

## حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی پس از زایمان با نقش واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای

فرزانه ابوالقاسم فیروزکوهی<sup>۱</sup>

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه شهید بهشتی

مسعود شریفی

استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

حسین پور شهریار

استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

امید شکری

استاد یار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

### چکیده

افسردگی پس از زایمان یکی از اختلالات خلقی زنان است و در بیش از نیمی از موارد، شناسایی و درمان نمی‌شود و تبعات آن متوجه زندگی زناشویی و الگوی رشدی فرزندان می‌شود. هدف از انجام این پژوهش بررسی نقش واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و افسردگی پس از زایمان بود. روش پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های همبستگی بود که در آن از روش آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. نمونه آماری شامل ۲۰۰ نفر از کلیه زنانی که شش ماه بود صاحب فرزند شده بودند به صورت در دسترس از مرکز بهداشت شهر تهران انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (WOCQ) افسردگی پس از زایمان ادینبرگ (EPDS) و مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS) گردآوری شد. داده‌ها به کمک نرم افزار آماری Spss و Amos تحلیل شدند. میانجی‌گری نسبی راهبردهای مقابله‌ای با داده‌های

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: f.firoozkoohi90@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۸/۱

تاریخ ارسال: ۱۳۹۸/۶/۱۰

جمع آوری شده تأیید شد و راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور و هیجان محور ۳۲٪ از پراکندگی نمرات افسردگی زنان را تبیین نمودند. همچنین اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر افسردگی پس از زایمان از طریق راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور و هیجان محور به ترتیب ۰/۱۳- و ۰/۰۶- به دست آمد. مدل مفروض میانجی‌گری نسبی راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور و مسئله‌محور در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی با داده‌ها برازش مطلوبی داشت. نتایج نشان می‌دهد که حلقه مفهومی راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور و مسئله‌محور در پیوند دوایر مفهومی حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی دارای نقش مهمی است.

### واژگان کلیدی

افسردگی پس از زایمان، حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای

### مقدمه و بیان مسئله

افسردگی پس از زایمان<sup>۱</sup> یک افسردگی اساسی است که بر مبنای راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی<sup>۲</sup> عبارت است از افسردگی عمده و وجود همزمان پنج علامت از علائم برهم خوردن نظم کارکرد اندام‌های بدن و علائم مشخص افسردگی که حداقل یکی از آنها، خلق افسرده، غم و بی‌لذتی باشد و علائم باید حداقل به مدت ۲ هفته ادامه داشته باشد؛ و حداکثر ۴ هفته بعد از زایمان ظهور کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). افسردگی پس از زایمان عمدتاً با خلق پرشی، ناپایداری، بی‌خوابی رفتار از هم گسیخته، تحریک‌پذیری و پرخاشگری شناسایی می‌شود (مانزون، لانزادی سکالا و پیرلستین، ۲۰۱۴).

انواع اختلالات پس از زایمان شامل: افسردگی پس از زایمان، اندوه پس از زایمان<sup>۴</sup> و در نهایت سایکوز بعد از زایمان<sup>۱</sup> است (کاراکا، تانریوردی، آنلوهیزاراکا و کلاستیمور، ۲۰۱۰).

<sup>۱</sup> Postpartum depression

<sup>۲</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

<sup>۳</sup> Monzon, Lanza di Scalea & Pearlstein

<sup>۴</sup> Maternal blues



غم پس از زایمان یکی از معمول‌ترین تغییرات خلقی در این دوران است که شیوع آن بین ۳۰٪ تا ۷۵٪ تخمین زده می‌شود (اوهارا و مکیب<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). نشانه‌های آن عبارت‌اند از تغییرات خلقی، تحریک‌پذیری، اشک‌ریزی و ظهور آن حدود چند روز پس از زایمان است. علائم به صورت گاه و بی‌گاه ظاهر می‌شوند و نیاز به هیچ‌گونه مداخله‌ای ندارد. سایکوز افسردگی پس از زایمان یکی از شدیدترین و البته نادرترین شرایط خلقی پس از زایمان به شمار می‌رود که از هر ۱۰۰۰ زایمان یک یا نهایتاً ۲ نفر مبتلا می‌شوند، شیوع آن حدود ۰/۰۸۵٪ تا ۰/۵٪ تخمین زده می‌شود (شورای ملی بهداشت و رفاه سوئد<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). شرایط بالینی بسیار سریع اتفاق می‌افتد و علائم در طول ۴۸ ساعت یا ۷۲ ساعت بعد از زایمان به سرعت ظاهر می‌شوند (وندرکرویک، باریکس، چو، آلن و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). علائم ظهور یافته عمدتاً همان علائم افسردگی هستند، خلق بسیار ناپایدار و پرشی و رفتار از هم گسیخته و در نهایت توهم و هذیان خواهد بود (فشت و کلنر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). افسردگی پس از زایمان رایج‌ترین مشکل پس از زایمان است و تقریباً ۱۳ درصد از زنانی که در سنین باروری قرار دارند را شامل می‌شود. مطالعات شیوع‌شناسی افسردگی پس از زایمان برخاسته از فراتحلیل ۵۸ تحقیق را به‌طور متوسط ۱۷٪ تخمین زده‌اند و در مطالعات قبلی منتشر شده شیوع آن بین ۱۳٪ تا ۱۹/۲٪ برآورده شده است (گاوپن، گاینز، لوه، ملتزر-برادی و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵) و این تقریباً مشابه با عدد ۱۷/۷٪ در مطالعه هان-هالبروک، کارنول-هنریچ و آنایا<sup>۸</sup> (۲۰۱۸) است.

<sup>1</sup> Postpartum depression psychosis

<sup>2</sup> Karaca, Tanriverdi, Unluhizarci & Kelestimur

<sup>3</sup> O'hara & Macabe

<sup>4</sup> The Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen),

<sup>5</sup> Vanderkruik, Barreix, Chou, Allen

<sup>6</sup> Focht & Kellner

<sup>7</sup> Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer-Brody

<sup>8</sup> Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs & Anaya

تغییر در الگوی رشدی و ریسک بالای به وجود آمدن مزاج سخت در نوزادان، تعامل کمتر با مادر و مشکلاتی در الگوی خواب و غذا خوردن و در ادامه مشکلات جدایی از عوارض این اختلال است (شوری، چی، چانگ، نگ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). سورکان، اتینگر، هاک، احمد و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) در یک مطالعه طولی ۶۵۵۰ نوزاد متولد شده را تا سن ۶ سالگی براساس افسردگی مادرانشان بررسی کردند. مادرانی با افسردگی شدید و متوسط در مقایسه با مادرانی که افسردگی نداشتند، کودکانی با رشد قوی کمتر تا سن ۶ سالگی داشتند. همچنین یک در یک فرا تحلیل، ۱۹ تحقیق که بر اثرات افسردگی پس از زایمان بر تعامل مادر و فرزند متمرکز بودند را بررسی کرده‌اند و نتایج نشان داد که افسردگی پس از زایمان اثر متوسط تا شدیدی بر تعامل دوسویه مادر و کودک در طول یک سال بعد از تولد خواهد داشت. یک توضیح می‌دهد که اگر مادر از لحاظ عاطفی ناپایداری را تجربه کند ارتباط دوسویه و بهینه یا ناقص اتفاق می‌افتد یا اصلاً اتفاق نمی‌افتد (بک، ۱۹۹۵).

