

Brain Behavioral Systems, Early Maladaptive Schema, and Premenstrual Syndrome as a predictors of Postpartum Blues

Alimoradi, B., Nejat, *H.

Abstract

Introduction: The present study aimed to investigate brain-behavioral systems, early maladaptive schemas and premenstrual syndrome as predictors of postpartum blues.

Method: The present study was a descriptive correlational research. Study population included all referred females who diagnosed as mothers with postpartum depression in health centers of Mashahd city during 2018. A total sample of 172 mothers with postpartum depression selected with Multi-stage cluster sampling method. The participants completed brain behavioral systems Scale, Early maladaptive Schema Scale, Edinburgh Postpartum Depression Scale, and Premenstrual Syndrome Scale. Collected data were analyzed by a stepwise regression model.

Results: The results showed that inhibition/activation behavioral systems, premenstrual syndrome, impaired autonomy and performance schemas and impaired limits schemas were all related to postpartum Blues. The behavioral inhibition system, impaired autonomy and performance schemas, impaired limits schemas and premenstrual syndrome positively predicted postpartum Blues and the behavioral activation system negatively predicted postpartum Blues.

Conclusion: Overall, the results of the study confirm that mood, are directly or indirectly influenced by psychological, endogenous and biological factors such as brain behavioral system, schema, premenstrual syndrome. In order to conceptualization, prediction and treatment postpartum blues disorder, we need to consider the role of early maladaptive schema, premenstrual syndromes and behavioral inhibition system.

Keywords: Brain Behavioral System, Schema, Premenstrual Syndrome, Postpartum Blues.

نظام‌های مغزی رفتاری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان پیش از قاعدگی به عنوان پیش‌بینی کننده اندوه پس از زایمان

بهمن علیمرادی^۱، حمید نجات^۲

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۱/۲۴

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش نظام‌های مغزی رفتاری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان پیش از قاعدگی در پیش‌بینی و تبیین اندوه پس از زایمان انجام شد.

روش: مطالعه حاضر جزء طرح‌های توصیفی-همبستگی می باشد. جمعیت تحقیق شامل تمامی مادران بعد از دوره زایمان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بودند که تشخیص اختلال اندوه پس از زایمان گرفته بودند. کل نمونه ۱۷۲ نفری با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد و پرسشنامه نظام‌های مغزی رفتاری، فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ، پرسشنامه نشانگان پیش از قاعدگی و مقیاس افسردگی ادینبرگ را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نظام‌های بازداری/فعال‌ساز رفتاری، نشانگان پیش از قاعدگی و طرحواره‌های حوزه خودگردانی-عملکرد مختل و حوزه محدودیت مختل همگی با اندوه پس از زایمان رابطه داشتند. نظام بازداری رفتاری، طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل، طرحواره محدودیت مختل، و نشانگان پیش از قاعدگی به طور مثبت و نظام فعال‌ساز رفتاری به صورت منفی اندوه پس از زایمان مادران را پیش‌بینی کردند.

نتیجه‌گیری: در مجموع، نتایج پژوهش حاضر تأییدی است بر این‌که خلق می‌تواند تحت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم عوامل روانی، زیستی و درون‌زاد از قبیل طرحواره‌ها، نظام‌های مغزی و نشانگان پیش از قاعدگی قرار بگیرد. به همین منظور در مفهوم پردازی، پیش‌بینی و درمان اختلال اندوه پس از زایمان، لازم است به نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نشانگان پیش از قاعدگی و نظام بازداری رفتاری توجه کرد.

واژه‌های کلیدی: نظام‌های مغزی رفتاری، طرحواره‌ها، نشانگان پیش از قاعدگی، اندوه پس از زایمان.

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران

۲- نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، قوچان، ایران

مقدمه

بارداری و دوره بعد از زایمان، مادر را با چالش‌های متعددی روبرو می‌کند (۱)، با این وجود اکثر مادران به خوبی از عهده مراقبت از کودک برمی‌آیند، اما برای برخی از مادران چالش‌های این دوره می‌تواند به حدی استرس‌زا باشد که باعث شروع اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی و یا اندوه پس از زایمان^۱ شود (۲، ۳). اندوه پس از زایمان، از جمله عوارضی است که ممکن است در دوران بعد از زایمان، مادران را درگیر کند و با حالت‌های غمگینی یا گریه مشخص می‌شود (۴). اندوه پس از زایمان نوعی از اختلالات خلقی زودرس پس از زایمان است که روز دوم پس از زایمان آغاز و تا روز دهم پس از زایمان بهبود می‌یابد (۵). نوع شدیدتر این عارضه که با خلق افسرده، افزایش اضطراب و بی‌خوابی مشخص می‌شود، افسردگی بعد از زایمان نام دارد (۶).

عوامل ایجادکننده اندوه پس از زایمان به درستی شناخته شده نیستند، اما در مورد علل احتمالی می‌توان به این موارد اشاره نمود؛ احساس یأس در اثر ترس و تهییج که در اکثر زنان، طی حاملگی و زایمان بروز می‌کند، ناراحتی ناشی از اوایل دوره نفاس، خستگی حاصل از مشکلات خواب، اضطراب در مورد عدم توانایی برای مراقبت از نوزاد، ترس از کاهش جذابیت بعد از زایمان، همچنین دخالت عوامل هورمونی از جمله کاهش سطح اندورفین، استروژن و پروژسترون نیز در بروز این عارضه عنوان شده است (۷). اگرچه تغییرات هورمونی در زنان محدود به دوره بعد از زایمان نمی‌شود و گاهی کل چرخه زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ولی یکی از مهم‌ترین دوره‌های تغییرات هورمونی در زنان دوران قاعدگی است، در واقع شروع دوران قاعدگی در نوجوانی مهم‌ترین رویداد تکاملی دستگاه تناسلی و توانایی باروری دختران است (۸). خونریزی قاعدگی به طور متوسط در ۱۳ سالگی شروع شده، در سال‌های باروری ادامه دارد و در دوران یائسگی قطع می‌شود (۹). تجربه فرایندهای روان‌شناختی، هیجانی و جسمانی مرتبط با قاعدگی، استرس‌زا بودن این نشانه‌ها و گاه مداخله آن‌ها با زندگی روزمره فرد، اهمیت توجه به قاعدگی را مورد تأکید قرار می‌دهد (۱۰).

از طرفی گاهی شناخت‌های افراد تحت تأثیر بعضی از حالت‌ها و بیماری‌های جسمی قرار می‌گیرد و باعث تحریف‌هایی در عملکرد و نگرش فرد می‌شود که این تحریف‌های شناختی خلق و عاطفه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، یکی از این حالت‌ها که در زنان رخ می‌دهد، نشانگان پیش از قاعدگی^۲ (PMS) است که برای توصیف علائم جسمی و روانی بکار می‌رود و حدود ۲ هفته قبل از قاعدگی شروع می‌شود و با شروع خونریزی قاعدگی بر طرف می‌شود (۱۱). بررسی‌های همه‌گیرشناسی حاکی از این است که حدود ۷۵ درصد زنان علائم فیزیکی و روانی قبل از قاعدگی را تجربه می‌کنند (۱۲)، ولی موارد شدید آن تنها در ۵ درصد موارد گزارش شده است (۱۳). شایع‌ترین علائم خلقی این افراد افسردگی، بی‌ثباتی عاطفی، خشم و تحریک‌پذیری و شایع‌ترین علائم جسمی احساس درد، نفخ شکم و آکنه است (۱۰).

