رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره۱۰، شماره پیاپی ۱۰۳، دی ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(10), 2025

پیش بینی شدت علائم افسردگی پس از زایمان براساس تعارضات زناشویی، سابقه افسردگی پیش از بارداری و حمایت خانوادگی

Predicting the severity of postpartum depression symptoms based on marital conflicts, pre-pregnancy depression history and family support

زهرا اسدی منش
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه آموزشی روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
لاله کهن سال (نویسنده مسئول)
مدرس روانشناسی، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی سارویه، ساری، ایران.
مهلا شعبانی
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
مژگان خسروبگی
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه رواشناسی،واحد گرمسار، دانشگاه آزاداسلامی، گرمسار، ایران.
فرشته بخشیان
گروه روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

Zahra Asadi Manesh
Master's student in clinical psychology,Department of clinical psychology, Faculty of medical, Tehran Medical sciences, Islamic Azad university, Tehran, Iran.
Laleh Kohansal *
Lecturer in Psychology Department, Saroyeh Institute of Higher Education, Sari, Iran.
lalehkohansal62@gmail.com
Mehla Shabani
MSc student of Educational Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
Mozhgan Khosrobegi
Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.
Fereshte Bakhshian
Department of Psychology, Farhangian University, Tehran, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر پیش بینی شدت علائم افسردگی پس از زایمان براساس تعارضات زناشویی، سابقه افسردگی پیش از بارداری و حمایت خانوادگی بود. روش پژوهش حاضر توصیفی_ همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز مشاوره اداره بهداشت شهر تهران که در سال ۱۴۰۲ باردار بودند که از میان آنها ۱۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد تعارض‌های زناشویی براتی و ثنایی (۱۳۷۵، MCQ)، پرسشنامۀ افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (۲۰۰۳، EPDS)، پرسشنامۀ حمایت اجتماعی (مقیاس خانواده، مری پروسیدانو و کنیت هلر (PSS-FA، ۱۹۸۳) و پرسشنامه افسردگی بک و همکاران (BDI-II ۱۹۹۶) جمع آوری گردید. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل رگرسیون چند متغیره به روش همزمان مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که مولفه‌های تعارضات زناشویی (۰/۰۰۱) و افسردگی پیش از بارداری (۰/۰۳۷)، به صورت مثبت و معنادار و حمایت خانوادگی (۰/۰۴۱) به صورت منفی قادر به پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان می‌باشند. دیگر نتایج حاکی از آن بود که تعارضات زناشویی، سابقه افسردگی پیش از بارداری و حمایت خانوادگی در مجموع ۳۱ درصدواریانس افسردگی پس از زایمان را تبیین می‌کند. بنابراین تعارضات زناشویی، سابقه افسردگی پیش از بارداری و حمایت خانوادگی می تواند در بروز افسردگی پس از زایمان نقش داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: *تعارضات زناشویی، حمایت خانوادگی، افسردگی پیش از بارداری، افسردگی پس از زایمان.*

Abstract

This research study aimed to investigate postpartum depression symptoms based on marital conflicts, history of pre-pregnancy depression, and family support. The present research method was descriptive-correlational. The statistical population includes all pregnant women referring to the counseling centers of the Tehran Health Department who were pregnant in 2023, from among them 150 people were selected by random sampling method. The data were collected using the standard Marital Conflict Questionnaire of Brati and Sanai (2015, MCQ), the Edinburgh Postpartum Depression Questionnaire (2003, EPDS), the Social Support Questionnaire (Family Scale, Mary Procidano and Kenneth Heller (PSS-FA, 1983) and the questionnaire Depression was collected by Beck et al. (BDI-II 1996). The data were analyzed using the multivariate regression method. The findings showed that the components of marital conflict (0.001) and pre-pregnancy depression (0.037), positively and significantly, and family support (0.041) can predict postpartum depression. Other results indicated that marital conflicts, history of depression before pregnancy, and family support in total explain 31 percent of the variance of postpartum depression, so marital conflicts, history of depression before pregnancy, and family support can play a role in the occurrence of postpartum depression.

Keywords: *Marital Conflicts, Family Support, Pre-Pregnancy Depression, Postpartum Depression.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** خرداد ۱۴۰۳ | **پذیرش:** تیر ۱۴۰۳ | **ویرایش نهایی:** دی ۱۴۰۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

افسردگی پس از زایمان[1] یک اختلال خلقی شایع است که در زنان تازه زایمان کرده رخ می‌دهد. طبق گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا[2] (۲۰۲۳)، حدود ۱۳ درصد از مادران تازه زایمان کرده در ایالات متحده، در سال اول پس از زایمان دچار افسردگی پس از زایمان می‌شوند. علائم آن شامل احساس غمگینی شدید، بی‌علاقگی به فعالیت‌های روزمره، تغییرات اشتها و الگوی خواب، احساس گناه یا بی‌ارزشی، مشکلات در تمرکز و تصمیم‌گیری و در موارد شدید، افکار مربوط به آسیب رساندن به خود یا نوزاد است (لرسن[3] و همکاران، ۲۰۲۳). علل دقیق این اختلال هنوز کاملاً شناخته شده نیست، اما عوامل هورمونی، استرس، سابقه افسردگی و عدم حمایت اجتماعی از جمله عوامل خطرساز آن به شمار می‌روند (وی[4] و همکاران، ۲۰۲۴). تحقیقات نشان می‌دهد که تعارضات زناشویی یک عامل خطر مهم برای افسردگی پس از زایمان در مادران است. طبق یک مطالعه انجام شده در سال ۲۰۲۳، زنانی که سطوح بالاتری از تعارض زناشویی را گزارش کردند، خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان داشتند (بوگادان و تورلیوس[5]، ۲۰۲۳).

