

**Original Research**

***The Relationship between Immature Defense  
Mechanisms and Postpartum Depression: The  
Mediating Role of Social Loneliness among Women in  
Postpartum Period***

Rana Shakib Haji Agha<sup>1</sup>  
Mohsen Kachooei<sup>2</sup>  
Zeinab Hedayati<sup>3</sup>  
Fateme Jalalian Gabloo<sup>4</sup>

***Abstract***

Postpartum depression, one of the most common postpartum disorders, disrupts the mother's adjustment to the newborn and raising the child in a healthy relationship with the mother by causing harmful and destructive changes in the mother's mood and family environment. Therefore, the present study aimed to investigate the mediating role of social loneliness on the relationship between immature defence mechanisms and postpartum depression. In a correlational study, we selected 227 women visiting Tehran health centres by convenience sampling among all postpartum women in Tehran. They were asked to answer the Edinburgh Postpartum Depression Scale, Andrews and colleagues' Defense Styles questionnaire, and the Social Loneliness Scale. Data were analyzed using the Pearson correlation test and structural equation modelling by AMOS

<sup>1</sup>. MSc Student in Clinical Family Psychology, Department of Psychology, Humanities Faculty, University of Science and Culture, Tehran, Iran. Ranashakib76@gmail.com.

<sup>2</sup>. Corresponding Author, Assistant Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Humanities Faculty, University of Science and Culture, Tehran, Iran. kachooei.m@gmail.com.. (Corresponding Author)

<sup>3</sup>. Bachelor of Midwifery, Department of Nursing and Midwifery, University of Babol, Babol, Iran. Zeynabhedayati02@gmail.com

<sup>4</sup>. Bachelor of Midwifery, Department of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Fatemehe.jalalian55@gmail.com



software and SPSS. The results showed that at the 95% confidence level of the structural model of the research, it has a good fit; Thus, immature defence mechanisms have a positive indirect effect due to social loneliness on postpartum depression, and they can increase the risk of the disorder.

### ***Keywords***

*Postpartum Depression, Immature Defense Mechanism, Social Loneliness, Women in Postpartum Period.*

### **Introduction**

Entering the stage of motherhood leads to significant changes in the individual and social identity of the mother and other family members. Also, it increases the risk of postpartum depression due to substantial changes in physiological and psychological dimensions (Dennis & Vigod, 2020), which begins with symptoms of depressed mood, excessive anxiety, insomnia, and weight change within four weeks after childbirth. Such a situation can negatively affect the degree of attachment between mother and baby and other family relationships and pose a threat to the safety and health of the baby and other children (Norouzi & Mohammadi, 2015). Among the psychological factors that can affect postpartum depression are defence mechanisms, which are subconscious psychological processes that protect “the ego” from anxiety, painful thoughts, and feelings away from the realm of consciousness (Freud, 1923). Moreover, it can be said that neurosis is due to the continuous use of immature defences. Given this relationship, it is crucial to identify the mediating structures between them, one of which is social loneliness. If newly delivered women do not receive the social support they need or do not consider existing sources of support as social support, they will feel lonely, predicting postpartum depression (Pourkhaleghi, Askarizadeh, & Fazilat-Pour, 2017). Considering the effect of immature defence mechanisms and social loneliness on postpartum depression, it is vital to discover the mechanism of these relationships. Therefore, this study investigates the relationship between immature defence mechanisms and postpartum depression concerning the mediating role of social loneliness.

### **Methodology**

The research method of the present study is descriptive, and the statistical population consists of all newly delivered women in Tehran in 1400. To determine the sample size in multivariate regression studies, between 5 and 15 observations per measured (observed) variable are considered (Hooman, 2005).



Considering that the number of variables measured in the present study is equal to 12 subscales, the minimum sample size was estimated to be 60, and the ideal volume was estimated to be 180. According to the probability of falling subjects, 230 people were considered. Participants were selected based on inclusion and exclusion criteria through the available sampling method. After deleting the distorted data, the information of 227 participants was statistically analyzed using SPSS and AMOS software. The instruments used in this study included the Edinburgh Postpartum Depression Scale, the Defense Styles Questionnaire, and the Social Loneliness Scale, which was completed by newly delivered women referring to health centres after obtaining informed consent. Firstly, the correlations between the variables were calculated using the Pearson correlation coefficient. Then, path analysis was used to investigate the mediating role of social loneliness in the relationship between immature defence mechanisms and postpartum depression.

### Findings

The mean age of newly delivered women was 28.44, and its standard deviation was 4.55 (age range: 20-45). The highest frequency in terms of age group is related to the class of 20 to 29 years. Also, 127 of them (55.9%) had a cesarean delivery, and 100 (44.1%) had a normal delivery. In addition, in terms of educational level, the highest frequency is related to undergraduate education, and in terms of employment status, the highest frequency is allocated to the housewife class. Social loneliness showed a significant positive correlation with immature defence mechanisms ( $r = 0.37$ ,  $p < 0.01$ ) and postpartum depression ( $r = 0.46$ ,  $p < 0.01$ ). The path analysis method was used to test the mediation pattern of social loneliness with immature defence mechanisms and postpartum depression. In this model, the direct pathway from immature defence mechanisms to postpartum depression was statistically significant ( $p = 0.040$ ). The values of good fit indices obtained for the final model showed that the assumed model perfectly fits the data. The bootstrap procedure's indirect effect study results that immature defence mechanisms could significantly predict postpartum depression through social mediation alone. The indirect effect of immature defence mechanisms on postpartum depression was 0.15 and statistically significant ( $p < 0.001$ ). In the final model, 0.14% of the variance of social loneliness was explained by immature defence mechanisms, and 0.23% of the variance of postpartum depression was explained by defence mechanisms mediated by social loneliness.

### Result



The results showed that immature defence mechanisms and postpartum depression were significantly correlated. Due to the use of immature defence mechanisms, they feel more social loneliness, which in turn causes depressive symptoms. It can be said that with the birth of a child, the mother becomes a new and unique psychological organization that is closely related to representations, unconscious processes, feelings, and experiences that are often overlooked in other moments of life (Stern, 1995). Thus, childbirth and the need to reorganize the conscious and subconscious aspects of representing oneself and others may reactivate unprocessed experiences, such as loss and grief. Also, based on the interaction hypothesis, it can be said that the emotion of depression activates the compensatory mechanism, and the compensatory mechanism, in turn, intensifies the feeling of depression. If "the ego" can not find another way out in the face of these emotions and fails to regulate and manage emotions, a mood disorder such as depression will form or persist. As a result, finding immature defence mechanisms in newborn women therapists and informing mothers about the function of these mechanisms in different life situations can change their perception of social loneliness. In this case, by reducing the feeling of social loneliness, the occurrence and persistence of postpartum depression can be prevented.

### References

- Andrews, G., Singh, M. & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-256.
- Behbodi, M. (2001). *The prevalence of postpartum depression and the effective factors of referred women to Beheshti Health center*. Thesis of Master, Psychology, Tehran: Beheshti University. (In Persian)
- Benute, G. R. G., Nozzella, D. C. R., Prohaska, C., Liao, A., De Lucia, M. C. & Zugaib, M. (2013). Twin pregnancies: Evaluation of major depression, stress, and social support. *Twin Research and Human Genetics*, 16(2), 629-633.
- Besharat, M. A. (2018). Social loneliness scale: Questionnaire, instruction and scoring (Farsi Version). *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 14(56), 475-476. (In Persian)
- Besharat, M. A., Hajiaqazadeh, M. & Ghorbani, N. (2007). Analysis of the relationship between emotional intelligence. *Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*, 2(1), 25-56. (In Persian)
- Brooks-Gunn, J. & Chase-Lansdale, P. L. (1995). *Adolescent parenthood*. Paper presented at the Portions were presented at a conference entitled " Outcomes



- of Early Childbearing: An Appraisal of Recent Evidence," Bethesda, MD, May 1992.
- Caligor, E., Kernberg, O. F. & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*: American Psychiatric Pub.
- Crane, R. M. (2005). *Social distance and loneliness as they relate to headphones used with portable audio technology*. Humboldt State University,
- Dennis, C. L. & Vigod, S. (2020). Preventing postpartum depression: Fatigue management is a place to start. *Evidence-Based Nursing*, 23(1), 25-25.
- DiTommaso, E. & Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the social and emotional loneliness scale for adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127-134.
- Freud, A. (1946). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: Publisher, International Universities Press.
- Freud, S. (1923). The Ego and the Id. In J. Strachey et al. (Trans.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XIX. London: Hogarth Press.
- Gan, Y., Xiong, R., Song, J., Xiong, X., Yu, F., Gao, W., Hu, H., Zhang, J., Tian, Y., Gu, X., Zhang, J. & Chen, D. (2019). The effect of perceived social support during early pregnancy on depressive symptoms at 6 weeks postpartum: a prospective study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-8.
- Ghorbani, N. (2003). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Basics and techniques*. Tehran: Publications of SAMT. (In Persian)
- Hays, R. D. & DiMatteo, M. R. (1987). A short-form measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 51(1), 69-81.
- Hooman, H. A. (2005). *Modeling structural equations using Lisrel software*. Tehran: Publications of SAMT. (In Persian)
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Jenaabadi, H., Nastiezaie, N. & Marziyeh, A. (2018). The role of perceived social support and feelings of social-emotional loneliness in addiction relapse (Case study: Self-referred addicts to drug rehab centers in Zahedan). *Etiadpajohi*, 11(44), 91-106. (In Persian)
- Khan, M. J. & Gul, S. (2016). Differences in defense mechanisms between depressive patients and non-depressive individuals. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(2), 47-51.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Publisher, The Guilford Press; Fourth edition.



