

# بررسی ارتباط بین افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی و برخی از متغیرهای جمعیت شناختی در زنان باردار

دکتر مهدی مشکی<sup>۱</sup>، وجیهه آرمان مهر<sup>۲</sup>، خدیجه چروی<sup>۳\*</sup>

۱. دانشیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۲. کارشناس ارشد جامعه شناسی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۵

## خلاصه

**مقدمه:** افسردگی دوران بارداری پیش بینی کننده مهم افسردگی پس از زایمان است که برای رشد جنین نیز مضر می باشد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلال افسردگی مهم ترین علت ناتوانی زنان در جهان امروز است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی و برخی از متغیرهای جمعیت شناختی انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی- مقطعی و تحلیلی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۲۰۸ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری گناباد انجام شد. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه های جمعیت شناختی، افسردگی ادینبرگ و حمایت اجتماعی وکس استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون های ضریب همبستگی و رگرسیون خطی انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** میانگین سنی افراد  $27/5 \pm 5/2$  بود و ۳۰ درصد از آنان دچار افسردگی بودند. بطور کلی ارتباط آماری معنادار و معکوسی بین حمایت اجتماعی (دوستان، خانواده و آشنایان) با افسردگی دوران بارداری وجود داشت. بر اساس نتایج آزمون رگرسیون خطی متغیرهای حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و جنسیت جنین به ترتیب جزء مهم ترین متغیرهای پیش بینی کننده افسردگی دوران بارداری بودند ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** مادران بارداری که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار هستند، کمتر با افسردگی دوران بارداری روبرو می شوند. نتایج به دست آمده می تواند در پیشگیری و درمان به موقع این مشکل مورد استفاده قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** افسردگی، بارداری، حمایت اجتماعی، متغیرهای جمعیت شناختی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: خدیجه چروی؛ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۵۷۲۲۳۰۲۸؛ پست الکترونیک:

m.khcheravi@chmail.ir

## مقدمه

بارداری رویدادی است که بسیاری از دیدگاه های زندگی یک زن را تغییر می دهد و در سلامتی، احساس خوشبختی و نقش های اجتماعی یک زن تأثیر می گذارد (۱). تجربیات زنان در هر سه ماهه بارداری برگرفته از تجربیات فردی آنان است. سه ماهه اول، مرحله پذیرش بارداری است که با احساسات دوگانه (لذت و نفرت) نسبت به جنین و تمرکز بر خود همراه است. سه ماه دوم، مرحله پذیرش جنین است که با تمرکز اولیه بر جنین، خودشیفتگی و در خود فرورفتن همراه است. سه ماه سوم، مرحله آمادگی بارداری است که با افزایش وابستگی زنان باردار به اطرافیانشان همراه است (۲). تأثیر فرآیند های روان شناختی مادر بر رشد و سلامتی جنین بسیار گسترده و فراگیر است، چرا که فضای درون رحمی پیوسته از هیجان ها و وضعیت روانی مادر تأثیر می پذیرد. این تصور که تغییرات در محیط رحم می تواند اثرات بلند مدت یا حتی پایدار در تحول کودک داشته باشد، روز به روز در جوامع علمی بیشتر مورد پذیرش قرار می گیرد. افسردگی، از شایع ترین بیماری های روانی است که می تواند با کاستن توانایی های افراد از پیشرفت و اعتلای فرد در انجام وظایفی که به عهده اوست جلوگیری کند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلال افسردگی مهم ترین علت ناتوانی زنان در جهان امروز است. ۱۰ تا ۱۵ درصد زنان در دوران بارداری دچار افسردگی می شوند که عامل خطر مهمی برای افسردگی بعد از زایمان است (۱). این اختلال با علائمی نظیر اختلال در حافظه و تمرکز، کاهش وزن، کاهش اشتها، احساس بد درباره خود، احساس گناه، احساس ناامیدی و تفکر صدمه به خود، احساس ناراحتی و اعتماد به نفس پایین، خلق افسرده و احساس غم و پوچی مشخص می شود. افسردگی دوران بارداری تأثیر منفی زیادی بر مادر و جنین دارد که شامل کاهش مراقبت مادر از خود، تغذیه ناکافی، مراقبت ناکافی دوران بارداری، سوء مصرف مواد، استفاده از مواد مضر برای خود و جنین، سقط خود به خودی، پره اکلامپسی و افسردگی پس از زایمان می باشد (۳). با توجه به پیشینه پژوهشی که بر

