

بررسی نقش آسیب‌پذیری سبک شخصیت، همسرآزاری و پاسخ‌های  
مقابله‌ای در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان

An Investigation on the Role of Personality Style Vulnerability,  
Spouse Violence, and Coping Responses in Prediction of Post  
Partum Depression

H. Ghasemi, Ph.D. student

H. Hadianfard, Ph.D.

✉ حمیده قاسمی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

دکتر حبیب هادیان‌فرد

عضو هیأت علمی بخش روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز

دریافت مقاله: ۹۲/۲/۱۵

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۲/۱۱/۱۲

پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۲۰

**Abstract**

This study aims to examine the role of the vulnerability of personality style, spouse violence and coping responses in prediction of post-partum depression. A sample of 140 pregnant women were recruited. Data collection included two phases. In third trimester of pregnancy, demographic information, vulnerable personality style, spouse violence and coping responses were collected.

**چکیده**

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش آسیب‌پذیری سبک شخصیت، همسرآزاری و پاسخ‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان انجام شد. جامعه پژوهش کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز که در سه ماهه سوم بارداری بودند در نظر گرفته شد. به کمک روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۴۰ نفر به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. داده‌ها در دو مرحله گردآوری شد. در مرحله اول از زنانی که در سه ماهه سوم بارداری بودند.

✉ Email: [h-ghasemi@phdstu.scu.ac.ir](mailto:h-ghasemi@phdstu.scu.ac.ir)

✉ پست الکترونیکی: [h-ghasemi@phdstu.scu.ac.ir](mailto:h-ghasemi@phdstu.scu.ac.ir)

The second phase was carried out after 2 weeks to 6 months after parturition that the post-partum depression questionnaire was completed. The results demonstrated that 49% of post-partum depression variances can be shown by vulnerability of personality style, spouse violence and coping responses.

It seems that one of the most important factors for depression after parturition is vulnerability of personality style. Women with this personality style perceive higher levels of stress and use maladaptive coping responses. So they are more disposed to post-partum depression.

**Keywords:** Post-Partum Depression, Vulnerable Personality Style, Spouse Violence, Coping Responses.

اطلاعات مربوط به خصوصیات جمعیت‌شناسی، مقیاس تاکتیک‌های تعارضی، (استراوس، ۱۹۹۶)، پرسش‌نامه سبک شخصیت آسیب پذیر، (بویس و دیگران، ۲۰۰۱) و پاسخ‌های مقابله‌ای (بلینگز و موس، ۱۹۸۴) اخذ شد. مرحله دوم ۲ هفته تا ۶ ماه پس از زایمان بود که طی آن پرسش‌نامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ تکمیل شد. اطلاعات به دست آمده از طریق رگرسیون چندگانه به روش گام به گام، تی تست مستقل و خی دو چندگانه تجزیه و تحلیل شدند. به طور کلی نتایج حاکی از آن بود که ۰/۴۹ از واریانس افسردگی پس از زایمان توسط سه متغیر آسیب‌پذیری شخصیت، همسرآزاری و سبک مقابله‌ای تبیین می‌شود. آسیب‌پذیری شخصیت و همسرآزاری به طور مثبت و سبک مقابله‌ای به طور منفی این اختلال را پیش‌بینی می‌کند. با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد یکی از عوامل مهمی که فرد را مستعد اختلال افسردگی پس از زایمان می‌کند، آسیب‌پذیری سبک شخصیت است. زنان دارای این سبک شخصیتی در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا از جمله همسرآزاری، هم سطح استرس بالاتری را درک می‌کنند و هم راهبردهای مقابله‌ای نامطلوب‌تری را به کار می‌برند. بنابراین بیشتر مستعد ابتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان می‌باشند.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی پس از زایمان، سبک شخصیت آسیب‌پذیر، همسرآزاری، سبک مقابله‌ای.

## مقدمه

خلق فرد پس از زایمان دارای طیفی است که از منفی تا مثبت گسترده است. از اضطراب و افسردگی تا شادی و سرور. گستردگی دامنه خلق منفی پس از زایمان، از ملال ملایم تا روان‌پریشی شدید است. زودهنگام‌ترین تغییر خلق پس از زایمان غم مادری<sup>۱</sup> نامیده می‌شود که یک رخداد ملایم و خودمحدودکننده<sup>۲</sup> است. (دالتون، ۱۹۹۶، به نقل از جیولیانی، ۲۰۰۹). رخداد جدی‌تری که محدود به خود نیست و در دو هفته اول برطرف نمی‌شود، افسردگی پس از زایمان است.<sup>۳</sup>

یک افسردگی بالینی که ۱۰ تا ۱۵ درصد زنان را از یک ماه تا یک سال پس از تولد نوزاد متأثر می‌سازد. در میان انواع افسردگی، افسردگی پس از زایمان به دلیل آن‌که افزون بر سلامت مادر بر رشد و تکامل روانی نوزاد تأثیر منفی و نامطلوب دارد درخور توجه می‌باشد. (میلر، ۲۰۰۲، بلاچ، روتنبرگ، کارن و کلین، ۲۰۰۶).

عوامل متعددی به عنوان علل احتمالی افسردگی پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفته‌اند. افسردگی پس از زایمان می‌تواند انعکاسی از پیامد خشونت خانگی باشد (لانگ و دیگران، ۲۰۰۲). خشونت خانگی به نوعی پرخاشگری اشاره دارد که در روابط زوجین رخ می‌دهد. (استراوس، ۱۹۹۳، به نقل از ریسی و حسین چاری، ۱۳۹۱). خشونت علیه زنان توسط همسران آن‌ها، یک مسئله شناخته شده در تمام کشورها و فرهنگ‌های دنیاست. به گونه‌ای که خشونت خانگی سالانه به صدمه و آسیب قریب به دو میلیون نفر منجر می‌شود. (چن و همکاران، ۲۰۰۵، به نقل از پناغی و دیگران، ۱۳۹۱). متاآنالیز انجام شده توسط بیدون، کافمن، لو و زاندرمن (۲۰۱۲)، نشان داد که قرار گرفتن در معرض همسرآزاری<sup>۴</sup> احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان را ۱/۵ تا ۲ برابر افزایش می‌دهد. اثرات به جا مانده خشونت در بارداری ممکن است زمینه را برای ایجاد مشکلات فیزیکی و روانی در زمان‌های دیگر مساعد کند. بنابراین خشونت می‌تواند بخشی از مجموعه عوامل مداخله‌گری باشد که به افسردگی پس از زایمان منجر می‌شود (لانگ، لانگ و لام، ۲۰۰۲).

برخی مطالعات نشان داده‌اند زنانی که مورد همسرآزاری قرار گرفته‌اند سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی را گزارش می‌دهند (سارکر، ۲۰۰۸). تحقیقات مربوط به رابطه بین همسرآزاری و افسردگی پس از زایمان، محدودند. اگرچه عوامل زیادی به عنوان پیشامد و پیامدهای همسرآزاری و افسردگی پس از زایمان شناخته شده‌اند، لیکن تأثیر همسرآزاری طی بارداری و روی خلق پس از زایمان هنوز به وضوح درک نشده است. شواهد تاییدکننده مشکلات سلامت روان در قربانیان خشونت، این مسئله را مطرح می‌کند که ارتکاب خشونت توسط همسر طی حاملگی چگونه خلق پس از زایمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ (ترابلد، ۲۰۰۷). برخی از مطالعات سبک شخصیتی را به عنوان یکی از عوامل خطرزای مهم افسردگی پس از زایمان مورد توجه قرار داده‌اند، به ویژه برخی از ویژگی‌های شخصیتی که به نظر می‌رسد موجب افزایش افسردگی پس از زایمان شوند عبارتند از: نورووتیسم، حساسیت بین فردی، عزت نفس پایین و سبک‌شناختی معیوب (اوهارا و اسوین، ۱۹۹۶، بویس، ۲۰۰۴).

کمال‌گرایی بالا به ویژه بعد نگرانی زیاد در مورد اشتباهات، احتمال افسردگی پس از زایمان را تا ۴ برابر افزایش می‌دهد. به علاوه نورووتیسم نیز عامل مستقلی برای افزایش احتمال این اختلال شناخته شده است (تیان و دیگران، ۲۰۱۲). مطالعه کولوریس و دیگران (۲۰۱۳) نشان داد که سطوح بالای نورووتیسم با علائم افسردگی طی بارداری و همچنین ۶ هفته و ۶ ماه پس از زایمان همبستگی قوی‌ای دارد. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که ترکیبی از ویژگی‌های اختلالات شخصیت اجتنابی،

وابسته و وسواسی - جبری سبک شخصیت آسیب‌پذیر<sup>۵</sup> را ایجاد می‌کنند. افراد با سبک‌های شخصیتی متفاوت در مقابل استرس‌های زندگی راهبردهای مقابله خاصی را به کار می‌گیرند و به تبع آن از میزان معین سلامتی برخوردارند. سبک شخصیت آسیب‌پذیر نیز ممکن است با تحت تأثیر قرار دادن راهبردهای مقابله با شرایط استرس‌زا، زمینه‌ای برای ایجاد افسردگی پس از زایمان فراهم کنند (جویس و دیگران، ۲۰۰۳؛ لایت و دیگران، ۲۰۰۶؛ به نقل آکمن، یوگاز و کایا، ۲۰۰۷).

افرادی که بیشتر راهبردهای مسئله‌مدار را به کار می‌برند، بهتر با استرس‌های محیطی سازگار می‌شوند و نگرانی‌های روان‌شناختی کمتری را تجربه می‌کنند (موس و اسچافر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۳؛ به نقل از کاستا، ۱۹۹۷). در مقابل تکیه بر سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی از عوامل خطرزای مهمی است که سلامت روان ضعیف را پیش‌بینی می‌کند (آلدوین و رورسون، ۱۹۸۷؛ ترری، ۱۹۹۴).

مطالعات اندکی در متون مربوط به بارداری، فرآیندهای مقابله‌ای در زنان باردار را بررسی کرده‌اند. اگرچه مطالعات بررسی‌کننده نقش مقابله در بارداری نادرند، اما یافته‌های این مطالعات به علاوه تحقیقات انجام شده در حوزه‌های دیگر سلامت مطرح می‌کنند که بررسی بیشتر فرآیندهای مقابله‌ای طی بارداری ممکن است رابطه بین استرس و پیامدهای مضر تولد را مشخص کند (کاستا، ۱۹۹۷). بنابراین سبک مقابله‌ای نیز می‌تواند یکی از عواملی باشد که احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش دهد.

با توجه به اهمیت تأثیر موارد ذکر شده (شخصیت، همسرآزاری، پاسخ‌های مقابله‌ای) در سلامت روان زنان و در سطحی بالاتر بهداشت روان جامعه، محدود بودن پژوهش‌های روان‌شناختی در مورد افسردگی پس از زایمان به خصوص در ایران و نقش پیش‌گیرانه بررسی عوامل خطرزای مربوط به افسردگی پس از زایمان، انجام پژوهش در زمینه‌های مطرح شده ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این مسئله است که آیا متغیرهای همسرآزاری، آسیب‌پذیری سبک شخصیت و سبک مقابله‌ای پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از زایمان هستند؟

## روش

جامعه مورد مطالعه، کلیه زنان مراجعه‌کننده به یکی از مراکز بهداشتی - درمانی شهر شیراز که در هر یک از ماه‌های سه‌ماهه سوم بارداری بودند در نظر گرفته شد. جهت انتخاب اعضای نمونه، ابتدا لیست تمامی مراکز بهداشتی - درمانی از مراکز بهداشت کل شهر شیراز اتخاذ شد. سپس از طریق قرعه‌کشی تعدادی مرکز به طور تصادفی انتخاب شد. از مسئولین این مراکز درخواست می‌شد پرونده زنانی که در یکی از ماه‌های سه‌ماهه سوم بارداری بودند، در اختیار پژوهشگر بگذارند. بعد از اطمینان از این‌که فرد مورد نظر حائز ملاک‌های لازم جهت شرکت در پژوهش است از طریق تماس تلفنی و توضیح اهداف پژوهش از ایشان درخواست می‌شد در مطالعه شرکت کند. بدین ترتیب تعداد

۲۱۵ نفر به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. به دلیل درخواست غیرحضوری از افراد مورد نظر، تعداد زیادی به مراکز مراجعه نمی‌کردند. همچنین طولانی بودن پرسش‌نامه‌ها و عدم دقت و صداقت کافی برخی از اعضا، پژوهشگر را ناگزیر به حذف این افراد از نمونه می‌کرد. نهایتاً پرسش‌نامه‌های ۱۴۰ نفر جهت تجزیه و تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

گردآوری داده‌ها در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول که قبل از زایمان بود اطلاعات مربوط به خصوصیات جمعیت‌شناسی، آسیب‌پذیری سبک شخصیت، همسرآزاری و سبک مقابله‌ای اتخاذ شد. مرحله دوم جمع‌آوری اطلاعات ۲ هفته تا ۶ ماه پس از زایمان بود که طی آن پرسش‌نامه افسردگی پس از زایمان توسط همان نمونه تکمیل شد.

### ابزار پژوهش

**پرسش‌نامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ<sup>۷</sup> (کاکس و هولدن، ۱۹۸۷):** پرسش‌نامه ادینبرگ برای شناسایی زنان با افسردگی پس از زایمان به کار گرفته می‌شود. این پرسش‌نامه برای اولین بار توسط کاکس و هولدن در سال ۱۹۸۷ تنظیم گردیده است. از مطالعات انجام شده در ادینبرگ، حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۷۸ با نقطه برش ۱۲/۱۳ به دست آمده است (اویس، ۲۰۰۱). در ایران حساسیت ۰/۹۵ و ویژگی ۰/۹۳ گزارش شده است (نمازی، ۱۳۷۸). بر پایه بررسی‌های انجام شده در ایران نمره برش ۱۲/۱۳ به دست آمده است (حسن زهرایی و دیگران، ۱۳۷۶؛ نمازی، ۱۳۷۸).

پایایی ثبات درونی گزارش شده در ادینبرگ ۰/۸۷ و ضریب پایایی به روش دو نیمه کردن ۰/۸۸ می‌باشد (کاکس و دیگران، ۱۹۸۷؛ به نقل از اویس، ۲۰۰۱). در پژوهش انجام شده توسط عظیمی لولتی و دیگران (۱۳۸۴)، پایایی ابزار با روش بازآزمون ۰/۸۸ و با کمک آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است.

**مقیاس تاکتیک‌های تعارضی<sup>۸</sup> (CTS-2)، (استراوس، ۱۹۹۶):** کاربردی‌ترین ابزار جمع‌آوری داده‌ها مربوط به همسرآزاری است که دارای مقیاس‌های مذاکره، پرخاشگری روان‌شناختی، خشونت جسمانی، زورگویی جنسی، آسیب و صدمه جسمی می‌باشد. پایایی ثبات درونی مقیاس‌های پنج‌گانه CTS از ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است.

طبق تحلیل کمپبل و فیسک، ۱۹۵۹؛ (به نقل از استراوس و دیگران، ۱۹۹۶) مبنی بر این که همبسته نبودن مقیاس‌های نامربوط می‌تواند شهادی بر ادعای روایی افتراقی آزمون باشد، در مطالعه‌ای همبستگی دو جفت مقیاس مذاکره و اجبار جنسی و مذاکره و صدمه بررسی شد. نتایج تنها همبستگی بسیار ضعیفی برای این جفت مقیاس‌ها نشان داد. این یافته می‌تواند به عنوان شواهدی برای روایی افتراقی مقیاس‌های مذکور به کار رود.

محمدخانی (۱۳۸۴) در ایران با استفاده از آلفای کرونباخ روی ۲۰ نفر ضریب پایایی ۰/۷۹ را به دست آورد. در پژوهش نادری و حیدری (۱۳۸۸)، پایایی مقیاس به روش تنصیف و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۵ به دست آمد. اعتبار این مقیاس نیز با استفاده از ضریب همبستگی مقیاس با یک سؤال کلی (سؤال ملاک) محاسبه شد که ضریب همبستگی ۰/۸۰ به دست آمد.

جهت نمره‌گذاری این مقیاس روش‌های متعدد و دقیقی وجود دارد. در این پژوهش نمره‌های شیوع کلی محاسبه شد. شیوع کلی بیانگر این است که آیا هر کدام از رفتارهای ذکر شده در پرسش‌نامه در سال جاری یا قبل از آن رخ داده یا خیر؟

**پرسش‌نامه سبک شخصیت آسیب‌پذیر<sup>۹</sup> (VPSQ)**، (بویس و دیگران، ۲۰۰۱): این پرسش‌نامه، مقیاسی جهت شناسایی زنان در معرض خطر افسردگی پس از زایمان به دلیل آسیب‌پذیری شخصیت است.

تحقیقات مقدماتی نشان داده است که این مقیاس ویژگی‌های روان‌سنجی کافی دارد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۷ گزارش شده است. تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داده است که VPSQ پیش‌بین نشانه‌های افسردگی در حال رشد، یک، چهار و هشت هفته پس از زایمان است. طبق تحقیقات افزایش یک نقطه در VPSQ خطر افسردگی پس از زایمان را ۱/۳ برابر افزایش می‌دهد. ابزار همسانی درونی خوبی دارد (ضریب ۰/۶۳ برای کل مقیاس، ۰/۷۷ برای خرده‌مقیاس آسیب‌پذیری و ۰/۱۸ برای خرده‌مقیاس سازمان‌یافته). همچنین از پایایی آزمون - بازآزمون مناسبی برخوردار است. در پژوهش حاضر محقق اقدام به تهیه فرم فارسی پرسش‌نامه سبک شخصیت آسیب‌پذیر بر اساس مراحل ارزیابی میزان تطابق زبانی آزمون (یعنی هماهنگی ترجمه فارسی با متن انگلیسی) به صورت ترجمه واژگون نمود.

با روش آلفای کرونباخ، پایایی پرسش‌نامه مذکور را ۰/۶۶ تعیین کرد. برای تعیین روایی، این پرسش‌نامه به همراه پرسش‌نامه افسردگی ادینبرگ روی ۵۰ نفر از اعضای نمونه اجرا شد. همبستگی آسیب‌پذیری شخصیت و افسردگی پس از زایمان ۰/۵۳ به دست آمد.

**پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله‌ای<sup>۱۰</sup> (CRI)**: به منظور بررسی روش‌های مقابله‌ای از پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله‌ای (CRI) بلینگز و موس (۱۹۸۴) استفاده شد. بلینگز و موس در سال ۱۹۸۱ یک پرسش‌نامه ۱۹ ماده‌ای تنظیم کردند. در سال ۱۹۸۴ کار خود را با بررسی رفتارهای مقابله‌ای در گروهی از بیماران افسرده ادامه دادند و تعداد پاسخ‌های مقابله‌ای را به ۳۲ ماده افزایش دادند.

آنان اعتبارهای همسانی درونی را از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ برای طبقه‌بندی خود گزارش کرده‌اند. پرسش‌نامه بلینگز و موس از ۵ زیرمقیاس شامل مقابله مبتنی بر حل مسئله، مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی، مقابله مبتنی بر هیجان، مقابله مبتنی بر جسمانی کردن و مقابله مبتنی بر جلب حمایت

اجتماعی تشکیل شده است. نمره نهایی این پرسش‌نامه به صورت مقابله مسئله‌مدار (جمع دو زیرمقیاس اول) و مقابله هیجان‌مدار (جمع سه زیرمقیاس آخر) به دست می‌آید. در مطالعه حسینی، دژکام، بیان‌زاده و فیض (۱۳۷۷)، از طریق بازآزمایی، ضریب پایایی ۰/۷۹ برای نمره کل این پرسش‌نامه بدست آمد. هم‌چنین مقدار اعتبار برای خرده‌مقیاس مقابله مبتنی بر حل مسئله ۰/۹۰، برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی ۰/۶۸، برای مقابله مبتنی بر هیجان، ۰/۶۵، برای مقابله مبتنی بر جلب هیجان اجتماعی، ۰/۹۰ و برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن ۰/۹۰ به دست آمد.

سجادی‌فر (۱۳۸۲)، در بررسی پایایی این مقیاس از محاسبه ثبات درونی، روش دو نیمه کردن آزمون و نیز ضریب بازآزمایی استفاده کرد و ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۳) و ضریب تنصیف (۰/۷۴) به دست آورده است.

**پرسش‌نامه خصوصیات جمعیت‌شناسی:** پرسش‌نامه خصوصیات جمعیت‌شناسی به منظور ارزیابی متغیرهای فردی به کار رفت. به کمک این پرسش‌نامه اطلاعاتی در مورد سن زن، سن شوهر، سن ازدواج، اختلاف سنی زن و شوهر، طول مدت ازدواج، تحصیلات و شغل زن، تحصیلات و شغل شوهر، تعداد فرزندان اتخاذ گردید.

### یافته‌ها

در این بخش یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و سپس نتایج تحلیل‌هایی که به منظور بررسی سؤال پژوهش انجام شده است، ارائه می‌گردد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در متغیر خصوصیات جمعیت‌شناسی

شاخص	سن زن	سن شوهر	تفاوت سنی	طول ازدواج	سن ازدواج
میانگین	۲۶/۷۱	۳۱/۴۴	۴/۸۱	۵/۰۳	۲۱/۶۶
انحراف استاندارد	۴/۶۵	۵/۰۸	۳/۴۲	۴/۰۹	۴/۰۰

با توجه به داده‌های جدول ۱، میانگین سنی زنان ۲۶/۷۱ و میانگین سن همسران‌شان ۳۱/۴۴ می‌باشد. میانگین تفاوت سنی زن و مرد ۴/۸۱ به دست آمد. میانگین طول مدت ازدواج ۵/۰۳ و میانگین سن ازدواج ۲۱/۶۶ می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۲، مشاهده می‌شود، در مورد تحصیلات زن و تحصیلات مرد، بیشترین فراوانی مربوط به متوسطه و دیپلم و کمترین فراوانی مربوط به فوق دیپلم است. ۸۵ درصد از زنان مورد مطالعه خانه‌دار و ۱۵ درصد شاغل بودند.

۷۰ درصد از همسران اعضای نمونه شغل آزاد و ۳۰ درصد شغل دولتی داشتند. ۹۰ درصد از اعضای نمونه ۱-۲ فرزند و ۱۰ درصد از آن‌ها، ۳ فرزند یا بیشتر داشتند.

جدول ۲: توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب خصوصیات جمعیت‌شناسی

متغیرها	گروه‌ها	فراوانی (درصد فراوانی)
تحصیلات زن	ابتدایی	۱۵ (۱۰/۷)
	راهنمایی	۱۶ (۱۱/۴)
	متوسطه و دیپلم	۶۶ (۴۷/۱)
	فوق دیپلم	۸ (۵/۷)
	لیسانس و بالاتر	۳۵ (۲۵/۰)
تحصیلات مرد	ابتدایی	۷ (۵/۰)
	راهنمایی	۲۹ (۲۰/۷)
	متوسطه و دیپلم	۶۲ (۴۴/۳)
	فوق دیپلم	۵ (۳/۶)
	لیسانس و بالاتر	۳۷ (۲۶/۴)
شغل زن	خانه دار	۱۱۹ (۸۵/۰)
	شاغل	۲۱ (۱۵/۰)
	آزاد	۹۸ (۷۰/۰)
شغل مرد	دولتی	۴۲ (۳۰/۰)
	۱-۲	۱۲۶ (۹۰/۰)
تعداد فرزندان	۳ و بیشتر	۱۴ (۱۰/۰)

دو گروه افسرده و غیرافسرده در متغیرهای جمعیت‌شناسی سن زن، سن مرد، سن ازدواج، تفاوت سنی و طول مدت ازدواج با استفاده از آزمون تی مستقل مقایسه شدند. جهت بررسی دو گروه از نظر تحصیلات زن، تحصیلات مرد، شغل زن، شغل مرد، تعداد فرزندان، از آزمون خی دو چندانگانه استفاده شد. نتایج این آزمون‌ها نشان می‌دهد که بین دو گروه افسرده و غیر افسرده در هیچ یک از خصوصیات جمعیت‌شناسی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای آسیب‌پذیری سبک شخصیت،

سبک مقابله‌ای و همسرآزاری

متغیر	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
آسیب‌پذیری شخصیت	۱۴۰	۱۰	۳۶	۳۱/۸۳	۵/۵۰
سبک مقابله	۱۴۰	۳۶	۸۷	۶۰/۸۵	۸/۵۱
مقابله مسئله‌مدار	۱۴۰	۶	۳۶	۱۶/۶۰	۴/۵۲
مقابله هیجان‌مدار	۱۴۰	۱۵	۵۶	۲۱/۹۷	۷/۳۲
همسرآزاری	۱۴۰	۰	۲۵	۴/۸۱	۴/۷۹
عدم مذاکره	۱۴۰	۱	۶	۵/۱۹	۱/۰۷
پرخاشگری روانی	۱۴۰	۰	۷	۲/۰۷	۱/۷۸
پرخاشگری جسمانی	۱۴۰	۰	۱۰	۱/۰۹	۲/۱۴
اجبار جنسی	۱۴۰	۰	۶	۰/۸۰	۱/۴۰
صدمه	۱۴۰	۰	۴	۰/۱۸	۰/۵۸
افسردگی پس از زایمان	۱۴۰	۰	۲۸	۱۱/۱۳	۵/۵۲



با توجه به داده‌های جدول ۳، میانگین آسیب‌پذیری شخصیت و سبک مقابله در اعضای نمونه به ترتیب ۲۱/۸۳ و ۶۰/۸۵ می‌باشد. از میان خرده‌مقیاس‌های همسرآزاری پیش از زایمان بیشترین میانگین مربوط به عدم مذاکره و کمترین میانگین مربوط به صدمه است. میانگین افسردگی پس از زایمان ۱۱/۱۳ می‌باشد.

جدول ۴: توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب افسردگی پس از زایمان

گروه‌ها	تعداد	درصد
افسرده	۶۱	۴۳/۶
غیرافسرده	۷۹	۵۶/۴
کل	۱۴۰	۱۰۰

بر اساس جدول ۴، ۶۱ نفر (۴۳/۶ درصد) از آزمودنی‌ها دچار افسردگی پس از زایمان می‌باشند. جهت بررسی سؤال پژوهش یعنی نقش آسیب‌پذیری سبک شخصیت، همسرآزاری و سبک مقابله‌ای در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان از رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده شد. افسردگی پس از زایمان به عنوان متغیر ملاک و آسیب‌پذیری شخصیت، همسرآزاری و سبک مقابله‌ای به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد معادله شدند. نتایج تحلیل رگرسیون را می‌توان در جدول ۵ مشاهده کرد.

جدول ۵: شاخص‌های آماری رگرسیون نمره کلی افسردگی پس از زایمان

افسردگی پس از زایمان									متغیر ملاک مراحل پیش‌بینی
P	F	R <sup>2</sup>	R	P	t	Beta	B	متغیر پیش‌بین	
۰/۰۰۰	۸۹/۴۱	۰/۳۹	۰/۶۲	۰/۰۰۰	۹/۴۵	۰/۶۲	۰/۶۲	شخصیت آسیب‌پذیر	۱
۰/۰۰۰	۶۱/۴۸	۰/۴۷	۰/۶۸	۰/۰۰۰	۸/۰۴	۰/۵۲	۰/۵۳	شخصیت آسیب‌پذیر همسرآزاری	۲
۰/۰۰۰	۴۴/۶۵	۰/۴۹	۰/۷۰	۰/۰۰۰	۵/۶۱	۰/۴۲	۰/۴۲	شخصیت همسرآزاری سبک مقابله	۳
				۰/۰۱۴	-۲/۵۰	-۰/۱۹	-۰/۱۲		

جدول ۵، نشان می‌دهد مقدار F برای بررسی توانایی سبک شخصیت آسیب‌پذیر، همسرآزاری و سبک مقابله‌ای در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان برابر با ۴۴/۶۵ بوده که در سطح  $P < 0/001$  معنادار است. نگاهی بر  $R^2$  نشان می‌دهد که ۰/۴۹ از واریانس افسردگی پس از زایمان توسط این سه متغیر تبیین می‌شود.

ضرایب رگرسیون جدول حکایت از آن دارد که آسیب‌پذیری شخصیت ( $B=0/42$ ) و همسرآزاری ( $B=0/25$ ) به طور مثبت و معناداری می‌توانند افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی کنند. در حالی

که سبک مقابله‌ای ( $B = -0.19$ ) این اختلال را به طور منفی و معنی‌داری پیش‌بینی می‌کند قوی‌ترین متغیر پیش‌بین برای افسردگی پس از زایمان متغیر سبک شخصیت آسیب‌پذیر است که ۰/۳۹ واریانس افسردگی پس از زایمان را تبیین کرده است.

جدول ۶: رگرسیون نمره افسردگی پس از زایمان روی ابعاد همسرآزاری

افسردگی پس از زایمان								متغیر ملاک	
P	F	R <sup>2</sup>	R	P	t	Beta	B	متغیر پیش‌بین	مراحل پیش‌بینی
۰/۰۰۰	۳۱/۵۷	۰/۱۸	۰/۴۳	۰/۰۰۰	۵/۶۱	۰/۴۳	۱/۳۳	پرخاشگری روان‌شناختی	۱
۰/۰۰۰	۲۱/۰۸	۰/۲۳	۰/۴۸	۰/۰۰۰	۵/۷۴	۰/۴۲	۱/۳۲	پرخاشگری روان‌شناختی	۲
				۰/۰۰۴	-۲/۹۶	-۰/۲۲	-۱/۱۳	مذاکره	
۰/۰۰۰	۱۵/۸۳	۰/۲۵	۰/۵۰	۰/۰۰۳	۲/۹۹	۰/۲۹	۰/۹۰	پرخاشگری روان‌شناختی	۳
				۰/۰۱۳	-۲/۵۲	-۰/۱۹	-۰/۹۷	مذاکره	
				۰/۰۳۹	۲/۰۸	۰/۲۰	۰/۵۳	پرخاشگری جسمانی	

جدول ۶، نشان می‌دهد مقدار  $F$  برای بررسی توانایی سه مقیاس پرخاشگری روان‌شناختی، پرخاشگری جسمانی و مذاکره توسط مرد در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان برابر با ۱۵/۸۳ بوده که در سطح  $P < 0.001$  معنادار است. نگاهی بر  $R^2$  نشان می‌دهد که ۰/۲۵ از واریانس افسردگی پس از زایمان توسط این سه مقیاس همسرآزاری تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون جدول حکایت از آن دارد که پرخاشگری روان‌شناختی توسط مرد ( $B = 0.29$ ) و پرخاشگری جسمانی توسط مرد ( $B = 0.20$ ) به طور مثبت و معناداری می‌توانند افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی کنند. در حالی که مقیاس مذاکره توسط مرد ( $B = -0.19$ ) این اختلال را به طور منفی و معنی‌داری پیش‌بینی می‌کند، قوی‌ترین مقیاس همسرآزاری برای پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان، پرخاشگری روان‌شناختی است که ۰/۱۸ واریانس این اختلال را تبیین کرده است.

جدول ۷: رگرسیون نمره افسردگی پس از زایمان روی ابعاد سبک مقابله‌ای

افسردگی پس از زایمان								متغیر ملاک	
P	F	R <sup>2</sup>	R	P	t	Beta	B	متغیر پیش‌بین	مراحل پیش‌بینی
۰/۰۰۰	۳۴/۲۷	۰/۱۹	۰/۴۴	۰/۰۰۰	۵/۸۵	۰/۴۴	۰/۳۳	هیجان‌مدار	۱
۰/۰۰۰	۳۰/۲۵	۰/۳۰	۰/۵۵	۰/۰۰۰	۶/۴۶	۰/۴۶	۰/۳۴	هیجان‌مدار	۲
				۰/۰۰۰	-۴/۶۰	-۰/۳۲	-	مسئله‌مدار	

جدول ۷، نشان می‌دهد مقدار  $F$  برای بررسی توانایی دو خرده‌مقیاس سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار

و مسئله‌مدار در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان برابر با  $30/25$  بوده که در سطح  $P < 0/001$  معنادار است. نگاهی بر  $R^2$  نشان می‌دهد که  $0/30$  از واریانس افسردگی پس از زایمان توسط این دو نوع سبک مقابله‌ای تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون جدول حکایت از آن دارد که سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار ( $B=0/46$ ) به طور مثبت و معناداری می‌تواند افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی کنند. در حالی که سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار ( $B=-0/32$ ) این اختلال را به طور منفی و معنی‌داری پیش‌بینی می‌کند، قوی‌ترین خرده‌مقیاس برای پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار است که  $0/19$  واریانس این اختلال را تبیین کرده است.

## بحث

طبق نتایج به دست آمده، آسیب‌پذیری شخصیت و همسرآزاری به طور مثبت و سبک مقابله‌ای به طور منفی افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی می‌کند. تایید نقش آسیب‌پذیری شخصیت در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان در این پژوهش با یافته‌های دنیس و بویس (۲۰۰۴)، آکمن و دیگران (۲۰۰۷) و یوگاز و دیگران (۲۰۰۹)، هماهنگی دارد. برخی از ویژگی‌های شخصیتی که به نظر می‌رسد موجب افزایش افسردگی پس از زایمان شوند، عبارتند از: نوروتیسم، حساسیت بین فردی، عزت نفس پایین و سبک‌شناختی معیوب (اوهارا و اسوین، ۱۹۹۶؛ بویس، ۲۰۰۴). کمال‌گرایی بالا به ویژه بعد نگرانی زیاد در مورد اشتباهات، احتمال افسردگی پس از زایمان را تا ۴ برابر افزایش می‌دهد. به علاوه نوروتیسم نیز عامل مستقلی برای افزایش احتمال این اختلال شناخته شده است (گلبرت و دیگران، ۲۰۱۲؛ تیان و دیگران، ۲۰۱۲؛ کولورپس و دیگران، ۲۰۱۳).

در پژوهش حاضر سبک شخصیت آسیب‌پذیر مهم‌ترین پیش‌بین افسردگی پس از زایمان شناخته شد. سبک شخصیت آسیب‌پذیر ویژگی‌های اختلال شخصیت وابسته، اجتنابی و وسواسی - جبری را در بر دارد. در بسیاری از موارد این ویژگی‌ها با افسردگی هم‌ایندی دارند. اختلالات شخصیت اجتنابی و وسواسی - جبری، رایج‌ترین تشخیص‌های محور II میان بیماران با افسردگی اساسی‌اند (روسی و دیگران، ۲۰۰۱). فراوانی اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی - جبری در زنان با افسردگی پس از زایمان بیشتر از فراوانی این اختلالات در زنان بدون افسردگی پس از زایمان است (آکمن و دیگران، ۲۰۰۷). اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی - جبری با تحت تأثیر قرار دادن راهبردهای مقابله با شرایط استرس‌زا می‌توانند زمینه‌ای برای ایجاد افسردگی پس از زایمان را فراهم کنند. به علاوه آزمودنی‌ها با سبک شخصیت آسیب‌پذیر عزت نفس پایین‌تر و در مقیاس سطح استرس درک‌شده، نمره بالاتری دارند (دنیس و بویس، ۲۰۰۴).

بنابراین سبک شخصیت آسیب‌پذیر، هم موجب می‌شود فرد در شرایط استرس‌زا راهبردهای مقابله‌ای مناسب را کمتر به کار ببرد و هم این‌که سطح استرس بیشتری را درک کند. به علاوه

ممکن است رابطه زیست‌شناختی بین این تشخیص‌های محور II و افسردگی پس از زایمان وجود داشته باشد. برخی مطالعات ذکر می‌کنند که چندشکلی ژنتیکی گیرنده D4 دوپامین و گیرنده D3 دوپامین با اختلالات شخصیت اجتنابی و وسواسی - جبری در بیماران افسرده، مرتبط است (جوینس و دیگران، ۲۰۰۳؛ لایت و دیگران، ۲۰۰۶، به نقل از همان منبع).

دیگر پیش‌بین افسردگی پس از زایمان در این پژوهش، همسرآزاری شناخته شد. پرخاشگری روان‌شناختی، مذاکره و پرخاشگری جسمانی توسط همسر به ترتیب به طور مثبت، منفی و مثبت افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی می‌کنند. متاآنالیز انجام شده توسط بیدون و دیگران (۲۰۱۲)، نشان داد که قرار گرفتن در معرض همسرآزاری احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان را ۱/۵ تا ۲ برابر افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش حاضر در مورد نقش بعد مذاکره در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان با مطالعه فلیس و دیگران (۲۰۰۴) مبنی بر این که عدم توافق زناشویی پیش‌بینی‌کننده این اختلال است هماهنگی دارد. در مورد نقش پرخاشگری روان‌شناختی در افسردگی پس از زایمان یافته‌ها با مطالعه گاسیا و دیگران (۲۰۰۹) هم‌خوانی دارد.

در مورد نقش پرخاشگری جسمانی در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان مطالعه ساندر و دیگران (۲۰۰۶)، با یافته‌های این پژوهش هماهنگ است. قرار گرفتن در معرض همسرآزاری یکی از استرس‌های دوران بارداری است. زنانی که چنین استرس‌هایی را متحمل شده‌اند، به طور نسبی به احتمال بیشتری به افسردگی پس از زایمان مبتلا می‌شوند (به نقل از آکمن، یوگاز و کایا، ۲۰۰۷).

عوامل استرس‌زایی که از نظر بیمار اثر منفی بر احترام به نفس دارد، احتمال بیشتری هست که ایجاد افسردگی کند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). افسردگی میان زنان خوشونت‌دیده بیشتر ممکن است ناشی از تأثیر خوشونت بر احساس فرد در مورد خود، به ویژه اعتماد به نفس، ارزش و شایستگی او باشد (وارما و دیگران، ۲۰۰۶). مطالعه پناغی، قهاری و یوسفی (۱۳۸۵) نیز نشان داد زنان قربانی خوشونت، بیشتر زنانی با اعتماد به نفس پایین و بدون حمایت اجتماعی و خانوادگی هستند. همان‌طور که ذکر شد زنان دارای سبک شخصیت آسیب‌پذیر عزت نفس پایینی دارند. اگر در معرض همسرآزاری نیز قرار گیرند، عزت نفس آن‌ها بیشتر تهدید شده و به سمت افسردگی پس از زایمان سوق داده می‌شوند.

به علاوه زنان خوشونت‌دیده سطح بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند. در افراد تجربه‌کننده استرس، کانال نورواندروکین حاوی محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال، با تولید هورمون‌ها به این استرس پاسخ می‌دهد. درجه‌ای که افراد استرس را تجربه می‌کنند به طور مستقیم با شدت پاسخ نورواندروکین ارتباط دارد، به این معنی که استرس باعث تولید هورمون‌های محرک می‌شود. وقتی افراد خوشونت فیزیکی، جنسی یا روانی را تجربه می‌کنند، محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال فعال می‌شود (ریکردز، ۲۰۰۷). از طرفی ویژگی‌های دوران پس از زایمان به گونه‌ای است که

امکان انتقال نگرانی را به افسردگی تحت تأثیر فشارزاهای مختلف روانی و زیستی ایجاد شده در بارداری افزایش می‌دهد.