تحقیقات نشان دادند که نشانگان پیش از قاعدگی در متاهل‌ها شدیدتر از مجردها است (۱۴، ۱۵). همچنین تحقیقات نشان دادند که بین نشانگان پیش از قاعدگی و افسردگی پس از زایمان رابطه وجود دارد و زنانی که شدت علائم پیش از قاعدگی در آنان بیشتر است به احتمال زیاد بیشتر به افسردگی پس از زایمان مبتلا می‌شوند (۱۶، ۱۷). از طرفی عقیده بر این است که تغییرات هورمونی که احتمالاً در ایجاد اندوه پس از زایمان نقش دارند، مشابه همان تغییراتی است که در نشانگان پیش از قاعدگی نیز رخ می‌دهند (۱۸). چون نشانگان پیش از قاعدگی را می‌توان به صورت عود دوره‌های ترکیبی از تغییرات آزاددهنده فیزیکی، روانی یا رفتاری در خلال فاز لوتئال^۳ چرخه قاعدگی تعریف نمود که عوامل متعددی در بروز آن دخالت دارند (۱۹). سه فرضیه که بیش از همه به عنوان علل این عارضه مطرح شده‌اند، عبارتند از: نظریه هورمون‌های تخمدانی، هورمون‌های هیپوفیز و نظریه روانی اجتماعی. واکنش‌های پیچیده بین هورمون‌های تخمدانی، میانجی‌های نظام عصبی مرکزی و نظام عصبی خودکار می‌توانند این اختلال را ایجاد کنند. مثلاً گفته می‌شود نوسانات غلظت پلاسمایی استروژن و پروژسترون می‌تواند تغییرات خلقی را شعله ور کند (۲۰).

1- postpartum blues

2- Premenstrual syndrome

3- luteal phase

این دوران، آغاز افسردگی پس از زایمان است (۲۷). این نوع سریع از هیجان‌ها فرد را دچار سردرگمی می‌کند چون هیجان‌ها چند بعدی هستند و به صورت پدیده‌های ذهنی، زیستی، هدفمند و اجتماعی وجود دارند. هیجان‌ها از این نظر احساس‌های ذهنی هستند که باعث می‌شوند به صورت شناختی مثل عصبانیت یا شادی احساس شود (۲۸)، به طور کلی این نوع شکل‌گیری رفتار و هیجان در فرد می‌تواند خواستگاه دیگری نیز داشته باشد، یعنی این که افراد براساس برنامه زیستی-عصبی بعضی از رفتارها را در طول زمان حذف و برای برخی دیگر، برنامه طولانی مدتی را پیش‌بینی می‌کنند، این نوع شکل‌گیری رفتار را باید در نظریه‌های زیستی شخصیت^۲ بررسی کرد، یکی از برجسته‌ترین رویکردها در این زمینه، نظریه ساختارهای زیستی شخصیت یا نظریه نظام‌های مغزی رفتاری گری^۳ است.

گری (۲۹، ۳۰) با بازنگری ادبیات پژوهش‌های حیوانی در نظریه حساسیت به تقویت^۴ (RST) از شخصیت یک الگوی زیستی ارائه نمود که شامل سه نظام مغزی رفتاری است. به اعتقاد گری (۳۱، ۳۲) این نظام‌های مغزی رفتاری اساس تفاوت‌های فردی می‌باشند و فعالیت هر یک از آن‌ها به فراخوانی واکنش‌های هیجانی متفاوت نظیر ترس و اضطراب می‌انجامد، اولین نظام، نظام فعال‌سازی رفتاری^۵ (BAS) می‌باشد که به محرک‌های شرطی پاداش و فقدان تنبیه پاسخ می‌دهد، فعالیت و افزایش حساسیت نظام فعال-ساز رفتاری موجب فراخوانی هیجان‌های مثبت و رفتارهای روی آورد و اجتناب فعال می‌گردد (۳۳). همچنین حساسیت نظام فعال‌ساز رفتاری نشان دهنده تکانشگری است (۲۹). دومین نظام، نظام بازداری رفتاری^۶ (BIS) است که به محرک‌های شرطی تنبیه و فقدان پاداش و همچنین به محرک‌های جدید و محرک‌های ترس‌آور ذاتی پاسخ می‌دهد (۳۳).

فعالیت نظام بازداری رفتاری موجب فراخوانی حالت عاطفی اضطراب و بازداری رفتاری، اجتناب فعل‌پذیر، خاموشی، افزایش توجه می‌گردد (۳۴، ۳۵). سومین نظام، نظام ستیز و

از طرفی در حوزه‌ی رشد شناختی، اصطلاح دیگری که هیجان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد طرحواره^۱ نام دارد. نظریه پردازان طرحواره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که براساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارت خود را تبیین کنند (۲۱). طرحواره بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایز کننده‌ی یک واقعه شناختی، هیجانی و رفتاری است. به عبارت دیگر طرح کلی از عناصر برجسته یک واقعه را طرحواره می‌گویند (۲۲). در زمینه رشد شناختی، طرحواره به عنوان «نقشه‌ی انتزاعی شناختی» در نظر گرفته می‌شود که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسئله است. با این حال در روان‌شناسی طرحواره‌ها به عنوان یک اصل سازمان بخش در نظر گرفته می‌شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است (۲۳). طرحواره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی می‌چسبانند، حتی اگر هیچ کاربرد دیگری نداشته باشند. این مسئله همان چیزی است که از آن گاهی اوقات به عنوان نیاز به «هم‌هنگی شناختی» یاد می‌شود، یعنی «حفظ دیدگاهی با ثبات درباره‌ی خود و دیگران»، حتی اگر این دیدگاه نادرست یا تحریف شده باشد (۲۲). با این تعریف کلی طرحواره‌ها می‌تواند مثبت یا منفی، سازگار یا ناسازگار باشد و همچنین می‌تواند در اوایل زندگی یا در مسیر بعدی زندگی شکل بگیرد (۲۲).

حال اگر طرحواره‌ها در خصوص افراد مبتلا به اندوه پس از زایمان بررسی شود به این نتیجه می‌توان رسید که گاهی خلق افسرده هیجان‌های افراد را محکوم به طرحواره بی-رمقی و بی‌حوصله‌گی می‌کند و باعث افت فعالیت افراد می‌شود، برای مثال در اندوه پس از زایمان، این بیماری حتی گاهی فرد را به مرز از بین بردن خود و فرزندش می‌کشاند (۲۴). ولی گاهی این بیماری می‌تواند با همیاری دیگران سریع بهبود یابد. به هر حال اندوه پس از زایمان، وضعیتی طبیعی است که در ۵۰ درصد زنان پس از تولد نوزاد روی می‌دهد (۲۳). تغییرات سریع هورمونی و اشکال در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال از علل این عارضه می‌باشد (۲۵). اگرچه این تغییرات هورمونی سریع، گذار و گاهی خودمحدود شونده است و فقط طی چند روز اول پس از زایمان مشاهده می‌شود (۲۶)، اما در برخی موارد، اندوه

