

Relationship between Prenatal Depression with Social Support and Marital Satisfaction

ARTICLE INFO

Article Type

Original research

Authors

Noury R.* *PhD*,
Karimi N.¹ *BSc*,
Mohammadi M.² *MD*

How to cite this article

Noury R, Karimi N, Mohammadi M. Relationship between Prenatal Depression with Social Support and Marital Satisfaction. Sarem Journal of Reproductive Medicine. 2017;1(4):153-157.

*Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Kharazmi University, Tehran, Iran

¹Psychology & Educational Sciences Faculty, Kharazmi University, Tehran, Iran

²Sarem Fertility and Infertility Research Center (SAFIR), Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran

Correspondence

Address: -

Phone: -

Fax: -

rynoury@yahoo.com

Article History

Received: April 20, 2016

Accepted: October 16, 2016

ePublished: November 15, 2017

ABSTRACT

Aims Depression during pregnancy is one of the risk factors for postpartum depression and other complications of mothers and infants. The objective of this study was to determine the relationships between social support and marital satisfaction with depression during pregnancy.

Materials & Methods This descriptive-correlational study was conducted on 70 pregnant women who referred to private clinics of Karaj (Iran) during a period of 6 months to receive prenatal care in the last 3 months of gestation. The information of the women was collected by Beck depression inventory (BDI-II), Enrich marital satisfaction and Wax social support (SS-A) questionnaires. The data were analyzed by correlation coefficient, regression variance analysis (univariate and multivariate) using SPSS software.

Findings There were significant correlations between depression during pregnancy with social support ($r = -0.368$) and marital satisfaction ($r = -0.316$). Social support and marital satisfaction predicted 15.3% of prenatal depression's variances. Social support was a better predictor for prenatal depression than marital satisfaction.

Conclusion There are significant correlations between depression during pregnancy with social support and marital satisfaction. Social support has a more important role in the prediction of depression during pregnancy than marital satisfaction.

Keywords Depression Disorder; Social Support; Marital Satisfaction; Beck Depression; ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire; Wax Social Support Questionnaire

CITATION LINKS

[1] Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: A hospital ... [2] Cohort study of depressed mood during pregnancy and ... [3] Antenatal risk factors for postnatal depression ... [4] Sociodemographic predictors of antenatal and ... [5] The course of anxiety and depression through pregnancy ... [6] Depression and anxiety in Singaporean ... [7] Study of type of delivery with incidence of early ... [8] Rates and risk factors associated with depressive ... [9] Prevalence of depression during pregnancy ... [10] Perinatal depression: A systematic ... [11] Suicide: The leading cause of ... [12] Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently ... [13] Proactive nursing: The evolution of a task force to help women with ... [14] Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and ... [15] Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis ... [16] Antenatal maternal anxiety is linked with atypical handedness ... [17] Prevalence and factors associated with development of antenatal and postnatal ... [18] Antenatal depression strongly predicts postnatal depression ... [19] Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting ... [20] Prenatal prediction of poor maternal and offspring ... [21] The association of psychosocial factors and ... [22] Association between mental stress and ... [23] Health psychology: Biopsychosocial ... [24] The buffering effect of relationship satisfaction on emotional ... [25] The association between depression and marital ... [26] Antenatal risk factors for postnatal depression: A prospective ... [27] Antenatal depression in East Asia: A review of ... [28] Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments ... [29] Comparison of postpartum depression after natural delivery and emergency cesarean in first pregnant women who refer ... [30] Comparison of postpartum depression between occupied ... [31] Causal relationship between stressful life events ... [32] Measuring social support in pregnancy ... [33] Evaluation of a social support measure that ... [34] Relationships between marital satisfaction ... [35] Study of scientific model of personality ... [36] Depression in pregnancy and ... [37] Intimate relationships and depression: Is there ...

