

## پیش بینی افسردگی پس از زایمان براساس استرس ادراک شده و سبک های مقابله با استرس در زنان باردار شهر تبریز

لطیفه نظامی<sup>۱</sup> و مرتضی عزیزی<sup>۲</sup>

استرس های دوران بارداری از عوامل روانی تاثیرگذار در بروز افسردگی پس از زایمان است. نحوه ی ادراک فرد از استرس و سبک مقابله ای فرد با استرس می تواند سلامتی فرد را به میزان زیادی تحت تاثیر قرار دهد و شیوه های مقابله با استرس نیز، به عنوان متغیری میانجی می تواند پیامدهای استرس را دستخوش تغییر کند. هدف پژوهش حاضر، پیش بینی افسردگی پس از زایمان براساس استرس ادراک شده و سبک های مقابله با استرس در دوران بارداری بود. بدین منظور طی یک پژوهش توصیفی مبتنی بر تحلیل رگرسیون، ۱۰۰ زن باردار شهر تبریز به شیوه ی نمونه گیری هدفمند انتخاب و از نظر افسردگی پس از زایمان، استرس ادراک شده و سبک های مقابله با استرس مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که بین استرس ادراک شده و سبک های مقابله ای، با افسردگی پس از زایمان، همبستگی مثبت وجود دارد و این متغیر ها، ۳۵ درصد از تغییرات افسردگی پس از زایمان را تبیین می کنند. همچنین، نتایج نشان داد که استرس ادراک شده و سبک مقابله ای هیجان مدار با افسردگی پس از زایمان همبستگی مثبت داشته ولی بین سبک های مقابله ای مساله مدار و اجتنابی با افسردگی پس از زایمان، رابطه ی معناداری بدست نیامد. به نظر می رسد، با شناسایی و غربالگری زنان باردار در معرض استرس و با آموزش سبک های مقابله ای موثر و سازش یافته در برابر استرس، می توان از ابتلای زنان به افسردگی پس از زایمان پیشگیری کرد.

**واژه های کلیدی:** افسردگی پس از زایمان، استرس ادراک شده، سبک های مقابله با استرس

### مقدمه

بارداری و دوره ی پس از آن، با تغییرات روان شناختی و فیزیولوژیک بسیار مهمی همراه است که گاهی منجر به تغییراتی می شود که این تغییرات می تواند باعث اختلال روانی شده و در جنبه هایی از زندگی فرد و روابط او با دیگران تاثیر داشته باشد (کاتاروزا، ۲۰۱۴). اختلال های روانی پس از زایمان شامل غم پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان و سایکوز پس از زایمان است. این اختلال ها از روز سوم پس از زایمان تا یک سال پس از آن امکان بروزشان وجود دارد. غمزدگی پس از زایمان (اندوه

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سراب، سراب، ایران (نویسنده ی مسول)

نوزاد) که همان افزایش عواطف منفی در روزهای پس از زایمان است، شایع ترین نوع اختلالات خلقی که بیش از ۸۵٪ مادران آن را تجربه می کنند. روان پریشی پس از زایمان از افسردگی و غم پس از زایمان نادرتر ولی شدیدتر است (شیلر، برادی و رایینو، ۲۰۱۵). افسردگی پس از زایمان<sup>۱</sup> شامل دوره های افسردگی اساسی با بروز در دوران حاملگی و یا ۴ هفته پس از زایمان تعریف شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۵). علایم افسردگی پس از زایمان همان علایم افسردگی اساسی بدون حاملگی (خلق پایین، بی اشتها، اختلال خواب، احساس غمگینی، افکار خودکشی) است. یکی از برجسته ترین خصوصیات افسردگی پس از زایمان، طرد کردن نوزاد است که اغلب به دلیل خشم و عصبانیت غیر طبیعی مادر است (شیلر و همکاران، ۲۰۱۵). افسردگی پس از زایمان در صورت بروز، مشکلاتی را برای مادر، نوزاد و سایر افراد خانواده ایجاد می کند و چنین وضعیتی ممکن است بر میزان دلبستگی مادر و نوزاد و سایر روابط خانوادگی تاثیر گذاشته و حتی تهدیدی برای امنیت و سلامت مادر، نوزاد و سایر فرزندان باشد (پرفتی، کلارک و فیلمور، ۲۰۰۴). افسردگی پس از زایمان، یک اختلال چند عاملی است و پژوهشگران معاصر در سبب شناسی آن دوالگوی روانی - اجتماعی و زیستی را مطرح کرده اند (ایم، استاپلتون و گاردینو، ۲۰۱۵).