افسردگی پس از زایمان کیفیت زندگی و سلامت روان مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر رشد کودک و زندگی زناشویی نیز اثرات منفی خواهد داشت (فو، لیو، تو، یانگ و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵)؛ بنابراین، شناسایی علت این اختلال و عواملی که می‌تواند از آن جلوگیری کند، نه تنها بر کیفیت سلامت مادران اثرگذار است، می‌تواند به بهبود سلامت روابط خانوادگی و رشد سالم کودک نیز کمک کند. طیف وسیعی از علل شامل عوامل زیستی، روانشناختی، هیجانی و اجتماعی در بحث سبب‌شناسی افسردگی پس از زایمان مطرح شده‌اند، بر این اساس افسردگی قبل از زایمان، رخدادهای زندگی و چگونگی مواجهه با آن‌ها و حمایت اجتماعی نقش بزرگ، وضعیت ازدواج نقش تعدیل‌کننده و وضعیت اقتصادی- اجتماعی (نظیر سطح پایین

<sup>1</sup> Shorey, Chee, Chong, Ng

<sup>2</sup> Surkan, Ettinger, Hock, Ahmed

<sup>3</sup> Fu, Liu, Tu, Yang



تحصیلات- حقوق پایین و بیکار بودن) نقش کوچک اما معناداری در ایجاد این اختلال دارند (بک، ۲۰۰۱؛ تاهیرخلی، چری، تاکت، مک کافری و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

عوامل مختلفی می‌توانند در افسردگی پس از زایمان نقش داشته باشند. حمایت اجتماعی یکی از عواملی است که می‌تواند تجربه بارداری را در زنان تحت تأثیر قرار دهد. حمایت اجتماعی به‌عنوان منابعی که توسط دیگران مخصوصاً دوستان و خانواده ایجاد می‌شود، تعریف شده و برای سلامتی فرد مفید است؛ بر اساس مدل‌های تأثیر غیرمستقیم مانند یک ضربه‌گیر عمل کرده و می‌تواند از فرد در برابر فشارها حمایت کند (سهرابی، مام‌شریفی، رافضی و اعظمی، ۱۳۹۷؛ هداوند اول، مهربانی کوشکی و یزدخواستی، ۱۳۹۶). حمایت اجتماعی به تمامی منابعی گفته می‌شود که فرد احساس می‌کند برایش فراهم است یا در شبکه اجتماعی ارتباطات وی حضور دارد. دو نوع از حمایت اجتماعی که در ادبیات افسردگی پس از زایمان بیشترین توجه را به خود جلب کرده‌اند عبارت‌اند از حمایت عاطفی<sup>۲</sup> و حمایت کاربردی<sup>۳</sup> (گاتلیب و برگن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰؛ توئیتس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). حمایت اجتماعی به نمایش عشق و همدلی و تعاون اشاره دارد و به افراد حس ارزشمندی القا می‌کند. مصداق‌های این نوع از حمایت شامل دادن و گرفتن پس‌خوراندهای مثبت و صحبت و همدلی در خصوص یک دغدغه مشترک است. از سوی دیگر حمایت کاربردی همان پیشنهاد و یا کمک و همیاری در قبال مسئولیت‌ها و مشکلات فرد است (مثلاً کمک در نگهداری کودک و یا کمک در امور منزل) (بک، ۲۰۰۱). همان‌طور که تحقیقات مربوط به افسردگی اساسی قبلاً نشان داده‌اند، حمایت اجتماعی نقش مهمی در کاهش ریسک ابتلا به افسردگی پس از زایمان ایفا می‌کند (پورخالقی،

<sup>1</sup> Tahirkheli, Cherry, Tackett, McCaffree

<sup>2</sup> Emotional support

<sup>3</sup> Instrumental support

<sup>4</sup> Gottlieb & Bergen

<sup>5</sup> Thoits

عسکری زاده و فضیلت پور، ۱۳۹۶؛ وبستر، نیکولاس، ولاکات، کریدلند و همکاران<sup>۱</sup>، (۲۰۱۱). تحقیقات منحصرأ نشان داده‌اند زنانی که میزان حمایت اجتماعی ادراکی خود را پایین گزارش کرده‌اند در مقایسه با زنانی که سطوح بالای حمایت اجتماعی را در مورد خود باور دارند، سطح بالاتری از افسردگی پس از زایمان را نشان می‌دهند، همچنین حمایت اجتماعی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کنندگان افسردگی پس از زایمان است (بک، ۲۰۰۱؛ مسعودی‌نیا، ۱۳۹۰).

یکی دیگر از عوامل دخیل سبب شناسی افسردگی پس از زایمان، راهبردهای مقابله‌ای است. مطالعات طولی یک رابطه بین سطوح بالای استرس و افسردگی و ریسک بالای ابتلا به اختلالات روانی در آینده را یافته‌اند، در حالی که پاسخ‌های مقابله‌ای یا همان راهبردهای مقابله‌ای یک میانجی‌گر کلیدی در اثرگذاری استرس و افسردگی بر سلامت روان افراد است. همچنین یک رابطه مشخص بین ظهور علائم اضطرابی، فکر خودکشی و اقدام به خودکشی در مطالعات فراتحلیل دیده شده است (کاینرس، یاپ، پلینگتون و جارم<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). راهبردهای مقابله‌ای<sup>۳</sup> به‌عنوان تلاش‌های شناختی و رفتاری که به‌منظور پاسخ‌دهی به نیازها و یا انتظارات درونی و یا بیرونی یک فرد شناسایی می‌شوند (لازاروس و فولکمن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۴). راهبردهای مقابله‌ای به زیرشاخه رویارویی مستقیم<sup>۵</sup> که رویکردی تطابقی دارد و با محرک استرس‌آور و هیجان‌های مرتبط با آن مربوط می‌شود و رویارویی غیرمستقیم<sup>۶</sup> که سعی در اجتناب از محرک استرس‌آور و هیجان‌های مرتبط با آن دارد تقسیم می‌شوند. این راهبردها اثر انکارناپذیری بر

<sup>1</sup> Webster, Nicholas, Velacott, Cridland

<sup>2</sup> Cairns, Yap, Pilkington & Jorm

<sup>3</sup> Coping strategies

<sup>4</sup> Lazarus & Folkman

<sup>5</sup> engagement

<sup>6</sup> disengagement



توسعه و روند درمان اختلالات روانی دارند (هالوبوا، پراسکو، اسپسکوا، گرامبل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ کارور و کانر اسمیت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰).

تفاوت جنسیتی در اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای در شرایط استرس‌زا مشاهده شده است. زنان بیشتر بر راهبرد مقابله‌ای هیجان محور و مردان بیشتر بر راهبرد مقابله‌ای مسئله محور متمرکز هستند (موحد و حسینی، ۱۳۹۵؛ ندایی، ۱۳۹۳). همچنین چند تحقیق رابطه طولی بین راهبردهای مقابله‌ای و افکار خودکشی را مطالعه کرده‌اند (هورویتز، سیز، برونا و کینگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸؛ نوروگهام، هولن و ساند<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). به‌طور مثال در پژوهشی مشخص شد که آن‌هایی که تلاش برای خودکشی داشته‌اند کمتر از راهبرد مسئله‌دار استفاده کرده‌اند (خورانا و رومر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). همچنین هوش عاطفی<sup>۶</sup> و راهبردهای مقابله‌ای با سطوح مختلف اضطراب و علائم افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و مراقبین آن‌ها رابطه دارد. راهبردهای مقابله‌ای خاصی که یکی از اعضا در یک رابطه دو یا چند نفره اتخاذ می‌کند به طور مستقیم بر سلامت روان اشخاص دیگر تأثیرگذار است. به‌عبارتی افراد بیمار و مراقبین آن‌ها یک مجموعه هستند که یک به یک از لحاظ روانی و اجتماعی بر هم تأثیرگذارند (مارگوریت، لارنت، مارین، تانگوی و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷؛ لیو، لی، لینگ و کای<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶).

