

# ارتباط رضایت زناشویی در دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان

فاطمه کیانی<sup>۱</sup>، طلعت خدیوزاده<sup>۲\*</sup>، دکتر محمد رضا سرگلزایی<sup>۳</sup>، حمیدرضا بهنام<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا، آستارا، ایران
۲. مربی گروه مامایی، دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. متخصص روانپزشکی، مشهد، ایران
۴. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۹/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۵/۷

## خلاصه

**مقدمه:** افسردگی پس از زایمان یک اختلال جدی است که آثار مخربی روی مادر و خانواده او دارد. پیشگیری مناسب، مستلزم شناسایی عوامل مستعد کننده این اختلال است. از آنجا که اطلاعات کمی در مورد فراوانی عوامل مرتبط با این اختلال در ایران در دسترس است، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط رضایت زناشویی در بارداری با افسردگی پس از زایمان انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر، یک مطالعه همبستگی طولی است که بر روی ۱۰۰ خانم باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشتی و دو پایگاه وابسته به آن در شهر آستارا در سال ۱۳۸۴ با سن بارداری بین ۳۷-۴۲ هفته، انجام شد. اطلاعات مربوط به رضایت زناشویی در طی بارداری با استفاده از پرسشنامه رضایت زناشویی و اطلاعات مربوط به افسردگی پس از زایمان با استفاده از ابزار افسردگی پس از زایمان ادینبورگ در روز ۱۵ و ۳۰ بعد از زایمان جمع آوری شد. اطلاعات به دست آمده با نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و با آزمون های آماری مجذور کای، من ویتنی، تی مستقل و مدل خطی عمومی تحلیل شد.

**یافته ها:** همبستگی معکوسی بین رضایت زناشویی و افسردگی در ماه آخر حاملگی پس از زایمان وجود داشت. میانگین نمره رضایت زناشویی در گروه افسرده و غیر افسرده تفاوت آماری معنی دار نشان داد. **نتیجه گیری:** رضایت زناشویی یک عامل مستعد کننده برای افسردگی پس از زایمان است. بررسی رضایت زناشویی و انجام مداخلات مناسب در دوران بارداری برای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان پیشنهاد می شود.

**کلمات کلیدی:** افسردگی پس از زایمان؛ رضایت زناشویی؛ بارداری

\* نویسنده مسؤول مکاتبات: طلعت خدیوزاده؛ مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ تلفن: ۰۹۱۵۳۱۵۲۴۵۵؛ پست الکترونیک: khadivzadeht@mums.ac.ir

## مقدمه

دوره پس از زایمان، زمانی است که زنان در معرض آسیب پذیری جسمانی و عاطفی قرار دارند (۴-۱). اختلالات روانی این دوران به سه دسته غم، افسردگی و روان پریشی پس از زایمان تقسیم می‌شوند (۶، ۵). غم پس از زایمان پیش درآمد افسردگی پس از زایمان است (۷). افسردگی پس از زایمان اگر چه شدت کمتری از روان‌پریشی دارد ولی پایدارتر و ناتوان کننده‌تر از غم پس از زایمان است (۶، ۵).

اختلال روحی روانی که در طی سه تا شش ماه اول پس از زایمان رخ می‌دهد به عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود (۵). شیوع این اختلال در مطالعات مختلف بین ده تا چهل درصد متفاوت گزارش شده است (۸). علائم افسردگی پس از زایمان شامل خلق افسرده، اختلال خواب، اضطراب، فقدان علاقه، احساس گناه، افکار خودکشی، یأس، نومیدی، بی‌اشتهایی، کاهش میل جنسی و تحریک پذیری است. افسردگی پس از زایمان، کیفیت ارتباط مادر و کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ارتباط ضعیف بین مادر و کودک به تکامل شناختی کودک آسیب می‌رساند (۱۰، ۹) و حتی ممکن است باعث کاهش واضحی در بهره هوشی کودک شود (۱۱). علاوه بر اثرات سوئی که در روابط مادر و کودک دیده می‌شود، ارتباط با همسر نیز مختل می‌شود و اغلب، همسران زنان افسرده نیز دچار افسردگی می‌شوند (۱۳، ۱۲). به منظور به حداقل رساندن تأثیرات سوء افسردگی پس از زایمان بر خانواده، پیشگیری و درمان به موقع آن ضروری به نظر می‌رسد.

