

## پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس رضایت زناشویی و سلامت روان

لیلا شیرجنگ<sup>۱\*</sup>، نادره سهرابی<sup>۲</sup>، سیده مریم حسینی<sup>۳</sup>

### چکیده

این پژوهش از نوع همبستگی است، که با هدف تعیین رابطه بین سلامت روان و رضایت زناشویی با افسردگی پس از زایمان صورت پذیرفت. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان باردار مراجعه کننده به متخصصان زنان و زایمان در شهر شیراز (در سال ۱۳۹۰) تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش روش تصادفی بود و با استفاده از این روش ۱۰ مرکز پزشکی انتخاب و تعداد ۱۰۰ نفر از مراجعه کنندگان به این مراکز که در ماه دو تا سه بارداری به سر می‌بردند به صورت تصادفی انتخاب شدند. با استفاده از پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ (۱۹۹۸)، پرسش‌نامه ۲۸ پرسشی سلامت روان گلدبر و هیلر (۱۹۷۹) و پرسش‌نامه افسردگی ادینبورگ (۱۹۸۷) داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری شدند. با استفاده از روش آماری رگرسیون به فرضیه‌های پژوهش پاسخ گفته شد. نتایج پژوهش نشان داد رضایت زناشویی و سلامت روان پیش-بین متغیر افسردگی پس از زایمان هستند.

**واژه‌های کلیدی:** رضایت زناشویی، سلامت روان، افسردگی، زایمان.



<sup>۱</sup> - کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد مرودشت

<sup>۲</sup> - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، گروه روان‌شناسی، مرودشت ایران

<sup>۳</sup> - مربی دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، گروه روان‌شناسی، مرودشت ایران

\*- نویسنده‌ی مسئول مقاله: niloofar.abi1390@yahoo.com

## مقدمه

افسردگی<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی در میان جوامع گوناگون می‌باشد و پیش-بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ به عنوان دومین بیماری شایع پس از بیماری‌های قلبی-عروقی قرار گیرد، و ۱۵ درصد کل بیماری‌ها را شامل شود و از شایع‌ترین بیماری‌های روانی بوده و تعداد مبتلایان در جهان، در هر مقطعی از زمان در حدود ۳۴۰ میلیون نفر تخمین زده شده است. افسردگی در میان ۱۵ بیماری رده اول، در سال ۱۹۹۰ در رتبه چهارم قرار داشت. از آنجا که تعداد مبتلایان به این بیماری رو به افزایش است، چنین برآورد شده است که در سال ۲۰۲۰ در مرتبه دوم قرار گیرد (تاکنچی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸).

افسردگی پس از زایمان یک اختلال روانی جدی و فراوان‌ترین عارضه شایع در این دوره با شیوع ۱۵-۱۰ درصد می‌باشد (رک، ۲۰۰۹). غم پس از زایمان در ۵۰ تا ۸۰ درصد زن‌ها به دنبال زایمان اتفاق می‌افتد و معمولاً ۲ تا ۴ روز طول می‌کشد. سایکوز پس از زایمان ۲ تا ۳ هفته پس از زایمان شروع می‌شود و با افسردگی، هذیان و توهم مشخص می‌شود و افسردگی پس از زایمان یک اختلال افسردگی غیر پسیکوتیک با شدت متغیر است که در اولین سال پس از زایمان در ۱۰ تا ۱۵ درصد زنان رخ می‌دهد (هندرسن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

دلیل واقعی افسردگی پس از زایمان ناشناخته است، اما به نظر می‌رسد که این بیماری، چند عاملی باشد و ترکیبی از عوامل زیست‌شناختی، روانی و اجتماعی در ایجاد آن نقش داشته باشد (هندرسن، ۲۰۰۴). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که فاکتورهای روانی مهم‌ترین عوامل ایجادکننده افسردگی هستند (لودرمیلک و پری<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴) و قویترین پیش‌بینی‌کننده افسردگی، رویدادهای پر استرس اخیر است (سادوک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). که باعث افزایش ابتلا به اختلال‌های روانی و حتی مرگ می‌شوند (استروب<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). این رویدادها هم‌چنین با افزایش مقدار عود بیماری در افراد مبتلا به اختلالات خلقی در ارتباط است (سادوک، ۲۰۰۳).

خلق افسرده، اضطراب شدید، بی‌خوابی و تغییر وزن از علائم اصلی این اختلال می‌باشد (سادوک، ۲۰۰۷). علایم افسردگی پس از زایمان شامل خلق افسرده، اختلال خواب، اضطراب، فقدان علاقه، احساس گناه، افکار خودکشی، یأس، نومیدی، بی‌اشتهایی، کاهش میل جنسی و تحریک پذیری است. افسردگی پس از زایمان، کیفیت ارتباط مادر و کودک را تحت تأثیر قرار می-

<sup>1</sup>- depression

<sup>2</sup>- Taken Chi

<sup>3</sup>- Henersson

<sup>4</sup>- Ludermic&pery

<sup>5</sup>- Sadock

<sup>6</sup>- Strawb

دهد. ارتباط ضعیف بین مادر و کودک به تکامل شناختی کودک آسیب می‌رساند (اینوارد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ کومیش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵) و حتی ممکن است باعث کاهش واضحی در بهره هوشی کودک شود (دیگو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). بی‌خوابی شدید، بی‌ثباتی خلق و احساس خستگی از علائم شایع این بیماری است. باورهای هذیانی و فکرهای خودکشی و دیگرکشی (نسبت به نوزاد) ممکن است پدید آید. به همین جهت با توجه به در خطر انداختن جان مادر و فرزند ممکن است از فوریت‌های پزشکی شمرده شود (کاپلان و سادوک، ۳۷۷، ترجمه پور افکاری، صفحه ۹۹).