از سویی، افراد گرایش‌ها و شیوه منحصر به فرد خود را در تجربه استرس دارند. در شرایطی که بعضی از افراد به استروسورهای کوچک پاسخ شدید می‌دهند. افراد دیگر ممکن است در شرایط بحرانی بتوانند آرامش خود را حفظ کنند، علاوه بر این بعضی از افراد خود را در شرایط

<sup>1</sup> Holubova, Prasko, Ociskova, Grambal

<sup>2</sup> Carver & Connor-Smith

<sup>3</sup> Horwitz, Czyz, Berona & King

<sup>4</sup> Nruham, Holen & sund

<sup>5</sup> Khurana & Romer

<sup>6</sup> Emotional intelligence

<sup>7</sup> Marguerite, Laurent, Marine, Tanguy

<sup>8</sup> Liu, Li, Ling & Cai

استرس آور قرار می‌دهند در شرایطی که برخی به طور پیوسته و دائمی از آن اجتناب می‌کنند (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). در مطالعه اینز، الدریج، مانگامیری و گونزالز<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) که رابطه بین استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله‌ای و هوش هیجانی روی افراد انجام شده است، رابطه بین استرس ادراک‌شده و با راهبردهای مقابله‌ای به‌طور معناداری تأیید شده است. اینکه چگونه افراد به ارزیابی و مقابله با استرس‌ورهای پیش آمده می‌پردازند پیش‌بینی کننده سطوح استرس در آن‌هاست. راهبردهای مقابله‌ای شامل راهبرد مسئله محور که همان قبول کردن، جستجوی حمایت اجتماعی و ارزیابی مجدد مثبت است، با ادراک سطوح پایین‌تری از استرس همراه است (اوبراین، ماتینسون، لیفمن و ریچی-اسپیرمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). در مقابل سرزنش‌گری، استفاده از مواد، انکار، اجتناب از رویارویی و رفتارهای غیر انطباقی از راهبردهای مقابله‌ای بدکارکرد هستند که با سطوح بالای استرس ادراک‌شده رابطه دارند (بیکر و یانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸؛ آرورا، راس، پتریدس، سیرمانا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

با توجه به این مسئله که سطوح بالای حمایت اجتماعی ریسک ابتلا به افسردگی پس از زایمان را کاهش می‌دهد؛ تولد فرزند شرایط جدید و بعضاً استرس‌آوری را با توجه به شرایط کودک برای زوجین به وجود می‌آورد. آیا حمایت اجتماعی در افراد مبتلا به افسردگی پس از زایمان منجر به اتخاذ راهبردهای تطابقی و بهینه خواهد شد و به عبارت دیگر راهبردهای مقابله‌ای در این رابطه معکوس می‌تواند نقش میانجی داشته باشد یا خیر؟

<sup>۱</sup> Enns, Eldridge, Montgomery & Gonzalez

<sup>۲</sup> O'brien, Mathieson, Leafman, & Rice-Spearman

<sup>۳</sup> Baker & yang

<sup>۴</sup> Arora, Russ, Petrides, Sirmanna





## روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های همبستگی است که در آن از روش آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری، استفاده شد. در مطالعه حاضر، نمونه آماری شامل کلیه زنانی بود که شش ماه از تولد فرزندشان سپری شده بود، اگرچه این نوع از افسردگی چهار هفته بعد از زایمان ظهور پیدا می‌کند؛ اما با توجه به تشخیص افتراقی افسردگی خفیف یا غم مادرانه، در برخی از پژوهش‌ها اوج این نوع از افسردگی تا ۶ ماه بعد از تولد نوزاد در نظر گرفته شده است. هویلی<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) و لوئلین<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) تأکید کردند که برای استفاده از این روش آماری حداقل حجم نمونه ۱۰۰ نفر و حجم نمونه ۲۰۰ نفر مطلوب است (داوری و رضا زاده، ۱۳۹۳). گارسون<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) تأکید کرده است که از آنجا که در استفاده از روش آماری مدل‌یابی معادله ساختاری، رایج‌ترین روش برآورد، بیشینه درست‌نمایی<sup>۴</sup> است، بنابراین، حجم نمونه ۲۰۰ نفر نتایج قابل‌قبولی را به همراه دارد (داوری و رضا زاده، ۱۳۹۳). جامعه آماری مطالعه حاضر ۲۰۰ نفر از کلیه زنانی بود که شش ماه از به دنیا آمدن فرزندشان می‌گذشت و به صورت در دسترس از شش مرکز بهداشت شهر تهران انتخاب شدند. لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر در مرحله غربالگری داده‌ها، ۱۴ نفر از مشارکت‌کنندگان به دلیل عدم پاسخ به بیش از ۵ درصد کل ماده‌های بسته سنجش، حذف شدند. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

برای پژوهش حاضر ملاک‌های ورود و خروج تعیین شده بود که در زیر به آن اشاره شده است:

<sup>۱</sup> Hoyle

<sup>۲</sup> Loehlin

<sup>۳</sup> Garson

<sup>۴</sup> maximum likelihood

**ملاک‌های ورود به پژوهش:**

۱. مادرانی که شش ماه از فرزنددار شدنشان سپری شده باشد و ملاکی برای ترتیب فرزند وجود نداشت زیرا تفاوت چندانی در ابتلا به افسردگی پس از زایمان در زایمان‌های اول یا بعدی وجود ندارد و فقط میزان ابتلا در مادران نوجوان بیشتر بوده است (بک ۲۰۰۱)، ۲. برای پیش سلامت فرزندانشان به مراکز بهداشت شهر تهران مراجعه کرده باشند، ۳. سواد کافی جهت پاسخ به سؤالات پرسشنامه را داشته باشند، ۴. برای پاسخ‌دهی به سؤالات رضایت خود را اعلام کرده باشند. (در صورت عدم رضایت پرسشنامه به آن‌ها داده نمی‌شد).

**ملاک‌های خروج از پژوهش:**

۱. در صورت ابتلا به افسردگی‌های با دلایلی به جز زایمان، ۲. سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی دیگر البته بنابر گزارش خودشان، ۳. اگر با استفاده از روش‌های کمک باروری مانند IVF بچه‌دار شده باشند.

**ابزارهای گردآوری داده‌ها**

۱- مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده<sup>۱</sup> (MSPSS)  
مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده که یک ارزیابی ذهنی از بسندگی حمایت اجتماعی به عمل می‌آورد، به‌وسیله زیمت، داهلم، زیمت و فارلی<sup>۲</sup> (۱۹۸۸) طراحی شد. MSPSS ادراکات از بسندگی حمایت اجتماعی را در سه منبع «خانواده»، «دوستان» و «دیگران مهم» می‌سنجد و به‌مثابه یک ابزار خود تبیینی<sup>۳</sup> است برای مواقعی که مشارکت‌کنندگان با محدودیت زمانی مواجه بوده و یا وقتی که محقق درصدد است که در یک زمان مشخص

<sup>۱</sup> Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

<sup>۲</sup> Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley

<sup>۳</sup> self-explanatory



تعدادی مقیاس برای پاسخگویی در اختیار افراد قرار دهد، به دلیل ویژگی‌های اجرای آسان و مقرون به صرفه استفاده از MSPSS به‌طور مؤکد توصیه شده است. MSPSS شامل ۱۲ سؤال است که هر سؤال بر روی یک طیف هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف = (۱) تا کاملاً موافق (۷) درجه‌بندی می‌شود. در این مقیاس هر چهار سؤال بر اساس منابع حمایت اجتماعی به یکی از گروه‌های عاملی خانواده، دوستان و دیگران مهم منتسب شده است. نتایج مطالعه زیمت و همکاران (۱۹۸۸) با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی MSPSS نشان داد که این ابزار برای بررسی حمایت اجتماعی ادراک‌شده روا و پایا است. نتایج مطالعه براور، امسلی، کید، لوچنر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار سه‌عاملی MSPSS (دیگران مهم، خانواده و دوستان) برازش قابل‌قبولی با داده‌ها داشت. در مطالعه شکری، کرمی نوری، فراهانی و مرادی (۱۳۹۵) که با هدف روسازی میان فرهنگی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده انجام شد، نتایج روش آماری تحلیل عاملی، به‌طور تجربی از روایی سازه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده حمایت کرد. در مطالعه حاضر، ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های خانواده، دوستان و دیگران مهم به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۵ به‌دست آمد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای<sup>۲</sup> (WOCQ)

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای<sup>۲</sup> مقیاسی ۶۶ ماده‌ای است که براساس مقیاس راهبردهای مقابله‌ای (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۰) توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) ساخته شد و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی را که افراد هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زای درونی و بیرونی به

<sup>۱</sup> Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat

<sup>۲</sup> Ways of Coping Questionnaire (WOCQ)

