

بررسی همبستگی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با افسردگی پس از زایمان

الناز مجدالاسلامی^۱، ماهرخ دولتیان^۲، جمال شمس^۳، عرفان قاسمی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: افسردگی، مهم‌ترین اختلال روانی پس از زایمان است و مقابله با آن، به سطح بالایی از راهبردهای مبارزه با استرس و حل مسأله نیاز دارد که مدیریت آن‌ها با هوش هیجانی است. این مطالعه، با هدف تعیین همبستگی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با افسردگی پس از زایمان انجام گردید.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی توصیفی- همبستگی، ۱۹۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی سبزوار در سال ۱۳۹۵ دارای مشخصاتی نظیر ملیت ایرانی، داشتن سواد، سن ۴۰-۱۵ سال، عدم حاملگی پر خطر، متأهل و عدم زایمان زودرس، به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب شدند. ابزارها شامل پرسش‌نامه‌ی مشخصات دموگرافیک و مامایی، پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck، پرسش‌نامه‌ی Edinburgh و پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی Bar-On بود. پرسش‌نامه‌ی Edinburgh، ۱-۴ ماه بعد از زایمان و سایر پرسش‌نامه‌ها در سه ماه آخر بارداری تکمیل شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری Two-sample t، Regression، ANOVA، خطی و همبستگی Pearson در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی مادران $27/58 \pm 5/49$ سال بود. ۵۵/۰ درصد هوش هیجانی بالا و ۲۱/۷ درصد افسردگی پس از زایمان داشتند. میزان افسردگی در خانم‌های با حمایت عاطفی زیاد و خیلی زیاد، کمتر از خانم‌های با حمایت عاطفی متوسط بود ($P = 0/046$). بین نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی Beck ($P < 0/001$)، مدت زمان ازدواج مادر ($P = 0/041$) و فاصله‌ی زایمان فعلی از زایمان قبلی مادر ($P = 0/029$) با افسردگی پس از زایمان رابطه‌ی آماری مثبت و معنی‌داری مشاهده شد. بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با افسردگی پس از زایمان، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت ($R = -0/51$ ، $P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه و آموزش پذیر بودن هوش هیجانی، به نظر می‌رسد که می‌توان با تعیین نمره‌ی هوش هیجانی مادران قبل از زایمان و افزایش آن از طریق برنامه‌های آموزشی، میزان افسردگی بعد از زایمان را کاهش داد.

واژگان کلیدی: هوش هیجانی، افسردگی پس از زایمان، آموزش

ارجاع: مجدالاسلامی الناز، دولتیان ماهرخ، شمس جمال، قاسمی عرفان. بررسی همبستگی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با افسردگی پس از زایمان.

مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۳۴): ۶۹۲-۷۰۰

مقدمه

در دوره‌ی نفاس، استرس روانی و به دنبال آن، خطر بیماری‌های روانی اغلب افزایش می‌یابد (۱). در این دوره، مادر بیش از هر زمانی مستعد ابتلا به بحران‌های احساسی و خلقی نظیر افسردگی پس از زایمان است (۲). علائم این اختلال، شامل خلق افسرده، فقدان علاقه به نوزاد و احساس عدم توانایی و صلاحیت در مراقبت از او، افکار خودکشی، کاهش روابط بین اعضای خانواده و اعتماد به نفس است (۳-۴). افسردگی پس از زایمان، شایع‌ترین اختلال خلقی پس از زایمان

می‌باشد (۴) که میزان شیوع آن در جوامع مختلف، متفاوت و بین ۳۶-۵ درصد گزارش شده است (۵) و شیوع آن در ایران ۲۸/۷ درصد می‌باشد که در مقایسه با سایر نقاط دنیا میزان آن بیشتر است (۶). علت این اختلال نامشخص است؛ در عین حال، عوامل خطر آن را می‌توان به عوامل زیست‌شناختی، هورمونی، روان‌شناختی و اجتماعی تقسیم نمود (۷، ۳). این اختلال، موجب ارتباط ضعیف مادر و کودک می‌شود که به تکامل شناختی، بهره‌ی هوشی و حتی رشد کودک آسیب می‌رساند. در روند این اختلال، ارتباط با همسر نیز

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- دانشجوی دکتری، گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی-همبستگی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۵ بر روی ۱۹۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سبزوار انجام شد. نمونه‌گیری از کل ۶ مرکز اصلی سبزوار صورت گرفت و حجم کلی نمونه با احتساب ریزش ۱۰ درصدی، با استفاده از فرمول، برآورد نسبت با $\alpha = 0/05$ و $\beta = 0/2$ محاسبه گردید. نمونه‌گیری برای هر مرکز به روش سهمیه‌ای و در داخل هر مرکز به روش در دسترس بود.

معیارهای ورود به مطالعه، شامل ملیت ایرانی، داشتن سواد، داشتن سن ۱۵-۴۰ سال، پر خطر نبودن بارداری طبق تعاریف ماما، داشتن سن حاملگی ۲۸-۴۲ هفته، داشتن جنین سالم در سونوگرافی، عدم سابقه‌ی بستری در بیمارستان در طول بارداری فعلی، متأهل بودن، عدم زایمان فعلی دشوار، عدم سابقه‌ی مصرف دخانیات و مواد مخدر قبل و در طی بارداری، عدم سابقه‌ی ابتلا به بیماری عصبی و روانی شناخته شده در خود و اعضای خانواده، عدم افسردگی شناخته شده در دوران زندگی و بارداری‌های قبلی و فعلی، عدم مصرف داروهای مؤثر بر روان قبل و در طی بارداری، عدم مواجهه با حوادث ناگوار و استرس‌زا در طی یک سال گذشته بودند.

