رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۲۴، مهر ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(7), 2026

پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس حمایت اجتماعی، افسردگی و اضطراب بارداری

Prediction of Postpartum Depression Based on Social Support, Prenatal Depression and Pregnancy-Related Anxiety

تکتم حیدری
کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
محمدرضا شعیری (نویسنده مسئول)
دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس حمایت اجتماعی، افسردگی و اضطراب بارداری انجام شد. پژوهش حاضر توصیفی_همبستگی از نوع تحلیل رگرسیون بود. جامعه آماری پژوهش شامل مادران شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود که یک ماه از زایمان آن‌ها سپری شده بود. به روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌ای به تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس افسردگی ادینبرگ (EPDS، ادینبرگ، ۲۰۰۳)، پرسشنامه حمایت اجتماعی (MOS-SSS، شربورن و استورات، ۱۹۹۱) و پرسشنامهٔ اضطراب بارداری (PRAQ، وندنبرگ، ۱۹۸۹) بودند. داده‌ها با استفاده از رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی با افسردگی پس از زایمان رابطه منفی و معناداری دارند، در حالی که افسردگی بارداری و اضطراب بارداری با افسردگی پس از زایمان رابطه مثبت و معنادار دارد (p<۰/۰۱). همچنین متغیرهای پیش‌بین قادر به تبیین ۳۶ درصد از تغییرات افسردگی پس از زایمان بودند (p‹۰/۰۰۱). نتایج نشان داد حمایت اجتماعی، افسردگی و اضطراب بارداری پیش‌بین‌های معنادار افسردگی پس از زایمان هستند و در مجموع سهم قابل توجهی در تبیین آن دارند. بنابراین، این پژوهش بر اهمیت توجه همزمان به عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در دوران بارداری تأکید دارد و نشان می‌دهد مداخله و غربالگری به‌موقع در این دوره می‌تواند گامی مؤثر در پیشگیری و کاهش پیامدهای منفی سلامت روان پس از زایمان باشد.

واژه‌های کلیدی: *حمایت اجتماعی، افسردگی بارداری، اضطراب بارداری، افسردگی پس از زایمان.*

Toktam Heidari
M.A. of Clinical of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.
Mohammad Reza Shaeiri *
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. *shairigm@gmail.com*

Abstract

This study aimed to predict postpartum depression based on social support, pregnancy depression, and pregnancy anxiety. The present research was descriptive-correlational in nature, employing multiple regression analysis. The study population comprised mothers in Tehran in 2023, one month after delivery. Using a convenience sampling method, a total of 150 participants were selected. The instruments included the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Edinburgh, 2003), the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS; Sherbourne & Stewart, 1991), and the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ; Vandenberg, 1989). Data were analyzed using multiple regression analysis. The findings indicated that social support was negatively and significantly associated with postpartum depression, whereas pregnancy depression and pregnancy anxiety were positively and significantly related to postpartum depression ($p<0.01$). Additionally, the predictor variables explained 36% of the variance in postpartum depression ($p<0.001$). These results demonstrate that social support, pregnancy depression, and pregnancy anxiety are significant predictors of postpartum depression and collectively contribute substantially to its explanation. Therefore, this study emphasizes the importance of considering both psychological and social factors during pregnancy and suggests that timely screening and interventions in this period can be effective steps in preventing and reducing adverse postpartum mental health outcomes.

Keywords: *Social Support, Prenatal Depression, Pregnancy-Related Anxiety, Postpartum Depression.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** فروردین ۱۴۰۵ | **پذیرش:** فروردین ۱۴۰۵ | **ویرایش نهایی:** مهر ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-25]

مقدمه

افسردگی پس از زایمان[1] به عنوان یکی از چالش‌های عمده سلامت روان در دوران پس از زایمان شناخته می‌شود که شیوع آن در دهه اخیر افزایش قابل توجهی داشته است (آگراوال[2] و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعات گسترده نشان می‌دهند که میزان شیوع این اختلال در جمعیت‌های مختلف بین ۰/۵ تا ۸۲/۱ درصد متغیر است که این تفاوت فاحش عمدتاً ناشی از تفاوت در روش‌های تشخیصی، ابزارهای سنجش و شرایط فرهنگی-اجتماعی جوامع مختلف است (لیو[3] و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس معیارهای تشخیصی نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[4]، این اختلال به عنوان زیرمجموعه‌ای از افسردگی اساسی طبقه‌بندی می‌شود و تشخیص آن مستلزم وجود حداقل پنج علامت از جمله خلق افسرده، احساس غمگینی یا بی‌لذتی به مدت حداقل دو هفته در چهار هفته اول پس از زایمان است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[5]، ۲۰۲۲). عوامل متعددی مثل عوامل زیستی[6] (مانند تغییرات هورمونی، عوارض بارداری و زایمان)، عوامل روان‌شناختی[7] (مانند سابقه افسردگی، اضطراب و عزت‌نفس پایین)، عوامل اجتماعی[8] (مانند حمایت اجتماعی ناکافی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین) و عوامل مرتبط با بارداری[9] (مانند بارداری ناخواسته یا عوارض زایمان) در بروز این اختلال نقش دارند (هاگ[10] و همکاران، ۲۰۲۵؛ چو[11] و همکاران، ۲۰۲۲). افسردگی پس از زایمان نه‌تنها موجب اختلال در کارکرد فردی مادر و شکل‌گیری رابطه عاطفی ناکارآمد با نوزاد می‌شود، بلکه پیامدهای گسترده‌ای بر سلامت روان خانواده و رشد اجتماعی کودک برجای می‌گذارد. ازاین‌رو، شناسایی زودهنگام و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر پایش روانی مادران باردار، ضرورتی اساسی در ارتقای سلامت روان جامعه محسوب می‌شود (دیمسیا[12] و همکاران، ۲۰۲۴).

