

## رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب سه ماهه سوم بارداری

مهدی عبدالهزاده رافی<sup>۱</sup>، مریم حسن‌زاده اول<sup>۲</sup>، شکوفه احمدی<sup>۳</sup>، محمد طاهری<sup>۴</sup>، محمدعلی حسینی<sup>۵</sup>

### چکیده

**مقدمه:** این تصور که تغییرات در محیط جنین می‌تواند اثرات بلند مدت یا حتی پایدار در تحول کودک داشته باشد روزبه‌روز در جوامع علمی بیشتر مورد پذیرش قرار می‌گیرد. در حقیقت تجارب درون رحمی می‌تواند عمیقاً بر فتوس اثر بگذارد؛ حتی این تأثیر می‌تواند بر تحول بعد از زایمان تا بزرگسالی ادامه داشته باشد. توجه به عواملی که از اضطراب و افسردگی دوران بارداری بکاهند، ضروری به نظر می‌رسد. یکی از این عوامل حمایت اجتماعی است. هدف این پژوهش تعیین رابطه حمایت اجتماعی با اضطراب و افسردگی سه ماهه سوم بارداری بود.

**روش:** این تحقیق از نوع همبستگی می‌باشد. به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، نمونه‌ای به اندازه ۹۵ نفر از زنان باردار شهر شیراز در تابستان ۱۳۸۷ انتخاب شد و با استفاده از سه پرسشنامه حمایت اجتماعی، اضطراب دوران بارداری و افسردگی، اطلاعات گردآوری شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده گردید. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی با افسردگی سه ماهه سوم بارداری رابطه منفی معنادار دارد ( $p=0/001$ )؛ ولی با اضطراب سه ماهه سوم بارداری رابطه معناداری ندارد ( $p=0/09$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان داد با افزایش یا کاهش حمایت اجتماعی، افسردگی سه ماهه سوم بارداری کاهش یا افزایش می‌یابد. این یافته می‌تواند مورد استفاده متخصصانی که با بهداشت روان زنان باردار سر و کار دارند، قرار بگیرد.

**کلید واژه‌ها:** حمایت اجتماعی، سه ماهه سوم بارداری، اضطراب، افسردگی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱/۱۴

- ۱ - دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی تهران
  - ۲ - کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
  - ۳ - کارشناس ارشد روان‌پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
  - ۴ - کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
  - ۵ - دکترای مدیریت پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران (نویسنده مسؤول)
- پست الکترونیکی: mahmamy@yahoo.com

## مقدمه

این تصور که تغییرات در محیط رحم می‌تواند اثرات بلند مدت یا حتی پایدار در تحول کودک داشته باشد، روزبه‌روز در جوامع علمی بیشتر مورد پذیرش قرار می‌گیرد. در حقیقت تجارب درون رحمی می‌تواند عمیقاً بر فتوس اثر بگذارد؛ حتی این تأثیر می‌تواند بر تحول بعد از زایمان تا بزرگسالی ادامه داشته باشد (۱). بارداری یک دوره حاد در زندگی زنان است که در طی آن تغییرات هیجانی، جسمانی و اجتماعی زیادی رخ می‌دهد (۲) و زنان تلاش می‌کنند خود را با این تغییرات سازگار کنند (۳). حدود ۹۰٪ از زنان دست کم یک مرتبه در طول زندگی باردار می‌شوند؛ بارداری رویدادی است که بسیاری از دیدگاه‌های زندگی یک زن را تغییر می‌دهد و ظرفیت مهمی است که در سلامتی، خوشبختی و نقش‌های اجتماعی یک زن تأثیر می‌گذارد (۴). تأثیر فرایندهای روان‌شناختی مادر بر رشد و سلامتی جنین بسیار گسترده و فراگیر است، چرا که فضای درون رحمی پیوسته از هیجان‌ها و وضعیت روانی مادر تأثیر می‌پذیرد (۵). اگرچه یک زن باردار محیطی برای رشد جنین است، اما تغییرات روان‌شناختی یا اختلالات ذهنی‌اش روی جنین تأثیر می‌گذارد. اضطراب و افسردگی از جمله تغییرات روان‌شناختی هستند که اثرات منفی روی مادر و جنین می‌گذارند (۳). دوران بارداری از پر استرس‌ترین دوران زندگی زنان می‌باشد و شدت استرس در سه ماهه سوم بیشتر می‌شود (۸-۶). در واقع مدارک بسیاری موجود است که استرس مادر را با زایمان زودرس (۹،۴ و ۱۰) و با تولد با وزن کم (۱۱-۱۴) مرتبط می‌دانند. علاوه بر این استرس دوران بارداری با تأخیرات رشدی و اختلالات هیجانی مانند گریه کردن، تحریک‌پذیری، آستانه تحمل پایین و تعاملات اجتماعی ضعیف، رابطه دارد (۱۵-۲۰).