لذا خشونت و استرس همراه آن، سیستم ایمنی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ادامه این استرس‌ها منجر به ایجاد مشکلات جسمی و روانی از جمله افسردگی پس از زایمان می‌شود (دالی<sup>۱۱</sup> و دیگران، ۲۰۰۴، به نقل از دولتیان، ۱۳۸۷).

دیگر یافته پژوهش حاضر در مورد نقش انواع پاسخ‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بود. نتایج نشان داد که سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار به طور مثبت و سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار به طور منفی افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با یافته‌های تری و دیگران (۱۹۹۴)، به نقل از کاستا (۱۹۹۷) و میلگرام (۲۰۰۴)، هم‌هنگ است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت سبک مقابله‌ای افراد در مقابل استرس نقش تعدیل‌کننده میان استرس و سلامت روان دارد. تکیه به سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی از عوامل خطرزای مهمی است که سلامت روان ضعیف را پیش‌بینی می‌کند (آلدوین و رورسون، ۱۹۸۷؛ تری، ۱۹۹۴).

از طرفی افرادی که بیشتر راهبردهای مسئله‌مدار را به کار می‌برند، بهتر با استرس‌های محیطی سازگار می‌شوند و نگرانی‌های روان‌شناختی کمتری از جمله افسردگی را تجربه می‌کنند (موس و اسپاچفر، ۱۹۹۳، به نقل از کاستا، ۱۹۹۷). در سبک مقابله با فشار روانی، تیپ شخصیتی افراد تأثیر بسزایی دارد. افراد بسته به نوع شخصیت‌شان در مقابل فشارهای روانی عکس‌العمل خاصی دارند (ستینر<sup>۱۲</sup> و دیگران، ۲۰۰۲؛ هرن و میشل<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۳، به نقل از شکری و دیگران، ۱۳۸۳). لذا سبک شخصیت آسیب‌پذیر موجب می‌شود افراد پاسخ‌های مقابله‌ای ناساگاران‌تری داشته باشند.

پاسخ‌های مقابله ناسازگار و هیجانی دور فزاینده‌ای از اضطراب و نگرانی به وجود می‌آورند که به تشدید فشارهای روانی، کاهش اعتماد به نفس، بروز بیماری‌های جسمی، روی آوردن به الکل و افسردگی از جمله افسردگی پس از زایمان منتهی می‌گردند (سیمون<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۸). به طور کلی برای تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر نقش متغیرهای آسیب‌پذیری شخصیت، همسرآزاری و پاسخ‌های مقابله‌ای در پیدایش افسردگی پس از زایمان می‌توان شخصیت را به عنوان نقطه ثقل در نظر گرفت. حال می‌بایست مکانیسمی که از طریق آن، شخصیت فرد را پس از زایمان به سمت افسردگی سوق می‌دهد، یافت نمود. این مکانیسم از هر دو منظر روان‌شناختی و زیست‌شناختی قابل تأمل است.

از منظر روان‌شناختی، سبک شخصیت آسیب‌پذیر، هم سطح استرس درک شده را بالا می‌برد و هم این‌که راهبردهای مقابله‌ای مطلوب با شرایط استرس‌زا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (دنيس و بویس، ۲۰۰۴). در مطالعه حاضر همسرآزاری را به عنوان یکی از مهم‌ترین استرس‌زاهای دوران

بارداری در نظر گرفتیم. زنان خشونت‌دیده سطح بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند و اگر دارای سبک شخصیت آسیب‌پذیر نیز باشند، متحمل استرس مضاعفی می‌شوند.

از منظر زیست‌شناختی طبق تحقیقات انجام شده ممکن است رابطه زیستی بین تشخیص‌های اختلال شخصیت وابسته، اجتنابی و وسواسی - جبری محور II و افسردگی پس از زایمان وجود داشته باشد. برخی مطالعات ذکر می‌کنند که چندشکلی ژنتیکی گیرنده D4 دوپامین و گیرنده D3 دوپامین با اختلالات شخصیت اجتنابی و وسواسی - جبری در بیماران افسرده، مرتبط است (جویس و دیگران، ۲۰۰۳؛ لایت و دیگران، ۲۰۰۶).

بنابراین در تبیین ارتباط متغیرهای یاد شده می‌توان آسیب‌پذیری سبک شخصیت فرد را نقطه عطفی در نظر گرفت که ارتباطش با افسردگی پس از زایمان از هر دو منظر روان‌شناختی و زیست‌شناختی قابل بررسی است. در نگره روان‌شناختی، سطح استرس درک شده و راهبردهای مقابله‌ای حلقه‌های واسطه‌ای این ارتباط است. در نگره زیست‌شناختی، گیرنده‌های دوپامین این رابطه را تبیین می‌کند.

#### پی‌نوشت‌ها

- |  |   |
|--|---|
| 1. Baby blue                                     | 8. Conflict tactics scale                     |
| 2. Self-limiting                                 | 9. Vulnerable personality style questionnaire |
| 3. Post partum depression                        | 10. Coping responses inventory                |
| 4. Spouse violence                               | 11. Dalli                                     |
| 5. Vulnerable personality style                  | 12. Steiner                                   |
| 6. Moos & Schafer                                | 13. Haren & Mitchell                          |
| 7. Edinburg post partum depression questionnaire | 14. Simon                                     |

#### منابع

- پناغی، ل. قهاری، ش. یوسفی، ح. (۱۳۸۵). خشونت علیه همسر و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه قربانیان این پدیده. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۷ و ۲، ۲۶۷-۲۵۷.
- پناغی، ل. پیروزی، د. ملکی، ق. شیرین بیان، م. باقری، ف. (۱۳۹۱). رابطه سبک‌های دلبستگی و خشونت‌دیدگی در زنان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۸ و ۱، ۳۱-۱۹.
- حسن زهرایی، ر؛ خدادوستان، م؛ اسداللهی، ق. و بشردوست، ن. (۱۳۷۶). بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانم‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر اصفهان. *مجله علمی دانشکده پرستاری - مامایی اصفهان*، ۱۱، ۷۵-۶۵.
- حسینی قدمگاهی، ج؛ دژکام، م؛ بیان‌زاده، ا. و فیض، ا. (۱۳۷۷). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله در بیماران قلبی - عروقی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۱ و ۲، ۲۴-۱۴.

