌کنند.

**نتیجه‌گیری کلی:** با توجه به نتایج این تحقیق، فقدان یا تضعیف حمایت اجتماعی در فاز پس از زایمان می‌تواند یک عامل خطر مهم برای افسردگی پس از زایمان تلقی گردد. بنابراین، لازم است برای پیشگیری از اثرات منفی افسردگی پس از زایمان، مداخله‌های اجتماعی و رفتاری به منظور آموزش و ترغیب خانواده‌ها، شبکه‌های خویشاوندی، دیگران مهم و دوستان در جهت ارائه حمایت اجتماعی به زنان در فاز بعد از زایمان و یا در دوره بارداری صورت گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی پس از زایمان - حمایت اجتماعی - حمایت خانواده - حمایت دیگران مهم - حمایت دوستان

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۲۸

<sup>۱</sup> استادیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد، یزد، ایران (مؤلف مسئول) شماره تماس: ۰۳۵۱-۸۲۰۰۰۴۰

Email: masoudnia@yazduni.ac.ir

مقدمه

دوره پس از زایمان، به مانند دوره بارداری، با برخی تغییرات روانی و جسمانی در مادران همراه است. مادران در این دوره، طیفی از اختلال‌های روانی، از بسیار خفیف تا سایکوتیک را تجربه می‌کنند<sup>(۲،۱)</sup>. یکی از اختلال‌های روانی که در دوره پس از زایمان، توسط برخی از مادران تجربه می‌شود، اختلال افسردگی پس از زایمان ( Postpartum depression) است. این اختلال، زیرمجموعه‌ای از اختلال افسردگی ماژور می‌باشد<sup>(۳)</sup>. مطابق با راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders) (DSM-IV)، اختلال پس از زایمان، نه تنها از نظر ماهیت بلکه از نظر زمان‌بندی در چهار هفته نخست بعد از زایمان، متمایز می‌گردد. شکل‌های مختلفی از اختلال‌های پس از زایمان وجود دارند. این اختلال‌ها، طیفی از تجربه‌گذرای غم مادری تا سایکوز شدید پس از زایمان که معمولاً طی یک دوره کوتاه، از چند ساعت الی ۴ الی ۷ روز پس از زایمان اتفاق می‌افتند را شامل می‌شوند. این اختلال، با علائمی مانند تحریک‌پذیری، بیقراری، نومیدی، گم‌گشتگی یا خودبیمارانگاری مشخص می‌شود. در این میان، افسردگی پس از زایمان، شرایط جدی‌تر و طولانی‌تری است که به طور کلی از ۴ الی ۶ هفته بعد از زایمان اتفاق می‌افتد و با علائمی نظیر: خلق ضعیف، فقدان احساس لذت، فراموشکاری، تحریک‌پذیری، اضطراب، اختلال خواب، و عملکرد ضعیف همراه است<sup>(۴)</sup>.

پژوهش‌های مختلف در کشورهای دیگر، شیوع افسردگی پس از زایمان را طیفی از ۱۰ الی ۲۰ درصد<sup>(۵-۸)</sup>، ۱۰ الی ۱۵ درصد<sup>(۹)</sup>، ۲۰ الی ۲۸ درصد<sup>(۱۰)</sup>، و نیز در برخی از پژوهش‌ها بر روی مادران جوان، ۵۳ درصد<sup>(۱۱)</sup> گزارش کردند. پژوهش‌ها در ایران، شیوع افسردگی پس از زایمان را طیفی از ۱۶ الی ۳۱ درصد<sup>(۱۲-۱۴)</sup> گزارش کردند.

سبب شناسی افسردگی پس از زایمان، بسیار پیچیده است. مطالعات اپیدمیولوژیک، بر طیفی از ریسک فاکتورها، مانند: عوامل استرس‌زای پیش از تولد، عوامل استرس‌زای روانی و اجتماعی، سابقه افسردگی، تحصیلات پایین، درآمد کمتر از حد مطلوب، بارداریهای ناخواسته و یا بدون برنامه، زندگی والدین بطور جداگانه<sup>(۱۵، ۸، ۱۰، ۶)</sup>، و جنسیت نوزاد<sup>(۱۶، ۱۷)</sup> تأکید دارند. یکی از عواملی که در بروز افسردگی پس از زایمان نقش عمده‌ای دارد، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی عبارتست از کسب اطلاعات، کمک‌های مادی، طرح یا توصیه بهداشتی، حمایت عاطفی از سوی دیگرانی که فرد به آنها علاقمند است و یا ارزشمند تلقی می‌شوند و بخشی از شبکه اجتماعی فرد به‌شمار می‌روند، مانند همسر، بستگان، دوستان و نیز تماس با نهادهای مذهبی<sup>(۱۸)</sup>. حمایت اجتماعی، شکل‌های متعددی دارد: حمایت ارزیابی: کمک به فرد به‌منظور فهم و مقابله بهتر رویداد استرس‌زا؛ حمایت مادی: کمک مالی یا کالایی؛ حمایت اطلاعاتی: اطلاعاتی که در زمینه رویداد استرس‌زا به فرد داده می‌شود؛ و حمایت هیجانی: اطمینان بخشی و یا دلگرمی دادن به فرد در شرایط استرس‌زا.

