

## مدل ساختاری افسردگی پس از زایمان بر اساس حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی با میانجی‌گری استرس والدینی

نویسندگان:

خدیجه هنرمندزاد<sup>۱</sup>، مریم کورش‌نیا<sup>۲\*</sup>، نادره سهرابی<sup>۲</sup>، مریم زرنقاش<sup>۲</sup>

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران  
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.21, No.1, Spring 2023

### چکیده:

**مقدمه:** شناسایی عوامل روانی اجتماعی مداخله‌گر در ایجاد افسردگی پس از زایمان می‌تواند به کاهش بروز این اختلال، تسهیل رفتارهای ارتقاء سلامتی و تطابق موثر مادر با کودک و خانواده پس از یک دوره استرس‌زا منجر شود. هدف پژوهش حاضر ارائه مدل ساختاری افسردگی پس از زایمان بر اساس حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی با میانجی‌گری استرس والدینی بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود. جامعه پژوهش را همه زنان تازه زایمان کرده تشکیل می‌دادند که تعداد ۴۱۵ مادر مراجعه کننده برای زایمان طبیعی و یا سزارین به صورت نمونه‌گیری تصادفی از بیمارستان استاد مطهری جهرم انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، مقیاس حمایت اجتماعی شریورن و استوارت، مقیاس رضایت زناشویی انریچ و پرسش نامه استرس والدینی- فرم کوتاه آیدین بود که ۴ تا ۸ هفته پس از زایمان تکمیل شد. داده‌ها با کمک نرم‌افزار تحلیل ساختارهای گشتاوری (AMOS) نسخه ۲۴ تحلیل شدند. پایایی ابزارها نیز به روش آلفای کرونباخ با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تعیین شد. ساختار عاملی هر ابزار با روش تحلیل عاملی تاییدی مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی به صورت غیرمستقیم به ترتیب با  $(\beta = -0.24, P = 0.03)$  و  $(\beta = -0.59, P = 0.02)$  از طریق استرس والدینی بر افسردگی پس از زایمان تاثیر معنادار دارند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه بیانگر نقش واسطه‌ای استرس والدینی در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی در پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی پس از زایمان است. از این رو، با کاهش استرس والدینی می‌توان علایم افسردگی پس از زایمان را بهبود بخشید.

Pars J Med Sci 2023;21(1):27-37

**واژگان کلیدی:** افسردگی، پس از زایمان، حمایت اجتماعی، رضایت زناشویی، والدین

### مقدمه:

افسردگی پس از زایمان (Postpartum depression, PPD) یک اختلال شایع و ناتوان کننده روانی- اجتماعی است که ممکن است طی چهار هفته اول پس از زایمان آغاز شود [۱]. شروع آن معمولاً در چند هفته اول پس از زایمان است، اما در مواردی ممکن است از دوران بارداری تا یک سال پس از تولد نیز باشد. بعضی از مطالعات شروع این اختلال را تا دوازده ماه پس از زایمان گزارش کرده‌اند [۲]. خلق پایین، عدم لذت بردن از فعالیت‌های مورد علاقه، بی‌اشتهایی یا پراشتهایی، اختلال خواب، احساس غمگینی، افکار خودکشی، تحریک‌پذیری و کاهش اعتماد به نفس

از علایم افسردگی پس از زایمان است [۱]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی حدود ۱۰ درصد از زنان باردار در سراسر جهان و ۱۳ درصد از زنانی که به تازگی زایمان کرده‌اند، یک اختلال روانی همچون افسردگی را تجربه می‌کنند [۳]. شواهد علمی نشان می‌دهد میزان شیوع اختلال‌های روانی از جمله افسردگی پس از زایمان در بین زنان باردار و پس از زایمان در طی بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ افزایش داشته و میزان بالاتری از ناراحتی و اضطراب روانی توسط مادران پس از زایمان تجربه می‌شود [۴]. همچنین بین افسردگی پس از زایمان و عواملی همچون وضعیت

\* نویسنده مسئول، نشانی: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

پست الکترونیک: maryam\_kouroshnia@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۹۱۷۵۰۶۶۶۷۶

پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۵

اصلاح: ۱۴۰۲/۴/۴

دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۰۶

تجربه می‌کنند، معمولاً رابطه ضعیف‌تری با کودک خود گزارش می‌کنند [۱۷]. مطالعات قبلی نشان داده که بین افسردگی پس از زایمان با استرس والدینی ارتباط معنادار مثبت وجود دارد [۲۰، ۱۹، ۱۸].

پژوهش‌ها بیانگر خطر روزافزون شدت افسردگی در میان افراد جامعه است و علل افسردگی پس از زایمان بسیار پیچیده است [۲۱]. با این حال، مطالعات بسیار کمی اثرات هم‌زمان حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی روی افسردگی را و همچنین اثرات هم‌زمان این دو متغیر با استرس والدینی را بررسی کرده‌اند. ویژگی الگوی حاضر در مقایسه با پژوهش‌های قبلی توجه هم‌زمان به نقش عوامل و متغیرهای مختلف روانی-اجتماعی موثر بر افسردگی پس از زایمان می‌باشد. به بیان دیگر، هدف مطالعه حاضر ارایه مدل ساختاری افسردگی پس از زایمان بر اساس حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی با میانجی‌گری استرس والدینی بوده است.

### روش کار:

جامعه آماری پژوهش مقطعی حاضر شامل زنان تازه زایمان کرده مراجعه کننده به بیمارستان استاد مطهری چهارم در مقطع زمانی فروردین تا مهر ۱۴۰۱ بود. بر اساس نظر هومن که لازم است به ازای هر متغیر مورد سنجش، ۵ تا ۱۵ نفر آزمودنی وجود داشته باشند [۲۲]، با توجه به وجود ۳۷ متغیر، حجم نمونه ۴۱۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین زنانی که برای زایمان طبیعی و یا سزارین به بیمارستان مذکور مراجعه کرده و دارای پرونده پزشکی بودند، به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان ۴ تا ۸ هفته بعد از زایمان پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. به منظور کنترل متغیرهای مداخله‌کننده، مادران با زایمان پس از ۳۷ هفته، بدون سابقه استفاده از مواد مخدر و روان‌گردان، فاقد عوارض مادری و نوزادی در طول حاملگی و زایمان، دارای سواد خواندن و نوشتن و دسترسی داشتن به اینترنت در پژوهش شرکت داده شدند. با اطمینان دادن به افراد نسبت به این که مشخصات آنان محرمانه باقی خواهد ماند، شرکت‌کنندگان به صورت انفرادی به سؤالات پرسش‌نامه‌های الکترونیکی برخط پژوهش پاسخ دادند. داده‌های این افراد بدون نام و تنها با کد شناساننده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### ابزار گردآوری داده‌ها:

در این پژوهش از چهار مقیاس برای گردآوری داده‌ها استفاده شد که عبارتند از:

- مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ (Edinburgh)  
Postnatal Depression Scale, EPDS: این مقیاس توسط

اقتصادی-اجتماعی، نژاد، محل سکونت، حمایت اجتماعی ادراک شده، رضایت از ازدواج، خشونت خانگی، سابقه افسردگی و اختلالات روان‌پزشکی، فشارهای روانی و استرس‌های روزانه رابطه وجود دارد [۵]. از سویی دیگر، زنان بارداری که رویدادهای استرس‌زای زندگی را تجربه می‌کنند ممکن است در طول سه ماهه اول بارداری این افسردگی را تجربه کنند، اما می‌توان با افزایش حمایت اجتماعی آن را کاهش داد [۶].