تعارضات زناشویی[6] به اختلافات، مشاجرات و کشمکش‌های موجود در رابطه زناشویی اشاره دارد. این تعارضات می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی مانند اختلاف در ارزش‌ها، باورها، اهداف، سبک‌های ارتباطی، توقعات نامتعادل، مشکلات مالی، مسائل جنسی، مشکلات مربوط به فرزندپروری و یا حتی دخالت اعضای خانواده باشد. تعارضات زناشویی معمولاً با افزایش تنش، کاهش رضایت زناشویی، افزایش استرس و تضعیف حمایت اجتماعی از سوی همسر همراه است (نوربیاتی[7] و همکاران، ۲۰۲۳). در ارتباط با افسردگی پس از زایمان، تحقیقات نشان می‌دهد که تعارضات زناشویی یکی از عوامل خطر مهم برای این اختلال است. وجود تعارضات شدید و مداوم در رابطه زناشویی می‌تواند سطح استرس مادر را افزایش دهد و از حمایت اجتماعی و روانی که وی از همسرش دریافت می‌کند، بکاهد. این امر می‌تواند زمینه را برای بروز افسردگی پس از زایمان فراهم کند. علاوه بر این، تعارضات زناشویی ممکن است با تغییرات هورمونی و کاهش رضایت از زندگی در دوران پس از زایمان همراه شود که خود عواملی برای افزایش خطر افسردگی پس از زایمان هستند (کیلز[8] و همکاران، ۲۰۲۳، لی[9] و همکاران، ۲۰۲۳).

از سویی دیگر، سابقه افسردگی[10] پیش از بارداری یکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان محسوب می‌شود. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که زنانی که قبل از بارداری دچار افسردگی بوده‌اند، خطر بیشتری برای تجربه افسردگی پس از زایمان دارند (لرسن و همکاران، ۲۰۲۴؛ لین[11] و همکاران، ۲۰۲۳). این ارتباط احتمالاً ناشی از عوامل زیستی، روانشناختی و محیطی است. از نظر زیستی، افسردگی پیش از بارداری ممکن است با تغییرات پایدار در سیستم‌های عصبی، هورمونی و ایمنی بدن همراه باشد که زمینه را برای بروز دوباره افسردگی پس از زایمان فراهم می‌کند (لیم[12] و همکاران، ۲۰۲۳). از لحاظ روانشناختی، تجربه افسردگی قبلی می‌تواند منجر به کاهش عزت نفس، افزایش نگرانی و استرس و تضعیف مهارت‌های مقابله‌ای شود که خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد (آلریدا و آل- زوبی[13]، ۲۰۲۳). علاوه بر این، عوامل محیطی مانند فقدان حمایت اجتماعی، خانواده و مشکلات زناشویی نیز می‌توانند نقش تشدیدکننده‌ای در این رابطه داشته باشند.

حمایت خانواده[14]، به ویژه از سوی همسر و اعضای نزدیک خانواده، نقش مهمی در کاهش خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان ایفا می‌کند. مطالعات نشان می‌دهند که زنانی که از حمایت عاطفی، روانی و عملی کافی از سوی خانواده خود برخوردار نیستند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان قرار دارند (بیسله- ابراهیم[15] و همکاران، ۲۰۲۴). حمایت خانواده می‌تواند از طریق مکانیسم‌های مختلفی از بروز افسردگی پس از زایمان پیشگیری کند. این حمایت باعث کاهش استرس و اضطراب مادر می‌شود و احساس

1 Postpartum Depression
2 Centers for Disease Control and Prevention(CDC)
3 Larsen
4 Wei
5 Bogdan&Turliuc
6 Marital conflicts
7 Nurbaeti
8 Keleş
9 Le
10 Depression
11 Lin
12 Lim
13 Alrida& Al-Zu'bi,
14 Family Support
15 Basile-Ibrahim

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

امنیت، آرامش و رضایت از زندگی را در او تقویت می‌کند. علاوه بر این، حمایت خانواده به مادر کمک می‌کند تا با چالش‌های مربوط به نقش جدید مادری بهتر کنار بیاید و مهارت‌های لازم برای مراقبت از نوزاد را فرا بگیرد (رنر[1] و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، فقدان حمایت خانواده می‌تواند سطح استرس و انزوای اجتماعی مادر را افزایش دهد و زمینه را برای بروز افسردگی پس از زایمان فراهم کند. بنابراین، حمایت خانواده به عنوان یک عامل محافظت‌کننده در برابر افسردگی پس از زایمان شناخته می‌شود (خضری یزدی و همکاران، ۱۴۰۲).

به طور کلی، تعارضات زناشویی، سابقه افسردگی پیش از بارداری و فقدان حمایت خانوادگی از جمله عوامل خطر مهم برای افزایش شدت افسردگی پس از زایمان هستند. مطالعات نشان می‌دهند که وجود همزمان این عوامل می‌تواند خطر ابتلا به افسردگی شدید پس از زایمان را به میزان قابل توجهی افزایش دهد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۹؛ زیرک[2] و همکاران، ۲۰۲۴). تعارضات زناشویی و نبود حمایت کافی از سوی همسر و خانواده، سطح استرس و انزوای اجتماعی مادر را افزایش می‌دهد و توانایی او را برای مقابله با چالش‌های مربوط به نقش جدید مادری کاهش می‌دهد. این امر زمینه را برای تشدید علائم افسردگی پس از زایمان فراهم می‌کند (زولتینک[3] و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، سابقه افسردگی پیش از بارداری نیز خطر ابتلا به افسردگی شدیدتر پس از زایمان را افزایش می‌دهد، احتمالاً به دلیل تغییرات پایدار در سیستم‌های عصبی، هورمونی و ایمنی بدن (لیم و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، زنانی که هم تعارضات زناشویی زیادی دارند، هم سابقه افسردگی پیش از بارداری دارند و هم از حمایت خانوادگی کافی برخوردار نیستند، در معرض خطر بسیار بالاتری برای ابتلا به افسردگی شدید پس از زایمان قرار دارند. شناسایی و مدیریت به موقع این عوامل خطر می‌تواند در پیشگیری و کنترل افسردگی شدید پس از زایمان نقش مهمی داشته باشد.