رابطه افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی

ربابه نوری * PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

نجمه کریمی BSc

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مژگان محمدی MD

مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، تهران، ایران

چکیده

اهداف: افسردگی دوران بارداری یکی از عوامل خطر افسردگی پس از زایمان و مشکلات دیگر در مادران و نوزادان است. هدف این مطالعه، تعیین رابطه حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی با افسردگی دوران بارداری بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-همبستگی، ۷۰ زن باردار در سه ماه آخر بارداری که برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری طی یک دوره ۶ ماهه به کلینیک‌های خصوصی شهر کرج مراجعه کرده بودند، بررسی شدند. شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌های افسردگی بک (BDI-II)، رضایت زناشویی انریچ و حمایت اجتماعی وکس (SS-A) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS به کمک آزمون ضریب همبستگی و تحلیل واریانس رگرسیون (یک‌متغیره و چندمتغیره) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: همبستگی معنی‌داری بین افسردگی با حمایت اجتماعی ($r = -0.368$) و رضایت زناشویی ($r = -0.316$) وجود داشت. حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی ۱۵/۳٪ واریانس افسردگی دوران بارداری را پیش‌بینی و تبیین کردند. حمایت اجتماعی متغیر مهم‌تری در پیش‌بینی افسردگی دوران بارداری در مقایسه با رضایت زناشویی بود.

نتیجه‌گیری: افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی، همبستگی معکوس و معنی‌داری دارد و حمایت اجتماعی نسبت به رضایت زناشویی نقش مهم‌تری در پیش‌بینی افسردگی دوران بارداری دارد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی دوران بارداری، حمایت اجتماعی، رضایت زناشویی، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، پرسشنامه حمایت اجتماعی وکس

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۲/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۷/۲۵

*نویسنده مسئول: rynoury@yahoo.com

مقدمه

افسردگی دوران بارداری بیماری شایعی است [1]. زنان در دوره حاملگی بیشتر از دوران پس از زایمان مستعد افسردگی هستند [2]. درصد نسبتاً زیادی از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در دوره بارداری هم افسرده بودند. زنان در انگلستان ۵۶٪، استرالیا ۳۶٪ و ایالات متحده ۳۹٪ به این بیماری دچار می‌شوند [3-5]. میزان اختلال افسردگی اساسی، افسردگی خفیف و هم‌آیندی افسردگی و اضطراب، در نمونه‌ی زنان باردار سنگاپوری به ترتیب ۱۱، ۷ و ۵٪ گزارش شد. همچنین، میزان افسردگی اساسی در بارداری‌های پرخطر بیشتر از سایر بارداری‌ها گزارش شده است (۱۱٪ در مقابل ۴/۳٪) [6].

در پژوهش فرزد و میراسدی نشان داده شده است که حدود ۵۵٪ زنان بعد از زایمان دچار علائم زودرس افسردگی می‌شوند که در زایمان به روش سزارین این میزان بسیار بیشتر است [7]. میزان افسردگی حین بارداری در پژوهش‌های مختلف، از ۲۸/۳٪ [8] تا ۶/۵-۱۲/۹٪ [9] متفاوت بوده است. علاوه بر این، به‌نظر می‌رسد در ماه‌های متفاوت بارداری میزان افسردگی متفاوت باشد، به طور

مثال از ۷/۴٪ در سه‌ماه اول تا ۱۲/۸٪ و ۱۲٪ به ترتیب در سه‌ماه دوم و سوم، این میزان متفاوت است [10].

افسردگی دوران بارداری بر سلامت مادر و نوزاد تاثیر زیادی می‌گذارد. این تاثیرات شامل خطر خودکشی مادر [11]، اختلال در رشد شناختی کودک [12]، تاثیر بر دلبستگی مادر و نوزاد [13]، خطر نارس بودن نوزاد و وزن کم هنگام تولد و همچنین خطر مرگ نوزاد [14] هستند. نکته بسیار مهم آنکه افسردگی دوران بارداری، یکی از مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بین افسردگی پس از زایمان است [3, 15-20].