اثرات نامطلوب افسردگی دوران بارداری بر مادر و جنین حتی تحول بعدی کودک تأکید دارند، توجه به عواملی که از افسردگی دوران بارداری بکاهند، ضروری به نظر می رسد. حمایت اجتماعی، نیرومندترین نیروی مقابله برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان در زمان درگیری با شرایط تنش زا (از جمله دوره بارداری) شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند (۴). حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد مرتبط با فرد است. لیندز بیان می کند که حمایت اجتماعی برای هر فرد ارتباط امنی را ایجاد می کند که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی های اصلی این ارتباط است. نیازهای افراد از طریق منابعی تأمین می شود که جامعه در اختیارشان می گذارد و این منابع به شکل های متفاوت ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی هستند (۵). حمایت عاطفی شامل دوست داشتن و عشق ورزیدن، حمایت ابزاری شامل کمک ملموس کالایی و یا خدماتی و حمایت اطلاعاتی شامل دادن اطلاعات و آگاهی به افراد در زمان بروز استرس های جسمی و روانی است (۶). یکی از ویژگی های افراد نسبتاً مقاوم در برابر رویدادهای تنش زا، برخورداری از حمایت اجتماعی است (۷). چایا و همکاران (۲۰۰۲) و بوید و همکار (۲۰۰۲) فقدان حمایت اجتماعی در حوادث استرس زای زندگی، بیماری های مزمن و ... را با افسردگی در زنان باردار مرتبط می دانند و بر اهمیت حمایت روانی و اجتماعی در دوران بارداری تأکید نموده اند (۸، ۹). همچنین لوو (۱۹۹۷) در این رابطه معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات رویدادهای استرس زا را تعدیل می کند و به تجربه عواطف مثبت می انجامد و حمایت اجتماعی با شادکامی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد (۱۰). همچنین با توجه به این نکته که در دوران بارداری مراقبت های زیادی از سمت سیستم بهداشتی - درمانی برای مادران باردار انجام می شود، اما می توان گفت متأسفانه هیچ گونه دستورالعمل مدون و کاربردی که در جهت حفظ و ارتقاء سلامت روانی مادران باردار به ویژه افسردگی دوران بارداری باشد، مشاهده نشده است و این بعد از

مزمّن و عفونی شناخته شده مانند بیماری قند خون، فشارخون بالا و ... و عوارض دوران بارداری نظیر خونریزی، جفت سرراهی و ... بود. جهت گردآوری داده ها، علاوه بر پرسشنامه جمعیت شناختی، از پرسشنامه افسردگی ادینبرگ (جهت بررسی افسردگی دوران بارداری) و پرسشنامه حمایت اجتماعی وکس استفاده شد. در پرسشنامه جمعیت شناختی اطلاعاتی نظیر سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، سن بارداری، جنسیت جنین، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و ... استخراج شدند.

**پرسشنامه افسردگی ادینبرگ<sup>۱</sup>:** این ابزار به طور معمول و گسترده جهت غربالگری افسردگی پس از زایمان مورد استفاده قرار گرفته است، اما مطالعاتی نیز به قابل استفاده بودن این ابزار جهت غربالگری افسردگی دوران بارداری گواهی می دهند (۱۱). این پرسشنامه توسط کوکس و همکاران (۱۹۷۸) تدوین و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت (۱). این ابزار، دارای ۱۰ سؤال چهار گزینه ای می باشد (که در برخی سؤالات، گزینه ها از شدت کم به زیاد (مورد ۱، ۲ و ۴) و در برخی دیگر، از زیاد به کم (مورد ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰) مرتب شده اند. گزینه های هر سؤال دارای امتیاز صفر تا ۳ و نمره کلی آن، بین صفر تا ۳۰ نوسان دارد. مدت پاسخ دادن به این مقیاس حدود ۵ دقیقه است. جهت رده بندی افراد افسرده و غیر افسرده به کمک این ابزار بر اساس بررسی های انجام شده در ایران، کسب نمره ۱۲ و بالاتر به منزله افسردگی مادران می باشد (۱۲). این پرسشنامه استاندارد و مورد تأیید می باشد. منتظری در ایران، در سال ۱۳۸۶ پایایی این ابزار را ۸۰ درصد گزارش کرده است (۱۳). در مطالعه زهرایی و همکاران نیز پایایی این آزمون با روش باز آزمون ۹۱٪ و اعتبار داخلی آن به کمک آلفای کرونباخ ۹۳٪ تأیید شد (۱۴).

**پرسشنامه حمایت اجتماعی وکس:** این پرسشنامه به وسیله وکس و همکاران (۱۹۸۶) تهیه شده است. این پرسشنامه نشان می دهد که یک فرد تا چه حدی باور دارد که مورد علاقه و احترام دیگران است و تا چه

مراقبت ها مورد غفلت قرار گرفته است. از آنجا که مادر کانون اصلی محیط اجتماعی کودک در سال اول زندگی می باشد، لذا شناسایی و پیگیری به موقع افسردگی او در ضمن بارداری که ممکن است به افسردگی پس از زایمان نیز منجر شود حائز اهمیت است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین افسردگی در دوران بارداری با حمایت اجتماعی و برخی از متغیرهای جمعیت شناختی انجام شد تا بتوان گامی هر چند کوچک در جهت شناسایی زنان باردار در معرض خطر برداشت.