اجرای این پژوهش از اهمیت بالایی برخوردار است زیرا افسردگی پس از زایمان یک مشکل شایع و جدی بهداشت روان است که تأثیرات قابل توجهی بر سلامت مادر، رشد کودک و عملکرد خانواده دارد. با شناسایی دقیق‌تر عوامل خطر و درک بهتر نحوه تعامل آنها، این مطالعه می‌تواند به توسعه استراتژی‌های پیشگیری و مداخله مؤثرتر کمک کند. همچنین، این پژوهش می‌تواند به روشن شدن نقش حیاتی روابط زناشویی و حمایت خانوادگی در سلامت روان زنان در دوره حساس پس از زایمان کمک کند. جنبه نوآورانه این تحقیق در رویکرد جامع آن نهفته است که به طور همزمان این سه عامل (تعارضات زناشویی، سابقه افسردگی پیش از بارداری و حمایت خانوادگی) مهم را بررسی می‌کند. این رویکرد یکپارچه امکان درک عمیق‌تری از تعاملات پیچیده بین عوامل روانی-اجتماعی در زمینه افسردگی پس از زایمان را فراهم می‌کند. درک محدود ما از تعاملات پیچیده بین عوامل روانی، اجتماعی و زیستی در افسردگی پس از زایمان است. با بررسی همزمان سه عامل مهم، این پژوهش می‌تواند دیدگاه جامع‌تری از این تعاملات ارائه دهد. همچنین، این مطالعه می‌تواند به پر کردن شکاف موجود در زمینه نقش تعارضات زناشویی در افسردگی پس از زایمان کمک کند، موضوعی که نسبت به سایر عوامل خطر کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. این تحقیق می‌تواند کمک‌های قابل توجهی به حوزه بهداشت روان مادران ارائه دهد. با ارائه یک مدل پیش‌بینی‌کننده دقیق‌تر، به متخصصان بالینی امکان می‌دهد زنان در معرض خطر بالای افسردگی پس از زایمان را زودتر شناسایی کنند. این امر می‌تواند منجر به مداخلات پیشگیرانه هدفمندتر و مؤثرتر شود. با افزایش درک ما از نقش تعارضات زناشویی و حمایت خانوادگی، این پژوهش می‌تواند به توسعه برنامه‌های درمانی جامع‌تر که نه تنها بر فرد بلکه بر سیستم خانواده نیز تمرکز دارند، کمک کند. در نهایت، یافته‌های این پژوهش می‌تواند به سیاست‌گذاران در تدوین برنامه‌های جامع مراقبت از مادران کمک کند. با ارائه شواهد علمی در مورد اهمیت حمایت خانوادگی و کیفیت روابط زناشویی، این مطالعه می‌تواند منجر به توسعه سیاست‌هایی شود که نه تنها بر مراقبت‌های پزشکی، بلکه بر حمایت‌های روانی-اجتماعی نیز تأکید دارند. این رویکرد جامع می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی مادران و نوزادان کمک کرده و در نهایت، هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را کاهش دهد. با توجه به مطالب گفته شده پژوهش حاضر با هدف پیش بینی شدت علائم افسردگی پس از زایمان براساس تعارضات زناشویی، سابقه افسردگی پیش از بارداری و حمایت خانوادگی زنان باردار شهر تهران انجام شد.

1 Renner
2 Żyrek
3Zlotnick,

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

روش

پژوهش حاضر توصیفی_ همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز مشاوره اداره بهداشت شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود که تعداد آنها با توجه به آمار گزارش شده از سوی اداره کل بهداشت استان تهران۲۷۶ نفر بود. در نتیجه از میان آنها ۱۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل زنان باردار و دارای سابقه افسردگی پیش از بارداری علاقه و رضایت برای شرکت در پژوهش بود و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه همکاری و تکمیل ناقص پرسشنامه‌های پژوهش بود. همچنین در این پژوهش برای در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به هر شرکت کننده یک کد اختصاص داده شد و شرکت کنندگان می‌توانستند از نام مستعار برای شرکت در پژوهش استفاده کنند و اطلاعات خصوصی افراد شرکت کننده در پژوهش که در راستای هدف پژوهش نبود از شرکت کنندگان دریافت نشد. همچنین پس از توزیع لازم به ذکر است که کلیه ملاحظات اخلاقی پژوهش رعایت گردید، ازجمله این که به افراد شرکت کننده در پژوهش اطمینان خاطر داده شد کلیه اطلاعات پژوهش به صورت محرمانه نزد پژوهشگر باقی می‌ماند و از این اطلاعات صرفاً جهت ارزیابی پژوهشی استفاده می‌شود. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از SPSS نسخه ۲۶ و روش آماری تحلیل رگرسیون چندگانه شیوه همزمان و ضریب همبستگی پیرسون به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه استاندارد تعارض های زناشویی[1] (MCQ): پرسشنامه ۵۴ سوالی تعارض زناشویی توسط براتی و ثنایی در سال ۱۳۷۵ ساخته شده است. این پرسشنامه نمره کل تعارض زناشویی و هفت بعد آن را به دست می‌دهد. این ابعاد عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر. هر سوال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت‌ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و پایین بودن دال بر خوب بودن اوضاع است (بیداری و همکاران، ۱۴۰۰). دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد. نمرات بالاتر از ۱۲۵ نشان دهنده وجود تعارض زناشویی است. این پرسشنامه توسط سازندگان آن بر روی مراجعه یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارض زناشویی بررسی شده و مشخصات روانسنجی آن به این شرح گزارش شده است: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۶۳، و برای خرده مقیاس کاهش همکاری ۰/۶۴، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۷۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۶۹ گزارش شده است. برای تعیین روایی این آزمون از تعدادی متخصص خانواده درمانی نظرخواهی شد، بنابر اعتقاد آنها این آزمون دارای روایی محتوایی مناسبی است (بیداری و همکاران ، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمده است.