معیارهای خروج از مطالعه شامل مهاجرت، عدم تمایل به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، بروز مشکلات حاد جسمی و روحی برای مادر، زایمان زودرس، بستری شدن یا مرگ نوزاد به هنگام تولد، بروز حوادث ناگوار و استرس‌زا در طی پژوهش، الگوی غیر طبیعی قلب جنین یا کاهش حرکات جنین و هر حالتی که نیاز به مداخله‌ی پزشکی پیدا کند، بودند. ۱۰ نفر از نمونه‌ها در طی مطالعه به دلایلی نظیر فوت جنین، زایمان زودرس، عدم همکاری، بستری نوزاد بعد از زایمان، ابتلا به کم‌کاری تیروئید و بروز حوادث استرس‌زا از مطالعه خارج شدند و در نهایت، اطلاعات ۱۸۰ نفر باقی مانده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

پس از تصویب عنوان پژوهش و تأیید در کمیته‌ی اخلاق و اخذ کد اخلاق (IR.SBMU.PHNM.۱۳۹۴.۲۶۲) و نامه‌ی مجوز نمونه‌گیری از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، با مراجعه به دانشگاه علوم پزشکی شهرستان سبزوار و ارائه‌ی معرفی‌نامه، رضایت کتبی از مسئولین مربوط دریافت شد. سپس، پژوهشگر با هماهنگی قبلی به مراکز بهداشتی-درمانی تعیین شده مراجعه و با معرفی خود، ارائه‌ی مجوز به مسئولین مربوط و کسب اجازه از آنها، اقدام به نمونه‌گیری نمود. زنان باردار که مشخصات واحدهای پژوهش را داشتند، شناسایی شدند و رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی مبنی بر اطلاعات لازم در مورد اهداف پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان و اختیاری بودن شرکت در مطالعه، از آنها اخذ گردید. سپس، ابزارهای گردآوری اطلاعات

مختل می‌شود و اغلب همسران آنان، دچار افسردگی و گاهی در صورت عدم درمان، منجر به جدایی و طلاق می‌شود (۸). موارد خفیف افسردگی را می‌توان با روان‌درمانی مداوا نمود و در موارد متوسط تا شدید، اغلب تجویز داروی ضد افسردگی ضرورت می‌یابد. البته هیچ یک از داروهای مورد استفاده در درمان این اختلال را نمی‌توان در حاملگی و شیردهی به طور کامل بی‌خطر دانست (۱).

دوره‌ی بارداری با تحولات عاطفی و روحی و مرحله‌ی بعد از زایمان نیز با چالش‌های فیزیکی و احساسی همراه است و حال آن که رویارویی با این شرایط، نیازمند سطح بالایی از راهبردهای مبارزه با استرس و حل مسأله می‌باشد و از طرفی، مدیریت هیجانات و عواطف با سازه‌ی هوش هیجانی است. با این وجود، به نظر می‌رسد این عامل، می‌تواند افسردگی بعد از زایمان را تبیین کند. بعد از زایمان، مادر ممکن است دچار تناقض احساسی مانند شادی، ترس و غم شود که هوش هیجانی می‌تواند مادر را قادر به اصلاح و پذیرش این تناقض‌ها نماید (۳).

هوش هیجانی، عبارت از توانایی افراد در شناسایی، فهم و استفاده از هیجانات و عواطف و مدیریت نمودن آنها می‌باشد و در افراد مختلف، متفاوت است (۹). بعضی از اشکال هوش هیجانی افراد را در برابر استرس مصون می‌دارد مانند مهارت خود کنترل هیجان که با افسردگی رابطه‌ی مثبتی دارد (۱۰). از نقاط حسن هوش هیجانی، آموزش پذیر بودن آن است؛ به عبارتی، قابلیت ارتقا دارد و با آموزش بهبود می‌یابد (۱۱). این توانمندی، به طور وسیعی در زمینه‌های مختلف آموزش، پژوهش، روان‌شناسی، بهداشت و مشاوره به کار گرفته می‌شود (۱۲) و از متغیرهای مهم روان‌شناختی در ابتلا به افسردگی است، اما متأسفانه متون پژوهشی درباره‌ی رابطه‌ی هوش هیجانی و افسردگی پس از زایمان، از غنای لازم برخوردار نیستند (۱۳). با نظر بر عوارض سوء افسردگی پس از زایمان بر مادر و خانواده‌ی او و شیوع بالای آن در بین اختلالات روانی مادران، مسأله‌ی مهم پیش‌گیری مطرح می‌شود که با شناسایی و حذف عوامل مؤثر امکان پذیر است. از طرفی، مطالعات قبلی چند عاملی بودن این اختلال را نشان می‌دهند. بنابراین، شناسایی عوامل خطر این اختلال و معرفی آنها به مراقبین مادران باردار، می‌تواند در کاهش این عارضه کمک کننده باشد. با توجه به اهمیت هوش هیجانی در سلامت روان، آموزش پذیر بودن آن، عدم کفایت اطلاعات در زمینه‌ی میزان بروز آن در مادران باردار و تحقیقات اندکی که در این زمینه در ایران وجود دارد، پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. از این رو، مطالعه‌ی حاضر، با هدف تعیین همبستگی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با افسردگی پس از زایمان در مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

۴۵۰-۹۰) است. هر چه نمره‌ی فرد بیشتر باشد، دلیل برتری فرد در هوش هیجانی است (۱۷-۱۶). حیطه‌های آن شامل درون فردی (با مؤلفه‌های خود آگاهی هیجانی، خود ارزیابی، عزت نفس، استقلال و خود شکوفایی)، بین فردی (با مؤلفه‌های همدلی، مسئولیت پذیری اجتماعی و روابط بین فردی)، مدیریت استرس (با مؤلفه‌های تحمل فشار روانی و کنترل تکانش)، سازگاری (با مؤلفه‌های حل مسأله، انعطاف پذیری و واقع گرایی) و خلق عمومی (با مؤلفه‌های خوش بینی و شادمانی) است (۱۸). این پرسش‌نامه، بارها در نقاط مختلف جهان استفاده شده و اعتبار و پایایی آن تأیید شده است (۱۷).

در این مطالعه، پایایی پرسش‌نامه‌ی Edinburgh با ضریب توافق داخلی (Intracorrelation coefficient یا ICC) ۰/۹ و Cronbach's alpha ۰/۷ و پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی Bar-On با ضریب توافق داخلی ۰/۸ و Cronbach's alpha ۰/۹ مناسب بود. پایایی ۱۵ مؤلفه‌ی پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی با Cronbach's alpha در محدوده‌ی ۰/۷-۰/۶ مورد قبول بودند (موارد Cronbach's alpha کمتر از ۰/۷ (مؤلفه‌ی واقع گرایی و انعطاف پذیری) با حذف سؤال میزان آن بهبود چشم‌گیری پیدا نکرد).