در نظریه ی زیستی، تاکید بر نقش عوامل ژنتیکی (کراوین، کوهن، ژارت و استافورد، ۲۰۱۰)؛ هورمون های جنسی، هورمونهای استرس (پاینه، پالم و جوف، ۲۰۰۹)؛ عملکرد سیستم ایمنی (زنکلو زان، ۲۰۱۳) و تاکید بر سیستم غدد درون ریز (بروملته و گالا، ۲۰۱۰) شده است. در یک فرا تحلیل مربوط به الگوی روانی - اجتماعی در حدود ۱۵ عامل به عنوان عوامل خطر قوی برای افسردگی پس از زایمان تحت عنوان طبقه ی اجتماعی پایین، زندگی پراسترس در طول حاملگی، دشواری حاملگی و زایمان مشکلات ارتباطی با خانواده یا والدین، از دست دادن حمایت اجتماعی خانواده و دوستان، سابقه ی قبلی اختلالات روانی (اضطراب و افسردگی) و حتی استرس های پس از زایمان شامل مشکلاتی در رسیدگی و مراقبت از نوزاد، عدم اشتغال و بیکاری، حاملگی ناخواسته، دوگانگی احساس در مورد حامله شدن، ارتباط ضعیف با مادر خود، سابقه ی سواستفاده ی جنسی، از دست دادن دایه ی کودکی تغذیه ی شیشه ای در شیرخوارگی و افسردگی در طول حاملگی، شناخته شده اند (ورنر، میلر و اسبورن ۲۰۱۵). نتایج مطالعه ی آهارا و ویسنر (۲۰۱۴) نشان داد که به جز متغیر عوامل جمعیتی - اجتماعی سایر عوامل دارای اهمیت پیش بینی کننده ی معناداری بوده اند.

این فرض محوری، مربوط به فرایندهای ارزیابی شناختی برای تقویت تبیین های روان شناختی بیماری و سلامت که مبتنی بر مفهوم استرس هستند، سنجش استرس ادراک شده<sup>۱</sup> را نیز در مقابله یا اضافه بر رخدادهای استرس زا پیشنهاد می کند زیرا، استرس ادراک شده می تواند به عنوان تابعی از رخدادهای استرس زای عینی، فرایندهای مقابله و عوامل شخصیتی و... باشد (کوهن، کامارک و مرملتین، ۱۹۸۳). به کارگیری راهبردهای سازش یافته ی مقابله، پیامدهای مثبت و طولانی مدت دارد. به این ترتیب که تنش به وسیله ی تلاش های فرد کاهش می یابد و به دنبال آن سطح عزت نفس و مهارت وی افزایش پیدا می کند و سلامت او تامین می شود. در عین حال شخص در برابر عوامل تنش زا که در آینده با آنها مواجه می شود نیز مقاومتر می شود (پاول و انرایت، ۱۹۹۱). اضطراب ایجاد شده به دنبال رویارویی با هراسترس، به ارزیابی فرد از مساله و نیز منابعی که برای مقابله با آن در دسترس است، بستگی دارد، بکارگیری انواع شیوه های مقابله، پیامدهای متفاوتی در سلامت جسمانی و روانی فرد دارد (حق جو، ۲۰۱۰). مطالعات، همراهی بین استرس ادراک شده و سطوحی از علایم افسردگی پس از زایمان را پیدا کرده اند زیرا، استرس ادراک شده به ناتوانی برای سازگاری با شرایط استرس اشاره دارد (نورحیاتی، هازلینا و اسرنه، ۲۰۱۵؛ اولاه و باری، ۲۰۱۴).