حمایت اجتماعی به عنوان شبکه‌ای از ارتباطات توصیف می‌شود که موجب تسهیل رفتارهای ارتقای سلامتی می‌شود. این منابع حمایتی می‌توانند حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ملموس، تعامل اجتماعی مثبت و مهربانی را شامل شود [۷]. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که تعاملات اجتماعی قوی به عنوان یک حفاظ در مقابل افسردگی در طول دوره بارداری و پس از زایمان عمل می‌کند و فقدان حمایت اجتماعی عامل خطر مهمی برای افسردگی پس از زایمان است [۸]. در مطالعه کیویی فقدان حمایت اجتماعی و روابط نامناسب بین فردی به ویژه روابط زناشویی، قوی‌ترین عوامل خطر برای افسردگی پس از زایمان ذکر شده‌اند [۹].

در میان عوامل متعدد مرتبط با افسردگی پس از زایمان، ارزیابی میزان رضایت زناشویی از این نظر دارای اهمیت است که با پیامدهای مثبتی همچون کاهش خطر مشکلات روان‌پزشکی، سلامت و بهزیستی مطلوب مرتبط است. رضایت زناشویی، انطباق بین وضعیت فعلی و وضعیت مورد انتظار بین زوجین است [۱۰]. همسرانی که از کیفیت ارتباط یا تفاهم خوبی برخوردارند، وضعیت تندرستی بهتری نیز دارند [۱۱]. برخی والدین از تغییرات ناشی از تولد فرزند مانند نیاز به مراقبت در دوره پس از زایمان، کمبود خواب و فرصت کمتر برای با هم بودن ابراز ناراضی می‌کنند و ممکن است قادر به برآوردن خواسته‌ها و مسئولیت‌های جدید نباشند و شاهد ناسازگاری بین انتظارات خود و واقعیت باشند [۱۲]. این عوامل موجب کاهش تعاملات مثبت، افزایش درگیری زوجین و کاهش رضایت زناشویی بعد از تولد فرزند شده و زمینه بروز اختلالاتی همچون افسردگی در مادر را باعث می‌شوند [۱۳]. مطالعات نشان می‌دهند که بین افسردگی دوران بارداری با حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی ارتباط معناداری وجود دارد و زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در سطوح پایین رضایت زناشویی و سطح بالای استرس والدینی قرار دارند [۱۴، ۱۵]. استرس والدینی به استرس ناشی از فرآیند تربیت فرزندان اشاره دارد که حالاتی همچون اضطراب، ترس و خستگی و تجارب عاطفی منفی را شامل می‌شود [۱۶]. آبدین معتقد است استرس والدینی به دلیل عدم تطابق بین وظایف و تقاضاهای مربوط به نقش والد و منابع در دسترس ایجاد می‌شود. والدینی که استرس بیشتری را

- مقیاس استرس والدینی (Parenting stress index-short form, PSI-SF): آبییدین در سال ۱۹۹۵ در تدوین این مقیاس، استرس کلی والدین را تابعی از ویژگی‌های رفتاری کودک در نظر گرفته و همچنین از ویژگی‌های شخصیتی والدین و فشارهای روانی محیط خانوادگی که مستقیماً به نقش فرزندپروری مربوط است، الهام گرفته است. فرم کوتاه این مقیاس مشتمل بر ۳۶ گویه با همان عبارتهای فرم اصلی بلند ۱۰۱ گویه‌ای است. این مقیاس به منظور ارزیابی سه زیرمقیاس آشنفتگی والدینی (گویه‌های ۱ تا ۱۲)، تعاملات ناکارآمد والد-فرزند (گویه‌های ۱۳ تا ۲۴) و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین (گویه‌های ۲۵ تا ۳۶) و همچنین نمره استرس کلی (مجموع همه گویه‌ها) طراحی شده است. شیوه نمره‌گذاری آن روی طیف لیکرت از ۱ تا ۵ (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) انجام می‌شود. نمره بیشتر در این مقیاس به معنای است که فرد استرس والدینی کمتری را تجربه می‌کند. در پژوهش حاضر اکثر ضرایب خرده مقیاس‌ها با نمره کل معنادار شدند. پایایی این مقیاس نیز از طریق آلفای کرونباخ برای بعد آشنفتگی والدینی، ۰/۹۱، تعاملات ناکارآمد والد-فرزند، ۰/۹۳، و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین، ۰/۸۲ و کل مقیاس ۰/۹۷ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار تحلیل ساختارهای گنستاوری (AMOS) نسخه ۲۴ انجام شد. پایایی ابزارها نیز با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ به روش آلفای کرونباخ بررسی شدند. ساختار عاملی هر ابزار با روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و سپس برازش مدل مورد آزمون قرار گرفت.

### یافته‌ها:

بر اساس یافته‌های پژوهش، اکثر شرکت‌کنندگان در گروه‌های سنی ۲۰-۴۰ سال بودند، بارداری خواسته، وضعیت اجتماعی-اقتصادی متوسط، بارداری اول یا دوم و مدرک تحصیلی دیپلم یا کارشناسی داشتند. از بین ۴۱۵ شرکت‌کننده در این مطالعه ۲۲۷ مادر، زایمان طبیعی و ۱۸۸ مادر، سزارین کرده بودند و ۲۰۶ نفر (۴۹/۶۴ درصد) افسردگی پس از زایمان را نشان دادند. جدول ۱ بیانگر وضعیت جمعیت شناختی و وضعیت افسردگی شرکت‌کنندگان است. جدول ۲ میانگین، انحراف معیار، کمترین نمره و بیشترین نمره متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. رابطه ساده و اولیه بین متغیرها با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۳). نتایج نشان داد که رابطه بسیاری از متغیرهای برون‌زاد، واسطه‌ای و درون‌زاد در سطح ۰/۰۱ معنادار است و دامنه ضرایب همبستگی بین کل متغیرهای مورد مطالعه از ۰/۶۱ تا ۰/۹۵ متغیر است.

