

افسردگی و نظریه های افسردگی پس از زایمان

Depression and postpartum depression theories

Marzieh Shaghghi

Master's Degree in Psychology, Islamic Azad University, Sadra campus unit, Shiraz, Iran.

Email: marjannazli131@gmail.com

مرضیه شقاقی*

کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پردیس صدرا شیراز.

Abstract

Today, depression is increasingly considered as one of the global sources of morbidity, disability and health costs. The purpose of this research is to investigate and describe postpartum depression based on theories of depression and behavioral patterns of depression. Among the medical model theories are feminist theory, attachment theory, interpersonal theory, self-labeling theory and social support, some of these theories refer to internal aspects and some to external aspects, and some of them also To some extent, they violate each other or complement each other. Among these theories, the best theory can be pointed to the theory of social support, which deals more with the discussion of relationships and external communication and emotions.

Keywords: Postpartum depression, social support, attachment theories, interpersonal theory, depression patterns.

چکیده

امروزه افسردگی به طور فزاینده ای به عنوان یکی از منابع جهانی بیماری زایی، معلولیت و هزینه های بهداشتی به حساب می آید. هدف پژوهش حاضر بررسی و تشریح افسردگی پس از زایمان بر اساس نظریه های افسردگی و الگوهای رفتاری افسردگی است. از جمله نظریه های مدل پزشکی، نظریه فمینیستی، نظریه دلبستگی، نظریه بین فردی، نظریه خود برچسب زنی و حمایت اجتماعی می باشد که بعضی از این نظریه ها به جنبه های درونی و بعضی به جنبه های بیرونی اشاره دارند و بعضی از آنها نیز تا حدودی همدیگر را نقض و یا مکمل همدیگر هستند از بین این نظریه ها، بهترین نظریه را می توان به نظریه حمایت اجتماعی اشاره نمود که بیشتر به بحث روابط و ارتباطات بیرونی و عواطف می پردازد.

واژه های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، حمایت اجتماعی، نظریه های دلبستگی، نظریه بین فردی، الگوهای افسردگی.

پذیرش: شهریور ۱۴۰۱

دریافت: تیر ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

در دهه ۱۹۸۰ نوعی از اختلال های پس از زایمان به صورت اختلال افسردگی شدیدتر غیر هذیانی با نام افسردگی پس از زایمان^۱ تشخیص گذاری شد. تظاهرات بالینی افسردگی پس از زایمان عبارتند از: خلق افسرده، کاهش لذت در فعالیت روزمره، بی خوابی، افزایش یا کاهش وزن، تحریک یا کندی روانی - حرکتی، فقدان انرژی، احساس بی ارزشی و گناه، کاهش اعتماد به

¹. postpartum depression

نفس، دشواری در تمرکز و عقاید خودکشی. افسردگی پس از زایمان، بر تمام ابعاد مربوط به کیفیت زندگی^۲ مادر تاثیر منفی و قابل توجهی دارد، به نظر می‌رسد اقدام به موقع در مقابل این اختلال می‌تواند از عوارض مخرب آن بر مادر، خانواده و جامعه بکاهد. افسردگی اختلال خلقی است که با احساس ناامیدی، بی‌کفایتی، گناه، ترس و بی‌ارزشی همراه است. ممکن است بعد از زایمان، یک سری اختلالات خلقی در بانوان دیده شود که این اختلالات می‌توانند ناشی از استرس‌های دوران حاملگی یا ادامه افسردگی مادر قبل از تولد باشد و نیز ممکن است این اختلال به علت به هم خوردن ناگهانی تعادل هورمونی، تغییرات فیزیولوژیک و مسایل روانی ناشی از دوران حاملگی و زایمان باشد.

از جمله این اختلالات می‌توان به غم مادری اشاره کرد که در محدوده‌ای بین بیست تا ۴۰ درصد زایمان‌ها گزارش می‌شود و می‌تواند به صورت افسردگی خفیف و یا بیماری‌های شدید روانی بروز نماید. افسردگی می‌تواند با مسایل مهمی مانند خستگی ناشی از کمبود خواب در طی زایمان و پس از آن، اشتغال فکری مادر در خصوص مراقبت از فرزند تازه به دنیا آمده و وجود ترس از فقدان جذابیت سابق برای شوهر با افسردگی بعد از زایمان بانوان ارتباط داشته باشد. بر اساس مطالب گفته شده هدف مقاله حاضر بررسی افسردگی پس از زایمان و نظریه‌ها و الگوهای آن و شناخت جامع تری از افسردگی است.

بیان مسأله

در چند دهه گذشته افسردگی پس از زایمان مورد توجه بسیاری از متخصصان علوم پزشکی و روان‌شناسی قرار گرفته است. افزایش پژوهش در این زمینه دلایل گوناگونی دارد. یک دلیل آن است که اگرچه تولد نوزاد در مقطعی از زمان برای بسیاری از خانواده‌ها اتفاق می‌افتد، اما بسیاری از مادران در این مقطع یک دوره تغییر و تحول روحی-جسمانی را نشان می‌دهند. در سطح بین فردی، بارداری و تولد نوزاد با تغییرات چشمگیر در روابط زناشویی، نقش‌های اجتماعی، خانوادگی و روزمره اعضای خانواده مشخص می‌گردد. این مرحله از زندگی می‌تواند برای مادر، کودک و کل خانواده مخرب باشد (رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۹۰). پژوهش‌های انجام شده در مورد شیوع افسردگی پس از زایمان به اندازه و شدت نشانه‌شناسی^۳ افسردگی (اوهارا^۴، ۱۹۸۲؛ پیکل^۵، ۱۹۸۰. به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۹۰) متمرکز بوده است تا ارزیابی تشخیصی آن، اگر چه نشانه‌شناسی افسردگی برای تشخیص در این دوران مهم بوده است لیکن نتایج پژوهش‌ها فقط بر روی نشانه‌هایی متمرکز بوده که احتمالاً گمراه کننده‌اند. چون برخی از تغییرات طبیعی فیزیولوژیکی در دوران آبستنی و دوران پس از زایمان مشابه نشانه‌های افسردگی است مانند فقدان علائق جنسی، تغییر اشتها و خستگی در این موارد، افزون بر اندازه‌های شدت افسردگی، استفاده از ملاک‌های تشخیصی برای تشخیص دقیق شیوع افسردگی در دوران پس از زایمان ضروری است (کاترونا^۶، ۱۹۸۳، به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۹۰).