پژوهش‌های پیشین نشان دادند که فقدان حمایت اجتماعی، یک ریسک فاکتور مهم برای افسردگی پس از زایمان است در حالیکه پیوندهای اجتماعی قوی، بعنوان یک حفاظ یا حائل در مقابل افسردگی در طول دوره بارداری و پس از زایمان عمل می‌کنند<sup>(۱۹)</sup>. در یک مطالعه بر روی ۵۰ مادر جوان، Panzarine و همکاران<sup>(۲۰)</sup>، فراوانی حمایت اجتماعی، مادی، شناختی و اجتماعی که مادران جوان از سوی دیگران در محیط اجتماعی شان دریافت می‌کردند را ثبت کردند. آنها دریافتند که برخی از ابعاد حمایت اجتماعی بطور معناداری با علائم افسردگی در رابطه بودند. مادران جوانی که بر روی پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory) (BDI)، نمرات بالایی گرفته

بودند، بیشتر از مادران با نمرات پایین، از حمایت اجتماعی محروم بودند. در مطالعه Barnett و دیگران<sup>(۳۱)</sup>، رابطه میان حمایت اجتماعی و علائم افسردگی در نمونه‌ای مرکب از ۱۲۵ مادر مورد بررسی قرار گرفت. مشارکت‌کنندگان فهرست مصاحبه حمایت اجتماعی آریزونا باررا (Barrera's Arizona Social Support Interview Schedule) را در چند مرحله تکمیل کردند: سه ماهه سوم بارداری؛ ۲ هفته بعد از زایمان؛ ۲ ماه بعد از زایمان؛ و ۴ ماه بعد از زایمان. آنها نشان دادند مادرانی که حمایت هیجانی یا مادی را از مادر خود و یا از پدر نوزاد دریافت کرده بودند، به احتمال کمتری علائم افسردگی را در هر یک از چهار فاز مطالعاتی تجربه کردند.

در مطالعه Hudson و همکاران<sup>(۱۱)</sup>، همبستگی منفی بین نمرات افسردگی مادران در ۳ ماه پس از زایمان و حمایت اجتماعی نشان داده شد. Logsdon و همکاران<sup>(۳۲)</sup>، با مطالعه بر روی ۱۰۹ نفر از مادران در ۶ هفته پس از زایمان نتیجه گرفتند که حمایت اجتماعی، تأثیر مستقیم بر نشانه‌شناسی افسردگی دارد. و سرانجام، Reid و Meadows-Oliver<sup>(۳۳)</sup> در مطالعه خود دریافتند که حمایت اجتماعی پایین با افزایش نرخهای علائم افسردگی در مادران، در سال نخست پس از زایمان در رابطه است.

پژوهش‌های پیشین در ایران، بر طیفی از عوامل خطرهای افسردگی پس از زایمان، شامل: اختلال دوقطبی<sup>(۱۴)</sup>؛ رویدادهای فشارزای زندگی، حمایت خانوادگی، وضعیت سلامت کودک، احساس توانایی مراقبت از کودک، وجود بیماری در زایمان<sup>(۱۳)</sup>؛ رضایت از زندگی با خانواده همسر، حوادث ناگوار زندگی، سابقه بیماری روانی در خانواده، حاملگی ناخواسته، تمایل به سقط جنین، رضایت مادر از جنس نوزاد، و نوع ارتباط با همسر<sup>(۱۲)</sup> تأکید داشتند. در این میان، پژوهش‌های اندکی درباره نقش حمایت اجتماعی ادراک شده مادر در زمان زایمان و پس از آن، به‌عنوان یک عامل خطر افسردگی پس از زایمان انجام شده است. با توجه

به تأثیر منفی که افسردگی مادر بر عملکرد رشدی و رفتاری کلی نوزاد و نیز سلامت خود مادر می‌گذارد، و نظر به فقدان پژوهش درباره رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط مادر و بروز اختلال افسردگی پس از زایمان در مادران ایرانی، پژوهش حاضر با هدف تبیین رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک شده و بروز افسردگی پس از زایمان انجام شده است. فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از اینکه: بین کاهش حمایت اجتماعی ادراک شده مادر پس از زایمان بطور کلی، و نیز مولفه‌های حمایت از سوی خانواده، حمایت از سوی دیگران مهم، و حمایت از سوی دوستان با خطر بروز اختلال افسردگی پس از زایمان رابطه وجود دارد.

