

مقایسه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، رضایت زناشویی و همدلی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و عادی

فروغ منتظر صومعه‌سرای^۱، سامره اسدی مجره^{۲*}

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران
 ۲. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۴
 تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۳۱

زمینه: دوران پس از زایمان بیشترین خطر را در ارتباط با بیماری‌های روان‌پزشکی و عمدتاً افسردگی پس از زایمان برای زنان دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، رضایت زناشویی و همدلی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و عادی بود.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمام زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و عادی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی پیربازار و عینک شهر رشت در طی مهر تا آذرماه سال ۱۳۹۷ بود که از میان آن‌ها ۱۲۰ زن (۶۰ نفر مبتلا به افسردگی پس از زایمان و ۶۰ نفر عادی) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸)، پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ (۱۹۸۸)، مقیاس همدلی زناشویی جولیف و فارینگتون (۲۰۰۶) و پرسش‌نامه افسردگی بک استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون t برای دو گروه مستقل با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و عادی از نظر حمایت خانواده ($F = 8/79, p < 0/01$)، حمایت دیگران مهم ($F = 31/47, p < 0/01$)، رضایت زناشویی ($t = -3/52, p < 0/01$)، همدلی شناختی ($F = 5/3, p < 0/01$) و همدلی عاطفی ($F = 11/15, p < 0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد و زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در این متغیرها دارای نمرات کمتری هستند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، افسردگی پس از زایمان سطح حمایت اجتماعی، رضایت زناشویی و همدلی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

کلیدواژه‌ها:

افسردگی، پس از زایمان، حمایت اجتماعی، رضایت زناشویی، همدلی.

۱. مقدمه

خطر را در ارتباط با بیماری‌های روان‌پزشکی و عمدتاً افسردگی پس از زایمان^۱ برای زنان دارد [۱]. افسردگی پس از زایمان حداکثر طی ۴ هفته اول بعد از زایمان شروع می‌شود. این اختلال با علائمی نظیر احساس تنهایی شدید، تحریک‌پذیری،

بارداری، زایمان و سازگاری با نوزاد را شاید بتوان حساس‌ترین مرحله رشد زندگی زنان دانست. دوران پس از زایمان بیشترین

1. post-partum depression (PDD)

* نویسنده مسئول: سامره اسدی مجره

نشانی: استادیار روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

دورنگار:

تلفن: ۰۱۳-۳۳۴۲۳۳۰۸

رایانه: asadimajreh_psy@yahoo.com

شناسه ORCID: 0000-0001-9666-4466

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0001-8327-0687

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۶، شماره ۴، مهر و آبان ۱۳۹۸، ص ۴۲۱-۴۳۰

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

خوبی برخوردارند، از وضعیت تندرستی بهتری نیز بهره‌مندند [۹]. در مطالعه‌ای، در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، رضایت زناشویی پایین و فشار روانی زیادتر بود [۱۰]. ادینکا و همکاران [۱۱] پژوهشی با هدف بررسی شیوع افسردگی و اضطراب پس از زایمان و بررسی رابطه آن با رضایت زناشویی در زنان انجام دادند. یافته‌های مقاله ایشان نشان داد که شیوع اضطراب بعد از زایمان ۳۱/۱٪ و میزان افسردگی پس از زایمان ۳۳/۳٪ بود. نارضایتی زناشویی در ۳۹/۵٪ مادران مشاهده شد. کسانی که دارای افسردگی همراه با اضطراب (۰/۲۲٪) بودند، نارضایتی زناشویی بیشتری داشتند.

همدلی نیز از ارکان ایجاد رابطه مناسب و اثربخش و نیز زندگی زناشویی است. همدلی «شناخت احساسات دیگران» تعریف شده است. افراد همدل هیجانات مثبتی به دیگران دارند (خنده، لبخند و هیجان‌زدگی)، دارای تعاملات سازنده‌ای با دیگران هستند (همکاری، مشارکت و عاطفه)؛ مراودات کلامی اثربخشی دارند (گوش کردن، تحسین و تشویق) و به تعاملات غیرکلامی (زبان بدن، حالات چهره، تن صدا و اشارات) نیز حساس هستند [۱۲]. همدلی به موازات دیگر عناصر ارتباط، مانند نقش، و سیستم ارزشی زوجین بخش بنیادی ساختار رابطه زناشویی در نظر گرفته می‌شود. همدلی زناشویی موجب کاهش ناراحتی و افزایش احساس امنیت در روابط زوجین می‌شود و وجود آن در روابط زن و شوهر که برای راحتی، پشتیبانی و حفاظت در زمان استرس به یکدیگر تکیه می‌کنند، ضروری است. همدلی به حفظ و ارتقای ارتباط صمیمی و رضایت‌بخش بین زوجین در طول زمان کمک می‌کند. از سوی دیگر، نبود همدلی باعث می‌شود همسر احساس کند که درک نشده و اهمیتی برای شریک خود ندارد و از سوی او مورد غفلت واقع شده که این امر بر چگونگی روابط و سطح رضایت زناشویی آن‌ها تأثیر سوء می‌گذارد [۱۳]. شوئیتزر و همکاران [۱۴] در پژوهشی در خصوص ارتباط صمیمی زناشویی و افسردگی بعد از زایمان، نشان دادند زنان متأهلی که از سطوح بالای کنترل و سطح پایین مراقبت (دو بُعد صمیمیت) برخوردارند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان هستند.

به‌طور کلی افسردگی پس از زایمان نه تنها کیفیت زندگی و سلامت روان مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه بر رشد کودک و زندگی زناشویی نیز اثرات منفی خواهد داشت؛ بنابراین شناسایی علت این اختلال و عوامل بازدارنده آن نه فقط بر کیفیت سلامت مادران اثرگذار است، بلکه می‌تواند به بهبود سلامت روابط خانوادگی و رشد سالم کودک نیز کمک کند. لذا

ترس، نداشتن اعتمادبه‌نفس، تغییر اشتها، احساس گناه، کاهش تمرکز و در موارد شدید با افکاری نظیر خودکشی همراه است [۲]. افسردگی پس از زایمان یکی از مشکلات رایجی است که حدود ۱۵٪ زنان پس از زایمان با آن مواجه می‌شوند. در ایران کمترین میزان شیوع این اختلال ۱۰ تا ۱۳٪ در فاصله ۲ تا ۸ هفته پس از زایمان و بیشترین میزان شیوع آن ۴۱٪ در فاصله ۱۰ روز پس از زایمان گزارش شده است [۳]. اثرات فوری این اختلال ناتوانی مادر در مراقبت‌های مادرانه، خطر خودکشی در ۵٪ و نوزادکشی در ۴٪ موارد است. اثرات بعدی و بلندمدت آن می‌تواند به افسردگی دائمی در زن، مشکلات و کشمکش‌های زناشویی، اختلال در روابط مادر - کودک و اختلال در جنبه‌های گوناگون رشد و تکامل کودک اشاره کرد [۴].

عوامل خطر روانی - اجتماعی در دوران بارداری، احتمال خطر افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۱ از جمله آن است. مفهوم حمایت اجتماعی ادراک‌شده به صورت ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران تعریف شده است. به بیان دیگر، روابط منبع حمایت اجتماعی ادراک‌شده نیستند، مگر آنکه فرد آن را به مثابه منبعی در دسترس یا مناسب برای نیاز خود ادراک کند. حمایت اجتماعی ادراک‌شده به عنوان یک محافظ بر حوادث تنیدگی‌زای زندگی عمل می‌کند؛ چون کیفیت عاطفی آن با حس تعلق همراه است [۵]. پژوهش‌های پیشین نشان دادند که فقدان حمایت اجتماعی ادراک‌شده ریسک فاکتور مهمی برای افسردگی پس از زایمان است؛ درحالی که پیوندهای اجتماعی قوی به عنوان یک حافظ یا حائل در مقابل افسردگی در طول دوره بارداری و پس از زایمان عمل می‌کنند [۳]. مطالعه هودسون و همکاران [۶] نشان داد که هم‌بستگی معکوس معناداری بین نمرات افسردگی مادران در ۳ ماه پس از زایمان و حمایت اجتماعی وجود دارد. براساس پژوهش ایوانز و همکاران [۷]، تجربه حمایت اجتماعی برای زنانی که افسردگی پس از زایمان داشتند، حس امنیت و امیدواری را در پی داشت. تامبگ و همکاران [۹] در پژوهشی، سطوح حمایت اجتماعی ادراک‌شده را عامل مهمی در کاهش خطر افسردگی بعد از زایمان یافتند.

کیفیت رابطه زناشویی نیز از جمله متغیرهای تحت تأثیر افسردگی پس از زایمان است. رضایت زناشویی^۲ فرایندی است که در طول زندگی زوجین به وجود می‌آید. رضایت زناشویی شامل چهار حیطة جاذبه بدنی (جنسی)، تفاهم، طرز تلقی و سرمایه‌گذاری است. همسرانی که از کیفیت ارتباط یا تفاهم

معیارهای ورود به پژوهش بودند، انتخاب شدند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی به همه شرکت‌کنندگان در مورد اهداف پژوهش و شرکت داوطلبانه در مطالعه توضیح و اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذشده از آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و نیز از آن‌ها خواسته شد با صداقت به سؤالات پاسخ دهند. بعد از تکمیل فرم رضایت آگاهانه، پرسش‌نامه‌ها در اختیار افراد قرار گرفت. اجرا به‌صورت انفرادی بود و جهت پاسخ‌گویی به سؤالات محدودیت زمانی وجود نداشت. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و روش‌های آماری آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چندمتغیره و با کمک نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ تحلیل شد.

ابزارهای اندازه‌گیری عبارت‌اند از:

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده:^۱ مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده توسط زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ طراحی شد و مشتمل بر ۱۲ ماده برای سنجش میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سه منبع خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم است که براساس یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود. سؤالات ۳، ۴، ۸ و ۱۱ مربوط به حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی خانواده، سؤالات ۶، ۷، ۹ و ۱۲ مربوط به حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی دوستان و سؤالات ۱، ۲، ۵ و ۱۰ مربوط به حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی دیگران است. آلفای کرونباخ مقیاس کلی، ۰/۸۹ گزارش شده است [۱۶]. در پژوهش آوریده و همکاران [۱۵]، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر ۰/۸۹ و نیز سه بُعد حمایت اجتماعی از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ به‌دست آمد. کانتی - میشل و زیمت مقدار روایی سازه این مقیاس در ابعاد خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۳۳ و ۰/۴۸ گزارش کردند [۱۶]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ نمره کل مقیاس ۰/۸۴ و ابعاد حمایت خانواده، دوستان و دیگران مهم به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ فرم کوتاه: اولسون این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۸۹ طراحی کرد. فرم کوتاه پرسش‌نامه از ۴۷ سؤال و ۱۲ خرده‌مقیاس تشکیل شده است. نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) بوده و در سؤالات (۴، ۶، ۸، ۱۱-۱۶، ۱۸-۲۴، ۳۰-۳۲، ۳۵ و ۳۷-۴۷) نمره‌گذاری به‌صورت معکوس است. نمره پایین در این پرسش‌نامه نشانه نارضایتی و نمره بالا نشانه

با توجه به شیوع فراوان افسردگی پس از زایمان در مطالعات قبلی و اهمیت ارتقای بهداشت روان زنان باردار و با توجه به اینکه اغلب، پژوهش‌های خارجی به بررسی متغیرهای حمایت اجتماعی، رضایت زناشویی و همدلی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان پرداخته‌اند و پیشینه‌های داخلی بسیار اندکی در این زمینه وجود دارد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، رضایت زناشویی و همدلی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و عادی انجام گردید.

۲. مواد و روش‌ها

این تحقیق براساس هدف، از نوع کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات، تحقیقی - توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و عادی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی پیربازار و عینک شهر رشت در طی ماه‌های مهر تا آذر سال ۱۳۹۷ بود که از میان آن‌ها نمونه‌ای شامل ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان و ۶۰ نفر زن عادی) به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. درخصوص روش تعیین حجم نمونه باید اشاره کرد به دلیل عدم دسترسی به حجم جامعه آماری و عدم امکان استفاده از فرمول‌های تعیین حجم نمونه، و نیز براساس تعداد متغیرها و پژوهش‌های مشابه انجام‌شده، تعداد نمونه ۱۲۰ نفر انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، زنان باسواد ۱۸-۴۰ سال که بارداری آن‌ها ناخواسته نبود، نداشتن سابقه ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی و نیز عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی، و نداشتن سابقه نازایی، مرده‌زایی و سقط جنین. معیار خروج از پژوهش عبارت بود از تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها. گروه‌ها از نظر دامنه سنی، میزان تحصیلات و تعداد فرزندان هم‌تاسازی شدند. شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی پیربازار و عینک شهر رشت، ۶۰ نفر از زنانی که حداقل ۴ هفته از زمان زایمان آن‌ها گذشته بود و در پرسش‌نامه افسردگی بک نمره بالاتر از ۴ را به‌دست آوردند و براساس مصاحبه بالینی، معیارهای افسردگی و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، به‌عنوان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مشخص شدند. گروه زنان عادی نیز از بین مراجعان به مراکز بهداشتی که در پرسش‌نامه افسردگی بک واجد معیارهای تشخیص افسردگی نبودند و بر مبنای مصاحبه بالینی، معیارهای افسردگی پس از زایمان را نداشتند و نیز واجد

افسردگی یا کمترین حد افسردگی؛ نمره ۱۰ تا ۱۸: افسردگی خفیف؛ نمره ۱۹ تا ۲۹: افسردگی متوسط؛ نمره ۳۰ تا ۶۴: افسردگی شدید. این پرسش‌نامه در بررسی‌های متعددی در ایران تحت ارزیابی روایی و پایایی قرار گرفته و پایایی و اعتبار آن تأیید شده است [۲۲]. در مطالعه مسعودنیا [۲۲]، ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ محاسبه شد که در سطح خوبی قرار دارد. درخصوص روایی ابزار نیز باید اشاره کرد که میانگین هم‌بستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-90، بیش از ۰/۶۰ است [۲۳]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۸ به‌دست آمد.

۳. یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد میانگین سن زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان ۳۱/۳۵ و میانگین سن زنان عادی ۳۳/۰۸ است. در گروه زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان از ۶۰ فرد شرکت‌کننده در پژوهش، ۲۹ نفر معادل ۳۵/۸٪ پاسخ‌گویان دارای فرزند اول، ۲۲ نفر معادل ۲۷/۲٪ پاسخ‌گویان دارای فرزند دوم، ۷ نفر معادل ۸/۶٪ پاسخ‌گویان دارای فرزند سوم و ۲ نفر معادل ۲/۵٪ پاسخ‌گویان دارای فرزند چهارم بودند که گروه زنان غیرمبتلا از نظر تعداد فرزندان با گروه مبتلا هم‌تا شدند. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد مقایسه از نظر متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، رضایت زناشویی و همدلی تفاوت وجود دارد. جهت بررسی تفاوت بین دو گروه از نظر ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده، روش تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) به‌کار گرفته شد. بدین منظور، برای تعیین معناداری اثر گروه بر متغیرهای مورد مقایسه، از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج نشان داد بین دو گروه در متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$, $F(1, 118) = 16/299$). نتیجه آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره درخصوص تفاوت گروه‌ها از نظر ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده در جدول ۳ ارائه شده است.

رضایت از رابطه زناشویی است. حداقل نمره ۴۷ امتیاز و حداکثر آن ۲۳۵ امتیاز است. در فرم اصلی پرسش‌نامه، اولسون و همکارانش پایایی پرسش‌نامه را با روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کردند. در پژوهش مقدم‌فر و همکاران [۱۷] نیز آلفای کرونباخ رضایت زناشویی انریچ برابر با ۰/۹۱ به‌دست آمد. عابدی و همکاران آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۴، ۰/۷۱ و ۰/۹۱ گزارش کردند [۱۸]. برای محاسبه روایی پرسش‌نامه انریچ، شریف‌نیا [۱۹] روایی پرسش‌نامه رضایت زناشویی را با پرسش‌نامه سازگاری زوجی ابزارسنج خانواده (FAD) ۰/۹۲ به‌دست آورد. همچنین نتایج نشان داد که ضریب هم‌بستگی این پرسش‌نامه با رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت از زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه روایی سازه آن است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ نمره کل مقیاس ۰/۷۶ حاصل شد.

مقیاس همدلی زناشویی (MES): این مقیاس شامل ۲۰ ماده است که جولیف و فارینگتون (۲۰۰۶) تدوین کرده‌اند و شرکت‌کنندگان باید به ماده‌های آن در یک طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً مخالفم، ۲ = مخالفم، ۳ = نه مخالفم و نه موافقم، ۴ = موافقم و ۵ = کاملاً موافقم) پاسخ دهند. همچنین ماده ۷ این مقیاس به‌صورت معکوس نمره‌گذاری شدند. حداقل و حداکثر نمره آن مقیاس ۲۰ تا ۱۰۰ است و نمره پایین نشانه عدم همدلی و نمره بالا نمودار همدلی زیاد است. این ابزار شامل دو عامل همدلی شناختی و همدلی عاطفی است. کار و همکاران [۲۰] ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای مدل دوعاملی همدلی شناختی را ۰/۷۱ و برای همدلی عاطفی ۰/۸۴ به‌دست آوردند. در پژوهش رجبی و همکاران [۲۱]، ضریب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۰ و ضریب روایی هم‌گرای این ابزار با پرسش‌نامه هشت‌ماده‌ای همدلی باستون^۲ (۱۹۸۳) ۰/۶۵ = r به‌دست آمد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۳ حاصل شد.

پرسش‌نامه افسردگی بک: پرسش‌نامه افسردگی را بک در سال ۲۰۰۰ طراحی کرد که مرکب از ۲۱ سؤال چهارگزینه‌ای است که به هر سؤال از صفر تا ۳ امتیاز اختصاص می‌یابد. خط برش این پرسش‌نامه به این صورت ارائه شده است: نمره کمتر از ۴: ارائه تصویر خوب و نرمال از فرد؛ نمره ۵ تا ۹: فقدان

3. beck depression inventory

1. marital empathy scale
2. baston empathy adjectives

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مقایسه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
حمایت خانواده	عادی	۱۵/۹۳	۲/۶۹	۰/۳۵
	افسرده	۱۳/۷۳	۶/۳۹	۰/۸۳
حمایت دوستان	عادی	۱۳/۰۳	۳/۶۳	۰/۴۷
	افسرده	۱۲/۱۷	۵/۶۲	۰/۷۳
حمایت دیگران مهم	عادی	۱۵/۳۵	۳/۳۶	۰/۴۳
	افسرده	۱۲/۴۸	۵/۳۶	۰/۶۹
حمایت اجتماعی	عادی	۴۴/۴۳	۶/۸۹	۰/۸۹
	افسرده	۳۸/۸۰	۱۶/۳۹	۲/۱۲
رضایت زناشویی	عادی	۱۶/۱۵	۱/۳	۲/۰۸
	افسرده	۱۳/۰۷	۱/۴	۱/۶۹
همدلی شناختی	افسرده	۲۷/۷۷	۳/۷۹	۰/۴۹
	عادی	۲۹/۸۷	۴/۸۶	۰/۶۳
همدلی عاطفی	افسرده	۲۵/۶۷	۳/۰۵	۰/۳۹
	عادی	۲۷/۱۷	۱/۷۴	۰/۲۲
همدلی	افسرده	۵۳/۶۰	۶/۲۵	۰/۸۱
	عادی	۵۶/۸۰	۵/۶۰	۰/۷۲

جدول ۲. نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه ابعاد حمایت اجتماعی

منابع تغییرات	SS	DF	MS	F	Sig
حمایت خانواده	۱۲۰	۱	۱۲۰	۸/۷۹	۰/۰۱
خطا	۱۶۱۱/۸۷	۱۱۸	۱۳/۶۶		
حمایت دوستان	۴/۰۳	۱	۴/۰۳	۰/۲۴	۰/۶۳
خطا	۱۹۸۴/۳۳	۱۱۸	۱۶/۸۲		
حمایت دیگران مهم	۴۱۸/۱۳	۱	۴۱۸/۱۳	۳۱/۴۷	۰/۰۱
خطا	۱۵۶۷/۷۳	۱۱۸	۱۳/۲۹		

افسردگی پس از زایمان کمتر از زنان عادی است؛ ولی از نظر حمایت دوستان، بین دو گروه تفاوتی وجود نداشت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به سؤال دوم مبنی بر تفاوت بین دو گروه از نظر رضایت زناشویی از روش آزمون t برای دو گروه مستقل استفاده شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شد.

با توجه به نتایج جدول ۲، تفاوت حمایت خانواده با $F(1, 118) = 8.79$ و حمایت دیگران مهم با $F(1, 118) = 31.47$ از نظر آماری معنادار است ($p < 0.01$)؛ اما حمایت دوستان با $F(1, 118) = 0.24$ از نظر آماری معنادار نیست. نتایج جدول ۱ و مقایسه میانگین دو گروه نشان می‌دهد میانگین نمرات حمایت خانواده و حمایت دیگران مهم در زنان مبتلا به

جدول ۳. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه رضایت زناشویی در دو گروه

متغیر	F	سطح معناداری	t	درجه آزادی	سطح معناداری
رضایت زناشویی	۱/۴۵	۰/۲۳	-۳/۵۲	۱۱۸	۰/۰۰۱

از زایمان کمتر از زنان غیرمبتلا است. جهت بررسی تفاوت بین دو گروه از نظر ابعاد همدلی زناشویی روش تحلیل واریانس چندمتغیره به کار گرفته شد. بدین منظور برای تعیین معناداری اثر گروه بر متغیرهای مورد مقایسه، از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج نشان داد بین دو گروه در متغیرها تفاوت

با توجه به برابری واریانس گروه‌ها که از طریق آزمون لوین بررسی شده، مقدار t مشاهده شده تفاوت رضایت زناشویی به میزان $t = -3.52$ از نظر آماری معنادار است ($p < 0.01$) و نتایج جدول ۱ و مقایسه میانگین دو گروه در رضایت زناشویی نشان می‌دهد میانگین رضایت زناشویی زنان مبتلا به افسردگی پس

نظر ابعاد همدلی زناشویی در جدول ۴ آمده است.

معناداری وجود دارد ($p < 0/01$, $F(1, 118) = 3/99$). نتیجه آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره درخصوص تفاوت گروه‌ها از

جدول ۴. نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه ابعاد همدلی زناشویی

Sig	F	MS	DF	SS	منابع تغییرات
۰/۰۲	۵/۳	۱۱۶/۰۳	۱	۱۱۶/۰۳	همدلی شناختی
		۲۱/۹۲	۱۱۸	۲۵۸۵/۹۲	خطا
۰/۰۱	۱۱/۱۵	۲۸۵/۲۱	۱	۲۸۵/۲۱	همدلی عاطفی
		۲۵/۵۸	۱۱۸	۳۰۱۸/۳۸	خطا

عامل محافظتی در برابر افسردگی در بین زنان باردار به‌شمار می‌رود که می‌تواند از طریق مکانیسم‌های روان‌شناختی و سیستم‌های درون‌ریز مغزی منجر به بهبود وضعیت سلامت روان شود. حمایت اجتماعی در زنان با وضعیت خلقی مثبت، کیفیت زندگی مطلوب، خودکارآمدی، خودارزشی، عزت‌نفس مناسب و ارتباطات میان‌فردی مثبت رابطه دارد که همه این عوامل با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط‌اند. از سوی دیگر فقدان حمایت اجتماعی مناسب با افزایش افکار مورد پذیرش نبودن در نظر دیگران، کاهش خودارزشی و کاهش ارتباطات با دیگران به بروز نشانه‌های افسردگی منجر می‌شود. فرد برخوردار از حمایت اجتماعی مناسب می‌داند که در هنگام بروز مشکلات می‌تواند به حمایت دیگران در دسترس تکیه کند. این عامل موجب ایجاد نوعی حس اعتمادبه‌نفس و اطمینان از مواجهه مؤثر و مفید در برابر مشکلات می‌گردد؛ البته این عامل باید از حالت متعادل خود خارج نشود؛ زیرا می‌تواند وابستگی بیش از حد فرد را در پی داشته باشد [۲۵]. برخی مطالعات حاکی از آن است که حمایت اجتماعی تأثیر مثبتی در نقش زنان در دوران زایمان و پس از زایمان دارد، رابطه زناشویی مادر را تقویت می‌کند و برای روابط با اطرافیان مفید است [۲۶]. حمایت اجتماعی به‌عنوان کلیدی از حمایت‌های اخلاقی و مادی، از جمله کمک به مراقبت از کودک و کارهای خانه و حمایت‌های عاطفی از سوی کسانی که در نزدیکی مادر در یک موقعیت استرس‌زا هستند، توصیف شده است [۹]. حمایت اجتماعی ارتباط نزدیکی با سلامت روان فرد دارد، اضطراب و ناامیدی را کاهش می‌دهد و فرد را به استفاده از راهبردهای جدید مقابله با استرس رهنمون می‌شود [۲۷]. این نوع حمایت خطر افسردگی در مادران را با افزایش احساس کفایت و قدرت مربوط به نقش مادرانه کاهش می‌دهد و بر سلامت نوزاد تأثیر مثبتی می‌گذارد [۲۸].

دیگر یافته پژوهش درخصوص تفاوت گروه‌ها از نظر رضایت زناشویی با نتایج پژوهش‌های مشابه هم‌راستا است [۱۱، ۲۹-۳۰، ۳۱-۳۲]. نتیجه پژوهش فعال کلخوران و همکاران [۳۳] نیز نشان داد که بین رضایت زناشویی زنان بارور و نابارور تفاوت

با توجه به نتایج جدول ۴ تفاوت همدلی شناختی با $۵/۳ = F(1, 118)$ ، همدلی عاطفی با $۱۱/۱۵ = F(1, 118)$ از نظر آماری معنادار است ($p < ۰/۰۵$)؛ از این رو میانگین همدلی شناختی و همدلی عاطفی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان کمتر از زنان غیرمبتلا است.

۴. بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت حمایت اجتماعی ادراک‌شده، رضایت زناشویی و همدلی زناشویی در زنان مبتلا به افسردگی بعد از زایمان و زنان سالم انجام شد. اولین یافته پژوهش حاضر نشان داد که زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان از حمایت اجتماعی ادراک‌شده و حمایت خانواده و حمایت دیگران کمتری نسبت به زنان عادی برخوردارند؛ ولی از نظر حمایت دریافت‌شده از دوستان تفاوتی نداشتند. تفاوت گروه‌ها از نظر حمایت اجتماعی با نتایج یافته‌های قبلی [۹، ۲۲، ۲۴] همسو است. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت حمایت اجتماعی به‌عنوان ضربه‌گیر اجتماعی و عامل محافظت‌کننده در برخورد با رویدادهای استرس‌زای زندگی عمل کرده و باعث حفظ روحیه مادر و جلوگیری از بروز افسردگی پس از زایمان می‌شود؛ زیرا مادر شدن همراه با استرس‌های فراوانی، از جمله استرس مربوط به مراقبت از کودک و والد بودن، همراه است. تجربه حمایت اجتماعی باعث افزایش احساس امنیت و امیدواری در مادر می‌شود؛ بنابراین فرد احساس می‌کند که مورد علاقه است، از وی مراقبت می‌شود، ارزش و احترام دارد و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات است. هر قدر حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران از سوی خانواده و دیگران مهم، بیشتر باشد، به همان اندازه احتمال بروز افسردگی پس از زایمان کاهش می‌یابد. تجربه حمایت از سوی دیگران مهم برای زنانی که افسردگی پس از زایمان را تجربه می‌کنند، حس امنیت و امیدواری را در پی دارد و فقدان حمایت اجتماعی از سوی خانواده، شریک زندگی و مادر، بیشترین تأثیر را در بروز افسردگی پس از زایمان دارند [۳]. حمایت اجتماعی

همکاران [۱۷] بر این اعتقادند که اشخاص افسرده کمتر حس همدلانه و انگیزه نوع دوستی دارند. این محققان به واسطه مکانیسم‌های عصب‌شناختی رفتار افراد افسرده را بررسی و اظهار کرده‌اند که همدلی در افراد افسرده دچار آسیب می‌شود و آسیب حوزه‌های عاطفی و مختل شدن روابط بین فردی به دلیل تغییراتی است که در بخش‌های مختلف مغز که مربوط به پردازش مسائل عاطفی است، رخ می‌دهد؛ از جمله تغییر در قشر پیش‌پیشانی، سینگولیت قدامی، قشر تمپورال و آمیگدالا. همدلی زناشویی باعث می‌شود مادر بتواند استرس‌های دوران پس از زایمان، مانند مراقبت از نوزاد، را کاهش دهد. در زوج‌هایی که میان آن‌ها میزان صمیمیت و همدلی زیاد است، توانایی مواجهه و سازگاری با مشکلات و تغییرات مربوط به زندگی از جمله تولد فرزند نیز افزایش می‌یابد.

با توجه به اینکه افسردگی پس از زایمان، به عنوان معضل خانوادگی و اجتماعی، شیوع نسبتاً زیادی دارد و تمرکز بر آسیب‌های ناشی از این بیماری بر مادر، نوزاد، خانواده و مسائل زناشویی همچون رضایت زناشویی و همدلی، تشخیص به موقع و درمان آن از عواقب این بیماری می‌کاهد و عملکرد خانوادگی و کیفیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد؛ بنابراین نتایج پژوهش حاضر می‌تواند برای متخصصان سلامت روان و روان‌شناسان و مشاوران خانواده کاربردهای بالینی داشته باشد و در درمان افسردگی بعد از زایمان، با تکیه بر متغیرهای خانوادگی و زناشویی، مؤثر واقع شود.

پاره‌ای از محدودیت‌های پژوهش حاضر به این شرح بود: نخست، جمعیت مورد بررسی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهری بودند؛ لذا تعمیم یافته‌ها به جمعیت روستایی با محدودیت روبه‌روست. دوم، عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی که قابلیت تعمیم یافته‌ها را محدود می‌کند. سوم، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی جهت جمع‌آوری داده‌ها. نهایتاً، عدم کنترل وضعیت اقتصادی - اجتماعی و نوع زایمان زنان مورد بررسی است که بر یافته‌ها اثرگذار است. براساس محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که در مطالعات همسان آتی، پژوهش مشابهی درباره زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان ساکن روستاها انجام شود، جهت جمع‌آوری داده‌ها روش نمونه‌گیری تصادفی به کار گرفته شود، از سایر روش‌ها همچون مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود، وضعیت اقتصادی - اجتماعی شرکت‌کنندگان در پژوهش و نیز نوع زایمان آن‌ها کنترل شود. چنین اقداماتی ممکن است الگوهای جدیدی از تفاوت‌ها را آشکار سازد که می‌تواند نظریه‌های ما را به‌طور ثمربخشی گسترش دهد.

معناداری وجود ندارد. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که مادر باردار دارای خلق افسرده، در تعامل با دیگران، ممکن است بیشتر از الگوی اجتناب، انزوا و حتی برخورد طلبکارانه به‌ویژه در ارتباط با اعضای خانواده استفاده کند که این خود در روابط زناشویی تأثیر منفی می‌گذارد. افسردگی منجر به تجربه احساس تنهایی و ازدست دادن حمایت اجتماعی در فرد می‌شود و توانایی مادر را برای مدیریت هیجان‌هایش دچار مشکل می‌کند؛ در نتیجه زندگی روزمره برای وی و اطرافیان دشوار می‌شود [۳۴]. زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در سطوح پایین رضایت زناشویی و سطح بالای استرس قرار دارند و این نشان می‌دهد که رضایت زناشویی زیاد می‌تواند نقش محافظتی را در بروز اختلال افسردگی پس از زایمان داشته باشد [۱۱]. داشتن رضایت زناشویی زیاد با پیامدهای مثبتی همچون سلامت و بهزیستی مطلوب و کاهش خطر مشکلات روان‌پزشکی مرتبط است [۳۵]. برخی والدین از تغییرات ناشی از تولد فرزند ابراز نارضایتی می‌کنند و ممکن است قادر به برآوردن خواسته‌ها و مسئولیت‌های جدید نباشند و شاهد ناسازگاری بین انتظارات خود و واقعیت‌های مراقبت در دوره پس از زایمان باشند، کمبود خواب و فرصت کمتری برای صرف وقت با هم داشته باشند [۳۶]؛ لذا این عوامل موجب کاهش تعاملات مثبت، افزایش درگیری‌های زوجین و کاهش رضایت زناشویی بعد از تولد فرزند می‌شود [۳۷] و زمینه بروز اختلالاتی همچون افسردگی در مادر را به وجود می‌آورد. تحقیقات نشان داده‌اند که زنان بیشتر از مردان به دنبال رضایت زناشویی هستند. همچنین زنان در مورد مسائل مربوط به میل جنسی و تعاملات صمیمی‌شان با همسر خود کمتر با مشاور صحبت می‌کنند. رضایت زناشویی اندک باعث بروز اختلافات زناشویی می‌شود. از سوی دیگر روابط زناشویی رضایت‌بخش زیربنای عملکرد خوب و سلامت فردی و روانی است و همدلی، توجه، اطمینان‌بخشی و حمایت از همسر را افزایش می‌دهد و منجر به کاهش نگرانی‌های مربوط به تولد فرزند می‌شود.

تفاوت گروه‌ها از نظر همدلی زناشویی با نتایج پژوهش رجبی و همکاران [۲۱] همسو و با یافته مرتضایی و حاتمی [۳۸] ناهمسو است. در تبیین این یافته باید گفت که همدلی ابراز شده نسبت به همسر به‌طور خاص به همدلی زناشویی اشاره دارد که فعالیت زوجین برای درک و به اشتراک‌گذاری احساس‌های یکدیگر شناخته می‌شود. آن‌ها احساس می‌کنند که درک شده و رابطه خود را اعتبار بخشیده‌اند، احساس صمیمیت بیشتری را تجربه می‌کنند، از بودن در کنار هم لذت بیشتری می‌برند و در نهایت رضایتشان از زندگی بیشتر می‌شود و از مشکلات روان‌شناختی‌شان کاسته خواهد شد [۱۳]. کلارک و

قدردانی و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری

شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای آن ما را یاری کردند، قدردانی نمایند.

References

- [1]. Sahin NH, Dissiz M, Dinc H, Soyvak F. perceived spousal support among women in early postpartum period: Scale development study. *Anatol Nurs Health Sci* 2014; 17: 73-9.
- [2]. Taklavi S. the role of psychological hardiness and Islamic life style in predicting the rate of postpartum depression. *Rooyesh* 2018; 7 (1): 45-64. (Persian)
- [3]. Pourkhaleghi N, Askarizadeh G, Fazilat-Pour M. predicting Post-Partum Depression of Nulliparous Women: Role of Social Support and Delivery Type. *Health Care* 2017; 19 (1): 18-29. (Persian)
- [4]. Habibi B, Amanelahi A. the relationship between sexual desire and intimacy in women with depressive symptoms and marital satisfaction 3 months to 2 years postpartum. *Toloo-e-behdasht* 2016; 15 (2): 204-216. (Persian)
- [5]. Asadi Majreh S. The Comparison of perceived stress, health locus of control and perceived social support in individuals with type D Personality and non type D. *Dissertation For Masters Degree in General Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University* 2011. (Persian)
- [6]. Hudson DB, Elek SM, Campbell-Grossman C. Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parent's project. *Adolesc* 2017; 35(139): 445-53.
- [7]. Evans M, Donelle L, Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups A content analysis. *Patient Educ. Couns* 2016; 87: 405-10.
- [8]. Pevvandi P, Ahadi H, Mazaheri M, Jomehri F. Prediction of postnatal depression based on maternal-infant attachment, attachment styles and marital satisfaction in mothers of premature infants and normal infants. *Thoughts. Behav. Clin Psychol* 2013; 8(29): 37-46. (Persian)
- [9]. Tambag H, Turan Z, Tolun S, Can R. Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. *Niger J. clin pract* 2018; 21(11): 1525-30.
- [10]. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount H, Milane K, Cordy NT. Prevalence rates and demographic characteristic associated with depression in pregnancy and postpartum. *J Consult Clin Psycho* 2017; 57: 26974. (Persian)
- [11]. Odinka II, 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. *South Afr J Psychiatry* 2018; 24: 1-8.
- [12]. Momeni kh, Sevedi MS, Rezavi KH, Ebrahimi M. The role of spouses' intermediary empathy in the relationship between leisure patterns with satisfaction and marital stability. *Women. Family* 2014; 9(28): 108-123. (Persian)
- [13]. Long ECJ. Maintaining a stable marriage: Perspective taking as a predictor of a propensity to divorce. *Divorce. Remarriage* 2013; 21: 121-138.
- [14]. Schweitzer RD, Logan GP, & Strassber D. The Relationship Between Marital Intimacy and Postnatal Depression. *Aust. Marriage. Family* 2014; 13(1): 19-23.
- [15]. Avarideh S, Asadi Majreh S, Moghtader L, Abedini M, Mirbolok Bozorgi A. The Mediating role of perceived social support in the effect of interpersonal forgiveness on social health in students. *Knowledge. Res. Appl Psychol* 2019; 20(1): 71-80. (Persian)
- [16]. Canty-mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *Am J Community Psychol* 2000; 28(3): 391-400.
- [17]. Clark L, Chamberlain SR, Sahakian BJ. Neurocognitive mechanisms in depression: implications for treatment. *Annual Review of Neuroscience* 2009; 32: 57-74.
- [18]. Abedi A, Muleli G, Rostami M, Rezasoltani A, Dadkhah A. Impact of life skills training program on enrich marital satisfaction in deaf Iranian women. *Psychological Applied Research* 2015; 6(21): 115-31. (Persian)
- [19]. Sharifnia F. The Relationship between Marital Satisfaction and Depression of Mothers and the Relationship between these Variables with Individual-Social Adjustment and Educational Performance of their Daughters of middle school in Ahwaz, MA Thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University, 2001. (Persian)
- [20]. Carr A, Stefaniak N, Besche-Richard C, Ambrosio F, Bensah L. The Basic Empathy Scale in adults (BES-A): Factor structure of a revised form. *Psychological Assessment* 2013; 25(3): 679-91.
- [21]. Ragabi G, Harizavi M, Taghipour M. Evaluating the model of the relationship between self-compassion, marital empathy, and depression with mediating marital forgiveness in Female. *Appl Couns* 2017; 6(2): 1-22. (Persian)
- [22]. Masoudnia E. Relationship between Perceived Social Support and Risk of Postpartum Depression Disorder. *Iran. Nurs* 2011; 24 (70): 8-18. (Persian)
- [23]. Azkhosh M. Application of psychological tests and clinical diagnosis. *Ravan*, 2013.
- [24]. Abedian Z, Soltani N, Mokhber N, Esmaily H. Relationship between social support and postpartum depression in women with preeclampsia. *Iran. Obstetrics, Gynecology. Infertility* 2015; 17(136): 10-18. (Persian)
- [25]. Ibarra-Rovillard MS, Kuiper NA. Social support and social negativity findings in depression: perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clin psychol rev* 2011; 31(3): 342-52.
- [26]. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. The relationship between postpartum depression and social support and affecting factors. *Hum Sci* 2011; 8: 31-46.
- [27]. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Factorial structure, validity, and reliability of revised form of the multidimensional scale of perceived social support. *Turk. Psychiatry* 2001; 12: 18-25.
- [28]. Bingol TY, Tel H. Perceived social support, postpartum depression and the effecting factors in women in the postpartum period. *Ataturk Univ Hemsirelik Yuksekokulu Derg* 2007; 10: 1-6.
- [29]. Shirjang L, Sohrabi N, Hossini M. Prediction of Depression for Pregnant Women Based on Marital Satisfaction and Mental Health. *Psychol Models. Methods* 2012; 3(2): 27-44. (Persian)
- [30]. Gravensteen IK, Jacobsen M, Sandset PS, Helgadottir LB, Leiv Sandvik I R, Ekeberg O. Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study. *BMC Pregnancy. Childbirth* 2018; (<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1666-68>).
- [31]. Munaf S, Siddiqui B. Relationship of Post-natal Depression with Life and Marital Satisfaction and Its Comparison in Joint and Nuclear Family System. *Procedia-social behav sci* 2013; 84: 733-38.
- [32]. Di Marco S, Gambaro E, Zeppego P, Gramaglia C. Postpartum depression, anxiety and marital relationship: A pilot study. *Author links open overlay panel. Eur Psychiatry* 2013; 28(1): 1-10.
- [33]. Faal Kalkhoran L, Bahrami H, Farokhi NA, Zeraati H, Tarahomi M. Comparison of Anxiety, Depression and