اهمیت و ضرورت تحقیق

امروزه افسردگی به طور فزاینده‌ای به عنوان یکی از منابع جهانی بیماری‌زایی^۷، معلولیت و هزینه‌های بهداشتی به حساب می‌آید. بانک جهانی تخمین زده است که افسردگی تقریباً ۳۰٪ از معلولیت‌های ناشی از اختلال‌های عصبی-روان پزشکی^۸ را در میان زنان جهان موجب می‌شود و این تنها در مردان برابر با ۱۲٪ است. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که افسردگی چهارمین

2. Quality of life

3. semiology

4. Ohara

5. Paykel

6. Cutrona

7. morbidity

8. neuropsychiatric disorder

علت عمده ناتوانی پس از بیماری های عفونی، بیماری های اسهالی و مشکلات زایمان در زنان را به خود اختصاص داده است، تا سال ۲۰۲۰ انتظار می رود که افسردگی به دومین علت عمده ی ناتوانی تبدیل خواهد شد (تاکنچی^۹، ۱۹۹۸، به نقل از شیرجنگ، سهرابی و حسینی، ۱۳۹۱). دلیل واقعی افسردگی پس از زایمان ناشناخته است، اما به نظر می رسد که این بیماری، چند عاملی باشد و ترکیبی از عوامل زیست شناختی، روانی و اجتماعی در ایجاد آن نقش داشته باشد (هندرسن^{۱۰}، ۲۰۰۴، به نقل از شیرجنگ و همکاران، ۱۳۹۱).

نتایج تحقیق بک (۲۰۰۱) نشان داد که استرس زندگی و حمایت اجتماعی به همراه افسردگی پیش از زایمان، عزت نفس پایین، استرس مراقبت از بچه، اضطراب پیش از زایمان، سابقه افسردگی های قبلی، غمگینی مادر، سن کم مادر، وضعیت تهر، استعمال دخانیات، مصرف داروهای غیرمجاز در دوران حاملگی، استفراغ شدید حاملگی، استفاده زیاد از خدمات اورژانس، مرخصی استعلاجی در دوران حاملگی و سابقه اختلال عاطفی اندازه اثر متوسطی در پیش بینی افسردگی پس از زایمان دارند. شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران ۲۷٪ گزارش شده است (بهبودی، ۱۳۸۰). شواهدی وجود دارد که افسردگی پس از زایمان در همه کشورها شایع است، اما در رابطه با عوامل خطر تفاوت هایی بین بررسی های گوناگون دیده می شود که مهمترین علت این تفاوت ها، علل فرهنگی می باشد. معمولاً مدت افسردگی پس از زایمان کوتاه است و می تواند عوارض جدی برای مادر، نوزاد و خانواده به همراه داشته باشد (هونی^{۱۱}، ۲۰۰۳). این اختلال تأثیر منفی بر تکامل نوزاد دارد (دنیس^{۱۲}، ۲۰۰۴) و باعث ایجاد مشکلات رفتاری، اجتماعی و احساسی می شود. گاهی در صورت شدید بودن این اختلال، کشتن نوزاد توسط مادر گزارش شده است (استاو^{۱۳}، ۲۰۰۵، به نقل از احمدی کانی گلزار، ۱۳۹۱).

بک (۱۹۹۶) در فرا- تحلیل های پیشین، اضطراب یا افسردگی بارداری، غمگینی پس از زایمان، نارضایتی زناشویی و سابقه افسردگی در گذشته را نیز از عوامل مشترک در بسیاری از بررسی ها گزارش نموده است (بک، ۱۹۹۶، به نقل از شیرجنگ و همکاران، ۱۳۹۱). هم چنین مطالعات انجام شده در مورد نوجوانان افسرده در سال های پس از زایمان نشان می دهد این زنان به طور کلی در سال های نخستین کودکی خود علایم افسردگی را تجربه کرده اند (توراتمن^{۱۴} و کاترونا، ۱۹۹۰). در مطالعه ای گزارش شده است که هنگام تولد نوزاد در زنان بزرگسال دامنه میزان افسردگی عمده پس از زایمان ۱ تا ۸ درصد می باشد (کاترونا، ۱۹۸۳). میزان افسردگی عمده در دوران پیش از تولد نوزاد و پس از تولد نوزاد را در زنان نوجوان در حدود ۶ درصد گزارش کرده اند. بدیهی است که این موضوع می تواند ناشی از بارداری بدون برنامه ریزی در این زنان باشد (هرزوک و دیترا^{۱۵}، ۱۹۶۷، به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۷۸). با در نظر گرفتن دلایل فوق و با توجه به شیوع^{۱۶} افسردگی پس از زایمان و این که افسردگی پس از زایمان به عنوان یک معضل خانوادگی و اجتماعی به شمار می رود و با توجه به چند عاملی بودن این بیماری، شناسایی و کاهش هر یک از عوامل موثر می تواند احتمال افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد و نیز بهداشت روان زنان باردار را ارتقاء دهد. با توجه به اهمیت این دوران و تأثیر آن در زندگی افراد و جامعه هرگونه آموزش در خصوص نحوه تعامل صحیح با محیط اطراف به زنان باردار کمک می شود تا از این دوره به سلامت بگذرند و خود را برای ورود به مرحله دیگر زندگی آماده کنند.

9. Taken Chi

10. Handerson

11. Honey

12. Denis

13. Stowe

14. Troutman

15. Herzog, & Detre

16. prevalence

افسردگی پس از زایمان

تعریف: افسردگی پس از زایمان، یک اختلال روانی و رفتاری خفیف در شش هفته پس از زایمان است که با علائم خلق افسرده، کاهش لذت در فعالیت‌ها، بی‌خوابی، کاهش یا افزایش وزن، فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی و گناه، کاهش اعتماد بنفس و عقاید خودکشی مشخص می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰، به نقل از احمدی کانی گلزار، ۱۳۹۱).

الگوهای نظری افسردگی پس از زایمان

پژوهشگران برای پاسخ گویی به پرسش‌های سبب‌شناسی افسردگی پس از زایمان دو الگوی روانی-اجتماعی و هورمونی را مطرح کرده‌اند. این پژوهشگران کوشیده‌اند تا با استناد به این دو الگوی نظری به بررسی علل و عوامل افسردگی پس از زایمان بپردازند.