1- schema

2- biological personality theories

3- Gray behavioral brain systems

4- reinforcement sensitivity theory

5- behavioral activation system

6- behavioral inhibition system

نشانگان پیش از قاعدگی با اندوه پس از زایمان مادران رابطه دارد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی ۱۲۴۳۶ مادری می باشد که در طی هفته اول پس از زایمان به مراکز بهداشتی (مراکز جامع سلامت) شهر مشهد در طی ۶ ماهه اول (فروردین تا شهریور) سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده و فرم غربالگری اولیه سلامت روان آن توسط مراقب سلامت و کارشناس سلامت روان تکمیل شده و براساس مصاحبه تشخیصی ۳روانپزشک و ۵ روان‌شناس مبتنی بر ملاک‌های تشخیصی DSM-5 تشخیص اختلال اندوه پس از زایمان گرفتند. در این پژوهش سعی شد که ملاک‌های تشخیص افتراقی بین اختلال اندوه پس از زایمان با افسردگی پس از زایمان و روانپریشی پس از زایمان با دقت بررسی شود و از آنجا که این اختلالات مشابهت زیادی به همدیگر دارند، بین طول دوره ابتلا و نشانگان اصلی، تفاوت‌ها مشخصاً در نظر گرفته شود. به-منظور انتخاب افراد نمونه از این جامعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. به این ترتیب که در مرحله اول، سه مرکز بهداشتی سطح شهر مشهد (مرکز بهداشت شماره ۱ و ۲ و ۳) به عنوان طبقات اولیه در نظر گرفته شدند، و در مرحله دوم پنج پایگاه بهداشتی‌درمانی از بین طبقات اولیه به طور تصادفی انتخاب شدند. در نهایت تعداد ۱۷۲ نفر به‌عنوان گروه نمونه براساس جدول مورگان انتخاب شدند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان از ۱۹ تا ۴۱ سال و میانگین سنی آن‌ها ۳۲ سال بود. به لحاظ مقطع تحصیلی، شرکت‌کنندگان از مقطع تحصیلی سیکل تا دکترا (۲۶ شرکت‌کننده تحصیلات راهنمایی، ۵۶ نفر دیپلم، ۴۸ نفر فوق دیپلم و کارشناسی، ۳۴ نفر کارشناسی ارشد و ۸ نفر پزشکی و دکترا) پراکنده بودند ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: تحصیلات سیکل به بالا، عدم استفاده از داروهای مؤثر بر روان و ایجاد کننده خلق منفی، عدم اعتیاد به سیگار، الکل و مواد مخدر، نداشتن مشکلات طبی،

گریز^۱ (FFS) است که به محرک‌های آزارنده حساس است و مؤلفه‌های رفتاری نظام ستیز و گریز که فعالیت زیاد آن با پسیکوزگرایی ارتباط دارد، پرخاشگری تدافعی (ستیز) و فرار سریع از منبع تنبیه (گریز) می باشد (۳۱، ۳۶، ۳۷). گری (۲۹) براساس نظریه نظام‌های مغزی رفتاری این فرض را مطرح ساخت که اختلالات روان‌پزشکی ناشی از اختلال کارکرد یکی از این نظام‌ها یا تعاملات آن‌ها با هم می‌باشد، از زمان ارائه الگوی گری (۳۲) پژوهشگران این فرضیه را مطرح کردند که حساسیت نابهنجار این نظام‌ها نشان دهنده آمادگی و استعداد به اشکال متعدد آسیب شناسی روانی است (۳۸، ۳۹). به‌طوری‌که نظام فعال‌ساز رفتاری و نظام بازداری رفتاری می‌تواند دامنه وسیعی از اختلالات را تبیین کند. گری (۲۹) اذعان کرد که اضطراب و افسردگی نوروتیک نتیجه فعالیت بیشتر نظام بازداری رفتاری در حالی که افسردگی پسیکوتیک از فعالیت کم نظام فعال‌ساز رفتاری و سوء مصرف مواد از فعالیت بیشتر نظام فعال‌ساز رفتاری ناشی می‌شود (۴۰). گری و مک‌ناتون (۴۱) با تجدید نظر در نظریه حساسیت به تقویت تغییراتی ایجاد نمودند. بر این اساس نظام ستیز و گریز، به نظام ستیز، گریز و انجماد^۲ (FFFS) تغییر یافت که در تئوری جدید انجماد یا بهت پاسخ به تهدیدهای واقعی که قابل اجتناب نیستند اشاره دارد (۴۲).

به‌طور کلی خلق، حالت طبیعی درونی شخص می‌باشد که به میزان زیادی بر رفتار، شخصیت و ادراک افراد تأثیر می‌گذارد. شخص طبیعی طیف وسیعی از انواع خلق‌ها را تجربه می‌کند و قادر به کنترل خلقیات خود می‌باشد. گاهی افراد یک احساس غمگینی و یاس را به نام اندوه تجربه می‌کنند که بسیار شایع است و به عنوان پاسخ طبیعی به سرخوردگی‌های روزمره تلقی می‌شود و گاهی ممکن است این اندوه راه انداز اختلال وسیع‌تری همچون افسردگی باشد. با توجه به این که نتایج تحقیقات در خصوص اندوه پس از زایمان و همچنین نظام‌های مغزی رفتاری گاه متناقض بوده است، پژوهش حاضر سعی دارد با در نظر گرفتن تحقیقات پیشین و همچنین با استفاده از تئوری جدید حساسیت به تقویت به این سوال پاسخ دهد که آیا نظام‌های مغزی رفتاری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و

1- fight flight systems

2- freeze

مقیاس را از منظر همسانی درونی، همبستگی مجموعه ماده‌ها، بازآزمایی، تحلیل عاملی، همبستگی میان خرده مقیاس‌ها و روایی ملاکی مورد بررسی قرار دادند که دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۸۸، ضریب بازآزمایی ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ و همبستگی‌های مجموع ماده‌ها ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کردند.

۳- فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ^۳: این پرسشنامه براساس فرم کوتاه مقیاس یانگ ساخته است. این پرسشنامه دارای ۷۵ ماده است و بر پایه‌ی یافته‌های یانگ (۴۶)، پانزده طرحواره غیر انطباقی در ۵ حوزه را ارزیابی می‌کند. این طرحواره‌ها عبارتند از: (۱) محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی ثباتی، بی اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته/گرفتار، (۳) استحقاق/بزرگ منشی و خود کنترلی ناکافی، (۴) اطاعت، فداکاری، (۵) بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/بیش انتقادی. ماده-ها به کمک مقیاس شش گزینه درجه‌بندی می‌شود (یک: کاملاً غلط در مورد من نادرست است؛ تا شش: کاملاً درست مرا توصیف می‌کند). نمره‌ی بالا در یک خرده مقیاس معینی احتمال وجود طرحواره‌ی ناسازگار را برای آن فرد نشان می‌دهد. اولین پژوهش جامع در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این طرحواره‌ها را اسمیت، جونز، یانگ و تلچ (۴۷) انجام دادند؛ ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمد. این پرسش‌نامه را آهی (۴۸) ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن بر حسب آلفای کرونباخ در گروه زنان ۰/۹۷ و در گروه مردان ۰/۹۸ گزارش کرده است.

۴- پرسشنامه سندرم پیش از قاعدگی^۴: این پرسش‌نامه با هدف سنجش نشانگان پیش از هر عادت ماهانه توسط خدادادی، بدیعی و خوشدل در سال ۱۳۹۱ و با همکاری مرکز ارتقاء سلامت زنان طراحی شده است. این پرسشنامه برای جامعه دانشجویان، جوانان و بزرگسالان مؤثتی که

روانی، مامایی و عدم وجود سابقه اندوه و افسردگی پس از زایمان در زایمان‌های قبلی، عدم تجربه رویداد استرس آور زندگی طی دوران بارداری مثل فوت عزیزان و طلاق بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل: عدم همکاری در خصوص تکمیل پرسشنامه‌ها و رضایت‌نامه بود.