در میان عوامل روانی-اجتماعی، حمایت اجتماعی[13] به‌طور مستمر به‌عنوان یک عامل حفاظتی کلیدی در سلامت روان مادران مطرح شده است (مور[14] و همکاران، ۲۰۲۵). حمایت اجتماعی به معنای تجربه یا ادراک مراقبت، ارزشمند بودن و عضویت در یک شبکه متقابل کمک است. این مفهوم شامل ابعاد مختلفی است که از جمله آنها می‌توان به حمایت عاطفی، حمایتی اطلاع‌رسانی، حمایتی ابزاری و حمایت ارزیابی اشاره کرد (آکوبا[15]، ۲۰۲۴). حمایت عاطفی شامل ابراز همدلی، عشق و دلگرمی است، حمایت اطلاع‌رسانی شامل راهنمایی، مشاوره و انتقال اطلاعات می‌شود، و حمایت ابزاری به کمک‌های عملی مانند یاری در کارهای روزمره، مراقبت از کودک یا پشتیبانی مالی اطلاق می‌شود. همچنین، حمایت ارزیابی با ارائه بازخورد سازنده و تأیید توانمندی‌ها، نقش مهمی در افزایش اعتماد به نفس و توانایی مقابله با چالش‌ها ایفا می‌کند (میرا[16] و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند زنانی که شبکه اجتماعی قوی و در دسترس بودن حمایت را تجربه می‌کنند، به‌طور قابل‌توجهی کمتر در معرض علائم افسردگی پس از زایمان قرار دارند (چو و همکاران، ۲۰۲۲). حضور همسر، خانواده، دوستان یا گروه‌های همتا می‌تواند فشارهای مرتبط با زایمان و دوره پس از زایمان را کاهش دهد و تاب‌آوری مادر را افزایش دهد (امان[17]، ۲۰۲۵). در مقابل، نبود حمایت کافی ممکن است باعث احساس انزوا، ناتوانی و فشار روانی شود و آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی را افزایش دهد (هالیکی[18] و همکاران، ۲۰۲۵). حمایت اجتماعی، سلامت روان مادر را از طریق کاهش استرس، تأیید عاطفی و تقویت راهبردهای مقابله‌ای ارتقا می‌دهد (وانگ[19] و همکاران، ۲۰۲۳).

---

1 postpartum depression
2 Agrawal
3 Liu
4 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
5 American Psychiatric Association (APA)
6 biological factors
7 psychological factors
8 social factors
9 factors related to pregnancy
10 Høgh
11 Cho
12 Dimcea
13 social support
14 Mor
15 Acoba
16 Mira
17 Aman
18 Holicky
19 Wang

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-25]

از سویی دیگر، افسردگی بارداری[1] یعنی تجربه علائم افسردگی در دوران حاملگی به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم در سلامت روان پس از زایمان شناخته شده است (لوسیانو[2] و همکاران، ۲۰۲۲). افسردگی بارداری طیف وسیعی از اختلالات خلقی را شامل می‌شود که از غمگینی و کسالت خفیف تا دوره‌های افسردگی بالینی شدید متغیر است و در دوران حاملگی آغاز یا ادامه می‌یابد. زنانی که افسردگی بارداری را تجربه می‌کنند، اغلب خلق پایین، کاهش انگیزه، اختلالات خواب، تغییرات اشتها و احساس ناامیدی را گزارش می‌دهند (کارلسون[3] و همکاران، ۲۰۲۵). این علائم ممکن است تحت تأثیر تغییرات هورمونی، استرس‌های روانی-اجتماعی یا سابقه اختلالات خلقی باشند و می‌توانند عملکرد مادر و رشد جنین را مختل کنند (یین[4] و همکاران، ۲۰۲۱). تحقیقات نشان داده‌اند که حضور علائم افسردگی در دوران حاملگی با افزایش خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان مرتبط است. این رابطه پیچیده بوده و توسط عواملی مانند راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و رویدادهای استرس‌زا نیز تغییر می‌کند (یو[5] و همکاران، ۲۰۲۳). به‌طور کلی، افسردگی بارداری زمینه روانی آسیب‌پذیری را ایجاد می‌کند که می‌تواند پس از زایمان ادامه یابد یا شدت یابد. این استمرار علائم افسردگی ضرورت مداخله زودهنگام در دوران حاملگی را نشان می‌دهد. بدین ترتیب، افسردگی بارداری نه تنها یک نشانه هشدار اولیه است، بلکه یک هدف مهم برای پیشگیری در سلامت روان مادر محسوب می‌شود (دلامینی[6] و همکاران، ۲۰۲۳).

در نهایت اضطراب بارداری[7] نیز یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر افسردگی پس از زایمان است (خیمنز-باراگان[8] و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب بارداری به نگرانی‌های مداوم و بیش از حد مربوط به سلامت جنین، روند زایمان، تغییرات بدنی مادر و مسئولیت‌های مادری اطلاق می‌شود. این اضطراب با اضطراب عمومی متفاوت است و تمرکز آن به‌طور خاص بر جنبه‌های مربوط به حاملگی و هویت مادری است (دانکل شتر و پونتینگ[9]، ۲۰۲۲). اضطراب بارداری می‌تواند از طریق تحریک فیزیولوژیکی شدید، افکار مزاحم، اختلالات خواب و رفتارهای اجتنابی خود را نشان دهد و عملکرد روزمره و رفاه کلی مادر را تحت تأثیر قرار دهد (بنائی[10] و همکاران، ۲۰۲۵). این واکنش‌ها می‌توانند باعث افزایش خستگی روانی، کاهش توانایی تمرکز و اختلال در تصمیم‌گیری‌های روزمره مادر شوند. شواهد نشان می‌دهد که سطوح بالای اضطراب بارداری با افزایش علائم افسردگی پس از زایمان مرتبط است، زیرا فشار روانی تجمعی آن می‌تواند آسیب‌پذیری عاطفی مادر را تشدید کند (دویگولو بولان[11] و همکاران، ۲۰۲۶). علاوه بر این، نگرانی مداوم ممکن است توسعه راهبردهای مقابله‌ای مؤثر را مختل کند، تعاملات اجتماعی را کاهش دهد و مشارکت مادر در مراقبت از خود را محدود کند که همه اینها می‌توانند به ظهور افسردگی پس از زایمان کمک کنند (کیاک[12]، ۲۰۲۴). اضطراب بارداری می‌تواند نه تنها بر احساسات لحظه‌ای مادر تأثیر بگذارد، بلکه پیامدهای مداوم و قابل توجهی بر سلامت روان و توانایی عملکرد روزمره او در دوران حاملگی و پس از زایمان داشته باشد (چائوهان و پاتدار[13]، ۲۰۲۲).