مقیاس افسردگی پس از زایمان[2](EPDS): این مقیاس را ادینبرگ در سال ۲۰۰۳ به‌منظور سنجش افسردگی پس از زایمان طراحی و تدوین کرد. این پرسش‌نامه در ایران نیز اعتباریابی شده است (احمدی کانی گلزار و قلی زاده، ۱۳۹۴). این پرسش‌نامه ۱۰ سؤال دارد و بر اساس طیف لیکرت، سؤال‌های ۱، ۲ و ۴ از صفر تا ۳- و سؤال‌های 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 پس از زایمان خواهد بود و بالعکس. ادینبرگ و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ آلفا کرونباخ برای پرسشنامه برابر ۰/۷۰ و روایی پرسشنامه از روش همسانی درونی برابر۰/۸۲ بدست آورده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده در پژوهش کانی گلزار و قلی‌زاده (۱۳۹۴) برای این مقیاس بیشتر ۰/۷۰ برآورد شد. همچنین مقدار همبستگی‌های درونی آزمون با آزمون کیزر- میر- اولکین برابر با ۰/۸۰ می‌باشد که نشان از صحت گویه های پرسشنامه در تشخیص افسردگی پس از زایمان می‌دهد (احمدی کانی گلزار و قلی زاده، ۱۳۹۴). در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۴بدست آمده است.

1 Marital Conflict Questionnaire(MCQ)
2Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

حمایت اجتماعی (مقیاس خانواده[1])(PSS-FA): این پرسشنامه توسط مری پروسیدانو و کنیت هلر در سال۱۹۸۳ ساخته شده است. یک ابزار ۲۰ سؤالی است و هدف آن سنجش تأمین حمایت اجتماعی از ناحیه خانواده می‌باشد. هر یک از گویه‌ها مربوط به تجارب، ادراک و احساس‌هایی است که اکثر مردم گه گاه در رابطه با خانواده خود پیدا می‌کنند. نمره گذاری آن به صورت صفر و یک است. ۵ سؤال (۳، ۴، ۱۶، ۱۹، ۲۰) به‌صورت معکوس نمره دهی شدند. دامنه امتیازات کل سؤالات پرسشنامه ۲۰ -۰ بود. کسب نمرات بالاتر به معنای دریافت حمایت اجتماعی بیشتر از نظر مشارکت‌کنندگان است. نمرات کمتر از ۸ به معنای حمایت اجتماعی ضعیف، نمرات ۱۵-۸ حمایت اجتماعی متوسط و نمرات ۱۶ و بالاتر حمایت اجتماعی خوب محسوب می‌شود. بروور[2] و همکاران (۲۰۰۸) پایایی پرسشنامه را به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و روایی پرسشنامه را به وسیله هم بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش نموده‌اند. پرسشنامه حمایت اجتماعی با ضریب آلفای ۰/۹۰ از همسانی درونی فوق العاده ای برخوردار است. داده‌های مبتنی بر اعتبار مبتنی بر ۲۰ سوال اصلی مقیاس‌ها قبل از تفکیک حمایت خانواده است. آلفای نهایی برای این پرسشنامه بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ است. پرسشنامه روایی همزمان ۰/۸۱ است. نمرات این پرسشنامه با درماندگی روانی و کارآمدی اجتماعی همبستگی دارد. ضرایب همبستگی بین نمرات حاصل از این پرسشنامه با پرسشنامه شخصیت سنج کالیفرنیا و وابستگی بین اشخاص معنی دار بود (بوداقی و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمده است.

پرسشنامه افسردگی بک۲[3] (2- BDI-II): این سیاهه در سال ۱۹۹۶در ۲۱ ماده توسط بک[4] و همکاران طراحی شده است و نمرهگذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۰ تا ۳ انجام می‌شود. مجموع نمرات ۲۱ ماده سیاهه افسردگی بک، میزان افسردگی فرد را نشان می‌دهد و دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۶۳ است. در این پرسشنامه، نمره ۱۰ و بالاتر افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (بک و همکاران، ۱۹۹۶). در پژوهشی، بک و همکاران (۱۹۹۶) از طریق تحلیل عامل اکتشافی دو خرده مقیاس شناختی-عاطفی و بدنی[5] را برای این سیاهه گزارش کردند. همچنین در پژوهش آنها، همسانی درونی پرسشنامه بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ به دست آمد. پایایی سیاهه افسردگی بک- ۲ در جامعه ایرانی، با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و روش بازآزمایی با فاصله ۲ هفته ۰/۷۴ محاسبه شد. همچنین ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه افکار خودآیند[7] (ATQ) ۰/۷۷ به دست آمد که روایی این سیاهه را نشان می‌دهد (قاسم‌زاده[8] و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمده است.

یافته ها

یافته‌های جمعیت شناختی پژوهش نشان داد که از بین مجموع ۱۵۰ شرکت کننده ۳۷ نفر(۲۴/۷٪) زیر ۳۰ سال، ۸۶ نفر(۵۷/۳٪) بین ۳۰ تا ۳۵ سال و ۲۷ نفر(۱۸٪) بالای ۳۵ سال داشتند. و تحصیلات ۵۳ نفر(۳۵/۳٪) دیپلم و فوق دیپلم، ۶۷ نفر(۴۴/۷٪) کارشناسی و ۳۰ نفر(۲۰٪) کارشناسی ارشد و بالاتر است. همچنین ۳۱/۳٪ شرکت کنندگان شاغل هستند ۶۸/۷٪ آنها شاغل نیستند. در جدول ۲ مشخصه‌های آماری متغیرها و ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرها آمده است.