ابزار

۱- مقیاس افسردگی ادینبرگ^۱: این مقیاس یک آزمون ۱۰ سوالی چندگزینه‌ای خود گزارشی است که جهت سنجش اندوه پس از زایمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. میزان نمره آزمون بین ۵ تا ۲۰ می‌باشد که براساس میزان نمره کسب شده نمرات بالای ۱۰ جهت بررسی افسردگی‌های خفیف تا شدید مورد بررسی قرار می‌گیرد. طبق این آزمون، افرادی که نمرات کمتر از ۱۰ را کسب کنند، به عنوان سالم تلقی می‌شوند. نمرات بین ۱۰ الی ۱۵، به عنوان غم پس از زایمان و نمره بیش از ۱۵، به عنوان افسردگی پس از زایمان منظور می‌شوند. کلید آزمون در این پرسشنامه به این صورت است که سوال‌های ۱، ۲، ۴ تا ۱۰ و سوال-های ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰، از ۳ تا ۰ نمره‌گذاری می‌شود. امتیازات به دست آمده را با هم جمع می‌شوند تا رقم کلی آزمون به دست آید. آزمون ادینبرگ یک مقیاس استاندارد برای بررسی افسردگی پس از زایمان می‌باشد و مطالعات نشان داده‌اند این ابزار می‌تواند برای سنجش اندوه و اختلالات خلقی در روزهای اول نفاس نیز استفاده شود. در زمینه حساسیت آزمون مصلی‌نژاد (۴۳) پایایی آن را برای جمعیت ایرانی ۶۵/۸ و ویژگی آن ۷۶/۵ اعلام کرده است. ارزش اخباری مثبت آزمون ۶۲/۲ و ارزش اخباری منفی آزمون ۷۹/۲ و دقت تشخیص درست آزمون ۷۲/۶ و حدود اطمینان برای آزمون را (۰/۰۶۲) محاسبه کرده‌اند.

۲- پرسشنامه پنج عاملی جکسون^۲: این مقیاس ۳۰ گویه‌ای توسط جکسون (۴۴) طراحی شده است و به منظور سنجش نظام‌های نظریه تجدیدنظر شده حساسیت به تقویت به کار می‌رود. جکسون پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ برای هر یک از این نظام‌ها محاسبه نموده که بدین شرح است: نظام فعال‌ساز رفتاری ۰/۸۳، نظام بازداری رفتاری ۰/۷۶، کل نظام ستیز، گریز و انجام ۰/۷۴ (برای هریک از زیر نظام‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۴، ۰/۷۰) می‌باشد. حسنی، صالحی و رسولی آزاد (۴۵) پایایی و روایی نسخه ایرانی این

1- edinburgh postpartum depression scale (EPDS)

2- jackson-5 scale

3- schema questionnaire short form (SQ-SF)(1)

4- premenstrual syndrome questionnaire

جدول ۱) توزیع فراوانی نسبی و درصد افراد نمونه برحسب متغیر تعداد زایمان

شاخص	نخست‌زا	بارداری دوم	بارداری سوم
فراوانی	۱۰۶	۴۲	۲۴
درصد	۶۱/۶٪	۲۴/۴٪	۱۴٪

مطابق با جدول ۲، نتایج تحلیل همبستگی دو متغیری بیانگر آن است که بین اندوه پس از زایمان و نشانگان پیش از قاعدگی همبستگی مثبت و معناداری ($r=0/53$) وجود دارد، همچنین بین اندوه پس از زایمان با طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل ($r=0/30$)، طرحواره‌های حوزه محدودیت مختل ($r=0/24$) همبستگی‌ها مثبت و معنادار است. همچنین همبستگی اندوه پس از زایمان با نظام بازداری رفتاری تجدیدنظر شده مثبت و معنادار ($r=0/37$)، و با نظام فعال‌ساز رفتاری تجدیدنظر شده همبستگی منفی و معنادار ($r=-0/39$) است، اما این متغیر با نظام‌های ستیز، گریز و انجماد همبستگی ندارد. سایر روابط همبستگی بیانگر آن است که نشانگان پیش از قاعدگی همبستگی معناداری با هیچ یک از طرحواره‌های اولیه ندارد. همچنین مشخص شد که نشانگان پیش از قاعدگی با دو نظام مغزی - رفتاری رابطه دارد، بدین نحو که از یک طرف همبستگی مثبت نسبتاً قوی معناداری ($r=0/59$) با نظام بازداری رفتاری تجدیدنظر شده دارد و از طرف دیگر همبستگی منفی معناداری ($r=-0/14$) نیز با نظام بهت یا انجماد دارد. علاوه بر این مشخص شد که نظام بازداری رفتاری تجدیدنظر شده با طرحواره‌های حوزه بریدگی / طرد همبستگی منفی و معناداری ($r=-0/17$) دارد اما با سایر طرحواره‌ها همبستگی ندارد. در خصوص ارتباط طرحواره‌ها با نظام فعال‌ساز رفتاری تجدیدنظر شده فقط طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل با نظام فعال‌ساز رفتاری همبستگی منفی و معناداری ($r=-0/16$) نشان داد. بین سایر نظام‌های مغزی - رفتاری با طرحواره‌های ناسازگاری اولیه نیز همبستگی معناداری مشاهده نشد.

در ادامه با کمک رگرسیون چندگانه به روش گام به گام نقش نظام‌های مغزی رفتاری در پیش‌بینی و تبیین اندوه پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفت. در این مدل

سواد خواندن را داشته و مفهوم جملات را به خوبی متوجه شوند، قابل اجرا است. این پرسش‌نامه ۳۹ گویه دارد و پاسخ‌ها به صورت لیکرت از هیچ تا خیلی شدید درجه‌بندی شده است. شیوه نمره‌گذاری در این پرسش‌نامه در کلیه گویه‌ها به صورت مستقیم می‌باشد. و به این صورت است که به هیچ (نمره صفر) و ضعیف (نمره ۱) به شدید (نمره ۳) و به خیلی شدید (نمره ۴) داده می‌شود و در نهایت نمرات با هم جمع شده و نتیجه کلی مشخص می‌شود، به طوری که نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت علائم در فرد است. اعتبار این پرسش‌نامه توسط آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ به دست آمده است (۴۹).

روند اجرای پژوهش: بعد از انجام هماهنگی‌های لازم با معاونت بهداشتی استان و اخذ نامه‌ها و مجوزها و دریافت کد اخلاق در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد، به مراکز بهداشتی و درمانی سطح شهر مشهد مراجعه شد و در تابلوهای اعلانات مراکز اطلاع‌رسانی لازم جهت اجرای پژوهش انجام گردید. بعد از تعیین روز برای پذیرش مراجعین، به افراد گروه هدف در خصوص روند اجرای پژوهش، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، رازداری در خصوص اطلاعات شخصی و نشانی شرکت‌کننده‌ها، آگاهی از نتایج پژوهش و غیره توضیح کوتاهی داده شد. با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، شرکت‌کننده‌ها سوالات پرسشنامه‌ها را به صورت فردی در زمان تقریباً ۴۵ دقیقه تکمیل کردند.

یافته‌ها

داده‌های شرکت‌کنندگان با بهره‌گیری از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS و استفاده از تحلیل رگرسیون با ورود گام به گام ۱ مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱ توزیع فراوانی نسبی و درصد افراد نمونه برحسب متغیر تعداد زایمان را نشان می‌دهد که از بین ۱۷۲ شرکت‌کننده ۱۰۶ نفر بارداری اول، ۴۲ نفر بارداری دوم و ۲۴ نفر بارداری سوم را تجربه کرده بودند.

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. همچنین، برای این که بتوانیم ارتباط بین متغیرها را به صورت شفاف‌تر درک کنیم همبستگی بین متغیرها محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۲ به همراه اطلاعات توصیفی ارائه شده است.

شد که نتایج آن بیانگر عدم وجود همخطی بین متغیرهای پیش‌بین است. همچنین مقدار آماره دوربین و اتسون برابر با ۱/۹۹ است که نشان می‌دهد باقیمانده‌ها نیز با هم همبستگی ندارند، یعنی از هم مستقل هستند. جدول ۳ نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون را نشان می‌دهد.