به‌طور کلی، افسردگی پس از زایمان یک پدیده چندبعدی است که تحت تأثیر عوامل زیستی، روانی و اجتماعی قرار دارد و تعامل میان حمایت اجتماعی، افسردگی بارداری و اضطراب بارداری نقش مهمی در شروع و شدت آن دارد. حمایت اجتماعی به‌عنوان عامل حفاظتی می‌تواند اثرات منفی افسردگی و اضطراب بارداری را کاهش دهد، در حالی که حضور آسیب‌پذیری‌های روانی احتمال بروز علائم افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد. با وجود شواهد گسترده درباره پیش‌بینی‌کننده‌های فردی، کمبود پژوهش‌های درباره تأثیر همزمان این سه عامل وجود دارد، در حالی که شناخت نقش جمعی آنها می‌تواند ابزارهای غربالگری و مداخلات هدفمندتری برای پیشگیری و کاهش افسردگی پس از زایمان فراهم کند. پرداختن به این مسئله، علاوه بر پیشرفت علمی، اهمیت عملی بالایی دارد و زمینه را برای شناسایی زودهنگام زنان در معرض خطر، اجرای مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی، تقویت حمایت خانواده و ارتقای سلامت مادر، کودک و خانواده

1 antenatal depression
2 Luciano
3 Carlson
4 Yin
5 Yu
6 Dlamini
7 pregnancy-related anxiety
8 Jimènez-Barragan
9 Dunkel Schetter & Ponting
10 Banaei
11 Duygulu Bulan
12 Kiyak
13 Chauhan & Potdar

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-25]

فراهم می‌کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس حمایت اجتماعی، افسردگی و اضطراب بارداری انجام شد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع تحلیل رگرسیون بود. جامعه آماری پژوهش شامل مادران شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود که یک ماه از زایمان آن‌ها سپری شده بود. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد و به روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه‌ای به تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب شدند. معیارهای ورود به این پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، سپری شدن یک ماه از زایمان، دارای سواد خواندن و نوشتن و دسترسی به اینترنت بود. معیارهای خروج شامل تمایل شخصی برای انصراف در هر مرحله از پژوهش، عدم پاسخ‌گویی صحیح به پرسشنامه‌ها و وجود داده‌های پرت بود. بعد از اخذ کد اخلاق (IR.SHAHED.REC.1401.008) از کمیته اخلاق دانشگاه شاهد، پژوهشگر به مطب‌های متخصصان زنان و زایمان رجوع نمود و با صحبت کردن با تک تک بیماران و توضیح راجع به پژوهش، افرادی را که مایل به همکاری بودند، به‌عنوان نمونه برای جمع‌آوری داده‌ها انتخاب نمود. پژوهشگر به‌صورت تک‌به‌تک با نمونه‌ها در ارتباط بود و توضیحات لازم را به آن‌ها داد و لینک پرسشنامه‌ها را برایشان در دوره بارداری و یک ماه بعد از زایمان ارسال کرد. همچنین کلیه اصول اخلاق پژوهش رعایت شد؛ بدین صورت که شرکت‌کنندگان پس از دریافت توضیحات کامل درباره اهداف، فرایند اجرا و نحوه استفاده از داده‌ها، با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند و اختیار انصراف در هر مرحله بدون هیچ پیامدی برای آنان محفوظ بود. همچنین محرمانگی اطلاعات تضمین شده و داده‌ها به‌صورت ناشناس و صرفاً در چارچوب اهداف علمی پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. تمامی مراحل پژوهش مطابق با اصول حرفه‌ای و دستورالعمل‌های اخلاق در پژوهش‌های حوزه سلامت انجام شد. داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۷ و از طریق دو روش آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس افسردگی ادینبرگ[1] (EPDS): این مقیاس را ادینبرگ در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان طراحی و تدوین کرده است. این مقیاس ۱۰ گویه دارد و بر اساس طیف لیکرت، گویه‌های ۱، ۲ و ۴ از صفر تا ۳ و گویه‌های ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰ از ۳ تا صفر نمره‌گذاری می‌شوند. نمره مقیاس ادینبرگ بین صفر تا ۳۰ است. برای محاسبه امتیاز کلی مقیاس، نمره تمامی گویه‌ها با هم جمع می‌شوند. هرچه امتیاز حاصل‌شده از این مقیاس بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر افسردگی خواهد بود و بالعکس. ادینبرگ و همکاران (۲۰۰۳) پایایی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۷۰ و روایی محتوایی آن را برابر ۰/۸۲ به‌دست آورده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده در پژوهش کانی‌گلزار و قلی‌زاده (۱۳۹۴) برای این مقیاس بیشتر از ۰/۷۰ برآورد شده است. همچنین مقدار همبستگی‌های درونی آزمون با آزمون کیزر-میر-اولکین برابر با ۰/۸۰ است که نشان از صحت گویه‌های پرسشنامه در تشخیص افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان می‌دهد (احمدی کانی‌گلزار و قلی‌زاده، ۱۳۹۴). میزان پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی[2] (MOS-SSS): پرسشنامه حمایت اجتماعی توسط شربورن و استورات[3] (۱۹۹۱) به‌منظور وارسی پیامدهای پزشکی ساخته شده و پس از آن در پژوهش‌های دیگر از آن استفاده گردید. این پرسشنامه که حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می‌سنجد شامل ۱۹ ماده حمایت عملکردی است که ۵ بعد از حمایت اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند، این پنج مقیاس عبارت‌اند از: حمایت ملموس، حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، تعامل اجتماعی مثبت و مهربانی. در این پرسشنامه، مقیاس حمایت ملموس با ۵ ماده، مقیاس حمایت هیجانی با ۴ ماده، مقیاس حمایت اطلاعاتی با ۴ ماده، مقیاس مهربانی با ۳ ماده و مقیاس تعامل اجتماعی مثبت با ۴ ماده مورد سنجش قرار می‌گیرد. آزمودنی میزان موافقت یا مخالفت خود را در یک طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت مشخص می‌سازد. پایین‌ترین نمره در این آزمون ۱۹ و بالاترین نمره ۹۵ است. به‌دست آوردن نمره بالاتر از ۶۵ در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده‌ی