## روش کار

این مطالعه توصیفی-مقطعی و تحلیلی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۲۰۸ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری گناباد انجام شد. افراد به روش طبقه بندی تصادفی یک مرحله ای وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن مقادیر  $p=0/22$ ،  $\alpha=0/95$ ،  $\beta=0/9$  و با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران، ۲۰۸ نفر تعیین شد. در ابتدا بر اساس جمعیت تحت پوشش هر مرکز بهداشتی، حجمی از نمونه ها به آن مرکز اختصاص یافت. سپس به مراکز بهداشتی مربوطه رفته و بر اساس حجم نمونه تعیین شده و معیارهای ورود، نمونه ها وارد مطالعه شدند. نمونه گیری در تمام ایام هفته به جز روزهای تعطیل انجام شد و تا تکمیل شدن حجم نمونه مورد نظر ادامه یافت. با توجه به اینکه مطالعه در مقطعی از زمان صورت گرفت، طرح به طور واضح و دقیق برای تمام مادران توضیح داده شد، بنابراین ورود افراد به مطالعه کاملاً اختیاری و آگاهانه صورت گرفت. زنان باردار پرسشنامه های مربوطه را قبل از دریافت خدمات تکمیل کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۱۸-۳۵ سال، سن بارداری ۲۶ هفته به بالا، ساکن گناباد، سلامت جنین، سواد خواندن و نوشتن و نداشتن محدودیت های پزشکی (عدم وجود سابقه بیماری های روانی، عدم وجود سابقه واقعه ناگوار طی ۶ ماه اخیر نظیر مرگ فرزند یا همسر، طلاق و اتفاقات خاص خانوادگی که باعث تشویش و نگرانی در ذهن و روان مادر شده باشد، ابتلاء به بیماری های

<sup>1</sup> Edinburgh

خواهد بود (۱۵). برای محاسبه روایی این پرسشنامه در مطالعه رافی و همکاران، از همبستگی خرده آزمون ها با کل آزمون استفاده شد که به ترتیب ضرایب ۰/۷۶، ۰/۵۵ و ۰/۷۴ برای همبستگی حمایت اجتماعی کل با خرده آزمون های دوستان، خانواده و آشنایان به دست آمد؛ که همگی در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار بودند (۱). تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون های آمار توصیفی، ضریب همبستگی و رگرسیون خطی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش  $27/5 \pm 5/2$  سال بود. حدود ۳۱ نفر (۱۴/۹٪) از زنان اعلام داشتند که بارداری آنها بدون برنامه ریزی بوده است. ۱۰۵ نفر (۵۰/۵٪) از نمونه ها دارای تحصیلات دبیرستانی بودند و ۱۷۲ نفر (۸۲/۷٪) آنان اعلام کردند که تاکنون سابقه سقط نداشتند. سایر اطلاعات جمعیت شناختی نمونه ها در جدول ۱ گزارش شده است.

حد با فامیل، دوستان و دیگران در ارتباط است. این مقیاس در برگزیده ۲۳ سؤال است که سه حیطه خانواده، دوستان و آشنایان را در برمی گیرد. از ۲۳ سؤال این مقیاس، ۸ سؤال به خرده مقیاس خانواده، ۸ سؤال به خرده مقیاس دوستان و ۷ سؤال به خرده مقیاس آشنایان اختصاص یافته است. در این ابزار چهار نوع نمره قابل محاسبه است: ۱- نمره حمایت اجتماعی مرتبط با خانواده، ۲- نمره حمایت اجتماعی مرتبط با دوستان، ۳- نمره حمایت اجتماعی مرتبط با آشنایان و ۴- نمره کل حمایت اجتماعی؛ که حاصل جمع سه نمره قبلی ذکر شده می باشد (۱). ابراهیمی قوام در فرم اصلی تغییراتی ایجاد کرده و آن را در ایران مورد استفاده قرار داده است. وی پرسشنامه حمایت اجتماعی را بر روی یک گروه ۱۰۰ نفری از دانشجویان و یک گروه ۲۰۰ نفری از دانش آموزان اجرا نمود و به ضرایب پایایی ۰/۷۰٪ و ۰/۹۰٪ دست یافت. در فرمی که ابراهیمی قوام در ایران مورد استفاده قرار داده است، به هر یک از گزینه های «بلی» یا «خیر» با توجه به مضمون جمله ها ارزش ۱ یا صفر تعلق می گیرد. به این ترتیب دامنه احتمالی نمره های به دست آمده بین صفر تا ۲۳