عوامل خطر روانی- اجتماعی مانند ضعف یا فقدان حمایت اجتماعی، استرس‌های زندگی، بیماری‌های روان‌پزشکی و سابقه بدرفتاری و آزار در دوران کودکی و ضعف عزت نفس [21] در دوران بارداری، احتمال خطر افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد. دلیل اهمیت متغیرهای روانی- اجتماعی به علت اثر کاهنده آنها بر استرس است زیرا، دوران بارداری دوره تغییر است. ۹۰٪ زنان باردار دچار استرس‌های متوسطی‌اند که نیمی از این استرس‌ها با علائم جسمی بارداری مرتبط است [22]. یکی از عواملی که می‌تواند اثر کاهنده استرس داشته باشد و به‌شدت با افسردگی دوران بارداری ارتباط دارد، حمایت اجتماعی است که منظور میزان احترام، احساس تعلق، عشق و محبتی است که فرد از دیگران دریافت می‌کند [23]. تعاملات و تعارضات اجتماعی می‌تواند راه‌انداز افسردگی باشد. برای بسیاری از بزرگسالان، ازدواج مهم‌ترین رابطه اجتماعی است [24]. ارتباط بین کیفیت ازدواج و افسردگی در حد متوسط است، این همبستگی در زنان ۴۲٪- و در مردان ۳۷٪- است [25]. پژوهشی در چین نشان داده است که نارضایتی از ازدواج، نارضایتی از ارتباط با خانواده، افسردگی دوران بارداری و شخصیت مستعد اضطراب مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های افسردگی پس از زایمان بودند [26]. پژوهش‌های دیگری که در آسیای شرقی در زمینه عوامل خطر افسردگی دوران بارداری انجام شده است، نتایج همسو و مشابه جوامع غربی ارائه داده است. سن پایین، مصرف سیگار، سواد و تحصیلات کمتر، بی‌کاری، و در دسته عوامل روان‌شناختی حمایت ضعیف همسر و حمایت خانوادگی ضعیف [27] از جمله این عوامل هستند. پژوهشی در ترکیه نشان داده است که بین کیفیت ضعیف ارتباط با اعضای خانواده در سه‌ماه سوم بارداری و افسردگی همبستگی وجود دارد [28].

هادی‌زاده و همکاران نیز بین افسردگی پس از زایمان و کیفیت رابطه زناشویی همبستگی منفی معنی‌داری به دست آوردند [29]. همچنین آقایی و همکاران در پژوهش خود در زمینه حمایت اجتماعی و سازگاری زناشویی با افسردگی پس از زایمان گزارش دادند. ۵۲٪ واریانس افسردگی پس از زایمان توسط سازگاری زناشویی و حمایت اجتماعی تبیین می‌شود [30]. کلیه پژوهش‌های ذکر شده در زمینه افسردگی پس از زایمان بوده‌اند و پژوهش‌های کمتری رابطه حمایت اجتماعی و سازگاری زناشویی با افسردگی دوران بارداری را بررسی کرده‌اند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی اجرا شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش توصیفی حاضر از نوع همبستگی طی یک دوره شش‌ماه بین زنان باردار مراجعه‌کننده به مطب‌های خصوصی در سه‌ماهه آخر بارداری، در شهر کرج اجرا شد. تعداد ۷۰ نفر با روش نمونه‌گیری

بین افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی ($r = -0.368$) و با رضایت زناشویی ($r = -0.316$) همبستگی معنی‌داری وجود داشت. به عبارت دیگر هرچه حمایت اجتماعی بیشتر شود میزان افسردگی کمتر و هرچه بر میزان رضایت زناشویی افزوده شود، از میزان افسردگی دوران بارداری کاسته می‌شود.