مشکلات زناشویی و رویدادهای فشارزا، بیکاری، حمایت اجتماعی ناکافی، بارداری ناخواسته، تغذیه کودک با شیر خشک و نگرش منفی نسبت به بارداری (قباش و ابوصالح<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷)، تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین (لین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷، منزانو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲)، سن مادر در هنگام زایمان، شمار زایمان‌ها، نوع زایمان‌ها، جنسیت فرزند و وضعیت زناشویی (وارنر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶، کوپر<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹)، سلامت جسمی مادر، رابطه با همسر و انتظارفرزند پسر (ژانگوچن<sup>۹</sup>، ۱۹۹۹، واترستون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳)، سن پایین در هنگام ازدواج، دسترسی نداشتن به خدمات پزشکی کافی (ایناندی، ۲۰۰۲؛ نمازی، ۱۳۷۸) و تولد فرزند دختر هنگامی که خواهان فرزند پسر هستند (چانداران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲)، از عوامل خطر افسردگی پس از زایمان به شمار می‌روند. بک (۱۹۹۶) در فرا-تحلیل بررسی‌های پیشین، اضطراب یا افسردگی پیش از زایمان، غمگینی پس از زایمان، نارضایتی زناشویی و سابقه‌ی افسردگی در گذشته را نیز از عوامل مشترک در بسیاری از بررسی‌ها گزارش نموده است.

عوامل مؤثر در بروز افسردگی پس از زایمان می‌تواند بسته به فرهنگ افراد مورد مطالعه متفاوت باشند (رید و میدوز اولیور<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷). در پژوهش وانگ و همکاران ارتباط معنی‌داری بین جنس نوزاد، نوع زایمان و افسردگی یافت نشد. درحالی‌که تحصیلات، شغل، تعداد زایمان، نوع تغذیه نوزاد، نوع خانواده و افراد اصلی کمک‌کننده به مادر در دوران بعد از زایمان با افسردگی مادر رابطه

<sup>1</sup>-Lnward

<sup>2</sup>-Comish

<sup>3</sup>-Diego

<sup>4</sup>- Ghubash&Abou-Saleh

<sup>5</sup>- Lane

<sup>6</sup>- Manzano

<sup>7</sup>- Warner et.al.

<sup>8</sup>- Cooper

<sup>9</sup>- Zhang ,& Chen

<sup>10</sup>- Waterstonet.al.

<sup>11</sup>- Chandaran et.al.

<sup>12</sup>- Reid & Meadows-Oliver

معنی دار داشتند (وانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). یکی دیگر از عواملی که در بروز افسردگی پس از زایمان نقش عمده ای دارد، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک های مادی طرح یا توصیه بهداشتی، حمایت عاطفی از سوی کسانی که فرد به آنها علاقمند است و یا ارزشمند تلقی می شوند و بخشی از شبکه اجتماعی فرد به شمار می روند مانند همسر، بستگان، دوستان و نیز تماس با نهادهای مذهبی (رید و میدوز اولیور، ۲۰۰۷).

مطالعه رابرتسون و همکاران نشان داد که مهمترین عوامل مؤثر در افسردگی پس از زایمان عبارتند از: افسردگی و اضطراب در طی بارداری، تجربیات و حوادث استرس زای زندگی و سطح پایین حمایت های اجتماعی و سابقه افسردگی (رابرتسون، ۲۰۰۴). ترس از زایمان، تولد نوزاد ناهنجار، از دست دادن جذابیت برای همسر و احساس دوگانه نسبت به نگهداری از نوزاد تازه تولد یافته، بسیاری از مادران را دچار اضطراب می کند و دوره پس از زایمان و مخصوصاً ۶ هفته پس از آن را به یک دوره آسیب پذیر مهم برای ابتلا به اختلالات روانی تبدیل می کند (بولی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹).

با توجه به شیوع<sup>۳</sup> بالای افسردگی پس از زایمان و اینکه افسردگی پس از زایمان بعنوان یک معضل خانوادگی و اجتماعی بشمار می رود، و با توجه به چند عاملی بودن این بیماری شناسایی و کاهش هر یک از عوامل مؤثر می تواند احتمال افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد، و نیز اهمیت ارتقاء بهداشت روان زنان باردار. لذا بر آن شدیم تا با بررسی برخی از عوامل مؤثر بر افسردگی قبل و پس از زایمان گامی مؤثر در ارتقاء سطح سلامت و بهداشت روان جامعه برداریم.

کاترونا (۲۰۰۲) پنج مجموعه از متغیرهای روانی- اجتماعی را برای پیش بینی افسردگی پس از زایمان وارد معادله رگرسیون چند متغیری کرده اند. نتایج این پژوهش نشان داده است که بین افسردگی پس از زایمان و تاریخچه آسیب پذیری افسردگی، فشار زندگی و نیز بین مجموعه عوامل پیش بینی کننده آسیب پذیری با مجموعه عوامل پیش بینی کننده فشار روانی زندگی و افسردگی پس از زایمان تعامل معنی دار وجود دارد، این یافته با یافته های پیشین اهارا (۲۰۰۲) هماهنگ است.

در مطالعه مامون (۲۰۰۹)، رضایت از زندگی زناشویی با افسردگی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری داشت و در حالی که در مطالعه آنتون و همکاران سازگاری زناشویی با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری نداشت (به نقل از گوتلیب، ۱۹۹۸).

گوتلیب (۲۰۰۴) نیز در پیش بینی متغیرهای روانی- اجتماعی با اهمیت در افسردگی پس از زایمان، با استفاده از معادله رگرسیون چند متغیری به این نتایج دست یافتند: ۱- زنانی که پس

<sup>۱</sup>- Wang

<sup>۲</sup>- Bewly

<sup>۳</sup>- prevalence

از زایمان به عنوان افسرده تشخیص داده شدند در دوره آبستنی دارای سطوح بالاتری از نشانه‌شناسی افسردگی بودند. ۲- این زنان، رضایت زناشویی پایین و فشار روانی بالاتری را گزارش کرده‌اند. ۳- بیش‌تر از راهبرد مقابله‌ای گریز- اجتناب استفاده می‌کردند. ۴- درباره مراقبتی که از والدین‌شان دریافت کرده بودن ادراک منفی‌تری داشتند. نتایج این مطالعه با یافته‌های پیشین (بنجامین سن، ۲۰۰۲؛ میچل، ۲۰۰۳). هماهنگ است.