یافته‌ها

از ۱۹۰ نفر نمونه‌ی مورد مطالعه، ۴۳ درصد نخست‌زا بودند. یک نفر سابقه‌ی مرده‌زایی و ۲ نفر سابقه‌ی نازایی داشتند. سن حاملگی افراد زمان زایمان بین ۳۷-۴۲ هفته بود. ۸ درصد عارضه‌ی بعد از زایمان، مانند عفونت بخیه داشتند. آزمون Independent t بین خواسته بودن بارداری از نظر مادر و پدر، جنسیت نوزاد، خواسته بودن جنسیت نوزاد از نظر مادر و پدر، نوع زایمان، مشکل در شیردهی، نداشتن تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر، داشتن عوارض بعد از زایمان، کمک نکردن اطرافیان و همسر در نگهداری از کودک با افسردگی پس از زایمان رابطه‌ی آماری معنی‌داری نشان نداد ($P > 0/05$). آزمون ANOVA، تفاوت آماری معنی‌داری از نظر افسردگی پس از زایمان در گروه‌های شغلی مادران و در میزان حمایت عاطفی احساس شده از همسر توسط مادران نشان داد ($P = 0/041$, $P = 0/046$). با انجام Post hoc Least significant difference (LSD) مشخص شد که از نظر آماری میزان افسردگی پس از زایمان به طور معنی‌داری، در زنان کارمند کمتر از زنان خانه‌دار ($P = 0/018$) و در زنان با حمایت عاطفی همسر در حد زیاد ($P = 0/017$) و خیلی زیاد ($P = 0/021$)، کمتر از زنان با حمایت عاطفی همسر در حد متوسط بود. تفاوت آماری معنی‌داری در میزان افسردگی پس از زایمان بین گروه‌های تحصیلی مادران، شاخص توده‌ی بدنی و مسکن مشاهده نشد ($P > 0/05$) (جدول ۱).

پژوهش تکمیل شدند؛ به این ترتیب که زنان در سه ماه آخر بارداری، ابتدا پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck را تکمیل نمودند. پس از کسب اطمینان از افسرده نبودن آن‌ها (کسب امتیاز کمتر از ۱۴ از این پرسش‌نامه)، پرسش‌نامه‌های هوش هیجانی Bar-On و اطلاعات دموگرافیک و مامایی همان زمان و سپس ۴-۱ ماه بعد از زایمان، پرسش‌نامه‌ی افسردگی پس از زایمان Edinburgh را تکمیل کردند. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) و آزمون‌های آماری ANOVA، Two-sample t، Regression خطی و همبستگی Pearson در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند. ابزار مورد استفاده جهت گردآوری اطلاعات شامل چند پرسش‌نامه بود:

- فرم اطلاعات دموگرافیک (اطلاعات فردی و مامایی نظیر سن، تحصیلات، شغل، مدت ازدواج، تعداد بارداری، زایمان و سقط و مرده‌زایی، جنسیت نوزاد و ...)، که روایی محتوایی آن توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد تأیید قرار گرفت.

- پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck، شامل ۲۱ سؤال ۴ گزینه‌ای لیکرت که هر سؤال امتیاز ۳-۰ را به خود اختصاص می‌داد. نمره‌ی کلی بین ۰-۶۳ بود. نمره‌ی بالای ۱۴ به عنوان افسرده در نظر گرفته شد. این پرسش‌نامه، ابزار معتبری است و روایی و پایایی آن در مطالعات مختلف بررسی و تأیید شده است (۸).

- پرسش‌نامه‌ی افسردگی Edinburgh، از ابزارهای معتبر و قابل قبول در سراسر جهان جهت تشخیص افسردگی نظیر افسردگی بعد از زایمان است. این پرسش‌نامه، شامل ۱۰ سؤال ۴ گزینه‌ای لیکرت بود که هر سؤال، امتیاز ۳-۰ را به خود اختصاص می‌داد. نمره‌ی کلی در دامنه‌ی ۰-۳۰ بود. امتیاز بالای ۱۰، به عنوان افسرده در نظر گرفته می‌شد (۱۴). این پرسش‌نامه، استاندارد و مورد تأیید است و بارها جهت تحقیقات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. حساسیت، ویژگی و ارزش پیش‌گویی‌کنندگی آن تأیید شده و در مطالعات مختلف، روایی و پایایی آن مورد قبول بوده است (۱۵، ۷).

- پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی Bar-On، از معتبرترین ابزارهای سنجش هوش هیجانی است. این سازه، رابطه‌ی منفی بالایی با افسردگی دارد و می‌تواند ابزاری کارآمد برای اهداف پژوهشی و به ویژه مطالعات بالینی باشد. این پرسش‌نامه، در سال ۱۹۸۰ ساخته شد و جهت استفاده در ایران توسط سموعی و همکاران در سال ۱۳۸۱ استاندارد شد و عبارت‌های آن به ۹۰ سؤال کاهش یافت. این ابزار، دارای ۵ حیطه و ۱۵ مؤلفه با پاسخ‌های ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. نمره‌ی کل آزمون، برابر با مجموع نمرات ۱۵ مؤلفه (دامنه‌ی نمرات

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای فردی - اجتماعی و رابطه‌ی آنها با افسردگی پس از زایمان

