

## Predicting Post-Partum Depression of Nulliparous Women: Role of Social Support and Delivery Type

Pourkhaleghi N\*<sup>1</sup>, Askarizadeh GH<sup>1</sup>, Fazilat-Pour M<sup>1</sup>

1. Department of Psychology, Faculty of literature and humanities, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.

\* *Corresponding author.* Tel: +9834313202431 E-mail: n.pkh1355@gmail.com

Received: Oct 15, 2016

Accepted: Jan 14, 2017

### ABSTRACT

**Background & objectives:** Post-partum depression affects the mother's health, family relationships and child's training, negatively. Therefore, determining the related reasons, in especial in the women who have the first delivery and will experience the physical and mental changes of such event in their life is very important. Therefore, the aim of this study was to assess the role of social support as well as the kind of child delivery in order to predict the post-partum depression in such group of women.

**Methods:** The statistical population of this correlational-descriptive study consists of all women in the nulliparous women who have been referred to the medical centers of Kerman during 2016. Among them, 205 were chosen by a cluster and convenience sampling methods. The measurement tools were including demographic features questionnaire, Edinburgh postnatal depression scale (EPDS), and social support questionnaire (MOS-SSS). Data were analyzed with SPSS software using logistic regression and T-test method.

**Results:** In total, 102 individuals have degrees of postpartum depression and the rest of the patients were non-depressed. The results showed that the possibility of depression emergence in these women, after child delivery based on the decrease of factors such as emotional - informational support, emotional support and positive social interaction support were about 40.18, 10.1 and 5.55%, respectively. Also, the possibility of depression in this group after delivery regarding the kind of delivery was 27%. As well, the women who had caesarian delivery significantly were more depressed rather than whom had natural delivery ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Based on the results of this study, more attention should be paid to increase social support for women who will go into the first labor; and also the preventive treatments must be considered for women give birth a child by caesarian section.

**Keywords:** Nulliparous Women, Post-Partum Depression, Social Support.

## پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا: نقش حمایت اجتماعی و نوع زایمان

نجمه پورخالقی<sup>۱\*</sup>، قاسم عسکری‌زاده<sup>۱</sup>، مسعود فضیلت‌پور<sup>۱</sup>

۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۳۴ ۳۱۳۲۰۲۴۳۱ ایمیل: n.pkh1355@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** افسردگی پس از زایمان بر سلامت مادر، روابط خانوادگی همچنین بر تربیت و رشد کودک اثرات منفی بر جای می‌گذارد، لذا شناسایی علت‌های ایجاد کننده آن، خصوصاً در زنان نخست‌زا که برای اولین بار تغییرات جسمی و روحی همراه با بارداری را تجربه می‌کنند؛ مهم و ضروری است؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی و نوع زایمان در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش از نوع مطالعه توصیفی-همبستگی و جامعه پژوهش شامل کلیه زنان باردار و نخست‌زا بود که به مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده بودند. دویست و پنج نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی ادینبرگ و پرسشنامه حمایت اجتماعی بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-20 و روش‌های رگرسیون لوجستیک و آزمون تی مستقل مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در مجموع ۱۰۲ نفر دارای درجاتی از افسردگی پس از زایمان و ۱۰۳ نفر غیر افسرده بودند، نتایج نشان داد احتمال بروز افسردگی در زنان نخست‌زا، پس از زایمان به واسطه کاهش مولفه‌های حمایت اطلاعاتی-هیجانی، حمایت مهربانی و حمایت تعامل اجتماعی مثبت؛ به ترتیب ۰/۱۸، ۰/۱ و ۵/۵۵ درصد بود. همچنین احتمال بروز افسردگی در زنان نخست‌زا پس از زایمان به واسطه نوع زایمان ۲۷ درصد بود و زنانی که زایمان سزارین داشتند به صورت معناداری افسرده‌تر از زنانی بودند که زایمان طبیعی داشتند ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر توصیه می‌شود نسبت به افزایش حمایت اجتماعی خصوصاً در مولفه‌های حمایت اجتماعی ذکر شده در زنان نخست‌زا توجه ویژه‌ای گردد. همچنین برای زنان نخست‌زا که به صورت سزارین زایمان می‌کنند، درمان‌های پیشگیرانه در نظر گرفته شود.

**واژه‌های کلیدی:** زنان نخست‌زا، افسردگی پس از زایمان، حمایت اجتماعی

پذیرش: ۹۵/۱۰/۲۵

دریافت: ۹۵/۷/۲۴

### مقدمه

حاملگی، زایمان و سازگاری با یک نوزاد را شاید بتوان حساس‌ترین مرحله رشد زندگی یک زن دانست (۱). افسردگی پس از زایمان<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین و جدی‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی است که دوره ممکن است در این دوره برای مادر رخ می‌دهد (۴-).

<sup>۱</sup> Post-Partum Depression (PDD)

(۲) و با خصوصیات و علائمی مانند احساس تنهایی شدید، تحریک‌پذیری، ترس، عدم اعتماد به نفس، تغییر در اشتها، احساس گناه، غم خفیف، عصبانیت، تغییر خلق و خستگی شناخته می‌شود و در موارد شدید با افکار خودکشی نیز همراه است (۵، ۶). افسردگی پس از زایمان یکی از مشکلات رایجی است که حدود ۱۵ درصد زنان پس از زایمان با آن مواجه می‌شوند (۷، ۸). در ایران کمترین نرخ شیوع این