پژوهش خمسه (۱۳۸۱)، نشان داد در زمینه‌ی ارتباط بین عوامل اجتماعی، عوامل روانی (سلامت روان) و مقدار افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

نتایج مطالعه لولتی (۱۳۸۴) نشان داد شیوع افسردگی و اختلال‌های روانی در دوران بارداری، بالا است و پس از زایمان کاهش می‌یابد.

نتیجه مطالعه موسوی (۱۳۸۶) نشان داد رفتار همسر، رابطه صمیمی با خانواده و عدم سابقه افسردگی می‌تواند شانس ابتلا به افسردگی پس از زایمان در زنان کاشانی را کاهش دهد.

مطالعه خدادادی (۱۳۸۷) نشان داد که بین مقدار رضایت از زندگی با خانواده همسر، حوادث ناگوار زندگی، سابقه بیماری روانی در خانواده، سابقه افسردگی پس از زایمان در خانواده، حاملگی ناخواسته، تمایل به سقط جنین، رضایت مادر از جنس نوزاد، رضایت خانواده همسر از جنس نوزاد، نوع ارتباط با همسر، نوع ارتباط با خانواده همسر و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد.

بابانظری (۱۳۸۷)، به این نتیجه رسیدند که داشتن سن پایین در هنگام بارداری و تحصیلات و رضایت زناشویی بالا، نقش معنی‌دارتری در تبیین تفاوت اضطراب بارداری دارد تا قرار داشتن در یک دوره خاص بارداری. نتیجه‌گیری: طرح برنامه‌های پیش‌گیرانه و حمایتی برای زنان باردار ضروری است.

نتیجه‌گیری کیانی (۱۳۸۹) از پژوهش خود بدین صورت بود که رضایت زناشویی یک عامل مستعد کننده برای افسردگی پس از زایمان است.

در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به دو فرضیه زیر هستیم:

فرضیه ۱: متغیر رضایت زناشویی پیش‌بین افسردگی پس از زایمان می‌باشد.

فرضیه ۲: متغیر سلامت روان پیش‌بین افسردگی پس از زایمان می‌باشد.

## روش‌شناسی پژوهش

### طرح پژوهش

پژوهش این کار از نوع همبستگی می‌باشد.

### جامعه و نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه این پژوهش را تمامی زنان باردار مراجعه کننده به متخصصان زنان و زایمان در شهر شیراز (در سال ۱۳۹۰) را تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش روش تصادفی می‌باشد و با استفاده از این روش ۱۰ مرکز پزشکی انتخاب و تعداد ۱۰۰ نفر از مراجعه کنندگان به این مراکز که در ماه دو تا سه بارداری به سر می‌بردند به صورت تصادفی انتخاب و در این پژوهش شرکت داده شدند.

### ابزار گردآوری داده‌ها

داده‌های مورد نظر به وسیله پرسش‌نامه‌های استاندارد که روایی و پایایی آنها مورد تایید قرار گرفته‌اند جمع‌آوری شدند:

۱- سلامت روان: به وسیله پرسش‌نامه ۲۸ پرشی سلامت روان گلدبر و هیلر (۱۹۷۹)

نتایج سنجش اعتبار آزمون سلامت عمومی که در سال ۱۹۷۹ به وسیله گلدبر و هیلر<sup>۱</sup> ارائه شده است می‌تواند احتمال وجود یک اختلال روانی در فرد را پیش بینی کند. فرم میزان شده ۲۸ ماده ای پرسشنامه سلامت دارای ۴ مقیاس فرعی می‌باشد که هر مقیاس ۷ ماده دارد. این مقیاس‌ها عبارتند از:

الف: نشانه‌های جسمانی      ب: نشانه‌های اضطرابی      ج: کارکرد اجتماعی      د: نشانه‌های افسردگی  
در این پرسشنامه فرد وضعیت فعلی خود را در یک ماه اخیر با وضعیت عادی روانی خود مقایسه می‌کند. برای هر ماده به روش نمره گذاری لیکرت ۴ گزینه از صفر تا سه نمره در نظر گرفته شده است. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر ۸۴ می‌باشد. کسانیکه نمره بالاتر از نقطه برش را کسب کنند به عنوان گروه بیمار، و کسانیکه نمره پایین‌تر از نقطه برش داشته باشند به عنوان گروه سالم دسته بندی می‌شوند.

نتایج سنجش اعتبار آزمون سلامت عمومی نشان می‌دهد که متوسط حساسیت پرسش‌نامه برابر با ۸۴٪ (در بین ۷۷٪ تا ۸۹٪) و متوسط ویژگی آن برابر با ۸۳٪ (بین ۷۸٪ تا ۸۵٪) است. در پژوهشی دیگر حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۸۴٪ و ۸۲٪ گزارش شده است (ویلموت<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹).

<sup>۱</sup>-Goldberg & Hiller

<sup>۲</sup>-Wilmott

یلکینسون<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) روی ۴۳ پژوهش که این ابزار را به کار برده بود فراتحلیل انجام داد و به حساسیت ۸۴٪ و ویژگی ۸۴٪ دست یافت (پالاهانگ، ۱۹۹۵). در کشور ایران پالاهانگ در سال ۱۳۷۵ این پرسشنامه را روی ۶۱۹ نفر از ساکنان بالاتر از ۱۵ سال در شهرکاشان انجام دادند و حساسیت و ویژگی و کارایی آنرا بررسی نمودند که برای زنان ۸۸٪ حساسیت و ۷۹٪ ویژگی و ۸۴٪ کارایی داشته است (گلدبرگ، ۱۹۹۷). هم‌چنین یعقوبی در ایران به اعتبار سازی آزمون سلامت عمومی روی ۶۲۵ نفر از ساکنان مناطق شهری و روستایی صومعه سرا پرداخته است و حساسیت و ویژگی این مقیاس آزمون را در بهترین نقطه برشی به ترتیب ۸۶/۵٪ و ۸۲٪ درصد گزارش نموده است (هاشمیان، ۱۳۷۹). به اعتقاد گلدبرگ (۱۹۸۹) با مرور پژوهش‌های انجام شده در این زمینه که به دو صورت بازآزمایی و نیز محاسبه آلفای کرونباخ به انجام رسده، مقدار پایایی را بالا و قابل قبول گزارش کرده است.