جدول ۲. مشخصه‌های آماری متغیرها و ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرها

شماره	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱	کاهش همکاری	۱										
۲	کاهش رابطه جنسی	۰/۵۴۹**	۱									
۳	افزایش واکنش هیجانی	۰/۵۴۹**	۰/۳۴۷**	۱								
۴	افزایش جلب حمایت فرزند	۰/۵۹۲**	۰/۵۵۵**	۰/۴۸۱**	۱							
۵	افزایش رابطه با اقوام خود	۰/۴۷۷**	۰/۴۲۱**	۰/۳۲۳**	۰/۵۶۰**	۱						

1 Perceived Social Support-Family(pss-fa)
2 Bruwer
3 Beck Depression Inventory(2- BDI-II)
4 Beck
5 cognitive-affective and somatic

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

۶	کاهش رابطه با اقوام همسر و دوستان	۰/۷۱۷**	۰/۵۱۴**	۰/۵۸۷**	۰/۶۵۸**	۰/۴۶۴**	۱				
۷	جدا کردن امور مالی از همدیگر	۰/۶۱۹**	۰/۴۶۱**	۰/۳۰۵**	۰/۵۷۱**	۰/۶۵۵**	۰/۵۸۱**	۱			
۸	تعارضات زناشویی	۰/۸۲۴**	۰/۶۸۹**	۰/۶۹۷**	۰/۸۰۵**	۰/۷۴۳**	۰/۸۲۷**	۰/۷۸۲**	۱		
۹	حمایت خانوادگی	-۰/۳۷۳**	-۰/۳۰۶**	-۰/۳۳۷**	-۰/۲۹۹**	-۰/۲۹۱**	-۰/۴۱۸**	-۰/۲۰۶**	-۰/۴۲۰**	۱	
۱۰	افسردگی پیش از بارداری	۰/۴۵۹**	۰/۲۷۳**	۰/۳۸۵**	۰/۳۶۲**	۰/۲۸۶**	۰/۴۱۴**	۰/۲۴۷**	۰/۴۵۸**	-۰/۴۸۵**	۱
۱۱	افسردگی پس از زایمان	۰/۳۴۱**	۰/۴۱۸**	۰/۴۴۸**	۰/۳۶۷**	۰/۲۴۴**	۰/۵۱۲**	۰/۲۹۳**	۰/۴۹۵**	-۰/۳۹۷**	۰/۴۱۴**
	میانگین	۱۸/۹۲	۱۹/۰۴	۲۷/۴۴	۱۷/۰۸	۲۰/۶۹	۲۱/۵۴	۲۴/۵۴	۱۴۹/۲۲	۹/۶۶	۳۴/۷۶
	انحراف معیار	۳/۴۰۹	۲/۶۶۰	۴/۸۱۴	۲/۸۹۸	۴/۳۶۴	۳/۷۵۸	۴/۰۵۹	۱۹/۹۱۲	۵/۳۹۶	۱۳/۸۴۲
	کجی	-۰/۵۶۵	-۰/۳۳۵	-۰/۱۵۶	-۰/۱۴۸	-۰/۲۶۷	-۰/۵۴۳	۰/۰۵۰	-۰/۴۴۵	۰/۱۰۸	-۰/۱۴۸
	کشیدگی	-۰/۰۶۹	۰/۰۹۵	-۰/۱۵۷	-۰/۶۳۷	-۰/۴۵۸	۰/۱۵۶	-۰/۴۶۱	-۰/۱۴۲	-۰/۹۵۷	-۱/۴۶۰

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. * همبستگی در سطح ۰/۰۵

با توجه به جدول (۲)، میانگین تعارضات زناشویی برابر با (۱۴۹/۲۲)، حمایت خانوادگی برابر با (۹/۶۶)، افسردگی پیش از بارداری برابر با (۳۴/۷۶) و افسردگی پس از زایمان برابر با (۱۶/۴۴) می‌باشد. و سطح معناداری آزمون کلموگروف- اسمیرنوف برای تمامی متغیرهای پژوهش بزرگتر از مقدار ۰/۰۵ است. در نتیجه تمامی متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال می‌باشند. بنابراین برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های پارامتری استفاده می‌کنیم. سطح معناداری آزمون همبستگی بین مولفه‌های پژوهش کوچکتر از مقدار ۰/۰۵ است. در نتیجه رابطه بین مولفه‌های پژوهش در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است. با توجه به مثبت بودن مقادیر همبستگی بین تعارضات زناشویی و متغیرهای آن و افسردگی پیش از بارداری با افسردگی پس از زایمان، می‌توان بیان کرد که این همبستگی مستقیم است و هر چه تعارضات زناشویی و متغیرهای آن و افسردگی پیش از بارداری در سطح بالاتری باشد، سطح افسردگی پس از زایمان نیز بالاتر خواهد بود. همچنین با توجه به منفی بودن مقادیر همبستگی بین حمایت خانوادگی با افسردگی پس از زایمان، می‌توان بیان کرد که این همبستگی معکوس است و هر چه حمایت خانوادگی در سطح بالاتری باشد، سطح افسردگی پس از زایمان پایین‌تر خواهد بود. در ادامه خالصه نتایج مدل رگرسیونی پژوهش آورده شده است (جدول ۲.)

جدول۲.خلاصه نتایج مدل رگرسیون متغیرهای ملاک و پیشبین

منبع تغییرات	ss	df	ms	F	p
مدل رگرسیونی	۹۰۶/۲۲۶	۳	۳۰۲/۰۷۵	۲۱/۸۲۴	۰/۰۰۱
باقیمانده	۲۰۲۰/۸۴۷	۱۴۶	۱۳/۸۴۱		
کل	۲۹۲۷/۰۷۳	۱۴۹			

با توجه به نتایج بدست آمده در جدول (۲) مقدار آماره F برابر با ۲۱/۸۲۴ با سطح معناداری ۰/۰۰۱ می باشد که از خطای مفروض در پژوهش (۰/۰۵) کمتر است. بنابراین مدل رگرسیون پژوهش معنادار است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه شیوه همزمان برای بررسی تاثیر تعارضات زناشویی، سابقه افسردگی پیش از بارداری و حمایت خانوادگی بر افسردگی پس از زایمان

شاخص	ضرایب غیر استاندارد		β (استاندارد شده)	T	p	F	R	R2	P
	β	انحراف معیار							
مقدار ثابت	۴/۳۷۷	۲/۸۵۵		۱/۵۳۳	۰/۱۲۷	۲۱/۸۲۴	۰/۵۵۶	۰/۳۱۰	۰/۰۰۱
تعارضات زناشویی	۰/۰۷۷	۰/۰۱۸	۰/۳۴۵	۴/۳۱۴	۰/۰۰۱				
حمایت خانوادگی	-۰/۱۳۸	۰/۰۶۷	-۰/۱۶۸	-۲/۰۶۵	۰/۰۴۱				
افسردگی پیش از بارداری	۰/۰۵۶	۰/۰۲۷	۰/۱۷۴	۲/۱۰۰	۰/۰۳۷				