1 Edinburgh Postnatal Depression Scale
2 Medical Outcomes Study- Social Support Survey
3 Sherbourne & Stewart

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-25]

این است که آزمودنی از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار است. شربورن و استورات (۱۹۹۱) 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 به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۹۱، ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی سازه گزارش شده این پرسشنامه ۰/۷۸ است (شربورن و استورات، ۱۹۹۱). جهان بخشیان و زندی پور (۱۳۹۰) پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کردند. محمدزاده و همکاران (۱۳۹۴) ارتباط معناداری بین تک‌تک پنج مقیاس با کل مقیاس حمایت اجتماعی بدست آوردند و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی و تعامل اجتماعی مثبت بیشترین میزان ارتباط (۰/۹۳) و بین حمایت ملموس و حمایت اجتماعی کمترین میزان ارتباط (۰/۸۵) وجود دارد. افزون بر آن رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت روان بیماران دیده شده که نتایج یادشده نشان‌دهنده‌ی روایی این مقیاس است. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب بارداری[1] (PRAQ): این پرسشنامه توسط وندنبرگ[2] (۱۹۸۹) طراحی شده و فرم کوتاه آن شامل ۱۷ ماده است که پنج عامل اصلی ترس از زایمان (۳ ماده)، ترس از تولد نوزاد معلول (۴ ماده)، ترس از تغییر روابط زناشویی (۴ ماده)، ترس از تغییرات خلق‌وخو (۳ ماده) و ترس‌های خودمحورانه (۳ ماده) را می‌سنجد. نمره‌دهی بر اساس مقیاس ۱ تا ۷ است و نمره کل بین ۱۷ تا ۱۱۹ متغیر است. پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ تأیید شده است و روایی سازه این ابزار نیز ۰/۸۵ گزارش شده است (هومپس و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران، کارآموزیان و همکاران (۱۳۹۵) این پرسشنامه را مورد اعتباریابی قرار دادند و پنج عامل آن بیش از ٪۸۷ واریانس این مقیاس را تبیین نمودند. همچنین، آلفای کرونباخ کل ۰/۷۸ و همبستگی با پرسشنامه اضطراب بک ۰/۷۴ گزارش شده است ($p<۰/۰۱$). میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

یافته ها

در پژوهش حاضر تعداد ۱۵۰ مادر مشارکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان ۳۱/۴۸ و ۴/۲۳ سال بود. تعداد ۵ نفر (۳/۳ درصد) دارای مدرک زیر دیپلم، ۳۰ نفر (۲۰ درصد) مدرک دیپلم، ۷۳ نفر (۴۸/۷ درصد) کاردانی و کارشناسی و ۴۲ نفر (۲۸ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. تعداد ۱۱۵ مادر (۷۶/۶۶) بدون فرزند، ۲۴ مادر (۱۶ درصد) دارای یک فرزند، ۷ مادر (۴/۶۶) دارای دو فرزند و ۴ مادر (۲/۶۶) دارای سه فرزند، غیر از فرزند تازه به دنیا آمده بودند. جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ضرایب همبستگی پیرسون و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱. حمایت اجتماعی	-			
۲. افسردگی بارداری	-۰/۲۳**	-		
۳. اضطراب بارداری	-۰/۱۶**	۰/۴۹**	-	
۴. افسردگی پس از زایمان	-۰/۳۹**	۰/۴۹**	۰/۴۳**	-
میانگین	۷۰/۳۵	۱۰/۲۱	۵۲/۸۳	۱۱/۴۷
انحراف معیار	۱۶/۰۱	۵/۳۸	۲۱/۳۶	۵/۸۹
کجی	-۰/۴۳۵	۰/۳۷۶	۰/۴۷۳	۰/۲۴۶
کشیدگی	-۰/۴۴۹	-۰/۳۱۲	-۰/۴۹۸	-۰/۳۰۱
تحمل	۰/۹۴۱	۰/۷۳۲	۰/۷۵۳	-
تورم واریانس	۱/۰۶۱	۱/۳۶۶	۱/۳۲۸	-

* P‹۰/۰۵ **P‹۰/۰۱

1 Pregnancy Related Anxiety Questionnaire
2 Van den Bergh

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-25]

