

بحوث قسم علم النفس



الإسهام النسبي للهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك في التنبؤ باكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة

د/ بوسي عصام محمد جاد

مدرس علم النفس - كلية الآداب جامعة المنصورة.

الملخص باللغة العربية:

هدفت هذه الدراسة إلى تعرف إسهام كل من الهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك في التنبؤ بخفض اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة، وتعرف الفروق في اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة باختلاف متغيري: نوع المولود وطريقة الولادة وتكونت عينة الدراسة من (١٢٧) من الأمهات حديثي الولادة ممن تتراوح أعمارهن ما بين (١٩ - ٣٥) سنة، بمتوسط قدره (٢٥,٩٨) سنة، وانحراف معياري ($\pm ٥,١٨$) سنة. طبق عليهن مقياس الهناء الروحي إعداد "بولتزيان وإليسون" (Paloutzian & Ellison, ١٩٨٢) وترجمة "الباحثة"، ومقياس الدعم الاجتماعي المدرك إعداد: زيميت وآخرون (Zimet, G.D, et al, ١٩٨٨) وترجمة "الباحثة"، ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، إعداد: كوكس وآخرون (Cox, J. L, et al, ١٩٨٧) وترجمة "الباحثة". أما الأساليب الإحصائية فقد استخدم تحليل الانحدار المتعدد بطريقة Stepwise، وتحليل التباين الثنائي، وقيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعات غير المرتبطة، ومعامل ارتباط بيرسون Pearson، والتحليل العاملي Factor analysis بطريقة المكونات الرئيسية لـ "هوتلينج". وأظهرت نتائج الدراسة: (١) أن الدرجة الكلية للهناء الروحي لها الإسهام الأكبر في التنبؤ باكتئاب ما بعد الولادة لدى الامهات حديثي الولادة، يلي ذلك الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك ومتغير " دعم الزوج" (أحد أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك)، أما باقي المتغيرات المستقلة فليس لأي منها إسهام في التنبؤ باكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة. (٢) أن اكتئاب ما بعد الولادة لدى الامهات حديثي الولادة، يختلف باختلاف نوع المولود (ذكر - أنثى)، وأن الأمهات اللاتي أنجبن إناثا كن أكثر اكتئابا مقارنة بمن أنجبن ذكورا. كما يختلف اكتئاب ما بعد الولادة باختلاف طريقة الولادة فالأمهات اللاتي أنجبن بالطريقة القيصرية كن أكثر اكتئابا من أنجبن بالطريقة الطبيعية، وتم تفسير النتائج في ضوء التراث النظري ونتائج الدراسات السابقة.

الكلمات المفتاحية: الهناء الروحي - الدعم الاجتماعي المدرك - اكتئاب ما بعد الولادة.

The relative contribution of spiritual well-being and perceived social support in predicting postpartum depression among new mothers

Bosy Esam Mohamed Gad

Abstract:

This study aimed to identify the contribution of spiritual well-being and perceived social support in predicting postpartum depression in new mothers, and to identify the differences in postpartum depression in new mothers according to the two variables: The study sample consisted of (127) newborn mothers aged between (19-35) years, with a mean of (25,98) years and a standard deviation of ($\pm 5,18$) years. They were administered the Spiritual Well-Being Scale by Paloutzian and Ellison (Paloutzian & Ellison, 1982) and translated by the researcher, and the Perceived Social Support Scale by: Zimet, G.D., et al, 1988 and translated by the researcher, and the Postpartum Depression Scale by: Cox, J. L., et al, 1987 and translated by the researcher. The statistical methods used were Stepwise multiple regression analysis, bivariate analysis of variance, t-value for differences between unrelated groups, Pearson correlation coefficient, and factor analysis using Hotelling's principal components method. The results of the study showed that: (1) The total score of spiritual well-being has the greatest contribution in predicting postpartum depression in new mothers, followed by the total score of perceived social support and the variable 'spousal support' (one of the dimensions of perceived social support), while the rest of the independent variables have no contribution in

predicting postpartum depression in new mothers. (٢) Postpartum depression in new mothers varies according to the sex of the baby (male or female), and that mothers who gave birth to females were more depressed than those who gave birth to males. Postpartum depression also varies according to the method of delivery; mothers who gave birth by caesarean section were more depressed than those who gave birth naturally, and the results were interpreted in light of the theoretical heritage and the results of previous studies.

Keywords: Spiritual well-being, perceived social support, postnatal depression.

مقدمة

بالرغم من أن ولادة طفل عادة ما تكون حدثًا سعيدًا، إلا أن العديد من النساء بعد الولادة يكنّ أكثر عرضة لتطور الاضطرابات النفسية، وخاصة الاكتئاب، في فترة ما بعد الولادة (Howard, et al, ٢٠٢٢) إن فترة الحمل وفترة ما بعد الولادة تُعتبران فترتين عاليتي الخطورة لظهور الاضطرابات النفسية.

إن فترة ما بعد الولادة مرهقة للغاية وقد تسبب اضطرابًا نفسيًا جديدًا، أو تكرارًا، أو تفاقمًا لاضطراب نفسي قديم (Yim, et al, ٢٠١٥). بشكل عام، تصنف الاضطرابات النفسية بعد الولادة إلى ثلاث مجموعات تشمل الحزن والاكتئاب والذهان (Jones & Venis, ٢٠٠١) وأكثر من ٨٥٪ من الأمهات يعانين من الاكتئاب والحزن بعد الولادة. ويصل الاكتئاب لأقصى مستوى له في الأسبوع الأول، خاصة في اليومين الثاني والثالث بعد الولادة، وعادة ما تختفي من تلقاء نفسها، ولكن إذا استمرت، تزداد شدتها ويتطور الاكتئاب بعد الولادة لدى الأم (Zhao؛ Navarro, et al, ٢٠٠٨؛ Romano, et al, ٢٠١٠). وخلال هذه الفترة أثناء التعافي من الولادة، تتأقلم المرأة مع التغيرات الهرمونية، وتتكيف مع التغيرات الجسدية والاجتماعية والنفسية المتعددة، (American college of Obstetrics and Gynaecology, ٢٠٢٤) ويمكن أن يكون للاكتئاب بعد الولادة عواقب تؤثر على الأم وطفلها وزوجها وعائلتها، فالأمهات اللاتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة قد يجدن صعوبة في تقديم الرعاية المطلوبة لأطفالهن بسبب مشاعر العجز وعدم القدرة على الوفاء بمسؤولياتهن، وبالتالي، يمكن

أن يؤدي ذلك إلى ظروف صحية، وتفقد الأمهات الحماس للرضاعة الطبيعية، مما قد يؤثر على نمو الطفل وتطوره (Prady & Kiernan, ٢٠١٣؛ Petzoldt et Brummelte & Galea, ٢٠١٦؛ al., ٢٠١٦؛ Garthus-Niegel, et al., ٢٠١٧).

وتشير نتائج الأبحاث إلى أن قدرة النساء على مواجهة التغيرات المرتبطة باكتئاب ما بعد الولادة ترتبط بالعديد من العوامل البيولوجية والاجتماعية والبيئية، والتي تختلف من ثقافة لأخرى (Asadi, et al, ٢٠٢٣؛ Low, et al, ٢٠٢٠؛ كما ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعوامل أخرى مثل جودة العلاقات الزوجية والأسرية، وتوافر الحصول على الدعم الاجتماعي، والتدين، والممارسات المجتمعية المحيطة بالولادة (Khalajinia, et al, ٢٠٢٠). كما أشارت نتائج الدراسات إلى أن هناك جوانب أخرى مثل التدين والهناء الروحي مرتبطة بتحسين الصحة الجسدية والنفسية بشكل عام وأعراض الاكتئاب بشكل خاص (Cheadle & Dunkel Schetter, ٢٠١٨؛ Smith et al., ٢٠٠٣) ويشير كل من (Speed & Fowler, ٢٠١٧؛ Weber, et al, ٢٠١٤) أن الهناء الروحي يمكن أن يُحسن أو يُضعف الصحة النفسية ويؤدي إلى نتائج متناقضة؛ لذلك قام الباحثون بإجراء دراسات مكثفة لفحص العلاقة بين الهناء الروحي ومختلف جوانب الحياة، وأسفرت نتائج دراسة أجراها كل من (Smith, et al, ٢٠٠٣؛ Moreira, et al, ٢٠٠٦؛ Limlomwongse & Liabsuetrakul, ٢٠٠٦؛ Dankner, et al, ٢٠٠٠) إلى وجود ارتباط عكسي بين الهناء الروحي وأعراض اكتئاب ما بعد الولادة. فالهناء الروحي له علاقة مباشرة بصحة الفرد العامة، وبدونه لا يمكن للعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية أن تعمل بشكل صحيح أو تصل إلى أقصى طاقتها، وبالتالي لا يمكن تحقيق مستوى أعلى من جودة الحياة (Jadidi, et al, ٢٠١١).

ونتيجة لتقلبات الحياة المعاصرة وأثارها السلبية على صحة الفرد النفسية أخذت مصطلحات الدعم الاجتماعي تحتل حيزاً هاماً في أداء وأفكار المهتمين بالأوضاع الإنسانية، ويعتبر الدعم الاجتماعي المدرك واحداً من الأساليب التي حظيت باهتمام واسع من قبل العلماء في ميدان العلوم الإنسانية والاجتماعية بعامة (جروان، ٢٠٠١). ويلاحظ الدارس للدعم الاجتماعي اهتماماً كبيراً بهذا المفهوم من قبل علماء النفس الإرشادي والعيادي والاجتماعي وغيرهم، لمساعدة الأمهات على التعامل مع ضغوط الأمومة وتعزيز هناءهن، ويمكن أن يكون الدعم الاجتماعي المدرك أداة مهمة في تسهيل الانتقال الناجح إلى الأمومة (McLeish, ٢٠٢٠؛ Gholizadeh Shamasbi, ٢٠٢٠) وتشير الأطر النظرية إلى أن الدعم الاجتماعي، الذي يشير إلى توفر الآخرين لتقديم المصادر العاطفية والنفسية والمادية، يمكن أن يعمل كأساليب مواجهة تؤثر على

الصحة (Buchwald, ٢٠١٧). لذلك يُعترف بالدعم الاجتماعي كعامل وقائي ضد الضغط والقلق والاكتئاب، والاضطرابات النفسية الأخرى التي يمكن أن تؤثر سلبًا على جودة الحياة (De Sousa, et al, ٢٠٢٠; Dadi, et al, ٢٠٢٠).

إن تسليط الضوء على النتائج الصحية السلبية بعد الولادة يبرز الحاجة الملحة لزيادة الدعم الاجتماعي (Williams, et al., ٢٠٠٤ ; Oakley, ١٩٩٢). ويرى كل من (Benoit, et al, ٢٠٢٣) أن مصطلح الدعم الاجتماعي قد استخدم لأول مرة عام ١٩٧٠ كمنهج وقائي وعلاجي لمواجهة الآثار النفسية الناجمة عن الضغوط الحياتية المتعددة والتفكك الاجتماعي وضعف الروابط والعلاقات الفردية، لا سيما أن مصادر الدعم الاجتماعي تعتبر خط الدفاع الأول الذي يلجأ إليه الفرد في حالة مواجهته لأزمات قد تفوق قدراته، وأظهرت نتائج الدراسات السابقة أن انخفاض الدعم الاجتماعي (المدرك أو المستلم) يلعب دورًا مهمًا في التنبؤ باكتئاب ما بعد الولادة (Nieto, et al, ٢٠١٧)؛ (O'Hara, ٢٠٠٩؛ Leung, et al, ٢٠٠٥). كما يلعب الدعم من الأسرة والآخرين أيضًا دورًا حيويًا في مساعدة الأمهات حديثي الولادة على التغلب على تحديات الأمومة، وأن انخفاض الدعم الأسري عامل منبئ باكتئاب ما بعد الولادة (Hymas & Girard, ٢٠١٩) وغالبًا ما تعتمد الأمهات حديثي الولادة على دعم أزواجهن وأمهاهن لرعاية أطفالهن بسبب نقص استعدادهن لرعاية الأطفال (Hymas & Girard, ٢٠١٩)؛ لذلك فإن الانطباعات العامة للأم حول ما إذا كانت الشبكة الاجتماعية داعمة بما فيه الكفاية أم لا هو أحد أهم العوامل التي لها تأثير إيجابي على الهناء النفسي للنساء خلال فترة الحمل والولادة وما بعد الولادة (Gulacto, ٢٠١٠). وقد أظهرت العديد من الدراسات أهمية الدور الوقائي للدعم الاجتماعي ضد اكتئاب ما بعد الولادة، فالدعم الاجتماعي والعلاقة الوثيقة مع الآخرين (مثل العائلة والأصدقاء والزوج) لهما تأثيرات إيجابية على هناء الأمهات خلال فترة ما بعد الولادة من خلال تقليل خطر الاكتئاب بعد الولادة (Terry, ١٩٩٦؛ Melender, ٢٠٠٢). فالدعم الاجتماعي هو أحد أهم أشكال العلاقات الاجتماعية، وامتلاكه أو عدم امتلاكه، وإدراكه، والحاجة إليه يمكن أن تختلف وفقًا للعمر، والجنس، والفردية، وحتى الثقافة (Abolqasemi, et al, ٢٠١٢)

وتركز الغالبية العظمى من الدراسات على النساء بعد الولادة بشكل أساسي على القضايا الجسدية مثل النزيف أو الألم بعد الولادة، بالإضافة إلى المشاكل النفسية مثل صعوبات الرضاعة الطبيعية واكتئاب ما بعد الولادة، وغالبًا ما تُهمَل الحالات النفسية الأخرى التي تنشأ بعد الولادة ولا تحظى بالاهتمام الكافي،

ولتحسين الهناء النفسي والروحي للنساء بعد الولادة، من الضروري الحصول على فهم شامل لهذه الحالات وتقييم العوامل التي تؤثر عليها (Asadi, et al, ٢٠٢٠). وفي الحقيقة لم يتم إجراء أبحاث تأخذ بعين الاعتبار العلاقة بين الهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك لدى الأمهات حديثي الولادة، وإجراء مثل هذا البحث له أهمية كبيرة بين النساء اللاتي يشكلن نسبة كبيرة في المجتمع وهو خطوة نحو تحديد العوامل المؤثرة على الصحة النفسية والانجابية التي تسعى الدولة المصرية لبحثها وتقديم كافة سبل الدعم وتقليل الاضطرابات النفسية.