پیشگیری مناسب مستلزم شناخت عوامل مستعد کننده مشکلات بهداشتی می‌باشد (۱۴، ۱۵). عوامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان را می‌توان به عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و عوامل هورمونی تقسیم نمود (۶). در مطالعه متاآنالیز انجام شده توسط بک، ۱۳ عامل پیشگویی کننده افسردگی پس از زایمان شامل سابقه افسردگی قبل از حاملگی، عزت نفس، استرس مراقبت از نوزاد، اضطراب والدین، استرس‌های زندگی، حاملگی برنامه‌ریزی نشده، حمایت اجتماعی، سابقه قبلی افسردگی، خلق و خوی نوزاد، غم

مادری، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، ارتباط زناشویی و وضعیت زناشویی هستند (۱۶). رضایت زناشویی یک فرایند است که در طول زندگی زوجین بوجود می‌آید. رضایت زناشویی شامل ۴ حیطه جاذبه (بدنی، جنسی)، تفاهم، طرز تلقی و سرمایه‌گذاری می‌باشد. رضایت از زندگی زناشویی بر روابط والدین و فرزندان اثر می‌گذارد. این ارتباط در سلامت فردی و روانی فرزندان، سلامت زوجین و سلامت خانواده تأثیر دارد. همسرانی که از کیفیت ارتباطی یا تفاهم خوبی برخوردارند از وضعیت تندرستی بهتری نیز بهره‌مند می‌باشند.

کیفیت زندگی مشترک زوجین، تحت تأثیر تولد فرزندان قرار می‌گیرد، زیرا از این پس علاوه بر تلاش جهت رسیدن به اهداف قبلی و تأمین آینده، فرزند نیز بطور جدی مد نظر قرار می‌گیرد. بنابراین همدلی، توجه و حمایت بیشتر همسر را جهت اطمینان بخشی به همسر در ارتباط با نگرانی‌هایی که دارد طلب می‌کند (۱۷). در مطالعه مامون و همکاران رضایت از زندگی زناشویی با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری داشت (۱۸). گوتلیب و همکاران در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، رضایت زناشویی پایین و فشار روانی بالاتری را گزارش کردند (۱۹). در حالی که در مطالعه آنتون و همکاران سازگاری زناشویی با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری نداشت (۲۰). آگاه بودن شاغلین بهداشتی در زمینه شناخت عوامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان نیاز به تحقیقات کافی در مورد عوامل مرتبط با این اختلال دارد تا با توجه به ساختار اجتماعی، فرهنگی و زیست-شناختی هر جامعه بتوان عوامل خطر را شناسایی نمود و اقدامات لازم را در جهت پیشگیری، مراقبت، درمان و پیگیری مادران انجام داد (۲۱، ۲۲، ۲۳).

با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان در مطالعات قبلی و اهمیت ارتقاء بهداشت روان زنان باردار و با توجه به عدم وجود مطالعه مشابه که رضایت زناشویی را در طی دوران بارداری و قبل از بروز علائم اندوه و افسردگی پس از زایمان بررسی نموده باشد و با توجه به اینکه بررسی رضایت زناشویی و اندوه و افسردگی پس از زایمان، به‌طور همزمان یا پس از بروز اندوه و افسردگی می‌تواند تحت تأثیر حالات روانی