متغیر	طبقه	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد (درصد)	مقدار P
سن مادر (سال)	۱۵-۲۵	۲۷/۵۸ \pm ۵/۴۹	۵۸ (۳۲/۲)	۰/۱۸۳
	۲۵-۳۵		۱۰۸ (۶۰/۰)	
	۳۵-۴۰		۱۴ (۷/۸)	
تحصیلات مادر	ابتدایی	۷/۷۳ \pm ۶/۴۷	۱۱ (۶/۰)	۰/۱۷۳
	راهنمایی	۷/۵۷ \pm ۴/۶۷	۲۳ (۱۲/۸)	
	دیپلم	۶/۸۱ \pm ۳/۹۶	۷۲ (۴۰/۰)	
	فوق دیپلم	۶/۲۶ \pm ۳/۴۸	۲۳ (۱۲/۸)	
	لیسانس	۵/۵۹ \pm ۳/۳۳	۴۶ (۲۵/۶)	
	فوق لیسانس	۳/۸۰ \pm ۲/۲۸	۵ (۲/۸)	
شغل مادر	خانه‌دار	۶/۸۲ \pm ۳/۹۹	۱۵۷ (۸۷/۲)	۰/۰۴۰
	کارمند	۴/۰۸ \pm ۲/۹۶	۱۳ (۷/۲)	
	آزاد	۴/۷۱ \pm ۵/۲۵	۷ (۳/۹)	
	سایر موارد	۴/۰۰ \pm ۳/۶۰	۳ (۱/۷)	
شاخص توده‌ی بدنی	طبیعی	۶/۷۱ \pm ۴/۱۶	۱۱۱ (۶۱/۷)	۰/۵۹۶
	چاق	۶/۰۲ \pm ۳/۶۸	۵۲ (۲۸/۹)	
	لاغر	۶/۵۳ \pm ۴/۳۹	۱۷ (۹/۴)	
مسکن	مالک	۶/۳۱ \pm ۳/۸۴	۸۹ (۴۹/۵)	۰/۸۱۱
	مستأجر	۶/۶۱ \pm ۴/۳۳	۷۱ (۳۹/۴)	
	رهن	۶/۵۷ \pm ۴/۸۹	۷ (۳/۸)	
	سازمانی	۳/۰۰ \pm ۲/۲۰	۱ (۰/۶)	
	اقوام	۷/۴۲ \pm ۳/۵۸	۱۲ (۶/۷)	
حمایت عاطفی همسر	کم	۵/۱۷ \pm ۴/۲۶	۶ (۳/۳)	۰/۰۴۶
	متوسط	۷/۷۷ \pm ۴/۶۳	۵۳ (۲۹/۴)	
	زیاد	۶/۱۰ \pm ۳/۴۶	۸۴ (۴۶/۷)	
	خیلی زیاد	۵/۷۸ \pm ۴/۰۷	۳۷ (۲۰/۶)	
خواسته بودن بارداری از نظر مادر	خواسته	۶/۴۵ \pm ۳/۹۳	۱۶۱ (۸۹/۴)	۰/۶۹۳
	ناخواسته	۶/۸۴ \pm ۴/۹۸	۱۹ (۱۰/۶)	
خواسته بودن بارداری از نظر پدر	خواسته	۶/۴۵ \pm ۳/۹۳	۱۶۲ (۹۰/۰)	۰/۶۶۴
	ناخواسته	۶/۸۹ \pm ۵/۰۶	۱۸ (۱۰/۰)	
جنسیت نوزاد	دختر	۶/۳۳ \pm ۳/۴۶	۸۸ (۴۸/۹)	۰/۵۹۱
	پسر	۶/۶۵ \pm ۴/۵۴	۹۲ (۵۱/۱)	
دلخواه بودن جنسیت از نظر مادر	بله	۶/۴۶ \pm ۴/۰۵	۱۴۹ (۸۲/۸)	۰/۸۲۰
	خیر	۶/۶۵ \pm ۴/۰۵	۳۱ (۱۷/۲)	
دلخواه بودن جنسیت از نظر پدر	بله	۶/۵۳ \pm ۴/۱۵	۱۵۲ (۸۴/۴)	۰/۸۰۶
	خیر	۶/۳۲ \pm ۳/۴۴	۲۸ (۱۵/۶)	
نوع زایمان فعلی	طبیعی	۶/۳۳ \pm ۳/۸۱	۱۲۶ (۷۰/۰)	۰/۴۹۸
	سزارین	۶/۷۷ \pm ۴/۵۱	۵۴ (۳۰/۰)	
مشکل در شیردهی	بله	۸/۶۷ \pm ۶/۵۶	۹ (۵/۰)	۰/۳۲۹
	خیر	۶/۳۸ \pm ۳/۸۶	۱۷۱ (۹۵/۰)	
تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر	بله	۶/۴۱ \pm ۳/۹۷	۱۳۸ (۷۶/۷)	۰/۵۹۵
	خیر	۶/۷۹ \pm ۴/۳۱	۴۲ (۲۳/۳)	
عارضه‌ی بعد از زایمان	بله	۸/۰۷ \pm ۳/۱۳	۱۴ (۷/۸)	۰/۱۲۹
	خیر	۶/۳۶ \pm ۴/۰۹	۱۶۶ (۹۲/۲)	
کمک اطرافیان در نگهداری کودک	بله	۶/۳۶ \pm ۳/۹۲	۱۲۴ (۶۸/۹)	۰/۵۱۷
	خیر	۶/۷۹ \pm ۴/۳۱	۵۶ (۳۱/۱)	
کمک همسر در نگهداری کودک	بله	۶/۵۱ \pm ۴/۰۷	۱۶۷ (۹۲/۸)	۰/۸۰۸
	خیر	۶/۲۳ \pm ۳/۷۹	۱۳ (۷/۲)	
هوش هیجانی	< ۲۱۰	۳۳۸/۶۳ \pm ۳۶/۰۵	۰ (۰)	< ۰/۰۰۱
	۲۱۰-۳۳۰		۸۱ (۴۵/۰)	
	> ۳۳۰		۹۹ (۵۵/۰)	
	ندارد	۶/۴۹ \pm ۴/۰۴	۳۹ (۲۱/۷)	
افسردگی پس از زایمان	دارد		۱۴۱ (۷۸/۳)	

رابطه‌ی آماری مثبت و معنی‌داری مشاهده شد. در این میان، بیشترین همبستگی با نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی Beck بود. ضریب همبستگی Pearson بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با افسردگی پس از زایمان، همبستگی به نسبت قوی، معکوس و معنی‌داری را نشان داد ($R = -0/51, P < 0/001$). در میان مؤلفه‌ها، بیشترین همبستگی به ترتیب با مؤلفه‌های شادمانی ($R = -0/48$)، تحمل فشار روانی ($R = -0/44$) و خود شکوفایی ($R = -0/44$) بود ($P < 0/001$) (جدول ۲).