رگرسیونی متغیرهای نظام‌های مغزی رفتاری، نشانگان پیش از قاعدگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای تبیین اندوه پس از زایمان مادران وارد مدل شدند. لازم به ذکر است که پیش از انجام تحلیل یادشده، نخست مفروضه‌های آماری مورد نظر مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی مفروضه عدم همخطی چندگانه، از شاخص تحمل استفاده

جدول ۲) میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	M	SD
۱. اندوه پس از زایمان	—											۱۲/۴۱	۱/۶۷
۲. نشانگان پیش از قاعدگی	۰/۵۳**	—										۳۱/۳۰	۱۰/۱۴
۳. بریدگی / طرد	۰/۰۹	-۰/۰۰۱	—									۴۶/۸۴	۱۴/۴۵
۴. خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۳۰**	۰/۱۲	-۰/۰۱	—								۴۶/۲۲	۱۴/۴۰
۵. محدودیت مختل	۰/۳۴**	۰/۱۰	۰/۱۸**	۰/۰۷	—							۲۵/۴۷	۱۰/۲۷
۶. دیگر جهت‌مندی	۰/۰۶	۰/۰۹	-۰/۰۷	۰/۱۰	-۰/۳۳**	—						۴۰/۴۶	۱۷/۶۰
۷. گوش به‌زنگی و بازداری	۰/۱۲	۰/۱۳	-۰/۱۲	-۰/۰۲	۰/۱۰	۰/۰۹	—					۴۴/۳۸	۱۵/۱۶
۸. بازداری رفتاری (tBIS)	۰/۳۷**	۰/۵۹**	-۰/۱۷*	۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۰۵	—				۱۲/۹۵	۳/۲۲
۹. فعال‌سازی رفتاری (tBAS)	-۰/۳۹**	-۰/۰۹	۰/۰۴	-۰/۱۶*	۰/۰۱	-۰/۰۲	-۰/۰۴	-۰/۱۵*	—			۱۰/۸۲	۵/۲۴
۱۰. ستیز	-۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۰۱	۰/۰۱	-۰/۱۰	۰/۰۵	۰/۰۰۲	۰/۲۰**	—		۱۰/۲۷	۴/۵۱
۱۱. گریز	-۰/۱۴*	-۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۱۲	-۰/۰۰۷	۰/۰۲	-۰/۰۲	-۰/۱۰	۰/۱۴*	۰/۴۰**	—	۱۱/۲۸	۴/۷۶
۱۲. بهت یا انجماد	-۰/۱۰	-۰/۱۴*	-۰/۰۲	۰/۰۳	-۰/۰۷	-۰/۰۷	۰/۰۴	-۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۳۹**	۰/۴۶**	۱۰/۳۰	۴/۰۶

* رابطه در سطح ۰/۰۵ معنادار است. **رابطه در سطح ۰/۰۱ معنادار است. M. میانگین؛ SD. انحراف استاندارد.

جدول ۳) مدل رگرسیونی گام به گام نظام‌های مغزی رفتاری برای تبیین اندوه پس از زایمان

مدل	ضرایب پیش‌بینی مدل									مدل
	متغیر	B	S.E	Beta	t	سطح معناداری	F	سطح معناداری	R ²	
گام اول	فعال‌سازی رفتاری	-۰/۱۲	۰/۰۲	-۰/۳۹	-۶/۰۲	۰/۰۰۰۱	۳۶/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹	
	بازداری رفتاری	-۰/۱۱	۰/۰۲	-۰/۳۵	-۵/۵۶	۰/۰۰۰۱	۳۳/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۲۵	

شاخص تحمل استفاده شد که نتایج آن بیانگر عدم وجود همخطی بین متغیرهای پیش‌بین است. همچنین مقدار آماره دوربین و اتسون برابر با ۱/۸۶ است که نشان می‌دهد باقیمانده‌ها مستقل از یکدیگرند. در جدول ۴ نتایج حاصل از این تحلیل به نمایش در آمده است.

مطابق با نتایج جدول ۴، در دو گام، از بین ۵ طرحواره ناسازگارانه، متغیرهای تبیین‌کننده اندوه پس از زایمان شناسایی شدند. ضریب تبیین به دست آمده از این مدل بیانگر آن است که ۹ درصد از واریانس متغیر اندوه پس از زایمان توسط مؤلفه خودگردانی و عملکرد مختل تبیین می‌شود و با اضافه شدن مؤلفه محدودیت مختل در گام دوم، قدرت تبیین این مدل به ۱۴ درصد رسید. نتایج آزمون مدل در گام اول ($F=20/18, P < 0/0001$) و دوم ($P < 0/04$)، ضرایب ($F=16/1$) نیز بیانگر معناداری مدل‌ها است. بررسی ضرایب رگرسیون مدل نهایی نیز بیانگر آن است که طرحواره اولیه خودگردانی و عملکرد مختل ($P < 0/0001, \beta = 0/29$) و سپس طرحواره محدودیت مختل ($P < 0/0001, \beta = 0/22$) قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اندوه پس از زایمان در این مدل هستند.

در آخرین تحلیل، نقش نشانگان پیش از قاعدگی در پیش‌بینی و تبیین اندوه پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۵ حاوی نتایج این تحلیل است.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، مدل رگرسیونی مورد بررسی در دو گام، متغیرهای پیش‌بین اندوه پس از زایمان را از بین نظام‌های مغزی رفتاری شناسایی کرد. ضریب تبیین به دست آمده از این مدل بیانگر آن است که ۱۵ درصد از واریانس متغیر اندوه پس از زایمان توسط نظام فعال‌ساز رفتاری و ۱۰ درصد واریانس آن توسط نظام بازدارنده رفتاری قابل تبیین است. نتایج آزمون مدل در گام اول ($F=36/19, P < 0/0001$) و دوم ($P < 0/0001$)، رگرسیون مدل نهایی (دوم) نیز بیانگر آن است که از بین مؤلفه‌های نظام‌های مغزی رفتاری، نظام فعال‌ساز رفتاری تجدیدنظر شده ($P < 0/01, \beta = -0/35$) و سپس نظام بازدارنده رفتاری تجدیدنظر شده ($P < 0/0001, \beta = 0/32$) قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اندوه پس از زایمان هستند. نظام فعال‌ساز رفتاری تجدیدنظر شده اولین متغیری بوده که وارد مدل شده است و اندوه پس از زایمان مادران را به صورت منفی و معناداری پیش‌بینی می‌کند، درحالی‌که نظام بازدارنده رفتاری، اندوه پس از زایمان مادران را به صورت مثبت و معناداری پیش‌بینی می‌کند.

در ادامه و در تحلیلی مشابه نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی و تبیین اندوه پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی مفروضه عدم همخطی چندگانه، از

جدول ۴) مدل رگرسیونی گام به گام طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای تبیین اندوه پس از زایمان

مدل	ضرایب پیش‌بینی مدل				آماره‌های تبیینی مدل					
	متغیر	B	S.E	Beta	t	سطح معناداری	F	سطح معناداری	R	R ²
گام اول	خودگردانی و عملکرد مختل	0/035	0/008	0/30	4/49	0/0001	20/18	0/0001	0/30	0/09
	خودگردانی و عملکرد مختل	0/034	0/008	0/29	4/36	0/0001	15/89	0/0001	0/37	0/14
گام دوم	محدودیت مختل	0/035	0/01	0/22	3/26	0/001				

جدول ۵) مدل رگرسیون ساده نشانگان پیش از قاعدگی برای تبیین اندوه پس از زایمان

نشانگان پیش از قاعدگی	ضرایب پیش‌بینی مدل				آماره‌های تبیینی مدل				
	B	S.E	Beta	t	سطح معناداری	F	سطح معناداری	R	R ²
نشانگان پیش از قاعدگی	0/09	0/01	0/53	8/48	0/0001	78/27	0/0001	0/53	0/28

مطابق با نتایج جدول ۵، ضریب تبیین به دست آمده از این مدل بیانگر آن است که ۲۸ درصد از واریانس متغیر اندوه پس از زایمان توسط متغیر نشانگان پیش از قاعدگی قابل تبیین است. نتایج آزمون مدل ($F=78/27, P < 0/0001$) نیز بیانگر معناداری مدل فوق است. بررسی ضرایب رگرسیون مدل نهایی نیز بیانگر آن است که این متغیر پیش‌بینی‌کننده مثبت ($P < 0/0001, \beta = 0/53$) اندوه پس از زایمان است.