کار می‌برند، مورد ارزیابی قرار می‌دهد (محمودعلیلو، ارجی، بخشی پور رودسری و شاهجویی، ۱۳۹۰). این ابزار دارای ۶۶ گویه در دو قالب کلی راهبرد مقابله مسئله‌محور با چهار زیرمقیاس جستجوی حمایت اجتماعی، حل مسئله برنامه‌ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت و مسئولیت‌پذیری و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور با چهار زیرمقیاس رویارویی، خودکنترلی، فاصله‌گیری و اجتناب - گریز، است. در عبارات این پرسشنامه واکنش‌ها، افکار، آرزوها، تمایلات و اقدامات ممکن در رابطه با عوامل استرس‌زا توصیف شده‌است. پایایی این پرسشنامه در نمونه‌ای متشکل از ۷۵۱ زوج میان‌سال آزمون شد و ضریب همسانی درونی مقابله مستقیم ۰/۷۰، فاصله گرفتن ۰/۶۱، خودکنترلی ۰/۷۱، جستجوی حمایت اجتماعی ۰/۷۶، مسئولیت‌پذیری ۰/۶۶، گریز - اجتناب ۰/۷۲، حل مسئله برنامه‌ریزی شده ۰/۶۷ و ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۹، گزارش شد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). در این مطالعه، ضرایب همسانی درونی برای مقابله مستقیم ۰/۶۷، فاصله گرفتن ۰/۶۵، خودکنترلی ۰/۶۸، جستجوی حمایت اجتماعی ۰/۷۵، مسئولیت‌پذیری ۰/۶۸، گریز - اجتناب ۰/۷۰، حل مسئله برنامه‌ریزی شده ۰/۶۵ و ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۸، گزارش شد.

#### مقیاس افسردگی پس از زایمان ایدنبرگ<sup>۱</sup> (EPDS)

مقیاس افسردگی پس از زایمان ایدنبرگ (۱۹۸۷) پرستفاده‌ترین ابزار خود گزارشی برای غربالگری افسردگی در زنان قبل از زایمان است این مقیاس شامل ۱۰ ماده است و مشارکت‌کنندگان به هر ماده بر روی یک طیف ۴ درجه‌ای (۰ تا ۳) پاسخ می‌دهند. با افزایش نمره افراد در این مقیاس، نمره آن‌ها در افسردگی افزایش می‌یابد. اساساً این ابزار در موقعیت‌های پژوهشی با هدف ترسیم ملاک‌های تشخیصی برای شناسایی افسردگی شدید و

<sup>۱</sup> Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)



غیر شدید روا سازی شده است. مرور شواهد نشان می‌دهد که مقیاس افسردگی پس از زایمان به‌طور گسترده‌ای در موقعیت‌های بالینی تلاش‌های مداخله‌ای مبتنی بر سلامت عمومی مورد استفاده قرار گرفته است. در مطالعات روا سازی مختلف، برای مقیاس افسردگی پس از زایمان ایندبرگ، نمرات برش بالینی متفاوتی برای جمعیت‌های مختلف مانند زنان باردار و یا زنانی که تازه مادر شده‌اند، گسترش یافتند (کاکس، هولدن و ساگوسکی<sup>۱</sup>، ۱۹۸۷). در مطالعه حاضر، نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که ساختار عاملی مقیاس افسردگی پس از زایمان ایندبرگ از دو عامل فقدان لذت و علاقه و افسردگی، اشباع شده‌است. در این مطالعه ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های فقدان علاقه و لذت و افسردگی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۸۰ به دست آمد.

### یافته‌ها

نمونه آماری در این پژوهش شامل ۱۸۶ زن با میانگین سنی ۳۲/۰۵ سال و انحراف استاندارد ۴/۱۳ بود. در نمونه منتخب، تعداد ۱ زن (۰/۵ درصد) دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم، تعداد ۱۱ زن (۵/۹ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، تعداد ۲۰ زن (۱۰/۸ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌دیپلم، تعداد ۱۱۴ زن (۶۱/۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی، تعداد ۳۰ زن (۱۶/۱ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و در نهایت، تعداد ۱۰ زن (۵/۴ درصد) دارای مدرک تحصیلی دکتری بودند.

حال در جدول ۱ به بررسی ماتریس همبستگی راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی می‌پردازیم.

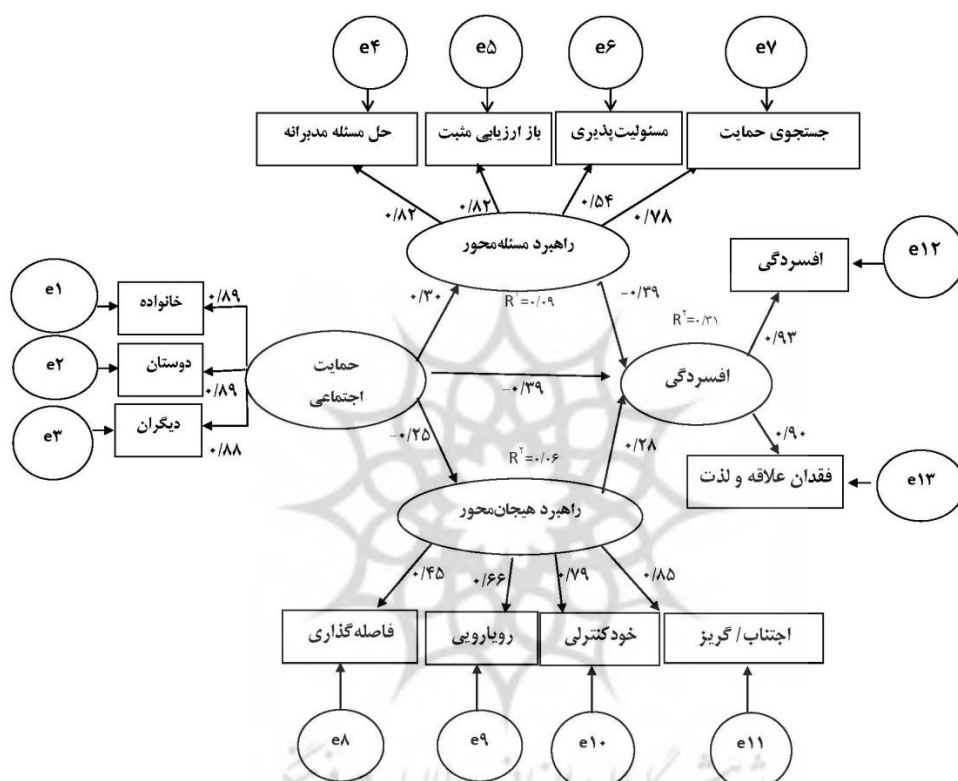
جدول ۱. ماتریس همبستگی راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی

<sup>1</sup> Cox, Holden & Sagovsky

افسردگی	متغیر	
*۰/۱۸	مقابله رویارویانه	۱
*۰/۱۴	فاصله‌گیری	۲
*۰/۱۷	خودکنترلی	۳
*-۰/۲۶	جستجوی حمایت اجتماعی	۴
*-۰/۱۸	مسئولیت‌پذیری	۵
*۰/۱۵	اجتناب - گریز	۶
*-۰/۱۶	حل مسئله مدبرانه	۷
*-۰/۱۷	باز ارزیابی مثبت	۸
**۰/۲۱	خانواده	۹
**۰/۲۰	دوستان	۱۰
**۰/۳۰	دیگران مهم	۱۱

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود بین کلیه‌ی راهبردهای هیجان‌مدار با افسردگی پس از زایمان رابطه‌ی مثبت معنادار و بین راهبردهای مسئله‌مدار با افسردگی پس از زایمان رابطه‌ی منفی معناداری وجود دارد. همچنین بین مؤلفه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی پس از زایمان رابطه‌ی منفی معناداری وجود دارد.

ارزش عددی بالاتر از ۲ برای شاخص مجذور خی بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )، ارزش عددی بالاتر از ۰/۰۶ برای شاخص خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) و ارزش عددی کمتر از ۰/۹۰ شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)، با هدف کمک به بهبود برازندگی مدل، ضرورت اصلاح مدل را نشان می‌دهد (داوری و رضا زاده، ۱۳۹۳).