- MacCallum, R. C., Browne, M. W. & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1, 130-149.
- Maryami, F., Maryami, Z., Bigdeli, I., Najafi, M. & Kiani, M. (2020). The role of social support and personality traits in the incidence of postpartum depression. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 22(1), 88-94. (In Persian)
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N. & Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, 84(1), 15-24.
- Mesgarian, F., Azad Fallah, P., Farahani, H. & Ghorbani, N. (2017). Object Relations and defense mechanisms in social anxiety. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 14(53), 3-14. (In Persian)
- Nikpour, M., Delavar, M. A. & Abedian, Z. (2013). Type of delivery and self-reported postpartum symptoms among Iranian women. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 40(1), 144-147.
- Norouzi, Z. & Mohammadi, M. (2015). Prediction of postpartum depression based on parental bonding, history of anxiety, and depression among women attended health care centers in Shiraz. *Razi Journal of Medical Sciences*, 21(127), 24-30. (In Persian)
- Peindl, K. S., Wisner, K. L. & Hanusa, B. H. J. (2004). Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 37-44-
- Peplau, L. A. (1985). Loneliness research: Basic concepts and findings. *Social Support: Theory, Research and Applications*, 269-286.
- Plutchik, R., Kellerman, H. & Conte, H. R. (1979). A Structural Theory of Ego Defenses and Emotions. *Emotions in Personality and Psychopathology*, 227-257.
- Pourkhaleghi, N., Askarizadeh, G. & Fazilat-Pour, M. (2017). Predicting postpartum depression of nulliparous women: Role of social support and delivery type. *Journal of Health and Care*, 19(1), 18-29. (In Persian)
- Ranjbari, T., Besharat, M. A. & Pourhossein, R. (2017). The mediating role of defense mechanisms in the relationship between attachment pathologies and the symptoms of depression and anxiety. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 14(53), 15-27. (In Persian)
- Raphael-Leff, J. (2018). 'Climbing the walls': Therapeutic intervention for postpartum disturbance 1. In *'Spilt milk'* (pp. 60-81): Routledge.



- Russell, D. W. J. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40.
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York (Basic Books).
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using Multivariate Statistics* (Vol. 5). Boston, MA: Pearson..
- Vaillant, G. E. J. A. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24(2), 107-118.
- Watson, D. C. (2002). Predicting psychiatric symptomatology with the Defense Style Questionnaire-40. *International Journal of Stress Management*, 9(4), 275-287.
- Zaidi, F., Nigam, A., Anjum, R., Agarwalla, R. (2017). Postpartum depression in women: A risk factor analysis. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(8), QC13- QC16





مقاله پژوهشی

## رابطه سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و افسردگی پس از زایمان با نقش میانجی تنهایی اجتماعی در میان زنان تازه‌زایمان کرده\*

رعنا شکیب حاجی آقا<sup>۱</sup>

محسن کچویی<sup>۲</sup>

زینب هدایتی<sup>۳</sup>

فاطمه جلالیان گبلو<sup>۴</sup>

### چکیده

افسردگی پس از زایمان به‌عنوان یکی از اختلال‌های شایع پس از زایمان با ایجاد دگرگونی‌های منفی و مخرب در خلق‌وخوی مادر و فضای خانواده، سازگاری مادر با کودک تازه متولدشده و پرورش کودک را در ارتباطی سالم با مادر مختل می‌کند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی‌گری تنهایی اجتماعی بر رابطه سازوکارهای

\* این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد بالینی خانواده، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

Ranashakib76@gmail.com

۲. استادیار روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران. (نویسنده

مسئول)

kachooei.m@gmail.com

۳. کارشناسی مامایی، دانشکده مامایی و پرستاری، دانشگاه بابل، بابل، ایران.

Zeynabhedayati02@gmail.com

۴. کارشناسی مامایی، دانشکده مامایی و پرستاری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

Fatemehe.jalalian55@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۶



دفاعی رشدنیافته و افسردگی پس از زایمان انجام شده است. در یک بررسی از نوع همبستگی از میان کلیه زنان تازه زایمان کرده شهر تهران ۲۲۷ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر تهران به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ، پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی اندروز و همکاران و مقیاس تنهایی اجتماعی را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از الگویابی معادلات ساختاری، آزمون همبستگی پیرسون و نرم‌افزارهای AMOS و SPSS استفاده شد. یافته‌ها نشان داد الگوی ساختاری تحقیق در سطح اطمینان ۹۵ درصد، برازش مناسبی دارد. به این صورت که سازوکارهای دفاعی رشدنیافته اثر غیرمستقیم مثبت به واسطه تنهایی اجتماعی بر افسردگی پس از زایمان دارند و می‌توانند احتمال ابتلا به این اختلال را افزایش دهند.

### واژگان کلیدی

افسردگی پس از زایمان، سازوکارهای دفاعی رشدنیافته، تنهایی اجتماعی، زنان تازه زایمان کرده.

### مقدمه و بیان مسئله

ورود به مرحله مادر شدن نیازمند تعریف مجدد نقش‌ها و وظایف در خانواده است که منجر به تغییرات مهمی در هویت فردی و اجتماعی مادر و سایر اعضای خانواده می‌شود (کلی و چیس لندسل<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). دوران بارداری اوج افسردگی در زنان است که به دلیل تغییر در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و هیجانات در این دوران، احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان<sup>۲</sup> را افزایش می‌دهد (دنيس و ویگاد<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). یکی از انواع افسردگی‌های شایع، افسردگی پس از زایمان است. در ایران کم‌ترین نرخ شیوع این اختلال ۱۰ تا ۱۳ درصد در فاصله دو تا هشت هفته پس از زایمان و بیشترین نرخ شیوع آن ۴۱ درصد در فاصله ۱۰ روز پس از زایمان گزارش شده است (نیک‌پور و همکاران، ۲۰۱۳). براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم<sup>۴</sup>، افسردگی پس از زایمان به عنوان زیرمجموعه اختلال افسردگی اساسی با نشانه‌های خلق افسرده، اضطراب مفرط، بی‌خوابی و تغییر وزن در طی ۴ هفته پس از زایمان شروع می‌شود که زنان مبتلا اغلب توانایی مراقبت از نوزاد خود را از دست می‌دهند و ممکن است به حالت رخوت و گیجی دچار شوند که عوارض جانبی بسیاری برای مادر، نوزاد و سایر

<sup>۱</sup>. Coley & Chase-Lansdale

<sup>۲</sup>. postpartum Depression (PPD)

<sup>۳</sup>. Dennis & Vigod

<sup>۴</sup>. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

اعضای خانواده داشته باشد (دنیس و ویگاد، ۲۰۲۰). چنین وضعیتی ممکن است بر میزان دلبستگی مادر و نوزاد و سایر روابط خانوادگی تأثیر منفی گذاشته و تهدیدی برای امنیت و سلامت مادر، نوزاد و سایر فرزندان باشد (نوروزی، ۱۳۹۴). در دوران پس از زایمان بیشتر از نصف زنان دارای یک یا بیشتر از یک عامل خطر برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان هستند اما، فقط ۱۰-۱۵ درصد آن‌ها به صورت بالینی مبتلا به اختلال افسردگی تلقی می‌شوند (بنات و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳)؛ بنابراین، عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی بسیاری می‌تواند در بازه‌های زمانی مختلف در بروز و شیوع این اختلال مؤثر باشد.