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین تعارضات زناشویی، سابقه افسردگی پیش از بارداری و حمایت خانوادگی با افسردگی پس از زایمان ۰/۵۵۶ می‌باشد. هم چنین با توجه به میزان ضریب تعیین R2 مشخص می‌شود که تعارضات زناشویی، سابقه افسردگی پیش از بارداری و حمایت خانوادگی در مجموع ۳۱ درصد واریانس افسردگی پس از زایمان را پیش بینی می‌کنند. همانطور که از داده‌های جدول(۳) مشخص است، سطح معناداری تمامی شاخص‌ها کوچکتر از مقدار ۰/۰۵ است. نتیجه می‌شود که بر افسردگی پس از زایمان موثر هستند. با توجه به ستون ضرایب B مشخص است که؛ شاخص «تعارضات زناشویی» با ضریب ۰/۳۴۵ =β از لحاظ تاثیر گذاری در رتبه اول، شاخص «افسردگی پیش از بارداری» با ضریب ۰/۱۷۴ =β از لحاظ تاثیر گذاری در رتبه دوم و شاخص «حمایت خانوادگی» با ضریب ۰/۱۶۸- =β از لحاظ تاثیر گذاری در رتبه سوم قرار دارند. با توجه به منفی بودن مقدار ضریب B بین حمایت خانوادگی با افسردگی پس از زایمان نتیجه می‌شود که رابطه بین حمایت خانوادگی با افسردگی پس از زایمان معکوس است. و با توجه به مثبت بودن مقادیر ضریب B بین تعارضات زناشویی و افسردگی پیش از بارداری با افسردگی پس از زایمان نتیجه می‌شود که رابطه بین تعارضات زناشویی و افسردگی پیش از بارداری با افسردگی پس از زایمان مستقیم است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی شدت علائم افسردگی پس از زایمان براساس تعارضات زناشویی، سابقه افسردگی پیش از بارداری و حمایت خانوادگی زنان باردار شهر تهران انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که تعارضات زناشویی با افسردگی پس از زایمان رابطه مثبت دارد. این یافته با نتایج نوربیاتی و همکاران (۲۰۲۳)، کیلز و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. تعارضات زناشویی می‌تواند منجر به استرس مزمن در زن باردار شود. استرس مزمن با تغییرات هورمونی و نوروشیمیایی در مغز همراه است که زمینه را برای بروز افسردگی فراهم می‌کند (ژانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، تعارضات زناشویی می‌تواند حمایت عاطفی و عملی که زن در دوران بارداری و پس از زایمان به آن نیاز دارد را کاهش دهد. این کمبود حمایت می‌تواند منجر به احساس تنهایی و ناامیدی شود که از عوامل خطر مهم برای افسردگی پس از زایمان هستند (یو[2] و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، تعارضات زناشویی می‌تواند اعتماد به نفس و خودکارآمدی زن را کاهش دهد. این امر به ویژه در دوران پس از زایمان که زن با چالش‌های جدید مادری روبرو می‌شود، می‌تواند تأثیر منفی قابل توجهی داشته باشد. احساس ناکارآمدی و عدم اطمینان به توانایی‌های خود در مراقبت از نوزاد می‌تواند زمینه‌ساز افسردگی پس از زایمان باشد (دلامینی[3] و همکاران، ۲۰۲۳). تعارضات زناشویی همچنین می‌تواند منجر به اختلال در الگوهای خواب و تغذیه زن شود. این تغییرات فیزیولوژیک می‌توانند به نوبه خود خطر ابتلا به افسردگی را افزایش دهند (باتایاح[4] و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، تعارضات زناشویی می‌تواند باعث ایجاد افکار منفی و نشخوار فکری در مورد رابطه و آینده شود. این الگوهای تفکر منفی از عوامل شناختی مهم در ایجاد و تداوم افسردگی هستند (استراهام[5] و همکاران، ۲۰۲۲). در نهایت، تعارضات زناشویی می‌تواند منجر به کاهش رضایت از زندگی و احساس ناامیدی نسبت به آینده شود. این احساسات منفی می‌توانند زمینه را برای بروز علائم افسردگی فراهم کنند، به خصوص در دوره حساس پس از زایمان