### روش بررسی

پژوهش حاضر در قالب یک طرح پیمایشی و بصورت مقطعی و در خرداد ماه ۱۳۸۸ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل همه مادرانی بود که جهت انجام معاینه و دریافت مراقبت‌های پس از زایمان به دو مرکز بهداشتی و درمانی شهید اکبری و شهید مطهری شهر یزد مراجعه کرده بودند. ۱۴۰ نفر از مادران، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، با توجه به زمان بروز افسردگی پس از زایمان (DSM IV-TR)، سپری شدن دست کم ۵ هفته از زایمان آنها بوده است. دستیابی به این پاسخگویان، با اجازه کتبی مسئولین درمانگاه‌ها و رضایت مادران مراجعه‌کننده صورت گرفت. برای گردآوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

پرسشنامه اول، به حمایت اجتماعی ادراک شده مربوط می‌شد. برای سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده، از مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (Adolescent (AFCS) Family Caring Scale)<sup>(۲۴)</sup> استفاده گردید. این مقیاس، مرکب از ۱۲ گویه است که سه مولفه: حمایت ادراک شده از سوی خانواده (۴ گویه)، حمایت ادراک شده

از سوی دیگران مهم (۴ گویه)، و حمایت ادراک شده از سوی دوستان (۴ گویه) را سنجش می‌کند. همه گویه‌های این مقیاس، بر اساس یک طیف ۵ درجه ای (بسیار موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف و بسیار مخالف) درجه‌بندی شدند.

دامنه نمرات این مقیاس، ۱۲ الی ۶۰ بوده است. سازندگان مقیاس، برای ارزیابی اعتبار ممیز خرده مقیاسهای حمایت اجتماعی، از مقیاس مراقبت خانوادگی نوجوانان (AFCS) (۲۵) استفاده کردند. آنها همبستگی میان مولفه های حمایت خانوادگی، حمایت از سوی دیگران مهم و حمایت دوستان را به مقیاس مراقبت خانوادگی نوجوانان، به ترتیب، برابر با  $(r = 0/76, p < 0/001)$ ؛  $(r = 0/33, p < 0/001)$ ؛ و  $(r = 0/48, p < 0/001)$  محاسبه کردند. آنها، هماهنگی درونی ماده‌های مقیاس حمایت اجتماعی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، بترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۹، و ۰/۹۱ محاسبه کردند.

در مطالعه حاضر، نخست این مقیاس، ضمن کسب مجوز از طراح ابزار، توسط محقق به فارسی برگردانده شد. برگردان فارسی این مقیاس، سپس از سوی چندین تن از متخصصان روانشناسی مورد تأیید قرار گرفت. برای هنجاریابی این مقیاس، از تحلیل مولفه های اصلی بر روی ۱۲ گویه استفاده شد. در این تحلیل، از روش چرخش واریماکس استفاده شده و معیار انتخاب، مقادیر ویژه بالاتر از ۱ بود. مقدار KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) برابر با ۰/۷۰۱ بوده که نشانگر متناسب بودن حجم نمونه برای اجرای تحلیل مولفه‌های اصلی بود و آزمون بارتلت نیز با مقدار  $(p < 0/001)$ ؛  $(\chi^2 = 2786/655)$  نشانگر درست بودن تفکیک عامل‌ها بود. با استفاده از این تحلیل، ۳ عامل شناخته شدند که عبارت بودند از: حمایت از سوی دوستان، حمایت از سوی دیگران مهم و حمایت خانواده. نتایج نشان داد که عامل اول، ۳۴/۶۶ درصد، عامل دوم، ۶۰/۲۰ درصد و عامل سوم، ۱۲/۱ درصد

از واریانس حمایت اجتماعی ادراک شده را تبیین کردند. ضرایب هماهنگی درونی مقیاس، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۷ محاسبه گردیدند که در دامنه خوبی قرار داشتند.

پرسشنامه دوم، به افسردگی پس از زایمان مربوط می‌شد. برای سنجش افسردگی پس از زایمان، از پرسشنامه افسردگی Beck (BDI) استفاده شد. این پرسشنامه، مرکب از ۲۱ سؤال چهار گزینه‌ای است که به هر سؤال از صفر تا ۳ امتیاز اختصاص می‌یابد. خط برش این پرسشنامه، به این صورت ارائه شده است: نمره کمتر از ۴: ارائه تصویر خوب و نرمال از فرد؛ ۵ الی ۹، فقدان افسردگی یا کمترین حد افسردگی؛ ۱۰ الی ۱۸، افسردگی خفیف؛ ۱۹ الی ۲۹، افسردگی متوسط؛ و ۳۰ الی ۶۴، افسردگی شدید. این پرسش نامه در بررسی‌های متعددی در ایران تحت ارزیابی روایی و پایایی قرار گرفته است و این پرسشنامه، در بررسی‌های مختلف در ایران (۲۹-۲۶) مورد استفاده قرار گرفته است و پایایی و اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه حاضر، ضریب همسانی درونی ماده های پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۸۴ محاسبه گردید که در سطح خوبی قرار داشت. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. ابتدا بمنظور تعیین اعتبار ساختار عاملی مقیاس حمایت اجتماعی، از روش تحلیل مولفه‌های اصلی استفاده شد. برای سنجش همبستگی بین ابعاد حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان، از روش همبستگی مرتبه صفر پیرسون استفاده گردید. از رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی، بمنظور سهم هر یک از متغیرهای منتخب وارد شده در مدل، در تبیین واریانس متغیر تحت مطالعه افسردگی پس از زایمان استفاده شد.