شرمن، بانانو و همکاران (۲۰۰۰) رابطه ی میان مقابله ی مبتنی برهیجان و افسردگی را تایید کردند، آنها نشان داد که راهبردهای انفعالی مقابله مانند اجتناب، تفکر آرزومندانه و سرزنشگری خود، با افسردگی رابطه ی مستقیم و معنادار دارد و برعکس، راهبردهای متمرکز بر مساله با گزارش کمتر نشانه های افسردگی مرتبط اند. با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش به دنبال پاسخ گویی به این سوال بودیم که آیا استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله با استرس در دوران بارداری می توانند افسردگی پس از زایمان را پیش بینی کنند؟

## روش

این پژوهش یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه ی آماری شامل تمامی زنان باردار (۴۰-۳۷ هفته) ۴۲ - ۱۸ ساله بود که از این جامعه، براساس اهداف پژوهش، ۹۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید محلاتی تبریز بعد از غربالگری انتخاب شدند. ۸۵ نفر از افراد، ۶ - ۴ هفته بعد از زایمان و زمان مراجعه، برای کنترل با پرسشنامه ی افسردگی بعد از زایمان مورد آزمون قرار گرفتند. ۵ نفر نیز بدلیل عدم تمایل به مشارکت و عدم پاسخگویی به پرسشنامه ی افسردگی بعد

از زایمان از مطالعه خارج شدند. معیارهای ورود به مطالعه، شامل داشتن محدوده ی سنی ۴۲-۱۸ سال داشتن تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، بارداری ماه آخر، جنین سالم در سونوگرافی، نداشتن سابقه ی اختلالات خلقی، عدم وجود بیماریهای سیستماتیک که علایم افسردگی ایجاد می کند و معیارهای خروج از مطالعه، شامل بروز زایمان زودرس در حین مداخله، بدنی آوردن نوزاد مرده و یا فوت نوزاد پس از زایمان، بروز مشکلات جسمی و روانی جدی مانند مرگ بستگان درجه ی یک در حین مطالعه، عدم تمایل افراد برای تداوم مشارکت در پژوهش بود. آزمودنی ها با پرسشنامه ی افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS)<sup>۱</sup>، پرسشنامه ی استرس ادراک شده کوهن (PSS\_14)<sup>۲</sup> و پرسشنامه ی سبک های مقابله با استرس اندلر و پارکر (CISS)<sup>۳</sup> مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ، توسط کاکس (۱۹۸۷) برای سنجش افسردگی بعد از زایمان ساخته شده و شامل ۱۰ سوال در مقیاس ۴ درجه ای است که وضعیت روانی افراد را در ارتباط با خلق افسرده، اضطراب، احساس گناه و افکار خودکشی در ۷ روز گذشته بررسی می کند. پایایی این مقیاس ۰/۸۸ و روایی آن ۰/۹۰ گزارش شده است (رحمانی و همکاران، ۲۰۱۱).

پرسشنامه ی استرس ادراک شده ی کوهن، برای اندازه گیری درجه ای که موقعیت های موجود در زندگی فرد، استرس را ارزیابی می شود، استفاده شده (کوهن، ۱۹۸۳) و شامل ۱۴ سوال است. این سوالات به گونه ای طرح شده اند که پاسخ دهندگان نظر خود را در مورد غیرقابل کنترل بودن، پیش بینی ناپذیر بودن و مشقت بار بودن استرس زندگی خویش در طول ماه گذشته بیان کنند؛ بعلاوه این مقیاس دارای تعدادی سوال مستقیم نیز در مورد اندازه گیری سطوح فعلی استرس در فرد است. کوهن و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی مقیاس را در سه گروه از آزمودنی ها، دو گروه دانشجوی و یک گروه نامتجانس دیگر، بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش کرده اند. همبستگی های این مقیاس با اندازه های نشانه شناختی نیز کاملاً بالاست (۰/۵۲ تا ۰/۷۶) و به طور کلی رابطه ی بین این مقیاس و ملاک های اعتبار، مورد تاثیر جنس و سن قرار نمی گیرد (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). صالحی فدری (۱۹۹۴)، ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی این آزمون را ۰/۷۵ ذکر کرده است.