۱- الگوی روانی-اجتماعی: پژوهشگران مطرح کننده این الگو به شناسایی برخی از متغیرهای جمعیت نگارانه اجتماعی (سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، مدت ازدواج و وضعیت اشتغال در دوره آبستنی)، تاریخچه افسردگی (دوره‌های پیشین افسردگی، تاریخچه افسردگی شخص، شدت نشانه‌های افسردگی در دوره آبستنی، و سابقه تشخیص افسردگی در دوره بارداری)، رویدادهای فشارزای روانی زندگی (رویدادهای فشارزای روانی عمومی در دوره آبستنی و رویدادهای فشارزای مربوط به مراقبت از کودک در دوره شیرخوارگی و عوامل خطر زایمان) و عوامل آسیب-پذیری شناختی (سبک اسنادی و نگرش‌های کنترل شخصی) علاقمند می‌باشند. گروهی از پژوهشگران معتقدند که نسبت قابل ملاحظه‌ای از زنان مبتلا به این نشانگان دارای مشکلات روان پزشکی پیشین بوده‌اند (بالینگر^{۱۷}، ۱۹۷۹؛ پیکل، ۱۹۸۰، به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۷۸). برخی از پژوهشگران نیز به این موضوع معتقد نیستند (کوکس، ۱۹۸۲؛ دالتون^{۱۸}، ۱۹۷۱، به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۷۸). در همین راستا، برخی دیگر بر اهمیت تاریخچه خانوادگی اختلال روان پزشکی در سبب شناسی این نشانگان تاکید کرده‌اند (اش و لاول^{۱۹}، ۱۹۷۴؛ اوهارا، ۱۹۸۴، به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۷۸). لیکن پژوهشگران درباره اینکه نشانه‌های افسردگی در دوران آبستنی پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان است (اتکینسون و ریکل^{۲۰}، ۱۹۸۴، کوکس، ۱۹۸۲، به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۷۸) توافق ندارند. مفهوم فشار روانی آسیب-پذیری^{۲۱} در اغلب الگوهای نظری روان شناختی معاصر افسردگی، توجه خاصی را به خود جلب کرده است این مفهوم دو نوع ویژه دارد که یکی آسیب‌پذیری شناختی و دیگری تاریخچه افسردگی است. فرض آسیب‌پذیری شناختی بر این است که بعضی از انسان‌ها یاد گرفته‌اند به گونه‌ای رویدادها یا موقعیت‌ها را درک، تفسیر یا ارزیابی کنند که به انکار رویدادهای منفی یا فشارزای روانی منجر شود. اما در حقیقت، این طرز برخورد احتمال افسردگی را افزایش می‌دهد (آبرامسون، سلیگمن و تیسدال^{۲۲}، ۱۹۸۷، به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۷۸). در همین راستا آنان نقش اسنادهای کلی غیر سودمندی را در سبب شناسی افسردگی مورد تاکید قرار داده‌اند. به عقیده آنان، اسنادهای درونی، ثابت و کلی درباره علل رویدادهای منفی به احساس گناه، ناامیدی، ملامت و انفعال منجر می‌شوند که همگی نشانه‌های اصلی افسردگی هستند. بر اساس الگوی کنترل شخصی (ریهم^{۲۳}، ۱۹۷۷، ۱۹۸۲، به نقل از رجبی و خدا رحیمی،

17. Ballinger

18. Dalton

19. Asch, & Lowell

20. Atkinson, & Rickel

21. diathesis-stress

22. Abramson, Seligman, & Teasdale

23. Rehm

۱۳۷۸) اسنادهای نادرست موجب رهنمون شدن فرد در جهت سطوح بالای احساس گناه و خودسرزندی و کاهش میزان رفتارهایی از قبیل اظهارات شخصی مثبت می‌گردد. در فراسوی نقش اسنادهای نادرست، براساس این الگو افراد مستعد افسردگی به طور انتخابی به پیامدهای منفی، مجموعه استانداردهای سخت و دشوار برای ارزیابی عملکرد شخصی و خود سرزندی گرایش مفرط دارند. مطالعات دیگر درباره نقش سبک اسنادی نشان می‌دهد که این شیوه بخش زیادی از تغییرات شدت نشانه‌شناسی افسردگی پس از زایمان و همین طور افسردگی پیش از تولد را تبیین می‌کند (کاترونا، ۱۹۸۳).

۲- الگوی هورمونی: اعتقاد الگوی هورمونی بر این است که محیط هورمونی زنان در زمان به دنیا آمدن نوزاد دستخوش تغییر می‌شود (جورج و ساندلر^{۲۴}، ۱۹۸۸، به نقل از احمدی کانی گلزار، ۱۳۹۱). به طور کلی، زنان بعد از زایمان یک دوره ناپایدار هیجانی را تجربه می‌کنند که فرض می‌شود به دلیل تغییرات هورمونی است. چون در پایان بارداری سطح هورمون‌هایی مانند استروژن^{۲۵}، پروژسترون^{۲۶} و پرولاکتین^{۲۷} افزایش و پس از زایمان کاهش می‌یابند، دیدگاه آن است که تاثیرات هورمونی در اختلالات خلقی پس از زایمان کاهش می‌یابند. دیدگاه دیگر این است که تاثیرات هورمونی در اختلالات پس از زایمان، شباهت بسیار زیادی با وضعیت افرادی دارد که بعداً به اختلالات خلقی مبتلا می‌شوند (اهارا و ساگوسکی^{۲۸}، ۱۹۸۸). در این نظریه هورمون ویژه مورد توجه کورتیزول^{۲۹} و ناقلین عصبی مانند نورآدرنالین است (گارد، هندلی، پارسونز^{۳۰}، ۱۹۸۶). هم چنین در توصیف نقش هورمون پرولاکتین در سبب شناسی افسردگی پس از قاعدگی (کارول و استیز^{۳۱}، ۱۹۷۸، به نقل از اهارا و ساگوسکی، ۱۹۸۸) فرض کرده‌اند که سطوح بالای هورمون پرولاکتین و سطوح پایین هورمون پروژسترون با افزایش احتمال افسردگی پس از زایمان در ارتباط می‌باشند. هر چند شواهد مربوط به نقش هر یک از این هورمون‌ها در اختلالات خلقی پس از زایمان مانند غم و غصه و روان پریشی پس از زایمان در هم آمیخته می‌باشد. اکثر مطالعات این حیطه به بررسی نمونه‌های کوچک محدود شده‌اند و تنها در دو مطالعه (هریس و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۷۸) هورمون‌های پروژسترون، استروژن و پرولاکتین به طور هم زمان مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند هم چنین مشاهده کردند که با افزایش سطح کورتیزول از هفته ۳۸ بارداری، زنان دوره‌های شدیدتری از غم و غصه پس از زایمان را تجربه می‌کنند.

تاریخچه افسردگی پس از زایمان

شیوع افسردگی پس از زایمان (PPD) برآورد شده است که تقریباً بر ۱۴٪ از مادران حتی با نسبت شیوع بیشتر یک در چهار، اگر زن جوان و از نظر اجتماعی-اقتصادی محروم باشد اثر می‌گذارد (چادرون، سیزلاگی، کمپبل، مانس و مک اینرنی^{۳۲}، ۲۰۰۷). افسردگی پس از زایمان فی نفسه در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویراست چهارم^{۳۳} (DSM-IV-TR) به عنوان یک اختلال افسردگی مجزا تشخیص داده نمی‌شود. در عوض، DSM-IV-TR اصطلاح "آغاز پس از زایمان"^{۳۴} برای توصیف چارچوب زمانی و بافتی که یک افسردگی عمده بعد از زایمان می‌تواند در زنان رخ دهد توصیف می‌کند. این