### یافته‌ها

۱۴۰ تعداد نفر از مادرانی که دست کم پنج هفته از زایمان آنها سپری شده بود مورد مطالعه قرار گرفتند (جدول ۱). میانگین

برای آزمون فرضیه‌های تحقیق، از آزمون همبستگی مرتبه صفر پیرسون استفاده گردید. در ارتباط با رابطه بین کاهش حمایت اجتماعی ادراک شده مادر پس از زایمان بطور کلی و خطر بروز اختلال افسردگی پس از زایمان همبستگی منفی (معکوسی) ( $r = -0.385, p < 0.001$ ) وجود داشت (جدول ۲). همچنین، همبستگی منفی و معکوسی میان حمایت ادراک شده از سوی خانواده ( $r = -0.314, p < 0.001$ )؛ حمایت ادراک شده از سوی دیگران مهم ( $r = -0.347, p < 0.001$ )؛ و حمایت ادراک شده از سوی دوستان ( $r = -0.181, p < 0.05$ ) وجود داشت.

سنی مادران، برابر با ۲۷/۴ سال و انحراف معیار ۸/۲۸ بود. از نظر تحصیلی، ۱/۴ درصد از پاسخگویان، دارای تحصیلات ابتدایی؛ ۵۱/۴ درصد از پاسخگویان، از سطح تحصیلات راهنمایی و متوسطه، و ۴۷/۲ درصد آنها، از تحصیلات عالی برخوردار بودند. ۶۰/۷ درصد از مادران، دارای نوزاد دختر و ۳۹/۳ درصد نیز دارای نوزاد پسر بودند. همچنین، ۱۲/۸ درصد از مادران اعلام کردند که پیش از زایمان، سابقه افسردگی داشتند و ۸۷/۱ درصد نیز گزارش کردند که فاقد سابقه افسردگی بودند.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های اجتماعی - جمعیت شناختی و بالینی مادران

متغیرها	
۳. میانگین و انحراف معیار	۲۷/۴ ± ۸/۲۸ (سال)
تحصیلات	ابتدایی ۲ (۱/۴٪)
	راهنمایی و متوسطه ۷۲ (۵۱/۴٪)
	عالی ۶۶ (۴۷/۲٪)
سابقه افسردگی	بلی ۱۸ (۱۲/۹٪)
	خیر ۱۲۲ (۸۷/۱٪)
جنسیت نوزاد	دختر ۸۵ (۶۰/۷٪)
	پسر ۵۵ (۳۹/۳٪)

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی بین افسردگی پس از زایمان، حمایت اجتماعی ادراک شده و مولفه‌های آن

۵	۴	۳	۲	۱	
				۱/۰۰۰	افسردگی پس از زایمان
			۱/۰۰۰	***-۰/۳۸۵	حمایت اجتماعی ادراک شده کلی
		۱/۰۰۰	***۰/۳۸۳	*-۰/۱۸۱	حمایت ادراک شده از سوی دوستان
	۱/۰۰۰	*۰/۱۸۵	***۰/۳۵۳	***-۰/۳۴۷	حمایت ادراک شده از سوی دیگران مهم
۱/۰۰۰	***۰/۳۷۸	**۰/۲۱۶	***۰/۵۴۲	***-۰/۳۱۴	حمایت ادراک شده از سوی خانواده

\*P&lt;۰/۰۵; \*\*P&lt;۰/۰۱; \*\*\*P&lt;۰/۰۰۱

به منظور تعیین سهم هر یک از متغیرهای اجتماعی - جمعیتی شناختی و مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده در تبیین واریانس افسردگی پس از زایمان، تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی انجام شد. نتایج نشان داد که متغیرهای دسته اول (اجتماعی - جمعیت شناختی) که در مرحله اول وارد مدل شدند، با مقدار ( $R^2 \text{ Adj.} = 0/056, p < 0/01, F = 5/142$ )، 5/6 درصد از واریانس افسردگی پس از زایمان را تبیین کردند. از میان متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی، متغیر جنسیت نوزاد ( $\beta = -0/231, p < 0/01$ ) از توان نسبتاً خوبی برای پیش بینی افسردگی پس از زایمان داشت. در مرحله دوم، مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده وارد مدل