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. نتایج همبستگی حاکی از آن است که حمایت اجتماعی با افسردگی پس از زایمان رابطه منفی و معناداری دارند، در حالی که افسردگی بارداری و اضطراب بارداری با افسردگی پس از زایمان رابطه مثبت و معنادار دارد (p<۰/۰۱). مقادیر کجی و کشیدگی تمامی متغیرها در محدوده ۲± قرار داشت که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌های تک‌متغیری است. بررسی مفروضه عدم هم‌خطی نیز تأیید شد؛ ضریب تحمل تمامی متغیرهای پیش‌بین بالاتر از ۰/۱ و مقادیر تورم واریانس کمتر از ۱۰ بود، که نرمال بودن توزیع چندمتغیری را تأیید می‌کند. همچنین، نمودار پراکندگی واریانس‌های استانداردشده خطاها نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. برای آزمون فرضیه اصلی پژوهش، تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲. نتایج ضرایب چندگانه و بررسی معناداری پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس آزمون آنوا

متغیر ملاک	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	R	R^2	دوربین- واتسون
افسردگی پس از زایمان	رگرسیون	۱۸۶۰/۵۵۱	۳	۶۲۰/۱۸۴	۲۷/۳۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۰	۰/۳۶۰	۱/۸۰۱
	باقیمانده	۳۳۱۲/۸۴۳	۱۴۶	۲۲/۶۹۱					
	کل	۵۱۷۳/۳۹۳	۱۴۹						

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد مدل پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان به‌طور کلی معنادار است (F(۳، ۱۴۶) =۲۷/۳۳۲، p<۰/۰۰۱)، میزان ضریب همبستگی چندگانه برابر با ۰/۶۰ و ضریب تعیین ۰/۳۶ بود؛ بدین معنا که ۳۶٪ از واریانس افسردگی پس از زایمان توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود که نشان‌دهنده قدرت تبیینی متوسط رو به بالا است. همچنین مقدار آماره دوربین-واتسون برابر با ۱/۸۰۱ به دست آمد که نشان می‌دهد فرض استقلال خطاها برقرار است (در بازه مطلوب ۱/۵تا ۲/۵). بنابراین، مدل رگرسیونی از برازش مناسب برخوردار بوده و پیش‌بین‌ها توانسته‌اند به‌طور معناداری افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی کنند.

جدول ۳. نتایج پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس متغیرهای پیش‌بین

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	t	sig
	بتا	SE	بتا		
مقدار ثابت	۱۱/۸۳۲	۲/۲۶۰		۵/۲۳۴	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	-۰/۱۰۲	۰/۰۲۵	-۰/۲۷۷	-۴/۰۶۲	۰/۰۰۱
افسردگی بارداری	۰/۳۴۶	۰/۰۸۵	۰/۳۱۶	۴/۰۸۰	۰/۰۰۱
اضطراب بارداری	۰/۰۶۲	۰/۰۲۱	۰/۲۲۶	۲/۹۵۸	۰/۰۰۴

جدول ۳ نشان می‌دهد که سه متغیر پیش‌بین به‌طور معنادار افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی می‌کنند. حمایت اجتماعی با (p<۰/۰۰۱، t=-۴/۰۶۲ و β=-۰/۲۷۷) رابطه منفی داشته و اثر محافظتی دارد، در حالی که افسردگی بارداری (p<۰/۰۰۱، t=۴/۰۸۰ و β=۰/۳۱۶) و اضطراب بارداری (p<۰/۰۰۱، t=۲/۹۵۸ و β=۰/۲۲۶) با افسردگی پس از زایمان رابطه مثبت دارند. نتایج نشان می‌دهد حمایت اجتماعی، کاهش و افسردگی و اضطراب بارداری افزایش علائم افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش با هدف پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس حمایت اجتماعی، افسردگی و اضطراب بارداری انجام شد. یافته‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی با افسردگی پس از زایمان رابطه منفی معناداری داشت و قادر به پیش‌بینی آن بود. این یافته با نتایج مور و همکاران، (۲۰۲۵)؛ هالیکی و همکاران (۲۰۲۵)؛ وانگ و همکاران، (۲۰۲۳) و چو و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت دوره پس از زایمان با تغییرات هورمونی، مسئولیت‌های جدید، اختلال خواب و بازتعریف نقش‌های فردی و خانوادگی همراه است؛

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-25]

مجموعه‌ای از عوامل که سطح تنش روانی را افزایش می‌دهد و در صورت فقدان منابع مقابله‌ای، زمینه بروز علائم افسردگی را فراهم می‌کند (دیمسیا و همکاران، ۲۰۲۴). حمایت اجتماعی در این میان به‌عنوان یک منبع بیرونی تنظیم‌کننده فشار روانی عمل می‌کند و شدت تأثیر استرسورها را کاهش می‌دهد. زمانی که مادر احساس می‌کند افرادی در کنار او حضور دارند که او را درک می‌کنند، به او اطمینان می‌دهند و در امور عملی یاری می‌رسانند، ارزیابی شناختی او از موقعیت‌های تنش‌زا تغییر می‌کند و ادراک تهدید کاهش می‌یابد. حمایت اجتماعی می‌تواند افکار ناکارآمدی مانند «من از عهده مادری برنمی‌آیم» یا «تنها هستم» را تعدیل کند و از شکل‌گیری نشخوار ذهنی و احساس بی‌کفایتی پیشگیری نماید. همچنین حمایت عاطفی با افزایش احساس ارزشمندی و تعلق، عزت‌نفس مادر را تقویت کرده و در برابر خلق افسرده نقش محافظتی ایفا می‌کند (آکوبا، ۲۰۲۴). حمایت ابزاری نیز با کاهش فشار وظایف روزمره و خستگی مفرط، فرصت بازیابی روانی را فراهم می‌آورد. در مقابل، فقدان حمایت اجتماعی می‌تواند احساس انزوا، درماندگی و بی‌پناهی را تشدید کرده و چرخه معیوب استرس و خلق پایین را فعال سازد. نکته مهم این است که کیفیت روابط زناشویی و خانوادگی در این دوره نقش تعیین‌کننده‌ای دارد؛ تعارضات یا بی‌توجهی عاطفی ممکن است به احساس طردشدگی منجر شود و آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی را افزایش دهد. بنابراین، حمایت اجتماعی یک منبع حفاظتی فعال است که از طریق کاهش استرس، تقویت راهبردهای مقابله‌ای و ارتقای احساس کفایت فردی، احتمال بروز و تداوم افسردگی پس از زایمان را کاهش می‌دهد (هالیکی و همکاران، ۲۰۲۵).