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳

متغیرها	تعداد	درصد
سن بارداری (ماه)	۷	۲۶/۵۳
	۸	۳۴/۶۱
	۹	۲۷/۴۰
بارداری	برنامه ریزی شده	۱۷۵ / ۸۴/۱
	برنامه ریزی نشده	۳۱ / ۱۴/۹
سطح تحصیلات	ابتدایی	۷ / ۳/۴
	راهنمایی	۱۱ / ۵/۳
	دبیرستانی	۱۰۵ / ۵۰/۵
	دانشگاهی	۸۳ / ۳۹/۹
سابقه سقط	بله	۳۴ / ۱۶/۳
	خیر	۱۷۲ / ۸۲/۷
تعداد بارداری	۱	۱۰۰ / ۸۴/۱
	۲	۶۶ / ۳۱/۷
	۳	۳۳ / ۱۵/۹
	>۳	۸ / ۳/۳۵
جنسیت جنین	پسر	۹۵ / ۴۵/۷
	دختر	۷۱ / ۳۴/۱

خیلی خوب	۲	۱/۰
خوب	۶۶	۳۱/۷
متوسط	۱۳۳	۶۳/۹
بد	۵	۲/۴
خیلی بد	۰	۰

وضعیت اقتصادی

بر اساس نتایج مطالعه حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده ( $6/88 \pm 1/15$ ) بالاتر از حمایتی بود که زنان باردار از طرف آشنایان خود ( $6/87 \pm 1/29$ ) دریافت می کردند ( $p=0/012$ ). همچنین نتایج نشان داد که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده از طرف آشنایان بیشتر از حمایتی است که زنان باردار از طرف دوستانشان ( $5/94 \pm 1/50$ ) دریافت می کنند

جدول ۲- نتایج آزمون رگرسیون خطی متغیرهای مستقل در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳

متغیرهای مستقل	B	خطای معیار	بنای استاندارد شده	ارزش t	سطح معناداری
حمایت اجتماعی	-0/473	0/095	-0/356	-5/004	0/00
وضعیت اقتصادی	2/208	0/544	0/285	4/057	0/00
جنسیت جنین	1/375	0/596	0/162	2/307	0/022
بارداری برنامه ریزی نشده	1/905	0/845	0/160	2/254	0/026

بر اساس نتایج این آزمون در مطالعه حاضر متغیرهای حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و جنسیت جنین به ترتیب جزء مهم ترین متغیرهای پیش بینی کننده افسردگی دوران بارداری بودند. بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط آماری معنادار و معکوسی بین هر سه منبع حمایت اجتماعی (دوستان، خانواده و آشنایان) با افسردگی دوران بارداری وجود داشت؛ به گونه ای که با افزایش یا کاهش حمایت اجتماعی، افسردگی دوران بارداری نیز کاهش یا افزایش می یافت. نتایج مطالعه همچنین ارتباط آماری معنادار مثبتی را بین حمایت اجتماعی دریافت شده از سمت خانواده با حمایت اجتماعی دریافت شده از سمت دوستان نشان داد. حمایت اجتماعی دریافت شده از سمت آشنایان نیز ارتباط آماری معناداری با حمایت اجتماعی دریافت شده از سمت دوستان و خانواده نشان داد (جدول ۳).

جدول ۳- ضریب همبستگی بین افسردگی دوران بارداری و حمایت اجتماعی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳

متغیرها	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)
۱- افسردگی بارداری	۱				
۲- دوستان	-0/223**	۱			
۳- خانواده	-0/225**	-0/415**	۱		
۴- آشنایان	-0/272**	-0/596**	-0/518**	۱	
۵- حمایت اجتماعی	-0/302**	-0/846**	-0/748**	-0/849**	۱

$p < 0/05^*$

$p < 0/01^{**}$

بر اساس نتایج آزمون های اسپیرمن و کای اسکوئر، متغیرهای وضعیت اقتصادی، سابقه سقط و جنسیت جنین با افسردگی دوران بارداری ارتباط معنی داری

داشتند ( $p=0/042$ ) اما در مقابل بین سطح تحصیلات، سن مادر باردار، بارداری برنامه ریزی نشده با افسردگی ارتباط معنی داری مشاهده نشد ( $p=0/030$ ) (جدول ۴).