افسردگی دوران بارداری یک خطر بالقوه برای مادر و جنین تلقی شده و باعث ایجاد عوارض نامطلوبی همچون تولد نوزاد بی‌قرار، نارس و ضعیف می‌شود (۲۳-۲۱). همچنین افسردگی و اضطراب دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان رابطه دارد (۳).

با توجه به پیشینه پژوهشی که بر اثرات نامطلوب افسردگی و اضطراب دوران بارداری بر مادر و جنین و حتی تحول بعدی کودک تأکید دارند؛ توجه به عواملی که از

اضطراب و افسردگی دوران بارداری بکاهند، ضروری به نظر می‌رسد. یکی از این عوامل حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی به عنوان منابعی که توسط دیگران مخصوصاً دوستان و خانواده ایجاد می‌شود، تعریف شده است (۲۴). بعضی از مدل‌های حمایت اجتماعی، بر تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی تأکید دارند؛ مانند مدل تأثیر مستقیم و مدل تأثیر غیر مستقیم حمایت اجتماعی. در مدل تأثیر مستقیم عقیده بر این است که صرف داشتن حمایت اجتماعی می‌تواند برای سلامتی مفید باشد و در مدل تأثیر غیر مستقیم آن را مانند ضربه‌گیر می‌دانند که می‌تواند از فرد در برابر فشارها حمایت کند (۲۵). پژوهشگران به بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامتی در گروه‌های مختلف پرداختند و رابطه مثبت حمایت اجتماعی با سلامتی را نشان دادند؛ مثلاً پورمحمد رضای تجریشی و میرزمانی بافقی رابطه منفی حمایت اجتماعی با افسردگی در دانشجویان دختر را گزارش دادند. حمایت اجتماعی و رابطه آن با سلامتی در دوران بارداری هم به اشکال مختلف مورد پژوهش قرار گرفته است (۲۶). مثلاً رابطه حمایت اجتماعی با رفتارهای سالم در دوران بارداری (۲۴)؛ کیفیت زندگی (۲۷)؛ کیفیت روابط و سعادت‌مندی (۲۸) و کارکرد رفتاری و هیجانی (۲۹) مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان دادند که حمایت اجتماعی با افسردگی (۳۰-۳۲ و ۳۳) رابطه منفی دارد. اگرچه بعضی از محققین این رابطه را یافت نکردند (۲۸) و برخی هم بیان داشته‌اند که تفاوت‌های قومی در میزان حمایت اجتماعی در دوران بارداری وجود دارد. مثلاً Sagrestano و همکاران بیان داشته‌اند که زنان سفید پوست آمریکایی حمایت اجتماعی و حمایت شبکه‌ای بیشتری نسبت به زنان آفریقایی - آمریکایی و آمریکای لاتین داشتند. زنان آمریکا لاتین بیشتر حمایت خود را از شوهر و مادرشان دریافت می‌کردند؛ در صورتی که زنان آفریقایی - آمریکایی بیشترین حمایت را از خویشاوندانشان دریافت می‌کردند (۳۵) با توجه به این که نتایج پژوهش‌ها متناقض هستند و علاوه بر آن تفاوت‌های قومی و فرهنگی در حمایت اجتماعی دوران بارداری دیده می‌شود، ما در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این پرسش هستیم: آیا حمایت اجتماعی یا به عبارتی حمایت خانواده، دوستان و آشنایان

با اضطراب و افسردگی سه ماهه سوم بارداری در نمونه ایرانی رابطه دارد؟

## روش مطالعه

این پژوهش از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه این پژوهش را تمامی زنان بارداری که در سه ماهه سوم بارداری بودند و در تابستان سال ۱۳۸۷ به مراکز بهداشت زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی شیراز مراجعه کردند، تشکیل داده بود. حجم نمونه به تعداد ۱۰۵ نفر برآورد گردید.

با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، نمونه مورد نیاز انتخاب گردید. نحوه انتخاب بدین صورت بود که از بین مراکز زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی شهر شیراز دو مرکز به تصادف انتخاب شدند و از این مراکز، به صورت تصادفی ساده ۱۰۵ زن بارداری که در سه ماهه سوم بارداری قرار داشته، مدرک تحصیلی آن‌ها حداقل پنجم ابتدایی بوده، بیماری روانی حاد نداشته و در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند، انتخاب شدند. اطلاعات ۱۰ نفر به خاطر تکمیل نکردن یکی از سه پرسشنامه پژوهش، در تحلیل آماری وارد نشد. در نهایت ۹۵ نفر باقی ماندند. میانگین سنی آن‌ها  $26/20 \pm 4/5$  بود. همچنین  $29/5\%$  در ماه هفتم،  $32/6\%$  در ماه هشتم و  $37/9\%$  در ماه نهم قرار داشتند.