مشكلة البحث:

الاضطرابات الانفعالية أكثر انتشارًا خلال فترة الحمل وبعد الولادة مقارنةً بأوقات أخرى في حياة النساء (Abrams & Curran, ٢٠٠٧; Beck, ٢٠٠٢; O'hara & McCabe, ٢٠١٣; Paul et al., ٢٠١٣; Field et al., ١٩٨٥; Murray & Cooper, ٢٠٠٩; Pearlstein, ٢٠١٥; Spoozak et al., ٢٠٠٩) ونظرًا للعواقب الوخيمة للاضطرابات الانفعالية قبل الولادة وبعدها، أصبح من الضروري تحديد جوانب حياة النساء التي يمكن أن تمنع أو تخفف أعراض الاكتئاب خلال فترة ما بعد الولادة. والاكتئاب أحد أكثر الأمراض انتشارًا في جميع أنحاء العالم فهو عامل رئيسي في مشاكل الصحة النفسية (Sarokhani, et al, ٢٠١٣) وتعد الصحة النفسية مشكلة عالمية في جميع المجتمعات المتقدمة وغير المتقدمة (Bayram & Bilgel, ٢٠٠٨). وقد وجدت العديد من الدراسات والعيادات أن اكتئاب ما بعد الولادة يبدأ خلال ١٢ شهرًا من الولادة (Yu et al., ٢٠٢١) وأن واحدة من كل (١٠) نساء يتأثرن بالاكتئاب خلال العام الأول من الولادة (Milgrom, ٢٠١٧) كما يؤثر على الصحة النفسية والهناء النفسي لأكثر من (١٠٪) من النساء الحوامل وعائلاتهن كل عام (Gavin, et al., ٢٠٠٥)

إن اكتئاب ما بعد الولادة هو أكثر المضاعفات شيوعًا لدى النساء في سن الإنجاب، وهو مشكلة صحية عامة كبيرة، تنطوي على العديد من التغيرات في الجوانب النفسية والاجتماعية والفسولوجية، وتزيد من قابلية الإصابة بالأمراض النفسية. إن حوالي ١٣٪ من النساء حول العالم يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة، وترتفع النسبة إلى ما يقرب من ٢٠٪ في الدول النامية، WHO, ٢٠٢٤a ; WHO, ٢٠١٤b) وقد أظهرت الدراسات الطولية والوبائية من ثقافات متنوعة أن معدل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة بلغ ١٧٪، حيث كانت أوروبا الأقل انتشارًا بنسبة ٨٪، وآسيا بمعدل انتشار قدره ١٦٪، في حين كان الشرق الأوسط الأعلى انتشارًا بنسبة ٢٦٪ (Shorey, et al, ٢٠١٨). وأن ٨٠٪ من الحالات فشلت في طلب الرعاية الطبية وظلت غير مشخصة من قبل المتخصصين في الرعاية الصحية - Manso

(Córdoba, et al, ٢٠٢٠) وتشير هذه الاحصائيات إلى خطورة حدوث اكتئاب ما بعد الولادة، وبمجرد أن تمر النساء بأول نوبة اكتئابية، فإنهن يكن أكثر عرضة بنسبة (٦٠-٨٠٪) لتكرار النوبات طوال حياتهن (Accortt, et al, ٢٠٠٨)، لذلك فإن ظهور أعراض الاكتئاب خلال الفترات الحرجة في الحياة، مثل الانتقال إلى الأمومة، قد يؤدي إلى عواقب وخيمة ودائمة لكل من الأم وطفلها، ويؤدي إلى تدهور الصحة الجسمية للأم، وتراجع التطور الحركي لدى الرضع، National Academies of Sciences, (Slomian, et al, ٢٠١٩؛ ٢٠١٩)

كما تتراوح نسبة انتشار اكتئاب ما بعد الولادة من (٥,٨-٢٤٪) اعتماداً على أدوات القياس المستخدمة في الدراسات، والمعايير التشخيصية، والأسبوع الذي يتم فيه القياس بعد الولادة (Mollard, ٢٠١٤). ومن الدراسات التي أجريت في تركيا، والتي استخدمت مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة، بعضها أجري على النساء الحوامل، وبعضها أجري على النساء اللواتي أنجبن في أسابيع مختلفة بعد الولادة (Ocaktan, et al, ٢٠٠٦; Bingöl & Tel, ٢٠٠٧) أظهرت النتائج أن معدلات الاكتئاب تراوحت بين ١٢,٥٪ و ٤٠,٩٪ (Ayvaz, et al, ٢٠٠٦; Arslantaş, et al, ٢٠٠٩; Özdemiir, et al, ٢٠٠٨) ومن خلال المراجعة المنهجية التي أجراها (Huang, et al, ٢٠٢١) توصل إلى أن الانتشار العالمي لاكتئاب ما بعد الولادة هو ١٧,٢٢٪، وتتراوح نسبة انتشاره في آسيا ٦٠,٩٣٪ وفي أفغانستان وكوريا ٩,٢٩٪ (Wang, et al, ٢٠٢١) وتمتد آثاره السلبية إلى ما هو أبعد من هناء الأم لتؤثر سلباً على أطفالها وعائلتها إذا تُركت دون علاج (Wylie, O'Hara & Swain, ١٩٩٦) et al, ٢٠١١، فقد يتطور اكتئاب ما بعد الولادة إلى اكتئاب مزمن، وضعف التواصل بين الأم والطفل، وإساءة معاملة الأطفال (Zittel-Palamara, ٢٠٠٩) وتشير نتائج الدراسات (Keefe, et al, ٢٠٠٨؛ ٢٠١٦) (Amankwaa, ٢٠٠٣; Crockett, et al, ٢٠٠٨) إلى أن النساء بعد الولادة يستخدمن المصادر الدينية والروحية في مواجهة أعراض اكتئاب ما بعد الولادة. وتُظهر بعض الأدبيات أن المشاركة الدينية والممارسات الروحية مرتبطة بانخفاض اكتئاب ما بعد الولادة، فقد وجدت دراسة (Mann, et al, ٢٠٠٧) أن مستويات المشاركة الدينية المنظمة قبل الولادة تنبأت بأعراض اكتئاب أقل بعد الأسبوع السادس من الولادة، كما أشارت نتائج دراسة (Cheadle, et al., ٢٠١٥) أن كل من التدين والهناء الروحي يتنبأان بشكل مستقل بمسارات إيجابية لأعراض الاكتئاب، بحيث لم تحدث أعراض الاكتئاب لدى النساء اللاتي يتمتعن بتدين وهناء روحي أعلى، بينما النساء اللاتي كن منخفضات في أي منهما قبل الولادة شهدن زيادة في أعراض الاكتئاب خلال الأشهر الستة التي تلت ولادة أطفالهن.

كما أوضحت نتائج دراسة أجراها (Clements, et al, ٢٠١٦) أن الالتزام الديني والدعم الاجتماعي المدرك تنبأ بانخفاض أعراض الاكتئاب بعد ٦ أشهر من الولادة، وأن التددين عامل وقائي ضد أعراض اكتئاب ما بعد الولادة، كما أظهرت دراسات كل من (Baetz, et al؛ Smith, et al, ٢٠٠٣)، (Sterthal, et al, ٢٠١٠؛ Mofidi, et al, ٢٠٠٦؛ Jacobs, et al, ٢٠١٢؛ al, ٢٠٠٦) أن التددين والهناء الروحي يرتبطان بانخفاض أعراض الاكتئاب في جميع العينات. وأشارت (Cheadle & Schetter, ٢٠١٨) في دراستهما إلى أن النساء اللاتي يتمتعن بمستويات أعلى من التددين والهناء الروحي يتمتعن بمستويات أعلى من التفاؤل وتقدير الذات. وهذا ما أكدته نتائج العديد من الدراسات من وجود ارتباط قوي بين الهناء الروحي ومتغيرات مثل الاكتئاب، تقدير الذات والتوجه الديني الداخلي (Genia, ٢٠٠١) الهناء الانفعالي والرضا عن الحياة (Kim, ٢٠٠٠) عدم الاستقرار الانفعالي، واضطرابات المزاج (Leach & Lark, ٢٠٠٤) والضغط (Woodbury, ١٩٩٢).

كما يلعب الدعم الاجتماعي دوراً مهماً في الحفاظ على صحة الأفراد ويساهم في تقليل الآثار السلبية لمعدل الضغوط المكتسبة من البيئة والمجتمع. لما له من تأثير مباشر على جودة الحياة، ويقلل من تعرض الفرد للضغط والاكتئاب والأمراض النفسية والجسدية المختلفة (Russell & Taylor, ٢٠٠٩). فالدعم يشمل جميع أنواع الدعم المادي والمعنوي الذي تقدمه الدائرة الاجتماعية للفرد، وخاصة في فترة ما بعد الولادة ويتمثل في رعاية الطفل وتحمل المسؤولية، ودعم الشؤون المنزلية، والدعم العاطفي للأم من دائرتها، خاصة زوجها وعائلتها وأصدقائها (Fisher, et al, ٢٠١٢). وبمراجعة نتائج الدراسات السابقة اتضح وجود ارتباط دال بين الدعم الاجتماعي المدرك والهناء النفسي والاجتماعي، مما يعني أن الدعم الاجتماعي المدرك له تأثير إيجابي على الصحة النفسية والجسدية والاجتماعية (Rini & Harooni, et al, ٢٠١٣)، (Malkoc & Yalcin, ٢٠١٥؛ Dunkel Schetter, ٢٠١٠) كما لوحظ أن الدعم الاجتماعي يقلل من حدوث اكتئاب ما بعد الولادة من خلال زيادة ثقة الأم بنفسها (Hergüner, ٢٠١٤)، (Xie, et al, ٢٠٠٩) وتؤكد العديد من الدراسات (Ulukoca, ٢٠١٠؛ Yagmur & Jones, et al, ٢٠١٠؛ Al Dallah & Grant, ٢٠١٢؛ Yagmur & Ulukoca, ٢٠١٠؛ et al, ٢٠١٠؛ Demiroz & Tastan, ٢٠١٨؛ Kamalifard, et al, ٢٠١٤؛ & Coast, ٢٠١٣) أن الدعم الاجتماعي يقلل من خطر الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، وأن هناك ارتباط سلبي بين اكتئاب ما بعد الولادة والدعم الاجتماعي المدرك. ومع ذلك، كانت هناك بعض الاختلافات في بعض الدراسات (Chen, et al,

٢٠١٢؛ ٢٠٢٠؛ Yörük, et al, ٢٠٢١؛ Huang, et al) التي أكدت على أنه لا يوجد ارتباط بين اكتئاب ما بعد الولادة والدعم الاجتماعي المدرك. كما أشارت نتائج دراسة Cutrona & Troutman, (١٩٨٧) أن نقص الدعم الاجتماعي يؤدي إلى احتمال الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، حتى في النساء اللاتي لم يكننّ معرضات لخطر الإصابة به. كما توصل (Beck, ٢٠٠١) إلى أن نقص دعم الشريك هو العامل الأكثر شيوعًا وأحد أهم عوامل الخطر لتطور الاكتئاب بعد الولادة.

من المهم اعتبار العامل النفسي أحد العوامل الرئيسية لحدوث اكتئاب ما بعد الولادة، فضلاً عن تباين عوامل الاكتئاب بعد الولادة ومتغيرات الهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك، لذلك، نظرًا لعدم وجود دراسات ذات صلة في هذا المجال وأهمية الاكتئاب بعد الولادة، ومن خلال العرض السابق نجد أنّ هناك ندرة في الدراسات المصرية - في حدود ما اطلعت عليه الباحثة - التي تناولت الإسهام النسبي للهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك في التنبؤ باكتئاب ما بعد الولادة لدى عينة من الأمهات حديثي الولادة، إضافة إلى ندرة الدراسات التي تناولت متغيرات البحث الحالي في ضوء عدد من المتغيرات الديموغرافية السن (الأصغر / الأكبر سنًا)، نوع المولود (ذكر/ أنثى)، طريقة الولادة (قيصرية/ طبيعية)، مما يعد دافعًا قويًا للقيام بهذه الدراسة.

وبذلك تتلخص مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- ١- ما حجم واتجاه الاختلاف في اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة، تبعًا لنوع المولود (ذكر/ أنثى) وطريقة الولادة (قيصرية/ طبيعية) وعمر الأم (الأصغر سنًا/ الأكبر سنًا)؟
- ٢- ما الإسهام النسبي للهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك في التنبؤ بانخفاض أعراض اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة؟.

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى تعرف إسهام كل من الهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك في خفض اكتئاب ما بعد الولادة لدى عينة من الأمهات حديثي الولادة، وتعرف الفروق في اكتئاب ما بعد الولادة، بناء على اختلاف متغيرات: نوع المولود، وطريقة الولادة، عمر الأم، والتفاعل بينهما.