1 Zheng,
2 Yu
3 Dlamini
4 Baattaiah
5 Strahm

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

که زن با تغییرات هورمونی و چالش‌های جدید روبرو است (یعقوب[1] و همکاران، ۲۰۲۰). این چرخه معیوب می‌تواند رابطه زناشویی و سلامت روانی هر دو طرف را تحت تأثیر قرار دهد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که سابقه افسردگی پیش از بارداری با افسردگی پس از زایمان رابطه مثبت دارد. این یافته با نتایج لیم و همکاران (۲۰۲۳)، لین و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. طبق پژوهش‌های اخیر، افرادی که سابقه افسردگی قبل از بارداری دارند، در معرض خطر بیشتری برای تجربه افسردگی پس از زایمان قرار دارند. این ارتباط می‌تواند ناشی از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی متعدد باشد. از نظر زیستی، تغییرات هورمونی ناشی از بارداری و زایمان ممکن است افراد با سابقه افسردگی قبلی را مستعدتر برای تجربه عود افسردگی کند (لیم و همکاران، ۲۰۲۳). از لحاظ روانشناختی، استرس‌های مرتبط با نقش جدید والدینی و کمبود خواب ممکن است برای افراد با زمینه افسردگی قبلی چالش برانگیزتر باشد (لرسن و همکاران، ۲۰۲۳). از بعد اجتماعی، کمبود حمایت عاطفی و عملی از شریک زندگی یا خانواده می‌تواند خطر افسردگی پس از زایمان را افزایش دهد (لین و همکاران، ۲۰۲۳). با این حال، مهم است که در نظر داشته باشیم که داشتن سابقه افسردگی لزوماً به این معنی نیست که فرد دچار افسردگی پس از زایمان خواهد شد. عوامل محافظتی مانند حمایت اجتماعی قوی، سازگاری مثبت و کنترل استرس می‌توانند خطر را کاهش دهند. لازم است که مادران باردار با سابقه افسردگی تحت نظارت باشند تا در صورت نیاز، مداخلات مناسب انجام شود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد حمایت خانوادگی با افسردگی پس از زایمان رابطه منفی دارد. این یافته با نتایج بیسله- ابراهیم و همکاران (۲۰۲۴)، زیرک و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. براساس مطالعات اخیر، حمایت خانوادگی نقش مهمی در کاهش خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان دارد. افسردگی پس از زایمان یک اختلال روانی شایع است که معمولاً در سه ماه اول پس از زایمان رخ می‌دهد و می‌تواند تاثیر منفی بر سلامت روان مادر، رشد کودک و روابط خانوادگی داشته باشد (خضری یزدی و همکاران، ۱۴۰۲). مطالعات نشان می‌دهند که زنانی که از حمایت قوی خانواده، به ویژه از همسر خود برخوردارند، کمتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان قرار دارند (نوربیاتی و همکاران، ۲۰۲۳). این حمایت می‌تواند شامل کمک در انجام کارهای خانه، مراقبت از نوزاد، و ارائه پشتیبانی عاطفی باشد. همچنین، خانواده‌هایی که روابط صمیمی و سالمی دارند، محیط امن‌تر و کمتر استرس‌زایی را برای مادر فراهم می‌کنند که این امر به کاهش خطر افسردگی پس از زایمان کمک می‌کند (پازنده و همکاران، ۱۴۰۲). از سوی دیگر، زنانی که فاقد حمایت خانوادگی هستند، بیشتر در معرض استرس، اضطراب و تنهایی قرار می‌گیرند که همگی عوامل خطر برای افسردگی پس از زایمان محسوب می‌شوند (هنرمند نژاد و همکاران، ۱۴۰۲). بنابراین، آموزش خانواده‌ها در مورد اهمیت حمایت از مادران تازه‌زایمان و ارائه برنامه‌های حمایتی برای زنان آسیب‌پذیر می‌تواند در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان موثر باشد.

به طورکلی یافته‌های پژوهش حاکی از این بود که تعارضات زناشویی، سابقه افسردگی پیش از بارداری و حمایت خانوادگی، شدت افسردگی پس از زایمان در زنان باردار شهر تهران را پیش‌بینی می‌کند. این پژوهش مانند سایر پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت بود یکی از محدودیت‌های پژوهش، شرایط اقتصادی،سلامت جسمی و دسترسی به خدمات بهداشتی که می‌توانند بر افسردگی پس از زایمان تأثیرگذار باشند، در این پژوهش در نظر گرفته نشده‌اند. لذا پیشنهاد می‌شود انجام مطالعات مشابه در سایر شهرها و مناطق کشور برای افزایش قابلیت تعمیم نتایج، بررسی نقش سایر عوامل مانند شرایط اقتصادی، سلامت جسمی و دسترسی به خدمات بهداشتی در افسردگی پس از زایمان. با توجه به نتایج این پژوهش که نشان می‌دهد تعارضات زناشویی و سابقه افسردگی پیش از بارداری از عوامل خطر افسردگی پس از زایمان هستند، پیشنهاد می‌شود. برنامه‌هایی برای افزایش حمایت خانوادگی، به‌ویژه از سوی همسران، طراحی و اجرا شود تا از عوامل محافظت‌کننده در برابر افسردگی پس از زایمان بهره گرفته شود.

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) :۱۰-۱.URL: http://ijpn.ir/article-1-611-fa.html

بیداری، ف.، امیرفخرایی، آ.، زارعی، ا.، و کرامتی، ک. (۱۴۰۰). اثربخشی ایماگوتراپی بر کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*, ۶۴(۳), ۳۲۷۸-۳۲۹۱. doi: 10.22038/mjms.2021.18865

1 Yaqoob

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

پازنده، ف.، بنی هاشمی، ف.، محسنی، ش.ا.، محسنی، م.، و فیروزی، ح. (۱۴۰۲). بررسی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان باردار استان هرمزگان. *طب پیشگیری*. ۱۰ (۴) :۴۱۱-۳۹۸. URL: http://jpm.hums.ac.ir/article-1-741-fa.html

خضری یزدی، ل.، و دمهری، ف.(۱۴۰۲). پیش‌بینی نگرانی‌های دوران بارداری براساس کیفیت زناشویی و خودنظم‌جویی شناختی با نقش میانجی امنیت روانی. *طلوع بهداشت*. ۱۴۰۲; ۲۲ (۶) :۴۳-۳۰.URL: http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3576-fa.html

کریمی، ل.، مکوندی، س؛.، مهدویان، م.، و خلیلی، ر. (۱۳۹۹). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ در زنان باردار. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*, ۲۳(۱۰), ۹-۱۷. doi: 10.22038/ijogi.2020.17482

هنرمند نژاد، خ.، کوورش نیا، م.، سهرابی، ن.، و زرنقاش، م. (۱۴۰۲). مدل ساختاری افسردگی پس از زایمان بر اساس حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی با میانجی گری استرس والدینی. *مجله علوم پزشکی پارس*, ۲۱(۱), ۲۷-۳۷.https://jmj.jums.ac.ir/article_705690.html

Alrida, N. A., & Al-Zu'bi, B. (2023). The Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression among Women: A Review Paper. https://doi.org/10.37363/bnr.2023.44291

Baattaiah, B. A., Alharbi, M. D., Babteen, N. M., Al-Maqbool, H. M., Babgi, F. A., & Albatati, A. A. (2023). The relationship between fatigue, sleep quality, resilience, and the risk of postpartum depression: an emphasis on maternal mental health. *BMC psychology*, *11*(1), 10. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01043-3

Basile-Ibrahim, B., Combellick, J., Mead, TL., Sorensen, A., Batten, J., Schafer, R. (2024).The Social Context of Pregnancy, Respectful Maternity Care, Biomarkers of Weathering, and Postpartum Mental Health Inequities: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2024; 21(4):480. https://doi.org/10.3390/ijerph21040480