منفی مادران مبتلا بدتر از وضعیت واقعی گزارش شود، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط رضایت زناشویی در دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه همبستگی و طولی است که در آن ۱۰۵ خانم باردار واجد شرایط با سن بارداری بین ۳۷-۴۲ هفته که از ۲۵ شهریور ماه الی ۲۵ دی ماه ۱۳۸۴ به مرکز بهداشتی درمانی شهید محمد زاده و پایگاه شهید مورخی و شهید آهنی شهر آستارا مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعه پایلوت و استفاده از فرمول حجم نمونه انجام شد. افراد مورد پژوهش را خانم‌های با سواد ۳۵-۱۸ ساله که بارداری آنها خواسته و یک قلو بود تشکیل می‌دادند. شرایط نمونه بدین شرح بود: مادر در حال حاضر با شوهرش زندگی کند و تنها همسر شوهرش باشد. سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های روحی روانی، مصرف داروهای مؤثر بر روان، مصرف دخانیات و مواد مخدر و نیز سابقه نازایی، مرده زایی، دو سقط یا بیشتر و حوادث استرس‌آور زندگی (شامل فوت اقوام درجه یک، طلاق، بیماری شدید اعضای خانواده، ورشکستگی مالی) در طی بارداری نداشته باشد. نوزاد سالم و وزن هنگام تولد وی بیشتر از دو کیلوگرم باشد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فرم مربوط به اطلاعات دموگرافیک (۱۰ سوال از جمله ملال قبل از قاعدگی که علایمی چون بی‌حالی، بی‌حوصلگی، ناراحتی و تمایل به گریه را دارد)، اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان (۱۲ سوال)، اطلاعات مربوط به رضایت زناشویی (۶ سوال از جمله موارد رضایت از معاشرت فرد با افراد خانواده همسر که بصورت کیفی با بلی و خیر ارزیابی شد) فرم رضایت زناشویی (۴۹ مورد)، مقیاس حمایت اجتماعی (۷ سوال کیفی)، مقیاس افسردگی بک (۲۱ مورد)، فرم مربوط به اطلاعات مادر و نوزاد در روز ۱۵ و ۳۰ پس از زایمان (۱۴ سوال) و مقیاس سنجش افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (۱۰ مورد) بود. نمره مقیاس ادینبورگ بین

صفر تا ۳۰ می‌باشد و کسب نمره ۱۲ و بیشتر به عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود (۵).  
روایی فرم انتخاب نمونه و فرم مربوط به مشخصات دموگرافیک و فرم مربوط به اطلاعات مادر و نوزاد، اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان و زندگی زناشویی به روش روایی محتوا انجام شد. روایی مقیاس افسردگی بک و حمایت اجتماعی در مطالعه کرکه‌آبادی (۲۴)، روایی پرسشنامه رضایت زناشویی در مطالعه جواد صالحی فدردی (۱۷) و روایی افسردگی ادینبورگ در مطالعه خدادوستان (۲۵) مورد تأیید قرار گرفته است.  
پایایی فرم انتخاب نمونه و فرم‌های مصاحبه در مطالعه مقدماتی با استفاده از روش آزمون مجدد با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ سنجیده شد که پایایی ابزار افسردگی ادینبورگ ( $\alpha=0/88$ )، حمایت اجتماعی ( $\alpha=0/88$ ) و رضایت زناشویی ( $\alpha=0/9$ ) به دست آمد.  
در این پژوهش از بین خانم‌های بارداری که ماه آخر بارداری را می‌گذراندند و تمایل به شرکت در تحقیق داشتند، افراد واجد شرایط برای شرکت در پژوهش انتخاب می‌شدند و در صورت داشتن شرایط نمونه پژوهش، پس از شرح اهمیت و اهداف پژوهش و شرح نحوه کار و اطمینان دادن از محرمانه بودن داده‌های مربوط به افراد و کسب رضایت آگاهانه، از آنان خواسته می‌شد ابزار سنجش افسردگی بک را مطالعه و تکمیل نمایند. در صورت کسب نمره بیشتر یا مساوی ۱۰ و تشخیص افسردگی (۲۴)، مادر باردار از مطالعه حذف می‌شد. در صورت کسب نمره کمتر از ۱۰، پرسش‌نامه رضایت زناشویی توسط مادر باردار تکمیل می‌شد. چون گزارش رضایت زناشویی تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد، بنابراین این پرسش‌نامه ۲ هفته بعد نیز مجدداً توسط مادر باردار تکمیل می‌شد و در صورت وجود همبستگی ۸۰ درصد بین پاسخ‌های مادر در دوبار اجرای پرسش‌نامه، مادر به مطالعه وارد می‌شد. سپس پرسشنامه مشخصات فردی و دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان و زندگی زناشویی و پرسشنامه حمایت اجتماعی به روش مصاحبه تکمیل می‌شد. این مادران در روزهای پانزدهم و سی‌ام پس از زایمان در مرکز بهداشتی یا پایگاه‌های مربوطه، مجدداً مورد بررسی قرار گرفتند. فرم مربوط به اطلاعات مادر