أهمية البحث:

على الرغم من وجود أبحاث متنوعة حول أسباب الاكتئاب بعد الولادة، والفحص، والعلاج، إلا أن هناك فجوة فيما يتعلق بدور العوامل النفسية والاجتماعية بما في ذلك الدعم الاجتماعي المدرك والهناء الروحي لاكتئاب ما بعد الولادة. بعبارة أخرى، من المهم فحص إدراك النساء للدعم الاجتماعي وهنأهن النفسي

كعوامل نفسية اجتماعية تلعب دوراً مهماً في التنبؤ بمسار اكتئاب ما بعد الولادة، لذلك، كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم العلاقة بين الهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك مع اكتئاب ما بعد الولادة. ويُعتقد أن هذه الدراسة ستكون دليلاً مفيداً في التعرف على العوامل الوقائية للاكتئاب ما بعد الولادة والسيطرة عليه، وتتلخص أهمية البحث في النقاط التالية:

١. تنبع أهمية البحث من أهمية العينة التي يتناولها بالدراسة وهي الأمهات حديثي الولادة وما تتعرض له من اضطرابات نفسية وجسدية في هذه الفترة .
٢. الاكتئاب بعد الولادة هو مشكلة صحية شائعة ومهمة حظيت باهتمام عالمي له تأثيرات سلبية على الصحة النفسية والجسدية للأمهات وأطفالهن، ولم يتلقى الاهتمام الكافي في البيئة المحلية.
٣. تنبع أهمية البحث من اهتمام علم النفس الإيجابي مؤخرًا بالمشاعر الإيجابية، تعد زيادة هناء الفرد الطبيعي حالياً إحدى المهام في علم النفس.
٤. الهناء الروحي لم يلق الاهتمام الكافي في البحث العلمي في البيئة المحلية على الرغم من كونه من أكثر الممارسات والخبرات انتشاراً في العالم وتأثيراً في سلوك الأفراد وينظر إليه بأنه بعداً جديداً مكماً للصحة النفسية (Paluotzian, ٢٠١٦).
٥. ترجمة وتقنين مقاييس الهناء الروحي، والدعم الاجتماعي المدرك متعدد الأبعاد، ومقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة للغة العربية والاستفادة منهم في بحوث مستقبلية.
٦. الاستفادة من نتائج البحث في التوعية ولفت أنظار المحيطين بالألم بخطورة اكتئاب ما بعد الولادة وتأثيره عليها من أجل مساندة وتقديم الدعم الاجتماعي والتكفل بمساعدتها ورعاية الطفل معها خاصة من الزوج.
٧. الاستفادة من نتائج البحث وتوصياته في إرشاد ومساعدة المهنيين القائمين بالرعاية بأهمية فترة ما بعد الولادة حيث يلعب موظفوا الرعاية الصحية دوراً مهماً في تشخيص اكتئاب ما بعد الولادة ومن ثم عرضهم على الأخصائيين النفسيين إذا لزم الأمر.

مفاهيم البحث، والأطر النظرية المفسرة لها:

يتناول هذا البحث ثلاثة مفاهيم رئيسة، هي: مفهوم الهناء الروحي، ومفهوم الدعم الاجتماعي المدرك، ومفهوم اكتئاب ما بعد الولادة، ويمكن فيما يلي عرض الإطار النظري لكل مفهوم منها.

١- الهناء الروحي Spiritual Well-Being

منذ ما يقرب من ٢٠ عامًا، وبعد بدء حركة علم النفس الإيجابي، بدأت حركة البحث في مجالات علم النفس، وخاصة تلك المتعلقة بالصحة النفسية في التغيير مع التركيز على الاهتمام بالهناء أكثر بكثير من مجرد الأمراض أو الاضطرابات ((Bhullar et al., ٢٠١٤)). وقد برز اتجاهان رئيسيان في أبحاث الهناء: أحدهما يستند إلى نهج المتعة والآخر إلى نظرية الإيوديمونيا. وفقًا لنهج المتعة الذاتية، تهتم الهناء بالمتعة العاطفية في حياة الفرد (Watson et al., ١٩٨٨). يُستخدم مصطلح الهناء الفردي في علم النفس الإيجابي بمعنى ارتفاع مستوى التأثير الإيجابي، وانخفاض مستوى التأثير السلبي، ودرجة عالية من الرضا عن حياة الفرد (Deci and Ryan, ٢٠٠٨) على النقيض من ذلك، في المقاربة الأودامونية، يُنظر إلى الهناء على أنه الدرجة التي يعمل بها الناس بحيث يمكنهم تحقيق كامل إمكاناتهم (Waterman, ١٩٩٣) في المنشورات المتعلقة بعلم النفس الإيجابي، غالبًا ما تكون الأودايمونية مرادفًا للهناء النفسي (Ryan and Deci, ٢٠٠١).

لقد اتسع مفهوم الهناء في المناقشات المعاصرة ليشمل ليس فقط الصحة الجسدية والنفسية بل أيضًا الأبعاد الروحية، مع الاعتراف بالطبيعة المتعددة الأوجه للهناء النفسي. ويشمل ذلك ممارسات مثل التأمل الذاتي والتأمل الذهني والصلاة، ويمتد ليشمل إيجاد المعنى والتواصل مع ما وراء الطبيعة، وهو أمر بالغ الأهمية بالنسبة للعديد من الأفراد المتدينين الذين يسعون إلى تحقيق الهناء (Noronha & Mudge, ٢٠٢١؛ Corwin, ٢٠١٤؛ Barganza, ٢٠٢١). وتتضمن الروحانية الجوهر غير المادي للوجود، معتقدات حول جوانب الحياة الناقدة وقوة أعلى، مما يوفر هدفًا ومعنى وقيمة تعزز السلام الداخلي والانسجام مع البيئة (Peter, ٢٠١٦؛ Cemile, ٢٠٢٠) فالهناء الروحي هو عنصر أساسي للوجود الإنساني الذي يمنح الأفراد الاستقرار والرضا عن الحياة، بالإضافة إلى الإيمان بأنفسهم (Rovers & Kocum, ٢٠١٠). كما أنه يستلزم وجود هدف ومعنى في الحياة والشعور بالانسجام الداخلي (Hawks, et al, ١٩٩٥) ويشكل البعد الوجودي إحساسًا بالرضا والإنجاز إلى جانب هدف محدد جيدًا في الحياة. وينطوي البعد الديني على الهناء الشامل التي يشعر به الفرد عندما يكون على اتصال مع قوة أسمى (Moberg, ٢٠٠٢) والروحانية هي السعي وراء الحقيقة الأبدية التي تسهل على الأفراد البحث عن الهدف والأهمية والمعنى في الحياة (Woods & Ironson, ١٩٩٩) كما تنطوي أيضًا على اكتشاف ومحاولة تحديد الحدود النهائية لوجود الفرد وكيانه سعيًا وراء معنى أوسع للحياة. إنها عملية تسمح للأفراد بالتحلي بالإيمان في ظروف الحياة غير المستقرة (Hart, ٢٠٠٢).

ويختلف الهناء الروحي عن الدين حيث إن الدين مرتبط بطقوس محددة وتبعيات مؤسسية وعلاقات اجتماعية، في حين أن الهناء الروحي يتعلق أكثر بالتجربة الفردية لما هو غير مرئي ومعترف به على أنه أعظم من أنفسنا (Tovar-Murray, ٢٠١١) ويشير (Thoresen, ١٩٩٨) إلى أن الدين يُنظر إليه بشكل أساسي كظاهرة اجتماعية، في حين أن الروحانية عادة ما يُنظر إليها على المستوى الفردي وضمن سياق محدد. وبالرغم من جذورهما المشتركة، لا يجوز التعامل مع الروحانية والتدين بالتبادل، فإنهما مجالان مختلفان ومتداخلان في معناهما (Krok, ٢٠٠٩a). وعليه فقد ظهر إجماع في الأدبيات على أن الهناء الروحي والتدين مفهومان مختلفان، ولكنهما مرتبطان (Joshanloo, ٢٠١٢؛ Sessanna, et al, ٢٠١١) وبالتالي يشكل الهناء الروحي بناءً نظريًا متعدد الأبعاد، وهو في جوهره يشكل التسامي الذي يُفهم على أنه تجاوز أو فوق "الأنا الحقيقي". وفي هذا السياق، يتم تعريف الهناء على أنه تجربة التسامي من خلال السلام الداخلي أو الانسجام أو التواصل مع الآخرين (Boswell, et al, ٢٠٠٦). ويمكن أن يحدث التجاوز داخل الفرد (تحقيق الذات، وتحسين الذات، والتنمية الفردية) وخارج الفرد قد يكون التسامي "الخارجي" موجّهًا إلى كيان أو طاقة أعلى، أو إلى شخص آخر، يُرغم أنه ذو قيمة خاصة (Heszen-Niejodek and Gruszyńska, ٢٠٠٤).

أ- مفهوم الهناء الروحي

تم وضع تعريفات مختلفة في الأدبيات المتعلقة بالهناء الروحي، ويبدو أن بعض التعريفات للهناء الروحي هي الكشف عن معنى الحياة والغرض منها والوصول إلى جوهر المرء (Coma, ٢٠٠٧) والسعي لإيجاد معنى الحياة، وقبول الذات، وقبول العلاقات بين المرء والآخرين، وبينه وبين الكون (Koenig, ٢٠٠٩)، وسعي المرء لأن يكون أفضل ما يمكن أن يفعله (Helminiak, ٢٠٠١). على الرغم من عدم وجود تعريف مشترك للهناء الروحي، إلا أننا عندما ننظر إلى دراسات الباحثين الذين يشرحون الهناء الروحي، نرى أن مفاهيم مثل المعنى والهدف، والمقدس، والإيمان بقوة أكبر من الذات (الله جل جلاله)، والتسامي هي مفاهيم مشتركة في تعريف الهناء الروحي (Kasapoğlu, ٢٠١٧).

ويعرّف (Hart, ١٩٩٤, ٢٣) الهناء الروحي على أنه الطريقة التي يختبر بها الفرد إيمانه في الحياة اليومية والأسلوب "الذي يشير فيه الفرد إلى الشروط النهائية للوجود الفردي". ويعرفه (Hawks, et al, ١٩٩٥) بأنه شعور بالتواصل مع الآخرين، ووجود معنى وهدف في الحياة، والإيمان والاتصال مع قوة سامية. ويعرفه (Woods and Ironson, ١٩٩٩) بأنه عنصر نفسي اجتماعي يشير إلى شعور الفرد بمن هو، وماذا يفعل، ولماذا، وأين ينتمي. ويُنظر أيضًا إلى الهناء الروحي على أنه حقيقة ديناميكية تستكشف شيئًا

جديدًا باستمرار، وقد تنطوي أيضًا على تعلم الحدود النهائية للوجود والبحث عن معنى أوسع للحياة. ويعرفه (Kamya, ٢٠٠٠) بأنه مؤشر قوي على تقدير الذات والقدرة على التعامل بفعالية مع التحديات والضغوط، ويُفحص الهناء الروحي في بُعدين، مُظهرًا علاقة إيجابية بين الإيمان بوجود إله أعلى ومشاعر المعنى والهدف في الحياة، وتعرفه (Jafari, et al, ٢٠١٠) بأنه يوفر إحساسًا بالمعنى والهدف والإيمان وله دور في تعزيز الصحة النفسية والهناء للفرد. ويعرفه (Rovers & Kocum, ٢٠١٠, ١٧) بأنه "القوة الدافعة التي تعطي المعنى والاستقرار والهدف للحياة من خلال الارتباط بالأبعاد التي تتجاوز الذات. ويعرفه (Joseph, et al, ٢٠١٧, ٥٠٦) بأنه "ظاهرة عامة وغير منظمة وشخصية وطبيعية يسعى الفرد فيها إلى التقارب/أو الترابط بينه وبين قوة أو هدف أسمي". ويُعرّف هذا البناء الجديد على أنه الإحساس بالتواصل مع الآخرين، والإحساس بالحياة، والعلاقة مع قوة ذات عليا، وله مكونات نفسية واجتماعية ودينية، ويُعتقد أنه يعزز الصحة الروحية (Alborzi, et al, ٢٠١٩; Ghaderi, et al, ٢٠١٨).