اختلال ۱۰ تا ۱۳ درصد در فاصله دو تا هشت هفته پس از زایمان (۹) و بیشترین نرخ شیوع آن ۴۱ درصد در فاصله ۱۰ روز پس از زایمان گزارش شده است (۱۰). افسردگی پس از زایمان نه تنها کیفیت زندگی و سلامت روان مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد بلکه بر رشد کودک و زندگی زناشویی نیز اثرات منفی خواهد داشت (۱۱)؛ بنابراین شناسایی علت این اختلال و عواملی که می‌تواند از آن جلوگیری کند، نه تنها بر کیفیت سلامت مادران اثر گذار است، بلکه می‌تواند به بهبود سلامت روابط خانوادگی و رشد سالم کودک نیز کمک کند. طیف وسیعی از علل شامل عوامل زیستی، روانشناختی، هیجانی و اجتماعی در بحث سبب‌شناسی افسردگی پس از زایمان مطرح شده‌اند، بر این اساس افسردگی قبل از زایمان، رخداد‌های زندگی و حمایت اجتماعی نقش بزرگ، وضعیت ازدواج نقش تعدیل‌کننده و وضعیت اقتصادی- اجتماعی (نظیر سطح پایین تحصیلات- حقوق پایین و بیکار بودن) نقش کوچک اما معناداری در ایجاد این اختلال دارند (۱۳، ۱۲). حمایت اجتماعی یکی از عواملی است که می‌تواند تجربه بارداری را در زنان تحت تأثیر قرار دهد، در مطالعات قبلی، ارتباط رفتارهای سالم دوران بارداری (۱۴)؛ کیفیت زندگی (۱۵) کارکردهای رفتاری و هیجانی (۱۶) و سازگاری زناشویی مورد بررسی قرار گرفته است. (۱۷). حمایت اجتماعی به‌عنوان منابعی که توسط دیگران مخصوصاً دوستان و خانواده ایجاد می‌شود، تعریف شده (۱۴) و نه تنها برای سلامتی فرد مفید است؛ بلکه بر اساس مدل‌های تأثیر غیرمستقیم مانند یک ضربه‌گیر عمل کرده و می‌تواند از فرد در برابر فشارها حمایت کند (۱۸). در حالی که پیوندهای اجتماعی قوی به‌عنوان یک حفاظ یا حائل در مقابل افسردگی در طول دوره بارداری و پس از زایمان عمل می‌کنند، فقدان حمایت اجتماعی به‌عنوان یک ریسک فاکتور مهم برای افسردگی پس از زایمان مطرح شده است (۱۲). در مطالعه‌ای با

هدف مقایسه افسردگی پس از زایمان در زنان شاغل و خانه‌دار و رابطه آن با حمایت اجتماعی و سازگاری زناشویی، مشخص شد که حدود ۵۲ درصد از واریانس افسردگی پس از زایمان توسط سازگاری زناشویی و حمایت اجتماعی تبیین می‌شود (۱۹). مطالعه‌ای دیگر با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده با بروز اختلال افسردگی پس از زایمان نشان داد که همبستگی معکوس معنی‌داری میان افسردگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی وجود دارد (۲۰).

مطالعه نظام‌مند گریگوریادیز<sup>۱</sup> و همکاران نشان داد حمایت اجتماعی می‌تواند در افزایش سلامت روان مادران موثر باشد (۲۱)، مطالعه‌ای توسط همدسون<sup>۲</sup> و همکاران نشان داد که همبستگی معکوس معناداری بین نمرات افسردگی مادران در ۳ ماه پس از زایمان و حمایت اجتماعی وجود دارد (۲۲). دان<sup>۳</sup> و همکاران با مطالعه بر روی ۱۰۹ نفر از مادران در ۶ هفته پس از زایمان نتیجه گرفتند که حمایت اجتماعی تأثیر مستقیم بر نشانه‌شناسی افسردگی پس از زایمان دارد (۲۳). بر اساس مطالعه ایوانز<sup>۴</sup> و همکاران که به مدت ۶ ماه به طول انجامید تجربه حمایت از سوی یک گروه برای زنانی که افسردگی پس از زایمان را تجربه می‌کنند حس امنیت و امیدواری را در پی دارد (۲۴). راید<sup>۵</sup> و همکاران در مطالعه خود دریافتند که حمایت اجتماعی پایین با افزایش نرخ‌های علائم افسردگی در مادران، در سال نخست پس از زایمان در ارتباط است (۲۵). مطالعات دیگر در این حوزه نشان می‌دهد فقدان حمایت اجتماعی از سوی خانواده (۲۶)، شریک زندگی (۲۷) و مادر بیشترین تأثیر را بر بروز افسردگی پس از زایمان دارند، در

<sup>1</sup> Grigoriadis

<sup>2</sup> Hudson

<sup>3</sup> Don

<sup>4</sup> Evans

<sup>5</sup> Reid

حالی که فقدان حمایت از سوی پدر تأثیر چندانی بر بروز این مشکل نشان نداده است (۲۸).

نوع زایمان<sup>۱</sup> می‌تواند یک عامل خطر ساز دیگر برای افسردگی پس از زایمان باشد. نجفیان و همکاران در مطالعه‌ای باهدف بررسی افسردگی بعد از زایمان و نوع زایمان بر روی زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های رازی، سینا و اروند در شهر اهواز نشان دادند که سزارین به‌خصوص به‌صورت اورژانس باعث افزایش بروز افسردگی می‌شود (۲۹). نتایج مطالعه انجام‌شده توسط آپونگ<sup>۲</sup> و همکاران نشان داد زنانی که به طریق سزارین نوزاد خود را به دنیا می‌آورند شانس بیشتری برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان دارند (۳۰). کلمنت<sup>۳</sup> پس از بررسی پژوهش‌های سایر محققین در هجده مطالعه نشان داد که زنانی که از طریق سزارین نوزادان خود را به دنیا آورده‌اند، کمتر از تجربه تولد راضی بودند و در یازده مطالعه دیگر زنان پس از سزارین بیشتر از زنان پس از زایمان طبیعی افسرده بودند؛ اگرچه در ۹ مطالعه دیگر تفاوتی بین این دو گروه از نظر بروز افسردگی مشاهده نشد (۳۱). کارتر<sup>۴</sup> و همکاران با بررسی نتایج بیست و چهار مطالعه با عنوان زایمان سزارین و افسردگی پس از زایمان، تنها در پنج مورد بین این دو عامل ارتباط یافتند (۳۲). پژوهش‌های