یافته دیگر نشان داد که افسردگی بارداری با افسردگی پس از زایمان رابطه مثبت معناداری دارد و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند. این یافته با نتایج یو و همکاران، (۲۰۲۳)؛ دلامینی و همکاران (۲۰۲۳) و لوسیانو و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت که علائم افسردگی در دوران بارداری نه یک پدیده گذرا، بلکه نشانگر وجود الگوی پایدارترِ آسیب‌پذیری شناختی-هیجانی است که در مواجهه با فشارهای دوره پس از زایمان فعال‌تر می‌شود. زنانی که در دوران بارداری سطوح بالاتری از خلق پایین، ناامیدی، خستگی روانی و افکار منفی را تجربه می‌کنند، اغلب با سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، نشخوار ذهنی و ارزیابی‌های منفی از خود و آینده مواجه‌اند؛ این الگوها پس از زایمان و در شرایط استرس‌زاتر می‌توانند تشدید شوند (کارلسون و همکاران، ۲۰۲۵). افسردگی بارداری ممکن است با شکل‌گیری باورهای منفی درباره توانایی مادری، تصویر بدنی یا آینده کودک همراه باشد. این باورها در دوره پس از زایمان، زمانی که مادر با چالش‌های واقعی مراقبت از نوزاد، کم‌خوابی و تغییر نقش‌ها مواجه می‌شود، فعال شده و خلق افسرده را پایدار می‌سازند. همچنین افسردگی بارداری می‌تواند نشان‌دهنده ضعف در مهارت‌های مدیریت هیجان باشد؛ در نتیجه، فرد پس از زایمان توانایی کمتری در مهار استرس و بازسازی شناختی خواهد داشت (یو و همکاران، ۲۰۲۳). از سویی دیگر تغییرات هورمونی دوران بارداری و پس از زایمان بر محورهای عصبی-غددی مرتبط با خلق اثر می‌گذارند. در صورتی که پیش‌زمینه افسردگی در دوران بارداری وجود داشته باشد، این تغییرات زیستی می‌توانند شدت علائم را افزایش دهند. افزون بر این، افسردگی بارداری ممکن است کیفیت تعاملات اجتماعی و زناشویی را نیز تحت تأثیر قرار دهد و منجر به کاهش حمایت دریافتی شود؛ عاملی که خود خطر افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد. بنابراین، استمرار علائم خلقی از بارداری تا پس از زایمان بیانگر پیوستار زمانی افسردگی است و بر ضرورت غربالگری و مداخله زودهنگام در دوران بارداری تأکید می‌کند تا از تثبیت و تشدید اختلال در دوره پس از زایمان پیشگیری شود (دلامینی و همکاران، ۲۰۲۳).

یافته نهایی نشان داد که اضطراب بارداری با افسردگی پس از زایمان رابطه مثبت معناداری دارد و به‌طور معناداری قادر به پیش‌بینی آن است. این یافته با نتایج دویگولو بولان و همکاران، (۲۰۲۶)؛ خیمنز-باراگان و همکاران (۲۰۲۴) و کیاک (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد که اضطراب بارداری، که با نگرانی‌های مستمر درباره سلامت جنین، روند زایمان، توانمندی در ایفای نقش مادری و پیامدهای آینده همراه است، سطح برانگیختگی فیزیولوژیک و تنش روانی را به‌صورت مداوم افزایش می‌دهد. تداوم این وضعیت باعث می‌شود سیستم روانی-جسمانی مادر در حالت آماده‌باش طولانی‌مدت باقی بماند؛ حالتی که به مرور زمان موجب تحلیل انرژی روانی، کاهش آستانه تحمل استرس و فرسودگی هیجانی می‌شود. چنین فرسودگی‌ای می‌تواند پس از زایمان، زمانی که فشارهای عملی و مسئولیت‌های جدید افزایش می‌یابد، به شکل خلق افسرده، بی‌انگیزگی و احساس ناتوانی بروز کند (خیمنز-باراگان و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب بارداری اغلب با الگوهای شناختی خاصی مانند فاجعه‌سازی، تمرکز انتخابی بر تهدید و عدم تحمل عدم‌قطعیت همراه است. این سبک پردازش ذهنی باعث می‌شود مادر رویدادهای عادی را نیز بالقوه خطرناک یا نشانه‌ای از شکست شخصی تفسیر کند. پس از تولد نوزاد، زمانی که مراقبت از کودک با ابهام‌ها و موقعیت‌های پیش‌بینی‌ناپذیر همراه است، این الگوی شناختی می‌تواند فعال‌تر شود و ارزیابی‌های منفی از خود و شرایط را تشدید کند. در نتیجه، احساس ناکارآمدی، درماندگی و ناامیدی افزایش یافته و زمینه برای شکل‌گیری یا تشدید علائم افسردگی فراهم می‌شود (چائوهان و پاتدار، ۲۰۲۲). علاوه بر این، اضطراب پایدار در دوران بارداری می‌تواند به اختلال در