ادینبرگ به منظور سنجش افسردگی پس از زایمان طراحی و تدوین شده و دارای ۱۰ سوال است که بر اساس طیف لیکرت به سنجش افسردگی پس از زایمان می‌پردازد. نمره مقیاس ادینبرگ بین صفر تا ۳۰ است. سوال‌های ۱، ۲، ۴ از صفر تا ۳ و سوال‌های ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ از ۳ تا صفر نمره‌گذاری می‌شوند. در این مطالعه نقطه برش ۱۳ فرض شده است و نمره ۱۳ و بالاتر از آن به عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود. در پژوهش حاضر، از روش تحلیل عاملی تاییدی برای بررسی روایی پرسش‌نامه استفاده شد. اکثر ضرایب گویه‌ها با نمره کل معنادار شدند. پایایی این مقیاس نیز از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

- مقیاس حمایت اجتماعی شربورن و استوارت (MOS Social Support Survey, MOS-SSS): این مقیاس که میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده توسط آزمودنی را می‌سنجد، دارای ۱۹ عبارت و ۴ زیرمقیاس شامل حمایت ملموس، حمایت هیجانی - اطلاعاتی، مهربانی و تعامل اجتماعی مثبت است. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ‌وقت = ۱ امتیاز، به‌ندرت = ۲ امتیاز، گاهی‌اوقات = ۳ امتیاز، اغلب = ۴ امتیاز و همیشه = ۵ امتیاز) مشخص می‌کند. نمره بین ۱۹ تا ۳۸ میزان برخوردار بودن فرد از حمایت اجتماعی کم، نمره بین ۳۸ تا ۵۷ میزان برخوردار بودن فرد از حمایت اجتماعی متوسط و نمره بالاتر از ۵۷ میزان برخوردار بودن فرد از حمایت اجتماعی زیاد را نشان می‌دهد. پایین‌ترین امتیاز در این آزمون ۱۹ و بیشترین امتیاز ۹۵ است. پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه شربورن و استوارت در دامنه‌ای از ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، اکثر ضرایب خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل معنادار شدند. پایایی این مقیاس نیز از طریق آلفای کرونباخ برای بعد حمایت هیجانی-اطلاعاتی، ۰/۹۶، برای بعد حمایت ملموس، ۰/۸۸، بعد تعامل اجتماعی مثبت، ۰/۹۰، مهربانی، ۰/۹۲ و کل مقیاس ۰/۹۷ به دست آمد.

- مقیاس رضایت زناشویی انریچ (ENRICH Marital Satisfaction Scale, EMS): این پرسش‌نامه توسط انریچ برای سنجش رضایت زناشویی طراحی و تدوین شده است. پرسش‌نامه مذکور در ایران توسط عرب‌دوستی و همکاران در سال ۱۳۹۳ اعتباریابی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۰ سوال است که بر اساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت به سنجش رضایت زناشویی می‌پردازد. در پژوهش حاضر اکثر ضرایب گویه‌ها با نمره کل معنادار شدند. پایایی این مقیاس نیز از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد.

با استفاده از نرم افزار SPSS و از طریق نمودار مستطیلی و آماره ماهالانویس، داده‌های پرت مشخص و از مجموعه داده‌ها کنار گذاشته شدند. مقادیر کجی و چولگی داده‌ها بیشتر از  $\pm 1$  نبود. استقلال داده‌ها با آماره دوربین واتسون بررسی و تأیید شد. از همبستگی پیرسون بین زوج متغیرها در بررسی هم‌خطی چندگانه استفاده شد و برای بررسی دقیق‌تر هم‌خطی چندگانه، شاخص‌های اغماض و تورم واریانس محاسبه شد که مقادیر شاخص اغماض کوچکتر از حد مجاز  $0/1$  و مقادیر شاخص‌های مذکور بزرگتر از حد مجاز نبود. ضریب ماریا  $2/29$  از  $2/58$  به دست آمد که نشان از نرمال بودن چندمتغیره دارد. پس از بررسی مفروضه‌ها و حصول اطمینان از برقراری آن‌ها، از مدل معادلات ساختاری به منظور ارزیابی مدل مورد بررسی استفاده شد.

با استفاده از نرم افزار SPSS و از طریق نمودار مستطیلی و آماره ماهالانویس، داده‌های پرت مشخص و از مجموعه داده‌ها کنار گذاشته شدند. مقادیر کجی و چولگی داده‌ها بیشتر از  $\pm 1$  نبود. استقلال داده‌ها با آماره دوربین واتسون بررسی و تأیید شد. از همبستگی پیرسون بین زوج متغیرها در بررسی هم‌خطی چندگانه استفاده شد و برای بررسی دقیق‌تر هم‌خطی چندگانه، شاخص‌های اغماض و تورم واریانس محاسبه شد که مقادیر شاخص اغماض کوچکتر از حد مجاز  $0/1$  و مقادیر شاخص‌های مذکور بزرگتر از حد مجاز نبود. ضریب ماریا  $2/29$  از  $2/58$  به دست آمد که نشان از نرمال بودن چندمتغیره دارد. پس از بررسی مفروضه‌ها و حصول اطمینان از برقراری آن‌ها، از مدل معادلات ساختاری به منظور ارزیابی مدل مورد بررسی استفاده شد.

بر اساس مبانی نظری و پیشینه پژوهش، مدلی طراحی شد که در آن حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی به عنوان متغیرهای برون‌زاد، افسردگی پس از زایمان به عنوان متغیر درون‌زاد و

استرس والدینی به عنوان متغیر واسطه‌ای در نظر گرفته شد. بررسی شاخص‌های برازش مدل نهایی پژوهش به تفکیک نشان می‌دهد که شاخص‌ها قبل از اصلاح مدل از برازش مطلوب برخوردار نبوده، ولی پس از حذف مسیرهای غیرمعنادار مطلوب شده‌اند (جدول ۴).

در مدل نهایی پژوهش، حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی،  $0/70$  واریانس استرس والدینی و رضایت زناشویی و استرس والدینی،  $0/81$  واریانس افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی می‌کنند (شکل ۱).

جدول ۵ اثرات مستقیم، غیرمستقیم و اثرات کلی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بررسی نتایج بیانگر آن است که حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی نمی‌توانند به صورت مستقیم بر افسردگی پس از زایمان اثر داشته باشند. حمایت اجتماعی به صورت غیرمستقیم ( $\beta = -0/24$ ,  $p = 0/03$ ) و رضایت زناشویی نیز به صورت غیرمستقیم ( $\beta = -0/59$ ,  $p = 0/02$ ) از طریق استرس والدینی می‌تواند بر افسردگی پس از زایمان موثر باشد.