انجام‌شده در این زمینه نتایج متفاوت و متضادی را ارائه کرده‌اند، به‌گونه‌ای که نتایج برخی مطالعات نشان دادند زنانی که به طریق طبیعی نوزاد خود را به دنیا می‌آورند، شانس بیشتری برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان دارند. چایا<sup>۵</sup> و همکاران نشان دادند که افسردگی در زنان تحت سزارین نسبت به زایمان طبیعی کمتر است (۳۳). این در حالی است که برخی مطالعات رابطه معناداری بین نوع زایمان و

افسردگی پس از زایمان نیافتند. شریفی و همکاران در مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان نشان دادند که ارتباط معناداری بین نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان وجود ندارد (۳۴). جیمز<sup>۶</sup> و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی ۱۲۸۸ زن باردار بستری در بیمارستان انجام دادند، گزارش کردند علائم درد و افسردگی زنان ۸ هفته پس از زایمان به ترتیب ۹/۸ و ۱۱/۲ است و نوع زایمان نقشی در بروز علائم افسردگی پس از زایمان ایفا نمی‌کند (۳۵). نتایج مطالعه پاتل<sup>۷</sup> و همکاران که تعداد ۱۰۹۳۱ مادر باردار را در دوران بارداری و سپس در هشت هفته پس از زایمان ارزیابی کردند نشان داد که ارتباط معناداری بین نوع زایمان (سزارین انتخابی و زایمان طبیعی) و افسردگی پس از زایمان وجود ندارد (۳۶). در مطالعه تامسون<sup>۸</sup> و همکاران ارتباط معناداری بین سزارین و افسردگی پس از زایمان یافت نشد (۳۷). میزان جراحی‌ها به شیوه سزارین در حال افزایش است؛ و بر اساس مطالعات عوارض جسمی زایمان سزارین حدود ۲ تا ۴ برابر زایمان طبیعی است (۳۸). این در حالی است که عوارض روحی زایمان سزارین در مقایسه با عوارض جسمی آن کاملاً شناخته‌شده نیست و نتایج متفاوتی در مورد اثر نوع زایمان بر ایجاد افسردگی پس از زایمان به‌دست آمده است. همچنین برخورداری مادر از حمایت اجتماعی از جمله دیگر عواملی است که می‌تواند در پیشگیری و کاهش افسردگی پس از زایمان نقش مؤثری داشته باشد (۲۵) و فقدان حمایت اجتماعی، به‌عنوان یک فاکتور مهم برای ایجاد افسردگی پس از زایمان ذکر شده است (۲۳). این در حالی است که به نقش این دو مورد یعنی نوع زایمان و حمایت اجتماعی در زنان نخست‌زا توجه نشده است. تغییرات جسمانی و روان‌شناختی دوره بارداری

<sup>1</sup> Delivery type

<sup>2</sup> Ukpong

<sup>3</sup> Clemen

<sup>4</sup> Carter

<sup>5</sup> Chaaya

<sup>6</sup> Eisenach

<sup>7</sup> Patel

<sup>8</sup> Thompson

افسردگی پس از زایمان بود، به روش نمونه گیری هدفمند حجم نمونه بین این دو گروه تقسیم شد، لازم به ذکر است دو گروه از نظر سن و تحصیلات همتا شدند.

جمع آوری داده‌ها با استفاده از فرم مشخصات جمعیت شناختی، مقیاس حمایت اجتماعی<sup>۱</sup> پرسشنامه افسردگی ادینبرگ<sup>۲</sup> انجام شد. پرسشنامه افسردگی ادینبرگ شامل ۱۰ سؤال ۴ جوابی است که به صورت صفر تا ۴ درجه بندی می‌شود. حداقل امتیاز در این ابزار صفر و حداکثر امتیاز ۳۰ است. در این مطالعه نقطه برش ۱۲ به عنوان وجود افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته شد. این ابزار پرسشنامه معتبری برای سنجش افسردگی پس از زایمان است (۴۰). حساسیت این پرسشنامه ۹۳/۵ درصد و ویژگی آن ۸۷/۹ درصد گزارش شد (۴۱). نسخه ایرانی این پرسشنامه قابل پذیرش بوده و اعتبار و پایایی آن در مطالعات مختلف بررسی شده است (۴۳، ۴۲). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این آزمون معادل ۰/۷۲ به دست آمد.

مقیاس حمایت اجتماعی در سال ۱۹۹۱ توسط شربورن و استورات<sup>۳</sup> به منظور استفاده در پیامدهای پزشکی ساخته شد. این مقیاس که حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می‌سنجد شامل ۱۹ ماده حمایت عملکردی است که چهار بعد از حمایت اجتماعی را اندازه گیری می‌کند که عبارتند از: حمایت ملموس، حمایت هیجانی و اطلاعاتی، مهربانی و تعامل اجتماعی مثبت. پایین ترین نمره در این آزمون ۱۹ و بالاترین نمره ۹۵ است. ضرایب پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ملموس، تعامل اجتماعی مثبت و مهربانی و مقیاس به ترتیب ۰/۹۶/۹۶، ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۹۷/۹۱ گزارش

در زنان نخست‌زا با شدت بیشتری جلوه می‌کند، زیرا که آنان برای اولین بار با این تغییرات مواجه می‌شوند (۳۹) و توجه به علت‌شناسی افسردگی پس از زایمان در این گروه با سایر زنان می‌تواند متفاوت باشد که تاکنون به این موضوع در مطالعه افسردگی پس از زایمان توجه نشده است؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش نوع زایمان و حمایت اجتماعی در پیش بینی افسردگی پس از زایمان زنان نخست‌زا طراحی شد.

### روش کار

این مطالعه توصیفی از نوع توصیفی همبستگی است که در سال ۱۳۹۵ بر روی ۲۰۵ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و ساکن شهر کرمان، زایمان نخستین، سپری شدن دست کم ۴ هفته از زایمان، بارداری تک قلو، محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد روحی و روانی و داشتن سواد در حد خواندن و نوشتن بود. با توجه به اینکه آمار دقیقی از تعداد زنان باردار وجود نداشت و شهر کرمان دارای چهار منطقه شهری است، از بین درمانگاه‌ها، مراکز بهداشت و کلینیک‌های موجود در شهر، ۴ درمانگاه به روش نمونه گیری خوشه‌ای انتخاب شد (منطقه ۱: شمال (مرکز بهداشتی درمانی شماره ۱)، منطقه ۲: جنوب (مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲)، منطقه ۳: شرق (مرکز بهداشتی درمانی شماره ۳) و منطقه ۴: غرب (مرکز بهداشتی درمانی شماره ۴)). آمار افراد مراجعه کننده به این مراکز بین ۹۰ تا ۱۱۰ نفر در ماه توسط مسئولین گزارش شد. که مجموعاً نشان می‌دهد به صورت ماهیانه تقریباً ۴۴۰ نفر به این مراکز مراجعه می‌کنند. بنابراین حجم نمونه بر اساس جدول کرجسای و مورگان ۲۰۵ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به اینکه هدف از این مطالعه پیش بینی وجود یا عدم وجود

<sup>1</sup> Social Support Survey Scale (MOS-SSS)

<sup>2</sup> Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)

<sup>3</sup> Sherbourne & Stewart

ترتیب دارای بیشترین و کمترین میانگین بود. به‌منظور پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس مؤلفه‌های حمایت اجتماعی از رگرسیون لجستیک استفاده شد. تحلیل نتایج بلوک ۱ نشان داد مؤلفه‌های حمایت اجتماعی پیش‌بینی را بهبود می‌بخشند  $X_{2(4, 205)} = 127/91, p < 0/001$  و مدل مبتنی بر ۴ متغیر پیش‌بین در مقایسه با مدل منحصر به فرد به گونه معناداری به پیش‌بینی بهتر منجر می‌شود. بر اساس آماره شبه  $R^2$  ناگلکرک<sup>۱</sup>، مدل پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس حمایت اجتماعی ۶۲ درصد واریانس را تبیین می‌کند. این موضوع نشان می‌دهد که مجموعه متغیرهای پیش‌بین قابلیت جدا کردن افراد افسرده و غیر افسرده را دارند. بر اساس آزمون هوسمر و لمشو<sup>۲</sup>، آماره خی دو نشان می‌دهد که بین احتمال‌های پیش‌بینی شده و مشاهده شده همخوانی قابل قبولی وجود دارد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های حمایت اجتماعی

انحراف استاندارد	میانگین	متغیرها	گروه
۳,۶۴	۶,۸۵	حمایت اطلاعاتی، هیجانی	افسرده (N=۱۰۲)
۷,۳۱	۱۵,۴۰	حمایت ملموس	
۲,۹۸	۳,۵۹	حمایت مهربانی	
۲,۸۶	۳,۵۰	حمایت تعامل	
۵,۴۰	۸,۹۹	حمایت اطلاعاتی، هیجانی	غیر افسرده (N=۱۰۳)
۶,۴۸	۱۵,۹۲	حمایت ملموس	
۴,۷۱	۷,۸۳	حمایت مهربانی	
۴,۴۳	۶,۴۵	حمایت تعامل	
	۱۵/۸۴	حمایت اطلاعاتی، هیجانی	کل (N=۲۰۵)
	۳۱/۳۲	حمایت ملموس	
	۱۱/۴۲	حمایت مهربانی	
	۹/۹۵	حمایت تعامل	

در جدول ۲ ضرایب رگرسیون (B)، آماره‌های والد، سطح معناداری، نسبت شانس Exp(B) و فواصل اطمینان ۹۵ درصد را برای نسبت‌های شانس (OR) در مورد هر متغیر پیش‌بین نشان می‌دهد. بررسی

کرده‌اند (۴۴). پایایی این مقیاس در ایران با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۵). روایی صوری و محتوایی این ابزار از دیدگاه متخصصان روانشناسی نیز تأیید شده است و پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شده است (۴۶). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS-20 انجام شد. جهت بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان با توجه به دو مقوله‌ای بودن متغیر ملاک (افسرده بودن یا عدم افسردگی پس از زایمان) از روش رگرسیون لجستیک استفاده شد تا وجود افسردگی پس از زایمان مدل یابی شود. همچنین به‌منظور مقایسه افسردگی پس از زایمان بر اساس نوع زایمان از آزمون تی استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۲۰۵ زن نخست‌زا حضور داشتند. میانگین سنی زنان باردار  $25/95 \pm 4/09$  سال بود. از نظر وضعیت تحصیلی ۷۵ نفر (۳۶/۶٪) از افراد تحصیلات زیر دیپلم، ۵۶ نفر (۲۷/۳٪) دیپلم، ۸ نفر (۳/۹٪) فوق‌دیپلم، ۵۳ نفر (۲۵/۹٪) لیسانس، ۱۲ نفر (۵/۹٪) فوق‌لیسانس و ۱ نفر (۰/۵٪) دکتری داشتند. از نظر وضعیت اشتغال، ۱۶۲ نفر (۷۹٪) خانه‌دار و ۴۳ نفر (۲۱٪) کارمند بودند. از نظر توزیع متغیر رضایت از جنسیت نوزاد ۱۷۵ نفر (۸۵/۴٪) راضی و ۳۰ نفر (۱۴/۶٪) ناراضی بودند. از نظر نوع زایمان، ۹۴ نفر (۴۵/۹٪) زایمان سزارین و ۱۱۱ نفر (۵۴/۱٪) زایمان طبیعی داشتند. از نظر شغل همسر ۱۰۵ نفر (۵۱/۲٪) کارمند و همسر ۱۰۰ نفر (۴۸٪) شغل آزاد داشتند.