یکی از عوامل روان‌شناختی مؤثر در بروز افسردگی پس از زایمان، سازوکارهای دفاعی<sup>۲</sup> است (امسی‌ماهون و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). سازوکارهای دفاعی، فرآیندهای روانی ناهشیاری هستند که مسئولیت و محافظت از «ایگو»<sup>۴</sup> را در مواجهه با اضطراب برعهده دارند و می‌توان آن‌ها را به‌عنوان عملیات ذهنی که افکار و احساسات دردناک را از حوزه آگاهی دور نگه می‌دارند، توصیف کرد (فروید<sup>۵</sup>، ۱۹۲۳). مکانیسم‌های دفاعی شیوه‌هایی هستند که «ایگو» با کمک آن‌ها، اضطراب و رنج را پس‌زده و رفتار تکانشی و غریزی را کنترل می‌کند. هم‌چنین می‌توان گفت که روان‌رنجوری، پیامد استفاده مستمر از شکل خاصی از دفاع‌ها هستند (آنافروید<sup>۶</sup>، ۱۹۴۶). درواقع سبک‌های دفاعی در شرایط معمول زندگی، مواجهه فرد با تغییرات روان‌شناختی و محرک‌های استرس‌زای محیطی را تسهیل می‌کنند و باعث تداوم سازگاری فرد می‌شوند. اندروز و همکاران<sup>۷</sup> (۱۹۹۳)، بیست مکانیسم دفاعی را براساس طبقه‌بندی سلسله مراتبی ویلنت<sup>۸</sup> (۱۹۷۱) به سه سبک رشدنیافته<sup>۹</sup>، روان‌آزوده یا نوروتیک<sup>۱۰</sup> و رشدیافته<sup>۱۱</sup> تقسیم کرده‌اند.

- 
1. Benute et al
  2. Defense Mechanism
  3. McMahan et al
  4. Ego
  5. Freud
  6. Freud
  7. Andrews et al
  8. Vaillant
  9. Emmature
  10. Neorotic
  11. Mature



سازوکارهای دفاعی روان‌آزرده و رشدنیافته، شیوه‌های مواجهه غیرانطباقی و ناکارآمد؛ سازوکارهای دفاعی رشدنیافته، شیوه‌های مواجهه انطباقی و کارآمد هستند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سازوکارهای دفاعی با اختلال‌های روان‌شناختی رابطه دارند (قربانی، ۱۳۸۲ و واتسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). بین افسردگی و دفاع‌های ناکارآمد به‌ویژه دفاع‌های رشدنیافته ارتباط وجود دارد (خان و گال<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶ و کاروالهو و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳)؛ بنابراین با توجه به شواهد موجود مبنی بر وجود ارتباط میان سازوکارهای دفاعی رشدنیافته با افسردگی، بررسی چگونگی برقراری این ارتباط و شناسایی سازه‌های میانجی‌گر در ارتباط میان سازوکارهای دفاعی رشدنیافته با افسردگی پس از زایمان حائز اهمیت است. یکی از سازه‌های احتمالی کیفیت روابط اجتماعی با اطرافیان و چگونگی احساسات و پیامدهای ناشی از آن است.

حمایت اجتماعی که فرد از اطرافیان دریافت می‌کند در پیش‌بینی حالات خلقی، افکار و هیجانات او در دوران پس از زایمان نیز تأثیرگذار است. حمایت اجتماعی به‌میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. نکته قابل توجه این است که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد، حمایت اجتماعی نیستند، مگر آن‌که فرد آن‌ها را به‌عنوان منبعی در دسترس و یا مناسب برای رفع نیازهای خود ادراک کند (جنابادی و همکاران، ۱۳۹۶). اگر فرد حمایت اجتماعی مورد نیاز را از دیگران دریافت نکرده و یا منابع حمایتی موجود را نوعی حمایت اجتماعی ادراک نکند، احساس تنهایی می‌کند. پیلاثو<sup>۴</sup> (۱۹۸۵) تنهایی را برحسب تفاوت و شکاف بین سطح مطلوب و سطح موجود روابط اجتماعی افراد، با در نظر گرفتن جنبه‌های کمی و کیفی آن تعریف کرد. به‌نظر او، مبنای احساس تنهایی، فاصله و شکاف بین آرمان‌های فرد و دستاوردهای او در روابط و صمیمیت‌های بین فردی است. با وجود این بین تنهایی ناشی از انزوای اجتماعی و تنهایی ناشی از انزوای عاطفی تمایز قائل شده‌اند. در احساس تنهایی عاطفی، فقدان وابستگی عاطفی به شخص یا افراد دیگر مورد توجه است، درحالی که در احساس تنهایی اجتماعی، عدم درگیری در روابط و شبکه‌های اجتماعی نقش

1. Watson

2. Khan & Gul

3. Carvalho et al

4. Peplau

بارزی دارد (کرن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). نتایج یک پژوهش نشان داده که بین افسردگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط آماری منفی و معنادار وجود دارد (مریمی و همکاران، ۱۳۹۹ و گان و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹) و در واقع کاهش حمایت اجتماعی، افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی می‌کند (پورخالقی و همکاران، ۱۳۹۵).

براین اساس می‌توان گفت که سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و تنهایی اجتماعی بر افسردگی پس از زایمان تأثیر می‌گذارند؛ بنابراین، درک بهتر این عوامل نیازمند بررسی روابط موجود میان ساز و کارهای دفاعی رشدنیافته، تنهایی اجتماعی و افسردگی پس از زایمان است و از طرفی به علت عدم وجود پژوهش مرتبط با بررسی روابط ذکر شده، پژوهش حاضر سعی نموده با بررسی رابطه سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و افسردگی پس از زایمان با توجه به نقش میانجی تنهایی اجتماعی، خلأ نظری موجود در این زمینه را پوشش دهد.

#### پیشینه تجربی

مریمی و همکاران (۱۳۹۹) با بررسی نقش حمایت اجتماعی و صفات شخصیتی در بروز افسردگی پس از زایمان نشان دادند که روان‌رنجوری بیشترین رابطه را با افسردگی پس از زایمان دارد. بین افسردگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی ارتباط منفی و معنادار و بین افسردگی پس از زایمان و روان‌رنجورخویی ارتباط مثبت و معناداری مشاهده شد. منتظر و اسدی (۱۳۹۸) با مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده، رضایت زناشویی و همدلی در زنان مبتلا و غیرمبتلا به افسردگی پس از زایمان دریافتند بین زنان مبتلا و غیرمبتلا به افسردگی پس از زایمان از نظر حمایت خانواده، حمایت دیگران مهم زندگی، رضایت زناشویی، همدلی شناختی و همدلی عاطفی تفاوت معناداری وجود دارد و زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در این متغیرها دارای نمرات پایین‌تری هستند. شفیعی و همکاران (۱۳۹۷) با بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با میزان افسردگی پس از زایمان در مادران نوزادان نارس به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی در سه حیطة (همسر، اقوام و کل) با تعداد فرزندان مادر ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین،

1. Crane

2. Gan et al



وجود ارتباط معنادار بین افسردگی پس از زایمان با شغل همسر، میزان تحصیلات همسر و وضعیت اقتصادی خانواده‌ها نیز تأیید شد. به‌علاوه، ضریب همبستگی منفی بین حیطه‌های حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان برقرار است.

کراسوان و فارکاس<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) با بررسی متغیرهای مرتبط با شیوه‌های سازگاری روانی (سازوکارهای مقابله‌ای و سازوکارهای دفاعی) در اختلالات افسردگی دریافتند بین سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و سلامت روانی و نیز بین سازوکارهای دفاعی رشد نیافته و آشفتگی‌های روانی ارتباط مثبت برقرار است. کیوکا و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) با بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی ناایمن، سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده با ناراحتی‌های روان‌شناختی دریافتند سبک دلبستگی دل‌مشغول تأثیر مهمی بر ناراحتی روانی دارد و ۳۰ درصد از آشفتگی‌های روان‌شناختی توسط دفاع رشدنیافته و روان‌آزرده پیش‌بینی می‌شود. به‌عبارتی، سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده نقش میانجی میان سبک دلبستگی دل‌مشغول و آشفتگی‌های روان‌شناختی دارد. همچنین سبک دلبستگی ایمن و سازوکارهای دفاعی رشدنیافته یک اثر محافظتی کوچک بر ناراحتی روانی داشت، اما گنجاندن آن‌ها در مدل فرضی تحلیل مسیر شاخص‌های برازش مطلوبی نداشت. یافته‌ها نشان داد که سبک دلبستگی دل‌مشغول و سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده نزدیک به ۲۵ درصد از واریانس آشفتگی‌های روانی را به‌همراه دارند. گان و همکاران (۲۰۱۹) با بررسی تأثیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دوران بارداری بر افسردگی پس از زایمان نشان دادند که ارتباط معناداری بین حمایت ادراک‌شده پایین و علائم افسردگی پس از زایمان در ۶ هفته بعد از زایمان وجود دارد که افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات اولیه و به‌موقع ممکن است بتواند به محافظت در برابر علائم افسردگی در ۶ هفته پس از زایمان کمک کند. زایدی و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۷) در پژوهشی طولی که به‌مدت یک‌سال در یک کلینیک مربوط به بارداری انجام شد نشان دادند که افسردگی پس از زایمان ارتباط معناداری با سن پایین مادر، تولد فرزند دختر، رویدادهای استرس‌زای قبلی،