جدول ۱: وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان در مطالعه

نام متغیر	فراوانی	درصد	
سن مادر	زیر ۲۰ سال	۲۲	۵/۳۰
	۲۱-۲۵	۷۲	۱۷/۳۴
	۲۶-۳۰	۱۱۰	۲۶/۵۰
	۳۱-۳۵	۱۰۵	۲۵/۳۰
	۳۶-۴۰	۱۰۶	۲۵/۵۴
نوع بارداری	خواسته	۳۲۲	۷۷/۶
	ناخواسته	۹۳	۲۲/۴
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۵۸	۱۳/۹۷
	متوسط	۲۵۸	۶۲/۱۷
	خوب	۹۹	۲۳/۸۵
جنسیت نوزاد	پسر	۲۰۰	۴۸/۱۹
	دختر	۲۱۵	۵۱/۸
رتبه تولد	اول	۱۹۱	۴۶
	دوم	۱۲۴	۲۹/۹
	سوم	۷۵	۱۸/۱
	چهارم	۲۰	۴/۸
	پنجم و بیشتر	۵	۱/۲
وضعیت تحصیلی	زیردیپلم	۴۷	۱۱/۳
	دیپلم	۹۳	۲۲/۴
	کاردانی	۴۵	۱۰/۸
	کارشناسی	۱۹۴	۴۶/۷
نوع زایمان	کارشناسی ارشد	۳۶	۸/۷
	طبیعی	۲۲۷	۵۴/۷
	سزارین	۱۸۸	۴۵/۳
وضعیت افسردگی	عدم افسردگی	۲۰۹	۵۰/۳۶
	افسردگی	۲۰۶	۴۹/۶۴

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمرات متغیرهای پژوهش

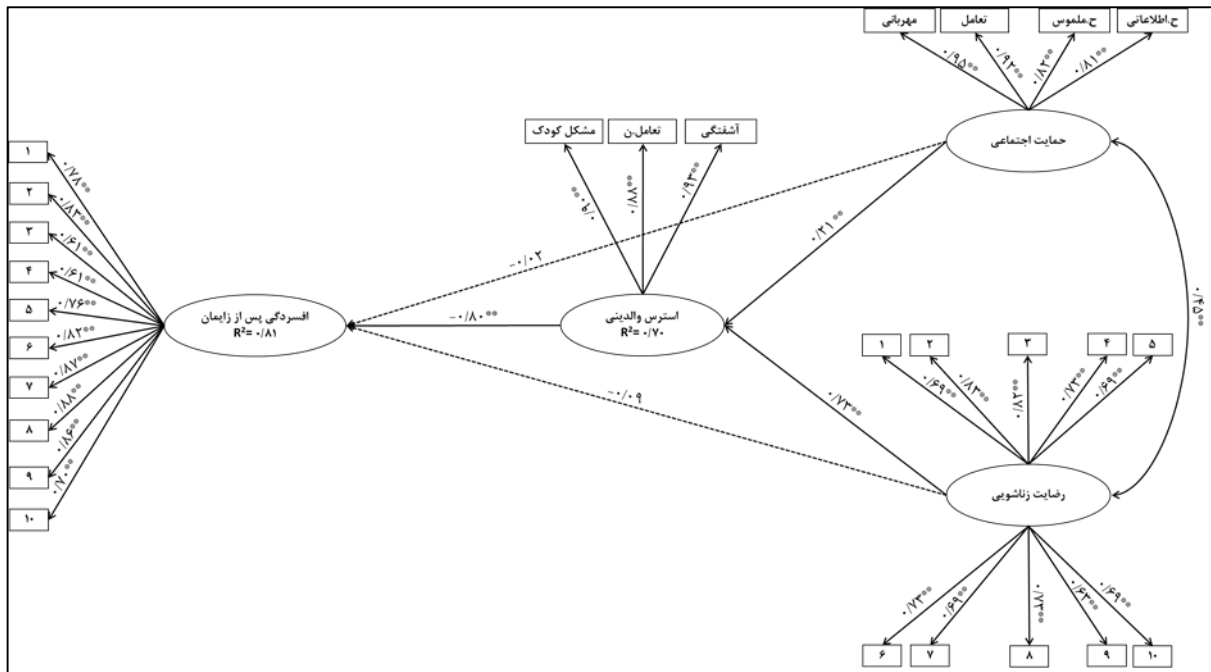
نقش متغیر	متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره	چولگی	کشیدگی
برون زاد	حمایت هیجانی- اطلاعاتی	۲۳/۸۲	۷/۳۷	۸	۳۲	-۰/۵۶	-۰/۸۶
	حمایت ملموس	۱۲/۳۵	۳/۵۶	۴	۱۶	-۰/۵۹	-۰/۸۶
	تعامل اجتماعی مثبت	۹/۳۴	۲/۸۹	۳	۱۲	-۰/۷۴	-۰/۷۰
	مهربانی	۹/۲۲	۲/۹۸	۳	۱۲	-۰/۷۴	-۰/۷۵
	نمره کل حمایت اجتماعی	۵۴/۷۳	۱۵/۴۲	۱۸	۷۲	-۰/۶۱	-۰/۸۳
واسطه‌های	نمره کل رضایت زناشویی	۳۳/۵۵	۹/۸۴	۱۰	۵۰	-۰/۳۵	-۰/۶۸
	آشناگی والدینی	۳۳/۵۹	۹/۹۰	۱۲	۴۸	-۰/۵۹	-۰/۷۳
	تعاملات ناکارآمد والد- فرزند	۳۹/۷۲	۱۰/۱۰	۱۳	۵۰	-۰/۷۵	-۰/۱۷
	ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین	۳۴/۳۵	۹/۱۵	۱۲	۴۹	-۰/۷۶	-۰/۴۶
	نمره کل استرس والدینی	۱۰۷/۶۶	۲۷/۵۹	۴۰	۱۴۴	-۰/۲۰	-۰/۹۳
درون‌زاد	نمره کل افسردگی پس از زایمان	۱۷/۰۶	۷/۴۵	۰	۲۹	-۰/۴۹	-۰/۹۱

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. حمایت هیجانی- اطلاعاتی	۱										
۲. حمایت ملموس	۰/۷۶**	۱									
۳. تعامل اجتماعی مثبت	۰/۷۵**	۰/۷۹**	۱								
۴. مهربانی	۰/۷۶**	۰/۷۷**	۰/۸۸**	۱							
۵. نمره کل حمایت اجتماعی	۰/۹۴**	۰/۸۹**	۰/۹۰**	۰/۹۰**	۱						
۶. نمره کل رضایت زناشویی	۰/۶۹**	۰/۷۰**	۰/۷۶**	۰/۸۱**	۰/۷۹**	۱					
۷. آشناگی والدینی	۰/۶۴**	۰/۶۴**	۰/۶۲**	۰/۶۶**	۰/۷۰**	۰/۷۲**	۱				
۸. تعاملات ناکارآمد والد-فرزند	۰/۶۴**	۰/۶۳**	۰/۶۴**	۰/۶۸**	۰/۷۱**	۰/۷۲**	۰/۸۱**	۱			
۹. ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین	۰/۶۵**	۰/۶۲**	۰/۶۱**	۰/۶۶**	۰/۶۹**	۰/۷۱**	۰/۸۴**	۰/۸۷**	۱		
۱۰. نمره کل استرس والدینی	۰/۶۸**	۰/۶۷**	۰/۶۶**	۰/۷۱**	۰/۷۴**	۰/۷۶**	۰/۹۴**	۰/۹۵**	۰/۹۵**	۱	
۱۱. نمره کل افسردگی پس از زایمان	۰/۶۲**	۰/۶۶**	۰/۶۱**	۰/۶۷**	۰/۶۹**	۰/۷۲**	۰/۸۱**	۰/۷۶**	۰/۷۸**	۰/۸۳**	۱
					۰/۰۱**						