بحث

پژوهش حاضر به بررسی نقش مؤلفه‌های زیستی شخصیت (نظام‌های مغزی رفتاری)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان پیش از قاعدگی در پیش‌بینی اندوه پس از زایمان در جمعیت بالینی مادران با اندوه پس از زایمان پرداخته است. نتایج نشان داد که متغیر نظام بازداری رفتاری تجدید نظر شده قابلیت پیش‌بینی اندوه پس از زایمان مادران را دارند به گونه‌ای که در کل نمونه متغیر نظام بازداری رفتاری توانسته اندوه پس از زایمان مادران را پیش‌بینی کنند. نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات کاش، روتنبرگ، آرنو و گاتلیب (۵۰) که نشان دادند بیماران افسرده در مقایسه با افراد بهنجار دارای سطوح بالای فعالیت نظام بازداری رفتاری هستند، همسو می‌باشند، همچنین در تایید نتایج این پژوهش، گری و مک‌ناتون (۵۱) اذعان کردند که افسردگی و اضطراب نوروتیک نتیجه فعالیت بیشتر نظام بازداری رفتاری است؛ در حالی که افسردگی سایکوتیک از فعالیت کم نظام فعال‌ساز رفتاری ناشی می‌شود. جانسون، ترنز و ایواتا (۵۲) با یک مطالعه همه‌گیرشناسی دریافتند که نمره‌های بالای نظام بازداری رفتاری، تشخیص اختلالات افسردگی و اضطرابی تمام عمر را پیش‌بینی می‌کند. مطالعه گابل، رایس و الیوت (۵۳) نشان می‌دهد نظام فعال‌ساز رفتاری با تجربه عواطف مثبت، خوش‌بینی و بهزیستی روانی رابطه تنگاتنگی دارد و با افسردگی کمتر همبسته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به اندوه پس از زایمان نظام بازداری رفتار فعال‌تری دارند و فعالیت نظام فعال‌ساز رفتاری‌شان محدودتر است. براساس تئوری حساسیت به پاداش فعالیت بالای نظام بازداری رفتاری در افراد مبتلا به اندوه پس از زایمان قابل تبیین است، چون نظام بازداری رفتاری اساس اضطراب و افسردگی نوروتیک است و از طرفی ایجاد

اضطراب و افسردگی نوروتیک با دو دسته از مکانیزم‌های بازداری رفتاری مرتبط می‌باشد (۲۹، ۵۴) و از لحاظ عصب شناختی، مجموعه ساخت‌هایی که کنش‌های نظام بازداری رفتاری را بر عهده دارند، در سیستم جداری هیپوکمپی^۱ قرار دارند و سه بخش اصلی ساختمانی این سیستم عبارتند از: تشکیلات هیپوکمپی^۲ ناحیه جداری^۳ (که متشکل از ناحیه‌ی جداری میانی^۴ و ناحیه‌ی جداری جانبی^۵ است) و مدار پایز^۶ (۵۵، ۵۶). مکانیزم دسته اول این است که حساسیت بیش از حد برخی نواحی، به جز سیستم جداری - هیپوکامپی، درون‌داد مخرب ذاتی بیزاری را افزایش داده و اضطراب را به-وجود می‌آورد و مکانیزم دسته دوم شامل افزایش فعالیت بیش از حد سیستم جداری - هیپوکامپی یا فعالیت بیش از حد نواحی آمیگدال که به این سیستم متصل می‌باشد و باعث افزایش بیش از حد ارزیابی‌های تهدیدآمیز از محرک-های محیطی می‌شود و در نتیجه باعث ارزیابی خطر و افزایش تداعی‌ها و ارزیابی منفی از موقعیت می‌گردد (۵۷).

نتایج همچنین نشان داد که بین نشانگان پیش از قاعدگی و اندوه پس از زایمان همبستگی وجود دارد و نشانگان پیش از قاعدگی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده اندوه پس از زایمان در بین متغیرها بود. این نتیجه به طوری کلی با نتایج پژوهش-های مسیان‌مقدم (۵۸) و مظلوم (۵۹) همسو بود. عقیده بر این است که تغییرات هورمونی که احتمالاً در ایجاد اندوه پس از زایمان نقش دارند، مشابه همان تغییراتی است که در نشانگان پیش از قاعدگی نیز رخ می‌دهند (۶۰).

نظام‌های مغزی و هورمون‌ها در اندوه و افسردگی پس از زایمان و همچنین نشانگان پیش از قاعدگی نقش بسزایی دارند، به طوری که به نظر می‌رسد که افسردگی پس از زایمان که دوره شدیدتر و طولانی‌تر اندوه پس از زایمان است، در اثر تغییرات سریع استروئیدها گنادی در دوره پس از زایمان می‌باشد (۶۱). سطوح متفاوت انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند دوپامین، نوراپی‌نفرین و سروتونین جزء عوامل کنترل خلق می‌باشد که تحت تأثیر سبک زندگی، محیط و رژیم غذایی هستند. التهاب حاد یا مزمن مغز به نظر می‌رسد که عامل

1- septohippocampal
2- hippocampus formation
3- septal area
4- medial
5- lateral
6- papez circuit

می‌دهند، عامل خطر مهمی برای اختلالات هیجانی هستند. همچنین حساسیت ناهنجار این نظام‌ها نشان دهنده آمادگی و استعداد به اشکال متعدد آسیب شناسی روانی است (۶۵). به گونه‌ای که نظام فعال‌ساز رفتاری و نظام بازداری رفتاری همراه با نشانگان پیش از قاعدگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند دامنه وسیعی از اختلالات را تبیین کنند. شایان ذکر است که این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است. از آن‌جا که پژوهش حاضر در جمعیت مادران مبتلا به اندوه پس از زایمان شهر مشهد صورت پذیرفته است، تعمیم‌پذیری آن باید با احتیاط صورت گیرد و پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای مشابه در میان جمعیت بالینی مادران مبتلا به اندوه پس از زایمان با ملاک‌های تعمیم‌پذیری گسترده‌تری صورت گرفته تا بتوان به درک بیشتری از رابطه میان متغیرهای مذکور و تعمیم آن به جمعیت‌های بیشتری دست یافت. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده صرف از ابزارهای خود گزارشی اشاره کرد، توصیه می‌شود بررسی‌های آتی از سنجش‌های عصب-شناختی نیز برای ارزیابی نظام‌های مغزی رفتاری بهره بگیرند. از طرفی دیگر، این مطالعه محدود به رابطه مستقیم میان نظام‌های مغزی رفتاری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان پیش از قاعدگی در اندوه پس از زایمان مادران بوده و نقش متغیرهای مختلفی که در این میان وجود دارند نادیده انگاشته شده است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به بررسی نقش این مؤلفه‌ها و به خصوص تفاوت آن‌ها در میان اندوه و افسردگی پس از زایمان و افسردگی به عنوان یک اختلال خلقی در سایر افراد بپردازند. در نهایت این که پژوهش حاضر به بررسی نقش مؤلفه‌های عصب‌شناختی شخصیت، با تمرکز بر نظریه حساسیت به تقویت تجدیدنظر شده، در اندوه پس از زایمان مادران پرداخت و از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان پیش از قاعدگی به عنوان متغیرهای پیش‌بین استفاده کرد. یافته‌ها حاکی از آن بود که حساسیت نظام بازداری رفتاری تجدیدنظر شده، نشانگان پیش از قاعدگی و طرحواره‌های حوزه خودگردانی-عملکرد مختل و طرحواره‌های حوزه محدودیت مختل در اختلال اندوه پس از زایمان مادران نقش دارد و در نتیجه در مفهوم-پردازی این اختلال، باید به نقش طرحواره‌های حوزه خودگردانی-عملکرد مختل و طرحواره‌های حوزه محدودیت