جدول ۱) فراوانی مطلق و فراوانی نسبی (ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش: ۷۰ زن)

متغیر	فراوانی (درصد)
تحصیلات	
ابتدایی	۱ (۱/۴)
راهنمایی	۶ (۸/۶)
دیپلم	۳۹ (۵۵/۷)
فوق دیپلم	۷ (۱۰/۰)
لیسانس	۱۶ (۲۲/۶)
فوق لیسانس	۱ (۱/۴)
شغل	
خانه‌دار	۵۰ (۷۱/۴)
شاغل	۲۰ (۲۸/۶)
ماه بارداری	
هفتم	۳۱ (۴۴/۳)
هشتم	۱۵ (۲۱/۴)
نهم	۲۴ (۳۴/۳)

۱۵٪ از نمره افسردگی دوران بارداری از طریق حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی تبیین می‌شود ($F = 6.051$; $p = 0.004$; $R^2 = 0.153$) (Square). نمره حمایت اجتماعی مهم‌ترین نقش را در پیش‌بینی افسردگی دوران بارداری داشت. تغییری به اندازه یک انحراف معیار در نمره حمایت اجتماعی، موجب -0.278 انحراف معیار در افسردگی دوران بارداری شد. در حالی که یک انحراف معیار تغییر در نمره رضایت زناشویی، تنها -0.16 انحراف معیار تغییر در افسردگی دوران بارداری ایجاد کرد (جدول ۲).

جدول ۲) نتایج ضرایب رگرسیون چندمتغیری شرکت‌کنندگان در پژوهش برای پیش‌بینی افسردگی بارداری براساس حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی

متغیر	ضرایب نمرات خام (B)	خطای استاندارد	ضرایب نمرات استاندارد (بتا)	میزان t	سطح معنی‌داری
حمایت اجتماعی	-0.296	0.144	-0.278	-2.049	0.044
رضایت زناشویی	-0.142	0.120	-0.160	-1.183	0.241
عدد ثابت	40.965	8.598	-	4.764	0.001

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی اجرا شد. همسو با یافته‌هایی که در زمینه افسردگی پس از زایمان وجود داشت، افسردگی دوران بارداری نیز همبستگی معکوس و متوسطی با حمایت اجتماعی ($r = -0.368$) و رضایت زناشویی ($r = -0.316$) داشت. یافته حاضر، با پژوهش‌های دیگری که در این زمینه وجود داشت همسو بود [25-29]. استرس اصولاً با آسیب‌های روانی همراه است [31]، از آنجایی که بارداری نیز نوعی استرس محسوب می‌شود، طبیعی است که با افسردگی همبستگی متوسطی داشته باشد. پژوهش‌های موجود نشان داده‌اند که ۵۰ تا ۸۰٪ افراد افسرده، در مقایسه با ۲۰ تا ۳۰٪

درسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، بارداری اول یا نداشتن فرزند، زندگی با همسر و مراجعه به مراکز درمانی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل ابتلا به بیماری‌های جسمی به ویژه دیابت یا سایر بارداری‌های پرخطر و ابتلا به بیماری‌های شدید روانی بود.

از پرسش‌نامه‌های زیر به عنوان ابزار پژوهش استفاده شد:

پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II): این پرسش‌نامه توسط بک در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است. دارای ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف افسردگی است که از آزمودنی خواسته می‌شود، شدت این نشانه‌ها را براساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۳ درجه‌بندی کند. این آزمون، به صورت خودسنجی و دامنه نمره‌ها بین حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ قرار دارد، اما تنها در سطوح بسیار شدید افسردگی نمره ۴۰ تا ۵۰ به دست می‌آید و نمره افراد افسرده به طور معمول بین دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. //وی و کابین، اعتبار درونی این پرسش‌نامه را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. در نمونه ایرانی، ضریب همبستگی این پرسش‌نامه به روش بازآزمایی و در فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش شده است.