پرسشنامه ی سبک های مقابله با استرس اندلر و پارکر، یک ابزار خودسنجی است که به آسانی در گروه های بالینی و غیربالینی مورد استفاده قرار می گیرد. این مقیاس، شامل ۴۸ سوال است که سه

راهبرد مقابله ی مساله مدار(۱۶سوال)، هیجان مدار(۱۶سوال) و اجتنابی (۱۶سوال) را می سنجد. در نمونه ی اصلی مقیاس مقابله با بحران اندلر و پارکر، ضریب همسانی درونی کلی ۰/۹۲ گزارش شده است و نیز اعتبار و پایایی بالایی برای مقیاس تایید شده است (اندلر و پارکر، ۱۹۹۹). تحقیقات داخل کشور بیانگر پایا بودن این آزمون است (اسلامی، ۲۰۰۱). پایایی این مقیاس ۰/۸۳ برای کل مقیاس و برای خرده مقیاس های مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی آشفستگی و اجتنابی روی آوردن به اجتماع به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۶۸ و ۰/۶۹ گزارش شده است (قریشی، ۲۰۱۰).

برای تحلیل داده ها از آزمونهای کولموگراف-اسمیرنف، آزمون تحلیل واریانس، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. داده ها با بیست و یکمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

## یافته ها

در جدول ۱، مولفه های توصیفی متغیرها ارائه شده است.

جدول ۱. توصیف آماری متغیرهای پژوهش

| متغیرها                    | M     | sd    | ۱ | ۲      | ۳      | ۴      | ۵     |
|----------------------------|-------|-------|---|--------|--------|--------|-------|
| ۱ افسردگی پس از زایمان     | ۸/۸۴  | ۵/۴۷  | ۱ | ۰/۵۷** | -۰/۱۲۸ | ۰/۳۷** | ۰/۱۴۸ |
| ۲ استرس ادراک شده          | ۲۲/۰۲ | ۷/۰۸  |   |        |        |        |       |
| ۳ سبک مقابله ای مساله مدار | ۵۰/۶۱ | ۱۰/۳۹ |   |        |        |        |       |
| ۴ سبک مقابله ای هیجان مدار | ۳۷/۱۹ | ۱۰/۲  |   |        |        |        |       |
| ۵ سبک مقابله ای اجتنابی    | ۴۴/۰۶ | ۹/۶۵  |   |        |        |        |       |

به منظور آزمون فرضیه و تبیین افسردگی پس از زایمان، از روی متغیرهای استرس ادراک شده و سبکهای مقابله با استرس از رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد. یافته ها نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه با افسردگی پس از زایمان برابر  $R=0/59$  و ضریب تعیین برابر  $R^2=0/35$  و ضریب تعیین خالص برابر  $R^2=0/32$  است؛ یعنی در مجموع متغیرهای استرس ادراک شده و سبکهای مقابله با استرس به میزان ۳۵ درصد افسردگی را تبیین می کنند و ۶۵ درصد از واریانس افسردگی پس از زایمان توسط متغیرهایی خارج از موضوع این پژوهش قابل تبیین است.

جدول ۲. ضرایب پیش بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله با استرس (مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی)

| هم خطی چندگانه |      | ضرایب استاندارد |       |       |       | متغیرهای مدل          |
|----------------|------|-----------------|-------|-------|-------|-----------------------|
| VIF            | تحمل | Sig.            | t     | Beta  | B     |                       |
| -              | -    | ۰/۱۸            | -۱/۳۴ | -     | -۵/۲۸ | مقدار ثابت            |
| ۱/۵            | ۰/۶۶ | ۰/۰۰۱           | ۴/۶۶  | ۰/۵۱۴ | ۰/۳۹  | استرس ادراک شده       |
| ۱/۲۶           | ۰/۷۹ | ۰/۸۵            | ۰/۱۷  | ۰/۰۱۸ | ۰/۰۱  | سبک مقابله مساله مدار |
| ۱/۳۸           | ۰/۷۲ | ۰/۲۱            | ۱/۲۵  | ۰/۱۳۳ | ۰/۰۷  | سبک مقابله هیجان مدار |
| ۱/۰۲           | ۰/۹۷ | ۰/۳۲            | ۰/۹۸  | ۰/۰۹  | ۰/۰۵  | سبک مقابله اجتنابی    |

با توجه به ضرایب بتای استاندارد نشده و با حذف مقدار ثابت آلفا از طریق استاندارد کردن مقادیر متغیر تبیین کننده، ملاحظه می شود که استرس ادراک شده با بتای ۰/۵۱۴ و سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است که نقش مهمی را در پیش بینی افسردگی پس از زایمان دارد.

### بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد که بین استرس ادراک شده و سبک های مقابله با استرس، با افسردگی پس از زایمان همبستگی مثبت با ضریب همبستگی ۰/۵۹ وجود دارد به طوریکه مجموع متغیرهای استرس ادراک شده و سبکهای مقابله با استرس به میزان ۳۵ درصد افسردگی پس از زایمان را تبیین می کنند. همچنین، بین استرس ادراک شده و سبک مقابله ای هیجان مدار با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی دار وجود دارد و استرس ادراک شده ۳۲ درصد و سبک مقابله ای هیجان مدار ۱۳ درصد تغییرات افسردگی پس از زایمان را تبیین می کنند ولی بین سبک مقابله ای مساله مدار و سبک اجتناب مدار با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی دار بدست نیامد.

این یافته ها با یافته های آهارا و همکاران (۲۰۱۴) که نقش استرس های زندگی را در تغییرات افسردگی پس از زایمان ۱۹ درصد، تبیین می کنند و نتایج تحقیق ورنر و همکاران (۲۰۱۵) که در یک فراتحلیل مربوط به الگوی روانی - اجتماعی در حدود ۱۵ عامل به عنوان عوامل خطر قوی برای افسردگی پس از زایمان شناخته شده اند و نیز مطالعه نورحیاتی و همکاران (۲۰۱۵) که در مطالعات عرضی زیادی همراهی بین استرس ادراک شده و سطوحی از علائم افسردگی پس از زایمان را پیدا

کرده اند و نیز تحقیق دیماتیو (۲۰۱۳) همسویی دارد. در تبیین این یافته ها می توان گفت اثرات استرس زها تنها هنگامی رخ می دهد که هم موقعیت تهدید کننده ارزیابی شود و هم منابع ناکافی برای مقابله با موقعیت در دسترس باشد زیرا سبک مقابله رابطه ی بین استرس و کارکرد جسمانی و روان شناختی را تعدیل می کند (لازاروس و فالکمن، ۱۹۹۹). شیوه های مقابله با استرس، به عنوان متغیری میانجی می تواند پیامدهای استرس را تحت تاثیر قرار دهد زیرا، در کنار تمام منابع و عوامل تنش زا، سطحی از استرس که هر شخص تجربه و درک می کند، به میزان زیادی به توانایی مقابله، نحوه ی ادراک و قضاوت وی در مورد این عوامل بستگی دارد (پورافکاری، ۲۰۱۴).