الهناء الروحي يشمل الاتصال الفردي مع شيء أسمي، والذي عندما يتكامل مع أبعاد الحياة الأخرى، يؤدي إلى تعزيز وتحسين جودة الحياة (Pilger, et al, ٢٠١٧). ويعرفه (Ekşi & Kardaş, ٢٠١٧) بأنه يعزز النمو في الحب والمرح والسلام من خلال السعي نحو حياة مُرضية والمساهمة في مساعدة الآخرين على تحسين صحتهم الروحية. فالهناء الروحي يظهر على شكل تفكير إيجابي وواقعي يساعد على تحقيق أفضل النتائج في أسوأ المواقف، فهو يساعد على تحسين الصحة النفسية، والمشاعر الطيبة، وحل المشكلات ويعزز مناعة الجسم (Puchalska-Wasyl & Zarzycka, ٢٠٢٠). كما يأخذ الهناء الروحي بعين الاعتبار الإدراك الذاتي للفرد لطريقة رؤيته وفهمه للحياة والعالم. وهي تترجم الانفتاح الفردي على تكامل الروحانية مع الأبعاد الأخرى للحياة، مما يعزز من دعم وتقوية أكبر، ويولد تحسنًا في أساليب المواجهة (Lee, ٢٠٢١). وعليه يعرف الهناء الروحي بأنه الشعور بالتواصل مع الآخرين، والحصول على حياة هادفة وذات مغزى، والاتصال بقوة أعلى، وتشمل الهناء الديني والهناء الوجودي (Parviniannasab, et al, ٢٠٢٣) وهذا المفهوم يتبناه البحث الحالي

ب- الهناء الروحي والصحة النفسية

يرتبط الهناء الروحي ارتباطًا وثيقًا بالصحة، حيث يكشف تعريف (WHO, ٢٠٢١) للصحة عن أهمية الهناء الروحي في علم النفس. وتُعرّف المنظمة الفرد الذي يتمتع بصحة جيدة على أنه "يتمتع بصحة جيدة جسديًا وعقليًا واجتماعيًا وروحيًا بشكل كامل". ووفقًا لهذا التعريف، من الضروري أن يكون الفرد

سليماً من الناحية الروحية ليكون بصحة جيدة. كما يساهم بشكل إيجابي في الصحة الجسمية والنفسية للفرد بطريقتين. أولاً، نتيجة للحياة الروحانية، يحمي الفرد من أن يكون أسير للمشاعر السلبية من خلال اختبار العديد من المشاعر الإيجابية. والثاني هو أن الروحانية القوية تساهم بشكل إيجابي في الصحة الفسيولوجية والنفسية من خلال الحد من استخدام المواد الضارة والمشاعر السلبية التي تضر بالفرد (Karšli, ٢٠١٩). إن الهناء الروحي مهم لصحة الفرد النفسية والأبعاد الإيجابية للحياة (Berghuijs, et al, ٢٠١٣) وعليه فالهناء الروحي سمة يجب أن يتمتع بها الفرد السليم، ويعتقد أن روحانية الفرد القوية تزيد من التعاطف والرضا عن الحياة بنفس الطريقة، وهذا الوضع سيؤثر إيجاباً على الهناء النفسي للفرد. فالهناء الروحي لا يعزز فقط الوظيفة النفسية وإدارة الضغط، بل يؤثر أيضاً بشكل إيجابي على الرضا عن الحياة، مما يكون مفيداً بشكل خاص لأولئك الذين يعانون من الأمراض (Moons, ٢٠١٩; Zarrin, ٢٠١٦; Roger, ٢٠١٨)

ويهدف الإرشاد الروحي إلى القضاء على المشاكل المتعلقة بالجانب الروحي للأشخاص، وتوفير الروح المعنوية والدافع للفرد، وزيادة رفاهيته، ودعم أساليب المواجهة (Ayten, ٢٠٢٠) ويذكر (Thoresen, ٢٠٠٧) أن الأشخاص ذوي التوجهات الروحانية لا ينخرطون عموماً في سلوكيات مدمرة للذات ولديهم وظائف صحية نفسية أفضل، بالإضافة إلى ذلك، يعطي الهناء الروحي عموماً نتائج إيجابية لصحة الأفراد النفسية ورفاهيتهم (Plante, ٢٠٠٩) وبعبارة أخرى، يمكن القول أن الهناء الروحي يساهم في صحة الفرد وإمكاناته، وهذا ما يؤكد العلاقة الوثيقة بين الهناء الروحي والهناء النفسي (Arıcı, ٢٠١١)، والتي تركز على قدرة الأفراد على الكشف عن قدراتهم الوظيفية من خلال زيادة إمكاناتهم الصحية والإيجابية. عندما ننظر إلى المقاربات النظرية التي تتناول مفهوم الهناء النفسي، يتبين لنا أنها تهتم بتطور الفرد وتؤكد على أهمية الهناء في الصحة النفسية (Yıldırım & Çelik-Tanrıverdi, ٢٠٢٠, Çeri & Çiçek, ٢٠٢١) (Ryff & Singer, ٢٠٠٨؛ ٢٠٢١)

وتؤكد نتائج الأبحاث على العلاقة بين الهناء الروحي وإدراك الفرد لصحته الجسمية والنفسية والهناء بشكل عام (Ghaderi, et al, ٢٠١٨). حيث تشير الدراسات إلى أن ممارسة الهناء الروحي يؤدي إلى نتائج صحية إيجابية وتحسين التكيف، وجودة الحياة المرتبطة بالصحة، وأساليب المواجهة، والتعافي من الأمراض النفسية، أو السلوكيات الأقل إدماناً أو الانتحار (Mueller, et al., ٢٠٠١; Puchalski, ٢٠٠١; Miller and Thoresen, ٢٠٠٣; Kharitonov, ٢٠١٢; Unterrainer et al., ٢٠١٤) ومن الجوانب النفسية العامة التي لها أهمية فيما يتعلق بالهناء الروحي والصحة النفسية هو المواجهة. حيث تعتبر المواجهة الروحية محاولة من الفرد للحفاظ على الهدف والتوجيه ومواصلة العيش في ظل المواقف

الصعبة باستخدام الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية (Clark & Hunter, ٢٠١٩) ويوفر الهناء الروحي مصدرًا للمرونة من خلال الحفاظ على إيمان الفرد في المواقف الصعبة (Levin, ٢٠٢٠) كما يوصف بأنه حالة تربط بين العقل والجسد لدى الفرد، وتدعم المواقف وأهداف الحياة (Saiz, et al, ٢٠٢٠) وغالبًا ما يعاني الأشخاص الذين يتمتعون بروحانية عالية من مستوى مرتفع من المشاعر الإيجابية، وإحساس أكبر بقيمة الذات، وأقل عرضة لمشاعر الاكتئاب (Vaillant, ٢٠٠٨ ; Lun and Bond, ٢٠١٣).

ج- نماذج الهناء الروحي

نموذج إليسون: يوصف الهناء الروحي عادة من حيث البعد الديني (العمودي) الذي يشير إلى شعور الفرد بالهناء فيما يتعلق بالله، والبعد الوجودي (الأفقي) الذي يشير إلى إحساس الفرد بالهدف والمعنى والرضا في الحياة واتجاهها. (Ellison, ١٩٨٣) وتم الاعتماد على هذا النموذج في البحث الحالي لما يتمتع به كفاءة سيكومترية عالية.

نموذج فيشر: يفترض أن الهناء الروحي هو حالة ديناميكية تنعكس من خلال علاقات الفرد عبر أربعة مجالات: المجال الفردي، والمجتمعي، والبيئي، والتسامي. يساهم كل مجال في الصحة الروحية للفرد، وهذه المجالات مترابطة وليست منفصلة، مما يشير إلى أن تعزيز العلاقات داخل هذه المجالات يمكن أن يعزز الهناء الروحي بشكل جماعي. وقد أثر هذا النموذج بشكل كبير في تطوير أدوات تقييم الهناء الروحي وحظي بدعم تجريبي كبير، مما جعله أحد أكثر الأطر شمولية في هذا المجال (Gomez & Fisher, ٢٠٠٣). بينما يركز المجال الفردي على العلاقة مع الذات، حيث يسלט الضوء على أن الأفراد الذين يعيشون في سلام مع أنفسهم عادةً ما يتمتعون بصحة روحية قوية، ويؤكد هذا المجال على الوعي الذاتي والسعي نحو تحسين الذات، وهو أمر بالغ الأهمية لتحقيق السلام الداخلي وإحساس أعمق بالهوية والقيمة الفردية (Torgeson, ٢٠٢١). يتضمن المجال المجتمعي تفاعلات الفرد مع الآخرين، ووفقًا (Pate, ٢٠٢٢)، فإن العلاقات الفردية القوية ضرورية للهناء الانفعالي والروحي هذه العلاقات هي التي تتميز بالحب والثقة والاحترام المتبادل، وتثري الوعي الذاتي للفرد وتعزز الدعم الاجتماعي الكبير. وفي المجال البيئي يشير (Sooy, ٢٠٢١) إلى أهمية أنظمة الدعم الاجتماعي بما في ذلك الأسرة والأصدقاء والمجتمع، والتي توفر المساعدة العاطفية والمادية والروحية، وهي ضرورية لرعاية إيمان المرء وحياته الروحية، ويناقش (Nichols, ٢٠٢٢) كيف يمكن للنفاعات مع العالم الطبيعي أن تعزز الهناء الروحي، وتعزز مشاعر الوحدة والانسجام. هذا ولا يقتصر الارتباط بالطبيعة على تقدير البيئة فحسب، بل يتعلق أيضًا بفهم كيفية مساهمة هذه التفاعلات في النمو الروحي الفردي والمجتمعي. وأخيرًا، يتعامل المجال المتعالي (التسامي) مع علاقة الفرد مع قوة أعلى أو (الله ﷻ).

ويحدد (Kyle, ٢٠٢٠) شروطاً محددة لإشباع العلاقة الروحية، مثل النظر إلى الله كمصدر للطمأنينة وقاعدة ثابتة أثناء التحديات ومواقف الحياة الضاغطة. يؤكد هذا المجال على أهمية الشعور العميق بالانتماء والاتصال بذات عليا، مما يعزز الهناء الروحي من خلال توفير ملجأ روحي وأساس للتغلب على عقبات الحياة. ويوضح نموذج فيشر بشكل كامل أن الهناء الروحي متعدد الأوجه، ويشمل جوانب مختلفة من العلاقات والتفاعلات الإنسانية. ويؤكد على أهمية رعاية هذه العلاقات لتعزيز الصحة الروحية للفرد، وبالتالي المساهمة في الهناء الشامل.

٢- الدعم الاجتماعي المدرك

شهدت العقود الأخيرة اهتماماً متزايداً بدراسة الدعم الاجتماعي وبدور العلاقات الاجتماعية في تحسين الصحة النفسية والتكيف الاجتماعي لدى الأفراد، وكل منا يحتاج إلى الدعم الاجتماعي للتخفيف من الضغوط النفسية وزيادة الشعور بالسعادة، وهذا الدعم يوفر تقديراً للذات والثقة بها، ويولد المشاعر الإيجابية ويقلل من التأثير السلبي للأحداث الخارجية (حداد، ١٩٩٨). ويمكن للدعم الاجتماعي، كوسيلة للتكيف الانفعالي، أن يحمي الناس من خلال الوقاية من المواقف العصيبة مثل الأمراض المزمنة، ويساعدهم على تقييم الأحداث المجهدة بطريقة تجعلها أقل تهديداً (Lane, ١٩٨٧). وقد حاول الباحثون فهم العلاقة بين الدعم الاجتماعي والصحة باستخدام فرضية دوركهايم. وحيثهم في ذلك أن ضعف الوحدة الاجتماعية يحرم الأفراد من الدعم الاجتماعي ويعرض صحتهم للخطر، وعلى العكس من ذلك، فإن المستويات العالية من الدعم الاجتماعي تحمي الناس من الأمراض (Armstrong, ١٩٩٣).

إن وجود نظام دعم يمكن الوصول إليه أمر ضروري وقد يشمل العلاقة الزوجية والعلاقات مع الأصدقاء والعائلة والزملاء والمهنيين. ومن المسائل المهمة المتعلقة بالدعم الاجتماعي هو الإدراك تجاه كفايته وإمكانية الوصول إليه، والرضا عن تلقيه (Taylor Shelley, ٢٠١١). ويعتبر تصور المريض وموقفه تجاه الدعم الذي يتلقاه أكثر أهمية من مقدار الدعم الذي يتلقاه، وتعتقد مصادر مختلفة أن إدراك تلقي الدعم الاجتماعي يمكن أن يلعب دوراً مهماً في المراحل المتقدمة من المرض المزمن ويحمي الفرد من الضغوطات الناجمة عن المرض ويقلل من النتائج النفسية السلبية الناجمة عن العيوب الجسدية (Decker, ٢٠٠٧).

وقد قدم الباحثون نظريتان حول كيفية تأثير الدعم الاجتماعي المدرك على الصحة؛ فرضية الإجهاد العازل وفرضية التأثيرات المباشرة. استناداً إلى فرضية الإجهاد العازل، حيث يؤثر الدعم الاجتماعي المدرك على صحة الأفراد من خلال حمايتهم من الآثار السلبية للضغط النفسي الشديد. وتنص فرضية التأثيرات

المباشرة على أنه بغض النظر عن مقدار الضغط، فإن الدعم الاجتماعي المدرك مفيد للصحة، وأن الأفراد الذين يتمتعون بقدر عالٍ من الدعم الاجتماعي لديهم شعور أعلى بالانتماء وتقدير الذات، قد يكون الموقف الإيجابي الذي ينشأ عن مثل هذا الموقف، بغض النظر عن مستوى الضغط، مفيداً للفرد، وتشير بعض الأدلة أيضاً إلى أن الدعم الاجتماعي الكبير يشجع الأشخاص على اختيار نمط حياة أكثر صحة (Seyfzadeh, ٢٠١٦). إن وجود الدعم الاجتماعي لدى الأفراد، بالإضافة إلى انخفاض ضغط الدم والصداع العصبي واضطرابات الجهاز الهضمي وغيرها، يعزز أيضاً من تقدير الذات لدى الأفراد (Tol, et al, ٢٠١٢). ويشمل الدعم الاجتماعي الاستفادة من الروابط الفردية، والمصادر المجتمعية، والدعم العاطفي لتوفير مصادر إضافية من الراحة، والفهم، والمساعدة العملية، مما يعزز الهناء العام للأهميات ونتائج العلاج.