۱۰۲ نفر دارای درجاتی از افسردگی پس از زایمان و ۱۰۳ نفر غیرافسرده بودند. میانگین نمرات این دو گروه در مؤلفه‌های حمایت اجتماعی در جدول ۱ گزارش شده است. براین اساس حمایت ملموس و تعامل در هر دو گروه افسرده و غیرافسرده به

<sup>1</sup> Nagelkerk

<sup>2</sup> Hosmer-Lemeshow

آماره والد نشان می‌دهد سه مؤلفه حمایت اطلاعاتی- هیجانی، حمایت مهربانی و حمایت به لحاظ آماری پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای افسردگی پس از زایمان هستند. احتمال بروز افسردگی در زنان پس از زایمان به‌واسطه کاهش

حمایت اطلاعاتی- هیجانی، حمایت مهربانی و حمایت تعامل به ترتیب ۴۰/۱۸ درصد (CI=۱/۳۰ و ۱/۱۵)، ۱۰/۱ درصد (CI=۱/۳۱ و ۱/۰۶) و ۵/۵۵ درصد (CI=۱/۳۱ و ۱/۰۲) است.

جدول ۲. متغیرهای مورد پیش‌بینی در مدل رگرسیون افسردگی پس از زایمان بر اساس حمایت اجتماعی

متغیر	ضرایب رگرسیون	خطا	آماره والد	درجه آزادی	معناداری	نسب شانس	
						بیشترین	کمترین
حمایت ملموس	۰/۰۱۰	۰/۰۴	۰/۰۴۹	۱	۰/۸۲۶	۰/۹۹۹	فواصل اطمینان ۹۵ درصد
حمایت اطلاعاتی، هیجانی	۰/۲۰۳	۰/۰۳	۴۰/۱۸	۱	۰/۰۰۰	۱/۲۲۵	بیشترین
حمایت مهربانی	۰/۱۷۰	۰/۰۵	۱۰/۰۱	۱	۰/۰۰۲	۱/۱۸۵	کمترین
حمایت تعامل	۰/۱۵۱	۰/۰۶	۵/۵۵	۱	۰/۰۱۸	۱/۱۶۳	

به‌منظور پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس نوع زایمان نیز از رگرسیون لجستیک استفاده شد. تحلیل نتایج بلوک ۱ نشان داد نوع زایمان پیش‌بینی را بهبود می‌بخشد ( $X_{2(1, 205)}=54/96, p<0/001$ )؛ و مدل مبتنی بر یک متغیر پیش‌بین در مقایسه با مدل منحصر به فرد به گونه معناداری به پیش‌بینی بهتر منجر می‌شود. بر اساس آماره شبه  $R^2$  ناکلرک، مدل پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس نوع زایمان ۳۴ درصد واریانس را تبیین می‌کند. این موضوع نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بین قابلیت

جداکردن افراد افسرده و غیرافسرده را دارد. در جدول ۳ ضرایب رگرسیون (B)، آماره‌های والد، سطح معناداری، نسبت شانس  $Exp(B)$  و فواصل اطمینان ۹۵ درصد را برای نسبت‌های شانس (OR) در مورد هر متغیر پیش‌بین نشان می‌دهد. بررسی آماره والد نشان می‌دهد نوع زایمان به لحاظ آماری پیش‌بینی‌کننده معناداری برای افسردگی پس از زایمان است. احتمال بروز افسردگی در زنان پس از زایمان به‌واسطه نوع زایمان ۲۷ درصد (۷/۴۱) و (CI=۸۳/۳۲) است.

جدول ۳. متغیرهای مورد پیش‌بینی در مدل رگرسیون افسردگی پس از زایمان بر اساس نوع زایمان

متغیر	ضرایب رگرسیون	خطا	آماره والد	درجه آزادی	معناداری	نسبت شانس	
						بیشترین	کمترین
نوع زایمان	۳/۲۱	۰/۶۷	۲۷/۱۲	۱	۰/۰۰۰	۲۴/۸۶	فواصل اطمینان ۹۵ درصد
							بیشترین
							کمترین
							۸۳/۳۲

به‌منظور مقایسه میانگین افسردگی پس از زایمان در زنانی که زایمان سزارین داشتند در مقایسه با زایمان طبیعی از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد ( $t=-3/81; p=0/000$ ). تفسیر این یافته آن است که افسردگی پس از زایمان در زنان که نوع زایمان آن‌ها سزارین بود به‌صورت معناداری بیشتر ( $SD=8/96$ ؛

$M=18/73$ )، از زنانی که زایمان طبیعی داشتند ( $M=14/07; SD=8/51$ ) است ( $p<0/001$ ).

### بحث

این مطالعه باهدف پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس نوع زایمان و حمایت اجتماعی در زنان نخست‌زا انجام شد. نتایج مؤلفه‌های حمایت اطلاعاتی و هیجانی، حمایت تعامل اجتماعی مثبت و حمایت

استرس‌زای زندگی عمل کرده (۴۷) و باعث حفظ روحیه مادر و جلوگیری از برزو افسردگی پس از زایمان می‌شود. زیرا مادرشدن همراه با استرس‌های فراوانی از جمله استرس مربوط به کودک و استرس والد بودن همراه است. با توجه به این نکته که تجربه حمایت اجتماعی باعث افزایش احساس امنیت و امیدواری در مادر است (۲۴)، باعث می‌شود فرد احساس کند که مورد علاقه است، از وی مراقبت می‌شود، ارزش و احترام دارد و متعلق به یک شبکه از ارتباطات است (۴۷)، و می‌تواند دلیل دیگری برای رابطه منفی این متغیر با افسردگی پس از زایمان باشد.