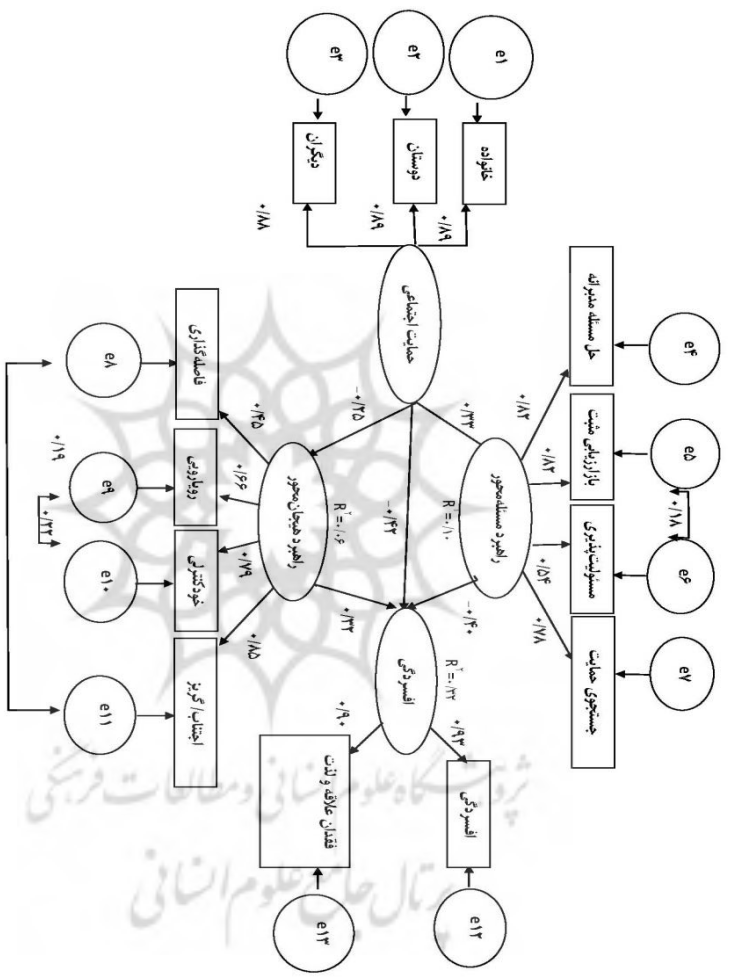


شکل ۱. مدل واسطه‌گری نسبی راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار در رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افسردگی قبل از اصلاح

آزمون برازندگی مدل با داده‌ها با استفاده از انتخاب اصلاح مدل نشان داد که در متغیر مکنون راهبرد مقابله‌ای مسئله‌محور از طریق ایجاد کوواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای نشانگرهای «باز ارزیابی مثبت و مسئولیت‌پذیری» و در متغیر مکنون راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور از طریق ایجاد کوواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای نشانگرهای «مقابله رویارویانه و خودکنترلی» و «فاصله‌گذاری و اجتناب/گریز»، پس از کاهش ۳ واحد در درجه آزادی مدل اصلاح شده، مقدار  $372/50$  واحد از ارزش عددی مقدار خنثی دو در این مدل کم شد.

شکل ۲، الگوی ساختاری واسطه‌گری کامل راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور و مسئله‌محور را در رابطه بین افسردگی پس از زایمان یعنی فقدان علاقه و لذت و افسردگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده که شامل خانواده دوستان و دیگران مهم است، مثبت به دست آورده است. برای الگوی اصلاح شده مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش شامل شاخص مجذور خنثی ( $\chi^2$ )، شاخص مجذور خنثی بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب برابر با  $444/50$ ،  $2/20$ ،  $0/95$ ،  $0/93$ ،  $0/91$  و  $0/06$  به دست آمد. ارزش عددی مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش برای الگوی کلی اصلاح شده، برازش مطلوب الگوی مفروض را با داده‌ها نشان می‌دهد.





شکل ۳. مدل واسطه‌گری نسبی راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار در رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افسردگی پس از اصلاح

شکل ۲ نتایج مربوط به پیش‌بینی افسردگی را از طریق حمایت اجتماعی ادراک‌شده با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور و هیجان‌محور مثبت نشان می‌دهد. مرور دقیق شاخص‌های نیکویی برازش مدل ساختاری نشان می‌دهد که مدل مزبور پس از اصلاح با داده‌ها برازش مطلوبی داشت. در این الگو، ۱۰ درصد از پراکندگی نمرات راهبرد مقابله‌ای مسئله‌محور و ۶ درصد از پراکندگی نمرات راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور از طریق حمایت اجتماعی ادراک‌شده تبیین شد. همچنین، در این الگو، ۳۲ درصد از پراکندگی نمرات افسردگی زنان از طریق راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور و هیجان‌محور و حمایت اجتماعی ادراک‌شده تبیین شد.

در مدل ساختاری واسطه‌گری نسبی، تمامی ضرایب مسیر بین متغیرهای مکنون از لحاظ آماری معنادار بودند. در این مدل، رابطه بین حمایت اجتماعی با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور، مثبت و معنادار و با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور و افسردگی، منفی و معنادار بود. همچنین، رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور با افسردگی، منفی و معنادار و رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور با افسردگی، مثبت و معنادار بود (شکل‌های ۱ و ۲).

در این مطالعه، برای تعیین معناداری آماری اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر افسردگی در زنان با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای از روش بوت‌استرپ، استفاده شد. براساس مدل ساختاری واسطه‌گری نسبی، اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افسردگی در زنان از طریق راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور و هیجان‌محور به ترتیب برابر با  $-۰/۱۳$  و  $-۰/۰۶$  به دست آمد که از لحاظ آماری معنادار بود ( $P < ۰/۰۵$ ).

در مجموع، در پژوهش حاضر، مرور شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی در نمونه زنان نشان داد که مدل مفروض میانجی‌گری نسبی راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور و مسئله‌محور در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افسردگی با داده‌ها برازش مطلوبی داشت؛ بنابراین، نتایج نشان می‌دهد که حلقه مفهومی راهبردهای مقابله‌ای



هیجان‌محور و مسئله‌محور در پیوند دوایر مفهومی حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افسردگی نقش مهمی دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

افسردگی بعد از زایمان یک معضل بهداشت روانی قلمداد می‌شود که هم در زنان و هم در مردان مشاهده می‌شود و تولد فرزند را می‌تواند از یک اتفاق خوشایند، تبدیل به یک چالش بزرگ و دردآور برای والدین بکند (هان-هالبروک، کارنول-هنریچ و آنا، ۲۰۱۸). هدف از پژوهش حاضر آزمون میانجی‌گری مدل مفروض نسبی راهبردهای مقابله‌ای در رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و افسردگی پس از زایمان در زنان بود؛ نتایج نشان داد که رابطه بین تجارب حمایتی و میزان افسردگی پس از زایمان، به طور نسبی از طریق راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی میانجی‌گری شد. در این الگو ۱۰٪ از پراکندگی نمرات راهبرد مقابله‌ای مسئله‌محور و ۶٪ از پراکندگی نمرات راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور از طریق حمایت اجتماعی ادراک‌شده تبیین شد. همچنین در این الگو ۳۲٪ از پراکندگی نمرات افسردگی زنان از طریق راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور و هیجان‌محور و همچنین تبیین شد. پس با توجه به نتایج حاصل میانجی‌گری نسبی راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور و مسئله‌محور در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و افسردگی پس از زایمان با داده‌های جمع‌آوری شده، در این پژوهش برازش مطلوبی داشته و دارای نقش مهمی است. همچنین بر اساس مدل ساختاری واسطه‌گری نسبی، اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده، با افسردگی پس از زایمان در زنان، به ترتیب از طریق راهبردهای مسئله‌محور و هیجان‌محور به ترتیب ۰/۱۳- و ۰/۰۶- به دست آمد و از لحاظ آماری معنی‌دار بود. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو بود (اینز، الدرریچ، ماننگامیری و گونزالز، ۲۰۱۸؛ مارگوریت، لازنت، مارین، تانگوی و همکاران، ۲۰۱۷؛ اوبراین، ماتینسون، لیفمن و ریچی-اسپیرمن، ۲۰۱۲؛ پورخالقی، عسکری زاده و فضیلت پور، ۱۳۹۶).