جدول ۴- متغیرهای مرتبط با افسردگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳

متغیرها	سطح معناداری
سن (سال)	۰/۱۷۹
وضعیت اقتصادی	۰/۰۰۱
حاملگی برنامه ریزی نشده	۰/۱۳۰
سطح تحصیلات	۰/۱۵۰
سقط	۰/۰۴۲
جنسیت جنین	۰/۰۲۱

### بحث

بیشتر تحقیقات بر روی افسردگی پس از زایمان متمرکز شده است، در حالی که متخصصین در سال های اخیر به این نتیجه رسیده اند که افسردگی در حین بارداری ممکن است مشکل اصلی تعداد زیادی از زنان باشد. اوانس و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه ای که بر روی خلق افسرده در دوران بارداری و بعد از آن و مقایسه بروز علائم در این دو زمان به طور آینده نگر انجام دادند به این نتیجه رسیدند که علائم افسردگی در دوران بعد از زایمان بیشتر و شدیدتر از دوران بارداری نمی باشد. همچنین آنان مشاهده کردند که نمرات افسردگی زنان در دوران بارداری بالاتر از بعد از زایمان می باشد؛ به طوری که نمره افسردگی در هفته ۳۲ بارداری بالاتر از ۸ هفته بعد از زایمان می باشد. همچنین بیان کردند که افسردگی در دوران بارداری مورد غفلت واقع شده است و در گذشته تصور می شد که بارداری باعث حمایت و پیشگیری زنان در برابر افسردگی است. اما مطالعات بر روی مشکلات روانی قبل از زایمان نشان داده است که خلق افسرده در دوران قبل از زایمان عامل خطر و پیشگویی کننده مهمی برای افسردگی بعد از زایمان می باشد (۱۶). در مطالعه حاضر شیوع افسردگی ۳۰ درصد گزارش شد. همچنین در مطالعه باغی و همکاران (۲۰۱۳) شیوع افسردگی حین بارداری در زنان ایرانی ۳۲/۹ درصد گزارش شد (۱۷). در مطالعه آوادورا و همکار (۱۹۹۳) که بر روی ۱۲۵ نفر از زنان باردار اسپانیایی انجام شد، ۲۹٪ زنان باردار افسرده بودند (۱۸). در عین حال افسردگی در مطالعات مختلف دامنه وسیعی دارد، به

گونه ای که کیتامورا و همکاران (۲۰۰۱) با مرور مطالعات پیشین گزارش کردند که فراوانی افسردگی در زنان باردار بین ۲۹-۴ درصد متغیر است. حمایت اجتماعی دارای فواید روانشناختی و جسمانی برای افرادی است که با رویدادهای فشارزای جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می شوند و مطالعات متعددی، ارتباط معکوس بین حمایت اجتماعی بالا و ابتلاء به افسردگی را نشان داده اند (۱۹). مطالعه حاضر نیز این نکته را تأیید کرد و نتایج نشان دهنده وجود ارتباط آماری معنی دار و معکوس بین حمایت اجتماعی و افسردگی دوران بارداری بود، به طوری که با افزایش یا کاهش سطح حمایت اجتماعی، افسردگی در زنان باردار نیز کاهش یا افزایش می یافت. در مطالعه السنبروچ و همکاران (۲۰۰۷) که با هدف بررسی اثرات حمایت اجتماعی دوران بارداری بر نشانه های افسردگی مادر بر روی ۸۹۶ زن باردار از سه ماهه اول بارداری تا کامل شدن بارداری انجام شد، زنانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند، نشانه های افسردگی در آن ها بیشتر نمایان بود (۲۰). وبستر و همکاران (۲۰۰۵) زنان بارداری که از خدمات دوران بارداری بیمارستان بریستون استرالیا استفاده می کردند را مطالعه و دریافتند زنانی که در دوران بارداری حمایت اجتماعی کمتری دریافت کردند نسبت به زنانی که حمایت اجتماعی خوبی در همین دوره کسب کردند، از سلامتی کمتری برخوردار بودند، حتی بعد از زایمان نیز این تفاوت مشاهده شد (۲۱). مطالعه چایا و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد 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 باعث جلب توجه مادران به جنبه های مثبت تولد نوزاد شده و احتمال تأثیر تغییرات هورمونی و بیولوژیک بر وضعیت روانی ایشان را کاهش می دهد (۸). اما لوملی و همکار (۲۰۰۱)