24. George, & Sandler

25. estrogen

26. progesterone

27. prolactin

28. Sagovsky

29. cortisol

30. Gard, Handley, & Parsons

31. Carol, & Estiz

32. Chaudron, Szilagyi, Mounts, & McInerney

33. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision

34. postpartum onset

اختلال توسط تعدادی از متخصصان بالینی برای توصیف دامنه زیادی از نشانه‌های افسردگی که یک زن ممکن است بعد از تولد نوزاد تجربه می‌کند استفاده می‌شود. افسردگی پس از زایمان یک اختلال روانی ناتوان کننده با نسبت‌های شیوع ۰/۵ تا ۶۰/۸ بسته به تعاریف استفاده شده ملاحظه شده است (هالبریچ و کارکان^{۳۵}، ۲۰۰۶، به نقل از احمدی کانی گلزار، ۱۳۹۱). تعاریف این اختلال توسط دو نظام تشخیصی موجود ارائه شده‌اند. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویراست چهارم PPD را به عنوان یک اختلال افسردگی با شروع پس از زایمان تشخیص می‌دهد و نشان می‌دهد که نشانه‌های افسردگی در ۴ هفته پس از زایمان شروع می‌شود. بر اساس طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مربوط به سلامتی^{۳۶} (ICD-10)، PPD یک اختلال روانی و رفتاری خفیف در ۶ هفته پس از زایمان است. تظاهرات بالینی PPD ممکن است شامل خلق افسرده، کاهش قابل ملاحظه لذت در کلیه فعالیت‌ها، بی‌خوابی، کاهش یا افزایش وزن چشمگیر، تحریک یا کندی روانی- حرکتی، فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی و گناه مفرط، کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس، دشواری در تمرکز و عقاید خودکشی (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷، به نقل از احمدی کانی گلزار، ۱۳۹۱). سارتر و بارجیوس^{۳۷} (۱۹۹۴) عوارض روان پزشکی و هیجانی پس از زایمان را به سه دسته زیر تقسیم کرده‌اند:

۱. **غم پس از زایمان**^{۳۸}: این غم کمترین شدت افسردگی را دارد، شروع آن در هفته نخست پس از زایمان است، و اکثر اوقات در روز سوم یا چهارم پس از زایمان دیده می‌شود. با علایم خلق غمگین، غم ناپایدار، عدم توانایی هیجانی، ملامت و سرزنش، اختلال خواب و اختلال خلقی ناپایدار مشخص می‌شود (پیت^{۳۹}، ۱۹۷۳، به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۷۸). غم پس از زایمان خود محدود شونده^{۴۰} است و معمولاً ۱۰ روز پس از زایمان کاهش معنی‌دار در آن دیده می‌شود. دامنه شیوع آن بین ۳۳ تا ۷۰ درصد است و این موضوع تا اندازه‌ای به ملاک تشخیصی بستگی دارد (هریس، ۱۹۸۰).
۲. **روان پریشی پس از زایمان**^{۴۱}: یک اختلال ناتوان کننده و نادر است که معمولاً به بستری کردن نیاز دارد. در هر ۱۰۰۰ زایمان یک یا دو نفر مادر به آن مبتلا می‌شوند و با نشانه‌هایی از قبیل ناتوانی زیاد، گیجی، نگرانی‌های وسواس گونه در مورد نوزاد، تحریک پذیری و بی‌ثباتی همراه است این علائم معمولاً از روز سوم زایمان شروع می‌شوند. علایم دیگر عبارتند از سوءظن، بی‌ریطی کلام، بی‌علاقگی به طفل، بی‌میلی نسبت به مراقبت از آن و ممکن است بیمار زایمان یا ازدواج را انکار کند و ادعای باکره بودن نماید (هرزوک و دیتری، ۱۹۷۶، به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۷۸).
۳. **افسردگی پس از زایمان**: این نشانگان مشابه دوره افسردگی بالینی درمان نشده است و فاقد علایم روان پریشی است (هاپکینز و مارکوس^{۴۲}، ۱۹۸۴، به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۷۸). گزارشات بالینی اشاره می‌کنند که نشانه‌های افسردگی در میان مادران نوجوان گسترده‌گی کامل دارد (فراایبر^{۴۳}، ۱۹۸۲). مطالعات انجام شده در مورد نوجوانان افسرده در سال‌های پس از زایمان نشان می‌دهد این زنان به طور کلی در سال‌های نخستین کودکی خود علایم افسردگی را تجربه کرده‌اند (توراومن و کاترونا، ۱۹۹۰). مطالعه دیگر نشان می‌دهد، مادران نوجوانی که نخستین فرزند خود را در این دوره به دنیا می‌آورند در مقایسه با مادرانی که نخستین فرزندشان را در سن بالاتری به دنیا آورده‌اند، احساس غمگینی بیشتری را تجربه می‌کنند (براون، آدامز و کلام^{۴۴}، ۱۹۸۱، به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۷۸).

35. Halbreich, & Karkun

36. the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

37. Sutter, & Bourgeois

38. post- partum blues

39. Pitt

40. self-limited

41. post- partum psychosis

42. Hapkins, & Markus

43. Fraiber

44. Brown, Adams, & Kellam

جادریسیک و آرایا^{۴۵} (۱۹۹۵) شیوع افسردگی پس از زایمان را ۳۶٪ گزارش کرده‌اند. ولی (اوهارا، ۱۹۸۴؛ کاترونا ۱۹۸۳، به نقل از رجبی و خدا رحیمی، ۱۳۷۸) میزان شیوع نشانگان افسردگی پس از زایمان را ۱۰٪ تخمین زده‌اند.

دیدگاه‌های نظری افسردگی پس از زایمان

تقریباً ۲۵ تا ۵۰ درصد مادران، افسردگی پس از زایمان را در مدت ۶ ماه یا بیشتر تجربه می‌کنند. مهم ترین عامل در طولانی مدت شدت افسردگی پس از زایمان به دلیل درمان تاخیری این اختلال می‌باشد (اوهارا، ۱۹۸۷). دیدگاه‌های نظری افسردگی پس از زایمان عبارتند از: مدل پزشکی، نظریه فمینیستی، نظریه دل‌بستگی، نظریه بین فردی و نظریه برچسب زنی (بک، ۱۹۹۳).

مدل پزشکی

این مدل، در واقع دیدگاه نظری مسلط جهت افسردگی پس از زایمان به شمار می‌آید. از نظر این دیدگاه، افسردگی پس از زایمان به شکل یک معلولیت یا بیماری پزشکی در نظر گرفته می‌شود. این اختلال تاثیر منفی خود را بر خلق و خوی مادر نشان داده و در واقع آسیب شناسی فردی مادر را نشان می‌دهد. هم چنین شرایط اجتماعی و زیست محیطی به ندرت بر آن تاثیر گذار می‌باشد. گفته می‌شود افسردگی پس از زایمان به عنوان یک وضعیت آسیب شناسانه مبتنی بر ایجاد کمبودها و نواقص در مادران ایجاد می‌شود. جهت درمان افسردگی پس از زایمان براساس مدل پزشکی از داروهای روان گردان استفاده می‌شود نمونه‌های خاص آن شامل تزریق استروژن درون پوستی، داروهای ضد افسردگی (ویسنر، پرل و فیندلینگ^{۴۶}، ۱۹۹۶، به نقل از احمدی کانی گلزار، ۱۳۹۱) و شوک درمانی می‌باشد (کاتاجار، ویلسون و ماکرجی^{۴۷}، ۱۹۹۸، به نقل از احمدی کانی گلزار، ۱۳۹۱).