شدند. این مؤلفه‌ها، با مقدار ( $R^2 \text{ Adj.} = 0/126, p < 0/01, F = 7/026$ )، 12/6 درصد از واریانس افسردگی پس از زایمان را در مادران تبیین کردند. از میان این مؤلفه‌ها، دو مؤلفه حمایت ادراک شده از سوی دیگران مهم ( $\beta = -0/178, p < 0/05$ )، پیش‌بین‌های نسبتاً خوبی برای افسردگی پس از زایمان بودند. در مجموع، مدل توانسته 16/6 درصد از واریانس افسردگی پس از زایمان را تبیین نماید. نتایج تحلیل واریانس یکراره ( $F = 6/544, p < 0/001$ ) نیز نشان داد که مدل رگرسیون معنادار است (جدول 3).  
محل درج جدول شماره 3

جدول شماره 3: رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه افسردگی پس از زایمان

مرحله	متغیر	$\beta$	P-value	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$ تنظیم شده	P-value
1	اجتماعی - جمعیت شناختی					
	سن	0/149	0/073			
	جنسیت نوزاد	-0/231	**0/006	0/07	0/056	**0/007
2	حمایت اجتماعی					
	1. حمایت از سوی دوستان	-0/064	0/438			
	2. حمایت از سوی دیگران مهم	-0/219	*0/019			
	3. حمایت از سوی خانواده	-0/178	*0/049	0/196	0/126	**0/000

\* $p < 0/05$ ; \*\* $p < 0/01$

Total  $R^2 = 0/196$ , Adj.  $R^2 = 0/166$ ,  $F_{(5,245)} = 6/544$ ,  $p < 0/001$

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و بروز افسردگی پس از زایمان انجام شد. پژوهش‌های پیشین، به گونه‌ای متناقض، بر نقش نارسایی در دریافت حمایت اجتماعی بعنوان یک عوامل خطر برای اختلال افسردگی پس از زایمان معرفی تأکید داشتند<sup>(۲۲،۱۱،۱۷،۶)</sup>. نتایج مطالعه حاضر، همبستگی منفی معناداری را میان میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی مادران و بروز افسردگی پس از زایمان در آنها را نشان داد. مادرانی که نمره حمایت اجتماعی کلی ادراک شده بالاتری کسب کرده بودند، کمتر از دیگران، علائم افسردگی پس از زایمان را نشان می‌دادند. افزون بر این، همبستگی منفی معناداری بین مولفه‌های سازه حمایت اجتماعی ادراک شده، یعنی: حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دوستان، دیگران مهم و خانواده با بروز اختلال افسردگی پس از زایمان وجود داشت. مادرانی که حمایت اجتماعی بالاتری از سوی دوستان، خانواده و دیگران مهم ادراک می‌کردند، افسردگی پس از زایمان کمتری تجربه کرده بودند. این نتایج، با یافته‌های اکثر مطالعات پیشین، از جمله یافته‌های Beck<sup>(۱۹)</sup>، Panzarine, Slater و Sharps<sup>(۲۰)</sup>، Barnet و دیگران<sup>(۲۱)</sup>، Hudson و دیگران<sup>(۱۱)</sup>، Logsdon و دیگران<sup>(۲۲)</sup>، Reid و Meadows-Oliver<sup>(۲۳)</sup> همخوانی دارد. این پژوهش‌ها نیز نشان داده بودند که فقدان حمایت اجتماعی، تأثیر مستقیم بر نشانه‌شناسی افسردگی در زنان پس از زایمان دارد. پژوهش‌هایی که با استفاده از پرسشنامه افسردگی Beck (BDI) انجام شدند نشان دادند که مادرانی که نمرات بالایی بر روی این مقیاس کسب کرده بودند، بیشتر از مادران با نمرات پایین در مقیاس افسردگی بک، از حمایت اجتماعی محروم بودند<sup>(۲۰)</sup>.

تبیین مکانیسم‌هایی که حمایت اجتماعی را به بروز افسردگی مرتبط می‌سازد، پیچیده است. محققان، طیفی از