در بخش نخست، نتایج مطالعه حاضر همسو با یافته‌های مطالعات لئو آرورا، راس، پتریدس، سیرمانا و همکاران، (۲۰۱۱) بود که نشان دادند حمایت اجتماعی ادراک‌شده به صورت مستقیم در کاهش استرس پس از زایمان مؤثر است. همچنین پژوهش مسعودی‌نیا (۱۳۹۰) تبیین می‌کند که حمایت اجتماعی باعث کاهش افسردگی زنان می‌شود. در مطالعه بیکر و یانگ (۲۰۱۸) علاوه بر نقش حمایت اجتماعی، نقش شبکه‌های اجتماعی و اینترنت در کاهش استرس و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای زنان بررسی شد. در پژوهشی که خودپنداره و راهبردهای مقابله‌ای، به عنوان میانجی‌گر در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روانی آزمودنی‌ها بررسی شد، نتایج حاکی از آن بود که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، با بهینه‌سازی خودپنداره، کمک به بهزیستی روانی افراد می‌کند و از طرفی هم کاهنده راهبردهای مقابله‌ای غیر تطابقی است و استفاده از راهبردهای مثبت و بهینه را در پی خواهد داشت (لیو، لی، لینگ و کای، ۲۰۱۶). براین اساس نتایج مطالعات نشان می‌دهد که افزایش در سطح تجارب حمایتی از طریق ترغیب افراد به گزینش اسنادهای علی‌سازش یافته در برابر اسنادهای علی‌سازش نایافته و همچنین تقویت خودباوری در آن‌ها، کیفیت تجارب هیجانی افراد را در مواجهه با انتظارات محیطی آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد. در مجموع موافق با این رویه فکری و در حیطه مطالعاتی تصریح‌کننده، ویژگی‌های کارکردی تجارب حمایتی، برای پیش‌بینی کنش‌وری‌های افراد در موقعیت‌های مختلف، بر نقش این مدل مفروض بسط داده شده و بر فرضیه توانمندسازی تأکید شده است. بر طبق منطق فکری فرضیه، وسعت یافتگی در ظرف منابع مقابله‌ای افراد، از طریق وسیع کردن محدوده انتخاب از ذخایر روان‌شناختی موجود، برای افراد مانع از آن می‌شود که مواجهه با استرس‌ورهای موجود، فرد را به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، سوق دهد. علاوه بر این، در این فرضیه، فرض بر آن است که در بسط منابع روان‌شناختی، از آنجا که خودباوری، انتخاب رویه‌های انطباقی در افراد را قوت می‌دهد، پس انتظار می‌رود که توانمندی روانی آن‌ها افزایش یابد.



در رابطه با راهبردهای غیرانطباقی، نتایج مطالعه حاضر همسو با مطالعه‌ای که رابطه کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در افراد افسرده‌ی تحت درمان را بررسی می‌کردند، قرار گرفت. بدین صورت که آزمودنی‌های افسرده به‌طور افراطی از راهبردهای مقابله‌ای منفی و به‌خصوص راهبرد گریز و اجتناب و رها کردن، استفاده می‌کردند. راهبرد باز ارزیابی مجدد و مثبت خیلی کمتر اعمال شده بود. نوع راهبردهای مقابله‌ای، رابطه بسیار نزدیکی با کیفیت زندگی این افراد داشته است، بدین ترتیب که استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای بهینه و تطابقی، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (هالوبوا، پراسکو، اسپسکوا، گرامبل و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین در پژوهشی کارور (۱۹۸۷) به این نتیجه رسیدند که خوش‌بینی و بدبینی به عنوان انتظارات فرد برای وقوع اتفاقات خوشایند و یا نامطلوب، در ابتلای آن‌ها به افسردگی پس از زایمان، در چند هفته بعد از زایمان مؤثر است. خوش‌بینی به وضوح در زنانی که در هفته‌های نخستین هیچ علائمی از افسردگی نداشتند، مشخص بود و مثل یک سپر محافظ در مقابل بروز علائم عمل می‌کرد. یافته‌های این پژوهش عمدتاً بر اساس رابطه بین خوش‌بینی، شیوه‌های اسناد دهی و خودتنظیم‌گری هیجانی که در مادران ارزیابی شده بود، به‌دست آمده بود. همچنین در مطالعه هورویترز، سیز، برونا و کینگ (۲۰۱۸) راهبردهای مقابله‌ای به عنوان متغیر میانجی در رابطه بین افسردگی و ریسک خودکشی در بزرگسالان، نتایجی همسو با پژوهش حاضر، ملاحظه شد. در پژوهش مذکور ۲۸۶ نفر از بزرگسالان به مدت ۴ ماه از نظر راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی و ریسک فاکتورهای مربوط به خودکشی (نقشه‌های ذهنی، اعمال رفتارهای خود تخریبی) بررسی شدند. نتایج حاکی از آن بود که باز ارزیابی مجدد مثبت، با تبعات مثبت بیشتری همراه بود، ولی خود سرزنش‌گری و گریز و اجتناب با تبعات منفی بیشتری همراه بودند. همچنین راهبردهای فعالانه و پویا افراد را بیشتر در مقابل افکار خودکشی محافظت می‌کردند. نتایج با تاکید بیان می‌کردند برای کاهش ریسک خودکشی و مداخلات کارآمد، در این افراد، تمرکز باید بر باز ارزیابی مثبت و خودسرزنش‌گری کمتر باشد.

در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان ادعان کرد که با تأکید بر میانجی‌گری نسبی راهبردهای مقابله انطباقی در رابطه بین تجارب حمایتی و میزان افسردگی پس از زایمان این

مدل بیانگر آن است که چگونه با افزایش میزان تجارب حمایتی و متعاقب آن وسعت یافتگی منابع مقابله‌ای درون و برون فردی مشارکت‌کنندگان، میزان افسردگی در زنان را در دوران پس از زایمان کاهش می‌دهد. به بیان دیگر همسو با نتایج مطالعاتی که با تاسی از مدل فرآیندی مقابله، توسعه یافته‌اند، هرگونه افزایش در سطح تجارب حمایتی می‌تواند به عنوان یک منبع مقابله‌ای موقعیتی، از آن‌جا که زمینه را برای استفاده از مدل‌های ارزیابی شناختی سازش یافته، افزایش می‌دهد، به حساب آید. همچنین انتظار آن می‌رود که زنان در رویارویی با تقاضاهای پیرامونی که شرایط جدید و ناآشنا، نسبت به رویه زندگی معمول آن‌ها، محسوب می‌شود، کمتر در معرض آسیب نشانه‌های افسردگی قرار بگیرند. به‌طور کلی نتایج حاکی از آن است که با تفسیر نقش تبیینی تجارب حمایتی، برای پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان در زنان، با تاسی به مدل فرآیندی مقابله، تأکید بر برخی از هم‌بسته‌های مفهومی مثل اسنادهای علی ارتباطی، جهت‌گیری‌های هدف اجتماعی، باورهای خود کارآمدی و همچنین نیازهای روان‌شناختی بنیادین، ممکن است. بنابراین با تأکید بر نتایج مطالعه حاضر که نشان داد راهبردهای مقابله‌ای غیر انطباقی، رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان را میانجی‌گری می‌کند. در مجموع مرور شواهد نظری و تجربی، در حیطه مطالعاتی کارکردهای ضربه‌گیرانه حمایت اجتماعی، این نکته را بیان می‌کند که با افزایش و فراهم کردن منابع حمایت اجتماعی، از احتمال رجوع به راهبردهای ناکارآمد و سازش نیافته، برای مدیریت موقعیت‌های برانگیزاننده بیرونی و به تبع آن خسارت‌های روان‌شناختی کاسته می‌شود. به اجمال می‌توان به این نکته رسید که با پربار کردن خزانه مقابله‌ای افراد، متعاقب آن وزن یافتگی سهم تجارب حمایتی، از احتمال مواجهه با تجارب هیجانی منفی در موقعیت‌های جدید کاسته می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نوع طرح پژوهش اشاره کرد که اصولاً از نظر تعیین روابط علت و معلولی محدودیت دارد. از سویی دیگر در پژوهش‌های مدل‌یابی گاهی برای تعمیم نتایج به جوامع آماری بزرگتر باید احتیاط به عمل آورده و از روش‌های آمیخته، یعنی مصاحبه در کنار روش‌های آماری موجود استفاده کرد. همچنین از آنجا که این پژوهش