از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی سه مؤلفه اطلاعاتی و هیجانی، تعامل و مهربانی نقش معناداری در این پیش‌بینی ایفا کردند، درحالی‌که حمایت ملموس نقشی در این پیش‌بینی ایفا نکرد. در ادامه به تعریف این مؤلفه‌ها و به دلیل این یافته اشاره می‌گردد. حمایت اطلاعاتی و هیجانی به بیان عاطفه مثبت، درک همدلانه و ترغیب بیان احساسات و همچنین راهنمایی یا بازخورد دادن گفته می‌شود. حمایت تعاملی به معنای داشتن فعالیت‌های لذت‌بخش با دیگران بوده و حمایت مهربانی به معنای ابراز عشق، عاطفه، دوستی درحالی‌که حمایت ملموس به تأمین کمک مادی و مساعدت رفتاری اطلاق می‌شود (۴۴). بر اساس تعاریف ذکر شده از مولفه‌های حمایت اجتماعی و نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت نیاز روحی مادران باردار بیشتر در حوزه عاطفی است و صرف حضور مثبت اطرافیان و ابراز محبت از سوی آن‌ها می‌تواند از بروز افسردگی در آن‌ها جلوگیری کرده و از آنجایی که رابطه معناداری بین حمایت ملموس و افسردگی پس از زایمان یافت نشد حمایت مالی نیاز مادران پس از زایمان نبوده و برای جلوگیری از بروز افسردگی پس از زایمان نیازهای عاطفی بر نیازهای مادی اولویت دارند. عدم رابطه افسردگی پس از زایمان با حمایت ملموس با نتایج پژوهش بارنت و

مهربانی افسردگی پس از زایمان را به‌صورت منفی پیش‌بینی می‌کنند، درحالی‌که مؤلفه حمایت ملموس نقشی در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان ایفا نمی‌کند. این یافته با نتایج پژوهش آفاپور و همکاران (۱۹) که نشان داد حدود ۵۲ درصد از واریانس افسردگی پس از زایمان توسط سازگاری زناشویی و حمایت اجتماعی تبیین می‌شود؛ مسعود نیا (۲۰) که همبستگی منفی معناداری میان افسردگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی گزارش کرد؛ هادسون و همکاران (۲۲) که همبستگی معکوس بین نمرات افسردگی مادران در سه ماه پس از زایمان و حمایت اجتماعی گزارش کردند، دان و همکاران (۲۳) که نشان دادند حمایت اجتماعی تأثیر مستقیمی بر نشانه‌شناسی افسردگی دارد؛ مطالعه گریگوریادیز و همکاران که نشان داد حمایت اجتماعی می‌تواند در افزایش سلامت روان مادران موثر باشد (۲۴). راید و همکاران که گزارش کردند حمایت اجتماعی پایین با افزایش نرخ‌های علائم افسردگی در مادران، در سال نخست پس از زایمان در رابطه است (۲۵)؛ و دیگر مطالعات که گزارش دادند فقدان حمایت اجتماعی از سوی خانواده، شریک زندگی و مادر بیشترین تأثیر را بر بروز افسردگی پس از زایمان دارند (۲۶-۲۸)، همسو است.

حمایت اجتماعی به‌عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده دوستان و سایر افراد تعریف شده است (۴۷)؛ و آگاهی از منابع حمایتی سبب می‌شود که فرد باور کند برای تغییر در موقعیت یا رخداد از کمک دیگران برخوردار است، بنابراین باور فرد منابع مقابله‌ای وی را در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا تقویت می‌کند. بر اساس تعاریف ذکر شده از حمایت اجتماعی یکی از دلایل معنادار بودن نقش حمایت اجتماعی در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان را می‌توان این‌گونه بیان کرد که حمایت اجتماعی به‌عنوان یک ضربه‌گیر اجتماعی و یک عامل محافظت‌کننده در برخورد با رویدادهای



همکاران که حمایت مادی را عامل مهمی در جلوگیری از افسردگی پس از زایمان گزارش کردند ناهمسو است (۴۸). دلیل این یافته ناهمسو را می‌توان وابسته به مسائل فرهنگی چون فرهنگ جمع‌گرایی در جوامع شرقی دانست، زیرا جوامع شرقی در مقایسه با جوامع غربی جمع‌گرا تر هستند، بر اساس این حس جمع‌گرایی می‌توان گفت نیازهای روح و عاطفی در این زنان با زنان جوامع غربی متفاوت است. یک صد و یازده نفر از زنان شرکت‌کننده در این پژوهش زایمان طبیعی و ۹۴ نفر زایمان سزارین داشتند. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد نوع زایمان به لحاظ آماری پیش‌بینی‌کننده معناداری برای افسردگی پس از زایمان است و احتمال بروز افسردگی در زنان پس از زایمان به‌واسطه نوع زایمان وجود دارد. با استفاده از آزمون تی، میانگین نمرات افسردگی پس از زایمان در دو گروه مقایسه شد و مشاهده شد که افسردگی پس از زایمان در زنانی که نوع زایمان آن‌ها سزارین بود به‌طور معناداری بیشتر از زنانی بود که زایمان طبیعی داشتند. این یافته با نتایج پژوهش نجفیان و همکاران (۲۹)؛ آپونگ و همکاران (۳۰)؛ کلمنت (۳۱) که ارتباط معناداری بین نوع زایمان سزارین و افسردگی پس از زایمان گزارش کردند همسو است؛ با توجه به در نظر گرفتن این نکته که زایمان سزارین همراه با عوارض جسمی بسیار بیشتری در مقایسه با زایمان طبیعی است (۳۸) و مادر با بسیاری از محدودیت‌های رفتاری نیز روبه‌رو خواهد شد می‌تواند یکی از دلایل بالاتر بودن میزان افسردگی در این گروه از زنان در این پژوهش باشد. همچنین عوارض جسمی جراحی می‌تواند تصویر ذهنی و واقعی بدن را در مادرانی که زایمان سزارین دارند تحت تأثیر قرار دهد و می‌تواند یکی دیگر از دلایل بالاتر بودن افسردگی در این گروه پس از زایمان بر اساس یافته این پژوهش باشد.