آزمون Regression خطی بین سن، تعداد ازدواج مادر و همسر، تعداد بارداری، زایمان و سقط مادر، مساحت زیربنای مسکن و میزان متوسط درآمد ماهانه‌ی خانواده، سن حاملگی زمان زایمان و زمان تکمیل فرم افسردگی پس از زایمان، با افسردگی پس از زایمان رابطه‌ی آماری معنی‌داری را نشان نداد ($P > 0/050$)، اما بین نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck ($R = 0/40, P < 0/001$)، مدت زمان ازدواج ($R = 0/20, P = 0/041$) و فاصله‌ی زایمان فعلی از زایمان قبلی مادر ($R = 0/29, P = 0/029$)، با افسردگی پس از زایمان

جدول ۲. رابطه‌ی متغیرهای فردی-اجتماعی و هوش هیجانی با افسردگی پس از زایمان

متغیر	برآورد ضرایب (B)	خطای معیار (SE)	ضریب تعیین (R^2)	ضریب همبستگی (R)	فاصله‌ی اطمینان (CI)	مقدار P
نمره‌ی افسردگی Beck قبل از زایمان	0/40	0/07	0/130	0/40	(0/242, 0/536)	< 0/001
سن مادر	0/07	0/05	0/010	0/10	(-0/035, 0/514)	0/183
مدت زمان ازدواج	0/13	0/06	0/020	0/20	(0/005, 0/267)	0/041
تعداد ازدواج مادر	-1/70	1/46	0/008	0/09	(-4/575, 1/186)	0/247
تعداد ازدواج همسر	0/71	1/25	0/002	0/04	(-1/743, 3/175)	0/566
تعداد بارداری	0/41	0/30	0/010	0/10	(-0/180, 0/999)	0/172
تعداد زایمان	0/50	0/39	0/009	0/10	(-0/272, 1/267)	0/204
تعداد سقط	0/20	0/51	0/001	0/03	(-0/817, 1/210)	0/702
میزان درآمد ماهانه‌ی خانواده	-6/90	0/00	0/008	0/09	(0/000, 0/000)	0/243
مساحت مسکن	0/01	0/01	0/011	0/11	(-0/004, 0/026)	0/156
سن حاملگی زمان زایمان	-0/08	0/29	0/000	0/02	(-0/641, 0/487)	0/788
فاصله‌ی زایمان فعلی از زایمان قبل	0/17	0/08	0/026	0/16	(0/018, 0/336)	0/029
زمان تکمیل فرم افسردگی پس از زایمان	0/02	0/02	0/013	0/12	(-0/006, 0/053)	0/123
نمره‌ی هوش هیجانی	-0/06	0/01	0/262	-0/51	(-0/072, -0/043)	< 0/001
مؤلفه‌ی خود آگاهی	-0/46	0/08	0/161	-0/40	(-0/616, -0/305)	< 0/001
مؤلفه‌ی خود ابرازی	-0/44	0/07	0/172	-0/42	(-0/582, -0/297)	< 0/001
مؤلفه‌ی عزت نفس	-0/51	0/08	0/158	-0/40	(-0/684, -0/336)	< 0/001
مؤلفه‌ی خود شکوفایی	-0/55	0/08	0/192	-0/44	(-0/712, -0/381)	< 0/001
مؤلفه‌ی استقلال	-0/44	0/80	0/151	-0/40	(-0/594, -0/286)	< 0/001
مؤلفه‌ی همدردی	-0/24	0/94	0/034	-0/20	(-0/420, -0/049)	0/013
مؤلفه‌ی مسؤلیت پذیری	-0/38	0/11	0/057	-0/24	(-0/600, -0/150)	0/001
مؤلفه‌ی روابط بین فردی	-0/25	0/09	0/040	-0/20	(-0/431, -0/069)	0/007
مؤلفه‌ی تحمل فشار روانی	-0/50	0/08	0/197	-0/44	(-0/657, -0/355)	< 0/001
مؤلفه‌ی کنترل تکانش	-0/31	0/06	0/127	-0/36	(-0/436, -0/192)	< 0/001
مؤلفه‌ی واقع گرایی	-0/51	0/08	0/177	-0/42	(-0/666, -0/344)	< 0/001
مؤلفه‌ی انعطاف پذیری	-0/44	0/08	0/145	-0/38	(-0/597, -0/282)	< 0/001
مؤلفه‌ی حل مسأله	-0/42	0/10	0/091	-0/30	(-0/609, -0/221)	< 0/001
مؤلفه‌ی خوش بینی	-0/44	0/09	0/117	-0/34	(-0/614, -0/260)	< 0/001
مؤلفه‌ی شادمانی	-0/57	0/07	0/229	-0/48	(-0/725, -0/416)	< 0/001

CI: confidence interval; SE: Standard error

بحث

در این مطالعه، بین سن مادر، تحصیلات مادر، تعداد ازدواج مادر و همسر، تعداد بارداری، زایمان و سقط، شاخص توده‌ی بدنی مادر، ناخواسته بودن بارداری، جنسیت نوزاد و دلخواه بودن آن، سن حاملگی زمان زایمان، نوع زایمان، زمان تکمیل فرم افسردگی پس از زایمان، تغذیه‌ی نوزاد با شیر مادر، میزان درآمد ماهیانه‌ی خانواده، مساحت زیربنای خانه و وضعیت مسکن، با افسردگی پس از زایمان رابطه‌ی آماری معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته، با نتایج مطالعات کیانی و همکاران (۱۹)، Goker و همکاران (۲۰) و سایر مطالعات (۸، ۵) همسو می‌باشد. این در حالی است که در مطالعه‌ی رحمانی و همکاران (۲۱) سن بالای مادر به عنوان عامل خطری برای افسردگی شناخته شد. به این دلیل که احتمال دارد مادران جوان‌تر به دلیل برخورداری از تحصیلات بالاتر و اهمیت دادن به مراقبت‌های دوران بارداری، کمتر در معرض ابتلا به افسردگی پس از زایمان باشند. همچنین، تحصیلات مادر، از عوامل خطر مهم افسردگی پس از زایمان بود. بالا بودن سطح تحصیلات منجر به افزایش آگاهی مادر و توان دسترسی وی به منابع اطلاعاتی می‌شود که می‌تواند او را جهت پذیرش مسؤلیت جدید آماده نماید (۲۳-۲۱، ۵). در برخی از مطالعات، تعداد بارداری، زایمان و سابقه‌ی سقط از عوامل خطر مهم افسردگی پس از زایمان شناخته شدند که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو نبود (۲۳، ۲۱).