1. Crasovan & Farcas

2. Ciocca et al

3. Zaidi et al

عزت نفس پایین و احساس تنهایی دارد. داسیلوا و همکاران (۲۰۰۷) با بررسی تأثیر سبک‌های دفاعی بر ایجاد اتحاد درمانی در زنان دارای افسردگی پس از زایمان دریافتند سبک‌های دفاعی با اتحاد درمانی ارتباط معناداری ندارد. همچنین، سازوکارهای دفاعی رشدنیافته با تداوم افسردگی و علائم اضطراب در ارتباط است.

### چارچوب نظری

غم پس از زایمان یکی از معمول‌ترین تغییرات خلقی در این دوران است. در مورد افسردگی چند نظریه مبتنی بر اصول روان‌پویشی وجود دارد. اما، مهم‌ترین آن‌ها نظریه فروید و کارل آبراهام است (سادوک و سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). این نظریه ۴ رکن کلیدی را در برمی‌گیرد:

۱- آشفتگی ارتباط نوزاد-مادر در خلال مرحله دهانی زمینه‌ساز آسیب‌پذیری بعدی به افسردگی است

۲- افسردگی را می‌توان ابژه<sup>۲</sup> حقیقی یا خیالی مرتبط دانست.

۳- درونی‌سازی‌های از دست‌رفته، سازوکار دفاعی‌ای است که برای مقابله با رنج و ناراحتی همراه با فقدان ابژه به‌کار می‌رود.

۴- از آن‌جا که موضوع از دست‌رفته با دیدی آمیخته از عشق و نفرت نگریسته می‌شود، احساسات خشم توجه خود را معطوف به داخل می‌گردانند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

در دیدگاه دلبستگی، ویفن و جانسون<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) دریافتند که افسردگی پس از زایمان زمانی می‌تواند به‌وجود آید که نیاز به احساس تعلق یا دلبستگی ایمن یک مادر از جانب شریک زندگی‌اش تأمین نشود. به‌عبارتی، هنگامی که پدر و مادر به‌طور ایمن به یکدیگر دلبسته شوند، آن‌ها به نیازهای یکدیگر پاسخ می‌دهند تا از هم حمایت کنند. اما اگر هر یک از والدین به‌طور ناامن به یکدیگر دلبسته شوند، مشکلاتی به‌وجود می‌آید که منجر به افسردگی پس از زایمان می‌شود. ویفن و جانسون هشدار دادند که ترکیب زن اجتنابی همراه با ترس و یک همسر اجتنابی همراه با عزت‌گزینی می‌تواند افسردگی پس از زایمان را در مادر تازه زایمان کرده ایجاد کند.

1. Sadock & Sadock

2. Object

3. Whiffen & Johnson



در چشم‌اندازی دیگر در نظریه فمینیستی<sup>۱</sup> باور بر این است که بچه‌دار شدن را باید از جنبه فرهنگی، اجتماعی و سیاسی نگریست و اختلال و بدکارکردی در هر یک از این عوامل می‌تواند در بروز افسردگی پس از زایمان تأثیرگذار باشد. درمان فمینیستی چهار فرایند دارد که شامل: بیان تجربه بارداری و تولد، مدیریت تعارضات در خصوص هویت، به‌دست آوردن حس بقاء و در آخر توسعه یک دیدگاه جدید است (کریدی و شوکت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶). درنهایت در نظریه بین‌فردی سالیوان<sup>۳</sup> (۱۹۵۳) انسان‌ها موجودات ذاتاً اجتماعی هستند که شخصیتشان طبق تجارب بین‌فردی تعریف می‌شود و تجربه‌های درون روان‌فرد اثری بر این موضوع ندارد. افراد برای کاهش استرس و اضطراب خود از سازوکارهای امنیتی مانند بی‌توجهی و انزوا استفاده می‌کنند. این سازوکارهای امنیتی می‌توانند به ناتوان شدن فرد در ارزیابی عینی رفتار و به تأخیر افتادن تغییرات مثبت در شخصیت فرد منجر شوند و بروز افسردگی پس از زایمان را به‌همراه داشته باشند.

یکی از عوامل روان‌شناختی مؤثر در بروز افسردگی پس از زایمان، سازوکارهای دفاعی است (امسی‌ماهون و همکاران، ۲۰۰۵). سازوکارهای دفاعی به‌عنوان ابزارهای «ایگو» برای به‌حداقل رساندن اضطراب و پریشانی ناشی از تعارضات ناهشیار میان «ایدئ» و «سوپر ایگو» در نظر گرفته می‌شوند. بر اساس دیدگاه فروید، اضطراب‌ها و پریشانی‌ها از بین نمی‌روند. بلکه، به‌وسیله دفاع از هشیاری دور می‌مانند و وارد مسیرهای رفتاری می‌شوند. با این‌که فروید نخستین فردی بود که سازوکارهای دفاعی را توصیف نمود، ولی دختر وی، آنا فروید اولین فردی بود که مشاهدات فروید را به‌صورت مفهوم‌سازی جامع سازوکارهای دفاعی «ایگو»، یکپارچه و نظام‌دار ساخت (هنشل و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). درحالی‌که فروید بر رابطه میان سازوکارهای دفاعی و آسیب‌شناسی روانی متمرکز شده بود، آنا فروید امکان انطباقی یا غیرانطباقی بودن آن‌ها را در نظر گرفت. طبق نظر وی، هر فردی تعداد محدودی سازوکار دفاعی برای محافظت در مقابل تجربیات نامحدود انتخاب می‌کند. مجموعه‌هایی از سازوکارهای دفاعی که به‌صورت عادت‌ی مورد استفاده

1. Fiministy

2. Sullivan

3. Creedy & Shochet

4. Id

5. Superego

6. Hentschel et al



قرار می‌گیرند، شخصیت فرد را شکل می‌دهند (کرامر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). الگوهایی که در برقراری روابط با افراد مهم زندگی بروز می‌نمایند، از حرمت‌نفس فرد محافظت می‌کنند و در سازش یافتگی او نقش دارند و فقدان آن‌ها در لحظه مناسب توان فرد را کاهش می‌دهد و سازش او را برهم می‌زند (کرامر، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از سازه‌های احتمالی تأثیرگذار بر افسردگی پس از زایمان کیفیت روابط اجتماعی با اطرافیان و احساس تنهایی اجتماعی است. احساس تنهایی یک مفهوم چندبعدی است. ویس<sup>۲</sup> (۱۹۷۳) بیان می‌کند بین احساس تنهایی اجتماعی و احساس تنهایی عاطفی باید تمایز قائل شد. احساس تنهایی عاطفی از نبود دلبستگی یا یک رابطه نزدیک و صمیمی با فردی دیگر ناشی می‌شود. درحالی که احساس تنهایی اجتماعی از نبود یک شبکه اجتماعی قابل توجه که فرد در آن، جزئی از گروه دوستان با علایق و فعالیت‌های مشترک است، ناشی می‌شود. پدید آمدن احساس تنهایی دارای فرایندی پیچیده است و شماری از عوامل با هم، یا جدا از یکدیگر آن را آشکار می‌کنند و بر ابعادش اثر می‌گذارند. ادراک هرکس از این که چه اندازه تعامل‌های اجتماعی دارد و آن تعامل‌ها چگونه هستند، به‌عنوان یک عامل درونی در شکل‌گیری تنهایی سهم به‌سزایی دارد. گروهی از پژوهشگران بر این باورند که احساس تنهایی هنگامی بروز می‌کند که عاملی بیرونی مانند کاستی در گستره شبکه پیوندهای اجتماعی کسی پدید آید و نیازهای مصاحبتی او کمتر خشنودش کند (راسل و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۸۴). اما، از طرفی عوامل درونی نیز مانند خطاهای شناختی و باورهای غیرمنطقی درباره برقراری پیوندهای عاطفی یا اجتماعی هستند که پی‌آمد تنهایی را به‌دنبال دارند. از جمله باورهای غیرمنطقی، فکرکردن درباره این که صفات شخصیت منفی در من هست که دیگران را از من متنفر می‌کند؛ یا من هرگز نمی‌توانم دوستی پیدا کنم، چون به‌هیچ دردی نمی‌خورم و یا همیشه در پیوند با دیگران خراب‌کاری می‌کنم و غیره است. پایین بودن عزت نفی یا خودپنداره منفی هم یک عامل درونی به‌شمار می‌آید. شاید کاهش کیفیت حضور در یک رابطه، عزت‌نفس را کاهش دهد؛ اما عزت‌نفس پایین هم آدمی را از کوشش برای