همچنین عمل سزارین هفت برابر بیش تر از زایمان طبیعی باعث عوارض روانی مانند عصبانیت، اضطراب، احساس گناه و ناامیدی در مادر و مرگ و میر بیشتر مادران پس از انجام سزارین می‌شود (۴۹). مکانیسم مشخصی برای ایجاد افسردگی بعد از زایمان سزارین گزارش نشده است ولی شاید مدت زمان طولانی بهبودی کامل، عوارض بیهوشی و جراحی و بازگشت دیرتر به فعالیت‌های روزمره در آن دخیل باشند (۵۰). در مطالعه‌ای که انجام شد مشخص شد سزارین می‌تواند سبب اثرات روحی منفی در بعضی از زنان شود، بطوریکه احساس محرومیت، گناه یا شکست به خاطر نداشتن زایمان طبیعی شرایط را برای افزایش مشکلات انطباقی مادر مساعدتر می‌کند (۵۱). این یافته با نتایج پژوهش شریفی و همکاران (۳۴)، جیمز و همکاران (۳۵)، پاتل و همکاران (۳۶) و تامسون (۳۷) که ارتباط معناداری بین سزارین و افسردگی پس از زایمان گزارش نکردند؛ همچنین چایا و همکاران (۳۳) که گزارش کردند که افسردگی در زنان تحت زایمان سزارین نسبت به زایمان طبیعی کمتر است، ناهمسو است. کلیه پژوهش‌های ناهمسو با نتایج این پژوهش با فاصله زمانی حداقل ۸ ساله از پژوهش حاضر انجام شده‌اند، همچنین هیچ یک در جمعیت زنان ایرانی به انجام نرسیده‌اند، بنابراین تفاوت‌های زمانی و فرهنگی در انجام این پژوهش‌ها می‌تواند دلیل این یافته ناهمسو باشد.

با توجه به این نکته که در این پژوهش حمایت اجتماعی به‌صورت کلی از سوی اطرافیان در نظر گرفته شد، یکی از محدودیت‌های این پژوهش در نظر نگرفتن حمایت اجتماعی به تفکیک افراد مهم زندگی است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده پیرامون علت شناسی افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا این مهم به تفکیک افراد مهم زندگی فرد مانند همسر، خانواده اصلی و دوستان انجام گیرد. همچنین با توجه به نتایج ناهمسو در مورد رابطه نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان

در زنان ایرانی پیشنهاد می‌شود این موضوع در سایر نقاط کشور نیز مورد بررسی قرار گیرد.

### نتیجه گیری

بر اساس نتایج پژوهش‌های حاضر حمایت اجتماعی از سوی اطرافیان نقش بسزایی در کاهش افسردگی پس از زایمان داشت، بنابراین پیشنهاد کاربردی این پژوهش تهیه کتابچه‌هایی مخصوص خانواده‌های زنان باردار برای اطلاع از این موضوع است. همچنین با توجه به نقش زایمان سزارین در بروز افسردگی پس از زایمان پیشنهاد می‌شود پزشکان زنان و زایمان در مواردی که نیاز به جراحی سزارین نیست و تنها به

دلیل ترس مادر از درد زایمان انتخاب شده در کنار آگاهی‌رسانی از عوارض جسمی این نوع زایمان مادران را نسبت به عوارض روحی این نوع زایمان نیز آگاه کند.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خویش را از تمامی کسانی که در انجام پژوهش یاری رساندند، خصوصاً مادرانی که صمیمانه و صبورانه در تکمیل پرسشنامه‌های این پژوهش همکاری کردند، اعلام می‌دارند.

### References

- 1- Corwin EJ, Kohen R, Jarrett M, Stafford B. The heritability of postpartum depression. *Biological Research Nursing* 2010; 12(1): 73-83.
- 2- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Agency for Healthcare Research and Quality, Evidence Report, Technology Assessment 2005; 119:1-8.
- 3- Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders* 2006; 91: 97-111.
- 4- Reck C, Stehle E, Rening-Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-TV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders* 2009; 113: 77-87.
- 5- Noble RE. Depression in Women. *Metabolism* 2005; 54: 49-52.
- 6- Sherwen L, Scolovena MA, Weingarten C. *Maternity nursing*. London: appltion & angle 2003; 90-113.
- 7- Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of self-reported postpartum depressive symptoms—17 States, 2004-2005. *MMWR MorbMortal Wkly Rep* 2008; 57: 361-6.
- 8- Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 316-21.
- 9- Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, NazhadJafar P, Razaie M. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women. *East Mediterr Health J* 2005; 11(4): 618-24. [Persian]
- 10- Nikpour M, Delavar M, Abedian Z. Type of delivery and self-reported postpartum symptoms among Iranian women. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2012; 40(1): 144-7.
- 11- Fu CW, Liu JT, Tu WJ, Yang JQ, Cao Y. Association between serum 25-hydroxyl vitamin levels measured 24 hours after delivery and postpartum depression. *International Journal of Obstetrics Gynecology* 2015; 122(12): 1688-1694.
- 12- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research* 2001; 50: 275-285.
- 13- Tahirkheli NN, Cherry AS, Tackett AP, McCaffree MA, Gillaspay SR. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. *Int J Womens Health* 2014; 6: 975-87.
- 14- Harley K, Eskenazi B. Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among woman of Mexican descent. *Social Science & Medicine* 2006; 62: 3048-3061.