افسردگی گزارش کردند (۲۸) که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت. در مطالعه حاضر وضعیت اقتصادی بعد از حمایت اجتماعی به عنوان دومین متغیر مستقل پیش بینی کننده افسردگی دوران بارداری نشان داده شد. مطالعه حسینی سازی و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد وضعیت مسکن به عنوان یکی از عوامل شاخص وضعیت اقتصادی، با بروز افسردگی بارداری در ارتباط است؛ به طوری که زنان باردار دارای منزل شخصی، کمتر در معرض افسردگی قرار دارند (۲۹). اما مطالعه مدبرنیا و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که بین افسردگی دوران بارداری و وضع اجتماعی- اقتصادی زنان باردار تفاوت معنی داری وجود ندارد (۳۰). در مطالعه حاضر بارداری برنامه ریزی نشده نیز یکی از متغیرهای بود که ارتباط معنی داری با افسردگی دوران بارداری نشان داد. در مطالعه امیدوار و همکاران (۲۰۰۷) ۳۵٪ افرادی که بارداری ناخواسته داشتند، به درجات مختلفی از علائم افسردگی مبتلا بودند و در مقابل تنها در ۷/۶٪ از افرادی که بارداری آن ها با برنامه و با رضایت بود، این علائم مشاهده شد (۳۱). در حالی که در مطالعه لولائی و همکار (۲۰۰۷) هیچ گونه ارتباط معنی داری بین بارداری ناخواسته و افسردگی دوران بارداری مشاهده نشد (۲۷). همچنین در مطالعه ایران فر و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی ۱۶۳ زن باردار ایرانی (۵۸ مورد ناخواسته و ۱۰۵ مورد خواسته) انجام شد، ناخواسته بودن بارداری از عوامل مؤثر بر افسردگی پس از زایمان بود (۳۲). دنیس و همکاران (۲۰۰۴) معتقد است ناخواسته بودن بارداری می تواند باعث ایجاد حالت دوگانگی نسبت به کودک و عدم پذیرش فرزند شود، که هر دو عامل می توانند احتمال بروز افسردگی را در فرد افزایش دهند (۳۳).

در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و افسردگی زنان باردار ارتباط معنی داری مشاهده نشد که با نتایج مطالعه خرمی راد و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی داشت (۳۴). در مطالعه رحمانی و همکاران (۲۰۱۱) برخلاف مطالعه حاضر، بین سطح تحصیلات و افسردگی مادران ارتباط معنی داری مشاهده شد (۳۵). بیشترین درصد افسردگی در مطالعه حسینی سازی در زنان با

تأثیر حمایت عملی و اجتماعی قبل از زایمان را بر افسردگی زنان در دوران بارداری و پس از زایمان در حد اندک دانستند (۲۲). در مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۰۶) بین حمایت اجتماعی قبل از زایمان و افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد (۲۳). در مطالعه حاضر بیشترین حمایت اجتماعی درک شده توسط مادران باردار از جانب خانواده هایشان بود. مطالعه آسایش و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان داد که حمایت اجتماعی از سوی اعضاء خانواده، باعث ارتقاء سلامت روان و رضایت از زندگی دانشجویان و در نتیجه باعث کاهش مشکلات روانی می شود (۲۴). اما در مطالعه عبدالله زاده رافی و همکاران (۲۰۱۲) و گرینگلس و همکار (۱۹۹۶) ارتباط آماری معناداری بین حمایت از سوی اعضاء خانواده و افسردگی دوران بارداری مشاهده نشد (۱، ۲۵). سودمندی روان شناختی حمایت اجتماعی ممکن است ناشی از اثر آن بر روی ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب شیوه های مؤثر سازگاری، احساس عزت نفس و مهارت های فردی باشد. کارائوس (۱۹۸۷) معتقد است که حمایت اجتماعی با تقویت عزت نفس و کاهش اثرات منفی فشار روانی، مانع بروز اختلالات روانی می شود (۲۶). بررسی ها نشان داده اند افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا و کشمکش های میان فردی کمتری هستند، در رویارویی با رخدادهای فشارزایی زندگی، بیشتر ایستادگی می کنند و نشانه های کمتری از افسردگی و آشفتگی روانی را نشان می دهند. حمایت اجتماعی ممکن است منجر به افزایش خود اعتمادی شود که مقاومت افراد را در مقابل اثرات منفی عوامل فشارزای ادراک شده افزایش می دهد. از طرفی حمایت اجتماعی از طریق محافظت و کاهش اثرات زیان آور وقایع استرس زا، نقش مهمی در حفظ سلامتی دارد، بنابراین حمایت اجتماعی بر روی شروع و پیشرفت و بهبود بیماری مؤثر است (۲۶).

در مطالعه حاضر بین افسردگی در زنان باردار و سن آن ها ارتباط معناداری وجود نداشت که با نتایج مطالعه لولائی و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی داشت (۲۷). چن و همکاران (۲۰۰۴) سن پایین مادر باردار را عامل خطر

کننده افسردگی در زنان باردار، عوارضی که برای جنین ایجاد کرده و رابطه بین مادر و فرزند را دچار مشکل می کند و نیز از آنجایی که خطر افسردگی پس از زایمان را بالا می برد، توصیه می شود از مطالعاتی مشابه مطالعه حاضر که می توانند تا حدودی زنان در معرض خطر را شناسایی کنند استفاده کرد و جهت غربالگری افسردگی در طی بارداری اقدام شود. یکی دیگر از محدودیت های موجود، کمبود مطالعات مشابه در این زمینه بود.