بایانظری و کافی بیان داشتند که استفاده از پرسشنامه‌های بلند برای پژوهش در دوران بارداری ممکن است در نتایج پژوهش اثرگذار باشد؛ به این خاطر که زنان باردار خسته می‌شوند و از پاسخگویی مناسب خودداری می‌کنند (۷). به همین خاطر ما سعی کردیم از کوتاه‌ترین فرم‌های موجود که از روایی و پایایی مناسبی برای دوران بارداری برخوردار باشند، استفاده کنیم. ابزار این پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه حمایت اجتماعی: این پرسشنامه به وسیله Vaux و همکاران در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است (۳۶). این مقیاس در برگیرنده ۲۳ سؤال است که سه حیطة خانواده، دوستان و آشنایان را در بر می‌گیرد. 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 می‌باشد. ابراهیمی‌قوام 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 دانش‌آموزان اجرا نمود و به ضرایب پایایی  $0/90$  و  $0/70$  دست یافت (۳۶). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ  $0/59$  به دست آمد. در فرمی که ابراهیمی‌قوام در ایران مورد استفاده قرار داده است، به هر یک از گزینه‌های «بلی» یا «خیر» با توجه به مضمون جمله‌ها ارزش ۱ یا صفر تعلق می‌گیرد. به این ترتیب دامنه احتمالی نمره‌های به دست آمده بین صفر تا ۲۳ خواهد بود. برای محاسبه روایی این پرسشنامه برای پژوهش حاضر، از همبستگی خرده آزمون‌ها با کل آزمون استفاده شد که به ترتیب ضرایب  $0/76$ ،  $0/55$  و  $0/74$  برای همبستگی حمایت اجتماعی کل با خرده آزمون‌های دوستان، خانواده و آشنایان به دست آمد؛ که همگی در سطح  $0/0001$  معنادار بودند.

پرسشنامه اضطراب دوران بارداری: این پرسشنامه توسط VandenBerg (۱۹۹۰) ارایه گردیده است (۴)؛ و از ۳۴ سؤال و ۵ خرده مقیاس تشکیل شده است. Huizink و همکاران با انجام یک تحلیل عاملی خرده مقیاس‌هایی را که بارگیری عاملی بالایی داشتند، شناسایی کرده و ۵ خرده مقیاس را در ۳ خرده مقیاس ۱- ترس از زایمان ۲- ترس از تولد نوزادی با معلولیت ذهنی و جسمی و ۳- نگرانی در مورد ظاهر دسته‌بندی کردند و تعداد سؤالات را از ۳۴ سؤال به ۱۰ سؤال کاهش دادند. نمره‌گذاری این پرسشنامه به طریق لیکرت صورت می‌گیرد. به گزینه کاملاً موافقم نمره ۵ و به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق می‌گیرد. هر چه قدر نمره کسب شده بیشتر باشد، نماینگر اضطراب بیشتر آزمودنی است. Huizink و همکاران بیان می‌کنند که پرسشنامه ۱۰ سؤالی اضطراب دوران بارداری از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار است. همچنین آن‌ها با دنبال کردن کودکان مادرانی که در دوران بارداری از این پرسشنامه نمره اضطراب بالایی دریافت کرده بودند، فهمیدند که این کودکان در سال اول زندگی مشکلات رفتاری و تأخیرات

تجولی داشتند (۴)؛ که این نشان می‌دهد این پرسشنامه از روایی پیش بین نیز برخوردار است. آن‌ها پایایی خرده مقیاس ترس از زایمان را  $0/83$ ، ترس از تولد نوزادی با معلولیت ذهنی و جسمی  $0/87$  و خرده مقیاس نگرانی در مورد ظاهر را  $0/83$  به دست آوردند (۴). در این پژوهش برای برآورد روایی آزمون، از همبستگی خرده آزمون‌ها با کل آزمون استفاده شد که به ترتیب ضرایب  $0/54$ ،  $0/84$  و  $0/78$  برای همبستگی اضطراب کل با ترس از زایمان، ترس از تولد نوزادی با معلولیت ذهنی و جسمی، و نگرانی در مورد ظاهر به دست آمد؛ که همگی در سطح  $0/001$  معنادار بودند. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ  $0/81$  به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی ادینبورگ: این پرسشنامه برای اندازه‌گیری افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان به کار می‌رود. این پرسشنامه توسط کوکس و همکاران در سال ۱۹۷۸ تدوین شده است و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است (۲۳). این ابزار از ده سؤال چهار گزینه‌ای تشکیل شده است که در بعضی از سؤالات، گزینه‌ها از شدت کم به زیاد (مورد ۱، ۲، ۴) و در بعضی از زیاد به کم (مورد ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰) مرتب شده‌اند. گزینه‌های هر سؤال امتیازی از صفر تا سه بر اساس شدت علامت به خود اختصاص می‌دهند و امتیازی که فرد کسب می‌کند از جمع امتیازات ده سؤال به دست می‌آید که می‌تواند از صفر تا ۳۰ متغیر باشد در تحقیقی که توسط خدا دوستان (۱۳۷۶) در دانشگاه اصفهان انجام شد، روایی و پایایی این تست معادل  $0/75$  تعیین گردید (۲۳). کوکس و همکاران (۱۹۹۴) بیان داشتند که این پرسشنامه برای استفاده در دوران بارداری نیز مناسب می‌باشد (۲۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ  $0/82$  به دست آمد.

پس از کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان به آن‌ها سه پرسشنامه حمایت اجتماعی (۲۳ سؤالی)، اضطراب دوران بارداری (۱۰ سؤالی) و افسردگی ادینبورگ (۱۰ سؤالی) داده شد. با توجه به کوتاه بودن پرسشنامه‌ها همگی در یک جلسه توسط شرکت‌کنندگان پر شدند. پس از اتمام گردآوری داده‌ها، برای هر واحد تحلیل سه نمره داشتیم؛ نمره حمایت اجتماعی و نمره افسردگی و نمره اضطراب دوران بارداری. برای محاسبه نمره حمایت اجتماعی ابتدا نمره مربوط به حمایت دوستان، خانواده و آشنایان محاسبه گردید و از جمع این سه نمره، نمره حمایت اجتماعی کل به

دست آمد. برای محاسبه نمره اضطراب دوران بارداری ابتدا نمره مربوط به خرده مقیاس‌های ترس از زایمان، ترس از تولد نوزادی با معلولیت ذهنی و جسمی و نگرانی در مورد ظاهر محاسبه گردید و از جمع این سه نمره، نمره اضطراب دوران بارداری به دست آمد. نمره افسردگی دوران بارداری از جمع نمرات ۱۰ سؤال پرسشنامه (پس از لحاظ کردن نحوه نمره‌گذاری سؤالات) به دست آمد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزاری آماری SPSS v.17 استفاده شد. تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی (شامل جداول حاوی میانگین، انحراف معیار، تعداد و درصد) و تحلیلی (شامل آزمون‌های کلموگروف - اسمیرنوف، پیرسون و رگرسیون روش هم‌زمان) صورت گرفت.

## یافته‌ها

در جدول شماره ۱ اطلاعات دموگرافیک و مرتبه بارداری شرکت‌کنندگان نشان داده شده است.

پیش از تحلیل داده‌های گردآوری شده، نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق با استفاده از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد توزیع متغیرهای تحقیق نرمال است. به همین دلیل برای بررسی آماری این سؤال که آیا حمایت اجتماعی با اضطراب و افسردگی سه ماهه سوم بارداری رابطه‌ای دارد، از آزمون آماری پیرسون استفاده شد. نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که رابطه منفی معناداری بین حمایت اجتماعی و افسردگی سه ماهه سوم بارداری وجود دارد ( $r=-0/38, p=0/001$ ). این رابطه با حمایت دوستان ( $r=-0/37, p=0/001$ ) و آشنایان ( $r=-0/20, p=0/001$ ) دیده می‌شود ولی با حمایت خانواده رابطه معناداری یافت نشد ( $r=-0/18, p=0/08$ ). همچنین رابطه آماری معناداری بین حمایت اجتماعی و اضطراب سه ماهه سوم بارداری مشاهده نمی‌شود ( $r=-0/17, p=0/09$ ). پس از مشخص شدن رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی سه ماهه سوم بارداری، برای مشخص شدن این که کدام یک از منابع حمایت اجتماعی (یعنی خانواده، دوستان و آشنایان) قادر به پیش‌بینی افسردگی سه ماهه سوم بارداری هستند، از رگرسیون خطی روش هم‌زمان، استفاده گردید. نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که سه منبع حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و آشنایان به طور معناداری می‌توانند  $0/16\%$  از تغییرات افسردگی سه ماهه سوم بارداری را تبیین کنند. نتایج

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که از این سه منبع حمایت اجتماعی، تنها منبع حمایتی دوستان به طور معناداری قادر به پیش‌بینی تغییرات افسردگی سه ماهه بارداری می‌باشد ( $p=0/001$ ).

**جدول ۱-** توصیف متغیرهای دموگرافیک، شامل مرتبه بارداری، میزان تحصیلات، سن و درآمد ماهیانه خانواده شرکت‌کنندگان

متغیر	سن (به سال)	درآمد ماهیانه خانواده (به تومان)	مرتبه بارداری					تحصیلات		
			۱	۲	۳	۴	پنجم	سیکل	دیپلم	فوق دیپلم به بالا
تعداد	۹۵	۹۵	۵۹	۳۰	۴	۲	۱۱	۲۳	۳۹	۲۲
درصد	%۱۰۰	%۱۰۰	۶۲/۱	۳۱/۶	۴/۲	۲/۱	۱۱/۶	۲۴/۲	۴۱/۱	۲۳/۱
میانگین و انحراف معیار	۲۶/۲۰±۴/۵	۳۱۱/۸۹±۱۹۶/۵۸	-					-		

**جدول ۲-** ماتریس همبستگی میان متغیرهای تحقیق ( $N=95$ )

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
حمایت اجتماعی	r	-	-	-	-	-	-	-
	p	-	-	-	-	-	-	-
حمایت دوستان	r	۰/۷۶	-	-	-	-	-	-
	p	۰/۰۰۰۱	-	-	-	-	-	-
حمایت خانواده	r	۰/۵۵	۰/۰۸	-	-	-	-	-
	p	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲	-	-	-	-	-
حمایت آشنایان	r	۰/۷۴	۰/۳۴	۰/۲۲	-	-	-	-
	p	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۳	-	-	-	-
اضطراب	r	-۰/۱۷	-۰/۱۲	-۰/۰۷	-۰/۱۴	-	-	-
	p	۰/۰۹	۰/۲۱	۰/۴۴	۰/۱۶	-	-	-
ترس از زایمان	r	-۰/۲۱	-۰/۱۹	-۰/۱۲	-۰/۵۴	-	-	-
	p	۰/۰۶	۰/۰۹	۰/۲۶	۰/۰۰۰۱	-	-	-
ترس از تولد نوزادی با معلولیت	r	-۰/۰۰۸	۰/۰۶	۰/۰۰۲	-۰/۰۹	۰/۱۷	-	-
	p	۰/۹۴	۰/۶۰	۰/۹۸	۰/۴۲	۰/۱۳	-	-
نگرانی در مورد ظاهر	r	-۰/۲۰	-۰/۱۵	-۰/۱۱	-۰/۱۵	۰/۲۴	۰/۴۸	-
	p	۰/۰۷	۰/۱۸	۰/۱۸	۰/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	-
افسردگی	r	-۰/۳۸	-۰/۳۷	-۰/۱۸	-۰/۲۰	۰/۴۶	۰/۱۹	۰/۳۴
	p	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۰۹	۰/۰۰۲

**جدول ۳-** مدل رگرسیون روش هم‌زمان برای پیش‌بینی افسردگی سه ماهه سوم بارداری از روی منابع حمایت اجتماعی ( $N=95$ )

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره f	مقدار احتمال	R	ضریب تعیین
رگرسیون	۵۱۱/۶۶	۳	۱۷۰/۵۵	۶/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۱۶
باقیمانده	۲۵۸۲/۲۹	۹۱	۲۸/۳۷	-	-	-	-
کل	۳۰۹۳/۹۵	۹۴	-	-	-	-	-

**جدول ۴-** آزمون معناداری ضرایب متغیرهای پیش‌بین ( $N=95$ )

منبع حمایت اجتماعی	بتای غیر استاندارد	خطای استاندارد	بتای استاندارد	آماره t	مقدار احتمال
دوستان	-۰/۱۱۵	۰/۳۴۴	-۰/۳۴	-۳/۳۵	۰/۰۰۱
آشنایان	-۰/۶۹۹	۰/۴۶۶	-۰/۱۴	-۱/۴۹	۰/۱۳۷
خانواده	-۰/۲۱۸	۰/۴۴۴	-۰/۰۵	-۰/۴۹۱	۰/۶۲۵

## بحث

نتایج مشخص کرد که حمایت اجتماعی با افسردگی در سه ماهه سوم بارداری رابطه منفی دارد. این نتیجه با نتایج تحقیقات قبلی (۲۷ و ۳۲-۳۰) همسو است. Elsenbruch و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی اثرات حمایت اجتماعی دوران بارداری بر نشانه‌های افسردگی مادر، ۸۹۶ زن را از سه ماهه اول بارداری تا کامل شدن بارداری مورد مطالعه قرار دادند. نتایج آن‌ها نشان داد زنانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند، نشانه‌های افسردگی در آن‌ها زیاد بود (۲۷). Spoozak و همکاران در پژوهشی ۷۸۳ زن باردار را مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند حمایت اجتماعی بالا با افسردگی پایین مرتبط است (۳۰). Mckee و همکاران رابطه افسردگی و حمایت اجتماعی در ۱۰۹ زن که از چند قومیت بودند را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج آن‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی با سلامت ذهنی رابطه مثبت و با افسردگی دوران بارداری رابطه منفی معناداری داشت. افسردگی دوران بارداری با تمام خرد مقیاس‌های حالات عملکردی مرتبط با سلامتی (عملکرد بدن، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی، نقش هیجانی، علایم حیاتی) رابطه منفی معنادار داشت (۳۱). Webster و همکاران زنان بارداری که از خدمات دوران بارداری بیمارستان بریستون استرالیا استفاده می‌کردند را مطالعه کردند 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 هم این تفاوت مشاهده شد (۳۲).

وجود رابطه منفی بین این دو متغیر می‌تواند به دو گونه تعبیر شود: ۱- با افزایش یا کاهش میزان حمایت اجتماعی، افسردگی کاهش یا افزایش می‌یابد؛ ۲- با افزایش یا کاهش میزان افسردگی، میزان حمایت اجتماعی نیز کاهش یا افزایش می‌یابد که هر دو تعبیر درست به نظر می‌رسد. بدین طریق که کاهش میزان حمایت اجتماعی ممکن است به افسردگی منجر شود. بعضی از مدل‌های حمایت اجتماعی، بر تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی تأکید دارند؛ مانند مدل تأثیر مستقیم و مدل تأثیر غیر مستقیم حمایت اجتماعی. در مدل تأثیر مستقیم عقیده

بر این است که صرف داشتن حمایت اجتماعی می‌تواند برای سلامتی مفید باشد و در مدل تأثیر غیر مستقیم آن را مانند ضربه‌گیر می‌دانند که می‌تواند از فرد در برابر فشارها حمایت کند (۲۵). البته ممکن است فردی که به افسردگی مبتلا می‌شود، به دلیل رفتارهایی مانند بی‌حوصلگی، کاهش تمرکز و دقت در هنگام صحبت با دیگران، استفاده از جملات و کلمات مایوس‌کننده احساس نامطلوبی در دوستان، آشنایان خود ایجاد کند و مخاطب از بودن در کنار وی احساس رضایت نداشته باشد و این منجر به کم شدن میزان ارتباطات شود یا این احساس در اطرافیان ایجاد شود که تلاش‌های آن‌ها برای بهتر کردن حال زن باردار بی‌نتیجه است؛ بنابراین میزان حمایت‌های خود را کاهش می‌دهند. عکس این قضیه نیز صادق است.

از بین سه منبع حمایت اجتماعی یعنی خانواده، آشنایان و دوستان، تنها منبع حمایتی خانواده رابطه معناداری با افسردگی سه ماهه سوم بارداری نداشت. این نتیجه با نتیجه پژوهش Greenglas و Noguchi همسو است (۳۷). آن‌ها نشان دادند که زنان در مقایسه با مردان، کمتر از سوی همسرشان از حمایت برخوردار می‌شوند و برای کسب حمایت اجتماعی بیشتر به دوستان زن خود تکیه می‌کنند. در تبیین این یافته Sarafino بیان داشته تفاوت ممکن است نتیجه صمیمیت بیشتر میان زن‌ها باشد؛ همچنین می‌تواند منعکس‌کننده تفاوت در حمایت‌های عاطفی و ارزشی‌ای که زنان و مردان می‌طلبند، باشد (۳۸).

از دیگر یافته‌های این پژوهش این بود که رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی با اضطراب سه ماهه سوم بارداری وجود ندارد. این نتیجه با نتایج تحقیق Glazier و همکاران و سالاری و همکاران همسو نیست (۳۳ و ۳۴)؛ ولی با تحقیق Stevenson و همکاران همسو است (۲۸). Stevenson و همکاران در پژوهشی ۶۷ نوجوان باردار سیاه پوست که مرتبه اول بارداری‌شان بود را مطالعه کردند. آن‌ها نشان دادند اضطراب دوران بارداری با حمایت اجتماعی رابطه‌ای ندارد (۲۸). سالاری و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی عوامل تنش‌زای دوران بارداری؛ ۳۰ زن باردار را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج آن‌ها نشان داد که بین نمره تنش با حمایت اجتماعی و حمایت همسر رابطه معناداری مثبتی وجود دارد (۳۴). Glazier و همکاران در پژوهشی با عنوان رابطه استرس و حمایت

بارداری با نتایج زایمان و تحول بعدی کودک؛ مقایسه حمایت اجتماعی، اضطراب و افسردگی دوران بارداری در قومیت‌های مختلف، بپردازند.

### نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، با کاهش یا افزایش حمایت اجتماعی، افسردگی زنان بارداری که در سه ماهه سوم قرار دارند، افزایش یا کاهش می‌یابد. البته عکس این قضیه نیز می‌تواند صادق باشد یعنی با افزایش یا کاهش افسردگی، حمایت اجتماعی کاهش یا افزایش می‌یابد. رابطه معناداری بین حمایت خانواده و افسردگی مشاهده نشد. این نتایج می‌تواند مورد استفاده متخصصانی که با بهداشت روان زنان باردار سر و کار دارند، قرار بگیرد. مخصوصاً پرستارانی که با مراقبت‌های دوران بارداری سر و کار دارند، می‌توانند با تشکیل گروه‌های دوستی بین زنان باردار، آن‌ها را از حمایت‌های یکدیگر برخوردار سازند و بدین گونه با افزایش حمایت دوستان از میزان افسردگی بکاهند.

### تشکر و قدردانی

از آقایان درودی و یزدانی به خاطر همکاری که در این طرح داشتند، تشکر می‌کنیم. از کمیته پژوهش دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران به خاطر حمایت مالی که از این پژوهش داشته‌اند، تشکر می‌نماییم.

اجتماعی با فشارهای هیجانی در زنان باردار، ۲۰۵۲ زن را مورد بررسی قرار دادند و فهمیدند، زنانی که از سطوح پایین‌تر حمایت اجتماعی برخوردار بودند نسبت به زنانی که از سطوح بالاتر حمایت اجتماعی برخوردار بودند، افسردگی و اضطراب بیشتری داشتند که تفاوت این دو گروه معنادار بود (۳۳).

با توجه به این که در این پژوهش از مقیاس اضطراب ویژه دوران بارداری استفاده شده است و تحقیقات گذشته از مقیاس‌های عمومی اضطراب استفاده کردند، ناهمسو بودن نتایج ممکن است قابل توجیه باشد. همچنین شاید بتوان ناهمسو بودن نتایج را، به تفاوت‌های فرهنگی و قومی نسبت داد. علاوه بر این می‌توان گفت چون اضطراب سه ماهه سوم دوران بارداری بیشتر به خاطر نگرستن به آینده (مخصوصاً ترس از زایمان) و مبهم به نظر رسیدن آن به وجود می‌آید، حمایت اجتماعی نمی‌تواند با کاهش آن در ارتباط باشد؛ اگرچه به نظر می‌رسد حمایت‌های اطلاعاتی در این زمینه می‌تواند مؤثر باشد. با توجه به این که شهر شیراز به خاطر مهاجرپذیر بودن، می‌تواند چندین قومیت (فارس، ترک، لر، عرب) را در خود جای داده باشد، ممکن است کنترل نکردن قومیت نمونه در نتایج پژوهش اثر گذاشته باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران به سنجش رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب نه ماهه بارداری؛ سنجش رابطه نوع حمایت اجتماعی (عاطفی، ارزشی، عملی، اطلاعاتی و شبکه‌ای) با اضطراب و افسردگی در هر سه ماهه؛ سنجش رابطه حمایت اجتماعی، اضطراب و افسردگی دوران

### منابع

- 1 - Weerth C, Buitelaar J. Physiological stress reactivity in human pregnancy-a review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2005; 29: 295-312.
- 2 - Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L. Prenatal depression in latinas in the U.S. and Mexico. *Matern Child Health J*. 2008; 8: 379-384.
- 3 - Karacam Z, Ancel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in Turkish population. *Midwifery*. 2007; 10: 1016-1029.
- 4 - Huizink AC, Mulder Ejh, Medina PGR, Buitelaar G H AV. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*. 2004; 9: 112-117.
- 5 - Molavi H, Movahedi M, Bengr M. Relationship between psychological pressure during pregnancy mother with baby apgar score and physical status. *Journal of Clinical Psychiatry and Psychology (thought and behavior)*. 2002; 3: 78-84.

- 6 - Raymond JE. Creating a safety net': Women experiences of antenatal depression and their identification of helpful community support and services during pregnancy. *Midwifery*. 2007; 10: 1016-1026.
- 7 - Babanazary L, Kafi SM. Comparative study of anxiety in different periods of pregnancy, it marital satisfaction and demographic factors. *Journal of Clinical Psychiatry and Psychology*. 2008; 2: 206-213.
- 8 - Forouzande N, Delaram M, Daris F. Mental health of during pregnancy, and affective factors on it, in women referred to Shahre Kord health centers in 1380-81. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2002; 2: 146-155.
- 9 - Dole NDA, Savitz I, Hertz-Picciotto AM, Siega-Riz MJ, McMahon P. Maternal Stress and Preterm Birth. *American Journal of Epidemiology*. 2003; 157(1): 14-25.
- 10 - Acigalupo G, Riese S. Quantitive relationships between pain in tensities during labor and betaendoiphine and cortisol concentrations in plasma. *Perinat Med*. 1990; 18: 289-296.
- 11 - Skouteris H, Wertheim E, Rallis S, Milgrom J, Paxton S. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationship. *J. Affect. Disord*. 2008; 3959: 6-12.
- 12 - Rondo ZHC, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro, MCN, lobert H, Artes, R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2003; 57: 266-272.
- 13 - Marjorie R, Wilkinson DS. Impact of Perceived Stress, Major Life Events and Pregnancy Attitudes on Low Birth Weight. *Family Planning Perspectives*. 2000; 32 (6): 288-294.
- 14 - Paarlberg KM, Vingerhoets AdjJ M, Passchier J, Dekker GA, Heinen A GJJ, Geijn HP. Pschosocial predictors of low birthweight: a prospective study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1999; 106: 834-841.
- 15 - Koubovec D, Mrcog L, Geerts L, Odendaal HJ, Stein D J, Vythilingum B. Effects of Psychology stress on fetal Developmental and Pregnancy Outcome. *Current Psychiatry Reports*. 2005; 7: 274-280.
- 16 - Huizink AC, Mediana PR, Mulder EJH, Visser GHA, Buitelaar JK. Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *International Congress Series*. 2002; 1241: 65-71.
- 17 - Huizink AC, Pascal GR, Bles S, Eduard JH. Stress during pregnancy is associated with development outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003; 44(60): 810-818.
- 18 - Brouwers EP, Baar AL, Pop VJ. Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior & Development*. 2001; 24: 95-106.
- 19 - Mohler E, Parzer P, Brunner R, Wiebel A, REsch F. Emotional stress in pregnancy predicts human infant reactivity. *Early Human Development*. 2006; 82: 731-737.
- 20 - Buitelaar JK, Huizink AC, Mulder EJ, Roblesde Medina ZG, Visser GH. Prenatal stress and cognitive developmental and temperament in infants. *Neurobiology of Aging*. 2003; 2z: 53-60.
- 21 - Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior & Development*. 2004; 27: 216-229.
- 22 - Hosseinisazi F, Pourreza A, Hosseini M, Shojaei zاده D. depression during pregnancy, necessary acquisitions screening disease, increased participation of wives. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2004; 1: 60-65.
- 23 - Bnazadh Z, Baghban A, Fatehizadeh M. Efficacy of counseling couples therapy approach - behavior of depression during pregnancy. *Journal of Family Studies*. 2007; 9: 421-430.



- 24 - 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.
- 25 - Ghodsi AM. Sociological study the relationship between social support and depression. Ph.D Thesis, Tarbiat Modarres University in Tehran, 2002. P. 35-50.
- 26 - PourMohammad Rezaei Tajrish M, Myrzmany Bafghi M. Brain- behavior System, social support and depression. *Journal of Social Welfare*. 2007; 26: 223-246.
- 27 - 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.
- 28 - Stevenson W, Maton K, Teti D. Social support, relationship quality, and well-being among pregnant adolescents. *Journal of Adolescent*. 1999; 22: 109-121.
- 29 - 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.
- 30 - Spoozak L, Gotman N, Smith MV, Belanger K, Yonkers KA. Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy. *J. Affect. Disord*. 2008; 113: 1-8.
- 31 - Mckee MD, Cunningham M, Jankowski K, Zaya S. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics & Gynecology*. 2001; 97(6): 988-993.
- 32 - Webster J, Linnane J, Dibley L, Hinson J, Starrenbur S, Robert J. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *BIRTH*. 2000; 27: 97-101.
- 33 - Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant woman. *Journal of Psychosomatic and Gynecology*. 2004; 25(3): 247-255.
- 34 - Salari P, Firouzi M, Sahebi A. Study of stress factors during pregnancy, *Journal of Medical Sciences and Health Services Sabzevar*. 2005; 3: 34-10.
- 35 - Sagrestano LM, Feldman P, Rini CK, Woo G, Dunkel-Schetter C. Ethnicity and Social Support during Pregnancy. *American Journal of Community Psychology*. 1999; 27(6).
- 36 - Abrahymyqam P. Study of validity three concept locus control, self-esteem and social support, MSc thesis Psychology Education, Islamic Azad University, Tehran. 1993. P. 29-60.
- 37 - Greenglass ER, Noguchi K. Longevity, gender and health: A psychocultural perspective. *Journal of American College Health*. 1996; 31: 214-21.
- 38 - Sarafino A. *Health Psychology*. Translation: Elahe Mirzaei et al. Printing Tehran: Publication growth; 2005. P. 175-277.

## Relationship between social support with depression and anxiety during third trimester pregnancy

Abdollahzade Rafi<sup>1</sup> M (MSc.) - Hassanzadeh Avval<sup>2</sup> M (MSc.) - Ahmadi<sup>3</sup> Sh (MSc.) - Taheri<sup>4</sup> M (MSc.) - Hosseini<sup>5</sup> MA (Ph.D).

**Introduction:** This assumption is becoming increasingly accepted within scientific community that variations in fetal environment may have long-lasting over even permanent effects. Considering to alleviator factors of depression and anxiety seems necessary. The Aim of this study was to examine relationship between social support with depression and anxiety during third trimester pregnancy.

**Methods:** In correlational study, 95 pregnant women in the city of Shiraz who were selected using several stage cluster sampling in summer of 1387 completed three questionnaires, Social Support, Depression and Anxiety during Pregnancy. To analyze, we used Pearson correlation coefficient and regression analyze.

**Results:** Data analysis showed a negative correlation between social support and depression of third trimester pregnancy ( $P=0.001$ ), but no significant relationship between social support and anxiety during three trimester pregnancy was found ( $P=0.09$ ).

**Conclusion:** Findings of this study show that depression third trimester pregnancy will decrease of increase if social support increase or decrease. This result can be used by the specialists who work with pregnant woman's mental health.

**Key words:** social support, third trimester pregnancy, anxiety, depression

1 - Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran

2 - University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3 - University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4 - University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

5 - Corresponding author: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

**e-mail:** mahmaimy@yahoo.com