در این مطالعه بین شغل مادر و افسردگی پس از زایمان رابطه‌ی آماری معنی‌داری مشاهده شد که با نتایج مطالعه‌ی Goker و همکاران (۲۰) همسو می‌باشد. به نظر می‌رسد عوامل مثبت اجتماعی و اقتصادی ناشی از اشتغال، باعث کاهش افسردگی پس از زایمان می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر، رابطه‌ی آماری معنی‌داری بین شاخص توده‌ی بدنی و افسردگی پس از زایمان مشاهده نشد. Milgrom و همکاران نیز نشان دادند که بین چاقی و افسردگی پس از زایمان رابطه وجود دارد، اما بیان نمودند که بررسی بیشتری در این زمینه لازم است (۲۴). ممکن است دلیل تفاوت در نتایج، زمان در نظر گرفتن شاخص توده‌ی بدنی باشد که در این مطالعه، شاخص توده‌ی بدنی مادر در زمان تشکیل پرونده‌ی بارداری مد نظر بود.

بر خلاف نتایج مطالعه‌ی حاضر، در مطالعه‌ی زنگنه و همکاران (۲۵)، ناخواسته بودن بارداری از عوامل خطر مهم افسردگی مادران بود. ممکن است تفاوت نتایج به دلیل این باشد که نمونه‌های مطالعه‌ی او، گروه مادران نخست‌زا (گروهی که میزان استرس، عامل مؤثر بر افسردگی، در آن‌ها بیشتر است) بودند؛ در حالی که نمونه‌ی مطالعه‌ی حاضر، شامل مادران نخست‌زا و چندزا بود. بین جنسیت نوزاد و دلخواه بودن جنسیت با افسردگی بعد از زایمان در برخی

مطالعات رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده شد (۲۱، ۵)، این در حالی است که در مطالعه‌ی زنگنه و همکاران، رابطه‌ی معنی‌داری بین جنس نوزاد و افسردگی مشاهده نشد که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو می‌باشد (۲۵). در خصوص نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان، نتایج متناقضی وجود دارد. در برخی مطالعات، وجود رابطه‌ی معنی‌دار گزارش شده است (۲۱، ۷، ۵). در حالی که نیک‌پور و همکاران، نشان دادند که میانگین نمره‌ی افسردگی پس از زایمان مادران با زایمان سزارین نسبت به مادران با زایمان طبیعی بیشتر است، اما از نظر آماری معنی‌دار نبود (۲۶). ممکن است دلیل این اختلاف در نتایج، تفاوت در حجم نمونه و روش مطالعه باشد.

Figueiredo و همکاران نشان دادند که تغذیه با شیر مادر، می‌تواند از افسردگی پس از زایمان جلوگیری نماید (۲۷). این در حالی است که نتایج مطالعه‌ی حاضر با مطالعات پیش‌گفته هم‌خوانی نداشت. همچنین، در پژوهش حاضر بین متوسط درآمد ماهانه‌ی خانواده با افسردگی پس از زایمان، رابطه‌ی مشاهده نشد؛ در حالی که Rode نشان داد که مادران با سطح درآمد کمتر، بیشتر در معرض خطر افسردگی پس از زایمان هستند (۲۲). بین نمره‌ی پرسش‌نامه افسردگی Beck (که قبل از زایمان جهت رد افسردگی به کار رفت) و افسردگی پس از زایمان، رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده شد. این امر، نشان می‌دهد که ممکن است بتوان با غربالگری مادران در دوران بارداری از نظر افسردگی، احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان را مشخص نمود. با این وجود، مطالعات بیشتری در این زمینه لازم است. در مطالعه‌ی حاضر، با افزایش فاصله‌ی زایمان فعلی از زایمان قبلی مادر و افزایش مدت زمان ازدواج، میزان افسردگی پس از زایمان افزایش می‌یابد که با نتایج مطالعه‌ی ازگلی و همکاران همسو است (۲۸).

در این مطالعه، میزان حمایت عاطفی همسر با افسردگی پس از زایمان رابطه‌ی معنی‌داری داشت. نتایج حاصل همسو با مطالعه‌ی مروری سجادی و همکاران است که حمایت عاطفی نامناسب و ناکافی همسر را از عوامل خطر مهم افسردگی مادران برشمرده‌اند (۲۳). این موضوع، اهمیت آموزش به همسران در زمینه‌ی عاطفی و روانی زنان، توجه بیشتر به آنان و شرایط ویژه‌ی بارداری و بعد از آن را نشان می‌دهد و نیاز به برگزاری کلاس‌هایی جهت مشاوره‌ی همسران و خانواده‌ها را بیان می‌نماید.

به طور کلی، دلیل تناقض برخی از نتایج این پژوهش با مطالعات دیگر، می‌تواند تفاوت در ابزارهای مورد استفاده، تفاوت در معیارهای ورود، نظیر در نظر نگرفتن حوادث استرس‌زا در برخی از مطالعات (از عوامل مؤثر بر افسردگی پس از زایمان)، کم و محدود بودن متغیرهای مورد بررسی برخی مطالعات، تفاوت فرهنگی و مکانی نمونه‌ها و حجم نمونه باشد. در این مطالعه، سعی بر این بود که با در

از آن را اداره نمایند و از افسردگی در آن‌ها جلوگیری شود. از نظر کاربردی، می‌توان از نتایج این پژوهش جهت تدوین برنامه‌های راهبردی و آموزشی مناسب برای افزایش هوش هیجانی زنان باردار جهت جلوگیری از ابتلا به افسردگی پس از زایمان استفاده نمود. پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌های مراقبتی مادران باردار به میزان هوش هیجانی این افراد نیز توجه شود. از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر، می‌توان به بررسی نشدن عوامل خطر هورمونی و خونی اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری به صورت آینده‌نگر یا طولی، با در نظر گرفتن سایر عوامل مداخله‌ای نظیر رضایتمندی از روابط زناشویی و ازدواج، حمایت اجتماعی درک شده، سابقه‌ی سندرم نشانگان پیش از قاعدگی و عوامل خطر هورمونی و خونی در این زمینه صورت گیرد تا با نتایجی کامل‌تر، گام مهمی در شناسایی عوامل مؤثر بر افسردگی پس از زایمان و کاهش ابتلای به آن در مادران برداشته شود.