- 15- Elsenbruch S, Benson S, Ruke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus M, Klap P, Arck P. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction* 2007; 22(3): 869-877.
- 16- Siger K, Renk K. Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, child characteristics, and social support. *J Youth adolescence* 2007; 36: 567-581.
- 17- Mohammadi A, Adalatzadeh-Aghdam G, Ranji S. Comparison of postpartum depression of working woman and housewives and its relationship with social support and marital adjustment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2011; 30, 1837 – 1839
- 18- Ghodsi AM. The relationship between social support and depression. *Sociology Ph.D Thesis, Tarbiat Modarres University in Tehran* 2002; 35-50. [Persian]
- 19- Aghapour M, Muhammad A. Comparison of Employed and Unemployed Women postpartum depression and its relationship with social support and marital adjustment. *Woman and Family Studies* 2009; 1(4): 32-39. [Persian]
- 20- Masoudnia E. Relationship between Perceived Social Support and Risk of Postpartum Depression disorder. *Iran Journal of Nursing (IJN)* 2011; 24(70): 8-18. [Persian]
- 21- Grigoriadis S, Erlick-Robinson G, Fung K, Ross L, Chee C, Yin I, et al. Traditional postpartum practices and rituals: clinical implications. *Can J Psychiatry* 2009; 54:834–40.
- 22- Hudson DB, Elek SM, Campbell-Grossman C. Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parent's project. *Adolescence* 2000; 35(139): 445-53.
- 23- Don MC, Birkimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(1): 46-54.
- 24- Evans M, Donelle L, Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups A content analysis. *Patient Education and Counseling* 2012; 87:405–410.
- 25- Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *J Pediatr Health Care* 2007; 21(5): 289-98.
- 26- Witt WP, DeLeire T, Hagen EW, Wichmann MA, Wisk LE, Spear HA, et al. The prevalence and determinants of antepartum mental health problems among women in the USA: a nationally representative population-based study. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13: 425–37.
- 27- Lindberg I, Ohrling K, Christensson K. Expectations of post-partum care among pregnant women living in the north of Sweden. *Int J Circumpolar Health* 2008; 67: 472–83.
- 28- Jeong HJ, Lim JS, Lee MS, KiM SH, Jung IK, Joe SH. The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *General Hospital Psychiatry* 2013; 35: 354-358.
- 29- Najafian M, Cheraghi G. The relationship between postpartum depression and childbirth. *Of Jondishapur Journal of Health Sciences* 2013; 13(1): 75-67.
- 30- Ukpong DI, Owolabi AT. Postpartum emotional distress: A controlled study of Nigerian women after caesarean child birth. *J Obstet Gynaecol* 2006; 26: 127-9.
- 31- Clement S. Psychological aspect of cesarean section. *Best Practice Research Clinical Obstet & Gynaecol* 2001; 15(1): 109-126.
- 32- Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom Med* 2006; 68(2): 321-30.
- 33- Chaaya M, Campbell OM, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Post-partum depression: Prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Women Ment Health* 2002; 5: 65-72.
- 34- Sharifi Kh, SuuKyi Z, Akbari H, Sharif SM. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *Journal of Grace* 2008; 12(1): 55-50. [Persian]
- 35- Eisenach J, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, and et.al. Severity of Acute Pain After childbirth, but not type of delivery predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain* 2008; 15; 140(1): 87–94.
- 36- Patel RR, Murphy DI, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression. A cohort study. *BMJ* 2005; 330(7496): 879.

- 37- Thompson JF, Roberts GI, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after child birth: Association with parity and method of birth. *Birth* 2002; 29(2): 83-94.
- 38- Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31(5): 728-38.
- 39- Dareshouri 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 prim parous women. *Jondishapur Journal of Health Sciences* 2012; 3(4): 495-504. [Persian]
- 40- Eberhard-Gram M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104(4): 243-249.
- 41- Mazhari S, Nakhaee N. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Iranian sample. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10(6): 293-297. [Persian]
- 42- Salehi-Kassai P. The prevalence of postpartum depression in both groups of mothers with vaginal delivery and caesarean section. [Master's Thesis]. Tehran, Iran: University of Medical Sciences. School of Nursing and Midwifery 1994. [Persian]
- 43- Behbodi-Moghadam Z. Prevalence of postpartum depression and risk factors in women referred to health centers Beheshti University of Medical Sciences. [Master's Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing and Midwifery 2007. [Persian]
- 44- Sherbourne D, Stewart AL. The Mos social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32(6): 705-714.
- 45- Jahanbakhsh N, Zandipour T. Evaluating the effectiveness of group counseling based on Lazarus multimodal approach with my patients. *S based mental health improvement and strengthening of social protection. Psychology studies* 2011; 7: 65-84. [Persian]
- 46- Tamanayifar MR, MansourNik A. Relation of personality traits, social support and life satisfaction and academic performance. *Journal of Research and Planning in Higher Education* 2014; 71:149-166. [Persian]
- 47- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine* 1976; 38(5): 300 - 314.
- 48- Barnett 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; 150(1): 64-9.
- 49- Shorten A, Chamberlain M, Shorter B, Hariminia A. making choices for childbirth : development o and testing of a decision –aid for women who have experienced social support, self-esteem and stress as predictor of adjustment to university among first –year under graduates .*journal leigh Bronwyn milgrom Jeannette risk factor for antenatal depression postnatal depression and parenting stress. bmc psychiatry* 2008; 8: 24-32.
- 50- Kamranpour SB, Shakiba M. Cesarean section and post-partum depression. *Iranian Journal Obstetrics & Gynecology Infertility* 2012; 15 (1,part 41): 56-62 . [Persian]
- 51- Inandi T, Elci OC, Oztruk A, Egri M, Polat A, Shin TK. Risk factors for depression in postnatal first year in eastern turkey. *International Epidemiology* 2002; 31(6): 1201-10.