## ۲- رضایت زناشویی: به وسیله پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ (۱۹۹۸)

این پرسش‌نامه که به وسیله السون (۱۹۹۸) در امریکا طراحی شده است فرم کوتاه آن یک پرسش‌نامه ۴۷ پرسشی است که ۱۲ خرده مقیاس را می‌سنجد. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از: تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت‌گیری مذهبی.

به پاسخ هرکدام از پرسش‌ها نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد:

کاملاً مخالفم=۱ مخالفم=۲ نظری ندارم=۳ موافقم=۴ کاملاً موافقم=۵

نمره کمتر از ۳۰ نشان دهنده نارضایتی شدید، ۳۰ تا ۴۰ نشانگر عدم رضایت، نمره‌های بین ۴۰ تا ۶۰ نشانگر رضایت نسبی، نمره‌های بین ۶۰ تا ۷۰ نشانگر رضایت شدید و نمره‌های بیش‌تر از ۷۰ نشانگر رضایت فوق‌العاده از روابط زناشویی است. کمترین و بیش‌ترین نمره در این پرسشنامه به ترتیب ۴۷ و ۲۳۵ نمره است.

السون<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) پایایی پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ در خرده مقیاس‌های آن بین ۴۸ تا ۹۰ درصد گزارش کرد. معتمدین (۱۳۸۳) با استفاده از هم‌بسته نمودن با پرسش‌نامه سازگاری زناشویی  $r=65\%$  را به دست آوردند. عبدالله زاده (۱۳۸۲) در پژوهش خود در شهر دامغان بر روی ۱۸۰ زوج ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را ۹۳ درصد گزارش کرد، وی این آزمون را با فاصله ۱۲ روزه بر روی ۳۵ زوج دوباره اجرا کرد. هم‌بستگی تجزیه اول با اجرای مجدد این

<sup>3</sup>-Wilkinson

<sup>1</sup>-Olson

آزمون ۷۸ درصد برای مردان و ۸۳ درصد برای زنان گزارش شد. در پژوهش عطاری ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف این پرسشنامه به ترتیب ۹۲ و ۸۷ درصد گزارش شده است. روشن و نریمانی اعتبار دو نیمه این پرسشنامه را ۹۳٪ و روایی آنرا ۷۳٪ گزارش کرده اند. در مورد اعتبار مقیاس ۴۷ پرسشی رضایت زناشویی انریچ، ثنایی (۱۳۷۹) بیان می‌دارد که این پرسشنامه به عنوان یک ابزار معتبر در پژوهش‌های متعددی برای بررسی رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است و سلیمانین ضریب اعتبار و اعتماد ۹۵٪ را برای آن گزارش کرده است. شریف‌نیا (۱۳۸۱) هم‌بستگی پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ را با پرسشنامه سازگاری زوجی ۹۲ درصد به دست آورده است.

### ۳- افسردگی پس از زایمان: به‌وسیله پرسشنامه افسردگی ادینبرگ (۱۹۸۷)

پرسشنامه افسردگی ادینبرگ شامل ۱۰ پرسش در مقیاس ۴ درجه‌ای است که وضعیت روانی افراد را در طی ۷ روز گذشته بررسی می‌کند. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۷ به‌وسیله کاکس در ۱۰ آیتم برای تشخیص افسردگی پس از زایمان ابداع شد (وردوکس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). این پرسشنامه یک ابزار توسعه یافته برای غربالگری افسردگی پس از زایمان است. که پرسش‌های آن در مورد علائم شایع افسردگی است و مادر پاسخ‌هایی را انتخاب می‌کند که در هفته گذشته بیش‌تر احساس کرده است. هر سؤال ۴ گزینه دارد و جمع کلی امتیازات از ۰-۳۰ است (لوگسدن و هوتی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶).

با در نظر گرفتن امتیاز ۱۰ یا بیش‌تر برای ارزیابی افسردگی پس از زایمان، پرسشنامه ادینبرگ دارای حساسیت ۸۴٪-۱۰۰٪ و ویژگی ۸۲٪-۸۴٪ است (نیروپ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). در ایران و از جمله در این پژوهش، این پرسشنامه با روش اعتبار محتوی به‌وسیله محققین تعیین اعتبار شده است. پرسشنامه افسردگی بک نیز در ایران روش اعتبار محتوی به‌وسیله محققین تعیین اعتبار شده است. نتیجه پایایی پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ با روش آزمون مجدد ۹۳٪ به دست آمد (امیرعلی اکبری، ۲۰۰۷). نسخه ایرانی این پرسشنامه قابل پذیرش بوده و ابزاری با اعتبار و پایا جهت سنجش افسردگی پس از زایمان می‌باشد. در مطالعه منتظری پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۷۷٪ و باروش بازآزمایی ۸٪ تعیین گردید (منتظری، ۲۰۰۷) و در مطالعه مظهری و نخعی پرسشنامه ابزاری پایا و معتبر تشخیص داده شد و حساسیت آن ۹۵.۳٪ و اختصاصی بودن آن ۸۷.۹٪ درصد تعیین گردید (مظهری و نخعی، ۲۰۰۷).

<sup>1</sup> - Verdoux

<sup>2</sup> - Logsdon & Hutti

<sup>3</sup> - Nierop



## روش آماری

در این پژوهش علاوه بر استفاده از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد برای پاسخگویی به پرسش‌های اصلی پژوهش از روش آماری رگرسیون استفاده می‌گردد.

## نتایج پژوهش

جدول ۱-۴ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد:

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	انحراف معیار	میانگین
رضایت زناشویی	۳۱.۶۴۴۱۳	۱۴۴.۶۸۰۰
سلامت روان	۱۳.۳۴۰۲۱	۴۰.۲۸۰۰
افسردگی پس از	۳.۸۱۰۹۲	۱۵.۳۹۰۰

ضرائب همبستگی میان متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۲ آمده است:

جدول ۲- ماتریس هم بستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	افسردگی پس از زایمان	سلامت روان	رضایت زناشویی
رضایت زناشویی			
سلامت روان		-.۷۵۴**	
افسردگی پس از زایمان	۱	-.۸۷۰**	-.۷۹۹**

فرضیه ۱: متغیر رضایت زناشویی پیش‌بین افسردگی پس از زایمان می‌باشد.