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل

مدل	X <sup>2</sup> /df	P	CFI	NFI	IFI	RFI	TLI	AGFI	RMSEA	PCLOSE
قبل از اصلاح	۳/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰	۰/۸۹	۰/۹۰	۰/۸۵	۰/۹۱	۰/۷۷	۰/۰۷	۰/۰۰۰۱
بعد از اصلاح	۲/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴	۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۹۰	۰/۹۴	۰/۸۹	۰/۰۵	۰/۲۱
معیار پذیرش	< ۳	$\alpha > ۰/۰۵$	≥ ۰/۹۰	≥ ۰/۹۰	≥ ۰/۹۰	≥ ۰/۹۰	≥ ۰/۹۰	≥ ۰/۹۰	≤ ۰/۰۸	> ۰/۰۵



شکل ۱: مدل نهایی پژوهش

جدول ۵: ضرایب اثرات مستقیم و غیرمستقیم موجود در مدل با استفاده از بوت استراب

مسیر	اثر مستقیم	P-value	اثر غیرمستقیم	P-value	اثر کل
حمایت اجتماعی ← استرس والدینی ← افسردگی پس از زایمان	-۰/۰۲	۰/۷۵	-۰/۲۴	۰/۰۳	۰/۱۲
رضایت زناشویی ← استرس والدینی ← افسردگی پس از زایمان	-۰/۰۹	۰/۳۴	-۰/۵۹	۰/۰۲	۰/۶۸
افسردگی پس از زایمان ← استرس والدینی	-۰/۸۰	۰/۰۰۰۱	---	---	-۰/۸۰

### بحث:

در کودک منجر شود که به خشونت، نافرمانی، نگرانی و اندوه مزمن کودک معروف است. نظریه کودک - والدین - روابط، از وجود یک الگوی تاثیرگذار دوسویه والدین بر کودک و کودک بر والدین صحبت می کند با این فرض که با افزایش مشکلات رفتاری و عاطفی کودک در طول زمان، استرس والدگری هم احتمالاً زیادتر می شود در نتیجه مشکلات در حوزه سلامت کودک و والدین ترویج می یابد و مشکلات خود والدین در حوزه بهداشت روان و عملکردی می تواند به افسردگی و نگرانی مادر منجر شود.

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که حمایت اجتماعی به شکل مستقیم با افسردگی پس از زایمان دارای ارتباط معنادار نیست و به شکل غیرمستقیم به واسطه استرس والدینی بر افسردگی پس از زایمان تاثیر معنادار دارد (p = ۰/۰۳). به این معنا که حمایت اجتماعی به طور مستقیم بر افسردگی پس از زایمان تاثیر ندارد و تاثیر آن فقط به صورت غیرمستقیم، به واسطه کم کردن

هدف از پژوهش حاضر ارائه مدل ساختاری افسردگی پس از زایمان بر اساس حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی با میانجی گری استرس والدینی بود. در استرس والدینی حاصل اثر تعاملی کنش وری خصوصیات اصلی و آشکار والدین همچون افسردگی، احساس صلاحیت، سلامت، روابط توأم با دلبستگی با کودک، روابط با همسر، محدودیت ناشی از نقش پذیرندگی یا مادری کردن با خصوصیات کودک همچون سازش پذیری، پذیرندگی، فزون طلبی، خلق، و تقویت گری است. یافته این پژوهش بیانگر تاثیر استرس والدینی بر افسردگی پس از زایمان است که با یافته جوهانسون و همکاران همسو است. استرس والدینی به نوبه خود اکثر جنبه های کیفی و موثر رفتار والدینی را تحت تاثیر قرار داده و می تواند موجب کاهش مهر و محبت والدینی، افزایش روش های خشونت بار انضباطی و ابراز خصومت نسبت به کودک، ثبات کم در رفتار والدین، یا انزوای کامل از نقش والدینی و در نهایت به افزایش مشکلات رفتاری و عاطفی



در بین انواع حمایت اجتماعی، حمایت اجتماعی ملموس به عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا شناخته شده است که تحمل مشکلات را برای فرد تسهیل می‌کند. افرادی که از این نوع حمایت اجتماعی برخوردارند، توانمندی کنترل هیجان‌های خود و دیگران را دارند. باید اذعان داشته باشیم که این ارزیابی‌ها مهم هستند، زیرا می‌توانند رابط عوامل موقعیتی فرض شوند و در رشد هیجان‌ها، نقشی مثبت و مؤثر ایفا کنند [۲۷]. حمایت اجتماعی اطلاعاتی در کاهش تنش مادر پس از زایمان از طریق ارائه اطلاعات و تأثیر بر انتخاب مقابله کارآمد یا ناکارآمد در برابر هیجان‌های منفی، نقش مؤثری را ایفا می‌کند و او را در برابر مسائل تنش‌زای زندگی و رسیدن به موقعیت مطلوب‌تر یاری می‌دهد و سبب خودکارآمدی در فرد می‌شود. از سوی دیگر، تعامل مثبت اجتماعی مادران نیز می‌تواند بر بسیاری از جنبه‌های زندگی آنها مانند تصمیم‌گیری، میزان تلاش و رویارویی با مسائل چالش‌برانگیز زندگی تأثیرگذار باشد [۲۸]. نتایج مطالعه سانگ و همکاران نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی، استرس والدینی و افسردگی در مادران همبستگی نزدیک وجود دارد و پریشانی والدین و تعامل ناکارآمد والد-کودک در میان عوامل فرعی استرس والدین نقش واسطه‌ای در رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی دارد [۲۹] که با یافته مطالعه حاضر همسو است ( $p = 0/03$ ). در مطالعه سونگ نمونه پژوهش را ۲۰۲ مادر تشکیل می‌دادند که به دلیل طلاق، جدایی و یا مرگ همسر به تنهایی فرزندان خود را بزرگ می‌کردند، اما در مطالعه حاضر مادرانی شرکت داشتند که از حمایت همسر برخوردار بودند. به نظر می‌رسد رویدادهای استرس‌زای روزمره در کنار استرس‌های والدینی می‌تواند بر ارتباط حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان تأثیر بگذارد. فرضیه مهاراسترس نشان می‌دهد حمایت اجتماعی اثر نامطلوب استرس بر مادر را کاهش می‌دهد و احتمال بروز علائم افسردگی را کاهش می‌دهد. مطالعه لی و هیون نشان داد که قدردانی و استرس والدینی اثر میانجی دوگانه بین روان رنجوری و افسردگی پس از زایمان داشتند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۳۰]. قدردانی را می‌توان نوعی حمایت هیجانی و تعامل اجتماعی مثبت در نظر گرفت که می‌تواند به همراه کاهش استرس‌های والدینی نقش مؤثری را در کاهش افسردگی پس از زایمان مادران حتی در مادران مستعد به این اختلال ایفا کند.