ونوزاد در روز پانزدهم پس از زایمان و مقیاس افسردگی ادینبورگ در روز پانزدهم و سی ام پس از زایمان توسط مادر تکمیل شد. در طی مطالعه، ۳ نفر به دلیل جدا شدن مادر و نوزاد به منظور فتوتراپی نوزاد و ۲ نفر به دلیل انتقال پرونده از مرکز و پایگاه‌های بهداشتی محل مطالعه از پژوهش حذف شدند و داده‌های مربوط به ۱۰۰ مادر مورد تحلیل قرار گرفت.

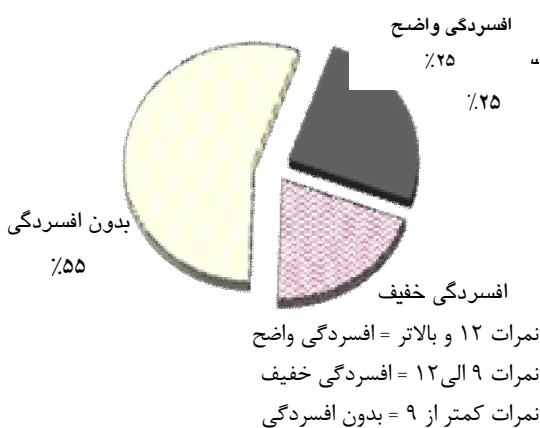
در تحلیل داده‌ها از آزمون مجذور کای جهت مقایسه متغیرهای کیفی و متغیرهای کمی دسته بندی شده، از تی مستقل جهت مقایسه داده‌های کمی دارای توزیع نرمال و از آزمون من‌ویتنی جهت مقایسه داده‌های دارای توزیع غیر نرمال بین دو گروه، از ضریب همبستگی اسپیرمن جهت بررسی ارتباط خطی بین داده‌های رتبه‌ای یا کمی با توزیع غیر نرمال و از مدل خطی عمومی جهت تفکیک اثرات چند متغیر بر متغیر وابسته افسردگی پس از زایمان استفاده شد. تحلیل‌ها با نرم افزار SPSS (نسخه ۱۱/۵) انجام شد. از جمله ملاحظات اخلاقی پژوهش این بود که در صورت تشخیص افسردگی دوران پس از زایمان در مادران مورد بررسی، پژوهشگر ضمن ارائه توضیحات و آموزش‌های لازم به مادر، به مامای مسئول واحد مراقبت‌های دوران بارداری گزارش می‌داد تا اقدامات لازم بعدی در مورد آن‌ها انجام شود.

## نتایج

در این مطالعه، ۷۳ درصد از واحدهای پژوهش در گروه سنی ۲۹ - ۲۰ سال قرار داشتند. میانگین سن در گروه مبتلا به افسردگی پس از زایمان  $4/96 \pm 26/68$  و در گروه بدون افسردگی پس از زایمان  $4/63 \pm 25/54$  بود. با استفاده از آزمون تی مستقل ارتباط معنی‌دار آماری بین سن مادر و افسردگی پس از زایمان در روز پانزدهم و سی‌ام وجود نداشت. همچنین با استفاده از آزمون مجذور کای، ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات و شغل مادر و وضعیت مسکن، میزان درآمد خانواده و شغل همسر، نخست‌زایی، ملال پیش از قاعدگی، نحوه دریافت مراقبت‌های دوران بارداری، احساس زوجین نسبت به بارداری، نگرانی از بهم خوردن تناسب اندام، افسردگی ناشی از مصرف قرص