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی (SS-A): این پرسش‌نامه توسط واکس و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است و دارای ۲۳ سؤال است که سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را دربرمی‌گیرد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه چهارگزینه‌ای شامل "بسیارموافق"، "موافق"، "مخالف" و "بسیارمخالف" است. حداقل و حداکثر نمره‌ای که از این آزمون به دست می‌آید برابر با ۲۳ و ۹۲ است که چهار ماده ۱۰، ۱۳، ۲۱ و ۲۲ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب پایایی این آزمون در نمونه دانشجویی در کل مقیاس، ۰/۹۰ و در نمونه دانش‌آموزی، ۰/۷۰ و در اجرای مجدد در جمعیت دانش‌آموزی پس از ۶ هفته، ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه رضایت زناشویی/انریچ (ENRICH): این پرسش‌نامه در پژوهش‌های متعدد برای بررسی رضایت زناشویی استفاده شده است. این پرسش‌نامه براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تدوین شده و دارای ۱۱۵ سؤال و ۱۲ مقیاس است. پاسخ به سؤال‌ها به صورت پنج گزینه‌ای است. با توجه به طولانی بودن سؤالات، فرم کوتاه مدتی پس از آن استخراج و در این پژوهش از فرم ۴۷ سؤالی استفاده شد. اعتبار این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ گزارش شده است. در پژوهش مهدویان ضریب همبستگی پیرسون برای بازآزمایی به فاصله یک هفته برای مردان، ۰/۹۷ و برای زنان، ۰/۹۹ به دست آمد. ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با مقیاس رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ بوده است.

تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS، از طریق آزمون ضریب همبستگی برای ارتباط افسردگی با حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی، آزمون تحلیل واریانس رگرسیون (یک‌متغیره و چندمتغیره) به منظور تبیین تعیین میزان افسردگی براساس نقش حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی انجام شد.

یافته‌ها

۴۴/۳٪ زنان در ماه هفتم بارداری بودند (جدول ۱). میانگین نمره افسردگی زنان، 12.74 ± 8.99 بود. ۹۱/۴٪ بارداری‌ها خواسته، ۲/۸۵٪ سابقه مرده‌زایی، ۱۲/۸۵٪ سابقه سقط و ۴/۲۸٪ سابقه نازایی داشتند. همچنین، ۱۱/۴٪ سابقه افسردگی شخصی و ۱۰٪ سابقه خانوادگی افسردگی داشتند.

همبستگی معکوس معنی‌داری دارد و حمایت اجتماعی نسبت به رضایت زناشویی نقش مهم‌تری در پیش‌بینی افسردگی دوران بارداری دارد.

تشکر و قدردانی: موردی از سوی نویسندگان ذکر نشده است.

تأییدیه اخلاقی: نیازی نبود.

تعارض منافع: موردی وجود نداشته است.

منابع مالی: موردی از سوی نویسندگان ذکر نشده است.

سهم نویسندگان: ربابه نوری (نویسنده اول)، نگارنده مقاله/روش‌شناسی/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ نجمه کریمی (نویسنده دوم)، نگارنده مقاله/پژوهشگر اصلی/تحلیل‌گر آماری (۳۰٪)؛ مژگان محمدی (نویسنده سوم)، نگارنده مقاله/پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۳۰٪)

منابع

- 1- Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum G, Moin SS. Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: A hospital-based cross-sectional study. *Sci World J.* 2012;2012:653098.
- 2- 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.
- 3- Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *J Affect Disord.* 2008;108(1-2):147-57.
- 4- Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in medical group practice. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(3):221-7.
- 5- Heron J, O'Conner TG, Evans J, Golling J, Glover V; ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004;80(1):65-73.
- 6- Thiagayson P, Krishnaswamy G, Lim ML, Sung SC, Haley CL, Fung DS, et al. Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies: Prevalence and screening. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35(2):112-6.
- 7- Farzad M, GhaziMirsaid SB. Study of type of delivery with incidence of early depressive symptoms after delivery. *shahidbehshiti J Med Sci.* 2005;29(4):331-5. [Persian]
- 8- Verreault N, DaCosta D, Marchand A, Ireland K, Dritas M, Khalife S. Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2014;35(3):84-91.
- 9- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: Systemic review. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):698-709.
- 10- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-broy S, Gartlenhner G, Swinson T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005;106(5 Pt 1):1071-83.
- 11- Oates M. Suicide: The leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry.* 2003;183(4):279-81.
- 12- O'Connor TG, Heron J, Glover V; Alspac Study Team. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(12):1470-7.
- 13- Straub H, Cross J, Curtis S, Iverson S, Jacobsmeier M,

افراد غیرافسرده؛ تا ۶ ماه قبل از افسردگی، استرس‌هایی در زندگی تجربه کرده بودند^[31]. این در حالی است که تعدادی از نمونه‌های پژوهش طی دوران بارداری خود مشکلاتی مانند مرده‌زایی، سقط جنین یا نازایی داشتند که این خود زمینه مناسبی برای بروز یا ایجاد افسردگی است.