به عنوان نتیجه‌گیری نهایی می‌توان گفت که شاغل بودن خانم، دریافت حمایت عاطفی بیشتر از جانب همسر و فاصله‌ی زمانی کمتر بین زایمان‌ها، می‌تواند در کاهش افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد. نتایج این پژوهش، نشان داد که افرادی که افسردگی پس از زایمان دارند، از نظر هوش هیجانی نمره‌ی متفاوتی با سایرین دارند؛ به طوری که افراد با نمره‌ی هوش هیجانی بالاتر، کمتر در خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان هستند. در واقع، این افراد توانایی بیشتری در مدیریت هیجانات و عواطف خود در تغییرات خلقی دوران بارداری و بعد از آن دارند و با در نظر گرفتن یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت از راه‌های مؤثر در کاهش افسردگی پس از زایمان، صرف نظر از شاغل بودن خانم، فاصله‌ی بین زایمان‌ها و حمایت عاطفی بالا از جانب همسر، تقویت هوش هیجانی فرد می‌باشد. نتایج این پژوهش و پژوهش‌های دیگر، می‌تواند در بهبود زندگی میلیون‌ها نفر از بانوان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد و هوش هیجانی را به ابزاری ارزشمند در جهت شناسایی افسردگی پس از زایمان و استفاده‌ی پزشکان و مراقبین مادران باردار تبدیل نماید.

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مامایی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بوده است. از واحدهای مورد پژوهش و مسئولین و مدیران محترم که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نظر گرفتن عوامل اصلی مؤثر بر افسردگی پس از زایمان (در مشخصات واحدهای پژوهش) و بررسی متغیرهای بیشتر در مطالعه، نتایج دقیق‌تری حاصل شود. تناقض‌های موجود در نتایج مطالعات مختلف، نشان می‌دهد که به مطالعات تکمیلی بیشتری در جهت شناخت دقیق‌تر عوامل مؤثر بر افسردگی پس از زایمان نیاز است.

در این مطالعه، بین هوش هیجانی و افسردگی پس از زایمان همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$ ، $R = -0/51$). به عبارتی، با افزایش هوش هیجانی، افسردگی پس از زایمان کاهش می‌یابد. در بین مؤلفه‌ها، مؤلفه‌های شادمانی، تحمل فشار روانی و خود شکوفایی، بیشترین همبستگی را نشان دادند. نتایج حاضر، با نتایج مطالعه‌ی Rode (۲۲) همسو می‌باشد. وی نشان داد که هوش هیجانی، عامل مهمی در جلوگیری از ابتلا به افسردگی پس از زایمان است، اما از محدودیت‌های پژوهش او، کم بودن حجم نمونه و حذف شدن زنانی که به رایانه دسترسی نداشتند، بود (۲۲)، که در مطالعه‌ی حاضر، این محدودیت‌ها وجود نداشت.

از طرفی، Stylianides و همکاران نیز نشان دادند که کم بودن هوش هیجانی، با افسردگی پس از زایمان در ارتباط است (۴). ابراهیمی و همکاران نیز با حجم نمونه‌ی کمتر نسبت به این پژوهش، به نتایج مشابهی دست یافتند (۸). کاربرد ضعیف هیجانات، ممکن است به مشکلات رفتاری نظیر افسردگی منجر شود (۸). هوش هیجانی، اثر منفی بر علائم افسردگی پس از زایمان دارد. جهت این که مادر بتواند با تغییرات قابل توجه زندگی پس از زایمان و تغییرات هیجانی مرتبط با تولد نوزاد روبه‌رو شود، به توانایی‌های هوش هیجانی نیاز است تا علائم افسردگی پس از زایمان کاهش یابد.

در واقع، مکانیسم عملکرد هوش هیجانی جهت کاهش افسردگی پس از زایمان، می‌تواند به این صورت باشد که زنان قبل از زایمان با افزایش مهارت‌های هوش هیجانی نظیر مدیریت استرس در خود، می‌توانند استرس‌های دوران پس از زایمان مانند نگهداری و مراقبت از نوزاد را کاهش دهند (۲۲). استرس ناشی از زایمان و تولد نوزاد، ممکن است موجب افزایش بروز افسردگی پس از زایمان شود و هوش هیجانی و افزایش مهارت‌های آن، به مادران کمک می‌کند تا بتوانند به طور مناسبی استرس را در خود مدیریت نمایند و در واقع، این مهارت‌ها به عنوان محافظی در برابر استرس و افسردگی برای آن‌ها عمل می‌نماید (۴). با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات دیگر، اگر به مادران باردار آموزش داده شود که چگونه هیجانات خود را درک و آن‌ها را مدیریت نمایند، ممکن است به آن‌ها کمک کند تا به طور مثبتی هیجانات خود مانند استرس‌های حاصل از زایمان و بعد