یافته ی دیگر پژوهش نشان داد که بین استرس ادراک شده در دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان همبستگی مثبت و قوی وجود دارد به طوریکه استرس ادراک شده می تواند ۳۲ درصد از تغییرات افسردگی پس از زایمان را تبیین کند. این یافته با نتایج تحقیق، اولاه و باری (۲۰۱۴) که در آن ارتباط معنی داری بین استرس ادراک شده در دوران بارداری در گروه های مختلف سنی با افسردگی پس از زایمان مشاهده کردند و با نتایج تحقیق نورحیاتی و همکاران (۲۰۱۵)، سپهوند و همکاران (۲۰۰۸)، توهی (۲۰۱۲)، استانوا و همکاران (۲۰۱۵) همسو بوده که در تبیین این یافته می توان گفت فقط عوامل استرس زا نیست که شخص متحمل می شود بلکه مهم، نحوه ی ادراک فرد از استرس است که سلامتی شخص را به میزان زیادی تحت تاثیر قرار می دهد. مواردی از قبیل ظرفیت جسمانی، طرز برداشت، واکنش پذیری و تجارب پیشین افراد در چگونگی پاسخ دهی آنان به استرس نقش دارد. باتوجه به عناصر پیش گفته شده ممکن است برخی افراد موقعیتی را تنش زا به شمار آورند درحالی که دیگران ارزیابی متفاوتی از آن موقعیت داشته باشند. بدین ترتیب، نحوه ی ارزیابی و چگونگی ادراک شخص از موقعیت است که در بروز عوارض استرس تعیین کننده محسوب می شود. همچنین بین متغیر سبک مقابله ای هیجان مدار و افسردگی پس از زایمان، همبستگی مثبت وجود داشته و این سبک مقابله ای می تواند، ۱۳ درصد تغییرات افسردگی پس از زایمان را تبیین کند که این یافته با یافته های شرمین و همکاران (۲۰۰۰) و کارکلا و پانایوتو (از بشرپور و همکاران، ۲۰۱۳) همسو بوده و با یافته های استوارت (۱۹۹۲)، کلارک و هوانیتز (۱۹۸۹) غیرهمسوست.

در تبیین این یافته می توان گفت، راهبردهای سازش نیافته ی مقابله ای، شیوه هایی از مقابله اند که مولد مشکلات بعدی هستند. ناتوانی از تشخیص و فهم آنچه در جریان است (شامل تفسیرهای غیرمنطقی و مصیبت بار در مورد موقعیت موجود یا نشانه های جسمانی ناشی از موقعیت راهبردهای سازش نیافته، معمولا به ایجاد حلقه ی معیوب افزایش اضطراب و نگرانی منجر می شود. راهبرد

هیجان مدار، مستلزم یافتن روش هایی برای کنترل هیجان ها و تلاش برای امیدوار بودن به هنگام مواجهه با موقعیت های تنش زاست. افرادی که از این راهبرد استفاده می کنند، ضمن اینکه بر هیجانات خود کنترل دارند، ممکن است احساساتی چون خشم یا ناامیدی، افسردگی و علائم درماندگی روان شناختی را از خود نشان دهند.

یافته ی بعدی پژوهش نشان داد که بین سبک مقابله ای مساله مدار و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری وجود ندارد. این یافته با یافته های شرمین و همکاران (۲۰۰۰) همسویی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت شیوه هایی که فرد برای مقابله با استرس انتخاب می کند، می تواند جزیی از نیمرخ آسیب پذیری وی محسوب شود. به کارگیری روش های نامناسب در مواجهه با استرس، ممکن است موجب افزایش آسیب پذیری شود در حالی که به کارگیری شیوه های مناسب می تواند نتایج مثبتی را به دنبال داشته باشد. استفاده از راهبردهای سازش یافته ی مقابله، پیامدهای مثبت و طولانی مدت دارد. به این ترتیب که تنش به وسیله ی تلاش های فرد کاهش می یابد و به دنبال آن سطح عزت نفس و مهارت وی افزایش پیدا می کند و سلامت او تامین می شود. آخرین یافته ی این پژوهش نشان داد که بین سبک مقابله ای اجتنابی و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری وجود ندارد. این یافته با یافته های برایت و هاروی (از مدانلو، ۲۰۰۸) همسو و با یافته های استوارت (۱۹۹۲)، کلارک و هوانیتز (۱۹۸۹)، تروپ (۱۹۹۴)، شرمین و همکاران (۲۰۰۰) غیرهمسو است. در تبیین این یافته می توان به یافته های تحقیق برایت و هاروی (از مدانلو، ۲۰۰۹) اشاره کرد که این سبک مقابله ای پاسخ هایی را در بر می گیرد که هدف آن انکار یا به حداقل رساندن آسیب های یک بحران یا پیامدهای آن است. با اینکه شخص موقعیت را همانگونه که وجود دارد می پذیرد اما، آن را تغییرناپذیر فرض می کند و نیز شامل رفتارهای جایگزین است، به این نحو که شخص سعی می کند در فعالیت های جدید درگیر شود و آن فعالیت ها را به عنوان جایگزین فقدان های ناشی از بحرانها کند و منابع ارضای جدیدی را ابداع کرده و جایگزین منابع قبلی کند. اگرچه این سبک مقابله ای به عنوان راهبردی کوتاه مدت کارآمد شناخته شده است اما، در دراز مدت مانع سازش روان شناختی شده و نشانه های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می دهد.