بمنظور آزمودن فرضیه اول پژوهش، از آزمون رگرسیون خطی ساده استفاده شد، که نتایج در جدول ۳ آمده است:

در جدول زیر مقدار ضریب تعیین تعدیل شده برابر با ۰.۶۳۵ است که نشان دهنده این مطلب است که متغیر رضایت زناشویی توانسته است ۶۳.۵٪ از تغییرات متغیر افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی نماید. هم‌چنین، مقدار  $F$  نشان از خطی بودن رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته دارد.

جدول ۳- نتایج مدل رگرسیونی فرضیه ۱

متغیر پیش بین	ضریب رگرسیونی استاندارد شده	t آماره	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	F آماره	مقدار احتمال
رضایت زناشویی	-.۷۹۹	-۱۳.۱۶۳	۰.۶۳۵	۰.۶۳۹	۱۷۳.۲۶۶	۰.۰۰۰

با توجه به مقدار ضریب رگرسیونی استاندارد شده در جدول بالا می‌توانیم بگوییم که متغیر رضایت زناشویی پیش‌بین افسردگی پس از زایمان است. یعنی به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در متغیر رضایت زناشویی، مقدار افسردگی پس از زایمان به مقدار ۰.۷۹۹. انحراف استاندارد کاهش می‌یابد.

**فرضیه ۲: متغیر سلامت روان پیش‌بین افسردگی پس از زایمان می‌باشد.**

بمنظور آزمودن فرضیه دوم پژوهش، از آزمون رگرسیون خطی ساده استفاده شد، که نتایج در جدول ۴ آمده است:

در جدول زیر مقدار ضریب تعیین تعدیل شده برابر با ۰.۷۵۴ است که نشان دهنده این مطلب است که متغیر سلامت روان توانسته است ۷۵.۴٪ از تغییرات متغیر افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی نماید.

هم‌چنین، مقدار F نشان از خطی بودن رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته دارد.

**جدول ۴: نتایج مدل رگرسیونی فرضیه ۲**

مقدار احتمال	F آماره	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	t آماره	ضریب رگرسیونی استاندارد شده	متغیر پیش‌بین
...	۳۰۴.۰۹۷	.۷۵۶	.۷۵۴	-۱۷.۴۳۸	.۸۷۰	سلامت روان

با توجه به مقدار ضریب رگرسیونی استاندارد شده در جدول بالا می‌توانیم بگوییم که متغیر سلامت روان پیش‌بین افسردگی پس از زایمان است. یعنی به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در متغیر سلامت روان، مقدار افسردگی پس از زایمان به مقدار ۰.۸۷۰. انحراف استاندارد افزایش می‌یابد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج فرضیه ۱ نشان داد که متغیر رضایت زناشویی پیش‌بین افسردگی پس از زایمان است، یعنی به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در متغیر رضایت زناشویی، مقدار افسردگی پس از زایمان به مقدار ۰.۷۹۹. انحراف استاندارد کاهش می‌یابد. این نتیجه با نتایج مطالعات پیشین مک‌گیل (۱۹۹۵)، بک (۲۰۰۱؛ ۱۹۹۶)، بنجامین سن (۲۰۰۲)، میچل (۲۰۰۳)، گوتلیب (۲۰۰۴)، ویزارت (۲۰۰۵)، مک کوی (۲۰۰۶)، ناکو (۲۰۰۶)، آگوب و همکاران (۲۰۰۶)، مامون (۲۰۰۹) و نیز مطالعات سلیمانی زمان (۱۳۸۰)، صالحی (۱۳۸۷)، کیانی (۱۳۸۸)، کیانی (۱۳۸۹)، خرمی راد (۱۳۸۹) که نتیجه گرفتند رضایت زناشویی یک عامل مستعدکننده و پیش‌بین برای افسردگی پس از زایمان است، همسو است. ولی، با نتیجه مطالعه آنتون و همکاران (۱۹۸۹) ناهماهنگ است.

به نظر می‌رسد عدم همخوانی در نتایج پژوهش‌ها به تفاوت‌های فرهنگی، نژادی، مذهبی و نگرش جامعه مورد بررسی مربوط باشد. تفاوت‌های فرهنگی در نقاط گوناگون به دلیل تفاوت در سبک زندگی می‌تواند بر مقدار رضایتمندی از زندگی زناشویی تأثیر بگذارد. مقدار افسردگی پس از زایمان در افرادی که رضایت زناشویی بالاتری دارند کمتر است. به این دلیل که رابطه زناشویی هسته مرکزی نظام خانواده است و اختلال در آن به منزله تهدیدی برای بقای خانواده است. نارضایتی زوج‌ها از یکدیگر و از زندگی مشترک پریشانی را در خانواده باعث می‌شود و این امری است که تأثیرات سوء آن بر جامعه خانواده و افراد قابل انکار نیست.

رضایت زناشویی پایین در ایجاد ارتباط عاطفی مناسب بین زوجین مشکل به وجود می‌آورد و موجب افزایش احتمال بروز افسردگی در فرد می‌گردد. مطالعات نشان داده است که سازگاری زناشویی بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی انسانها تأثیر می‌گذارد. روابط زناشویی رضایت‌بخش، زیربنای عملکرد خوب خانواده است. رضایت از زندگی زناشویی در سلامت فردی و روانی و سلامت خانواده تأثیر دارد. از آنجایی که در دوران بارداری کیفیت زندگی مشترک زوجین، تحت تأثیر تولد فرزندان قرار می‌گیرد، از این پس علاوه بر تلاش جهت رسیدن به اهداف قلبی و تأمین آینده، فرزند نیز به‌گونه جدی مدنظر قرار می‌گیرد. بنابراین همدلی، توجه و حمایت بیش‌تر همسر را جهت اطمینان بخشی به همسر در ارتباط با نگرانی‌هایی که دارد طلب می‌کند. در بیش‌تر زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، رضایت زناشویی در پایین و در نتیجه فشار روانی بالاتری را گزارش شده است. که این امر نشان دهنده نقش حیاتی رضایت زناشویی در افسردگی پس از زایمان است.