اولیه افسردگی باشد، چون مغز به التهابات بسیار حساس است (۶۲). یکی از پاتوژن‌های افسردگی التهاب است که هورمون‌های محیطی و سیگنال‌های التهابی می‌تواند به مغز دسترسی پیدا کند و سلول‌های مربوط به میکروگلیا را که در تعدیل پاسخ‌های التهابی مرکز دخیل هستند را فعال کند (۶۳). در طی دوره پس از زایمان، دو سیستم ایمنی و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال تحت تأثیر هستند (۶۴). از طرفی قاعدگی به دلیل تغییرات دوره‌ای هورمونی در زنان تحت کنترل محور هیپوتالاموس-هیپوفیز تخمدان است (۱۱). در نتیجه به احتمال زیاد نظام بازداری رفتاری در مادران با اندوه پس از زایمان ارتباط تنگاتنگی با محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-تخمدان داشته باشد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند اندوه پس از زایمان مادران را پیش‌بینی کند. به طوری که بین طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، و طرحواره‌های حوزه محدودیت مختل با اندوه پس از زایمان همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت. به-طور کلی این نتایج با پژوهش مظلوم (۵۹) که بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان پیش از قاعدگی در مادران با اندوه پس از زایمان پرداخت هم‌خوان می‌باشد. همچنین یافته اخیر با نتایج پژوهش‌های یانگ (۲۲) نیز هم-خوانی دارد. یانگ معتقد است که، با ارضا نشدن نیازهای دلبستگی و صمیمیت و سرخوردگی از روابط عاطفی اولیه، طرحواره‌های ناسازگار مربوط به روابط صمیمانه و دلبستگی ایجاد می‌شود. این باورها و طرحواره‌های مربوط به روابط بین‌فردی در بزرگسالی در انتخاب همسر، بچه‌دار شدن، شغل و غیره نمود می‌یابد و بر آن تأثیر مخرب می‌گذارد (۲۴). هم-چنین طرحواره‌ها به واسطه‌ی ارتباط و تأثیری که بر سبک دلبستگی، احساس تنهایی، اختلالات شخصیت و اختلالات خلقی از جمله افسردگی و اضطراب می‌گذارد (۲۲)، می‌تواند تأثیر مستقیم بر روابط فرد نیز بگذارد، به طوری که افسردگی، اضطراب، غم و اندوه از شایع‌ترین اختلالات در بزرگسالان به شمار می‌آید.

مطابق با یافته‌های این پژوهش، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد گرایش‌های سرشتی نظام بازداری رفتاری و نظام فعال ساز رفتاری که به صورت سبک‌های هیجانی خود را بروز

dysphoric disorder in the community. *Psychological medicine*. 2002; 32(1): 119-32.

13- Haywood A, Slade P, King H. Psychosocial associates of premenstrual symptoms and the moderating role of social support in a community sample. *Journal of psychosomatic research*. 2007; 62(1): 9-13.

14- Singh H, Walia R, Gorea R, Maheshwari A. Premenstrual syndrome (PMS) the malady and the law. *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine*. 2004; 26(4): 129-31.

15- Silva CMLd, Gigante DP, Carret MLV, Fassa AG. Population study of premenstrual syndrome. *Revista de saúde pública*. 2006; 40(1): 47-56.

16- Lee Y-J, Yi S-W, Ju D-H, Lee S-S, Sohn W-S, Kim I-J. Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: single center study. *Obstetrics & gynecology science*. 2015; 58(5): 353-8.

17- Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O Hara MW. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Archives of women's mental health*. 2013; 16(3): 219-25.

18- Beckmann CR LF, Smith RP, Barzansky BM, Herbert WN, Laube DW. . *Obstetrics and gynecology*. ed t, editor. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2006.

19- AJ. R. New Treatment Approaches for premenstrual Disorders. *Am J manage care*. 2005; 11: 480-91.

20- Weisz G, Knaapen L. Diagnosing and treating premenstrual syndrome in five western nations. *Social science & medicine*. 2009; 68(8): 1498-505.

21- Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 148(1): 118-22.

22- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide: Guilford Press; 2003.

23- Riso LP, du Toit PL, Stein DJ, Young JE. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide: American Psychological Association. 2007.

24- Scott JR GR, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. ed t, editor. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2003.

25- O keane V, Lightman S, Patrick K, Marsh M, Papadopoulos A, Pawlby S, et al. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum blues. *Journal of neuroendocrinology*. 2011; 23(11): 1149-55.

26- Held L, Rutherford A. Can't a mother sing the blues? Postpartum depression and the construction of motherhood in late 20th-century America. *History of Psychology*. 2012; 15(2): 107.

مختل به‌عنوان طرحواره‌های موثر پرداخته شود و همچنین به علائم روانی‌جسمی نشانگان پیش از قاعدگی نیز توجه گردد و از طرفی محرک‌های شرطی که با تنبیه هم‌خوانی دارند، محرک‌های شرطی که با حذف یا پایان یافتن پاداش هم‌خوانی دارند، محرک‌های جدید و محرک‌هایی که به صورت ذاتی برای یک نوع ترس‌آور هستند در مقوله‌ی محرک‌های مهم برانگیزاننده‌ی نظام بازداری رفتاری قرار دارند که باید این یافته‌ها در مداخلات پیشگیرانه و درمانی لحاظ شوند.

منابع

1- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong CJWo, 23rd ed. New York: McGraw-Hill. Chapter 35. Obstetrical hemorrhage. 2010.

2- Nagy E, Molnar P, Pal A, Orvos H. Prevalence rates and socioeconomic characteristics of postpartum depression in Hungary. *Psychiatry research*. 2011; 185(1-2): 113-20.

3- Lincoln A, Feyerharm R, Damron P, DeVault M, Lorenz D, Dooley S. Maternal depression after delivery in Oklahoma. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*. 2008; 101(12): 307-11.

4- Kleeb B, Rageth C. Influence of prophylactic information on the frequency of baby blues. *Zeitschrift fur Geburtshilfe und Neonatologie*. 2005; 209(1): 22-8.

5- Faisal-Cury A, Menezes PR, Tedesco JJA, Kahalle S, Zugaib M. Maternity blues prevalence and risk factors. *The Spanish Journal of Psychology*. 2008; 11(2): 593-9.

6- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins. 2011.

7- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. *Williams obstetrics*, 24e: Mcgraw-hill; 2014.

8- Nwankwo TO, Aniebue UU, Aniebue PN. Menstrual disorders in adolescent school girls in Enugu, Nigeria. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2010; 23(6): 358-63.

9- NL. S. Common psychiatric problems. In: Berek JS. Berek & Novak s gynecology ed t, editor: Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins. 2007.