بدین وسیله از تمامی مسوولین و کارکنان بیمارستان شهید محلاتی تبریز که در انجام این تحقیق همکاری ارزنده و صبورانه ای داشتند، قدردانی می نمایم.

#### References

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, (5rd ed.).Traslated by: Rezaii, F., Fakhrai, A., Farmand, A., Nilooafari, A., & et al. (2015). Tehran:Arjomand.(Persian)



- Basharpour, S., Narimani, M., & Isazadeh, A.(2013). Relationship between coping style and social support with perceived stress. *Journal of Psychological Studies*, 48, 29-35. (Persian).
- Beasley, N., Thompson,T., & Daison, J.(2003). Resilience inresponse to life stress ,The effect of coping style and cognitive hardness. *J personality and individual differences*, 34,77-95.
- Behrouzi, N., Shahani, M., & Pourseyyed, M.(2011). Relationship between perfectionism, perceived stress and social support with Academic burnout. *Journal of Strategy for Culture*,20,76-90.(Persian)
- Brummelte, S., & Galea, L. A.(2010). Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress ovarian hormons. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol.Psychiatry*, 34, 766-767.
- Cattaruzza, A. (2014). Difficulties in the Treatment of Depression During Pregnancy and Postpartum Depression. *Journal of Infant ,Child and Adolescent Psychotherapy* ,13,75-87.
- Clark, A. A., & Hovanitz, C. A.(1989). Dimentions of Coping that Contribute to Psychopathology. *J. Clin. Psychol*, 45 (1), 70 - 78
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). Aglobal measure of perceived stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 24,385-39
- Crowin, E. J., Kohen, R., Jarrett, M., & Stafford, B.( 2010). The heritability of postpartum depression. *Biol Res.Nurs*, 12, 73-83.
- Dimatteo, R. (1991). *The Psychology of Health*. Translated by: Hashemiyani, K., & Jabbari, K. (2013).Tehran: Samt. (Persian)
- Endler, N. S., & Parker, J. D.(1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*. 58(5), 844-54
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1999). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. 2nd ed. Toronto:Multi-Health Systems
- Eslami, H.(2001).The study of Family's Structure based on Coping with stress. (M.A.thesis,University of Tarbiyat Moallem).(Persian).
- Goreyshi Rad, F.(2010).The study of Validity and Reliability Scale Crisis Endler and Parker. *Journal of Behavioural Sciences*, 4(1),7-10.(Persian).
- Hagiou Sarvestani, R. (2010). The study relationship between MS patient's Stress Coping Style and Anxiety level to sepration trend illness.(M.A.thesis,University of Social welfare and Rehabilitation ).(Persian)
- Khodayari Fard, M., & Parand, A.(2012). Stress and Coping Style .Tehran:University of Tehran.(Persian)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S.(1999). *Stress, Aprasial and coping*. New York: springer.
- Madanlou, F.(2009). The relationship between Resiliency, Coping with Stress and Social Support with Bereaved Women's status.(M.A.thesis,University Mohaghegh Ardabili).(Persian)
- Nikpour, M., Abediyan, Z., Mokhayyer, N., Khalegi, Z., & et al.(2012). Relationship between Postpartum Depression and Delivery type.. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 53,35-64.(Persian)
- Norhayati, M., Hazlina, N., Asrene, A., & Emilin, W.(2015). Magnitude and risk Factors for Postpartum semptoms:A literature review. *Journal of Affective Disorders*,175,34-52  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness,definding.description and aetiology. *Best Pract. Res Clin. Obstet.Gynaecol*, 28,3-12
- Olah, M., & Barry, M. (2014). Antenatal Stress:An Irish case study. *Journal Midwifery*, (30), 315-316.  
<http://dx.doi-org/10.1016/j.midw.2013.03.014>
- Payne, J. L., Palmer, J.T., & Joffe, H. (2009). A reproductive subtype of depression: conceptualizing models and moving toward etiology. *Harvard Rev. Psychiatry* 17,72-8  
<http://doi: 10.1080/106732209028997>
- Perfetti, J., Clark, R., & Fillmore,C. M. (2004). Postpartum depression: identification, screening and treatment. *WMJ*, 103(6), 56-63
- Pourafkari, N.(2014).Typology of Psycological Disorders for Psychiatry and Psychology students.Tehran:Azadeh.(Persian)
- Powell, T. J., & Enright, S. J. (1991). *Anxiety and Stress Management* . London & New York: Routledge.
- Rahmani, F., Seyyedfatemi, N., & Asadollahi, M.(2011).Postpartum Depression. *Journal of Iran Nursing*,24(72),78-87.(Persian)
- Salehi fadari, J. (1994). Effectiveness and Saticfaction of their Multiple Roles to Self steem and Stress rate in Teacher Women.(M.A.thesis,Univercity of Tarbiat Modares).(Persian).
- Schiller, C. E., Brody, S. M., & Rubinow, D. R. (2015).The role of reproductive hormones in Postpartum Depression ,*CNS Spectrums*,20,48-59  
<http://journal.cambridge.org/CNS/Obstract-S.92852914000480>