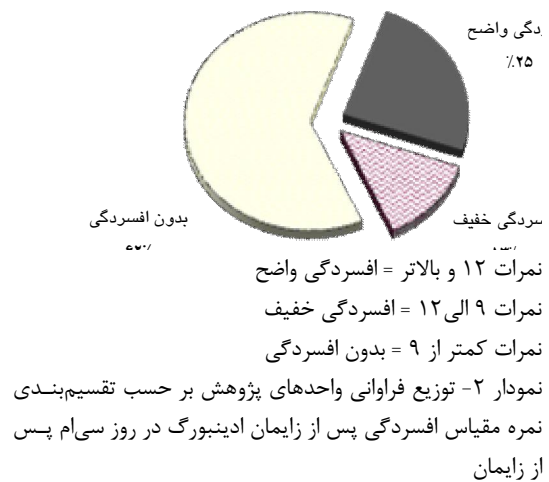
پیشگیری، اختلال خواب، تشابه با همسر از نظر اعتقادات مذهبی، نوع زایمان، جنس نوزاد، زایمان در شب، رضایت از عملکرد پرسنل (که بصورت کیفی از مادر با گزینه بلی و خیر ارزیابی شد)، کمک در انجام امور منزل و حمایت اجتماعی (ضعیف، متوسط، خوب) با افسردگی در روز پانزدهم و سی‌ام پس از زایمان مشاهده نشد.

ارتباط آماری معنی‌داری با افسردگی پس از زایمان در روز پانزدهم و سی ام و موارد زیر شامل: تحصیلات همسر، سابقه سقط، محل مراقبت‌های دوران بارداری، تشابه تفکر و علایق با همسر، رضایت مادر از جنس نوزاد و نوع تغذیه نوزاد مشاهده شد ( $p < 0/05$ ). میانگین نمره رضایت زناشویی زنان مورد بررسی در ماه آخر بارداری  $18/72 \pm 16/6$  بود. میانگین نمره افسردگی پس از زایمان در روز پانزدهم  $8/88 \pm 4/66$  بود. با در نظر گرفتن نمره ۱۲ و بالاتر به عنوان افسردگی واضح، حدود یک چهارم از زنان مورد بررسی در روز پانزدهم و روز سی ام پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان را تجربه نمودند (نمودار ۱).



نمودار ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب تقسیم‌بندی نمره مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ در روز پانزدهم پس از زایمان

بین رضایت زناشویی در ماه آخر بارداری با افسردگی پس از زایمان روز پانزدهم، همبستگی معکوس و معنی‌داری وجود داشت ( $r = -0/56, p < 0/001$ ).  
 بین رضایت زناشویی دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان روز سی‌ام، همبستگی معکوس و معنی‌داری وجود داشت ( $r = -0/50, p < 0/001$ ).  
 آزمون من ویتنی یو نشان می‌دهد بین رضایت زناشویی در دوران بارداری در زنان با و بدون افسردگی پس از زایمان در روز سی‌ام پس از زایمان اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد (جدول ۱).



جدول ۱- میانگین نمره رضایت زناشویی در دوران بارداری در گروه با و بدون افسردگی پس از زایمان در روز سی‌ام پس از زایمان

نتیجه آزمون من ویتنی	گروه			رضایت زناشویی
	افسردگی پس از زایمان	بدون افسردگی پس از زایمان	کل	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	متغیر
Z=۱/۲۱ p=۰/۰۰۰۱	۱۵۰/۳۶ ± ۲۲/۶۴	۱۷۲/۰۹ ± ۱۳/۴۵	۱۶۶/۶۰ ± ۱۸/۷۲	

زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. در مطالعه مامون و همکاران (۱۸) و بک (۱۶) نیز بین رضایت زناشویی با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. همچنین آگوب و همکاران گزارش کردند که افسردگی پس از زایمان با ارتباط زناشویی ضعیف رابطه دارد (۲۶)، در حالی که در مطالعه آنتون و همکاران ارتباط معنی‌داری بین رضایت از ازدواج و زندگی زناشویی و افسردگی پس از زایمان مشاهده نمی‌شود (۲۰). به نظر می‌رسد عدم همخوانی به تفاوت‌های فرهنگی، نژادی، مذهبی و نگرش جامعه مورد بررسی مربوط باشد. تفاوت‌های فرهنگی در نقاط مختلف به دلیل تفاوت در سبک زندگی می‌تواند بر میزان رضایتمندی از زندگی زناشویی تأثیر بگذارد. در این مطالعه میزان افسردگی بطور قابل توجهی بالا بود، به نحوی که حدود ۲۵ درصد زنان مورد بررسی در روزهای ۱۵ و ۳۰ پس از زایمان نمره بالاتر از ۱۲ را از تست افسردگی پس از زایمان ادینبورگ گرفتند. در مطالعه چن و همکاران این میزان ۴۰ درصد است. در حالی که در مطالعه ون تنگ و همکاران این میزان