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-25]

خواب، بی‌قراری جسمی، خستگی مزمن و کاهش تمرکز منجر شود. کمبود خواب و خستگی مداوم، که خود در دوره پس از زایمان نیز تشدید می‌شوند، ظرفیت تنظیم هیجانی را کاهش داده و فرد را مستعد واکنش‌های خلقی منفی می‌سازند. همچنین، اشتغال ذهنی مداوم با نگرانی‌ها می‌تواند لذت‌بردن از تجربه بارداری و تعامل اولیه با نوزاد را محدود کند و احساس فاصله عاطفی یا گناه را افزایش دهد (کیاک، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، اضطراب بارداری ممکن است نشان‌دهنده دشواری در مدیریت هیجان‌های منفی باشد. مادری که در دوران بارداری برای مقابله با نگرانی‌ها عمدتاً از راهبردهای اجتنابی یا نگرانی مفرط استفاده می‌کند، احتمالاً پس از زایمان نیز در مواجهه با استرس‌های جدید از همان الگوها بهره خواهد برد. این امر می‌تواند چرخه‌ای از نگرانی، خستگی، ارزیابی منفی و خلق پایین ایجاد کند که در نهایت به افسردگی پس از زایمان منتهی می‌شود. بنابراین، نقش پیش‌بینی‌کننده اضطراب بارداری را می‌توان حاصل اثر تجمعی فشارهای شناختی، هیجانی و جسمانی دانست که پیش از زایمان آغاز شده و در صورت عدم مداخله، در دوره پس از زایمان به شکل افسردگی تداوم می‌یابد (خیمنز-باراگان و همکاران، ۲۰۲۴).

در مجموع، نتایج بیانگر آن است که افسردگی پس از زایمان نه یک پدیده ناگهانی، بلکه پیامد تعامل عوامل حمایتی و آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی پیشین است. به‌گونه‌ای که وجود علائم افسردگی و اضطراب در دوران بارداری می‌تواند زمینه آسیب‌پذیری هیجانی را تقویت کرده و احتمال تداوم یا تشدید اختلال خلقی پس از زایمان را افزایش دهد، در حالی که برخورداری از حمایت اجتماعی مناسب می‌تواند نقش محافظتی ایفا کرده و از شدت این پیامدها بکاهد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که سلامت روان مادر در دوره پس از زایمان تا حد زیادی ریشه در وضعیت روانی و کیفیت منابع حمایتی او در دوران بارداری دارد. این یافته‌ها بر اهمیت غربالگری همزمان افسردگی و اضطراب در دوران بارداری و نیز تقویت شبکه‌های حمایتی رسمی و غیررسمی تأکید می‌کند و نشان می‌دهد مداخلات پیشگیرانه اگر پیش از زایمان آغاز شوند، می‌توانند به‌طور معناداری از بروز یا شدت افسردگی پس از زایمان بکاهند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به ماهیت توصیفی-همبستگی و مقطعی آن اشاره کرد که امکان نتیجه‌گیری علّی را محدود می‌کند. عدم بررسی مدت زمان آخرین زایمان و همچنین استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، تمرکز بر مادران شهر تهران و اتکا به ابزارهای خودگزارشی آنلاین می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش داده و احتمال سوگیری پاسخ را افزایش دهد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با طراحی طولی و نمونه‌های گسترده‌تر در بافت‌های فرهنگی مختلف انجام شوند تا روابط علّی دقیق‌تر بررسی گردد. همچنین به‌صورت کاربردی، اجرای برنامه‌های غربالگری روان‌شناختی در دوران بارداری و مداخلات تقویت‌کننده حمایت اجتماعی برای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان توصیه می‌شود.

منابع

احمدی کانی گلزار، ا؛ و قلی زاده، ز. (۱۳۹۴). اعتبار سنجی ایرانی آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبرگ برای غربالگری افسردگی پس از زایمان. *روان پرستاری*، ۳ (۳)، ۱-۱۰. http://ijpn.ir/article-1-611-fa.html

جهان‌بخشیان، ن؛ زندی پور، ط. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس با بیماران ام.اس بر بهبود سلامت روان و تقویت حمایت اجتماعی بیماران. *مطالعات روان‌شناختی*، ۷(۲)، ۶۵-۸۴. https://doi.org/10.22051/psy.2011.1549

کارآموزیان، م؛ عسکری زاده، ق؛ و بهروزی، ن. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب بارداری. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۵(۴)، ۳۴-۲۲. https://www.magiran.com/paper/citation?ids=1621542

محمدزاده، ج؛ سایه میری، ک؛ و محمودی، ب. (۱۳۹۴). هنجاریابی مقیاس حمایت اجتماعی (MOS) افراد بزرگسال مبتلا به بیماری های مزمن در شهر ایلام، سال ۱۳۹۳. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳(۷)، ۶۹-۷۷. https://sid.ir/paper/90406/fa

Acoba E. F. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in psychology*, *15*, 1330720. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720

Agrawal, I., Mehendale, A. M., & Malhotra, R. (2022). Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus*, *14*(10), e30898. https://doi.org/10.7759/cureus.30898

Aman H. K. (2025). The differential effect of sources of social support on postpartum depression: the mediating role of resilience. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine : PEHM*, *20*(1), 35. https://doi.org/10.1186/s13010-025-00190-2

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-25]

Banaei, M., Alizadeh, S., Roozbeh, N., Ghare-Naz, M. S., Taghvaei, E., Parviz, L., & Ghasemi, V. (2025). Sleep quality during pregnancy: the role of anxiety, fear of childbirth, and obstetric factors - a multicenter cross-sectional study. *BMC public health*, *25*(1), 3797. https://doi.org/10.1186/s12889-025-25142-5