نظریه فمینیستی

این نظریه نقطه مقابل مدل پزشکی جهت افسردگی پس از زایمان می‌باشد. نظریه فمینیستی^{۴۸} پیشنهاد می‌کند که بیماری و معلولیت به کار برده شده در افسردگی پس از زایمان در واقع ماهیت اجتماعی مشکلات زنان را مخفی می‌کند (نیکلسون^{۴۹}، ۱۹۸۶). خانم لازاری^{۵۰} در کتاب خود به نام عقده مادر، کشمکش وحشیانه مادر با بچه‌داری یا مادر شدن زودرس را ترسیم کرده است، ایشان حقیقت‌های ناگفته‌ای از مادری مثل خشم را به این شکل توضیح می‌دهد: در کنار کودکم می‌نشستم، صدای گریه‌اش آن قدر بلند بود که گوش‌هایم را می‌گرفتم و دیوانه وار ناله می‌کردم (لازاری، ۱۹۹۷). نظریه پردازان فمینیسم بچه دار شدن را از دید فرهنگی، اجتماعی و سیاسی می‌نگرند به گونه‌ای که اوکلی^{۵۱} (۱۹۸۱) توصیه می‌کند که کنترل و مهار تولد کودک در واقع نومیدی زنان را تقویت کرده و احتمال افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد. کرایدی و شوکت^{۵۲} (۱۹۹۶) پیشنهاد کردند که اصول فمینیسم برای درمان و مراقبت مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان باید در یک چهارچوب قرار گیرد. آن‌ها اصول فمینیستی مانند تایید مادر به عنوان فرد شایسته، کشف مشکلات و مسایل مادر، تقویت قدرت شخصی مادر،

45. Jadresic, & Araya

46. Wisner, Perel, & Findling

47. Cutajar, Wilson, & Mukherjee

48. feministy

49. Nicolson

50. Lazarre

51. Oakley

52. Creedy, & Shochet

تشویق مادر و ابراز خشم را شناسایی کرده و یک رویکرد شناختی-فمینیستی را جهت درمان افسردگی پس از زایمان پیشنهاد کردند. درمان فمینیستی شامل چهار فرایند است:

۱- **بیان تجربه بارداری و تولد:** در این فرایند باید به درد و دل‌های مادران گوش فرا داد. یعنی در زمانی که زوجین تلاش می‌کنند تجربه کودک پروری را در زندگی خود جای دهند باید به مادران فرصت ابراز احساسات منفی را که ممکن است در نقش جدید در مقام یک مادر تجربه کنند داده شود.

۲- **مدیریت تعارضات در خصوص هویت:** مهیا کردن فرصتی برای مادران در بروز احساسات منفی.

۳- **به دست آوردن حس بقاء:** کمک و تشخیص به مادر در جهت توانمند کردن او در برقراری مجدد جدایی اش از طریق شناخت عواطف و هیجانات. این فرایند، فرایندی استراتژی شناختی است که می‌توان از آن استفاده کرد. کربدی و شوکت (۱۹۹۶) بر همین تدبیر و مهارت اکتسابی تاکید می‌کند که این تدبیر کارکرد روزانه مادر را افزایش می‌دهد.

۴- **توسعه یک دیدگاه جدید.** این دیدگاه در خصوص تجربه کودک پروری مادران است و کار انجام گرفته از طریق سه مرحله اول است که به دیدگاه جدید منتهی می‌شود (کربدی و شوکت، ۱۹۹۶).

نظریه دل‌بستگی

این نظریه دیدگاه نظری است که به عنوان مبنایی برای درمان افسردگی پس از زایمان استفاده شده است. ویفن و جانسون^{۵۳} (۱۹۹۸) دریافتند که افسردگی پس از زایمان زمانی می‌تواند به وجود آید که نیازهای احساس تعلق یا دل‌بستگی یک مادر از جانب شریک زندگی اش تأمین نشود یعنی کسی که مورد حمایت قرار نگیرد. اصولاً تئوری دل‌بستگی بر اهمیت پیوند هیجانی و عاطفی قوی بین نوزاد و مادر تاکید کرده است. آینیس ورث، بلهار، واترز و وال^{۵۴} (۱۹۷۸) سه سبک دل‌بستگی را شناسایی کردند: ایمن، اجتنابی و دوسوگرا. بارتولومئو^{۵۵} (۱۹۹۰) دو نوع دل‌بستگی-اجتنابی را در بزرگسالان شناسایی کرد شامل توام با ترس و عزلت‌گزینی. بزرگسالان اجتنابی توام با ترس، میل دارند که به اشخاص مهم خود نزدیک شوند اما می‌ترسند که آن‌ها را طرد کنند. برعکس بزرگسالان اجتنابی توام با عزلت‌گزینی، میل ندارند که به افراد مهم خود نزدیک شوند. ویفن و جانسون (۱۹۹۸) دریافتند که وقتی پدر و مادر به طور ایمن به هم دل‌بسته شوند، آن‌ها به نیازهای یکدیگر پاسخ می‌دهند تا از هم حمایت کنند. اما اگر هر یک از والدین به طور ناامن به یکدیگر دل‌بسته شوند یا اجتنابی شوند مشکلاتی به وجود می‌آید که منجر به افسردگی پس از زایمان می‌شود. ویفن و جانسون هشدار می‌دهند یک ترکیب فوق‌العاده خطرناک که در مادر تازه زایمان کرده می‌تواند افسردگی را ایجاد کند ترکیب زن اجتنابی توأم با ترس و یک همسر اجتنابی توأم عزلت‌گزینی می‌باشد. ویفن و جانسون (۱۹۹۸) دریافتند که شیوه درمان زناشویی با تمرکز بر هیجان به عنوان مداخله موثر برای درمان افسردگی پس از زایمان می‌تواند مفید باشد. این مداخلات جهت درمان افسردگی پس از زایمان شامل سه مرحله درمان می‌باشد: ۱- درمانگر به زوجین کمک می‌کند تا چرخه‌های منفی شان را از بین ببرند تا احساس تعلق هیجانی بین آن‌ها تسهیل شود ۲- وقتی چرخه منفی دوباره شکل گرفت به گونه‌ای به شکل‌گیری رفتار تعاملی منفی زوجین منجر می‌شود و ۳- زوجین چرخه‌های مثبت تعامل و پیوند را شکل می‌دهند.