بر اساس نتایج فرضیه ۲ این پژوهش می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که متغیر سلامت روان پیش‌بین افسردگی پس از زایمان است، یعنی به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در متغیر سلامت روان، مقدار افسردگی پس از زایمان به مقدار ۰.۸۷۰ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد. این مطلب به این مفهوم است که مقدار افسردگی پس از زایمان در افرادی که سلامت روان بالاتری دارند کمتر است، دلیل این امر این است که افرادی که از سلامت روان بالاتری برخوردارند از نظر رفاه ذهنی، احساس خود توانمندی، خودمختاری، کفایت، درک هم‌بستگی بین نسلی و توانایی تشخیص استعدادهای بالقوه هوشی و عاطفی در خود در سطح مطلوبی قرار دارند. به‌گونه‌ای دیگر می‌توان گفت: بهداشت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را باز می‌شناسد و قادر است با افسردگی، استرس‌های (در اینجا استرس‌های مربوط به دوران بارداری) و سایر مشکلات معمول زندگی تطابق حاصل کنند. در واقع چون آنها در خصوص حل مسئله و تصمیم‌گیری، تفکر خلاق نقاد، برقراری ارتباط، خود آگاهی، همدلی، مهارت مقابله با استرس و مهارت

جرات آموزی و ابراز وجود همزمان با شکل‌گیری شخیصت و .... مهارت‌های لازم را دارند، و این موضوع می‌تواند به مقدار زیادی از آسیب‌های روانی- اجتماعی افسردگی پس از زایمان پیشگیری کند.

این نتیجه با نتایج مطالعات قباش و ابوصالح (۱۹۹۶)، پیشین کیتامورا (۱۹۹۷)، ویزبرگ و پاکوت (۲۰۰۲) و نیز مطالعات لولتی (۱۳۸۱)، خمسه (۱۳۸۱) که نشان دادند سلامت روان پیش- بین افسردگی پس از زایمان می‌باشد هماهنگ است.

#### محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

هر پژوهشی از ابتدای امر یعنی انتخاب موضوع تا مراحل اجرا، و تجزیه و تحلیل و نتیجه- گیری دارای محدودیت‌هایی است. بیان محدودیت‌ها در پژوهش به محققانی که قصد پژوهش در زمینه‌های گوناگون را دارند، کمک می‌کند تا به دیدی باز و آگاهی از موانع، کمبودها و محدودیت- های پژوهش به امر پژوهش در زمینه‌های مشابه بپردازند. این پژوهش نیز دارای موانع و محدودیت‌هایی است که در ذیل به آنها اشاره می‌کنیم.

- کم سوادی بعضی از افراد نمونه آماری.
- دشواری دسترسی به پاسخگویان و جلب رضایت آنان جهت تکمیل پرسشنامه‌ها (از راه تلفن).
- عدم تعهد برخی از پاسخگویان در پاسخگویی کامل به پرسش‌های پرسش‌نامه.
- پیشنهاد می‌شود پژوهشی در زمینه تأثیر آموزش عوامل مؤثر بر افسردگی پس از زایمان بر همسران و مقایسه شیوع افسردگی در مادران صورت گیرد.
- پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های مشابه با روش پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل، با هدف پیشگیری از افسردگی پس از زایمان و سنجش تأثیر آموزش‌های حین بارداری بر متغیرهای پژوهش صورت پذیرد.
- پیشنهاد می‌گردد بمنظور به حداقل رساندن تفاوت‌های فردی، تغییرات آزمودنی‌ها ناشی از تأثیر آموزش‌های حین بارداری، با استفاده از تکنیک آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر، بررسی شود.

## منابع

- اتکینسون، ر. (۱۳۸۰). *زمینه روانشناسی هیگارد* (ترجمه حسین رفیعی). تهران: انتشارات ارجمند.
- احدی، ب. (۱۳۸۱). رضامندی زناشویی ابراز هیجان والدین و مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان، *مجله روان شناسی*، ۱، ۱۳-۱.
- احسان منش، م. (۱۳۸۰). همه گیرشناسی بیماری های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی های انجام شده. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴، ۶۷-۴۹.
- اسدی نوقایی، ا. ع. ۱۳۸۴. *روان پرستاری (بهداشت روان ۲)*. تهران: بشری.
- افروز، غ. (۱۳۸۰). بررسی علل افسردگی نوجوانان و روش های درمان. *ماهنامه آموزشی- تربیتی پیوند*، ۲۶، ۲۶-۲۲-۱۴.
- افروز، غ. (۱۳۸۱). افسردگی نوجوانان در علل و روش های درمان. *ماهنامه آموزشی- تربیتی پیوند*، ۲۷، ۲۷۴-۱۱-۶.
- افروز، غ. (۱۳۸۱). افسردگی در کودکان و پیشگیری اولیه. *ماهنامه آموزشی- تربیتی پیوند*، ۲۷، ۲۶-۲۰.
- امانی، س. جوکار، ب و صحراگرد ن. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۳، ۲۹۵-۲۹۰.
- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۱۳۷۹). *طبقه بندی اختلالات روانی* (ترجمه نصرت اله پور افکاری). تهران: انتشارات آزاده.
- باقری یزدی، ع. بوالهروی، ج. شاه محمدی، داود. (۱۳۷۳). همه گیرشناسی اختلال های روانی در مناطق روستایی میبد یزد *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱، ۴۱-۳۲.
- باقری یزدی، ع. بوالهروی، ج. پیروی، ح. (۱۳۷۴). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۷۳ دانشگاه تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴، ۳۹-۳۰.
- بداغ آبادی، م. وشایی، ح. ر. بهنامی فر، ن. اکبری، ف. فاخردیزاوندی م. عباس زاده، ل. رحمانی، ف. (۱۳۷۹). بررسی میزان شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در خانم های باردار. *مجله بیهوشی*، ۱، ۹۸-۸۳.
- بشارت، م. ع. صالحی، م. و شاه محمدی، خ. (۱۳۸۷). رابطه تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکاران. *مجله روان شناسی معاصر*، ۲، ۴۵-۳۲.
- بهداران، پ. کاوسیان، ج. عریض، ح. م. (۱۳۸۳). *افسردگی در زنان*. اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
- بهبودی، ز. (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان و عوامل موثر بر آن در خانم های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- بهروش، ا. (۱۳۸۰). بررسی تأثیر موسیقی بر میزان اضطراب بیماران تحت تهویه مکانیکی بستری در بخشهای مراقبت ویژه بیمارستانهای منتخب شهرستان ساری. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.
- ثابتی، ف. و شهینی ییلاق، م. (۱۳۷۷). *تاثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی در کاهش ناسازگاریهای اجتماعی دانش آموزان پسر ناسازگار دبستانی اهواز*. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۳، ۱۶-۱.
- جوافشانی، م. ع. (۱۳۷۴). بررسی میزان شیوع بیماریهای روانی نوروتیک در شهر مسکونی الوند و صنعتی قزوین و رابطه افسردگی زنان. مهاجرت از روستا به شهر و وضع اجتماعی-اقتصادی، پایان نامه درجه تخصصی رشته

- اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
- حسن زهرایی، ر. خدا دوستان، م. اسدالهی، ق. بشردوست، ن. (۱۳۷۶) بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانم های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان. *مجله علمی پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی اصفهان*، ۱۱، ۶۵-۵۷.
- خدیو زاده، ط. کیانی، ف. سرگلزائی، م. ر.، بهنام، م. ر. (۱۳۸۵). *بررسی ارتباط رضایت زناشویی سه ماهه سوم بارداری با افسردگی پس از زایمان*، همدان: انتشارات سلامت.
- خمسه، ف. بررسی عوامل روانی اجتماعی مؤثر در بروز افسردگی زنان پس از زایمان در بیمارستان شهرستان کرج. *مجله تازه های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی*، ۶، ۱۸۲-۱۷۸.
- دواچی، ا. (۱۳۸۱). *پرستاری روان*. ۱. تهران: انتشارات سنجش.
- روحی، م.، یوسفی، ه. (۱۳۸۴). *بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در ۶ هفته اول پس از زایمان در شهرستان تبریز. فصلنامه پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۷، ۶۷-۵۱.
- روحی، م. (۱۳۸۰). *بررسی مشکلات سلامتی مادران، در ۶ هفته بعد از زایمان در شهر تبریز*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- روزنهان، د. سلیمکن، ال. مارتین، ای. پی. (۱۳۷۹). *روانشناسی نابهنجاری-آسیب شناسی روانی* (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: نشر ارسباران.
- سامسون، جی. ا. (۱۳۷۷). *اختلالات افسردگی پس از زایمان* (ترجمه آنوشا علایی). تهران: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران.
- شاملو، س. (۱۳۸۲). *مکاتب و نظریه‌ها در روان شناسی شخصیت*. تهران: رشد.
- شولتر، د. (۱۳۸۴). *نظریه‌های شخصیت* (ترجمه یوسف کریمی). تهران: ارسباران.
- صاحب کشف، ح. الماسی، فریبا. (۱۳۷۲). *بهداشت دوران بارداری*، تهران: نشر اشارت.
- صالحی کسائی، پ. (۱۳۷۳). *بررسی مقایسه ای شیوع افسردگی بعد از زایمان در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- صحتی شفائی، ف. (۱۳۷۹). *بررسی ۴۲ مورد افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه کننده به بیمارستانهای زنان مامایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز در سال ۱۳۷۷*. *مجله علمی دانشکده پرستاری مامایی اصفهان*، ۱۴، ۵۸-۵۴.
- صیادی اناری، ا. ر. (۱۳۸۱). *بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان*، تهران: انتشارات آشنا.
- کاپلان، ه. سادوک، ب. (۱۹۹۶). *خلاصه روانپزشکی* (ترجمه نصرت اله پور افکاری). جلد اول و دوم. تهران: انتشارات شهر.
- کاپلان، ه. سادوک، ب. (۱۳۷۷). *چکیده روانپزشکی بالینی* (ترجمه نصرت‌الله پورافکاری). تهران: آزاده.
- کاوه، م. (۱۳۸۸). *تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم توان ذهنی خفیف*، پایان نامه دکتری، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.