- Sepahvand, T., Gilani, B., & Zamani, R. (2008). Relationship between Perceived Stress and General Health with Explanatory Styles. *Journal of Psychology and Educative Sciences of Tehran University*, 85, 27-44
- Sherman, B. F., Bananno, G. A., Wiener, L. S., & Batt Les, H. B. (2000). When Children Tell Their Friends They Have AIDS: Possible Consequences For Psychological Well - Being and Disease Progression. *Arch pedioter*, 7(5), 554-562
- Shirazi Aria, R. (2009). Comparison High and Low Self Control with Stress Coping Style among students of Tehran Univercities. (M.A. thesis, Alzahra University). (Persian).
- Sit, D., Seltman, H., & Wisner, K. (2011). Seasonal effects on Depression risk and suicidal symptoms in Postpartum Women. *Journal Depression and Anxiety*, 28, 400-405  
<http://doi.10.1002/da.20807>
- Staneva, A., Bogossian, F., & Pritchard, M. (2015). The Effects of Maternal Depression, Anxiety and Perceived Stress during Pregnancy on Preterm Birth: A Systematic review, *Journal Woman and Birth*, 15, 400-407  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.Wombi.2015.02.003>
- Stewart, D.E. (1992). A Prospective Study of The Effectiveness of Brief Professionally - led Support Group for Infertility Patients. *Int .J.Psychiatry, Med*: 22(2), 38-45
- Toohey, G. (2012). Depression During Pregnancy and Postpartum, *Clinical Obstetric and Gynecology*, 55(3), 788-797- [Www.Clinicalobgyn.com](http://www.Clinicalobgyn.com)
- Troop, N. A. (1994). Ways of Coping in Woman With Eating Disorders. *J. Nervment. Dis*, 182 (10), 39-48
- Watts, M., & Cooper, C.L. (1992). Symptoms of Depression Among Female Nursing Students. *Arch. Psychiatry Nurs*, 9(5), 135-148
- Werner, E., Miller, M., & Osborn, L. (2015). Preventing Postpartum Depression :review and recommendation, *Arch Womens Ment Health*, 18, 41- 60.
- Yim, S., Stapleton, R., & Gurdino, M. (2015). Biological and psychosocial Predictors of Postnatal Depression systematic Review and call for Integration, *Ann.Rev.Clin.Psychol*, 11, 99-137  
<http://doi.10.1146/annurcv-clinpsy-101414-020426>.
- Zenclussen, A.C. (2013). Adaptive immune responses during pregnancy. *Am. J. Reprod. Immunol* 69:291-303.