یافته دیگر این پژوهش بیانگر آن است که رضایت زناشویی به طور مستقیم با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنادار ندارد و رضایت زناشویی فقط به طور غیرمستقیم می‌تواند بر افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد و از طریق کاهش استرس والدینی از

استرس والدینی است. این درحالی است که پیش از این پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که فقدان حمایت اجتماعی عامل خطر مهمی برای افسردگی پس از زایمان است و بین ابتلا به افسردگی پس از زایمان و میزان حمایت اجتماعی از زنان همبستگی منفی وجود دارد [۹، ۱۴ و ۲۳]. در مطالعه دومینیک حمایت اجتماعی کم مادران در سراسر جهان با افسردگی پس از زایمان آن‌ها به طور مستقیم رابطه داشت [۲۴]، که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی ندارد. در مدل حاضر حمایت اجتماعی و پشتیبانی از مادر، پیش‌بینی‌کننده قابل توجه علائم افسردگی پس از زایمان بود. با این حال، هنگامی که استرس والدینی وارد مدل شد، آنها دیگر پیش‌بینی‌کننده مستقیم علائم افسردگی پس از زایمان نبودند. بدان معنی که علائم افسردگی پس از زایمان می‌تواند کاملاً توسط استرس والدینی توضیح داده شود. حمایت اجتماعی به عنوان منابعی که توسط دیگران مخصوصاً همسر، خانواده و دوستان ایجاد می‌شود تعریف شده و نه تنها نقش مهمی در ارتقا سلامت روانی مادر دارد، بلکه بر اساس مدل‌های تأثیر غیرمستقیم مانند یک ضربه‌گیر عمل کرده و می‌تواند از فرد در برابر فشارهای پس از زایمان و استرس‌ها حمایت کند [۲۵]. زایمان یک رویداد مهم زندگی برای تازه‌مادران است و با تغییراتی چون ترک کار یا تحصیل، کنار آمدن با نیازها و مشکلات نوزاد، رنج بردن از دردهای جسمانی، بی‌خوابی و کمبود وقت برای فعالیت‌های اجتماعی همراه است و حمایت ملموس، هیجانی و اطلاعاتی از سوی همسر، خانواده و دوستان و تعامل اجتماعی مثبت می‌تواند در سازگاری با این تغییرات کمک کننده باشد. میزان برخورداری گروه نمونه پژوهش حاضر از حمایت اجتماعی در حد متوسط بود و بالاترین نوع حمایت مربوط به حمایت هیجانی-اطلاعاتی بوده است. مطالعه جینگز و همکاران نشان داد که افسردگی در بین افراد با حمایت هیجانی بالاتر کمتر دیده می‌شود [۲۶]. با توجه به مولفه‌های مقیاس حمایت اجتماعی به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی از جانب همسر می‌تواند استرس والدینی و به تبع آن افسردگی را کاهش دهد. همبستگی مولفه‌های حمایت اجتماعی با استرس والدینی در مطالعه حاضر نشان می‌دهد که تعاملات ناکارآمد والد-فرزند و آشفتگی والدینی مولفه‌های قوی‌تری در ارتباط با حمایت اجتماعی هستند و بین مولفه‌های حمایت هیجانی-اطلاعاتی، حمایت ملموس، تعامل مثبت اجتماعی با استرس والدینی همبستگی منفی وجود دارد (جدول ۴). مطالعه کویی و همکاران نشان می‌دهد که روابط بین فردی با اعضای خانواده و حمایت اجتماعی نقش مهمی در کاهش ابتلا به افسردگی پس از زایمان و کاهش استرس والدینی ایفا می‌کند [۹]. یافته‌های این مطالعه با مطالعه حاضر همسو است.

بهبودی شخصی و کیفیت روابط صمیمانه را تضعیف کند. در طول مراقبت از کودک، مادران معمولاً استرس بیشتری را تجربه می‌کنند [۳۴].

در ارتباط با میزان ابتلا به افسردگی پس از زایمان یافته‌های این پژوهش حاکی از این بود که ۴۹/۶۴ درصد از زنان تازه زایمان کرده افسردگی پس از زایمان را نشان دادند که بیانگر بالا بودن میزان افسردگی پس از زایمان در نمونه پژوهش حاضر است. این درحالی است که در مطالعه مروری وانگ و همکاران (۲۰۲۱) از مجموع ۵۶۵ مطالعه از ۸۰ کشور یا منطقه مختلف، افسردگی پس از زایمان در ۱۷/۲۲ درصد از جمعیت زنان جهان مشاهده شد. نتایج این مطالعه نشان داد که از هر پنج زن یک زن، افسردگی پس از زایمان را تجربه می‌کند [۳۵]. در مطالعه کیوی و همکاران (۲۰۲۲) شیوع علائم افسردگی خفیف و عمده پس از زایمان در ۶ هفته پس از زایمان به ترتیب ۴۱/۴۹ و ۲۳/۱۳ درصد بود [۹]. افسردگی پس از زایمان در مطالعات انجام شده در کشورمان بین ۴۰-۱۶ درصد گزارش شده است که در مقایسه با شیوع آن در سایر نقاط جهان بیشتر است [۳۶، ۳۷ و ۳۸] که با مطالعه حاضر همسو است. این تفاوت را می‌توان به نحوه نمونه‌گیری، زمان بررسی، معیارهای متفاوت تشخیصی (افسردگی خفیف یا شدید)، ابزار خودگزارش دهی و روش مطالعه مرتبط دانست.

درخصوص محدودیت پژوهش حاضر می‌توان به عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر جمعیت‌شناسی مانند نوع زایمان، حاملگی ناخواسته و گروه‌های در معرض خطر سقط جنین، عدم دسترسی به اینترنت و عدم همکاری شرکت‌کنندگان در پاسخگویی به مقیاس‌ها اشاره کرد، در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است و باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. نظر به اهمیت نقش شرایط استرس‌زا در میزان افسردگی پس از زایمان پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده گروه‌های در معرض خطر (مانند مادران با سابقه نازایی و سقط قبلی و دارای نوزاد نارس یا طبقات اقتصادی پایین) به عنوان گروه‌های مقایسه انتخاب و با تغییر روش نمونه‌گیری و ابزار مصاحبه بررسی شوند.