⁵³. Whiffen, & Johnson

⁵⁴. Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall

⁵⁵. Bartholomew

نظریه بین فردی

نظریه بین فردی سالیوان^{۵۶} (۱۹۵۳) و نظریه دلبستگی بالبی^{۵۷} (۱۹۷۳) اساس روانی درمانی بین فردی را شکل می‌دهند. نظریه بین فردی سالیوان (۱۹۵۳) انسان‌ها را به مثابه موجودات ذاتاً اجتماعی می‌نگرد که شخصیت شان بر طبق تجارب بین فردی تعیین می‌شود و نه تجارب درون روانی. سالیوان پیشنهاد کرد که افراد برای کاهش استرس و اضطراب خود از مکانیزم‌های امنیتی استفاده کنند. این مکانیزم‌ها شامل: بی‌توجهی و انزوا می‌باشد، این مکانیزم‌های امنیتی می‌تواند به ناتوان شدن فرد در ارزیابی عینی رفتار و به تاخیر افتادن تغییرات مثبت در شخصیت فرد منجر شود. سالیوان (۱۹۵۳) دریافت افراد در مورد معنا و مفهوم نمادهای خاص توافق دارند. یکپارچه کردن این تمایلات در درمان بین فردی سولیوان اهمیت داشته و مهم است. این تمایلات در واقع همان رفتارهایی عادی هستند که فرد را به سمت خود جذب می‌کند مانند تماس چشمی و لبخند زدن می‌باشد در واقع همین تمایلات به فرد کمک می‌کند جهت دوری از اضطراب احساس امنیت کند. استیوارت و اوهارا (۱۹۹۵) از IPT جهت درمان موثر افسردگی پس از زایمان استفاده کرده اند. آنان دریافتند که مادران افسرده تازه زایمان کرده در روابط بین فردی شان از مشکلات زیادی رنج می‌برند و اختلافات زیادی بین سطح انتظارشان از حمایت اجتماعی جهت بچه داری و سطح حمایتی که بایستی عملاً دریافت کنند را دارند. این عدم حمایت ادراک شده بیشتر بر روابط با همسران متمرکز است. IPT جهت درمان افسردگی پس از زایمان بر یک یا دو از چهار زمینه مخالف مسئله بین فردی تمرکز دارد که شامل: تغییرات سریع نقش، اختلافات بین فردی، سوگ و کمبودهای بین فردی می‌باشد. طول زمان درمانی آن کوتاه مدت است و هدف اصلی آن این است که نشانه‌های افسردگی را در مادران تسکین دهد. حداکثر جلسات استفاده شده در درمان بین فردی ۱۲ جلسه می‌باشد. روش‌های بین فردی برای افسردگی پس از زایمان شامل آموزش روان‌شناسی، تجزیه و تحلیل ارتباط بین فردی و ایفای نقش می‌باشد در پایان جلسه درمانگر به مادران کمک می‌کند تا برای مقابله با مشکلات بین فردی که ممکن است در آینده روی دهد احساس شایستگی را در خود به‌روراند (استیوارت و اوهارا، ۱۹۹۵).

نظریه خود برچسب زنی

تویتس^{۵۸} (۱۹۸۵) نظریه خود برچسب زنی را در بیماران روانی جهت تبیین جستجوی درمان داوطلبانه و موارد کوتاه مدت بیماران روانی را توسعه داد. طبق این نظریه خود برچسب زنی در بیماران روانی شامل مفهوم سازی بیماری روانی به عنوان انحراف هیجانی و عاطفی می‌باشد که ناشی از تلاش‌های مدیریت هیجانی ناموفق می‌باشد. تویتس (۱۹۸۵) دریافت که افرادی که هنجارهای اجتماعی را زیر پا می‌گذارند گاهی عملاً قانون شکن می‌شوند و جهت ارزیابی اعمال شان به واکنش‌های سایر افراد وابستگی ندارند.

سه فرضیه، اساس فرایندهای خود برچسب زنی را تشکیل می‌دهد: عبارتند از:

الف- فرد خود برچسب زن، یک فرد کاملاً اجتماعی است که می‌تواند با زیر پا گذاشتن قوانین یا نقض انتظارات هنجاری یا قانونی را تشخیص دهد

ب- اصول شناخته شده‌ای از هنجارهایی وجود دارد که وقتی نقض می‌شوند برچسب‌های فرهنگی را منتقل می‌کند و

ج- برانگیختگی فرد جهت انطباق با انتظارات اجتماعی (تویتس، ۱۹۸۵). تویتس با تأسی از هاچ شایلد^{۵۹} (۱۹۸۳) هنجارهای هیجانی و قوانین را به تئوری خود برچسب‌زنی اضافه کرد. هنجارهای هیجانی همان مقرراتی هستند که توانایی، دامنه و انحراف

⁵⁶. Sullivan

⁵⁷. Bowlby

⁵⁸. Thoits

⁵⁹. Hochschild

از هیجانات مناسب در یک موقعیت معین را دیکته می‌کند. بیان قوانین در واقع هنجارهایی هستند که در بروز واکنش‌های هیجانی حاکم هستند. شرایط پر استرس می‌تواند به اختلاف بین احساسات یک فرد و مقررات احساسی منجر شود. تیلور^{۶۰} (۱۹۹۶) با استفاده از نظریه خود برجسب زنی پیشنهاد کرد که افسردگی پس از زایمان می‌تواند به دلیل نقض هنجارهای احساسی و قواعد بیان در نظر گرفت. مادران تازه زایمان کرده احساسات و علائم پریشانی شخصی خود مثل گناه و اضطراب را براساس ادراک خود احساس کرده و جهت به ظهور رساندن اسطوره‌های فرهنگی مانند لذت و عشق آبی به کودک خود را ارزیابی می‌کنند. تویتس (۱۹۸۵) متوجه شد جهت درمان این اختلال در مادران تازه زایمان کرده خودیاری و فمینیسم در خلق و خوی مادران تاثیر شگرفی ایجاد می‌کند و درمانجویی داوطلبانه جهت درمان این اختلال به صورت خودیاری از گروه‌ها پشتیبانی خود را اعمال کرده و به زنان راه‌حلهایی در دیدگاه سنتی شان جهت مراقبت مادری از کودک خود ارائه می‌دهد.

حمایت اجتماعی^{۶۱}

حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک‌های مالی، طرح یا توصیه بهداشتی، حمایت عاطفی از سوی دیگرانی که فرد به آن‌ها علاقه‌مند است و یا برایش ارزشمند تلقی می‌شوند و بخشی از شبکه اجتماعی فرد به شمار می‌روند مانند همسر، بستگان و نیز تماس با نهادهای مذهبی. حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات سوء ناشی از بیماری مزمن را کاهش داده و به بیمار کمک نماید تا سازگاری بهتری با بیماری خود داشته باشد (شایقیان، امیری، آگیلار وفایی، بشارت، پروین و روحی گیلانی، ۱۳۹۴).

حمایت‌ها می‌توانند از منابع متعددی مثل خود فرد، اشخاص دیگر، فن‌آوری و خدمات توان‌بخشی فراهم آید. در زیر مثال‌هایی از هر یک از انواع حمایت‌ها ارائه می‌شود.

- فرد: مهارت‌ها، شایستگی‌ها و توانایی و فرصت برای انتخاب، کسب درآمد، اطلاعات و ارزش‌های معنوی؛
- دیگر افراد: خانواده، دوستان و همکاران، همسایگان و همشهریان؛
- فن‌آوری: طرح‌های کمکی، انطباق شغل/محیط زندگی و فن‌آوری رفتاری؛
- خدمات: خدمات توان‌بخشی موجود که در صورت نبود منابع طبیعی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرند (لاکسون^{۶۲} و همکاران، ترجمه ماهر، ۱۳۸۰).