1. Cramer

2. Weiss

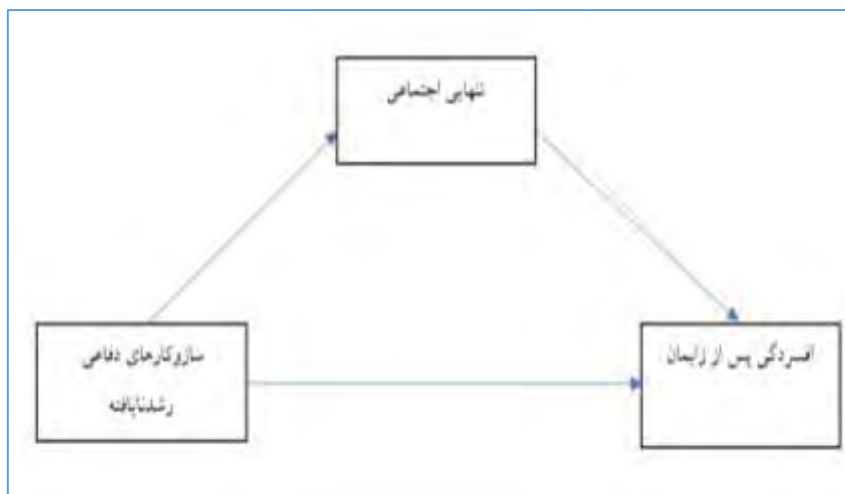
3. Russell



برقراری دوستی با دیگران بازخواهد داشت که در نتیجه آن احساس تنهایی اجتماعی دوباره در فرد تقویت شده و تداوم خواهد یافت.

با توجه به پیشینه مرور شده و چارچوب نظری که بیان گردید، مدل مفهومی پژوهش به صورت شکل ۱ می باشد و بر اساس آن، فرضیه های پژوهشی زیر مطرح شده است:

۱. بین سازوکارهای دفاعی رشدنیافته با افسردگی پس از زایمان ارتباط مستقیم وجود دارد.
۲. بین سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و تنهایی اجتماعی ارتباط مستقیم وجود دارد.
۳. بین تنهایی اجتماعی و افسردگی پس از زایمان ارتباط مستقیم وجود دارد.
۴. تنهایی اجتماعی، در رابطه بین سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و افسردگی پس از زایمان نقش میانجی دارد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

### روش پژوهش

پژوهش حاضر، مطالعه ای توصیفی و جامعه آماری آن شامل کلیه زنان تازه زایمان کرده شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. برای تعیین حجم نمونه در مطالعات رگرسیونی چندمتغیری، بین ۵ تا ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر اندازه گیری شده (مشاهده شده) در نظر گرفته می شوند (هومن، ۱۳۸۵). با توجه به این که تعداد متغیرهای اندازه گیری شده در مطالعه حاضر برابر با ۱۲ زیرمقیاس

است، حداقل حجم نمونه برابر ۶۰ و حجم ایده‌آل برابر ۱۸۰ برآورد شد. با توجه به احتمال ریزش آزمودنی‌ها تعداد ۲۳۰ نفر در نظر گرفته شدند. شرکت‌کنندگان به طریق روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند که پس از حذف داده‌های مخدوش، اطلاعات مربوط به ۲۲۷ شرکت‌کننده وارد تحلیل آماری شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: رضایت آزمودنی جهت شرکت در مطالعه، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، از مدت زایمان افراد حداقل ۲ هفته تا حداکثر ۲ ماه سپری شده باشد، عدم سابقه ابتلا به اختلال‌های روانی تشخیص داده شده توسط متخصص، عدم مصرف مواد یا داروهای تأثیرگذار بر خلق به‌گزارش خود فرد و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم تمایل فرد برای ادامه همکاری در پژوهش و پرسش‌نامه‌های مخدوش.

### ابزارهای پژوهش

#### ۱. پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی:

شرکت‌کنندگان در این پرسش‌نامه به متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان و نوع زایمان) و سؤالات مربوط به ملاک‌های ورود و خروج پاسخ دادند.

#### ۲. مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ<sup>۱</sup>:

این پرسش‌نامه برای سنجش افسردگی پس از زایمان توسط ادینبورگ در سال ۱۹۸۷ ساخته شده و شامل ۱۰ سؤال است. نمره این مقیاس، بین ۰ تا ۳۰ است و کسب نمره ۱۲ و بیشتر، به‌عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود. هرچه این امتیاز بالاتر باشد، میزان افسردگی فرد بیشتر و هرچه پایین‌تر میزان افسردگی کمتر خواهد بود. در مطالعه پیندل و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) اعتبار پرسش‌نامه ادینبورگ ۸۸ تا ۹۱ درصد و روایی آن ۷۶ درصد ذکر شده است. در ایران در مطالعه مظهری (۲۰۰۷) پایایی این مقیاس ۹۵/۳ درصد و روایی و اختصاصی بودن آن ۸۷/۹ درصد گزارش شده است.

#### ۳. پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی<sup>۳</sup>:

<sup>۱</sup>. Edinburgh Postpartum Depression Scal (EPDS)

<sup>۲</sup>. Peindl et al

<sup>۳</sup>. Defense Style Questionnaire (DSQ-40)



این پرسش‌نامه ۴۰ سؤال دارد که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) ۲۰ مکانیسم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنیافته می‌سنجد. سؤال‌های ۲، ۳، ۵، ۷، ۲۱، ۲۴، ۲۹ و ۳۵ سبک دفاعی رشدیافته، سؤال‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۷، ۲۸، ۳۳، ۳۴ و ۴۰ سبک دفاعی روان‌آزرده و بقیه سؤال‌ها سبک دفاعی رشدنیافته را تعیین می‌کنند. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی رضایت‌بخش توصیف شده است (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳). در پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۸۶)، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی برای سبک رشد یافته از ۸۳ تا ۹۴ درصد، برای سبک رشدنیافته از ۸۱ تا ۹۲ درصد و برای سبک روان‌آزرده از ۷۹ تا ۹۱ درصد به دست آمد. همچنین، پایایی بازآزمایی برای سبک رشدیافته از ۷۳ تا ۸۷ درصد، برای سبک رشدنیافته از ۷۱ تا ۸۴ درصد و برای سبک روان‌آزرده از ۶۹ تا ۷۸ درصد به دست آمد.

#### ۴. مقیاس تنهایی اجتماعی<sup>۱</sup>:

این مقیاس توسط بشارت در سال ۱۳۹۲ طراحی شده و ابزار ۱۰ ماده‌ای است که برای سنجش احساسات افراد در مورد روابط با دیگران بر اساس پرسش‌نامه‌های تنهایی به کار می‌رود (هایس و دایمتو<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷؛ دیتاماسو و اسپنسر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳ و راسل، ۱۹۹۶). این مقیاس احساس تنهایی فرد را در مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (من اصلاً این‌طور نیستم) تا ۵ (کاملاً این‌طور هستم) اندازه‌گیری می‌کند و حداقل و حداکثر نمرات افراد به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تنهایی اجتماعی در نمونه ۲۵۷ دختر و ۲۱۱ پسر بررسی و تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس تنهایی اجتماعی ۹۱ درصد بود که همسانی درونی مقیاس تنهایی اجتماعی را تأیید می‌کند. پایایی بازآزمون این مقیاس ۷۹ درصد بود که در فواصل دو تا چهار هفته به دست آمد و این ضریب در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شد. روایی افتراقی و همگرا مقیاس تنهایی اجتماعی به‌طور هم‌زمان در نمونه ذکر شده با اجرای پرسش‌نامه سلامت روان<sup>۴</sup>، مقیاس چندبعدی حمایت

<sup>۱</sup>. Social Loneliness Scale (SLS)

<sup>۲</sup>. Hays & DiMatteo

<sup>۳</sup>. DiTommaso & Spinner

<sup>۴</sup>. Mental Health Inventory-28 (MHI-28)

اجتماعی ادراک شده<sup>۱</sup> و پرسش نامه سبک دلبستگی بزرگسالان<sup>۲</sup> مورد بررسی قرار گرفت و افتراق آن‌ها معنادار شد (بشارت، ۱۳۹۷).

پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش پژوهشگاه رویان-جهاد دانشگاهی و سپس کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران برای انجام نمونه‌گیری در مراکز بهداشت تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایران در غرب و شمال غرب تهران، پرسشگران با هماهنگی قبلی به این مراکز مراجعه کرده و با توجه به این که جامعه آماری را زنان تازه‌زایمان کرده تشکیل می‌دادند، برای آرامش خاطر این افراد اجرای پرسش‌نامه‌ها توسط همکار خانم صورت گرفت؛ و با توجه به شرایط ایجاد شده توسط ویروس کرونا در سراسر کشور و مخصوصاً مراکز درمانی و بهداشتی، بخشی از پرسش‌نامه‌ها از طریق گوگل فرم در اختیار زنان تازه‌زایمان کرده داده شد. پرسش‌نامه‌ها در اختیار افرادی قرار گرفت که مایل به شرکت در پژوهش بودند و رضایت آگاهانه افراد برای حضور در پژوهش جلب شد. سپس توضیحات مقدماتی درباره پرکردن پرسش‌نامه به شرکت‌کنندگان ارائه شد. در نهایت به آن‌ها خاطر نشان شد که هر زمان که خواستند، می‌توانند از حضور در ادامه پژوهش صرف‌نظر کنند. علاوه بر پرسش‌نامه‌ها، متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، نوع زایمان) نیز ثبت و ملاک‌های ورود و خروج مورد بررسی قرار گرفتند.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-21 و AMOS-24 تجزیه و تحلیل شد. ابتدا، همبستگی میان متغیرها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شدند. سپس، برای بررسی نقش میانجی تنهایی اجتماعی در رابطه سازوکارهای دفاعی رشدنایافته و افسردگی پس از زایمان، الگوی نظری ارائه شده در شکل ۱ با استفاده از روش تحلیل مسیر آزمون شد. جهت بررسی برازندگی الگو از آزمون مجذور خی ( $\chi^2$ ) و نسبت مجذور خی بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ ) استفاده شد. عدم معناداری آماری آزمون  $\chi^2$  و همچنین مقدار کوچک‌تر از ۳ برای  $\chi^2/df$  برازندگی الگو را نشان می‌دهند (تباچنیک و همکاران، ۲۰۰۷ و کلاین، ۲۰۱۵). از آنجا که مجذور خی به اندازه نمونه حساس است، جهت بررسی برازندگی الگوها از شاخص برازش

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

2. Adult Attachment Inventory (AAI)



تطبیقی<sup>۱</sup> (CFI)، شاخص نیکوئی برازش<sup>۲</sup> (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده<sup>۳</sup> (AGFI) و ریشه دوم واریانس خطای تقریب<sup>۴</sup> (RMSEA) نیز استفاده شد. مقادیر بزرگتر از ۹۵ درصد برای شاخص های CFI، GFI و AGFI و مقدار کوچکتر از ۵ درصد برای RMSEA نشان دهنده برازندگی بسیار مطلوب الگو هستند (مک کالوم و همکاران، ۱۹۹۶ و هو و همکاران، ۱۹۹۷). جهت بررسی معناداری مسیر غیرمستقیم، از رویه بوت استرپ استفاده گردید.

### یافته‌های پژوهش

پژوهش حاضر بر روی ۲۲۷ نفر از زنان تازه‌زایمان کرده شهر تهران انجام شد. میانگین سنی آنها ۲۸/۴۴ سال و انحراف استاندارد آن ۴/۵۵ سال بود (دامنه سنی: ۲۰-۴۵). یافته‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی پژوهش‌خوانندگان

درصد	فراوانی	خرده مقیاس	جمعیت شناختی
۶۲/۱۱	۱۴۱	۲۹-۲۰	سن
۳۶/۵۷	۸۳	۳۹-۳۰	
۱/۳۲	۳	۴۵-۴۰	
۴۴/۱	۱۰۰	طبیعی	نوع زایمان
۵۵/۹	۱۲۷	سزارین	
۱۳/۷	۳۱	دیپلم	تحصیلات
۱۵/۴	۳۵	کاردانی	
۴۰/۵	۹۲	کارشناسی	
۲۵/۱	۵۷	کارشناسی ارشد	
۵/۳	۱۲	دکتری	وضعیت اشتغال
۹/۷	۲۲	بخش دولتی	

<sup>۱</sup>. Comparative Fit Index(CFI)

<sup>۲</sup>. Goodness of Fit Index(GFI)

<sup>۳</sup>. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

<sup>۴</sup>. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

۱۲/۸	۲۹	بخش خصوصی
۱۶/۷	۳۸	خوداشتغالی
۵۳/۳	۱۲۱	خانه‌دار
۷/۵	۱۷	دانشجو

منبع: یافته‌های پژوهش

چنانچه در جدول بالا مشاهده می‌شود، بیشترین فراوانی از لحاظ گروه سنی، مربوط به طبقه ۲۰ تا ۲۹ سال است. همچنین، ۱۲۷ نفر از آن‌ها (۵۵/۹ درصد) زایمان سزارین و ۱۰۰ نفر (۴۴/۱ درصد) زایمان طبیعی داشتند. علاوه بر این، از جهت سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات کارشناسی و از جهت وضعیت اشتغال، بیشترین فراوانی به طبقه خانه‌دار اختصاص دارد.

آمار توصیفی متغیرهای پژوهش و ضرایب همبستگی بین آن‌ها در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳
سازوکارهای دفاعی رشدنیافته	۹۵/۲۹	۴/۲۴	۱		
تنهایی اجتماعی	۲۳/۲۴	۶/۷۸	۰/۳۷**	۱	
افسردگی پس از زایمان	۱۰/۰۹	۵/۹۹	۰/۲۷**	۰/۴۶**	۱

منبع: یافته‌های پژوهش (\*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$ )

مطابق جدول بالا، تنهایی اجتماعی همبستگی مثبت معناداری با سازوکارهای دفاعی رشدنیافته ( $r = 0.37$ ,  $p < 0.01$ ) و افسردگی پس از زایمان ( $r = 0.46$ ,  $p < 0.01$ ) نشان می‌دهد. برای آزمودن الگوی ارائه شده در شکل ۱، از روش تحلیل مسیر استفاده شد که نشان داد مسیر مستقیم از سازوکارهای دفاعی رشدنیافته به افسردگی پس از زایمان به لحاظ آماری معنادار است ( $p = 0.040$ ). مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش الگوی نهایی به شرح جدول ۳ نشان داد الگوی مفروض با داده‌ها برازش بسیار مطلوبی دارد.



جدول ۳. شاخص‌های برازندگی الگوی نهایی

RMSEA	AGFI	GFI	CFI	X <sup>2</sup> /df	P	df	X <sup>2</sup>	
۰/۰۰	۰/۹۹	۰/۹۹	۱/۰۰۰	۰/۴۵	۰/۴۹	۱	۰/۴۵	الگوی نهایی
<۰/۰۵	>۰/۹۵	>۰/۹۵	>۰/۹۵	>۳	>۰/۰۵	-	-	مقادیر قابل قبول

منبع: یافته‌های پژوهش

بررسی اثر غیرمستقیم با استفاده از رویه بوت استرپ به شرح جدول ۴ نشان داد سازوکارهای دفاعی رشدنیافته با میانجی‌گری تنهایی اجتماعی می‌تواند افسردگی پس از زایمان را به‌طور معناداری پیش‌بینی کند. اثر غیرمستقیم سازوکارهای دفاعی رشدنیافته بر افسردگی پس از زایمان ۱۵ درصد و به‌لحاظ آماری معنادار بود ( $p < ۰/۰۰۱$ ). در الگوی نهایی، ۱۴ درصد از واریانس تنهایی اجتماعی توسط سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و ۲۳ درصد از واریانس افسردگی پس از زایمان توسط سازوکارهای دفاعی با میانجی‌گری تنهایی اجتماعی تبیین شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بوت‌استرپ

سطح معناداری	اثر غیرمستقیم	مسیر مفروض
۰/۰۰۱	۰/۱۵	الگوی مدل: سازوکارهای دفاعی رشدنیافته ← تنهایی اجتماعی ← افسردگی پس از زایمان