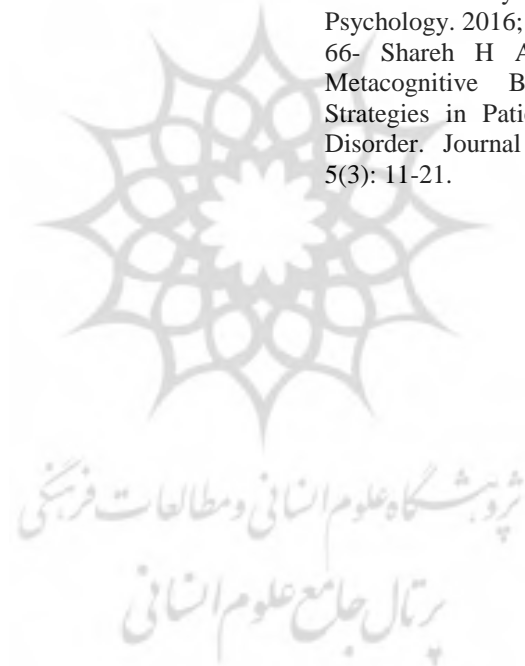
10- Agarwal AK, Agarwal A. A study of dysmenorrhea during menstruation in adolescent girls. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. 2010; 35(1): 159.

11- Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General hospital psychiatry*. 2006; 28(1): 3-8.

12- Wittchen H-U, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual

- 43- mosllanejad L SS. The accuracy of Edinburgh postpartum depression test. *jmj*. 2009; 7(4): 1-6.
- 44- Jackson CJ. Jackson-5 scales of revised Reinforcement Sensitivity Theory (r-RST) and their application to dysfunctional real world outcomes. *Journal of Research in Personality*. 2009; 43(4): 556-69.
- 45- Hasani J . sS, Rasoli Azad M. Psychometric Properties of Jackson s Five Factor Questionnaire: Scales of revised Reinforcement Sensitivity Theory (r-RST). *rph*. 2012; 6(3): 60-73.
- 46- JE. Y. Shema therapy. New York: Guilford; 1988.
- 47- schema Therapy: conceptual.avalablein. [Internet]. 1994.
- 48- GH. A. Standardization of a short form of the Young Schema Questionnaire (Factor Structure Analysis) among students of Tehran University. 2004.
- 49- Ashtari N PT, Khodabakhshi Koolae A, Khosh Konesh A, Khatiban M. . Premenstrual syndrome can affect people s resilience and quality of life. The aim of this study was to determine the impact of awareness group training of premenstrual syndrome on resilience and quality of life in the female high school students. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2015; 23(163-73).
- 50- Kasch KL RJ, Arnow BA, Gotlib IH. Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *J Abnorm Psychol*. 2002; 111: 589-97.
- 51- Gray J, Rowe D. *The Hilbert Challenge*: Oxford University Press on Demand. 2000.
- 52- Johnson SL TR, Iwata N. BIS/BAS levels and psychiatric disorder: An epidemiological study. *J Psychopathol Behav Assess*. 2003; 25: 25-36.
- 53- Gable SL, Reis HT, Elliot AJ. Behavioral activation and inhibition in everyday life. *Journal of personality and social psychology*. 2000; 78(6): 1135.
- 54- Harnett PH, Loxton NJ, Jackson CJ. Revised Reinforcement Sensitivity Theory: Implications for psychopathology and psychological health. *Personality and individual differences*. 2013; 54(3): 432-7.
- 55- DC. F. Biological variables in psychopathology: A psychobiological perspective. In: Adams HE, Sutker PB. (editors). . New York: Comprehensive handbook of psychopathology. 1993.
- 56- D. G. Activity of the behavioral activation system and behavioral inhibition system and psychopathology. *Annular of Clinical and Health Psychology*. 2012 ;6: 57-60.
- 57- Segarra P PR, Lopez R, Molto J. . Characterizing Carver and White s BIS/BAS subscales using the Five Factor Model of personality. *Personality and Individual Differences*. 2014; 61: 18-23.
- 58- M. M. The Relationship between Personality Biological Structures and Schema with Signs of Premenstrual Syndrome in Women. 2013.
- 59- A. M. Study of Schema and Premenstrual syndrome in mothers with distress after delivery. .. Islamic Azad University of Torbat-e-Jam. 2013.
- 27- Buttner MM, O Hara MW, Watson D. The structure of women s mood in the early postpartum. *Assessment*. 2012; 19(2): 247-56.
- 28- Dumitrescu AL, Toma C, Lascu V. Investigating the use of specific cognitive emotion regulation strategies in response to the experience of gingival bleeding. *Rom J Intern Med*. 2011; 49: 207-15.
- 29- Gray J, Van Goozen H, Van De Poll N, Sergeant J. *Emotions: Essays on emotion theory*. 1994.
- 30- Gray JA. Neural systems, emotion, and personality. *Neurobiology of learning, emotion, and affect*. 1991.
- 31- Gray JA. A model of the limbic system and basal ganglia: applications to anxiety and schizophrenia. 1995.
- 32- Gray JA. Brain systems that mediate both emotion and cognition. *Cognition & emotion*. 1990; 4(3): 269-88.
33. Azadfallah P, Dadsetan P, Ezheei J, Moazeni M. Stress: Work systems and brain/behavioral changes IVIGA secretary . *J Pshycology*. 1999;3(9):3-22.
- 34- Corr PJ. JA Gray's reinforcement sensitivity theory: Tests of the joint subsystems hypothesis of anxiety and impulsivity. *Personality and individual differences*. 2002; 33(4): 511-32.
- 35- De Pascalis V, Varriale V, D Antuono L. Event-related components of the punishment and reward sensitivity. *Clinical Neurophysiology*. 2010; 121(1): 60-76.
- 36- Corr PJ. Reinforcement sensitivity theory and personality. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2004; 28(3): 317-32.
- 37- Corr PJ, Pickering AD, Gray JA. Personality and reinforcement in associative and instrumental learning. *Personality and individual differences*. 1995; 19(1): 47-71.
- 38- Meyer B, Johnson SL, Winters R. Responsiveness to threat and incentive in bipolar disorder: Relations of the BIS/BAS scales with symptoms. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2001; 23(3): 133-43.
- 39- Keiser HN RS. Carver and Wites BIS/ FFFS/ BAS scales and domains and facets of five factor model of personality. *Personality and Individual Differences*. 2011; 51: 39-44.
- 40- Vermeersch H TSG, Kaufman JM, Vincke J. T. he relationship between sex steroid hormones and behavioural inhibition (BIS) and behavioural activation (BAS) in adolescent boys and girls. *Personality and Individual Differences*. 2009; 3(17-13).
- 41- Gray JA, McNaughton N, editors. *The neuropsychology of anxiety: Reprise*. Nebraska symposium on motivation; 1996: University of Nebraska Press.
- 42- Ly C, Gomez R. Unique associations of reinforcement sensitivity theory dimensions with social interaction anxiety and social observation anxiety. *Personality and individual differences*. 2014; 60: 20-4.

- 60- Beckmann CR LF, Smith RP, Barzansky BM, Herbert WN, Laube DW. . Obstetrics and gynecology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2006.
- 61- Baker JH PC, Leserman J, Brownley KA. . Active ghrelin and the postpartum. Arch Womens Ment Health. 2016; 19(3): 515-20.
- 62- Sheets DF SD. Depression and Other Neurotransmitter Related Conditions: The Mercury Connection -DAMS -Dental Amalgam Mercury olutions. 20112011.
- 63- Onyike CU CR, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. I. s obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Epidemiol. 2003; 158(12): 1139-47.
- 64- Corwin EJ PKT. he psychoneuroimmunology of postpartum depression. J Womens Health (Larchmt). 2008; 17(9): 1529-34.
- 65- Bakhshipour-Roodsari A M-AM, Beyrami M, Gharabaghi H. The Role of Brain -Behavioral Systems in Psychopathy Disorder based on Triarchic Model of Psychopathy. Journal of Clinical Psychology. 2016; 8(4): 23-34.
- 66- Shareh H AA. Brain Behavioral Systems, Metacognitive Beliefs, and Thought Control Strategies in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. Journal of Clinical Psychology. 2013; 5(3): 11-21.





پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی