

رابطه بین صمیمیت با همسر و خودکارآمدی عمومی با افسردگی پس از زایمان در نخستین زایمان در شهر یزد سال ۱۳۹۵

منصوره بزاز^۱، فهیمه دهقانی*^۲، سعید وزیری یزدی^۳

۱. کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد
۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه یزد
۳. استادیار، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۰۷
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۰۲

سابقه و هدف افسردگی پس از زایمان از جمله مشکلات روان‌شناختی مهم مادر در دوران بارداری و پس از آن است. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین صمیمیت با همسر و خودکارآمدی عمومی با افسردگی پس از زایمان در نخستین زایمان انجام شده است.

مواد و روش‌ها این مطالعه از نوع مقطعی بود و جامعه آماری آن را تمامی زنانی تشکیل دادند که تجربه نخستین زایمان را در شهر یزد دارند. تعداد ۲۰۰ نفر از آنان با روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه‌های افسردگی پس از زایمان ادینبرگ (Edinburgh Postnatal Depression Scale)، صمیمیت زناشویی واکر و تامپسون (Marital Intimacy Scale) و خودکارآمدی عمومی شرر (General Self-efficacy Scale) سنجیده شدند. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، تی مستقل، تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون چندمتغیری آزمون شد.

یافته‌ها نتایج نشان داد که بین سن و تحصیلات با افسردگی پس از زایمان رابطه وجود دارد ($p < 0/05$) اما تفاوت معناداری بین دو گروه شاغل و خانه‌دار دیده نشد ($p > 0/05$). همچنین تحلیل رگرسیون نشان داد متغیرهای خودکارآمدی، صمیمیت با همسر و سن، به‌صورت منفی افسردگی پس از زایمان را در نخستین زایمان پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0/05$). یعنی با افزایش خودکارآمدی، صمیمیت با همسر و سن مقدار افسردگی پس از زایمان کاهش می‌یابد. این متغیرها در مجموع ۳۶ درصد از تغییرات متغیر افسردگی پس از زایمان را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری با توجه به نتایج به‌دست‌آمده افزایش صمیمیت با همسر و خودکارآمدی می‌تواند در کاهش افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها:

افسردگی پس از زایمان، خودکارآمدی، صمیمیت با همسر.

مقدمه

روز همراه با علائم دیگری از قبیل بی‌علاقگی، بی‌حوصلگی، دل‌زدگی، ناتوانی از لذت بردن، بی‌حالی و احساس خستگی، اختلالات خواب، اختلالات اشتها، بی‌خوابی، مشکل در تمرکز و

افسردگی عبارت است از: احساس غم، دل‌سردی یا ناامیدی به مدت دست کم دو هفته در اغلب روزها و در اغلب ساعت‌های

* نویسنده مسئول: فهیمه دهقانی

نشانی: یزد، دانشگاه یزد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی

دورنگار:

تلفن: ۰۳۵۳۱۲۳۲۰۵۵

رایانه: f.dehghani@yazd.ac.ir

شناسه ORCID:

فهمیه دهقانی: 0000-0002-5081-6273

منصوره بزاز: 0000-0002-6022-7945

بررسی نقش صمیمیت با همسر در این موضوع نپرداخته است. پژوهش‌هایی نزدیک به این موضوع نشان داده‌اند کیفیت ضعیف روابط با همسر بر سلامت روان زنان تأثیر دارد [۱۲-۱۶]. زیرا افرادی که صمیمیت بیشتری با همسر خود دارند، حمایت عاطفی بیشتری را دریافت کرده و در نتیجه سلامت روانی و جسمانی بیشتری را تجربه خواهند کرد [۱۷]. از این رو به نظر می‌رسد صمیمیت بیشتر با همسر به کاهش افسردگی پس از زایمان می‌انجامد.

خودکارآمدی از عوامل روانی-اجتماعی است که در بروز افسردگی پس از زایمان نقش دارد [۱۸]. خودکارآمدی به‌عنوان باورهای شخصی فرد به توانایی‌هایش تعریف می‌شود. اعتقادات خودکارآمدی تعیین‌کننده این است که چگونه افراد احساس می‌کنند، فکر می‌کنند، انگیزه می‌گیرند و رفتار می‌کنند [۱۹]. انتظارات کارآمدی، بر انتخاب‌های افراد، امید، سطح تلاش و پایداری، مقاومت در برابر سختی‌ها و مشکلات و آسیب‌پذیری آنان به افسردگی تأثیر می‌گذارد [۲۰]. تحقیقات متعدد نشان داده‌اند خودکارآمدی پایین با نشانه‌های بیشتری از افسردگی ارتباط دارد [۲۱-۲۳]. یکی از نگرانی‌های رایج در زنان نخست‌زا توانمندی آن‌ها در ایفای نقش مادری است. این نگرانی و احساس عدم کارایی می‌تواند به افسردگی منجر شود. افراد با احساس خودکارآمدی بالا در موقعیت‌های استرس‌زا احساس کارایی و کنترل بیشتر و آشفتگی کمتری را تجربه می‌کنند. از این رو به نظر می‌رسد خودکارآمدی عاملی محافظت‌کننده در برابر افسردگی پس از زایمان است.

تحقیقات نشان داده‌اند فقط یک عامل نمی‌تواند وقوع افسردگی پس از زایمان را تبیین کند، بلکه افسردگی از تعامل چندین عامل مختلف حاصل می‌شود [۲۴]. از سوی دیگر با در نظر گرفتن این نکته که افسردگی پس از زایمان آثار منفی زیادی بر مادر و بالطبع خانواده و جامعه دارد، بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده آن اهمیت زیادی دارد. از این رو پژوهش حاضر درصدد است تا نقش صمیمیت با همسر و خودکارآمدی را در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان در نخستین زایمان در بین زنان شهر یزد تعیین کند.

مواد و روش‌ها

طرح کلی این پژوهش از نوع مقطعی تحلیلی است. جامعه آماری تحقیق را تمامی زنان متأهل شهر یزد تشکیل می‌دهند که تجربه نخستین زایمان را در تابستان ۹۵ دارند. روش نمونه‌گیری در این تحقیق نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. بدین صورت که در مرحله نخست از میان بیمارستان‌های یزد، چهار بیمارستان (گودرز، افشار، سیدالشهدا (ع) و شهید

تصمیم‌گیری، تحریک‌پذیری، احساس گناه، اضطراب و... به‌گونه‌ای که مانع انجام فعالیت‌های عادی و روزمره زندگی فرد شود [۱]. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که حوادث و استرس‌های مرتبط با دوران بارداری، می‌تواند شروع‌کننده اختلالات روان‌شناختی و مشکلات خلقی از جمله افسردگی باشد [۲].

بارداری، زایمان و سازگاری با نوزاد تازه تولد یافته را شاید بتوان حساس‌ترین مرحله رشد زندگی زن دانست. در این مقطع زمانی بحران فیزیولوژیکی روحی، روانی و هیجانی به وقوع می‌پیوندد که باعث سردرگمی و تغییر هویت فرد می‌شود. ترس از زایمان، تولد نوزاد ناهنجار، از دست دادن جذابیت برای همسر و احساس دوگانه نسبت به نگهداری از نوزاد تازه تولد یافته بسیاری از مادران را دچار اضطراب می‌کند و دوره پس از زایمان و مخصوصاً ۶ هفته پس از آن را به دوره‌ای آسیب‌پذیر برای ابتلا به اختلالات روانی تبدیل می‌کند [۳].

بسیاری از زنان پس از زایمان، مشکلات خلقی را تجربه می‌کنند. از جمله این مشکلات، افسردگی پس از زایمان است که شیوع آن ۲۶ تا ۸۴ درصد گزارش شده است [۴]. پژوهش‌ها در ایران شیوع افسردگی پس از زایمان را طیفی از ۱۶ الی ۴۳ درصد گزارش کردند [۵].

در بسیاری از زنان تولد نخستین فرزند عامل استرس‌زایی است که محرک شروع اختلالات افسردگی مزمن و یا شروع مجدد آن می‌شود [۶]. در واقع دوره پس از زایمان دوره انتقالی است که مادر با نقش‌ها، الگوها و ارتباطات جدیدی روبه‌رو است که باید با همه آن‌ها سازگاری یابد [۷]. از سوی دیگر در دوره نفاسی به دلیل از بین رفتن انرژی ذخیره شده مادر ناشی از خستگی، آثار دارویی، طول مدت زایمان، مشکلات ایجاد شده در روند زایمان و نظایر آن، مادر بیش از هر زمان دیگر مستعد ابتلا به بحران‌های احساسی و خلقی از جمله افسردگی است [۸]. مطالعات نشان داده‌اند افسردگی پس از زایمان بر روابط مادر و نوزاد و رشد نوزاد تأثیر منفی دارد [۳].

همچنین دو دسته عوامل زیستی و روانی-اجتماعی، بیشترین تأثیر را بر بروز افسردگی پس از زایمان دارند [۹] البته باید در نظر داشت که این عوامل بسته به فرهنگ افراد مورد مطالعه، متفاوت است [۱۰]. حمایت اجتماعی، یکی از عوامل روانی-اجتماعی مؤثر بر افسردگی پس از زایمان است. حمایت اجتماعی عبارتند از: میزان برخورداری از محبت، توجه و مساعدت اعضای خانواده، دوستان و دیگر افراد مرتبط با فرد [۱۱]. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی با افسردگی پس از زایمان رابطه معکوس دارد. اما مطالعه‌ای به

استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. همچنین برای بررسی روایی آزمون از روش محتوا و روایی صوری استفاده شده است. بدین صورت که چند نفر از استادان رشته مشاوره و روان‌شناسی پرسشنامه فوق را بررسی و اظهار کردند که صمیمیت زوجین را می‌سنجد [۲۹]. در تحقیق نادری و آزادمنش (۱۳۹۱)، ضرایب پایایی پرسشنامه صمیمیت نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۳ است که به‌طور کلی بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده است [۳۰].

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر، دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال براساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالف تا کاملاً موافقم، تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به‌صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد، نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. اصغرنژاد و همکاران (۱۳۸۵) به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه پرداخته‌اند. نتایج به‌دست آمده نشان داد که مقیاس دارای روایی و اعتبار قابل قبول است. برای بررسی روایی از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد و برای بررسی اعتبار مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر از آزمون آماری ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتیجه آن برابر با ۰/۸۳ به‌دست آمد [۳۱].

در این پژوهش داده‌های به‌دست آمده از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل شد. از آزمون‌های همبستگی و تحلیل رگرسیون به شیوه هم‌زمان استفاده شد.

یافته‌ها

بررسی داده‌های تحقیق نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان برابر با ۲۶/۱۲ سال بود، ۱۳ درصد زنان دارای تحصیلات دیپلم (۲۶ نفر)، ۴۰ درصد فوق‌دیپلم (۸۰ نفر)، ۳۹ درصد لیسانس (۷۸ نفر) و ۸ درصد فوق‌لیسانس (۱۶ نفر) بودند. همچنین ۳۹ درصد (۷۸ نفر) شاغل و ۶۱ درصد (۱۲۲ نفر) خانه‌دار بودند. نتایج آزمون همبستگی نشان داد که بین سن و افسردگی پس از زایمان رابطه معکوس و معنادار وجود دارد ($r=-0/48$). همچنین تفاوت معناداری بین زنان با تحصیلات مختلف وجود داشت. افراد با تحصیلات دیپلم دارای کمترین افسردگی پس از زایمان بودند و آزمون تحلیل واریانس نشان داد بین این گروه و دیگر تحصیلات تفاوت معنادار وجود دارد ($F=7/21$ ، $p\text{-value}<0/001$). اما بین دو