همان‌طور که پژوهش‌های مرتبط با استرس نشان داده‌اند، عواملی مانند حمایت اجتماعی قادر است رابطه بین افسردگی و استرس را تحت تأثیر خود قرار داده و با کاهش اثر استرس، از میزان افسردگی بکاهد. این یافته با پژوهش‌های مختلف دیگری که در جمعیت زنان باردار انجام شده همسو بود^[32, 33]. در پژوهش ویستر و همکاران، زنان دارای حمایت اجتماعی کمتر در مقایسه با زنان دارای حمایت اجتماعی مطلوب بیشتر در معرض افسردگی دوران بارداری و افسردگی پس از زایمان بودند. همچنین، پژوهش اسپوزاک و همکاران^[33] نشان داده است که افزایش یک‌واحدی و دوواحدی در نمره حمایت اجتماعی به ترتیب با کاهش ۵۸/۳ و ۸۲/۶٪ در احتمال افسردگی، همسویی دارد.

رضایت زناشویی با افسردگی دوران بارداری نیز همبستگی معکوسی داشت. به این ترتیب، هرچه فرد باردار رضایت زناشویی بیشتری داشته باشد، احتمال افسردگی دوران بارداری در وی کاهش می‌یابد. این یافته نیز با پژوهش‌های دیگری که در جمعیت افراد عادی انجام شده همسو بود. به این ترتیب، بین علایم افسردگی دوران بارداری و رضایت از رابطه زناشویی همبستگی معکوسی وجود دارد. یافته مذکور نیز همسو با پژوهش‌های دیگری بود که در جمعیت زنان باردار انجام شده است^[34-37].

حمایت اجتماعی ۱۵٪ واریانس افسردگی دوران بارداری را تبیین کرد که اثر تعیین‌کنندگی آن بیشتر از رضایت زناشویی بود. سهم بیشتر حمایت اجتماعی در تبیین افسردگی دوران بارداری می‌تواند از این نظر باشد که حمایت اجتماعی، منابع ارتباطی و حمایتی گسترده‌ای را پوشش می‌دهد و منابع حمایتی ازدوستان و اعضای دیگر خانواده را هم شامل می‌شود. به این ترتیب، چنان‌چه رابطه زناشویی رضایت بخش نباشد، حمایتی که فرد از خانواده اولیه، دوستان و سایرین دریافت می‌کند می‌تواند از میزان استرس وی کاسته و اثر افسردگی را کاهش دهد. با توجه به شیوع افسردگی در دوران بارداری^[3-5] و عوارض آن بر مادر و کودک^[11-14]؛ به نظر می‌رسد اقدامات اساسی برای شناسایی و درمان این بیماری، حتی در حد یک اختلال یا تحت بالینی و شدید یا خفیف ضروری باشد. ارتباطات مناسب و رضایت‌بخش با همسر و اطرافیان از جمله خانواده، دوستان و سایر افراد می‌تواند از علایم افسردگی زنان بکاهد و هرچه چنین روابطی بیشتر باشد، از میزان افسردگی کاسته می‌شود. با توجه به یافته‌های بالا به خصوص، در زنان بارداری که از علایم افسردگی رنج می‌برند، بهبود کیفیت ارتباط آنان با همسر و اطرافیان‌شان می‌تواند بر افسردگی آنان، تأثیر کاهنده مشخصی بگذارد. در این رابطه، مداخلاتی که بر کیفیت روابط افراد با همسران و شبکه‌های ارتباطی آنان مستقیماً عمل می‌کنند، می‌تواند از اهمیت بالاتر و بیشتری برخوردار باشد. پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی از جمله انتخاب یک شهر، بررسی در سه‌ماهه آخر بارداری، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس روبه‌رو بود.

نتیجه‌گیری

افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی،

26- Siu BWM, Leung SSL, Ip P, Hung SF, O'Hara MW. Antenatal risk factors for postnatal depression: A prospective study of Chinese women at maternal and child health centres. *BMC Psychiatry*. 2012;12:22.

27- Schatz DB, Hsiao MC, Liu CY. Antenatal depression in East Asia: A review of the literature. *Psychiatry Investig*. 2012;9(2):111-8.

28- Senturk V, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: A cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*. 2011;11:48.

29- HadizadeTalasaz F, Bahri N, Tavakollizadeh J. Comparison of postpartum depression after natural delivery and emergency cesarean in first pregnant women who refer to "22 Bahman Hospital" of Gonabad city (2003). *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2004;8(4):21-30. [Persian]

30- Aghapour M, Mahmoudi A. comparison of postpartum depression between occupatied women and householders and it's relationship to social support and marital adjustment. *J Women Stud fam*. 2008; 1(4):9-32- [Persian]

31- Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry*. 1999;156(6):837-41.

32- Webster J, Linnane JW, Dibley LM, Hinson JK, Starrenburg SE, Roberts JA. Measuring social support in pregnancy: Can it be simple and meaningful?. *Birth*. 2000;27(2):97-101.

33- Spoozak L, Gotman N, Simth MV, Belanger K, Yonkers KA. Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy *J Affect Disord*. 2009;114(1-3):216-23.

34- Bakhshi H, Asadpor M, khodadadizade A. Relationships between marital satisfaction with depression in couples. *Sci J Qazvin Univ Med Sci*. 2007;11(2):37-43. [Persian]

35- Sayadi A. Study of scientific model of personality traits (Big Five), coping styles and mental health with marital satisfaction [Dissertation]. Tehran: Kharazmi University; 2007. [Persian]

36- Omidvar S, Khairkhah F, Azimi Urimi H. Depression in pregnancy and related factors. *Med J Hormozgan Univ*. 2007;11(4):213-219. [Persian]

37- Buruns DD, Sayers SL, Moras K. Intimate relationships and depression: Is there a causal connection?. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(5):1033-43.

Anderson C, et al. Proactive nursing: The evolution of a task force to help women with postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 1998;23(5):262-5.

14- Adler J, Fink N, Bitzer J, Hosli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20(3):189-209.

15- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289-95.

16- Glover V, O'Connor TG, Heron J, Golding J; ALSPAC Study Team. Antenatal maternal anxiety is linked with atypical handedness in the child. *Early Hum Dev*. 2004;79(2):107-18.

17- Mohamad KI, Gamble J, Greedy DK. Prevalence and factors associated with development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery*. 2011;27(6):e238-45.

18- Faisal-Cury A, Menezes PR. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(4):446-50.

19- Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*. 2008;8:24.

20- Chittleborough CR, Lawlor DA, Lynch JW. Prenatal prediction of poor maternal and offspring outcomes: Implications for selection into intensive parent support programs. *Matern Child Health J*. 2012;16(4):909-20.

21- Jeong HG, 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. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(4):354-8.

22- Zhang S, Ding Z, Liu H, Chen Z, Wu J, Zhang Y, Yu Y. Association between mental stress and gestational hypertension/preeclampsia: A meta-analysis. *Obstet Gynecol Surv*. 2013;68(12):825-34.

23- Sarafino EP, Smith EP. *Health psychology: Biopsychosocial interaction*. New York: Wiley. 2014. 560p.

24- Rosand GMB, Slinning K, Eberhard-Gran M, Roysamb E, Tambs K. The buffering effect of relationship satisfaction on emotional distress in couples. *BMC Public Health*. 2012;12:66.

25- Whisman MA. The association between depression and marital dissatisfaction. In: *Marital and Family processes in depression*. Washington DC: American