منبع: یافته‌های پژوهش

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تنهایی اجتماعی بر رابطه سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و افسردگی پس از زایمان انجام شد. نظریه‌ها و پژوهش‌های پیشین به‌گونه‌ای سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و افسردگی پس از زایمان را به هم مرتبط ساخته‌اند. استرن<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) اشاره می‌کند که با تولد یک نوزاد، مادر به یک سازمان روانی جدید و منحصر به فرد تبدیل می‌شود که دارای ارتباط نزدیک با بازنمودها، فرآیندهای ناخودآگاه، احساسات و تجربیاتی است که در لحظات دیگر زندگی اغلب نادیده گرفته شده‌اند. بنابراین، زایمان و نیاز به

<sup>۱</sup>. Stern



سازمان‌دهی مجدد جنبه‌های آگاهانه و ناخودآگاه بازنمایی از خود و دیگران ممکن است شامل تجارب پردازش نشده‌ای، مانند فقدان و سوگواری را دوباره فعال کند. برای مثال؛ تولد نوزاد می‌تواند مادر را به‌طور کاملاً ناگهانی با تأثیرات تجارب پردازش نشده در مورد از دست دادن مادر خود در زمان کودکی، یا در مورد یک مادر غمگین و افسرده در زمان مرگ یکی از اعضای خانواده، یا مادر بد، غیرقابل‌دسترس و بی‌توجه او در زمان کودکی مواجه کند و یا مادری که پیش از این سقط جنین کرده، ممکن است به‌شدت از فرزند جدیدش راضی باشد، اما درعین‌حال، افسردگی مرتبط با سقط جنین قبلی خود و یا نگرانی در مورد احتمال از دست دادن دیگری را تجربه کند (لف، ۲۰۱۸).

همچنین، از نظر دو دیدگاه موجود می‌توان معناداری ارتباط میان سازوکارهای دفاعی و افسردگی را تبیین کرد. در نظریه روانی-تکاملی پلاچیک<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) اعتقاد بر این است که سازوکارهای دفاعی از هیجان‌ها مشتق می‌شوند. برای مثال؛ در این نظریه، سازوکارهای دفاعی جبران از هیجان اندوه و افسردگی نشات می‌گیرد. بر این اساس، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که فراوانی و شدت استفاده از سازوکار جبران شاخص افسردگی است و وقتی به سبک دفاعی غالب فرد تبدیل می‌شود که فرد در دام افسردگی بالینی گرفتار آمده باشد. احتمال دیگری که نباید فراموش کرد تعامل هیجان‌ها و سازوکارهای دفاعی است. بر اساس فرضیه تعامل، می‌توان گفت که هیجان افسردگی، سازوکار جبران را فعال می‌سازد و سازوکار جبران نیز به‌نوبه خود هیجان افسردگی را تشدید می‌کند. اگر «ایگو» نتواند در مواجهه و مقابله با این هیجان‌ها راه برون‌رفت دیگری پیدا کند و در تنظیم و مدیریت هیجان‌ها شکست بخورد، اختلال خلقی مانند افسردگی تشکیل می‌شود یا استمرار می‌یابد؛ و از منظر دیدگاهی دیگر، سازوکارهای دفاعی اولیه بر اساس انگیزه‌های مرضی ناهشیار شخصی عمل می‌کنند که مبتنی بر «من» نامتمایز از دیگران و هویت نامنسجم است و بدین ترتیب فرد مبتلا به اختلال‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی می‌شود (کالگور و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). در واقع همه سازوکارهای دفاعی مزیتی دارند که آگاه شدن از این مزایا باعث می‌شود افراد با واقعیت هم‌راستا شوند و هشیاری‌شان افزایش

1. Leff  
2. Plutchik  
3. Calgor



یابد. تناقض سازوکارهای دفاعی در این است که هرچند عملی هوشمندانه در نظر گرفته می‌شوند که فرد را ایمن نگه می‌دارند، در واقع، علت علائم روان‌شناختی در افراد نیز محسوب می‌شوند، چون از ابراز خود واقعی آن‌ها جلوگیری می‌کنند. همچنین، نتایج نشان داد که تنهایی اجتماعی با سازوکارهای دفاعی و افسردگی پس از زایمان ارتباط معناداری دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که حمایت اجتماعی به‌عنوان ضربه‌گیر اجتماعی و عامل محافظت‌کننده در برخورد با رویدادهای استرس‌زای زندگی عمل کرده و باعث حفظ روحیه مادر و جلوگیری از بروز افسردگی پس از زایمان می‌شود؛ چراکه مادر شدن همراه با استرس‌های فراوانی از جمله نگرانی‌های مربوط به مراقبت از کودک و والد بودن، همراه است. تجربه حمایت اجتماعی باعث افزایش احساس امنیت و امیدواری در مادر می‌شود؛ بنابراین، فرد احساس می‌کند که مورد علاقه است، از وی مراقبت می‌شود، ارزش و احترام دارد و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات است. در نتیجه، تنهایی، فراموشی و دور افتادن از دیگران مهم زندگی را ادراک نمی‌کند. فقدان حمایت اجتماعی مناسب و باکیفیت و یا عدم ادراک مادر از حمایت‌های اجتماعی موجود با افزایش افکار مورد پذیرش نبودن از نظر دیگران، کاهش خود ارزشی، کاهش ارتباطات با دیگران و احساس تنهایی در ارتباط است که منجر به بروز نشانه‌های افسردگی می‌شود (پورخالقی و همکاران، ۱۳۹۶).

نکته حائز اهمیت این که تاکنون هیچ مطالعه‌ای به‌طور مستقیم رابطه سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و افسردگی پس از زایمان را با در نظر گرفتن نقش میانجی احساس تنهایی بررسی نکرده بود؛ بنابراین پژوهش حاضر با ارائه الگوی فرضی رابطه بین سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و افسردگی پس از زایمان را مورد بررسی قرار داد. نتایج حاکی از صحت الگوی فرضی است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت سازوکارهای دفاعی رشدنیافته بر تنهایی اجتماعی اثر مستقیم مثبت و بر افسردگی پس از زایمان اثر غیرمستقیم مثبت دارد که با پژوهش‌های بسیاری در داخل و خارج همخوانی دارد (زایدی و همکاران، ۲۰۱۷؛ مسگریان و همکاران، ۱۳۹۶ و رنجبری و همکاران، ۱۳۹۶).

به‌طور کلی نتایج نشان می‌دهند زنانی که در فاصله ۲ هفته تا ۲ ماه بعد از زایمان خود دچار افسردگی پس از زایمان می‌شوند، به‌دلیل استفاده از سازوکارهای دفاعی رشدنیافته، احساس

تنهایی بیشتری را حس می‌کنند که موجب بروز علائم افسردگی در آنها می‌شود. با یافتن این سازوکارهای دفاعی رشدنا یافته در زنان تازه‌زایمان‌کرده توسط درمان‌گران و آگاه کردن مادران از کارکرد این سازوکارها در موقعیت‌های مختلف و انجام اقدامات لازم برای روبه‌رو شدن آنها با واقعیت‌های زندگی و عدم استفاده از این سازوکارهای دفاعی ناکارآمد می‌توان میزان ادراک آنها از تنهایی اجتماعی را دست‌خوش تغییر و تحولاتی کرد تا با کاهش احساس تنهایی اجتماعی در افراد از بروز و تداوم افسردگی پس از زایمان پیشگیری‌های لازم را به‌عمل آورد. با این حال، بیان چنین نتایجی مستلزم پژوهش‌های آتی بیشتری در این زمینه است. چراکه پژوهش حاضر نیز مانند اغلب مطالعات، با برخی محدودیت‌ها از جمله روش نمونه‌گیری در دسترس و گروه سنی ۲۰-۴۵ سال همراه بود، لذا پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های آتی، سازوکارهای دفاعی مادران نوجوان را در گروه سنی مادران زیر ۲۰ سال مورد بررسی قرار دهند.



## منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۷). مقیاس تنهایی اجتماعی: پرسش‌نامه، روش اجرا و نمره‌گذاری. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۴(۵۶)، ۴۷۶-۴۷۵.
- بشارت، محمدعلی.، حاجی‌آقازاده، ماریا و قربانی، نیما. (۱۳۸۶). تحلیل رابطه هوش هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و هوش عمومی. *روان‌شناسی معاصر*، ۲(۱)، ۵۶-۲۵.
- پور خالقی، 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)، ۲۹-۱۸.
- جنابآبادی، حسین.، ناستی‌زایی، ناصر و مرزیه، افسانه. (۱۳۹۶). نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و احساس تنهایی اجتماعی-عاطفی در عود اعتیاد (مطالعه موردی: معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد زاهدان). *اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۹۱-۱۰۶.
- رنجبری، توحید.، بشارت، محمدعلی و پور حسین، رضا. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین آسیب‌های دلبستگی و نشانه‌های اضطراب و افسردگی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۴(۵۳)، ۲۷-۱۵.
- شفیعی، محمد.، داودی‌زاده جلگه، حمیده.، دبیری فرد، سارا و شفیع، میلاد. (۱۳۹۷). بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با افسردگی پس از زایمان در مادران نوزادان نارس. *نشریه طلوع بهداشت یزد*، ۱۷(۴)، ۹۳-۸۱.
- قربانی، نیما. (۱۳۸۲). *روان درمانگری پویایی فشرده و کوتاه‌مدت: مبادی و فنون*. تهران: انتشارات سازمان مطالعه و تدوین کتب دانشگاهی در علوم اسلامی و انسانی (سمت).
- مریمی، فرزانه.، مریمی، زهره.، بیگدلی، ایمان‌الله.، نجفی، محمود و کیانی، مهدیه. (۱۳۹۹). نقش حمایت اجتماعی و صفات شخصیتی در بروز افسردگی پس از زایمان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۲۲(۱)، ۹۴-۸۸.
- مسگریان، فاطمه.، آزاد فلاح، پرویز.، فراهانی، حجت‌الله و قربانی، نیما. (۱۳۹۶). روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی در اضطراب اجتماعی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۴(۵۳)، ۱۴-۳.

منتظر صومعه‌سرای، فروغ و اسدی مجره، سامره. (۱۳۹۸). مقایسه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، رضایت زناشویی و همدلی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و عادی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۶(۴)، ۴۳۰-۴۲۱.

نوروزی، زیبا و محمدی، مسعود. (۱۳۹۳). پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس سابقه اضطراب، افسردگی و پیوند والدینی در زنان زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شیراز. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۱(۱۲۷)، ۳۰-۲۴.

هومن، حیدر علی. (۱۳۸۵). *الگویابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار لیزرل*. تهران: انتشارات سازمان مطالعه و تدوین کتب دانشگاهی در علوم اسلامی و انسانی (سمت).

- Andrews, G., Singh, M. & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-256.
- Behbodi, M. (2001). *The prevalence of postpartum depression and the effective factors of referred women to Beheshti Health center*. Thesis of Master, Psychology, Tehran: Beheshti University. (In Persian)
- Benute, G. R. G., Nozzella, D. C. R., Prohaska, C., Liao, A., De Lucia, M. C. & Zugaib, M. (2013). Twin pregnancies: Evaluation of major depression, stress, and social support. *Twin Research and Human Genetics*, 16(2), 629-633.
- Besharat, M. A. (2018). Social loneliness scale: Questionnaire, instruction and scoring (Farsi Version). *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 14(56), 475-476. (In Persian)
- Besharat, M. A., Hajiaqazadeh, M. & Ghorbani, N. (2007). Analysis of the relationship between emotional intelligence. *Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*, 2(1), 25-56. (In Persian)
- Brooks-Gunn, J. & Chase-Lansdale, P. L. (1995). *Adolescent parenthood*. Paper presented at the Portions were presented at a conference entitled "Outcomes of Early Childbearing: An Appraisal of Recent Evidence," Bethesda, MD, May 1992.
- Caligor, E., Kernberg, O. F. & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*: American Psychiatric Pub.
- Crane, R. M. (2005). *Social distance and loneliness as they relate to headphones used with portable audio technology*. Humboldt State University,
- Dennis, C. L. & Vigod, S. (2020). Preventing postpartum depression: Fatigue management is a place to start. *Evidence-Based Nursing*, 23(1), 25-25.



- DiTommaso, E. & Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the social and emotional loneliness scale for adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127-134.
- Freud, A. (1946). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: Publisher, International Universities Press.
- Freud, S. (1923). The Ego and the Id. In J. Strachey et al. (Trans.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XIX. London: Hogarth Press.
- Gan, Y., Xiong, R., Song, J., Xiong, X., Yu, F., Gao, W., Hu, H., Zhang, J., Tian, Y., Gu, X., Zhang, J. & Chen, D. (2019). The effect of perceived social support during early pregnancy on depressive symptoms at 6 weeks postpartum: a prospective study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-8.
- Ghorbani, N. (2003). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Basics and techniques*. Tehran: Publications of SAMT. (In Persian)
- Hays, R. D. & DiMatteo, M. R. (1987). A short-form measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 51(1), 69-81.
- Hooman, H. A. (2005). *Modeling structural equations using Lisrel software*. Tehran: Publications of SAMT. (In Persian)
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Jenaabadi, H., Nastiezaie, N. & Marziyeh, A. (2018). The role of perceived social support and feelings of social-emotional loneliness in addiction relapse (Case study: Self-referred addicts to drug rehab centers in Zahedan). *Etiadpajohi*, 11(44), 91-106. (In Persian)
- Khan, M. J. & Gul, S. (2016). Differences in defense mechanisms between depressive patients and non-depressive individuals. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(2), 47-51.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Publisher, The Guilford Press; Fourth edition.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W. & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1, 130-149.
- Maryami, F., Maryami, Z., Bigdeli, I., Najafi, M. & Kiani, M. (2020). The role of social support and personality traits in the incidence of postpartum depression. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 22(1), 88-94. (In Persian)
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N. & Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, 84(1), 15-24.

- Mesgarian, F., Azad Fallah, P., Farahani, H. & Ghorbani, N. (2017). Object Relations and defense mechanisms in social anxiety. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 14(53), 3-14. (In Persian)
- Nikpour, M., Delavar, M. A. & Abedian, Z. (2013). Type of delivery and self-reported postpartum symptoms among Iranian women. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 40(1), 144-147.
- Norouzi, Z. & Mohammadi, M. (2015). Prediction of postpartum depression based on parental bonding, history of anxiety, and depression among women attended health care centers in Shiraz. *Razi Journal of Medical Sciences*, 21(127), 24-30. (In Persian)
- Peindl, K. S., Wisner, K. L. & Hanusa, B. H. J. (2004). Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 37-44.
- Peplau, L. A. (1985). Loneliness research: Basic concepts and findings. *Social Support: Theory, Research and Applications*, 269-286.
- Plutchik, R., Kellerman, H. & Conte, H. R. (1979). A Structural Theory of Ego Defenses and Emotions. *Emotions in Personality and Psychopathology*, 227-257.
- 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 and Care*, 19(1), 18-29. (In Persian)
- Ranjbari, T., Besharat, M. A. & Pourhossein, R. (2017). The mediating role of defense mechanisms in the relationship between attachment pathologies and the symptoms of depression and anxiety. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 14(53), 15-27. (In Persian)
- Raphael-Leff, J. (2018). 'Climbing the walls': Therapeutic intervention for post-partum disturbance 1. In *'Spilt milk'* (pp. 60-81): Routledge.
- Russell, D. W. J. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40.
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York (Basic Books).
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using Multivariate Statistics* (Vol. 5). Boston, MA: Pearson..
- Vaillant, G. E. J. A. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24(2), 107-118.
- Watson, D. C. (2002). Predicting psychiatric symptomatology with the Defense Style Questionnaire-40. *International Journal of Stress Management*, 9(4), 275-287.



Zaidi, F., Nigam, A., Anjum, R., Agarwalla, R. (2017). Postpartum depression in women: A risk factor analysis. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(8), QC13- QC16.



© 2022 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYNC 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### نویسندگان

Ranashakib76@gmail.com

رعنا شکیب حاجی آقا

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی است و فعالیت‌های پژوهشی او بر روابط موجود در خانواده و فرزندپروری متمرکز است.

kachooei.m@gmail.com

دکتر محسن کچویی

دانش‌آموخته دکتری روان‌شناسی سلامت است و فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی او بر ارتباط خانواده و سلامت و بیماری متمرکز است.

Zeynabhedayati02@gmail.com

زینب هدایتی

دانش‌آموخته کارشناسی مامایی و پرستاری است و در حال حاضر فعالیت‌های آموزش و پرورشی او در زمینه مامایی و مشکلات و بیماری‌های مربوط به زنان است.

Fatemehe.jalalian55@gmail.com

فاطمه جلالیان گبلو

دانش‌آموخته کارشناسی مامایی و پرستاری است و فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی او بر مامایی و برگزاری کارگاه‌های متنوع در این زمینه متمرکز است.