References

- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams obstetrics. Trans. Ghazi Jahani B. 23rd ed. Tehran, Iran: Golban Publications; 2009. p. 188-92. [In Persian].
- Wang SY, Jiang XY, Jan WC, Chen CH. A comparative study of postnatal depression and its predictors in Taiwan and mainland China. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(5): 1407-12.
- Rode J. The protective effects of social support on postpartum depression: Does emotional intelligence matter? [PhD Thesis]. Cincinnati, OH: University of Cincinnati; 2013.
- Stylianides C, Middleton N, Kouta C, Raftopoulos V. The role of emotional intelligence and postpartum depression in predicting mothers' satisfaction with quality of co-operation with obstetricians and midwives. *International Journal of Caring Sciences* 2016; 9(1): 22-33.
- Lashkaripour K, Bakhshani Noor M, Hokmabadi S, Sajjadi SAR, Safarzadeh Sarasiyabi A. Postpartum depression and related factors: A 4.5 months study. *J Fundam Ment Health* 2012; 13(4): 404-12. [In Persian].
- Veisani Y, Sayehmiri K. Prevalence of postpartum depression in Iran - A systematic review and meta-analysis. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(14): 21-9. [In Persian].
- Dolatian M, Maziar P, Alavimajd H, Yazdjerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *J Reprod Fertil* 2006; 7(3): 260-9.
- Ebrahimi M, Esmaeili A, Ghanifar M. Comparison of emotional intelligence and postpartum depression between mothers with natural vaginal delivery and cesarean delivery. *Modern Care* 2014; 11(1): 55-62. [In Persian].
- Beauvais AM, Brady N, O'Shea ER, Griffin MT. Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse Educ Today* 2011; 31(4): 396-401.
- Ciarrochi J, Chan AYC, Bajgar J. Measuring emotional intelligence in adolescents. *Pers Individ Dif* 2001; 31(7): 1105-19.
- Daneh Far Z, Ahmadi M, Alavi Majd H, Saberi M. The relationship between emotional intelligence and high risk sexual behaviors in women referring to central unit of forensic medicine in Tehran. *J Dent Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2015; 25(90): 65-71. [In Persian].
- Shahbazi S, Heidari M, Vanaki Z. Today nursing need for emotional intelligence: Integrative review of literature. *Nursing Management* 2012; 1(3): 55-64. [In Persian].
- Manshaee GR, Mazaheri MM, Khayyamnekouei Z. The relationship between emotional intelligence and depression in psychology students of Islamic Azad University, Tehran Branch. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)* 2011; 6(18): 35-46. [In Persian].
- Bergink V, Kooistra L, Lambregtse-van den Berg MP, Wijnen H, Bunevicius R, van Baar A, et al. Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *J Psychosom Res* 2011; 70(4): 385-9.
- Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 11.
- Hemmati T, Mills JF, Kroner DG. The validity of the Bar-On emotional intelligence quotient in an offender population. *Personality and Individual Differences* 2004; 37(4): 695-706.
- Shoja Heydari M, Liyaghatdar MJ, Mirshah Jafari SE, Isanejad O. Examining the validity, reliability and factor structure of the Bar-On Emotional Quotient Inventory. *Journal of Psychology* 2011; 15(3): 253-67. [In Persian].
- Askarian Moghadam Zanjani H, Bagheri F, Jazayeri M, Torkaman M, Amiri H. Association between emotional comparison of emotional intelligence and identity styles in women with major depression and normal women. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2013; 14(2): 109-19. [In Persian].
- Kiani F, Khadivzadeh T, Sargolzaei MR, Behnam HR. Relationship between marital satisfaction during pregnancy and postpartum depression (PPD). *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010; 13(5): 37-44. [In Persian].
- Goker A, Yanikkerem E, Murat Demet M, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. Postpartum depression: Is mode of delivery a risk factor? *ISRN Obstet Gynecol* 2012; 2012: 616759.
- Rahmani F, Seyedfatemi N, Asadollahi M, Seyedrasooli A. predisposing factors of postpartum depression. *Iran J Nurs* 2011; 24(72): 78-87. [In Persian].
- Rode JL. The role of emotional intelligence in predicting postpartum depression. *West J Nurs Res* 2016; 38(4): 427-40.
- Sajadi H, Vameghi M, Setare Forozan A, Rafiey H, Ohgheghee Kamal S, Nosrat Abadi M. Prevalence, risk factors and interventions of depression during pregnancy in Iranian Studies (1997-2011): A systematic review. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013; 5(2): 521-30. [In Persian].
- Milgrom J, Skouteris H, Worotniuk T, Henwood A, Bruce L. The association between ante- and postnatal depressive symptoms and obesity in both mother and child: a systematic review of the literature. *Womens Health Issues* 2012; 22(3): e319-e328.
- Zangeneh M, Shams Alizadeh N, Kaamrvamanesh M, Rezaie M, Pormehr S. Postpartum depression and its relation to baby gender and unplanned pregnancy. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2009; 14(2): 65-71. [In Persian].
- Nikpour M, Abedian Z, Mokhber N, Khaleghi Z, Banihosseini SZ, Ebrahimzadeh S. Relationship between delivery method and postpartum depression. *J Fundam Ment Health* 2012; 14(1): 46-53. [In Persian].
- Figueiredo B, Dias CC, Brandao S, Canario C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr (Rio J)* 2013; 89(4): 332-8.
- Ozgoli G, Armand M, Saei Gharenaz M, Sheikhan Z, Alavi Majd H. Survey of fetal abuse status and predisposing factors in pregnant women referred to the selected hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(12): 1-9. [In Persian].

Correlation between Emotional Intelligence and its Components with Postpartum Depression

Elnaz Majdoleslami¹, Mahrokh Dolatian², Jamal Shams³, Erfan Ghasemi⁴

Original Article

Abstract

Background: Depression is a major postpartum mental disorder. Coping with depression needs a high level of coping and problem solving strategies named emotional intelligence. This study aimed to determine the correlation of emotional intelligence and its components with postpartum depression.

Methods: In this descriptive-correlational study, 190 pregnant women presenting to health centers in Sabzevar City, Iran, in 2016, who met the inclusion criteria as Iranian nationality, literacy, age of 15-40 years, lack of high-risk pregnancies, married, and lack of preterm delivery were selected via quota sampling. Data collection instruments were demographic-obstetric questionnaire, Beck Depression Inventory, Edinburgh Postnatal Depression Scale and Bar-On Emotional Intelligence. Inventories were completed in the last trimester of pregnancy and the Edinburgh scale was filled two months after childbirth. Data were analyzed using two-sample t-test, variance analysis, linear regression and Pearson's correlation via SPSS software at the significance level of 0.05.

Findings: Mothers' mean age was 27.58 ± 5.49 years, 55% of them had high emotional intelligence, and 21.7% had postpartum depression. Depression was less prevalent in women with higher affective support than those with moderate affective support ($P = 0.046$). Beck score ($P < 0.001$), mother's married duration ($P = 0.041$), and the distance between current and previous pregnancies ($P = 0.029$) had significant and positive correlation with postpartum depression. Emotional intelligence and its components had a significant and negative correlation with postpartum depression ($P < 0.001$; $R = -0.51$).

Conclusion: Considering the findings and the fact that emotional intelligence can be taught, it is recommended that mothers' emotional intelligence score be determined before delivery, and postpartum depression be reduced by increasing emotional intelligence score through training programs and appropriate method.

Keywords: Emotional intelligence, Postpartum depression, Education

Citation: Majdoleslami E, Dolatian M, Shams J, Ghasemi E. **Correlation between Emotional Intelligence and its Components with Postpartum Depression.** J Isfahan Med Sch 2017; 35(434): 692-700.

1- MSc Student, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- PhD Candidate, Department of Biostatistics, School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Mahrokh Dolatian, Email: mhdolatian@gmail.com