نتایج آزمون مجذور کای نشان داد مادران افسرده و غیر افسرده در روز سی‌ام از لحاظ تحصیلات شوهر، سابقه سقط، محل دریافت مراقبتهای دوران بارداری، تشابه تفکر و علایق با همسر، رضایت مادر از جنس نوزاد و نوع تغذیه نوزاد تفاوت آماری معنی‌داری داشتند. برای حذف اثر این متغیرهای مخدوش کننده بر متغیر افسردگی پس از زایمان از آزمون مدل خطی عمومی استفاده شد. پس از حذف اثر متغیرهای تحصیلات همسر، سابقه سقط، محل مراقبت، تشابه تفکر و علایق با همسر، رضایت مادر از جنس نوزاد، نوع تغذیه نوزاد همچنان اختلاف آماری معنی‌داری از لحاظ میزان رضایت زناشویی بین مادران افسرده و غیر افسرده مشاهده شد.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین ارتباط رضایت زناشویی در دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان انجام شد و آزمون من ویتنی یو نشان داد که بین رضایت زناشویی در دوران بارداری با افسردگی پس از

بسیار کمتر و برابر ۱۰/۳ درصد است (۸). با توجه به نقش عوامل اجتماعی، فرهنگی و نژادی بر افسردگی پس از زایمان این میزان در مطالعات مختلف از اختلاف وسیعی برخوردار است.

در این مطالعه مادران افسرده و غیر افسرده، از لحاظ تحصیلات همسر، سابقه سقط، محل دریافت مراقبت-های دوران بارداری، تشابه تفکر و علایق با همسر، رضایت مادر از جنس نوزاد و نوع تغذیه نوزاد تفاوت آماری معنی داری داشتند.

در این پژوهش بین سطح تحصیلات همسر و افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. صدر و همکاران نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده-اند (۲۷). به نظر می‌رسد تحصیلات بالا می‌تواند شغل بهتر، درآمد بیشتر، افزایش آگاهی نسبت به نیازهای جسمی و روانی همسر و مساعدتر کردن محیط فرد را به دنبال داشته باشد که این عوامل می‌تواند عامل مؤثری برای مقابله با تنش باشد. در پژوهش حاضر شغل مادر در گروه مبتلا به افسردگی و بدون افسردگی تفاوت معنی داری نداشت. اگر چه افسردگی پس از زایمان در زنان خانه‌دار مختصری افزایش داشت. ایرفان و همکاران گزارش کرده‌اند زنانی که شاغل نیستند، در معرض خطر بالاتری برای افسردگی پس از زایمان قرار دارند (۲۸). به نظر می‌رسد عوامل مثبت اجتماعی و اقتصادی ناشی از اشتغال زنان باعث کاهش افسردگی پس از زایمان در مطالعه مذکور بوده است.

در این پژوهش ارتباط معنی داری بین سابقه سقط و افسردگی پس از زایمان وجود داشت. در مطالعه جوزفسون و همکاران نیز این ارتباط وجود دارد (۱۲). به نظر می‌رسد که مادرانی که سابقه سقط داشتند احساس شکست، ناامیدی و بی‌کفایتی بیشتری داشته‌اند.

در مطالعه حاضر بین تشابه تفکر و علایق با همسر و افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. در پژوهش مرکانت نیز این ارتباط وجود دارد (۲۹). به نظر می‌رسد همسرانی که از کیفیت ارتباطی و تفاهم خوبی برخوردارند، رفتارهای یکدیگر را به گونه-ای مثبت می‌پذیرند که این عوامل باعث افزایش شادمانی، وضعیت تندرستی بهتر و رضایت از زندگی زناشویی می‌شود. در این مطالعه بین نوع تغذیه نوزاد با

افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت، به طوری که میزان شیردهی از پستان در مادران غیر افسرده بطور معنی داری بیشتر بود. گرچه در در پژوهش قبلی میزان افسردگی پس از زایمان در زنان شیرده بیشتر بود، اما در پژوهش بریس مکوی و همکاران بین تغذیه نوزاد و افسردگی پس از زایمان رابطه ای وجود ندارد (۳۰). به نظر می‌رسد شیردهی نقش مهمی در بهبود عاطفی و سازگار شدن با نقش مادری دارد بنابراین مادران احساس رضایت بیشتر و استرس کمتری را تجربه می‌کنند در نتیجه کمتر افسرده می‌شوند.