### نتیجه گیری

مادران بارداری که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار هستند، کمتر احتمال دارد که با افسردگی دوران بارداری روبرو شوند، اما در مقابل مادرائی که حمایت کمتری را از سوی اطرافیان خود دریافت می کنند، بیشتر مستعد ابتلاء به افسردگی در دوران بارداری می باشند. همچنین با توجه به نتایج این پژوهش برخی متغیرهای جمعیت شناختی می توانند به نوعی تأثیرات مثبت یا منفی بر روی افسردگی در دوران بارداری بگذارند. بنابراین انجام هر چه بیشتر این گروه مطالعات می تواند به شناسایی تأثیرات این متغیرها بر روی افسردگی دوران بارداری کمک کند و نتایج به دست آمده را در جهت پیشگیری زود هنگام و درمان به موقع این مشکل استفاده کرد تا گامی در راستای ارتقاء سلامت مادران این سرزمین برداشت.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مادرائی که با مشارکت صمیمانه خود، انجام این پژوهش را ممکن نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

تحصیلات ابتدایی (۴۷/۸٪) گزارش شد و ۸۸/۵٪ از زنانی که دارای تحصیلات عالی بودند، غیر افسرده تشخیص داده شدند (۲۹). بالا بودن سطح تحصیلات، باعث افزایش آگاهی مادر به حقوق اجتماعی، ارتقاء تفاهم و همکاری و توان دسترسی بهتر و آسان تر به منابع اطلاعاتی می شود (۱۷). در مطالعه حاضر مانند مطالعه کیتامورا و همکاران (۲۰۰۱) سابقه سقط با افسردگی دوران بارداری ارتباط معنی داری داشت (۱۹). در مطالعه لولایی و همکار (۲۰۰۷) مادرائی که سابقه سقط داشتند، ۲/۹۴ برابر مادرائی که سابقه سقط نداشتند در معرض افسردگی بارداری بودند (۲۷).

مطالعه حاضر مانند سایر مطالعات انجام شده در این زمینه محدودیت هایی داشت که بایستی مورد توجه قرار گیرد. تمام سعی محققین بر به حداقل رساندن این محدودیت ها بوده است. با توجه به این که در ایران گروه های متعددی از لحاظ ویژگی های شناختی و فرهنگی در حال زندگی می باشند، لذا نتایجی را که از مطالعه بر روی یک گروه از مادران باردار صورت گرفته است، نمی توان با اطمینان کامل به تمام مادران باردار محترم تعمیم داد. بنابراین مطالعات متعددی بایستی بر روی گروه های مختلف با شرایط متفاوت انجام شود تا بتوان با قاطعیت در مورد این موضع به بحث و تبادل نظر پرداخت. یکی دیگر از محدودیت های این مطالعه را می توان اجرای محدود آن در جمعیت زنان شهری دانست. انجام گسترده مطالعاتی که هر دو جمعیت زنان روستایی و شهری را تحت پوشش قرار دهد، می تواند نتایج متفاوتی به دست دهد. علاوه بر این، مطالعه حاضر زنان باردار را تنها در دوره ای از زمان بارداری (۲۶ هفته به بالا) مورد مطالعه قرار داد. با توجه به فراوانی بالای افسردگی در حین بارداری، اثر ناتوان

### منابع

1. Abdollahzade Rafi M, Hassanzadeh Avval M, Ahmadi Sh, Taheri M, Hosseini MA. Relationship between social support with depression and anxiety during third trimester pregnancy. Iranian Journal of Nursing Research 2012; 7 (36): 1-10.
2. Dareshouri Mohammadi Z, Bosaknejad S, Sarvghad S. A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health of primiparous women. Jentashapir Journal Of Health Research 2012; 3(4): 495-50.
3. Bahrami N, Bahrami S. Correlation between prenatal depression with delivery type and neonatal anthropometric indicators. Koomesh 2013; 15 (1): 39-45.