مسیرهایی را مشخص ساخته‌اند که بر اساس آن، فقدان حمایت اجتماعی ادراک شده، منجر به افسردگی می‌گردد. برخی از محققان، برای مثال، Beck<sup>(۱۹)</sup> معتقدند که دریافت حمایت اجتماعی و نیز پیوندهای نیرومند اجتماعی که منجر به افزایش حمایت اجتماعی می‌گردد، به‌عنوان یک حفاظ یا حائل در مقابل افسردگی در طول بارداری و نیز پس از زایمان عمل می‌کند. مسیر دیگری که از طریق آن، حمایت اجتماعی بر افسردگی تأثیر می‌گذارد، عزت نفس است. برای مثال، Reid و Meadows-Oliver<sup>(۲۳)</sup> معتقدند که شرایط استرس‌زا نظیر بارداری و زایمان، ممکن است منجر به کاهش عزت نفس مادران گردد. کاهش عزت نفس و نیز اتکا به خود، به نوبه خود منجر به بروز افسردگی و یا وخیم‌تر شدن افسردگی می‌گردد. برخی از تبیین‌ها، معتقدند که حمایت اجتماعی، عامل تعدیل‌کننده عوامل استرس‌زا در زندگی روزمره، از جمله بارداری و زایمان است<sup>(۳۰)</sup>. محققان، در این زمینه، دو تبیین ارائه کردند. یک فرضیه معتقد است که حمایت اجتماعی بطور کلی هم در شرایط غیراسترس‌زا و هم در شرایط بسیار استرس‌زا مفید است. این فرضیه، به فرضیه اثرات مستقیم (Direct effect hypothesis) مشهور است. فرضیه دیگر، به فرضیه سپر یا حائل (Buffering Hypothesis) مشهور است. این فرضیه معتقد است که منافع سلامت روانی حاصل از حمایت اجتماعی، اساساً در شرایط بسیار استرس‌زا آشکار می‌شود<sup>(۱۸، ۳۱)</sup>. بر اساس این فرضیه، آنچه که حمایت اجتماعی انجام می‌دهد این است که به‌عنوان ذخیره و منبعی عمل می‌کند که اثرات استرس را کند می‌سازد یا فرد را قادر می‌کند تا به گونه موثرتری با شرایط استرس‌زا، نظیر زایمان مقابله کند. بنابراین، حمایت اجتماعی عامل حمایتی است که به مادران کمک می‌کند تا با رویداد استرس‌زا مقابله نمایند.

تبیین دیگر، به تأثیر حمایت اجتماعی مادران در دستیابی به منابع و آگاهی آنها از منابع و تمایل به جستجوی آنها تأکید

از نام خانوادگی پدر گرفته می‌شود، لذا والدین ایرانی، فرزند پسر را ادامه تبار خانوادگی خود تلقی می‌کنند. در هر صورت، ترجیح دادن نوزاد پسر بر دختر، یک عوامل خطر مهم افسردگی پس از زایمان و یا در طول بارداری در میان مادران ایرانی است.

مطالعه حاضر، محدودیت‌هایی نیز داشته است. اندازه نمونه در این مطالعه، نسبتاً کوچک بوده است. لذا به محققان بعدی پیشنهاد می‌گردد که برای تأیید دقیقتر رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان، مطالعه خود را بر روی جمعیت‌های بزرگتری از مادران انجام دهند. همچنین، مطالعه حاضر، به شیوه مقطعی، و بر روی مادرانی که پنج هفته از زایمان‌شان سپری شده بود انجام شد. در این میان، خلاء مطالعه تأثیر رابطه حمایت اجتماعی در فازهای پیش از زایمان (دوره بارداری) و تا یک سال بعد از زایمان احساس می‌شود. لذا پیشنهاد می‌گردد تا مطالعات بعدی، بصورت طولی و یا کوهورت انجام شوند. و سرانجام، ابزار جمع‌آوری داده‌ها، از محدودیت‌های دیگر پژوهش بود. در این مطالعه، ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس خودسنج حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه افسردگی بک (BDI) بوده است. با توجه به اینکه استفاده از ابزارهای خودسنج، ممکن است تحت تأثیر علائق افراد قرار گیرد<sup>(۳۳)</sup>، لذا به محققان آینده پیشنهاد می‌شود که برای سنجش متغیرهای خصومت و خشم، از مقیاس‌های خودسنج همراه با مقیاس‌های غیرمستقیم‌تر که نسبت به این اثرات کمتر آسیب‌پذیرند استفاده نمایند.

فقدان حمایت اجتماعی، از جمله عوامل خطرهای مهم اختلال افسردگی پس از زایمان است. همبستگی معکوسی بین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی مادران و بروز افسردگی پس از زایمان وجود داشت. هر چقدر حمایت اجتماعی ادراک شده مادران از سوی خانواده، دیگران مهم و دوستان، بالاتر بود به همان اندازه احتمال بروز افسردگی پیس از زایمان کاهش می‌یافت. از سوی

دارد. این تبیین اعتقاد دارد که ادراک مادران از حمایت اجتماعی که دریافت می‌کنند، بر رضایت آنها از حمایت تأثیر می‌گذارد. برای مثال، Logsdon و دیگران<sup>(۳۲)</sup> نشان داده‌اند که تا چه اندازه ممکن است حمایت اجتماعی منجر به احساس ضعف مادری در مادران گردد. مادرانی که حمایت اجتماعی پایینی ادراک می‌کنند ممکن است احساس انزوا و در خودفرورفتگی کنند. این امر ممکن است احساس تنهایی را شدت بخشیده و در افزایش علائم افسردگی نقش بسزایی داشته باشد.

و سرانجام، آخرین تبیین می‌گوید که مادران افسرده، کمتر از مادران غیرافسرده حمایت اجتماعی را جستجو می‌کنند زیرا افسردگی ممکن است شناخت مادران را نسبت به اینکه به حمایت اجتماعی نیاز دارند کاهش دهد<sup>(۳۰)</sup>. حتی اگر مادران افسرده تشخیص هم بدهند که به حمایت اجتماعی نیاز دارند، افسردگی باعث می‌شود که توانایی آنها در بسیج حمایت‌های لازم، کاهش یابد.

یکی دیگر از نتایج این پژوهش، تأثیر جنسیت نوزاد بر بروز افسردگی پس از زایمان بود. چنانکه ضریب بتای جنسیت نوزاد در جدول ۳ نشان می‌دهد، جنسیت نوزاد، پیش بین نسبتاً قوی در بروز افسردگی پس از زایمان در زنان ایرانی است. احتمال بروز افسردگی پس از زایمان در مادرانی که نوزاد دختر به دنیا آورده بودند، بیشتر از مادرانی بود که نوزاد پسر به دنیا آوردند. این یافته، با نتایج پژوهش خدادادی، محمودی و میرحق جو<sup>(۱۲)</sup> و نیز با پژوهش‌های انجام شده در چین<sup>(۳۲، ۱۶)</sup>، هند<sup>(۱۷)</sup>، همخوانی دارد. ترجیح دادن پسر بر دختر در فرهنگ ایرانی، بویژه فرهنگ سنتی، ممکن است یک دلیل احتمالی باشد. تبیین‌های متعددی درباره این مساله وجود دارد. بدلیل فقدان سیستم تأمین اجتماعی مطلوب در ایران، والدین در زمان سالخوردگی بر حمایت اقتصادی پسران خود تکیه می‌کنند. تبیین دیگر، به موضوع تبار و نام خانوادگی بر می‌گردد. از آنجا که خانواده‌ها در فرهنگ ایرانی، پدر تبار هستند و نام خانوادگی بچه‌ها



فرهنگی در جهت تعدیل روحیه مردسالاری با هدف کاهش بروز افسردگی پس از زایمان صورت گیرد.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله، محقق بر خود لازم می‌داند تا از همکاری کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی شهید اکبری و شهید مطهری شهر یزد که در جمع‌آوری داده‌های این مقاله کمک شایانی کردند، و نیز از سرکار خانم فاطمه مسعودنیا به خاطر نظرات سازنده ایشان صمیمانه تشکر کند.

دیگر میزان افسردگی پس از زایمان در مادرانی که نوزاد دختر به دنیا آورده بودند بیشتر از مادرانی بود که نوزاد پسر به دنیا آوردند. به بیان دیگر، ترجیح دادن نوزاد پسر بر دختر، یک عامل خطر مهم افسردگی پس از زایمان و یا در طول بارداری در میان مادران ایرانی است. بنابراین، با توجه به تأثیر منفی افسردگی بر سلامت مادران و کودکان و نیز تأثیر منفی آن بر رابطه مادر - فرزند، لازم است مداخله‌های رفتاری و اجتماعی در جهت آموزش و تشویق خانواده‌ها، دیگران مهم و دوستان یا شبکه‌های خویشاوندی به منظور ارائه حمایت اجتماعی مطلوب به مادران، و نیز مداخله‌های

### فهرست منابع

- 1- Geller PA. Pregnancy as a stressful life event. *CNS Spectr* 2004; 9 (3): 188-197.
- 2- Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*. 2004 Jan 24; 363(9405):303-10.
- 3- American Psychiatric Association. Practice guidelines for major depressive disorder in adults. *Am J Psychiatr* 2000; 157(1): S1-S39.
- 4- Stuchbery M, Matthey S, Barnett B. Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 Oct; 33(10):483-90.
- 5- Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res*. 2000 Sep-Oct; 49(5):272-82.
- 6- Glasser S, Barell V, Boyko V, Ziv A, Lusky A, Shoham A, et al. Postpartum depression in an Israeli cohort: demographic, psychosocial and medical risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000 Jun; 21(2):99-108.
- 7- O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression a met analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37-54.
- 8- 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; 65:680-684.
- 9- Yang CI. Postpartum Depression: First-time Mothers' Role Development and Psychological Adoption. 2005; Available at: [http:// www.webhospital.org.tw/essay/essay.html](http://www.webhospital.org.tw/essay/essay.html).
- 10- Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Nov;110(5):338-46.
- 11 Hudson DB, Elek SM, Campbell-Grossman C. Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence*. 2000 Autumn;35(139):445-53.
- 12- Khodadadian N, Mahmoudi H, Mir Haghjou SN. [Postpartum depression relationship with some psychosocial effects in mothers]. *JAUMS*. 2008;8(2 (28)):142-148.Persian
- 13- Azimi Lolati H, Danesh MM, Hosseini SH, Khalilian A, Zarghami M. [Postpartum depression in clients at health care centers in Sari]. *Iranian J Psy Clin Psych*. 2005; 11(1): 31-42.Persian