در کلیه زنانی بود که شش ماه از به دنیا آمدن فرزندشان می‌گذشت و به صورت در دسترس از شش مرکز بهداشت شهر تهران انتخاب شدند، باید در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها احتیاط کرد. از آنجا که برخی از متغیرهای پژوهش نیاز به سنجش با استفاده از شیوه‌های مختلف دارد لذا بهتر است در پژوهش‌های آتی علاوه بر پرسشنامه از روش مشاهده و مصاحبه (با دیگران) اقدام به سنجش کرد تا بتوان روابط علت و معلولی را کشف کرد. از روش‌های دیگری همچون روش‌های تحقیق آمیخته، مصاحبه در پژوهش‌های خود در رابطه با افسردگی پس از زایمان استفاده کنند. ضمناً استفاده از روش‌های پژوهش مقطعی و طولی بهتر می‌تواند تبیین-کننده عوامل زمینه‌ساز افسردگی پس از زایمان باشد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## منابع

- پورخالقی، نجمه؛ عسکری زاده، قاسم و فضیلت پور، مسعود. (۱۳۹۶). پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا: نقش حمایت اجتماعی و نوع زایمان. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹(۱)، ۱۸-۲۹.
- داوری، علی و رضازاده، آرش. (۱۳۹۲). *مدل‌سازی معادلات ساختاری با نرم‌افزار PLS*. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- سهرابی، فرامرز؛ مام‌شریفی، پیمان؛ رافضی، زهره و اعظمی، یوسف. (۱۳۹۷). پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس سلامت روان، حمایت اجتماعی و ابعاد شخصیتی روان‌رنجورخویی و توافق‌پذیری. *نشریه روان‌پرستاری*، ۶(۶)، ۵۷-۶۶.
- شکری، امید؛ کرمی نوری، رضا؛ فراهانی، محمدنقی و مرادی، علیرضا. (۱۳۹۵). *رواسازی میان فرهنگی مقیاس چندبُعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان ایرانی و سوئدی*. *نشریه تحقیقات فرهنگی ایران*، ۹(۲)، ۱۰-۷۵.
- محمودعلیلو، مجید؛ ارجی، اکرم؛ بخشی پور رودسری، عباس و شاهجویی، تقی. (۱۳۹۰). *رابطه ویژگی شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در معتادان HIV مثبت*. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۳(۱)، ۷۰-۷۶.
- مسعودی‌نیا، ابراهیم. (۱۳۹۰). *رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با بروز اختلال افسردگی پس از زایمان*. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۴(۷۰)، ۸-۱۸.
- موحد، مجید و حسینی، مریم. (۱۳۹۵). *کندوکاو راهبردهای مقابله‌ای زنان میانسال در مواجهه با پیری و تغییرات بدنی مرتبط با آن*. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۴(۴)، ۷-۴۲.
- ندایی، علی. (۱۳۹۳). *بررسی تفاوت‌های جنسیتی در راهبردهای مقابله‌ای در سازگاری زناشویی و مقایسه آن در زوجین شهر اصفهان*. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۲(۳)، ۱۴۱-۱۶۷.
- هداوند اول، غزل؛ مهربانی کوشکی، حسینعلی و یزدخواستی، بهجت. (۱۳۹۶). *بررسی تأثیر*





عامل قومیت بر سلامت روان، همسرآزاری، حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی زنان.

مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۱۵(۲)، ۸۱-۱۰۴.

- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: APA.
- Arora, S., Russ, S., Petrides, K. V., Sirmanna, P., Aggarwal, R, Darzi, A., & Sevdalis, N. (2011). Emotional intelligence and stress in medical students performing surgical tasks. *Academic Medicine*, 86(10), 1311-1317.
- Baker, B. J., & Yang, I. W. (2018). Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 17, 31-34.
- Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing research*, 44(5), 298-304.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50: 275-285.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 195-201.
- Cairns, K. E., Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., & Jorm, A. F. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of affective disorders*, 169, 61-75.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.
- Cox, J. L., Holden, J. M., and Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Davari, A., & Rezazadeh, A. (2013). *Modeling structural equations with PLS software*. Academic Jihad Publications, first edition. [Text in Persian]
- Enns, A., Eldridge, G. D., Montgomery, C., & Gonzalez, V. M. (2018). Perceived stress, coping strategies, and emotional intelligence: A cross-sectional study of university students in helping disciplines. *Nurse Education Today*, 68, 226-231.
- Focht, A., & Kellner, C. H. (2012). Electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of postpartum psychosis. *The journal of ECT*, 28(1), 31-33.

- Fu, C. W., Liu, J. T., Tu, W. J., Yang, J. Q., & Cao, Y. (2015). Association between serum 25-hydroxyl vitamin D levels measured 24 hours after delivery and postpartum depression. *International Journal of Obstetrics Gynecology*, 122(12), 1688–1694.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 1071-1083.
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69 (5), 20- 511.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: a Systematic Review, meta-analysis, and meta-Regression of 291 Studies from 56 countries. *Frontiers in psychiatry*, 8, 248.
- Hadavand Aval, G., mehrabi koushki, H., yazdkhasti, B. (2017). Study the effect of ethnicity on mental health, Spousal abuse, Social support and marital satisfaction. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 15(2), 81-104. [Text in Persian]
- Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Grambal, A., Slepecky, M., Marackova, M., ... & Zatkova, M. (2018). Quality of life and coping strategies of outpatients with a depressive disorder in maintenance therapy—a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 73.
- Horwitz, A. G., Czyz, E. K., Berona, J., & King, C. A. (2018). Prospective associations of coping styles with depression and suicide risk among psychiatric emergency patients. *Behavior therapy*, 49(2), 225-236.
- Karaca, Z., Tanriverdi, F., Unluhizarci, K., & Kelestimur, F. (2010). Pregnancy and pituitary disorders. *European Journal of Endocrinology*, 162(3), 453-475.
- Khurana, A., & Romer, D. (2012). Modeling the distinct pathways of influence of coping strategies on youth suicidal ideation: A national longitudinal study. *Prevention Science*, 13(6), 644-654.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Liu, W., Li, Z., Ling, Y., & Cai, T. (2016). Core self-evaluations and coping styles as mediators between social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, 88, 35-39.