- Marital Satisfaction in Two Selected Groups of Fertile and Infertile Women in Tehran. *Reprod. infertility* 2010; 12(2); 157-63. (Persian)
- [34]. Ahmadi A, Mousavi Sahebol Zamani S, Fathi Ashtiyani A, Motiee S. Identification and early intervention of reducing postnatal depression and increasing self-esteem and marital satisfaction of Pregnant Women. *Thoughts. Behav. ClinPsychol* 2014; 8(32): 47-56. [Persian]
- [35]. Whisman MA. Relationship discord and the prevalence, incidence, and treatment of psychopathology. *Soc. Pers. Relat* 2013; 30: 163-70.
- [36]. Mitnick DM, Heyman RE, and Smith Slep AM. Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: a meta-analysis. *Fam. Psychol* 2009; 23: 848-852.
- [37]. Garthus-Niegel S, Horsch A, Handtke E, von Soest, T, Avers S, Weidner K et al. The Impact of Postpartum Posttraumatic Stress and Depression Symptoms on Couples' Relationship Satisfaction: A Population-Based Prospective Study. *Psychol* 2018; 9: 1-10.
- [38]. Mortezaei N, Hatami J. Comparison of empathy in non-clinical depressed and normal individuals. *Rooyesh- e-ravanshenasi* 2014; 8: 75-86. (Persian)

Comparison of Perceived Social Support, Marital Satisfaction and Empathy in Women with Postpartum Depression and Normal

Forough Montazer Someh Saraie¹, Samereh Asadi Majreh^{2*}

1. MA in family counselling, Psychology Department, Islamic Azad University of Rasht, Rasht, Iran.
2. Assistant Professor, Psychology Department, Islamic Azad University of Rasht, Rasht, Iran.

Abstract

Background Postpartum period has the highest risk associated with psychiatric illnesses and mainly postpartum depression for women. The present study was conducted to determine the difference between perceived social support, marital satisfaction and empathy in women with Post-Partum Depression (PPD).

Materials & Methods It is a descriptive study of the causal-comparative type. The present Statistical population includes all Post-Partum depressed women and normal ones who visited the comprehensive health centers of Piribazar and Eynak in Rasht city, from among whom 120 women (60 with PPD and 60 normal) were chosen by the convenience sampling method. To collect data, Zimet et al. (1998) scale of Perceived Social Support, Enrich (1988) Marital Satisfaction Questionnaire, Jolliffe & Farrington (2006) scale of marital empathy and Beck Depression Inventory were used. The data was analyzed by SPSS software using descriptive indexes and Multivariable Analysis of Variance and T Test.

Results The results show that there is a significant difference in family support ($F=8/79$, $p<0/01$), significant other support ($F=31/47$, $p<0/01$), Marital Satisfaction ($t=-3/52$, $p<0/01$), cognitive Empathy ($F=5/3$, $p<0/01$) and affective empathy ($F=11/15$, $p<0/05$) between normal and depressed Post-Partum women, and women with PPD have a lower scores in all variables.

Conclusion Based on the findings, it can be concluded that PPD affects the level of perceived social support, marital satisfaction and empathy in women.

Received: 2018/05/14

Accepted: 2018/07/22

Keywords: Depression, Post-Partum, Social Support, Marital Satisfaction, Empathy.