أ- مفهوم الدعم الاجتماعي المدرك

يعرف الدعم الاجتماعي المدرك (Ibanez, et al, ٢٠٠٣) بأنه مدى توافر أشخاص في محيط الفرد الاجتماعي يمكنه الوثوق بهم، والاعتماد عليهم، واللجوء إليهم وقت الحاجة. ويُعرّفه (Ozbay et al., ٢٠٠٧) بأنه الدعم المتاح للفرد من خلال الروابط الاجتماعية المختلفة التي يقدمها فرد آخر أو مجتمع. ويعرفه (Kaniasty & Norris, ٢٠٠٨) بأنه التقييم الذاتي لقدرة الأصدقاء وأفراد الأسرة والأشخاص المهمين الآخرين على تقديم الدعم في الأوقات الصعبة. ويعرفه (Arslan, ٢٠٠٩) على أنه فهم الفرد أو خبرته للحب والرفقة والرعاية والاحترام والاهتمام والمساعدة التي يتلقاها من الآخرين، والالتزامات المتبادلة لجزء من الشبكة الاجتماعية. ويُعرّفه (Gülaçtı, ٢٠١٠) بأنه الإدراك الذاتي للفرد فيما إذا كانت الشبكة الاجتماعية التي يتلقاها داعمة بشكل كافٍ أم لا. ويعرفه (Gabert-Quillen et al., ٢٠١١) بأنه مجموعة من الإجراءات التي توفر المصادر /أو تبادلها بين الفرد والآخرين، و تشمل أفراد الأسرة، والأقران، والأشخاص المهمين (الزوج). ويعرفه (Madani, et al, ٢٠١٨) هو الدعم الاجتماعي والنفسي الذي يتلقاه الفرد من الأشخاص المحيطين به (الأسرة، الأصدقاء، شخص مميز)

ب- مصادر الدعم الاجتماعي المدرك

يؤكد الباحثين أن الدعم الاجتماعي المدرك يتكون من مصدرين أساسيين هما: إدراك الفرد بأن هناك العدد الكافي من الأشخاص في الشبكة الاجتماعية غير الرسمية يمكنه الاعتماد عليهم وقت الحاجة، أما المصدر الثاني: هو درجة تقبل الفرد ورضاه عن الدعم المقدم إليه (Scarpa, et al, ٢٠٠٦).

نموذج زيمت وآخرون (Zimet, et al, ١٩٩٠) يتكون من ٣ مصادر للدعم الاجتماعي المدرك وهما: الدعم العائلي، ودعم الأصدقاء، ودعم الزوج، وهو ما يتبناه البحث الحالي.

ج- الدعم الاجتماعي المدرك والصحة النفسية

في العقود الأخيرة، اشتهر نوعان من المصادر الفردية التي تؤثر على التكيف والصحة النفسية Hsu (٢٠١٠, & Tung) ويعد الدعم الاجتماعي من أهم هذه المصادر، وقد أظهرت العديد من الأبحاث علاقته بأعراض القلق والاكتئاب (Vildósola, et al, ٢٠١٢) حيث ينظر للدعم الاجتماعي على أنه تجربة التقدير والاحترام والاهتمام والمحبة من قبل الآخرين الموجودين في حياة الفرد (Gurung, et al, ٢٠٠٦) وقد يأتي من مصادر مختلفة مثل العائلة، أو الأصدقاء، أو المعلمين، أو المجتمع، أو أي فئة اجتماعية ينتمي إليها الفرد، ويمكن أن يأتي الدعم الاجتماعي في شكل مساعدة ملموسة يقدمها الآخرون (MdYasin & Dzulkipli, ٢٠١٠)

٣- الاكتئاب بعد الولادة

على عكس التوقعات التقليدية التي تفيد بأن فترة الأمومة هي فترة من السعادة والهناء للأُم والأسرة، فإن بعض الأمهات بسبب عدم توافق الأدوار التي يؤديها في الحياة يكتن أكثر عرضة للشعور بالعجز في هذه الفترة، ولديهم تقييم سلبي للذات مما يسبب توقعات متشائمة للأحداث المستقبلية، انخفاض الحرية، التقلبات اليومية، تقييد الوقت لاحتياجات الطفل، الصعوبات التنموية هي سمات تظهرها النساء بعد الولادة الأولى، بينما تستمر هذه التجربة لدى البعض مع كل ولادة لاحقة (Liabsuetrakule, et al, ٢٠٠٧)

أ- مفهوم اكتئاب ما بعد الولادة

يشير اكتئاب ما بعد الولادة إلى نوبة اكتئابية غير ذهانية تبدأ فور الولادة. و يُعرّف اكتئاب ما بعد الولادة بأنه اكتئاب يحدث خلال الأسابيع الستة الأولى بعد الولادة مع قائمة من عشرة أعراض، يجب أن تحدث معظم اليوم، تقريباً كل يوم، لمدة لا تقل عن أسبوعين (Hasin, et al, ٢٠٠٦) ويعرفه (Field, ٢٠١٠) أنه اضطراب يؤثر على القدرة الاجتماعية للأُم ويصاحبه مضاعفات شديدة على الأم والرضيع وعائلة المريضة. وتعرفه (APA, ٢٠١٣) هو اضطراب مزاجي غير ذهاني يظهر في الأشهر الاثني عشر الأولى بعد الولادة. بينما يعرفه (Dennis and Dowswell, ٢٠١٣) بأنه اضطراب مزاجي له معايير محددة في التشخيص، ويشير إلى مرض أمومي أحادي القطب، أو أحياناً ثنائي القطب، تظهر فيه علامات القلق، والاستثارة، والارتباك والنسيان، وفقدان المتعة، والتعب، والأرق، والقلق، والشعور بالذنب، وعدم

القدرة على المواجهة، وأفكار الانتحار بعد الولادة، والخوف من إيذاء الطفل، ويشمل طيفاً من حالات الصحة النفسية، بدءاً من "الكآبة بعد الولادة" وصولاً إلى الذهان النفسي.

تم تعريف الاضطراب الفردي النمطي (PPD) من خلال نظامين تشخيصيين، وهما الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، (DSM IV-TR) من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وتصنيف الأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة (ICD-10) (WHO, 2004)، حيث يعرف DSM IV-TR الاكتئاب ما بعد الولادة (PPD) كاضطراب اكتيابي كبير يبدأ خلال فترة ما بعد الولادة، حيث يحدد 4 أسابيع بعد الولادة كحد فاصل للاكتئاب ما بعد الولادة. بينما يصف التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) الاكتئاب ما بعد الولادة بأنه مرتبط بفترة النفاس عندما يبدأ ظهور الاضطراب النفسي والسلوكي خلال ستة أسابيع من الولادة. ويعرفه (Erdeve, et al, 2017) بأنه اضطراب نفسي يمكن أن تكون له عواقب وخيمة على كل من الأم والطفل.

ب- نسبة انتشار اكتئاب بعد الولادة

تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن انتشار هذا الاضطراب في البلدان النامية يتراوح بين 10-50٪، بينما في البلدان المتقدمة يتراوح بين 10-15٪ (WHO, 2009; Surkan, et al, 2011). وتتراوح نسبة انتشاره بين النساء الكنديات من (National Institutes of Health, 2014). وتتراوح نسبة انتشاره بين النساء الكنديات من 8٪ إلى 8,69٪ خلال فترة ما بعد الولادة (Dennis, et al, 2012; Lanes, et al, 2011). (O'Hara & Swain, 1996)، وأن حوالي 10٪ من النساء الحوامل و13٪ من النساء بعد الولادة يعانين من اضطراب نفسي، وخاصة الاكتئاب على مستوى العالم، وتكون النسبة أعلى في البلدان النامية، أي 15,6٪ خلال فترة الحمل و19,8٪ بعد الولادة (WHO, 2020). وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن الاكتئاب بعد الولادة هو اضطراب شائع نسبياً بين النساء (Angermeyer, et al, 1999)، حيث توصل (Hahn-Holbrook, et al, 2017) بتحليلهم لـ 291 دراسة إلى انتشار عالمي نسبته (17,7٪)، وفي دراسة أخرى بلغ معدل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة (12٪) بين الأمهات الأصحاء (Shorey, et al, 2018). وفي إندونيسيا أوضحت نتائج الدراسات السابقة أن انتشار الاكتئاب بعد الولادة لدى النساء البالغات يتراوح بين 19٪ إلى 24٪ (Nurbaeti, et al, 2018)، وبين الأمهات المراهقات أعلى بكثير حيث بلغت النسبة 60,58٪ (Rahmadhani & Laohasiriwong, 2020) وفي الولايات المتحدة، تعاني الأمهات المراهقات من الاكتئاب بعد الولادة أعلى بكثير بمعدل 50٪ من الأمهات اللاتي يلدن في مرحلة البلوغ (20) سنة (Haroz, et al., 2014).

وفي إيران بلغ متوسط انتشار الاكتئاب بعد الولادة ٢٨,٧٪ (Weisani & Sayehmiri, ٢٠١٢)، ولم توجد مؤشرات حقيقية واقعية عن نسبة انتشاره في البيئة المصرية، أو بين مجتمع البحث.

ج- أسباب اكتئاب بعد الولادة

إن أكثر الأسباب شيوعاً، والتي أبلغ عنها العلماء في جميع أنحاء العالم هي: اختلال التوازن الهرموني (Soares & Zitek, ٢٠١٦; Ortiz Martinez, et al., ٢٠١٦) والبنى النفسية مثل انخفاض تقدير الذات (Cheadle & Schetter, ٢٠١٨)، والاستعداد للإصابة بالاضطرابات الاكتئابية (Norhayati, et al, ٢٠١٥; Chinchilla-Ochoa, et al, ٢٠١٩)، والعوامل المعيقة مثل نوع الولادة، حيث أفادت النساء اللاتي خضعن للولادة المهبلية بأعراض اكتئابية أقل لمدة تصل إلى ستة أشهر (Sylvén, et al, ٢٠١٧; Cirik, et al, ٢٠١٦)، والعديد من الأسباب الأخرى التي تشمل البنى الاجتماعية في الغالب مثل انخفاض الدعم الاجتماعي أو عدم توافره (Corrigan, et al, ٢٠١٥)، والوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض (Norhayati, et al, ٢٠١٥; Mazzeschi, et al, ٢٠١٥).

وبالرغم من تحديد العوامل البيولوجية التي تسبب اكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء، إلا أنه لا يمكن إهمال أو تجاهل أهمية العوامل النفسية والاجتماعية التي تسبب اكتئاب ما بعد الولادة. ويشير Wisner (٢٠١٠, et al) إلى أن أسباب اكتئاب ما بعد الولادة مثله مثل الأمراض النفسية الأخرى، وأن العوامل النفسية والاجتماعية لها دور كبير في تطور الاكتئاب، وأن الوقاية من هذه العوامل تكون أكثر فعالية عند دمجها مع التدخلات غير الدوائية المقبولة (Chow, et al, ٢٠٢١) ويركز الباحثون أيضاً على تأثير اكتئاب ما بعد الولادة على نمو المولود الجديد، والتأثير السلبي المستمر الذي يسببه اضطراب المزاج على الأم والطفل (Sloman, et al, ٢٠١٩). كما يشمل الاكتئاب أعراض مثل الحزن، الفشل، الانزعاج، الإثارة، والضغط، بالإضافة إلى فقدان الاهتمام بكل شيء وحتى بكل شخص (Habibzadeh & Habibzadeh, ٢٠١٦). وقد أشارت الاحصائيات إلى أن حوالي ١٩ مليون شخص يعانون من الاكتئاب كل عام (حوالي ١,٣٪ من البالغين) وحوالي ثلثي الأشخاص لا يتلقون المساعدة المطلوبة. يشكو هؤلاء المرضى أكثر من الاضطرابات الجسدية، وانعدام الطاقة، أو الشعور بالضعف وغالباً ما يُتركون دون تشخيص (Rahmani, et al, ٢٠١١). وفي دراسات أخرى وجد أن حوالي ٧ مليون شخص يعانون من الاضطرابات النفسية، منهم حوالي ١٥٪-٢٥٪ يعانون من الاكتئاب، وحوالي ١٥٪ من الناس يصابون بالاكتئاب مرة واحدة على الأقل في حياتهم. ومن المتوقع أيضاً أن يزداد عدد الأشخاص المكتئبين بسبب

Thuné-Boyle, et al, الضغوط الناجمة عن التغيرات الاجتماعية والبيئية وزيادة بعض الأمراض الجسدية (al, ٢٠١٣)

ومن عوامل خطر اكتئاب ما بعد الولادة: تاريخ الاكتئاب، الاستعداد الوراثي، مستوى التعليم المنخفض للأم، نقص الدعم الاجتماعي، والمهنة (Azimi Loatti, et al, ٢٠٠٥) وتشمل أعراض الاكتئاب ما بعد الولادة المزاج المكتئب، والتهيج، والأرق، والدوار المتكرر (Sadock, et al, ٢٠٠٨). كما تشمل العوامل المؤثرة على الاكتئاب بعد الولادة: العوامل الوراثية، التقلبات الهرمونية، العوامل البيولوجية، الاضطرابات النفسية السابقة، العوامل النفسية الاجتماعية الثقافية، الاكتئاب قبل الولادة، الشك في ضائقة الجنين، الأحداث الحياتية المجهد، وانخفاض الدعم الاجتماعي (O'Hara, ٢٠١٣; Nieto, et al, ٢٠١٧) ولا تزال أسباب اكتئاب ما بعد الولادة غير موضحة بشكل عام.

الأمهات حديثي الولادة:

يقصد بهن اجرائيا الأمهات اللاتي ولدن حديثا، أو المتزوجات على المراكز والعيادات الخاصة لمتابعة حالتهم الصحية، في فترة زمنية تتراوح من (أسبوع - شهرين) من تاريخ الولادة.

دراسات سابقة

أجريت (الزهراني، ٢٠١٥) دراسة هدفت إلى الكشف عن معدل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة في البيئة السعودية وتحديدًا في المنطقة الغربية منها. وقد شملت عينة الدراسة (٢١٧) من الأمهات السعوديات في مدينة جدة. وتم استخدام مقياس أدنبره لاكتئاب ما بعد الولادة، بنقطة قطع (١٣) تمشيا مع الدراسات السابقة التي استخدمت المقياس نفسه. وكذلك تم استخدام استبيان من إعداد الباحث. وأسفرت نتائج الدراسة الحالية عن معدل انتشار وصل (١٧,١٪) لاكتئاب ما بعد الولادة في المنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية. وجود علاقة بين كل من اكتئاب ما بعد الولادة وكل من: الإصابة السابقة بالاكتئاب، والمشاكل الصحية للمولود الجديد، والرضا عن دعم ومساعدة الأهل في البيت، ومضاعفات الحمل. بينما لم توجد أية علاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة وبين كل من: طريقة الولادة، وعمر الأم وتعليمها وكذلك عملها، وجنس المولود الجديد، والرضا عن جنس المولود، والرغبة في الحمل، واستخدام الرضاعة الطبيعية، والرضا عن دعم مساعدة الزوج. لذا توصي الدراسة الحالية بمزيد من البحث والدراسة لهذه العوامل مع إدراج عوامل أخرى قد تكون سببا في هذا المرض.