- Mahmoud Aliloo, M., Arij, A., Bakhshipour Roudsari, A., & Shahjooee, T. (2011). relationship between personality traits and coping styles in HIV positive, addict males. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services*, 33(1), 70-76. [Text in Persian]
- Marguerite, S., Laurent, B., Marine, A., Tanguy, L., Karine, B., Pascal, A., & Xavier, Z. (2017). Actor-partner interdependence analysis in depressed patient-caregiver dyads: Influence of emotional intelligence and coping strategies on anxiety and depression. *Psychiatry research*, 258, 396-401.
- Masoudnia, E. (2011). Relationship between Perceived Social Support and Risk of Postpartum Depression disorder. *Iran Journal of Nursing*, 24(70), 8-18. [Text in Persian]
- Mohed, M., & Hoseini, M. (2017). Exploring the Middle-aged women's strategies to deal with aging and age-related physical changes. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 14(4), 7-42. [Text in Persian]
- Monzon, C., Lanza di Scalea, T., & Pearlstein, T. (2014). Postpartum psychosis: updates and clinical issues. *Psychiatric times*, 31(1), 125-132.
- Nedaei, Ali. (2014). The Study of Gender Differences in Coping Strategies in Marital Adjustment and Comparison in Couples in Isfahan. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 12(3), 141-167. [Text in Persian]
- Nrugham, L., Holen, A., & Sund, A. M. (2012). Suicide Attempters and Repeaters: Depression and Coping a Prospective Study of Early Adolescents Followed up as Young Adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(3), 197-203.
- O'brien, L., Mathieson, K., Leafman, J., & Rice-Spearman, L. (2012). Level of stress and common coping strategies among physician assistant students. *The journal of physician assistant education: the official journal of the Physician Assistant Education Association*, 23(4), 25-29.
- O'hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 9, 379-407.
- Pourkhaleghi, N., Askarizadeh, G., & Fazilat-Pour, M. (2017). Predicting Post-Partum Depression of Nulliparous Women: Role of Social Support and Delivery Type. *Journal of Health & Care*, 19(1), 18-29. [Text in Persian]
- Shokri, O., Kormi Nouri, R., Farahani, M., Moradi, A. (2016). The Quality of College Life from Viewpoint of Native and Non-Native Students of Tehran's Public Universities. *Journal of Iran Cultural Research*, 9(2), 75-100. [Text in Persian]

- Sohrabi, F., MamSharifi, P., Rafezi, Z., & A'azami, Y. (2019). Predicting Addiction Potential based on Mental Health, Social Support and Neuroticism and Agreeableness Personality Traits. *Iranian Journal of Psychiatry Nursing*, 6(6), 57-66. [Text in Persian]
- Shorey, S., Chee, C., Chong, Y. S., Ng, E. D., Lau, Y., & Dennis, C. L. (2018). Evaluation of Technology-Based Peer Support Intervention Program for Preventing Postnatal Depression: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*, 7(3), 25-32.
- Surkan, P. J., Ettinger, A. K., Hock, R. S., Ahmed, S., Strobino, D. M., & Minkovitz, C. S. (2014). early maternal depressive symptoms and child growth trajectories: a longitudinal analysis of a nationally representative US birth cohort. *BMC pediatrics*, 14(1), 185-192.
- Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen). (2010). *National guidelines for the treatment of depression and anxiety disorders* (Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom). Available at: (accessed 20 April 2017).
- Tahirkheli, N. N., Cherry, A. S., Tackett, A. P., McCaffree, M. A., & Gillaspay, S. R. (2014). Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. *International Journal of Women's Health*, 6, 975-87.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 145-161.
- VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., & Cohen, L. S. (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC psychiatry*, 17(1), 272.
- Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland, N., & Fawcett, L. (2011). Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*, 27(5), 745-749.
- Zimet, G. D.; Dahlem, N. W.; Zimet, S. G.; & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52 (1), 30-41.



### نویسندگان

**f.firoozkoohi90@gmail.com**

**فرزانه ابوالقاسم فیروز کوهی**

دارای مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی از دانشگاه شهید بهشتی در سال ۱۳۹۸ است. به پژوهش در حوزه‌های اختلالات خلقی و به صورت کلی اختلالات مرتبط با زنان علاقه دارد.

**m-charifi@sbu.ac.ir**

**دکتر مسعود شریفی**

استادیار و مدیر مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه شهید بهشتی هستند. ایشان در سال ۱۳۷۳ در رشته‌ی روان‌شناسی در مقطع دکتری از دانشگاه فرانسه فارغ التحصیل شده‌اند. تا کنون فعالیت‌های متعددی را در زمینه‌ی آموزش و پژوهش انجام داده‌اند از جمله: برگزاری کارگاه‌های آموزشی، نگارش و چاپ مقاله در مجله‌های علمی داخلی و خارجی نظیر «ارزیابی‌های شناختی، راهبردهای مقابله‌ای، خوش‌بینی و بهزیستی ذهنی» در مجله‌ی روان‌شناسی (۱۳۹۳)، سخنرانی و ارائه‌ی مقاله در کنگره‌ها و سمینارهای ملی و بین‌المللی مانند «مقایسه خودپنداره، تصویر بدن و تنظیم هیجان در دختران نوجوان چاق با وزن طبیعی» ارائه شده در دومین کنگره سراسری روان‌شناسی کودک و نوجوان (۱۳۹۴).

**دکتر حسین پور شهریار****h\_pourshahriar@sbu.ac.ir**

استادیار و هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی و و مدرس کارگاه‌های آموزش و متخصص در حوزه خانواده، ازدواج و... هستند. ایشان مدرک دکتری روان‌شناسی را در سال ۱۳۸۵ از دانشگاه تربیت مدرس ایران دریافت کرده‌اند و دارای مقالات متعدد در حوزه‌ی تاب‌آوری، هیجانات، آشفتگی روانشناختی و ... هستند. کتاب «بهبودی جو اجتماعی - هیجانی کلاس» ایشان در سال ۱۳۹۶ به چاپ رسیده است.

**دکتر امید شکری****o\_shokri@sbu.ac.ir**

استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی و دانش آموخته‌ی دکتری روان‌شناسی از دانشگاه خوارزمی هستند. فعالیت‌های علمی و پژوهشی ایشان شامل چاپ مقالات متعددی در مجله‌های معتبر داخلی و خارجی نظیر: «تحلیل روان‌سنجی مقیاس هوش هیجانی ادراک شده در معلمان» در مجله‌ی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی (۱۳۹۶)، سخنرانی و ارائه‌ی مقاله در کنگره‌ها و سمینارهای ملی و بین‌المللی از جمله «رابطه جهت‌گیری‌های هدف پیشرفت با رفتارهای فریبکارانه تحصیلی نقش واسطه‌ای متعهد به اخلاق تحصیلی» ارائه شده در سومین کنگره ملی روان‌شناسی اجتماعی ایران (۱۳۹۵) و در آخر ترجمه‌ی کتاب «مهارت‌های حل مسئله اجتماعی در کودکان» (۱۳۹۴) می‌شود.



## *The Mediating Role of Coping Strategies in the Relationship between Perceived Social Support and Postpartum Depression*

Farzane Abolghasem Firoozkoohi<sup>1\*</sup>

Masoud Sharifi<sup>2</sup>

Hossein Pourshahiar<sup>3</sup>

Omid Shokri<sup>4</sup>

### **Abstract**

Postpartum depression is one of the most common and yet not diagnosed and treated diseases in more than half of the women. The present study investigates the mediating role of coping strategies in the relationship between perceived social support and postpartum depression. The study is a correlational research in which the statistical method of structural equation modeling was used. The population of the study consisted of 200 women who had a six months old babies. They were selected using convenience sampling from Tehran Health Centers. Research data were collected using the Lazarus and Folkman Coping Strategies Questionnaire (WOCQ), Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and Perceived Social Support Scale (MSPSS). Data were analyzed using SPSS and Amos statistical software. The results of study confirmed the mediating role of coping strategies. The problem-focused and emotion-focused coping strategies explained 32% of the prevalence of depression among women. The

<sup>1</sup> . M. A. in general Psychology, Shahid Beheshti University.

\* Corresponding Author: [f.firoozkoohi90@gmail.com](mailto:f.firoozkoohi90@gmail.com)

<sup>2</sup> . Assistant Professor of Psychology, Shahid Beheshti University.

<sup>3</sup> . Assistant Professor of Psychology, Shahid Beheshti University.

<sup>4</sup> . Assistant Professor of Psychology, Shahid Beheshti University.

**Submit Date: 2019-9-1**

**Accept Date: 2019-10-23**

DOI: 10.22051/JWSPS.2020.28016.2077



indirect effect of perceived social support on postpartum depression through problem-focused and emotion-focused coping strategies was -0.13 and -0.06, respectively. The hypothesized model was well-fitted to the data. The results show that the emotion-oriented and problem-based coping strategies play significant role in relationship between perceived social support and depression.

**Keyword**

Postpartum Depression, Perceived Social Support, Coping Strategies