### نتیجه‌گیری:

نتایج این مطالعه بیانگر نقش واسطه‌ای استرس والدینی در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی در پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی پس از زایمان است. این یافته می‌تواند تبیین و سبب‌شناسی نشانه‌های افسردگی را با توجه به متغیرهای آسیب‌پذیر تسهیل کند. یافته‌های پژوهش حاضر بر اهمیت بالینی بررسی استرس‌های والدینی و نقش آن در شروع افسردگی پس

احتمال افسردگی پس از زایمان می‌کاهد که با مطالعه دانگ همخوانی دارد. در مطالعه گوتلیب نیز زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، رضایت زناشویی پایین و فشار روانی زیادتر داشتند [۱۵] که نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد. با توجه به اینکه رضایت زناشویی یک سازه کلیدی در ارزیابی رابطه زوجین است و جنبه‌هایی مانند احساس محبت، اعتماد و همراهی را در برمی‌گیرد، از عوامل محافظتی موثر در رویدادها و عوامل استرس‌زای آتی زندگی چون بارداری، تولد فرزند و مشکلات فرزندپروری محسوب می‌گردد. بنظر می‌رسد تعارضات زناشویی تأثیر منفی و معناداری بر شایستگی مادر و تأثیر مثبت و معناداری بر استرس ادراک شده دارند که زمینه را برای بروز علائم افسردگی پس از زایمان فراهم می‌کند. در مطالعه اودینکا و همکاران در سال ۲۰۱۸ شیوع بالایی از ناراضی زناشویی، افسردگی پس از زایمان و اضطراب در بین مادران شیرده وجود داشت [۳۱]. بنظر می‌رسد رضایت زناشویی پایین در شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر و درگیری عاطفی متعاقب آن باعث می‌شود که فرد در تشخیص و درک نیازهای فرد دیگر مشکل داشته‌باشد. به طور کلی، غیرقابل دسترس بودن همسر، فقدان حمایت عاطفی و مهربانی، فقدان عشق و صمیمیت و طرد، منجر به آشفتگی و کاهش تعامل اجتماعی مثبت و رشد مشکلات ارتباطی می‌شود که زمینه را برای ناراضی زناشویی و آسیب‌های روانی از جمله افسردگی پس از زایمان فراهم می‌کند. مطالعات نشان می‌دهد که رضایت زناشویی دارای ابعاد مختلفی از جمله رضایت جنسی، دریافت حمایت از شریک زندگی، سلامت شریک، ارتباطات، ویژگی‌های شخصیتی، روابط با دیگران، مشارکت در تصمیم‌گیری و ارتباط با خانواده همسر، اوقات فراغت، مذهب مشترک و باورهای مذهبی و حمایت اجتماعی است [۳۲] که هر یک از این ابعاد به نوبه خود می‌تواند در پیشگیری از شروع علائم افسردگی و برعکس در تداوم و افزایش این علائم در مادر مستعد به دلیل تغییرات هورمونی و چالش‌های این دوره از زندگی موثر واقع شود. گاتمن ثبات و رضایت زناشویی را توانایی زوج‌ها در رفع تعارض‌هایی می‌داند که در روابطشان ایجاد می‌شود. همسرانی که رضایت زناشویی ندارند به احتمال بیشتری درگیر رابطه متقابل منفی می‌شوند و رفتار هر یک از اعضای خانواده بر رفتار سایر افراد تأثیر می‌گذارد و این تأثیر می‌تواند مستقیم یا غیرمستقیم باشد.

نتایج مطالعه محمد و همکاران نشان داد که مادرانی که استرس والدینی بالا، خودکارآمدی پایین و تعارض زناشویی را گزارش می‌کنند نسبت به کسانی که این عوامل استرس‌زا را گزارش نمی‌کنند، به طور قابل توجهی نمرات افسردگی پس از زایمان بالاتری دارند [۳۳] که این یافته با مطالعه حاضر همسو است. شواهد روشنی وجود دارد که استرس زیاد والدین می‌تواند



### تضاد منافع:

نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچگونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود نداشته و همه نویسندگان مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

### ملاحظات اخلاقی:

این طرح پژوهشی در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد مرودشت با کد اخلاق IR.IAU.M.REC. 1402.022 تصویب و کلیه ملاحظات اخلاقی در انجام آن رعایت شده است.

از زایمان تاکید می‌کند. لذا با کاهش استرس والدینی و افزایش حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی میتوان علایم افسردگی پس از زایمان را بهبود بخشید. با نگاهی اجمالی به پژوهش انجام گرفته می‌توان به اهمیت نقش حمایتی همسران و رضایت زناشویی در کاهش علایم افسردگی پس از زایمان ناشی از استرس والدینی پی برد.

### تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از همکاری همه مسئولین دانشگاه علوم پزشکی جهرم و بیمارستان استاد مطهری و تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

## References:

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Disorders. 2013.
- Mahdavy M, Kheirabadi G. The Prevalence of Postpartum Depression and Its Related Factors among Women in Natanz City in 2018 (Iran). Qom Med Sci J. 2020 10;14(2):78-85. (Persian)
- Shuman CJ, Peahl AF, Pareddy N, Morgan ME, Chiangong J, Veliz PT, Dalton VK. Postpartum depression and associated risk factors during the COVID-19 pandemic. BMC Research Notes. 2022;15(1):1-5.
- Zahid S, Tehranian N. The effect of covid-19 on postpartum depression. The second national conference of interdisciplinary research in management and medical sciences: 2021. (Persian)
- Zolfaghari F, Heydari Z, Zamani-Alavijeh F, Araban M. Determinants of Postpartum Depression According to the World Health Organization Model: A Review of Literature. Health Syst Res. 2021;16(4):290-302. (Persian)
- Kishore MT, Satyanarayana V, Ananthanpillai ST, Desai G, Bhaskarapillai B, Thippeswamy H, Chandra PS. Life events and depressive symptoms among pregnant women in India: Moderating role of resilience and social support. Int J Soc Psychiatry. 2018;64(6):570-7.
- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Social Sci Med. 1991;32(6):705-14.
- Pourkhaleghi N, Askarizadeh G, Fazilat-Pour M. predicting Post-Partum Depression of Nulliparous Women: Role of Social Support and Delivery Type. J Health Care. 2017; 19 (1): 18-29. (Persian)
- Qi W, Liu Y, Lv H, Ge J, Meng Y, Zhao N, Zhao F, Guo Q, Hu J. Effects of family relationship and social support on the mental health of Chinese postpartum women. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):65.
- Fisher TD, McNulty JK. Neuroticism and marital satisfaction: the mediating role played by the sexual relationship. J Fam Psychol. 2008;22(1):112.
- Tambağ H, Turan Z, Tolun S, Can R. Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. Nigerian journal of clinical practice. Niger J Clin Pract. 2018;21(11):1525-30.
- Mitnick DM, Heyman RE, Smith Slep AM. Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: a meta-analysis. J Fam Psychol. 2009;23(6):848.
- Garthus-Niegel S, Horsch A, Handtke E, Von Soest T, Ayers S, Weidner K, Eberhard-Gran M. The impact of postpartum posttraumatic stress and depression symptoms on couples' relationship satisfaction: a population-based prospective study. Front Psychol. 2018; 19(9):1728
- Noury R, Karimi N, Mohammadi M. Relationship between prenatal depression with social support and marital satisfaction. Sarem J Med Res. 2017; 2(3):153-7. 153 (Persian)
- Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. J Consult Clin Psychol. 1989;57(2):269.
- Tachibana Y, Fukushima A, Saito H, Yoneyama S, Ushida K, Yoneyama S, Kawashima R. A new mother-child play activity program to decrease parenting stress and improve child cognitive abilities: A cluster randomized controlled trial. Plos One. 2012 ; 2(7): e38238.
- Parsa P, Ahangpour P, Shobeiri F, Soltanian A, Rahimi A. The effect of group counseling based on problem solving on postpartum depression in mothers attending to health care centers in Hamadan city. Nusr Midwifery J. 2017 0;15(6):440-8.
- Khiari Millan M. Marital Satisfaction, Parental Stress, & Perceived Social Support of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders. University of Miami:2022.