Carlson, K., Mughal, S., Azhar, Y., & Siddiqui, W. (2025). Perinatal Depression. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/

Chauhan, A., & Potdar, J. (2022). Maternal Mental Health During Pregnancy: A Critical Review. *Cureus*, *14*(10), e30656. https://doi.org/10.7759/cureus.30656

Cho, H., Lee, K., Choi, E., Cho, H. N., Park, B., Suh, M., Rhee, Y., & Choi, K. S. (2022). Association between social support and postpartum depression. *Scientific reports*, *12*(1), 3128. https://doi.org/10.1038/s41598-022-07248-7

Dimcea, D. A., Petca, R. C., Dumitrașcu, M. C., Șandru, F., Mehedințu, C., & Petca, A. (2024). Postpartum Depression: Etiology, Treatment, and Consequences for Maternal Care. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, *14*(9), 865. https://doi.org/10.3390/diagnostics14090865

Dlamini, L. P., Amelia, V. L., Shongwe, M. C., Chang, P. C., & Chung, M. H. (2023). Antenatal depression across trimesters as a risk for postpartum depression and estimation of the fraction of postpartum depression attributable to antenatal depression: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *General hospital psychiatry*, *85*, 35–42. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.09.005

Dunkel Schetter, C., & Ponting, C. (2022). What is pregnancy-related anxiety? In R. Dryer & R. Brunton (Eds.), *Pregnancy-related anxiety: Theory, research, and practice* (pp. 5–23). Routledge/Taylor & Francis Group.

Duygulu Bulan, D., Ayas Ozkan, M., Dayanan, R., Akin, F., & Caglar, A. T. (2026). Antenatal anxiety and postpartum depressive symptoms in pregnancies complicated by placenta previa and placenta accreta spectrum. *BMC pregnancy and childbirth*, 10.1186/s12884-026-08790-2. Advance online publication. https://doi.org/10.1186/s12884-026-08790-2

Holicky, A., Horne, A., & Bennett, A. C. (2025). Low Social Support is Associated With Postpartum Depression Symptoms Among Illinois Postpartum Women. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *52*(2), 320–328. https://doi.org/10.1111/birt.12889

Hompes, T., Izzi, B., Gellens, E., Morreels, M., Fieuws, S., Pexsters, A., Schops, G., Dom, M., Van Bree, R., Freson, K., Verhaeghe, J., Spitz, B., Demyttenaere, K., Glover, V., Van den Bergh, B., Allegaert, K., & Claes, S. (2013). Investigating the influence of maternal cortisol and emotional state during pregnancy on the DNA methylation status of the glucocorticoid receptor gene (NR3C1) promoter region in cord blood. *Journal of psychiatric research*, *47*(7), 880–891. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.03.009

Høgh, S., Hegaard, H. K., Renault, K. M., Svendsen, M. N., Navne, L. E., & Frokjaer, V. G. (2025). Women's perceptions of biological causes and potentials of genomic risk markers in postpartum depression: A qualitative study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, *43*, 101057. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.101057

Jimènez-Barragan, M., Falguera-Puig, G., Curto-Garcia, J. J., Monistrol, O., Coll-Navarro, E., Tarragó-Grima, M., Ezquerro-Rodriguez, O., Ruiz, A. C., Codina-Capella, L., Urquizu, X., & Pino Gutierrez, A. D. (2024). Prevalence of anxiety and depression and their associated risk factors throughout pregnancy and postpartum: a prospective cross-sectional descriptive multicentred study. *BMC pregnancy and childbirth*, *24*(1), 500. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06695-6

Kiyak S. (2024). The relationship of depression, anxiety, and stress with pregnancy symptoms and coping styles in pregnant women: A multi-group structural equation modeling analysis. *Midwifery*, *136*, 104103. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104103

Liu, X., Wang, S., & Wang, G. (2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of clinical nursing*, *31*(19-20), 2665–2677. https://doi.org/10.1111/jocn.16121

Luciano, M., Di Vincenzo, M., Brandi, C., Tretola, L., Toricco, R., Perris, F., Volpicelli, A., Torella, M., La Verde, M., Fiorillo, A., & Sampogna, G. (2022). Does antenatal depression predict post-partum depression and obstetric complications? Results from a longitudinal, long-term, real-world study. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 1082762. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1082762

Mira, T., Costa, A. M., Jacinto, M., Diz, S., Monteiro, D., Rodrigues, F., Matos, R., & Antunes, R. (2023). Well-Being, Resilience and Social Support of Athletes with Disabilities: A Systematic Review. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, *13*(5), 389. https://doi.org/10.3390/bs13050389

Mor, S., Sela, Y., & Lev-Ari, S. (2025). Postpartum Mothers' Mental Health in a Conflict-Affected Region: A Cross-Sectional Study of Emotion Regulation and Social Support. *Journal of clinical medicine*, *14*(4), 1244. https://doi.org/10.3390/jcm14041244

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine (1982)*, *32*(6), 705–714. https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b

Wang, Y., Gu, J., Zhang, F., & Xu, X. (2023). The effect of perceived social support on postpartum stress: the mediating roles of marital satisfaction and maternal postnatal attachment. *BMC women's health*, *23*(1), 482. https://doi.org/10.1186/s12905-023-02593-9

Yin, X., Sun, N., Jiang, N., Xu, X., Gan, Y., Zhang, J., Qiu, L., Yang, C., Shi, X., Chang, J., & Gong, Y. (2021). Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clinical psychology review*, *83*, 101932. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101932

Yu, J., Zhang, Z., Deng, Y., Zhang, L., He, C., Wu, Y., Xu, X., & Yang, J. (2023). Risk factors for the development of postpartum depression in individuals who screened positive for antenatal depression. *BMC psychiatry*, *23*(1), 557. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05030-1

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-25]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-25]