حمایت اجتماعی ادراک شده از ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران شکل می‌گیرد. نظریه پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده، بیان می‌کنند تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شوند. به بیان دیگر، ارتباط اجتماعی منابع حمایت اجتماعی نیست، مگر آنکه فرد آن را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند؛ بنابراین نه خود حمایت بلکه ادراک فرد از حمایت است که اهمیت دارد (پوراآقا رودبره، کافی و رضائی، ۱۳۹۰).

نتیجه گیری

بر اساس تعاریف ذکر شده از مولفه های حمایت اجتماعی و نتایج پژوهش حاضر و پایان نامه (شقایق، و همکاران، ۱۳۹۷) می‌توان گفت نیاز روحی مادران باردار بیشتر در حوزه عاطفی است و صرف حضور مثبت اطرافیان و ابراز محبت از سوی آنها می‌تواند از بروز افسردگی در آنها جلوگیری کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت براساس نظر تیلور و همکاران (۲۰۰۴)، به نقل از مظفری، (۱۳۸۹) حمایت عاطفی شامل ابراز همدردی، توجه، محبت و علاقه نسبت به فرد است در این صورت فرد در

⁶⁰. Tylor

⁶¹. social support

⁶² Luckasson

زمان تنش احساس آسایش، اطمینان و تعلق می‌کند. هم‌چنین فراهم آوردن مهر، عطوفت و توجه نسبت به فرد دیگر و قوت قلب دادن به او تا این که احساس کند انسان ارزشمندی است و مورد توجه قرار گرفته است. علاوه بر حمایت عاطفی جلسات مشاوره و روان‌درمانی می‌تواند حمایت اطلاعاتی برای مراجعان فراهم نماید. مورنو (۲۰۰۴، به نقل از حیدری و همکاران، ۱۳۸۴) معتقد است حمایت اطلاعاتی شامل توصیه کردن، پیشنهاد یا دادن جهت یا پاسخوراندن به بیمار است. این حمایت هنگامی اتفاق می‌افتد که فرد دیگری کمک می‌کند تا یک موقعیت تنیدگی‌زا را بهتر درک کند و مشخص می‌کند که کدام منابع و راهبردهای مقابله‌ای برای روبه‌رو شدن با آن موقعیت می‌تواند مورد نیاز باشد. کیم و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که درمان بین فردی باعث بهبود روند افسردگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی درک شده می‌شود. بر این اساس می‌توان گفت وقتی که از فرد در زندگی او حمایت اجتماعی از سوی خانواده، دوستان و جامعه صورت گیرد احساس تنهایی نمی‌کند که باعث درونگرایی فرد گردد که این خود باعث می‌شود فرد با دیگران روابط برقرار کند و احساس افسردگی نکند.

منابع

- [۱] احمدی کانی گلزار، ارسلان (۱۳۹۱). اثر بخشی شناخت درمانی بر درمان افسردگی پس از زایمان و سه عامل پویایی تعارضات وابستگی، خشم و مادری در مادران افسرده پس از زایمان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمان شهرستان سنندج. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه کردستان.
- [۲] اندامی خشک، علیرضا (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت رضایت از زندگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۳] بهبودی، زهرا (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان و عوامل موثر بر آن در خانم‌های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی دانشکده پرستاری و مامایی.
- [۴] پلاچیک (۲۰۰۳). روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی). ترجمه: زارع (۱۳۸۶)، شماره ۱۳، ۴۵-۲۵.
- [۵] پورسید، مهدی (۱۳۹۰). بررسی رابطه مستقیم و غیر مستقیم استرس ادراک شده، کمال گرایی و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی و عملکرد تحصیلی در دانشجویان مقطع علوم پایه رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی علوم تربیتی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- [۶] حسینی، جعفر و میرآقایی، علی محمد (۱۳۹۲). رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده پردازی خودکشی. تهران، خیابان شهید مفتاح، دانشگاه خوارزمی، طبقه ۸، گروه روانشناسی بالینی. شماره ۱، ۷۲-۶۱.
- [۷] حسینی، بیتا (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و راه‌حل محور بر بهبود مؤلفه‌های صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین و ساختن مدل پیشنهادی. رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- [۸] حیدری، سعید، سلحشوریان، آیه، رفیعی، فروغ و حسینی، فاطمه (۱۳۸۴). ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. نشریه روان‌شناسی و روان پزشکی ایران، شماره ۴۶، صص. ۲۰۸-۲۰۳.
- [۹] حیدری، سعید، سلحشوریان، آیه، رفیعی، فروغ و حسینی، فاطمه (۱۳۸۴). ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. نشریه روان‌شناسی و روان پزشکی ایران، ۱۲ (۴۶): ۲۰۸-۲۰۳.
- [۱۰] دادستان، پریخ (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن. چاپ اول. انتشارات رشد.
- [۱۱] دینا، وایر (۱۹۴۹). روش‌های برقراری رابطه با دیگران. ترجمه: بیابانگرد، اسماعیل و نعمتی، حسن. (۱۳۸۲). تهران: انتشارات مهربان نشر.
- [۱۲] رجبی، غلامرضا؛ خداحیمی، سیامک (۱۳۷۸). سبب‌شناسی، ارزیابی و درمان افسردگی پس از زایمان. فصلنامه تازه‌های روان درمانی، سال سوم. شماره‌های ۱۳ و ۱۴، صص. ۶۲-۴۰.
- [۱۳] رجبی، غلامرضا؛ هاشمی شیخ شبانی، سید اسماعیل (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان سنجی مقیاس چند بعدی اجتماعی تصویری. مجله علوم رفتاری، دوره ۵، شماره ۴، صص. ۳۶۹-۳۶۴.
- [۱۴] ریو، ج. م (بی تا). انگیزش و هیجان. ترجمه: یحیی سید محمدی، (۱۳۸۲). تهران: موسسه نشر ویرایش.
- [۱۵] سارافینو، ادوارد (۲۰۰۲). روان‌شناسی سلامت. ترجمه: احمدی ابهری، سید علی. زیر نظر میرزایی، الهه. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات: رشد.
- [۱۶] سامانی، سیامک؛ صادقی، لادن (۱۳۸۹). بررسی کفایت شاخص‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۱، ۵۱-۶۲.
- [۱۷] شیرجنگ، لیلیا؛ سهرابی، نادره؛ حسینی، سیده مریم (۱۳۹۱). پیش بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس رضایت زناشویی و سلامت روان. مجله علمی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، دوره ۲، شماره ۱۰، صص. ۴۴-۲۷.