19. Dong S, Dong Q, Chen H, Yang S. Mother's Parenting Stress and Marital Satisfaction During the Parenting Period: Examining the Role of Depression, Solitude, and Time Alone. *Front Psychol*. 2022 1;13:680.
20. Oh HJ, Kim SS. Effects of parenting stress, sleep quality, self-compassion and family relationship on mothers' postpartum depression. *J Korean Acad Fundam Nurs*. 2022 31;29(2):150-8.
21. Barlow DA. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. New York: Guilford Publications Inc; 2006.
22. Homan H. *The book of structural equation modeling using Lisrel software*, Samt Publications:2012.
23. Tang L, Zhu R, Zhang X. Postpartum depression and social support in China: a cultural perspective. *J Health Commun*. 2016; 21(9):1055-61.
24. Dominic T. Determinants of Postpartum Depressive Symptomatology—A Prospective Multivariate Study among Hong Kong Chinese Women. *Chine Ment Health J*. 2002; 19:626–31.
25. Harley K, Eskenazi B. Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. *Soc Sci Med*. 2006;62(12):3048-61.
26. Jennings EA, Ralston M, Schatz E. Support in times of need: How depressive symptoms can impact receipt of social support among aging adults in rural South Africa. *SSM-Popul Health*. 2020; 12:100-6.
27. Huang HH, Lee TY, Lin XT, Duan HY. Maternal Confidence and Parenting Stress of First-Time Mothers in Taiwan: The Impact of Sources and Types of Social Support. *Health Care J*. 2022; 10(5):878.
28. Shah Mohammadi N, Mokhtari M. The mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between perceived social support and academic success of high school students. *Culture Strateg*. 2018; 11(42): 181-205. (Persian)
29. Song SM, Park B, Lee WK, Park NS, Kim MN. Examining the relationship between social support, parenting stress, and depression in South Korean single mothers. *J Child Fam Stud*. 2021; 31(3) :1-4.
30. Lee Y, Hyun MH. The effects of neuroticism on postpartum depression: A dual mediating effect of gratitude and parenting stress. *Stress J*. 2019;27(2):191-8.
31. Odinka JI, Nwoke M, Chukwuorji JC, Egbuagu K, Mefoh P, Odinka PC, Amadi KU, Muomah RC. Post-partum depression, anxiety and marital satisfaction: A perspective from Southeastern Nigeria. *SAJ of Psychiatry*. 2018; 24:1109.
32. Korporaal, M., Broese Van Groenou, M. I., & Tilburg, T. G. V. Health problems and marital satisfaction among older couples. *J Aging Health*. 2013; 25(8):1279-98.
33. Mohammad KI, Sabbah H, Aldalaykeh M, ALBashtawy M, Z Abuobeid K, Creedy D, Gamble J. Informative title: Effects of social support, parenting stress and self-efficacy on postpartum depression among adolescent mothers in Jordan. *J Clin Nurs*. 2021;30(23-24):3456-65.
34. Cousino MK, Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *J Pediatr Psychol*. 2013; 38(8):809-28.
35. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021 20;11(1):640.
36. Veisani Y, Sayehmiri K. Prevalence of postpartum depression in Iran-A systematic review and meta-analysis. *Iranian J Obstet Gynecol Infertil*. 2012 22;15(14):21-9. (Persian)
37. Karacha M, Ranjbar F. Women's quality of life and postpartum depression, *Iranian Nurs J*. 2016; 30(110): 68-77. (Persian)
38. Mohamadi M, Mohaqeqi Kamal SH, Vameghi M, Rafiey H, Setareh Forouzan A, Sajjadi H. A meta-analysis of studies related prevalence of depression in Iran. *J Research Health* 2017, 7(1): 581-93.

## A structural model of postpartum depression based on social support and marital satisfaction mediated by parenting stress

Khadijeh Honarmand Najad<sup>1</sup>, Maryam Kouroshnia<sup>\*2</sup>, Nadereh Sohrabi<sup>2</sup>,  
Maryam Zarnaghash<sup>2</sup>

Received: 2023-05-27

Revised: 2023-06-25

Accepted: 2023-06-26

1. Ph.D. student, Department of Psychology, Marvdasht Islamic Azad University, Marvdasht, Iran  
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.21, No.1, Spring 2023

Pars J Med Sci 2023; 21(1):27-37

### *Abstract:*

#### **Introduction:**

Identifying the psychosocial factors that intervene in the creation of postpartum depression can lead to reducing the occurrence of this disorder, facilitating health promotion behaviors and effective adaptation of the mother with the child and the family after a stressful period. The purpose of this study was to present a structural model of postpartum depression based on social support and marital satisfaction with the mediation of parental stress

#### **Materials and Methods:**

The current research was a cross-sectional study. The samples of the research were all women who had just given birth, 415 mothers who referred for natural delivery and caesarean section were collected by random sampling from Motahari Hospital in Jahrom. Data collection tools included the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), the MOS Social Support Survey (MOS-SSS) Sherbourne and Stewart, the Enrich Marital Satisfaction Scale (EMS) and the short form of Abidin Parenting stress Index (PSI-4-SF), which was completed 4 to 8 weeks after delivery. Data analysis was done using the Analysis of Moment Structures (AMOS) software version 24, and the reliability of the tools was checked by Cronbach's alpha method and with the help of SPSS software version 23. The factorial structure of each instrument was analyzed by confirmatory factor analysis method.

#### **Results:**

Social support and marital satisfaction cannot have a direct effect on postpartum depression. Social support indirectly ( $\beta = -0.24$ ,  $p = 0.03$ ) has a significant effect on postpartum depression through parental stress, and marital satisfaction indirectly through parental stress ( $\beta = -0.59$ ,  $p = 0.02$ ) can be effective on postpartum depression.

#### **Conclusion:**

The results of this study indicate the mediating role of parental stress in the relationship between social support and marital satisfaction in predicting postpartum depression symptoms. Therefore, by reducing parental stress, postpartum depression symptoms can be improved.

**Keywords:** Depression, Postpartum, Social Support, Personal Satisfaction, Parents

\* Corresponding author Email: maryam\_kouroshnia@yahoo.com