- کمالی فرد، م. و حسینی، ع. (۱۳۷۹). بررسی عوامل پیشگیری کننده افسردگی در دوران پس از زایمان در مادران بستری در بیمارستانهای آموزشی شهر تبریز. مقاله ارایه شده در همایش سراسری تازه های پرستاری در اختلالات خلقی. از پیشگیری تا نوتوانی. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. دانشکده پرستاری - مامایی.
- کرد میرزا نیکوزاده، ع. (۱۳۸۸). الگویابی زیستی-روانی - معنوی در افراد وابسته به مواد و تدوین برنامه مداخله‌ای برای ارتقاء تاب آوری مبتنی بر روایت شناختی و روان‌شناسی مثبت‌نگر. پایان نامه دکتری. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- گلدن، م. مدیو، ر. گدس، ح. (۱۳۸۱). *روانپزشکی آکسفورد* (ترجمه نصرت الله پور افکاری). تهران: انتشارات گلبان، ۱۲-۳.
- گیلدر، م. (۱۳۸۱). *روانشناسی آکسفورد* (محسن رجبی). تهران: انتشارات اندیشه رفیع.
- گرچی زاده، م. ح. مکوندی، ب. (۱۳۷۶). بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در دوران بارداری در شهر اهواز در سال ۱۳۷۶. *تشریح علوم پزشکی*، ۴، ۶۵-۷۷.
- عکاشه، گ. (۱۳۷۹). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴، ۱۶-۱۱.
- غفاری نژاد، ع. خوبیاری، ف. و پویا، ف. (۱۳۷۸). بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در شهر کرمان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱، ۸۷-۶۸.
- قطبی، ن. نیک روش، ا. سلیمانی، م. ر. (۱۳۷۳). *بیماری های زنان*. تهران: تیمور زاده.
- مصطفی نژاد، لیلا. (۱۳۷۸). *مادر شدن و سلامت روانی*. تهران: انتشارات روشن.
- معمدی، ه. تازری، ه. (۱۳۷۸). تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۳، ۱۹-۱.
- معمدی، ه. یاسمی، م. ت. کرباسی، ح. بنی واهب، ق. (۱۳۷۶). تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دو روستای استان کرمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۵، ۸۹-۱۱۹.
- نصیری، م. (۱۳۷۹). *بهداشت روانی دوران بارداری و زایمان*. تهران: نشر و تبلیغ بشری.
- نمازی، ش. (۱۳۷۸). بررسی نقش تعدادی از متغیرهای روانشناختی و دموگرافیک در افسردگی پس از زایمان. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱، ۴۲-۱۹.
- ویسی، م. عاطف وحید، م. ک. رضایی، م. (۱۳۷۹). تأثیر استرس شغلی بر خشنودی شغلی و سلامت روان: اثر تعدیل کننده سرسختی و حمایت اجتماعی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، شماره ۳، ۷۸-۷۰.
- ویلیامز، ج. و کانینگهام، گ. (۱۳۸۵). *بارداری زایمان* (ترجمه گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی). تهران: انتشارات خسروی و نشر سالمی، ۲۹۶-۲۹۱.
- هاشم زاده، ا. اورنگی، م. بهره دار، م. ج. (۱۳۷۹). استرس شغلی و رابطه آن با سلامت روان در کارکنان بیمارستان های شیراز. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۲، ۱۸-۱.
- هرایی، ح. خدا دوستان، م. اسدالهی، ق. و بشردوست، ن. (۱۳۷۶). بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانم های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان. *مجله علمی دانشکده پرستاری*، ۱۱، ۴۵-۳۴.

- یعقوبی، ن. نصر اصفهانی، م. شاه محمدی، د. (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا گیلان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴، ۶۵-۵۵.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barber, J. P., & DeRubeis, R. J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 441-457.
- Beard, J. (2005). Maternal iron deficiency anemia affects postpartum emotions and cognition. *The American Society for Nutrition Science. Journal of Nutrition*, 135, 267-272.
- Beck, A. T., Epstein, N., & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and Personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1-16.
- Beyers, W., & Goossens, L. (2003). Psychological separation and adjustment to university: Moderating effects of gender, age, and perceived parenting style. *Journal of adolescent research*, 8, 363-382.
- Bitsika, V., Sharply, C. F., Peters, K. (2010). How is resilience associated with anxiety and depression? Analysis of factor score interactions within a homogeneous sample. *The German Journal of Psychiatry*, 13, 9-16.
- Bondar, L. (2005). "Have we forgotten the significance of postpartum iron deficiency. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, 36-44.
- Cany, P. (2004). Maternal depression and child development. *Pediatrics and Child Health*, 9, 575-583.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Corwin, E. (2003). Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *The American Society for Nutrition Science. Journal of Nutrition*, 133, 4139-4142.
- Denis, C. (2004). Can we identify mother a risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh postnatal depression scale? *Journal of Affective Disorder*, 78, 163-169.
- Fata, L., Birashk, B., Atef-vahid, K., & Dobson, K. (2003). Meaning assignment structures/ schemas, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparison of two conceptual framework. *Iranian Journal psychiatry and clinical psychology*, 42 of, 312-326, (Persian).
- Gotlib, I. H., Lewinson, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychological functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 63, 90-160.
- Grant, J. E., Steinberg, M. A., Kim, S. V., Rounsaville, B. J., & Potenza, M. N. (2004). Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. *Psychiatry Research*, 128, 79-88.
- Gerdes, H., & Mallinckrodt, B. (1994). Emotional, social, and academic adjustment of college students: A longitudinal study of retention [Electronic version]. *Journal of counseling development*, 72, 281-288.



- Honey ,K .(2003) .Prediction postnatal depression. *Journal of Affective Disorder*. 76 , 201-210.
- Levy ,A .(2005) .Maternal anemia during pregnancy is an independent risk for low birth weight and preterm delivery. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 122 , 182-186.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larson. D. W., &Franklin. J. (1981). Depression-related cognitions:Antecedents of consequences? *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 213-219.
- Myint ,A .(2005). Th1. Th2 and Th3 cytokine alteration in major depression. *Journal of Affective Disorder*. 88 , 167-173.
- Mohammadkhani, P. ,& Dabson, K. S. (2007). Psychometric Characteristics of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Rehabilitation*, 29, 80-86.
- Nobel ,R. (2005) .Depression in woman. *Metabolism*, 154 , 48-52.
- Pascarella, E.T., & Terensini.P.T.(1995). The impact of college on students: myths. Rational myths. and some other things that may not be true.*Nacada journal*,15,26-33.
- Rosting, C. L. (1998). Personality. mood. and cognitive processing of emotional information: Three conceptual frameworks. *Psychological Bulletin*, 124, 165-196.
- Segal,D., Hersen. M. & Hasselt. V. B .V. (1994).Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: An Evaluative Review. *Comprehensive Psychiatry*. 35. 316-327.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002).*Midfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York:Guilford Press.
- Spitzer, R. L. & Williams ,J. B. W. (1984). *Structured clinical interview for DSM-III disorders (SCID-P 511184)*. New Yourk; New York State Psychiatric Institute.
- Teasdale ,J. D. Moore, R. G. Hayhurst. H.. Pope. M.Williams. S.. & Segal. Z. V. (2002). Metacognitive awarness and prevention of relapse in depression:Epmirical evidence. *Journal of Counsulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Weissman, A. N.& Beck. A. T, (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation*. Annual meeting of the American Educational research association 62nd. Toronto. Canada.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.
- Yaghoubi, N. Nasr. M..& Shahmohammadi. D. (1994).Epidemiology of psychological disorders in urban and rural population in Somee-Sara. Gilan. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*, 4, 55-65.(Persian)