وفي إيران أجرى (Rajai pour , et al, ٢٠١٩) دراسة بهدف التعرف على العلاقة بين الاكتئاب بعد الولادة والهناء الروحي وبعض المتغيرات الديموغرافية بين النساء اللاتي يراجعن مراكز الرعاية الصحية في إيران وذلك على عينة قوامها (١٩٦) امرأة مؤهلة يراجعن مراكز الرعاية الصحية التابعة لجامعة العلوم الطبية خلال عام ٢٠١٧. تم تطبيق مقياس الهناء الروحي ومقياس إدنبرة للاكتئاب بعد الولادة لدى المشاركات، وبعد تحليل البيانات توصلت نتائج الدراسة إلى أن معدل الاكتئاب بعد الولادة أعلى من (١٠,٢٪). توجد علاقة بين الاكتئاب بعد الولادة والهناء الروحي على الدرجة الكلية وكذلك الأبعاد المعرفية/العاطفية والسلوكية. كما يوجد ارتباط سلبي كبير بين الهناء الروحي والاكتئاب بعد الولادة بين النساء حيث بلغت قيمة معامل الارتباط ($r = ٠,٥٢$). كما ارتبط الاكتئاب بعد الولادة بشكل كبير بنوع الولادة، تاريخ الإجهاض، حالة العمل، والمستوى التعليمي للنساء المشاركات في الدراسة، كما أشارت النتائج إلى وجود مستوى متوسط من الهناء الروحي لدى عينة الدراسة، وأدى ارتفاع معدل الهناء الروحي إلى انخفاض درجة الاكتئاب بعد الولادة.

أجرت (حمود، ٢٠٢٠) دراسة بهدف تحديد انتشار اكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء في مصر وعلاقته ببعض المتغيرات، وذلك على عينة قوامها (٥٠) امرأة، وأوضحت نتائج الدراسة أن أغلب عينة الدراسة لديهن أعراض اكتئابية خفيفة، لا توجد علاقة بين (عمر الأم - نوع المولود) واكتئاب ما بعد الولادة، عدم وجود فروق في اكتئاب ما بعد الولادة تبعاً لعمر الأم، ونوع المولود.

أجرى (Yörük, et al, ٢٠٢٠) دراسة بهدف تحديد انتشار الاكتئاب بعد الولادة وفحص العلاقات بين الاكتئاب بعد الولادة والدعم الاجتماعي المدرك، وجودة الحياة، وعوامل الخطر لاكتئاب ما بعد الولادة. وذلك على عينة قوامها (٣١٧). قام الباحثون بتطبيق مقياس إدنبرة للاكتئاب بعد الولادة، مقياس بيك للاكتئاب، مقياس جودة الحياة، المقياس متعدد الأبعاد للدعم الاجتماعي المدرك، واستمارة الخصائص الديموغرافية وعوامل خطر اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأم. وأوضحت النتائج: أن اكتئاب ما بعد الولادة كان ٣,٩٪ في الأسبوع الرابع بعد الولادة و٥,٩٪ في الأسبوع السادس بعد الولادة، والتعرض للضغط في الحياة اليومية، والتعرض لمشاكل صحية أثناء الولادة وفترة ما بعد الولادة، وعدم التفكير في النفس كأم جيدة كانت جميعها عوامل منبئة باكتئاب ما بعد الولادة. على الرغم من أن متوسط درجة الدعم الاجتماعي كان أعلى لدى النساء منخفضي اكتئاب ما بعد الولادة، إلا أن هذا الاختلاف لم يكن ذا دلالة إحصائية. وفقاً لنموذج الانحدار الخطي، أثر الاكتئاب بعد الولادة سلباً على الجوانب الاجتماعية والنفسية لجودة حياة الأمهات في الأسبوع الرابع بعد الولادة، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين الدعم الاجتماعي العالي

وإنخفاض خطر الاكتئاب بعد الولادة لدى النساء، وُجدت أيضًا علاقة بين انخفاض خطر الاكتئاب بعد الولادة وارتفاع جودة الحياة.

كما قام (Noormohammadi, et al, ٢٠٢٠) بدراسة هدفت التحقق من العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة والهناء الروحي، وذلك لدى عينة قوامها (١٥٢) امرأة أنجبن قبل ٨ أشهر، ممن تتراوح أعمارهن ما بين (١٦-٤٥) سنة. بمتوسط عمري قدره (٢٩,١٥) وانحراف معياري (٥,٤٥) تم اختيارهن بطريقة العينة البسيطة وتم تطبيق استبيان الهناء الروحي ل (Ellison). أظهرت النتائج وجود ارتباط عكسي بين درجات اكتئاب ما بعد الولادة والهناء الروحي حيث بلغت قيمة "ر" (٠,٧٥)، وكانت العلاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة والهناء الروحي علاقة عكسية وارتبط انخفاض مستوى الاكتئاب بزيادة الهناء الروحي. وتستننتج الدراسة أنه دون الحاجة إلى علاجات محددة، يمكن تقليل مستوى الاكتئاب بعد الولادة من خلال زيادة مستوى الهناء الروحي .

وفي الهند أجرى (Bala, et al, ٢٠٢٤) دراسة بهدف تحديد نسبة انتشار الاكتئاب بعد الولادة بين الأمهات وفحص العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك والمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية مع الاكتئاب بعد الولادة، وذلك لدى عينة قوامها (٧٥٠) أُجريت الدراسة بين الأمهات بعد الولادة ، وقد تم تطبيق مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة، مقياس هاملتون لتقييم الاكتئاب (HDRS) ومقياس الدعم الاجتماعي المتعدد الأبعاد (MSPSS) وأوضحت النتائج أن نسبة انتشار الاكتئاب بعد الولادة كان ١٦,١٪. كما أظهرت متغيرات مثل مكان الإقامة، والمهنة، وتاريخ العنف المنزلي، وتاريخ العائلة في الأمراض النفسية، وفترة الحمل المثيرة، وتاريخ دخول المستشفى للطفل، والأبوة غير المرغوب فيها، والدعم الاجتماعي المنخفض كعوامل مستقلة منبئة باكتئاب ما بعد الولادة، كما أشارت النتائج أن الأمهات بعد الولادة، وخاصة أولئك اللاتي يعانين من ضعف الدعم الاجتماعي، هن أكثر عرضة للاكتئاب. وتوصي الدراسة أنه يجب فحص كل أم بعد الولادة للكشف عن الاكتئاب وإحالتها في الوقت المناسب إلى الأطباء النفسيين، كما يجب تقديم المشورة النفسية لأفراد الأسرة.

وفي تركيا أجرى (Akçaorcid & Gül, ٢٠٢٤) دراسة بهدف فحص الهناء الروحي ومستويات الاكتئاب لدى النساء بعد الولادة، وذلك على عينة قوامها (٣٤٥) امرأة بعد الولادة تم إدخالهن إلى قسم التوليد في مستشفى كلية الطب في مركز محافظة كهردان مرعش في تركيا. قام الباحثان بتطبيق مقياس

الهناء الروحي ومقياس إدنبرة للاكتئاب بعد الولادة. أوضحت النتائج أن ٤٨,٧٪ من المشاركين كانوا معرضين لخطر الاكتئاب بعد الولادة. وجود علاقة سلبية وذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للهناء الروحي واكتئاب ما بعد الولادة، كما أظهرت النتائج كلما زاد هناء النساء، انخفضت لديهن مخاطر الاكتئاب بعد الولادة.

كما أجرى (Akbari, et al, ٢٠٢٠) دراسة بهدف التحقق من العلاقة بين الهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك مع الاكتئاب بعد الولادة لدى الأمهات الجدد، وذلك على عينة قوامها (٢٠٠) أم في الأسابيع من (٤-٨) بعد الولادة، تم تطبيق مقياس إدنبرة للاكتئاب بعد الولادة، المقياس متعدد الأبعاد للدعم الاجتماعي المدرك، مقياس الهناء الذاتي، واستبيان الصحة الروحية. أوضحت النتائج أن نسبة انتشار الاكتئاب بعد الولادة في عينة الدراسة بلغ (٢٢٪). وجود ارتباط عكسي بين مستوى عالٍ من الدعم الاجتماعي المدرك والهناء مع الاكتئاب بعد الولادة، كما تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الدعم الاجتماعي المدرك وهناء الفرد لهما دور مهم في تقليل الأعراض الاكتئابية لدى الأمهات خلال فترة ما بعد الولادة. يمكن أن تساعد هذه النتيجة المتخصصين في الرعاية الصحية على بذل المزيد من الاهتمام للدعم الاجتماعي وهناء الفرد كعامل وقائي ضد الاكتئاب بعد الولادة في برامج رعاية ما بعد الولادة أو الحمل.

وفي اندونيسيا أجرى (Nurbaeti, et al, ٢٠٢٣) دراسة بهدف فحص العلاقات بين الدين الإسلامي، والدعم الاجتماعي، والرضا الزوجي، والاكتئاب بعد الولادة لدى الأمهات المراهقات في إندونيسيا، وذلك لدى عينة قوامها (٢٠٣) أم مراهقة تم اختيارهن من خلال أخذ عينات عنقودية. أظهرت الدراسة أن ٣٥,٩٦٪ من الأمهات المراهقات عانين من أعراض اكتئاب ما بعد الولادة. كانت من بين المتغيرات التي تمت دراستها (الرضا الزوجي، مستوى التعليم، دخل الأسرة، وعدد الأطفال، ووزن الطفل عند الولادة) مرتبطة بشكل كبير بالاكتئاب بعد الولادة. ومع ذلك، لم يُظهر الدعم الاجتماعي والتدين أي ارتباط كبير بالاكتئاب بعد الولادة. كما أكد تحليل الانحدار المتعدد أن الرضا الزوجي ودخل الأسرة وعدد الأطفال كانت العوامل الأكثر أهمية وارتباطا باكتئاب ما بعد الولادة.

وأجرى (Alshahrani, et al, ٢٠٢٤) دراسة بهدف تحديد مدى انتشار اكتئاب ما بعد الولادة وعوامل الخطر المرتبطة به بين الأمهات في مدينة نجران، أُجريت على عينة قوامها (٤٢٠) أمًا ممن تتراوح أعمارهن بين ١٦-٥٠ عامًا ولديهن مواليد جدد (من ٢-١٠ أسابيع بعد الولادة). استخدم الباحث مقياس أدنبرة للاكتئاب ما بعد الولادة، واستبيان للخصائص الديموغرافية. أوضحت النتائج أن ٦٦,٧٪ من

الأمهات كانت نتيجة فحصهن إيجابية لاحتمال إصابتهن بالاكتئاب. وجود ارتباط دال موجب بين اكتئاب ما بعد الولادة والبطالة، وصغر السن، والولادة القيصرية، والمرض النفسي، وانخفاض الدعم الأسري، وارتفاع مستويات الضغط كما أوضحت ارتفاع معدل انتشار اضطراب ما بعد الولادة بين الأمهات في مدينة نجران، مع وجود عوامل اجتماعية وديموغرافية ونفسية اجتماعية تؤثر بشكل كبير على خطر الإصابة بهذا الاضطراب. تؤكد هذه النتائج على الحاجة إلى تدخلات مستهدفة وأنظمة دعم لتلبية احتياجات الصحة النفسية للأمهات بشكل فعال.

التعقيب على الدراسات السابقة

- ١- اتفقت نتيجة الدراسات على وجود ارتباط عكسي بين الهناء الروحي واكتئاب ما بعد الولادة (Noormohammadi, et al, ٢٠٢٠; Rajaipour , et al, ٢٠١٩; Akçaorcid & Gül Öztaşorcid, ; Roh, et al, ٢٠٢١; Gökçay & Aydın, ٢٠٢٤)
- ٢- وجود ارتباط عكسي بين مستوى الدعم الاجتماعي المدرك واكتئاب ما بعد الولادة (Nugraha,) (٢٠٢٤; Bala, et al, ٢٠٢١; et al,)، بينما لا توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك واكتئاب ما بعد الولادة (Nurbaeti, et al, ٢٠٢٣)
- ٣- وجود ارتباط موجب بين الهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك، كما أن الهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك تتباين بحدس أعراض القلق والاكتئاب المصاحب للأمراض الجسمية (Jafaria, et al, ٢٠١٠; Ahmadinezhad & Akbarzadeh, ٢٠١٩; Ansari, et al, ٢٠١٨; Hassani, et al, ٢٠٢٢; Ezati, et al, ٢٠٢٣)
- ٤- تنوعت الثقافات التي تناولت متغيرات البحث بالدراسة، وتباينت نتائج الدراسات بتباين الثقافات.
- ٥- اتفقت الدراسات السابقة على استخدام المنهج الوصفي في التحقق من صحة الفروض.
- ٦- اتفقت غالبية الدراسات السابقة على استخدام أسلوب تحليل الانحدار في التنبؤ باسهم المتغير المستقل في المتغير التابع، وأسلوب تحليل التباين لاتجاه الفروق.
- ٧- اتفقت الدراسات السابقة على استخدام مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة، ومقياس الدعم الاجتماعي المدرك المتعدد، ومقياس الهناء الروحي.
- ٨- ندرة الدراسات التي اهتمت بدراسة إسهام كل من الهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك في التنبؤ باكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة في البيئة المصرية.