- 14- Barekatin M, Tavakkoli M, Kheirabadi G, Maracy MR. [The relationship between life-time prevalence of bipolar spectrum disorders and incidence of postnatal depression]. *Iranian J Pschiatr Clin Psychol*. 2009; 15(2): 183-192.Persian
- 15- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychol* 2004; 289-295.
- 16 Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Fetal sex, social support, and postpartum depression. *Can J Psychiatry*. 2009 Nov;54(11):750-6.
- 17 Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*. 2002 Jan;159(1):43-7.
- 18- Taylor SE. Health psychology 4<sup>th</sup> ed. New York: MacGraw-Hill, 1999.
- 19- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85.
- 20- Panzarine Panzarine S, Slater E, Sharps P. Coping, social support, and depressive symptoms in adolescent mothers. *J Adolesc Health*. 1995 Aug;17(2):113-9.
- 21- Barnet B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996 Jan;150(1):64-9.
- 22- don MC, Birkimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005 Jan-Feb;34(1):46-54.
- 23- Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *J Pediatr Health Care*. 2007 Sep-Oct;21(5):289-98.
- 24- Canty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *Am J Community Psychol*. 2000 Jun;28(3):391-400.
- 25- Canty-Mitchell JL. Development and testing of the Adolescent Family Caring Scale. *J Transcultural Nurs* 2000; 8(1): 3-12.
- 26- Talaei A, Asnaashari AMH, Moharreri F, Ardani AR, Mirshojaeian M. Depression in unstable angina inpatients in Iran: a case-control study. *Fundament Ment Health* 2009; 10(4): 301-304.
- 27- Dabson KS, Mohammadkhani P. Psychometric characteristics of Beck depression inventory – II in patients with major depressive disorder. *J Rehab* 2007; 8(2): 80-86.
- 28- Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck depression inventory 2<sup>nd</sup> ed. BDI-II-Persian. *Depress Anxiety* 2005; 21(4): 185-92.
- 29- Tashakkori A, Barefoot B, Mehryar AH. What does the Beck depression inventory measure in college students? *J Clin Psychol* 1998; 45(4): 595-602.
- 30- Mercer RT, Ferketich SL. Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy. *Adv Nurs Sci* 1998; 10(2): 26-39.
- 31- Chen CM, Kuo SF, Chou YH, Chen HC. Postpartum Taiwanese women: their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles. *J Clin Nurs* 2007; 16(8): 1550-1560.
- 32- Chen CH, Wang SY. Psychosocial health of Taiwanese postnatal husbands and wives. *J Psychosom Research* 2006; 60(3): 303-307.
- 33- Farnham SD, Greenwald AG, Banaji MR. Implicit self-esteem. In: D. Abrams, and M.A. Hogg, (eds.) Social identity and social cognition. Bodmin: M.P.G. Books. 1999.

## **Relationship between Perceived Social Support and Risk of Postpartum Depression Disorder**

\*Masoudnia E. PhD<sup>1</sup>

### **Abstract**

**Background & Aim:** Postpartum depression (PPD) has negative effects on developmental and behavioral functions of newborn, mother-child relationship and mother's health. The etiology of postpartum depression is very complex. Social support is known as a risk factor for postpartum depression. Accordingly the aim of this study was to determine the relationship between social support and its components and incidence of postpartum depression.

**Material & Methods:** It was a cross-sectional study. The sample consisted of 140 mothers at least 5 weeks after their delivery. These mothers had been referred to Shahid Akbary and Shahid Motahhari hospitals in Yazd city to receive postpartum care. Data was collected by Perceived Social Support Scale (PSSS) and Beck Depression Inventory (BDI) and analyzed by SPSS-PC using principal components analysis, zero-rank Pearson correlation and hierarchical multiple regression.

**Results:** The results of the analysis suggest significant negative correlation between postpartum depression and total perceived social support ( $p < .001$ ), family support ( $p < .001$ ), significant others' support ( $p < .001$ ), and friend support ( $p < .05$ ). Hierarchical multiple regression analysis showed that the socio-demographic variables (Fetus age & sex) in the first model and social component in the second model explained %5.6, %12.6 of the variance of postpartum depression respectively.

**Conclusion:** Lack or insufficiency of social support in postpartum phase can be seen as a strong risk factor for postpartum depression. To prevent negative outcomes of postpartum depressions, encouragement of families, family networks, significant others and friends to support women in their antenatal and postpartum phase is recommended.

**Key words:** Postpartum depression - Social support - Family support - significant others' support - friend support

Received: 16 Mar 2011

Accepted: 18 Jun 2011

---

<sup>1</sup> Assistant professor, Faculty of Social Sciences Yazd University, Yazd, Iran. (\*Corresponding author)  
Tel: +98-0351-8200040 Email: masoudnia@yazduni.ac.ir