- ریبسی، ط. حسین چاری، م. (۱۳۹۱). بررسی زمینه‌های خشونت علیه زنان در خانواده. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۸ و ۱، ۷-۱۸.
- سادوک، ب. و سادوک، و. (۱۳۸۲). *خلاصه روان‌پزشکی*. (ترجمه ن. پورافکاری). تهران: انتشارات شهرآب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۳).
- سجادی‌فر، ج. (۱۳۸۲). *بررسی ارتباط میان حوادث زندگی، شیوه‌های مقابله و سبک‌های تبیینی خوش‌بینانه - بدبینانه در دانشجویان دانشگاه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد ارسنجان.
- شکری، ا؛ جعفرنژاد، پ؛ فرزاد، و. و مرادی، ع. (۱۳۸۳). بررسی رابطه میان پنج عامل بزرگ شخصیت، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانی در دانشجویان کارشناسی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۱ و ۳۵، ۷۴-۵۱.
- عظیمی‌لولتی، ح؛ دانش، م؛ حسینی، ح؛ خلیلیان، ع. و زرغامی، م. (۱۳۸۱). افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۱ و ۱، ۴۲-۳۱.
- محمدخانی، پ؛ محمدی، م؛ رضایی‌دوگانه، ا. و آزادمهر، ه. (۱۳۸۴). آسیب‌شناسی روانی و مشکلات شخصی و ارتباطی مردانی که مرتکب خشونت خانگی می‌شوند. *مجله توانبخشی*، ۷(۴)، ۱۴-۶.
- نادری، ف. و حیدری، ع. (۱۳۸۸). رابطه بین دانش و نگرش جنسی، مولفه‌های عشق و رضایت زناشویی با همسرآزاری در کارکنان متأهل ادارات دولتی شهر اهواز. *مجله زن و فرهنگ*، ۱ و ۱، ۴۵-۲۸.
- نمازی، ش. (۱۳۷۸). بررسی نقش تعدادی از متغیرهای روان‌شناختی و دموگرافیک در افسردگی پس از زایمان. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۳(۱)، ۲۴-۱۷.

- Akman, C., Uguze, F., & Kaya, K. (2007). Post partum-onset major depression is associated with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 343-347.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Beydoun, H. A., Kaufman, J. S., Lo, B., Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult woman and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and post partum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 75(6), 959-975.
- Bilings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Bloch, T., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2006). Risk factors for early post partum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28, 3-8.
- Boyce, P., Hickey, A., Gilchrist, J., & Talley, N. J. (2004). The development of a brief personality scale to measure vulnerability to postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*, 3, 147-153.
- Costa, D. M. (1997). A prospective study on the influence of stress, social support and coping on birth outcomes and depressive symptomatology during pregnancy and the post partum. (Doctoral Dissertation, Concordia university).
- Dennis, C. L., & Boyce, P. (2004). Further psychometric testing of a brief personality scale to measure vulnerability to post partum depression. *Journal of Psychometric Obstetrics and Gynecology*, 25( 3), 305-312.

- Felice, E., Saliba, J., Grech, V., & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and post partum in Maltese women. *Journal of Affective Disorders*, 82, 297-301.
- Gausia, K., Fisher, C., & Joosthuizen, M. A. (2009). Magnitude and contributory factors of post natal depression: A community-based cohort study from a rural subdistrict of Bangladesh. *Psychological Medicine*, 39(6), 999-1005.
- Giuliani, K. K. (2009). Ego identity status as a developmental predictor of post partum depression. (Doctoral Dissertation, City university of New York).
- Koulouris, P., Lliadis, S. L., Sundstrm-poromaa, I., Ekselius, L., Skalkidou, A., Papadopoulos, F. (2013). 1546-Personality traits and post partum depression: Results from basic study in Sweden. *Abstracts of the 21th European Congress of Psychiatry*, 28(1), 1.
- Joyce, P. R., Rogers, G. R., Miller, A. L., Mulder, R. T., Luty, S. E., and Kennedy, M. A. (2003). Polymorphisms of DRD4 and DRD3 and risk of avoidant and obsessive personality traits and disorders. *Psychiatry Res*, 119, 1-10.
- Milgrom, J. (2004). Psychology, the coping and defense styles of women with post natal depression diverge. *Mental Health Weekly Digest*. Atlanta. p. 32.
- Miller, L. J. (2007). Post partum depression. *JAMA*, 287, PP. 762-764.
- Moos, R. H., & Bilings, A. G. (1982). Conceptualization and measuring coping resources and processes. *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York. Free press.
- Nierop, A., Bratsikas, A., Zimmermann, R., Ehlert, U. Are stress-induced cortisol change during pregnancy associated with post partum depressive symptoms? *Psychometric Medicine*, 68, 931-937.
- OHara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression- a metaanalysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-58.
- Oweis, Arwa. (2001). Relationships among the situational variables of perceived stress of the childbirth experience, perceived length and perceived difficulty of labor, selected personal variables, perceived nursing support and post partum depression in primiparous Jordanian. women. (Doctoral dissertation, Widener university). Research, 1(2), 136-146.
- Rossi, A., Marinangeli, M. G., Butti, G., Scinto, A., Diccio, L., Kalyvoka, A., et. al. (2001). Personality disorders in bipolar and depressive disorder. *J Affect Disord*, 65, 3-8.
- Sandra, L. M., Li, Y., Casanueva, C., & Harris-Britt, A. (2006). Intimate partner violence and womens depression before and during pregnancy. *Violence against women*. Thousand oaks, 12(3), 221.
- Sarkar, N. N. (2008). The impact of intimate partner violence on womens reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 28(3), 266.
- Straus, M. A., Hamby, SH. L., Boney-Mccoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scale (CTS-2). *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- Terry, D. A. (1994). Determinants of coping. The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*. 66, 895-910.



- Tian, T., Li, Y., Xie, D. , Shen. Y., Ren. J., Wu. W. (2012). Perfectionism dimensions in major pos partum depression. *Journal of Effective Disorder*, 136(1), 17-25.
- Trabold, N. (2007). Interaction between intimate partner and post partum depression. state university of New York at Buffalo, 141 pages, AAT 3262020.
- Trabold. N. (2007). The interrelationship between intimate partner violence and post partum depression in a sample of women living in an impoverished section of an urban community. (Doctoral Dissertation, state university at Buffalo).
- Uguz. F., Akman. C., Sahingoz. M., Kaya. N., & Kucur. R. (2009). One year follow up of post partum onset depression: The role of depressive symptom severity and personality disorders. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 30(2), 141-145.
- Varma, D., Chandra, ps., Thomas, T., Carey, MP. (2006). Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: Relationship with depression and post traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorder*, 102, 227-235.

Archive of SID