در این مطالعه ارتباط آماری معنی داری بین رضایت مادر از جنس نوزاد با افسردگی پس از زایمان وجود داشت. میزان افسردگی در زنانی که از جنس نوزاد خود ناراضی بودند صد در صد بود. در مطالعه لی و همکاران نیز این ارتباط وجود دارد (۳۱) اما در مطالعه چپی و همکاران این ارتباط وجود ندارد (۳۲). در مطالعه حاضر ارتباط معنی داری بین نحوه دریافت مراقبت‌های دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان وجود نداشت اما ارتباط واضحی بین محل دریافت مراقبت‌های دوران بارداری با افزایش پس از زایمان وجود داشت. در مطالعه سباهات و همکاران نیز بین مراقبت‌های ضعیف دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان ارتباطی وجود ندارد (۳۳).

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری وجود ندارد. اگرچه، مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان از حمایت اجتماعی ضعیف‌تری برخوردار بودند. کورنلیا و همکاران گزارش کرده‌اند که افسردگی پس از زایمان با حمایت اجتماعی ناکافی در ارتباط است (۱۸). همچنین بک گزارش کرد که حمایت اجتماعی از عواملی است که می‌تواند افسردگی پس از زایمان را پیشگیری کند (۱۶). دامبروکسی معتقد است شرایط سخت اجتماعی و روانشناختی همانند حمایت اجتماعی ناکافی می‌تواند مرحله انتقال مادر شدن را در برخی از زنان پر تنش نماید و باعث افزایش غم و افسردگی پس از زایمان گردد (۳۴).

## نتیجه‌گیری

در این مطالعه رضایت زناشویی دوران بارداری ارتباط معنی‌دار و معکوسی با افسردگی پس از زایمان داشت. نتایج این تحقیق به شناسایی مشکلات مربوط به رضایت زناشویی و انجام اقدامات و مداخلات مناسب در دوران بارداری کمک می‌کند که می‌تواند نقش حمایتی قابل توجهی در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان داشته باشد.

## تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت‌های مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است. بدینوسیله از آن معاونت محترم و همکاری مسئولین محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان آستارا تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

عوامل متعددی بر وقوع افسردگی پس از زایمان مؤثر هستند. این عوامل در مطالعات مختلف از تنوع زیادی برخوردار بوده‌اند که احتمالاً تحت اثر تفاوت‌های موجود فرهنگی و اجتماعی مردم در جوامع مختلف است. افسردگی پس از زایمان اثرات سوء بالقوه‌ای روی مادر و خانواده می‌گذارد. بنابراین با شناسایی عوامل خطر، می‌توان زنان در معرض خطر وقوع افسردگی پس از زایمان را شناسایی کرد و مداخلات قبل و بعد از زایمان را برای پیشگیری از این اختلال به کار برد و از این طریق به افزایش سطح سلامت روانی مادر و کودک و جامعه کمک نمود. بررسی ارتباط رضایت زناشویی با افسردگی طولانی مدت بعد از زایمان، شناسایی دقیق سایر عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان و بررسی عوامل مرتبط با رضایت زناشویی در طی بارداری و راهکارهای بهبود آن برای پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود.

## منابع

1. Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *J Affect Disord* 2004 May;80(1):37-44.
2. Stowe ZN, Hostetter AL. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol* 2005 Feb;192(2):522-6.
3. Grabe M. Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorder--the role of the male partners. *Arch Womens Ment Health* 2005 Sep;8(3):163.
4. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health* 2005 Jun;8(2):97-104.
5. Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R.. Detection of postnatal depression. *Br. J. Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
6. Nasiri M. [Mental health in pregnancy and delivery]. [in Persian]. Tehran: Boshra;2000:51-3.
7. Sutter AL, Leory V, Dallay D, Verdoux H, Bourgeois M. Post-partum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery. A French cross sectional study. *J Affect Disord* 1997 Jun;44(1):1-4.
8. Teng HW, Hsu CS, Shih SM, Lu ML, Pan JJ, Shen WW. Screening postpartum depression with the Taiwanese version of the Edinburgh postnatal depression scale. *Compr Psychiatry* 2005 Jul-Aug;46(4):261-265-5.
9. Inaward L. Postnatal depression. *Am Fam Physician* 2005;72(7):1294.
10. Cornish AM, McMhon CA, Ungerer JA, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: the impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behav dev* 2005;28(4):407-7.
11. Diego Ma, Field T, Hernandez D, Rief M. Prepartum, postpartum chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behav Dev* 2005;28:155-64.
12. Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstrom CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet and Gynecol* 2002 Feb;99(2):223-8.
13. Cox J. Postnatal depression in fathers. *Lancet* 2005 Sep 17-23;366(9490):982.
14. Apgar BS, Serlin D, Kaufman A. The postpartum visit: is six weeks too late?. *Am Fam Physician* 2003 Dec;72(12):2443-4.

15. Clipford C, Day A, Cox J, Weite HJ. A cross-cultural analysis of the use of the Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) in health practice. *J Adv Nurs* 1999 Sep;30(3):655-64.
16. Beck CT. Predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 2001 Sep-Oct;50(5):275-85.
17. Salehi Fedardi J. [The development and validation of Marital satisfaction questionnaire on a sample of students of Ferdowsi university.]. [Article in Persian]. *Psychotherapical Novelities* 1999;4(13):84-93.
18. Mamun AA, Clavarino AM, Najman JM, Williams GM, O'Callaghan MJ, Bor W. Maternal depression and the quality of marital relationship: a 14-year prospective study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Dec;18(12):2023-31.
19. *J Affect Disord* 2005 Dec; 89(1-3):157-66.
20. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount H, Milane K, Cordy NT. Prevalence rates and demographic characteristic associated with depression in pregnancy and postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:269-74.
21. Bergant AM, Heim K, Ulmer H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res* 1999 Apr;46(4):391-4.
22. Thoppil J, Riutcel TL, Nalesnik SW. Early intervention for preinatal depression. *Am J Obstet Gynecolo* 2005 May;192(5):1446-8.
23. Swie m. Medical disorders in obstetric practice. 4th ed. massachuset: Blackwell publishing. 2002: 588.
24. Karke Abadi M. [Comparison of depression in employment and unemployment women in Mashhad]. [[Dissertation in Persian]. Mashhad:Mashhad Univsity of Medical Science;1998:83.
25. Khodadostan M. [Risk factors associate with postpartum depression]. [Dissertation in Persian]. Esfahan:Esfahan University of Medical Science;1999:5.
26. Agoub M, Moussauni D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch womens Ment Health* 2005 May;8(1):37-43.
27. Sadr S, Dolatian M, Behboodi moghadam Z. [Prevalence and risk factors of postpartum depression in Tehran]. [Article in persian]. *J. Med Council* 2004;22(3):189-91.
28. Irfan N, Badar A. Determinants and patterns of postpartum psychological disorders in Hazara division Pakistan. *JAYub Med Coll Abbottabad* 2003 Jul-Sep;15(3):19.
29. Merchont DC, Affonso DD, Mayberry LJ. Influence of marital relationship and child-care stress on maternal depression symptoms in the postpartum. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995 Dec;16(4):193-200.
30. McCoy SJ, Beal JM, Shimpan SB, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective Investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc* 2006 Apr;106(4):193-8.
31. Lee DT, Yip AS, Lewng TY, Chung TK. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J* 2000 Dec;6(4):34-54.
32. Chee CYL, Lee DTS, Chang YS, Tan LK, Ng Tp, Fones CSL, "Confinement and other psychosocial factors in prenatal depression: A transcultural study in Singapore." *J. of Affective of disorders*; 89: 157-166. 8.
33. Sebahat AG, Hulusi G. The evaluation of determinates of early postpartum mood: the importance of parity and inter pregnancy interval. *Eur J Obstet Gynecol* 2000;91(1):21-4.
34. Dombrowski MA, Anderson GC, Santory G. Kangaroo skin-to-skin care with a postpartum woman who felt depressed. *Am J mater child nurs* 2001;26(4):214-6.