فروض البحث:

أمكن صياغة فروض البحث على النحو الآتي:

- لا يختلف اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة باختلاف نوع المولود (ذكر/ أنثى) وباختلاف طريقة الولادة (قيصرية/ طبيعية) وباختلاف عمر الأم (الأصغر/ الأكبر سناً).
- يسهم الهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك في التنبؤ بانخفاض أعراض الاكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة.

منهج وإجراءات البحث:

منهج البحث: يعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي (الارتباطي، المقارن) لدراسة التنبؤ والمنهج السببي المقارن للهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك واكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة. وتعرّف الفروق بين اكتئاب ما بعد الولادة في ضوء (نوع المولود، وطريقة الولادة، وعمر الأم؛ لذلك اقتضت طبيعة موضوع الدراسة استخدام ذلك المنهج لجمع المعلومات ومن ثم تحليلها وتفسيرها للتوصل إلى النتائج.

عينة البحث: تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (١٠٠) من السيدات بمحافظة الدهليّة/ مصر، بمتوسط عمري (٢٥,٦٤) سنة وانحراف معياري قدره (٥,٣١±)، وذلك للتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة فيما يتعلق بالثبات والصدق. والعينة الكلية للبحث: تم اختيار عينة البحث بالطريقة القصدية، من الأمهات حديثي الولادة، بمستشفى جامعة المنصورة وبعض المراكز والعيادات الخاصة بمدينة المنصورة، ممن لم تتجاوز مدة ولادتهن شهرين، وتكونت العينة الكلية من (١٢٧) أم، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (١٩ - ٣٥) سنة، بمتوسط عمري قدره (٢٥,٩٨) سنة، وانحراف معياري (٥,١٨±) سنة، وتنقسم العينة وفقاً لمتغير عمر الأم (الأصغر سناً أقل من ٢٥ / الأكبر سناً أكبر من ٢٥ عام) ووفقاً لمتغير نوع المولود (ذكر/ أنثى)، ووفقاً لمتغير طريقة الولادة (طبيعية/ قيصرية)، وقد أوضح الجدول (١) مواصفات عينة البحث الكلية (١٢٧)، وفقاً لمتغيرات: العمر، ونوع المولود وطريقة الولادة، والمستوى التعليمي، وعدد مرات الولادة.

جدول (١) مواصفات عينة البحث وفقاً لمتغيرات: العمر، ونوع المولود، وطريقة الولادة

والمستوى التعليمي، وعدد مرات الانجاب (ن = ١٢٧).

المتغيرات		الأصغر سناً (أقل من ٢٥ سنة)		الأكبر سناً (أكبر من ٢٥ سنة)		إجمالي	
		عدد	%	عدد	%	عدد	%
نوع المولود	ذكر	٢٦	٥١,٠	٢٥	٤٩,٠	٥١	١٠٠
	أنثى	٥١	٧٦,١	٢٥	٣٢,٩	٧٦	١٠٠
	المجموع	٧٧	٦٠,٦	٥٠	٣٩,٤	١٢٧	١٠٠

١٠٠	٨٢	٤٣,٩	٣٦	٥٦,١	٤٦	قيصرية	طريقة الولادة
١٠٠	٤٥	٤٤,٤	٢٠	٥٥,٦	٢٥	طبيعية	
١٠٠	١٢٧	٤٤,١	٥٦	٥٥,٩	٧١	المجموع	
١٠٠	٧٦	٣٩	٣٠	٦١	٤٦	مؤهل عال	المستوى التعليمي
١٠٠	٤٦	٤٧,٨	٢٢	٥٢,٢	٢٤	متوسط	
١٠٠	٥	٠,٨	٤	٠,٢	١	أقل من متوسط	
١٠٠	١٢٧	٤٤,١	٥٦	٥٥,٩	٧١	المجموع	
١٠٠	٦٣	١٤,٣	٩	٨٥,٧	٥٤	مرة واحدة	عدد مرات الانجاب
١٠٠	٤٦	٥٦,٥	٢٦	٤٣,٥	٢٠	مرتين	
١٠٠	١٨	١	١٨	-	-	ثلاث فأكثر	
١٠٠	١٢٧	٤١,٧	٥٣	٥٨,٣	٧٤	المجموع	
٢٥,٩٨						متوسط العمر	
٥,١٨						الانحراف المعياري	

١ - أدوات البحث:

للتحقق من صحة الفروض؛ تم توظيف الاختبارات التالية: مقياس الهناء الروحي، ومقياس الدعم الاجتماعي المدرك متعدد الأبعاد، ومقياس اكتئاب ما بعد الولادة، وفيما يلي وصف لكل مقياس:

أ- مقياس الهناء الروحي إعداد: Paloutzian & Ellison, ١٩٨٢، ترجمة: الباحثة)

يتألف المقياس من ٢٠ فقرة، موزعة على مقياسين فرعيين هما: البعد الديني ويشمل (١٠) فقرات وتمثله الفقرات الفردية. والبعد الوجودي ويشمل (١٠) فقرات متمثلة في الفقرات الزوجية، تتم الإجابة عن فقرات المقياس وفقاً لمقياس "ليكرت" السداسي؛ حيث تقدر البدائل من (أوافق بشدة، أوافق إلى حد ما، أوافق، أعارض، أعارض إلى حد ما، أعارض بشدة) بالدرجات (٦، ٥، ٤، ٣، ٢، ١) على التوالي، وتعكس التقديرات في الفقرات السلبية المتضمنة في الفقرات (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٩، ١٢، ١٤، ١٦، ١٨) بشكل عكسي أخيراً؛ حيث تقدر البدائل (أوافق بشدة، أوافق إلى حد ما، أوافق، أعارض، أعارض إلى حد ما، أعارض بشدة) بالدرجات (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦) على التوالي، تقسم درجة الهناء الروحي إلى ثلاث فئات: منخفض (٢٠-٤٠)، متوسط (٤١-٩٩)، ومرتفع (١٠٠-١٢٠)، وبالتالي تتراوح إجمالي الدرجات بين ٢٠، ١٢٠ وتشير الدرجة المرتفعة إلى تمتع الأم بالهناء الروحي.

الخصائص السيكومترية لمقياس الهناء الروحي

يتصف مقياس الهناء الروحي بخصائص سيكومترية جيدة، في البيئة الأجنبية؛ حيث قام معد المقياس بالتحقق من الصدق الظاهري (صدق المحكمين) ومدى ملاءمة المقياس لما يقيسه، وملاءمة الفقرات لكل بعد وصدقها في الكشف عن عما يقيسه، وتم حساب الاتساق الداخلي والتي تراوحت معاملاته بين الفقرة وبعد الهناء الديني بين (،،٨٢ و ،،٩٤)، والهناء الوجودي وفقراته بين (،،٨٧ و ،،٨٦)، والبعد والدرجة الكلية بين (،،٨٩ و ،،٩٤)، كما تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة الاختبار في أربع دراسات بفواصل زمني (١ - ١٠) أسابيع وتراوحت معاملات الثبات للبعد والدرجة الكلية (البعد الديني، الوجودي، الدرجة الكلية) بين (،،٩٦ و ،،٨٦ و ،،٩٣) على التوالي، كما تم حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ؛ حيث تراوح معامل الثبات ما بين (،،٩١ - ،،٩٣) للمقاييس الفرعية (Bufford, Paloutzian, & Ellison, ١٩٩١). أما بالنسبة للبيئة المصرية، فقد قامت الباحثة فيما يلي بعرض مؤشرات كل من صدق المقياس وثباته:

(أ) التحليل العاملي الاستكشافي:

للتحقق من صدق المقياس تم بإجراء التحليل العاملي ، وذلك لدى عينة استطلاعية (ن=١٠٠)، وتم وضع فقرات مقياس الهناء الروحي وعددها (٢٠) فقرة في دراسة عاملية باستخدام طريقة المكونات الرئيسية لـ"هوتلينج"، وتم التدوير المتعامد للعوامل بطريقة "فاريمكس"، وأسفرت نتائج المصفوفة العاملية عن وجود عاملين، وجدول (٢) أوضح ذلك.

جدول (٢) يوضح المصفوفة العاملية لمقياس الهناء الروحي

العامل الثاني (البعد الوجودي)			العامل الأول (البعد الديني)		
التشيع	الفقرة		التشيع		الفقرة
٠,٦٥٤	٦	٢	٨٤٤,٠	٣	١
٠,٦٣٢	١٢	٤	٨٢٩,٠	٥	٣
٠,٥٩٤	٨	٦	٨١٢,٠	١٧	٥
٠,٥٢٥	٢٠	٨	٨٠٣,٠	٧	٧
٠,٥١٩	٤	١٠	٠,٧٨٤	١١	٩
٠,٥٠٤	١٨	١٢	٠,٧٧٠	١٩	١١
٠,٤٩٠	١٦	١٤	٠,٦٢٨	١٠	١٣
٠,٤٥١	١٠	١٦	٠,٦١٧	٩	١٥
٠,٤١٢	٢	١٨	٠,٤٥٠	١٣	١٧
٠,٤١١	١٤	٢٠	٠,٣٤٣	١	١٩

الجذر الكامن	٦,٠٨٠	٢,٦٣١
التباين الارتباطي	٣٠,٩٣٨	١٣,١٥٧
التباين العملي	%٤٣,٥٥٦	%٣١,٨٣١

بمراجعة جدول (٢) يمكن ملاحظة أن المصفوفة العاملية أسفرت عن وجود عاملين، استحوذاً على نسبة تباين ارتباطي قدره (٤٤,٠٩٥)، حيث تشبعت على العامل الأول (١٠) فقرات تشبّعاً دالاً، حيث تراوحت ما بين (٠,٨٤٨ - ٠,٣٤٣)، وفقاً لمحك "جيلفورد" (٠,٣) فأكثر، وتعتبر أغلبها عن البعد الديني والتقرب من الله، ويمكن تسمية (العامل الأول: الهناء الديني)، وقد تشبعت على العامل الثاني (١٠) فقرات تشبّعاً دالاً، حيث تراوحت ما بين (٠,٦٥٤ - ٠,٤١١)، وتعتبر أغلبها عن البحث عن معنى الحياة والهدف من الوجود، فيمكن تسمية (العامل الثاني: الهناء الوجودي)، كما أن المصفوفة العاملية قد استحوذت على نسبة تباين ارتباطي قدره (٣٠,٩٣٨)، كما بلغ الجذر الكامن للعامل الأول قبل التدوير (٦,٠٨٠)، استقطب نسبة تباين عملي قدرها (%٤٣,٥٥٦) من حجم التباين الارتباطي، واستحوذ العامل الثاني على نسبة تباين قدره (١٣,١٥٧)، وبلغ الجذر الكامن (٢,٦٣١)، بنسبة تباين عملي قدرها (%٣١,٨٣١)، وكان أقل تشبّع للعبارة رقم (١٣) وتشبّعها (٠,٣٤٣)، وأعلى تشبّع للعبارة (٣) وتشبّعها (٠,٨٤٤)، مما يشير إلى صدق المقياس:

تم التحقق من ثبات مقياس الهناء الروحي باستخدام طريقتين، هما: طريقة ثبات معامل ألفا كرونباخ، وطريقة ثبات التجزئة النصفية، وذلك لدى عينة استطلاعية (ن = ١٠٠)؛ حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ (٠,٨٧٢)، كما بلغ ثبات التجزئة النصفية (٠,٧١٧)، وبلغ معامل الثبات بعد تصحيح الطول بمعادلة "سبيرمان-براون" (٠,٨٥٢)، مما يشير إلى تمتع مقياس الهناء الروحي بمعاملات ثبات مقبولة في البحث الحالي.

جدول رقم (٣) يوضح معاملات ثبات مقياس الهناء الروحي

م	الهناء الروحي	عدد الفقرات	ثبات التجزئة	معامل ألفا كرونباخ
١	البعد الديني	١٠	٠,٩٤٩	٠,٨٩٥
٢	البعد الوجودي	١٠	٠,٩٢٢	٠,٨٢١
٤	الدرجة الكلية	٢٠	٠,٨٥٢	٠,٨٧٧

يتضح من الجدول رقم (٣) تمتع مقياس الهناء الروحي بمعاملات ثبات مقبولة مما يطمئن الباحثة لاستخدامه في البحث الحالي.

٢- مقياس الدعم الاجتماعي المدرك متعدد الأبعاد (Zimet, et al, ١٩٩٠)

يتكون هذا المقياس من ١٢ فقرة موزعة إلى ثلاثة أبعاد كل بعد يحتوي على ٤ بنود هي: دعم العائلة ويشمل الفقرات (٣، ٤، ٨، ١١)، دعم الأصدقاء ويشمل الفقرات (٦، ٧، ٩، ١٢)، دعم الشريك ويشمل الفقرات (١، ٢، ٥، ١٠)، تتم الإجابة عن فقرات المقياس وفقاً لمقياس "ليكرت" السباعي؛ حيث تقدر البدائل (لا تنطبق أبداً، لا تنطبق إلى حد ما، لا تنطبق، أحياناً، تنطبق، تنطبق إلى حد ما، تنطبق تماماً) بالدرجات (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧) على التوالي، يحتوي المقياس على درجة كلية وثلاث درجات فرعية، تتراوح الدرجة الفرعية للبعد بين (٤-٢٨)، والدرجة الكلية بين ١٢، ٨٤ وتشير الدرجة المرتفعة إلى تمتع الأم بمستوى عالٍ من الدعم الاجتماعي المدرك.