- [۱۸] شیرجنگ، لیلا؛ قره ایبی، مریم (۱۳۹۲). بررسی و ارتباط بین حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی در افسردگی پس از زایمان. مجله علمی روان شناختی امریکا، شماره ۲، صص. ۱۴۰-۱۴۷.
- [۱۹] کارگر، زهرا (۱۳۹۲). نقش واسطه گری تنظیم هیجانی در رابطه با هوش معنوی و احساس تنهایی. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره. دانشگاه علامه طباطبائی.
- [۲۰] گلمن، دانیل. (۱۹۹۵). هوش هیجانی. ترجمه نسرين پارسا (۱۳۸۹). انتشارات رشد.
- [۲۱] محمدی، محبوبه (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش گروهی مهارت تنظیم هیجان بر زنان مبتلا به افسردگی اساسی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- [۲۲] مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با بروز اختلال افسردگی پس از زایمان. نشریه پرستاری ایران، دوره ۲۴، شماره ۷۰، صص. ۱۸-۸.
- [۲۳] مظفری، الهام (۱۳۸۹). بررسی رابطه فاجعه سازی در دوران رنجور خوبی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- [۲۴] مظفری، الهام (۱۳۸۹). بررسی رابطه فاجعه سازی در دوران رنجور خوبی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- [۲۵] مکالم، گایل (۲۰۰۷). تنظیم هیجان کودکان. ترجمه احمد رضا کیانی و فاطمه بهرامی (۱۳۹۰). تهران: کتاب ارجمند.
- [۲۶] نورانی، امین (۱۳۹۵). بررسی اثر بخشی آموزش مولفه های سرسختی روان شناختی بر تنظیم هیجان و کاهش گرایش به مواد در دانش آموزان دبیرستانی راز و جرگان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- [27] Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: The journal psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- [28] Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Personal and Social Relationships*, 7, 147-178.
- [29] Beck, C. T. (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research*, 42, 42-48.
- [30] Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- [31] Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation, anxiety, and anger*. New York: Basic Books.
- [32] Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press, 542-559.
- [33] Carver, C., & Eysenk, B. (2004) Assessment coping strategies and theoretical based approach. *Journal of personality and social psychology*, 4, 78-98.
- [34] Chaudron, L. H., Szilagyi, P. G., Campbell, A. T., Mounts, K. O., & McInerney, T. K. (2007). Legal and ethical considerations: risks and benefits of postpartum depression screening at well-child visits. *British Journal of Psychiatry*, 119, 8-123.
- [35] Cooper, P. J., Campbell, E. A., & Day, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152(6), 799-806.
- [36] Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- [37] Creed, D., & Shochet, I. (1996). Caring for women suffering depression in the postnatal period. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 5, 13-19.

- [38] Cutrona, C. E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal Abnormal psychology*, 92, 161- 172.
- [39] Decker, C. L. (2007). Social support and adolescent cancer survivor: A review of the literature. *Journal of PsychoOncology*, 16, 1-11.
- [40] Decker, M. L., Turk, C. L., Hess, B., & Murray, C. E. (2008). Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 22, 458-494.
- [41] Dennis, C. L. (2004). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorder*, 78, 163.
- [42] Fosca, G. M. (2008). Beyond the parent-child dyad: Testing family systems influences on childrens emotion regulation. Doctoral dissertation of philosophy, Marquette university, milwaukee, wiscansin. *American Education Research Journal*, 39, 650-666.
- [43] Fraiber, G. (1982). *The Adolescent Psychiatry*. 4, 7-23.
- [44] Gard, P. R., Handley, S. L., & Parsons, A. D. (1986). A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *British Psychiatry*, 148, 567-574.
- [45] Golman, D. (1995). What's Your Emotional Intelligence. Quotient. [Utue.Com / azEQ. tml](http://Utue.Com/azEQ.tmpl).
- [46] Gross JJ.(1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271 – 299
- [47] Gross, J. J, & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- [48] Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- [49] Harris, B. (1980). Prospective trial of tryptophan in maternity blues. *British Journal of psychiatry*. 13, 233- 235.
- [50] Hazen, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
- [51] Highet, N., & Drummond, P. (2004). A comparative evaluation of community treatments for post-partum depression: implications for treatment and management practices. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (4), 212- 218.
- [52] Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: The commercialization of human feelings*. Berkeley: University of California Press.
- [53] Honey, K. (2003). Prediction postnatal depression. *Journal of Affective Disorder*. 76 (1-3) 201- 210.
- [54] Lazarre, J. (1997). *The mother knot*. Durham, NC: Duke University Press.
- [55] Lazarus, R. S, (1991). *Emotion and adaptation*, New York, Oxford University Press.
- [56] Liu, Y. (2006). The antecedents and consequences of emotion regulationat work. A dissertation submitted the department of management in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy.
- [57] Mijolla, D., A. Mijolla-Mellor, D. A., Perron. R., & Golse. B. (2005). *Dictionary of Psychoanalysis*. Paris. The French Ministry of Culture- National Book Center. 56-57.
- [58] Moreno, E, S. (2004). Collectivize Social Support ? Elements for reconsidering the social dimension in the study of social support. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(5): 124-134.
- [59] Nicolson, P. (1986). Developing a feminist approach to depression following childbirth. In S. Wilkinson (Ed.), *Feminist social psychology: Developing theory and practice*. Philadelphia, PA: Milton Keynes: Open University Press.
- [60] Nicolson, P. (1986). Developing a feminist approach to depression following childbirth. In S. Wilkinson (Ed.), *Feminist social psychology: Developing theory and practice*. Philadelphia, PA: Milton Keynes: Open University Press.

- [61] Nylén, K. J., Moran, T. E., & Franklin, C. L. (2006). Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Journal of Health*, 27 (4), 43-327.
- [62] O'Hara, M. W. (1987). Postpartum "blues," depression and psychosis: A review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 73, 205-227.
- [63] O'Hara, M. W., & Zekoski, E. (1988). Postpartum depression: A comprehensive review. 2, 17- 63.
- [64] Oakley, A. (1981). Normal Motherhood: An exercise in self-control? In B.Hulter & G. Williams (Eds.), *Controlling women: The normal and the deviant*. (pp. 79-107). London, UK: Croom Helm.
- [65] Peterson, C. & Park, N. (2007). Explanatory style and emotion regulation. In J. J. Gross(Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford press. 159- 79.
- [66] Posmontire, B. (2008). Functional status out comes in mothers with and without postpartum depression. *Journal of midwifery women's Health*, 53(4), 308- 310.
- [67] Scott, S., & Michal, W. (2009). IPT for Postpartum Depression A Treatment Program. *Journal Psychotherapy*, 4, 20-29.
- [68] Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton.
- [69] Taylor, S. E., Sherman, D., Kim, H. S., & Jarcho, J. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of personality and social Psychology*, 87(2): 345-362.
- [70] Taylor, V. (1996). *Rock-a-by baby: Feminism, self-help, and postpartum depression*. New York: Rutledge.
- [71] Thoits, P. A. (1985). Self-labeling processes in mental illness: The role of emotional deviance. *American Journal of Sociology*, 91, 221- 249.
- [72] Troutma, B. Q., & Cutrona, C. E. (1990). Nonpsychotic post-partum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 69-78.
- [73] Wernike, A., Honig, A., Heres, M. H., & Wernik, J. M. (2006). Psychiatric disorder in pregnant and puerperal women. *American Journal of Sociology*, 150(6), 294-298.
- [74] Whiffen, V. E., & Johnson, S. M. (1998). An attachment theory framework for the treatment of childbearing depression. *Clinical Psychology: Science Practice*, 5, 478-493.