4. Parsai Rad E, Amir Ali Akbari S, Mashak R. Comparison of insomnia , sleepness and social support in Depressed and non-depressed pregnant women. *New findings in psychology* 2011; 5 (17): 19-34. (Persian).
5. Ebrahim Najaf Abadi A. Factors influencing the social health rate of 15 to 24 year old females in Isfahan (focusing on social support rate). *Health and Psychology Quarterly* 2012; 1(2): 99. (Persian).
6. Heidarzadeh M, Hasani P, Rahimzadeh A, Ghahramanian A, Kolahdouzi pour J, Yousef I. Quality of life and social support in congestive heart failure patients and healthy people. *Holistic Nursing And Midwifery* 2012; 23 (69): 13-21.
7. Jamali Moghadam N, Soleimani S. Burnout and its relationship with social support of nursing in hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Sadra Medical Sciences Journal* 2013; 1 (2): 69-76. (Persian).
8. Chaaya M, Campbell OM, El kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Post partum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health* 2002; 5(2): 65–72.
9. Boyd PJL, Blehar MC. Prevention and treatment of depression in pregnancy and postpartum period summery of a maternal depression roundtable. *Ob & Gyn* 2002; 4: 79-82.
10. Luo L. Social Social support, reciprocity, and well-being. *J Soc Psychol* 1997; 137(5): 618-28.
11. Richardson A, Field T, Newton R & Bendella D. Locus of control and prenatal depression. *Infant Behav Dev* 2012; 35(4): 662-8.
12. Kiani F, Khadivzadeh T, Sargolzaee MR, Behnam Vashani HR. Marital satisfaction in pregnancy and postpartum depression. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2008; 13 (5): 37-44. (Persian).
13. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 2007; 7, 11.
14. Montazeri A, Torkan B, Omidvar S. The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 2007; 11: 293-7.
15. Nasseh M, Ghazinour M, Joghataei M, Nojomi M, Richter J. A Persian Version of the Social Support Questionnaire (SSQ). *Social Welfare*. 2011; 11 (41) :251-266. (Persian.)
16. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001; 323(7307):257-60.
17. Baghi V, Ghannei R, Roohi R, Qurashi H, Moradi N. The Relationship between Antenatal Depression and Sleep Apnea. *IJOGI* 2013; 16: 18-24 .(Persian).
18. Alvarado, Perucca E. Depressive disorders during pregnancy and associated factors. *Re V Chil Obstet Ginecol* 1993; 58 (2): 135-41.
19. Kitamura BA, Muller R, Bradley BS. Perinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas *Birth* 2001; 28 (1): 28-35.
20. Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt M.K, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod* 2007; 22 (3): 869–77.
21. Webster J, Linnane JW, Dibley LM, Hinson JK, Starrenburg SE, Roberts JA. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful?. *Birth* 2005; 27(2): 97-101.
22. Lumley J, Austin MP. What intervention may reduce postpartum depression *Gurropin. Curr Opin Obstet Gynecol* 2001; 13(6):605-11.
23. Dolatian M, Maziar P, Alavi Majd H, Yazdjerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *Journal of Reproduction and Infertility* 2006; 7:260–268. (Persian).
24. Asayesh H, Hesam M, Ghorbani M, Shariati A. Relation of social support with mental health and consent of life in instance students. *Journal science Gorgan Faculty of Nursing and Midwifery* 2010; 7: 15-20.( Persian).
25. Greenglass ER, Noguchi K. Longevity, gender and health: A psychocultural perspective. *J Am Coll Health* 1996; 31: 214-21.
26. Krause N. Life stress, social support, and self-esteem in an elderly population. *Psychol Aging* 1987; 2(4): 349-56.
27. Laloui A, Kashani Zadeh N. The identification of depression in pregnant women attending prenatal care clinics hospitals Baghiyatallah Najmiiyeh. Tehran. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2007; 26(3): 317-323. (Persian).
28. Chen H, Chan YH, Tan KH, et al. Depressive symptomatology in pregnancy a Singaporean perspective. *Soc psychiatry psychiatr Epidemiol* 2004; 39(12): 975-9.
29. Hosaynisazi F, Poorreza A, Hosayni M, Shojaee D. Depression during pregnancy. *J Gorgan Uni Med Sci* 2005; 7 (1):60-65.(Persian).
30. Modabernia MJ, Shodjaei Tehrani H, Heydari nezhad S. Survey the frequency of depression in the last third months of pregnancy. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2011; 18 (71): 19-25.(Persian).
31. Omidvar SH, KHirkhah F, Azimi H. Depression of pregnancy and related factors. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences* 2007; 3(86): 213-219 .
32. Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, NazhadJafar P, Razaie M. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women?. *East Mediter Health J* 2005; 11(4):618-24.
33. Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the

- immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110(5): 338-46.
34. Khorramirad A, Mousavi Lotfi M, Shoori Bidgoli A. Prevalence of postpartum depression and related factors in Qom. *Pajoohandeh Journal*. 2010; 15 (2):62-66 (Persian).
35. Rahmani F, Seyedfatemi N, Asadollahi M, Seyedrasooli A. Predisposing factors of postpartum depression. *Iran J Nurs* 2011; 24 (72):78-87. (Persian).