صدوقی) به‌طور تصادفی انتخاب و سپس از میان بیمارستان‌های منتخب، فهرستی از زنان تهیه شد که در سه ماه گذشته نخستین زایمان را داشته‌اند. با استفاده از فرمول $n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$ حجم نمونه ۲۰۶ نفر تخمین زده شد؛ اما با در نظر گرفتن ۵ درصد ریزش ۲۲۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند (بیمارستان گودرز: ۳۰ نفر، افشار: ۵۰ نفر، سیدالشهدا: ۷۰ نفر و شهید صدوقی: ۷۰ نفر). ۲۰ پرسشنامه به‌دلیل ناقص بودن و پاس‌خدهی بدون دقت کنار گذاشته شد و تحلیل نتایج روی ۲۰۰ نفر باقی مانده انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل زنان نخست‌زای باسوادی بود که دو هفته از زایمان آن‌ها گذشته بود. همچنین نداشتن مشکلات جدی جسمی-روانی طی چند ماه اخیر و مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی توسط مادر و نبود ناهنجاری در نوزاد از دیگر معیارهای ورود به مطالعه بود. معیار خروج شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه و مهاجرت از منطقه بود. مادرانی که در حال مصرف داروهای روان‌پزشکی بودند یا مشکلات جدی جسمی-روانی طی چند ماه اخیر داشتند، و نوزادشان دارای ناهنجاری بود، از مطالعه حذف شدند. پس از انتخاب افراد، هدف از پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد و در صورت تمایل افراد به شرکت در مطالعه، با دریافت رضایت‌نامه و رعایت اصل رازداری پرسشنامه‌ها تکمیل شد. ابزار جمع‌آوری داده‌های مورد استفاده در این مطالعه، شامل سه پرسشنامه بود.

مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، توسط محققان بسیاری در شناسایی افراد در معرض خطر برای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان و یا تعیین شدت این اختلال استفاده شده است [۲۵-۲۶]. این پرسشنامه ۱۰ سؤال حالت‌های روان‌شناختی مادر را بررسی کرده و سؤال‌های آن در مقیاس لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. نمره ۱۳ برش پرسشنامه، مشخص‌کننده اختلال افسردگی پس از زایمان است. ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در پژوهش‌های خارج و داخل کشور تأیید شده است [۲۷]. پژوهشگران اعتبار نسخه فارسی آزمون مذکور را از طریق بازآزمایی (۰/۸) و آلفای کرونباخ (۰/۷۷) و حساسیت آن را ۹۵/۳ و اختصاصی بودن ۸۷/۹ درصد گزارش کرده‌اند [۲۸].

پرسشنامه صمیمیت زناشویی واکر و تامپسون ۱۷ سؤال دارد که برای اندازه‌گیری مهر و صمیمیت زوجین توسط واکر و تامپسون (۱۹۸۳) تدوین شده است. این مقیاس جزئی از ابزاری بزرگ‌تر است که چندین بعد صمیمیت را در بر می‌گیرد ولی آن را به‌صورت مستقل برای سنجش صمیمیت می‌توان به کار برد. واکر و تامپسون (۱۹۸۳) ضریب پایایی این آزمون را با

گروه شاغل و خانه‌دار از نظر میزان افسردگی پس از زایمان تفاوت معنادار مشاهده نشد ($p\text{-value}=0/59$).
جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
صمیمیت با همسر	۶۵/۵۷	۴/۳۵
خودکارآمدی	۵۲/۲۶	۴/۱۸
افسردگی پس از زایمان	۱۵/۷۵	۳/۱۰

جدول ۲. مقایسه خودکارآمدی و صمیمیت با همسر در گروه افراد افسرده و غیرافسرده

متغیر	گروه	میانگین	مقدار t	p-value
خودکارآمدی	افسرده	۵۱/۸۴	۲/۶۱۹	۰/۰۱
	غیرافسرده	۵۳/۶۴		
صمیمیت با همسر	افسرده	۶۷/۵۱	۳/۶۹۷	۰/۰۰۱
	غیرافسرده	۶۴/۸۹		

جدول ۳. رگرسیون چندمتغیره افسردگی پس از زایمان

متغیرهای پیش‌بین	ضریب b	بتا	p-value	R	R ²	F	p-value
خودکارآمدی	-۰/۲۱	-۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶	۰/۳۶	۲۷/۳۶	۰/۰۰۱
صمیمیت با همسر	-۰/۱۴	-۰/۲۰	۰/۰۰۱				
تحصیلات	۰/۳۶	۰/۰۹	۰/۱۰۴				
سن	-۰/۳۳	-۰/۴۲	۰/۰۰۱				

منفی بودن ضرایب بتا، رابطه به صورت معکوس وجود دارد یعنی با افزایش سن، خودکارآمدی و صمیمیت با همسر، افسردگی پس از زایمان کاهش می‌یابد. اما نتایج نشان داد متغیر تحصیلات قادر به پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان نیست ($p\text{-value}>0/05$).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که از بین متغیرهای پژوهش، متغیرهای خودکارآمدی، صمیمیت با همسر و سن پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان هستند. در زمینه نقش متغیرهای حمایت اجتماعی و خودکارآمدی این یافته با پژوهش‌های مشابه در این زمینه از جمله احمدی و آذری [۳۲]، مسعودنیا [۱۲]، عابدیان و همکاران [۱۳]، پورخالقی و همکاران [۱۴] و فتحی و همکاران [۳۳]، فلاح حسینی و همکاران [۳۴]، یزدان پناه و همکاران [۳۵]، فوکوکا و همکاران [۳۶] و لیهی وارن و همکاران [۳۷] همخوان است. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افزایش سن در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان نقش دارد. این نتیجه با مطالعات لشکری پور و همکاران [۳۸]، حسینی و همکاران [۳۹]، ناگو و

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک در جدول ۱ آمده است.

به منظور مقایسه خودکارآمدی و صمیمیت با همسر در گروه افراد افسرده و غیرافسرده که با استفاده از نمره برش پرسشنامه مشخص شدند، از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که میزان صمیمیت با همسر و خودکارآمدی در گروه افراد افسرده کمتر از افراد غیرافسرده است و این تفاوت معنادار است ($p\text{-value}<0/05$).

به منظور بررسی فرضیه اصلی پژوهش از رگرسیون خطی چندگانه و روش هم‌زمان استفاده شد. با توجه به معنادار بودن رابطه بین سن و تحصیلات با افسردگی پس از زایمان این دو متغیر به همراه خودکارآمدی و صمیمیت با همسر به عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شدند.

متغیرهای خودکارآمدی، صمیمیت با همسر و سن در مجموع ۳۶ درصد از واریانس متغیر افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی می‌کند (جدول ۳). اثر متغیرهای خودکارآمدی، صمیمیت با همسر و سن بر متغیر افسردگی پس از زایمان به لحاظ آماری معنادار است ($p\text{-value}<0/05$) و با توجه به

آن حمایت وی را در پی دارد به احساس تعلق و افزایش عزت نفس زنان می‌انجامد. چنین وضعیتی، دیدی خوش‌بینانه و مثبت را در فرد ایجاد کرده و در نتیجه صرف‌نظر از میزان استرس ادراک شده برای ارتقا سلامتی‌اش مؤثر است.

دلیل رابطه معکوس متغیر سن با افسردگی پس از زایمان را می‌توان آمادگی احتمالی بیشتر و احساس توانمندی در زمینه والدگری زنان نخست‌زا در سنین بالاتر دانست. همچنین در سنین بالاتر کمتر احتمال دارد که بارداری به‌صورت ناخواسته رخ داده باشد که می‌تواند عاملی مؤثر در کاهش افسردگی پس از زایمان باشد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی می‌توان گفت که بارداری دوره آسیب‌پذیر زنان به افسردگی پس از زایمان است و زنان افسرده و مضطرب در بارداری بیشتر در معرض خطر افسردگی پس از زایمان قرار دارند. بنابراین با بررسی سلامت روانی پیش از زایمان، می‌توان زنان باردار در معرض خطر را شناسایی کرد. با توجه به اینکه متغیرهای پژوهش حاضر ۳۶ درصد از تغییرات متغیر افسردگی پس از زایمان را تبیین می‌کنند، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی متغیرهای زمینه‌ای مانند جنس نوزاد، نوع زایمان و تحصیلات همسر بررسی شود زیرا ممکن است در افسردگی پس از زایمان اثرگذار باشد. همچنین مراکز بهداشت و مشاوره، برنامه‌هایی به‌منظور غربالگری افسردگی پس از زایمان زنان به عمل آورند و در نتیجه از برنامه‌های آموزش ارتقا خودکارآمدی استفاده کنند. برگزاری جلسات آموزشی در نقش ارتباط زوجین و صمیمیت با همسر برای مردان می‌تواند به‌منظور سلامت روان‌شناختی مادران و در نتیجه فرزند آنان کمک کننده باشد.

همکاران [۴۰] همخوان و با پژوهش مسعودنیا [۱۲] و رحمانی و همکاران [۳] ناهمخوان است.

در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان گفت زمانی که خودکارآمدی زنان بالا باشد، در موقعیت‌های استرس‌زا که معمولاً در حین بارداری با آن‌ها مواجه هستند، دچار افسردگی نمی‌شوند که احتمالاً به علت فراهم کردن الگوهای مناسب، افزایش تفسیرهای مثبت و فراهم کردن حمایت اطلاعاتی است. بنابراین می‌توان گفت افزایش خودکارآمدی در پیشگیری از افسردگی در بین زنان مؤثر است. همان‌گونه که پژوهش‌ها نشان داده‌اند افزایش خودکارآمدی، بهبود سلامت روان را به دنبال دارد و افرادی که نمره خودکارآمدی بالاتری دارند، از سلامت روانی بیشتری برخوردارند؛ بنابراین ایجاد راه‌هایی که در زنان دارای نخستین زایمان باعث افزایش خودکارآمدی شود، می‌تواند از ابتلای آن‌ها به اختلالات سلامت روان تا حدی جلوگیری کند و قدرت سازگاری آن‌ها را با محیط افزایش دهد. کاهش شاخص‌های خودکارآمدی مانند خوش‌بینی، حل مسئله، ارتباطات مؤثر و... می‌تواند ایجادکننده اختلال در سلامت روان و به‌طور خاص افسردگی باشد.

از سوی دیگر بدیهی است که اساس خانواده موفق را روابط حسنه و صمیمیت شکل می‌دهد و یکی از مهم‌ترین کارکردهای خانواده ایجاد و حفظ تعادل روانی و روحی از طریق ایجاد حس با هم بودن و نیز حمایت‌گری و امثال آن است. طبیعی است که با بالا رفتن این کارکرد از طریق صمیمیت بین زوجین، احتمال گرفتار شدن در دام افسردگی پس از زایمان نیز کاهش می‌یابد و بالعکس در صورت گسسته شدن روابط صمیمانه و عاطفی بین همسران، شرایط برای فاصله گرفتن از محیط بیرونی، فرورفتن در خود، مشغول شدن بیش از اندازه به جنین و وابسته شدن افراطی به او و زمینه‌های افسردگی نیز فراهم می‌شود. صمیمیت با همسر که در نتیجه

References

- [1]. Kaplan H, Sadouk B. Abstract of clinical psychiatry. Translated by: Porafkari N. 1st ed. Tehran: Hayyan; 1996. [Persian].
- [2]. Lee AM, Lam SK, Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*. 2007; 110(5):1102-12.
- [3]. Rahmani F, Sevedfatemi N, Asadollahi M, Sevedrasooli A. Predisposing Factors of Postpartum Depression. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24 (72):78-87. [Persian]
- [4]. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and etiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2014; 28(1):3-12.
- [5]. Veisani Y, Savehmiri K. Prevalence of Postpartum Depression in Iran - A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranina Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*. 2012; 15(14):21-29. [Persian].
- [6]. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*. 2004; 26(4):289-95.
- [7]. Stocky A, Lynch I. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2000; 14(1):73-87.
- [8]. Wang SY, Jiang XY, Jan WC, Chen CH. A comparative study of postnatal depression and its predictors in Taiwan and mainland China. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2003;189(5):1407-12.
- [9]. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2015; 11:99-137.
- [10]. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*. 2007; 21(5):289-98.
- [11]. Aghapour M, Mohammadi A. Comparison of postpartum depression working women and housewives, and its

- relation to social support and marital adjustment. *Woman and Family Studies*. 2011; 4: 9-32. [Persian]
- [12]. Masoudnia E. Relationship between Perceived Social Support and Risk of Postpartum Depression Disorder. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24 (70):8-18. [Persian].
- [13]. Abedian Z, Soltani N, Mokhber N, Esmail H. Relationship between social support and postpartum depression in women with preeclampsia. *The Iranian journal of obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015; 17(136): 10-18. [Persian].
- [14]. Pourkhaleghi N, Askarizadeh G, Fazilat-Pour M. Predicting Post-Partum Depression of Nulliparous Women: Role of Social Support and Delivery Type. *Journal of Health and care*. 2017; 19 (1):18-29.
- [15]. Braithwaite S, Holt-Lunstad J. Romantic relationships and mental health. *Current Opinion in Psychology*. 2017, 28; 13:120-5.
- [16]. Proulx CM, Helms HM, Buehler C. Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and family*. 2007; 69(3):576-93.
- [17]. Johnson SM, Greenberg LS. Emotion in intimate relationships: theory and implications for therapy. In *The heart of the matter*, Ed. S.H. Johnson and LS.Greenberg. New York: brunner/mazel; 1994.
- [18]. Cheung SK, Sun SY. Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2000; 28(5):413-22.
- [19]. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachaudran VS, (Eds.), *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press; 1994.
- [20]. Bandura A. Personal and collective efficacy in human adaptation and change. In Aaire IG, (Eds.), *Advances in psychological science: social, personal and cultural aspects* (pp.51-71). England: psychology press/Erlbaum; 1998.
- [21]. Soysa CK, Wilcomb CJ. Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *Mindfulness*. 2015; 6(2):217-26.
- [22]. Faure S, Loxton H. Anxiety, depression and self-efficacy levels of women undergoing first trimester abortion. *South African Journal of Psychology*. 2003;33(1):28-38.
- [23]. Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM. Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(4):373-8.
- [24]. Mehta S, Mehta N. An overview of risk factors associated to post-partum depression in Asia. *Mental Illness*. 2014; 6(1): 5370-73.
- [25]. Mao HJ, Li HJ, Chiu H, Chan WC, Chen SL. Effectiveness of antenatal emotional self-management training program in prevention of postnatal depression in Chinese women. *Perspectives in psychiatric care*. 2012; 48(4): 218-24.
- [26]. Burns A, O'Mahen H, Baxter H, Bennert K, Wiles N, Ramchandani P, Turner K, Sharp D, Thorn J, Noble S, Evans J. A pilot randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for antenatal depression. *BMC psychiatry*. 2013; 13(1):33-44.
- [27]. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of women's mental health*. 2005; 8(2):89-95.
- [28]. Mazhari S, Nakhaee N. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in an Iranian sample. *Arch Womens Ment Health*. 2007; 10(6): 293-97.
- [29]. Sanei Zaker B. *Family Evaluation Scales & Marriage*. Tehran: Besaat Publications; 2008. [Persian].
- [30]. Naderi F & AzadManesh P. Comparison of Couple Burnout, Family Functioning and Intimacy Among Men and Women. *Journal of Social psychology (New Findings in Psychology)*. 2012; 7(22): 97-112. [Persian]
- [31]. Asgharnejad T, Ahmadi Dehghoboddini M, Farzad V, Khodapanahi MK. Psychometric Properties of Sherer's General Self-Efficacy Scale. *Quarterly Journal of Psychology*. 2006; 10(3):262-274. [Persian]
- [32]. Ahmadi S & Azari Z. The effect of husbands' social support on their wives' postpartum depression. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*; 2005: 10(3): 55-62. [Persian]
- [33]. Fathi F, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. Maternal self-efficacy, postpartum depression, and their relationship with functional status in Iranian mothers. *Women & Health*. 2017; 6:1-6.
- [34]. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of affective disorders*. 2016; 198:142-7.
- [35]. Yazdanpanah F, Khalili MA, Dehghan A. Supportive role of spouse in preventing Postpartum Depression among fertile women. *Medical Science*. 2015; 4(4):4-7.
- [36]. Fukuoka Y. Correlations between Postpartum Depression, Support, and Affection in Married Couples One Month after Childbirth. *Kawasaki Journal of Medical Welfare*. 2016; 22(1):23-31.
- [37]. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of clinical nursing*. 2012, 21(3-4):388-97.
- [38]. Lashkaripour K, Bakhshani N, Hokmabadi S, SajjadiAmeneh AR, Safarzadeh Sarasiyab A. Postpartum depression and related factors: a 4.5 months study. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012; 134(52):404-412. [Persian]
- [39]. Hosseini H, Naghibi AH, Khademloo M. Postpartum depression and relaship with some related factors. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2008; 10(2):76-81. [Persian]
- [40]. Nakku JN, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *African health sciences*. 2006; 6(4): 207-214.
- ..

Relationship between spouse intimacy and general self-efficacy with postpartum depression in first birth in Yazd (2016)

Mansoureh Bazaz¹, Fahimeh Dehghani^{2*}, Saeid Vaziri Yazdi³

1. MA in General Psychology, Islamic Azad University, Yazd Branch, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Yazd University, Iran
3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Yazd Branch, Iran

Abstract

Background and Aim Postpartum depression is one of the important psychological problems of the mother during pregnancy and afterwards. The purpose of this study was to determine postpartum depression based on spouse intimacy and general self-efficacy in the first birth.

Materials and Methods It was a cross-sectional study. The statistical population consists of all women who had the first birth experience in the city of Yazd. With multistage cluster random sampling method, 200 women selected and were tested by Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Sherer Self-Efficacy Scale (SES) and Walker and Thompson Intimacy Scale. Data was analyzed by Pearson correlation, Independent samples t-test, Analysis of Variance and Multivariate Regression analysis.

Results The results showed that there was a relationship between age and education with postpartum depression ($p < 0.05$), but there was no significant difference between employed and housewife groups ($p > 0.05$). The main hypothesis of the study was that the spouse intimacy, self-efficacy and age were predicted postpartum depression in the first birth ($p < 0.05$). This means that with increasing self-efficacy, spouse intimacy and age, postpartum depression is decreased. These variables predict a total of 36% of changes in the variability of postpartum depression.

Conclusion According to the results, the increase in spouse self-esteem and self-efficacy can be effective in reducing postpartum depression.

Received: 2017/10/29

Accepted: 2018/02/10

Keywords: postpartum depression, self-efficacy, spouse intimacy.