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory (BDI-II) (Vol. 10, p. s15327752jpa6703_13). Pearson. http://www.psychvisit.com/Scales/BDI-2.html

Bodaghi, E., Alipour, F., Bodaghi, M., Nori, R., Peiman, N., & Saeidpour, S. (2017). The Role of Spirituality and Social Support in Pregnant Women's Anxiety, Depression and Stress Symptoms. *Community Health Journal*, *10*(2), 72-82. https://chj.rums.ac.ir/article_45789_en.html?lang=fa

Bogdan, I., Turliuc, M.N. (2023). Intimacy and Postpartum Depression: A Moderated Mediation Model. *J Child Fam Stud* 32, 3338–3349 https://doi.org/10.1007/s10826-022-02461-4

Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(2), 195–201. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.09.002

Centers for Disease Control and Prevention(CDC).(2023). Symptoms of Depression Among Women.https://www.cdc.gov/reproductivehealth/depression/index.htm

Dlamini, L. P., Hsu, Y. Y., Shongwe, M. C., Wang, S. T., & Gau, M. L. (2023). Maternal Self-Efficacy as a Mediator in the Relationship Between Postpartum Depression and Maternal Role Competence: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *68*(4), 499-506. https://doi.org/10.1111/jmwh.13478

Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhan, N. (2005). Psychometric properties of a persian-language version of the beck depression inventory second edition: BDI-II-Persian. *Depression and Anxiety*, *21*(4), 185-192. https://doi.org/10.1002/da.20070

Keles, E., Bilge, Y., Kumru, P., Celik, Z., & Cokeliler, I. (2023). Association between perceived social support, marital satisfaction, differentiation of self and perinatal depression. *Northern Clinics of Istanbul*, 10(2), 181. doi: 10.14744/nci.2023.79923

Larsen, SV., Mikkelsen, A.P., Lidegaard, Ø., Frokjaer, V.G.(2023). Depression Associated With Hormonal Contraceptive Use as a Risk Indicator for Postpartum Depression. *JAMA Psychiatry.* 80(7):682–689. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.0807

Le, J., Alhusen, J., & Dreisbach, C. (2023). Screening for partner postpartum depression: a systematic review. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, *48*(3), 142-150. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000907

Lim, HJ., Moon ,E., Kim, K., Suh, H., Park, J., Kim, D.R., Park, J.H., Shin, M.J,. Lee, Y.H.(2023). Cluster Analysis on the Mental Health States in a Community Sample of Young Women During Pre-Pregnancy, Pregnancy, or the Postpartum Period. *Psychiatry Investig*. 2023 May;20(5):445-451. doi: 10.30773/pi.2023.0002. Epub 2023 May 25. PMID: 37253470; PMCID: PMC10232055.

Lin, Y., Zhang, X., Zhou, T., Xu, F., Zhu, X., Zhou, H., Wang, X., & Ding, Y. (2023). Identifying the common elements of psychological and psychosocial interventions for preventing postpartum depression: Application of the distillation and matching model to 37 winning protocols from 36 intervention studies. *Early Intervention in Psychiatry*, 17(10), 947–962. https://doi.org/10.1111/eip.13462

Nurbaeti, I., Lestari, K. B., & Syafii, M. (2023). Association between Islamic religiosity, social support, marriage satisfaction, and postpartum depression in teenage mothers in West Java, Indonesia: A cross-sectional study. *Belitung Nursing Journal*, *9*(4), 313-321. https://doi.org/10.33546/bnj.2661

Renner, A. M., Azambuja, C. V., Martins, E. S., Ramos, G. F., & Arteche, A. X.. (2023). Postpartum Depression: evidences of the predictive power of Social Support and Marital Relationship. *Psico-usf*, *28*(2), 253–265. https://doi.org/10.1590/1413-82712023280204

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

Strahm, A. M., Mitchell, A. M., Pan, X., & Christian, L. M. (2022). Repetitive negative thinking during pregnancy and postpartum: associations with mental health, inflammation, and breastfeeding. *Journal of Affective Disorders*, *319*, 497-506. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.067

Wei, X., Wang, W., Law, Y. W., & Zhang, H. (2024). The Impacts of Intimate Partner Violence on Postpartum Depression: An Updated Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(2), 1531-1550. https://doi.org/10.1177/15248380231188068

Windle, M., & Miller-Tutzauer, C. (1992). Confirmatory factor analysis and concurrent validity of the Perceived Social Support–Family measure among adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 54(4), 777–787. https://doi.org/10.2307/353160

Yang J, Lin XZ, Guo QW, Wang CL, Yang RY, Zhang JW, Zeng Y.(2023). Mediating effect of mindfulness level on the relationship between marital quality and postpartum depression among primiparas. *World J Clin Cases*. 11(12):2729-2739. doi: 10.12998/wjcc.v11.i12.2729. PMID: 37214570; PMCID: PMC10198118.

Yaqoob, N., Arshid, M., Jabbar, Z., & Fatima, K. (2020). Sadness along with happiness: depression and satisfaction with life among postpartum women in Faisalabad. *Health psychology research*, *8*(3). doi: 10.4081/hpr.2020.8960.

Yu, M., Sampson, M., Liu, Y., & Rubin, A. (2021). A longitudinal study of the stress-buffering effect of social support on postpartum depression: a structural equation modeling approach. *Anxiety, Stress, & Coping*, *34*(6), 751-765. https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1921160

Zheng, J., Gao, L., Li, H., & Zhao, Q. (2023). Postpartum depression and social support: A longitudinal study of the first six months as parents. *Journal of clinical nursing*, *32*(11-12), 2652-2662. https://doi.org/10.1111/jocn.16351

Zlotnick, C., Manor-Lavon, I., & Leahy-Warren, P. (2023). Relationship between social support and postpartum depression in migrant and non-migrant first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 1316–1326. https://doi.org/10.1111/jocn.16297

Żyrek, J., Klimek, M., Apanasewicz, A. *et al.* (2024).Social support during pregnancy and the risk of postpartum depression in Polish women: A prospective study. *Sci Rep* 14, 6906 . https://doi.org/10.1038/s41598-024-57477-1

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]