الخصائص السيكومترية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك

يتصف مقياس الدعم الاجتماعي المدرك بخصائص سيكومترية جيدة، في البيئة الأجنبية؛ حيث قام معد المقياس بالتحقق من صدق المقياس وثباته، و ثبتت صلاحيته النفسية في العديد من الدراسات التي أجريت على مجموعات مختلفة من المراهقين والبالغين في جميع أنحاء العالم (Canty-Mitchell & Zimet, ٢٠٠٠; Cecil, et al, ١٩٩٥; Kee-Lee, ٢٠٠٠; Zimet, et al, ١٩٩٠; Kazarian & MacCabe, ١٩٩١; Stanley, et al, ١٩٩٨; Zimet et al., ١٩٨٨; حيث قام معد المقياس بإجراء التحليل العاملي الاستكشافي والذي أسفر عن وجود ثلاثة عوامل هي (العائلة، والاصدقاء، والشريك) بنسبة تباين ارتباطي بين الأبعاد الفرعية للمقياس والدرجة الكلية (٣، ٧٩٪ و ٩، ٨٣٪)، كما تم حساب الاتساق الداخلي في العديد من الدراسات والتي أسفرت عن اتساقاً داخلياً جيداً إلى ممتاز، كما تم التحقق من ثبات الاختبار باستخدام معامل ألفا كرونباخ لمقاييس الدعم الاجتماعي المدرك بأبعاده الفرعية والتي تراوحت بين (٠,٨١ - ٠,٩٨) في العينات غير الاكلينيكية، و (٠,٩٢ - ٠,٩٤) في العينات الاكلينيكية (Zimet, et al, ١٩٨٨) مما يؤكد تمتعه بثبات عالي. أما بالنسبة للبيئة المصرية، فقد قامت الباحثة فيما يلي بعرض مؤشرات كل من صدق المقياس وثباته:

(١) صدق المقياس:

للتحقق من صدق المقياس قامت الباحثة بحساب صدق البناء العاملي للمقياس على العينة الاستطلاعية (ن=١٠٠)، باستخدام طريقة المكونات الرئيسية لـ"هوتلينج"، وتم وضع فقرات مقياس الدعم الاجتماعي المدرك وعددها (١٢) فقرة، وتم التدوير المتعامد للعوامل، وأسفرت نتائج المصفوفة العاملية عن وجود (٣) عوامل، وجدول (٤) أوضح ذلك.

جدول رقم (٤) يوضح المصنوفة العملية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك

العامل الأول/ دعم الزوج			العامل الثاني/ دعم العائلة			العامل الثالث/ دعم الأصدقاء		
الفقرة	التشيع		الفقرة	التشيع		الفقرة	التشيع	
١	٥	٨٦٥,٠	٣	٠,٧٩٧	٦	٧	٠,٨٤٥	
٢	٢	٨٤٨,٠	٤	٠,٧٦٥	٧	١٢	٠,٨٣٧	
٥	١	٨٠٨,٠	٨	٠,٧٤٠	٩	٩	٠,٧٦٤	
١٠	١٠	٧٢٣,٠	١١	٠,٦٤٦	١٢	٦	٠,٧٥٤	
الجذر الكامن		٤,٤٦٩		٤,١١٧			٩٠١,٣	
التباين الارتباطي		٢٧,٩٣٢		٢٣,١٢٣			٣٨٢,٢٤	
التباين العملي		%٣٧,٩٣٢		%٥٣,٦٦٢			٠٤٥,٧٨	

بمراجعة جدول (٤) يمكن ملاحظة أن المصنوفة العملية أسفرت عن وجود (٣) عوامل، استحوذوا على نسبة تباين ارتباطي قدره (٧٠,٨٥٩)، حيث تشبعت على العامل الأول، والثاني والثالث (٤) فقرات لكل منهما تشبعًا دالًا إيجابيًا كما هو موضح بالجدول، حيث تراوحت ما بين (٠,٦٤٦ - ٠,٨٦٥)، وفقا لقيم التشبعات الخاصة بعبارات مقياس الدعم الاجتماعي المدرك بالجدول (٥) كما يمكن ملاحظة أن هذه القيم كانت كبيرة ودالة مع استخدام القيمة (٠,٣) لجيلفورد كمحك لدلالة التشبع على العامل الأول بعد التدوير، مما يعد مؤشراً على الصدق العملي لمقياس التسامح المستخدم في هذه الدراسة بشكل عام. ثبات المقياس:

تم التحقق من ثبات مقياس الدعم الاجتماعي المدرك باستخدام طريقتين، هما: طريقة ثبات معامل ألفا كرونباخ، وطريقة ثبات التجزئة النصفية، وذلك لدى عينة البحث (ن = ١٠٠)؛ حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ (٠,٨٩١)، كما بلغ ثبات التجزئة النصفية (٠,٧٢٦)، وبلغ معامل الثبات بعد تصحيح الطول بمعادلة "سبيرمان- براون" (٠,٨٤١)، مما يشير إلى تمتع مقياس الدعم الاجتماعي المدرك بمعاملات ثبات مقبولة في البحث الحالي ويوضح جدول (٥) ذلك.

جدول (٥) معاملات ثبات التجزئة النصفية و ألفا كرونباخ لمقياس الدعم العائلي المدرك(ن)=

(١٠٠)

م	الدعم الاجتماعي المدرك	عدد الفقرات	ثبات التجزئة		معامل ألفا كرونباخ
			ر بين النصفين	التصحیح بمعادلة "سبيرمان-براون"	
١	دعم الزوج	٤	٠,٨١٥	٠,٨٩٨	٠,٨٣٧
٢	دعم العائلة	٤	٠,٨٤١	٠,٩١٤	٠,٨١٩
٣	دعم الأصدقاء	٤	٠,٧٧٥	٠,٨٧٤	٠,٨٣٤
٤	الدرجة الكلية	١٢	٠,٨٦٤	٠,٩٢٧	٠,٨٩١

يتضح من الجدول رقم (٥) تمتع مقياس الدعم الاجتماعي المدرك بمعاملات ثبات مقبولة مما يطمئن الباحثة لاستخدامه في البحث الحالي.

٣- مقياس اكتئاب ما بعد الولادة (إعداد: Cox, et al, ١٩٨٧ ترجمة: الباحثة)

يتكون المقياس من (١٠) فقرات متعددة الاختيارات تتم الإجابة عن فقرات المقياس وفقاً لمقياس "ليكرت" الرباعي؛ حيث تقدر البدائل بـ (٠، ١، ٢، ٣)، وتتراوح درجات الاكتئاب بين (٠ - ٨) لا يوجد اكتئاب، ومن (٩-١٢) اكتئاب محتمل، ومن (١٣ فأكثر) اكتئاب شديد، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (صفر، ٣٠).

الخصائص السيكومترية لمقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة

يتصف إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة بخصائص سيكومترية جيدة، في البيئة الأجنبية والعربية؛ حيث قام معد المقياس بالتحقق من صدق المقياس وثباته، حيث قام بحساب الصدق التلازمي لمقياس إدنبرة وقائمة بيك للإكتئاب بعد (٤) أسابيع من الولادة، وكانت نسبة (ر = ٠,٧٩)، وتم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس بمعاملات أعلى من (٠,٨٠)، كما تم التحقق من ثبات الاختبار باستخدام معامل ألفا كرونباخ والتي بلغت (٠,٨٦)، كما ثبتت صلاحية المقياس النفسية في العديد من الدراسات ومنها ما ترجم إلى اللغة التركية (Engindeniz, et al, ١٩٩٩)، وترجم إلى العديد من اللغات واستخدم في العديد من الدراسات النفسية والطبية (Norazman and Lee, ٢٠٢٤; Bala, et al, ٢٠٢٤; Cheadle, ٢٠٢٠; Yörük, et al, ٢٠١٨; & Schetter, ٢٠١٨). أما بالنسبة للبيئة المصرية، فقد قامت الباحثة فيما يلي بعرض مؤشرات كل من صدق المقياس وثباته:

أ- الصدق العاملي:

قامت الباحثة بحساب صدق البناء العاملي للمقياس على العينة الاستطلاعية (ن = ١٠٠)، باستخدام طريقة المكونات الرئيسية لـ "هوتلينج"، ولم يتم تدوير العوامل، ولكن تم الاكتفاء بالمصفوفة العاملية قبل التدوير، حيث ينظر إلى العامل الأول قبل التدوير على أنه يمثل العامل العام، فإذا تشبعت عليه جميع أو معظم عبارات المقياس تشبّعاً دالاً كان هذا مؤشراً جيداً على الصدق العاملي للمقياس (فرج، ١٩٨٠، ص. ١٥١). وأسفرت نتائج المصفوفة العاملية قبل التدوير لمقياس إدنبرة لإكتئاب ما بعد الولادة، أن المصفوفة العاملية قد استحوذت على نسبة تباين ارتباطي قدره (٥٧,٨٨٦)، كما بلغ الجذر الكامن للعامل الأول قبل التدوير (٥,١٥٢)، استقطب نسبة تباين قدرها (٤٢,٤٥٢٪) من حجم التباين الارتباطي، كما تشبّع على هذا العامل جميع عبارات المقياس (وعددتها ١٠ فقرات) تشبّعاً دالاً وإيجابياً وفقاً لمحك "جيلفورد" (٠,٣) فأكثر، وكان أقل تشبّع للعبارة رقم (١٠) وتشبّعها (٠,٤٨٦)، وأعلى تشبّع للعبارة (٦) وتشبّعها (٠,٨٥٥)، مما يشير إلى صدق مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة. و جدول (٦) يوضح ذلك

جدول (٦) العبارات التي تشبعت تشبّعاً دالاً على العامل الأول قبل التدوير (ن = ١٠٠)

العامل الأول قبل التدوير			
الفقرة	التشبع	الفقرة	التشبع
١	٠,٦١٩	٦	٠,٨٥٥
٢	٠,٦٣٧	٧	٠,٧٥٠
٣	٠,٥٧٣	٨	٠,٧٤٦
٤	٠,٧٠٩	٩	٠,٦٠٣
٥	٠,٥٧٥	١٠	٠,٤٨٦
الجذر الكامن للعامل		٥,١٥٢	
التباين الارتباطي للعامل		٪٤٢,٤٥٢	

ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة باستخدام طريقتين، هما: طريقة ثبات معامل ألفا كرونباخ، وطريقة ثبات التجزئة النصفية، وذلك لدى عينة البحث (ن = ١٠٠)؛ حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ (٠,٧٨٧)، كما بلغ ثبات التجزئة النصفية (٠,٦٨٣)، وبلغ معامل الثبات بعد تصحيح الطول بمعادلة "سبيرمان-براون" (٠,٧٩١)، مما يشير إلى تمتع مقياس إدنبرة لاكتئاب ما بعد الولادة بمعاملات ثبات مقبولة في البحث الحالي..

٤. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدم في الدراسة الحالية الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات، وللهدف من الدراسة، وهذه الأساليب هي: تحليل الانحدار الخطي المتعدد *Multiple Linear regression analysis*، وتحليل التباين الثنائي، ودلالة قيمة "ت" للفروق بين متوسطات المجموعات غير المرتبطة، للتحقق من صحة فرضي الدراسة.

تفسير نتائج البحث ومناقشتها:

قبل عرض نتائج البحث تم استخدام الإحصاء الوصفي، والذي يشمل: المدى، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والخطأ المعياري للمتوسط، والالتواء، والتفطح، على متغيرات البحث الحالي؛ للتحقق من اعتدالية توزيع درجات عينة البحث الحالي من الأمهات حديثي الولادة. وجدول (٧) يوضح ذلك جدول (٧) الإحصاء الوصفي لدرجات عينة الدراسة الكلية (ن=١٢٧) على مقاييس: الهناء الروحي وبعديه، والدعم الاجتماعي المدرك وأبعاده، واكتئاب ما بعد الولادة.

وتشير نتائج الجدول (٧) أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم الالتواء والتفطح جميعها موزعة توزيعاً اعتدالياً في متغيرات البحث الحالي؛ حيث لم يزد الالتواء عن $\pm 0,786$ ، في حين لم يزد التفطح عن $\pm 1,31$ ، وفي جميع متغيرات البحث، وبناءً على ذلك تم استخدام الأساليب الإحصائية البارامترية فيما يتعلق بالالتواء والتفطح، وفيما يلي عرض نتائج البحث ومناقشتها.

المقاييس	المدى	أقل قيمة	أعلى قيمة	المتوسط	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	التباين	الالتواء	التفطح
١. مقاييس الهناء الروحي وأبعاده	١. البعد الديني	٤٣	١٥	٥٨	٤٤,٢٢٠	٦٩٦,٠	٧,٨٤٩	-٧٨٦,٠	٨٣٤,٠
	٢. الوجودي	٤١	١٣	٥٤	٣٨,٩٠٦	٦٢٢,٠	٧,٠١٠	-٧٧٤,٠	٣١٤,١
	٧. الدرجة الكلية	٨١	٢٨	١٠٩	٨٠,٢٦٧	١,٥٢٣	١٧,١٧٤	-٦٢٤,٠	-١٣٩,٠
٢. مقاييس الدعم الاجتماعي	١. دعم الزوج	٢٢	٦	٢٨	٢٠,٨١٨	٤٣٧,٠	٤,٩٢٧	-٤٦٦,٠	-١٨٦,٠
	٢. دعم العائلة	٢٠	٨	٢٨	٢٩,٢٥٩	٣٨٢,٠	٤,٣٠٨	-٢٨٨,٠	١٥٧,٠
	٣. دعم الأصدقاء	٢٤	٤	٢٨	١٦,٣٥٤	٤٦٢,٠	٥,٢١٥	٠,٦٠,٠	٣٠٢,٠
٣. مقاييس اكتئاب ما بعد الولادة	الدرجة الكلية	٥٣	٣٠	٨٣	٥٧,٨٣٤	١,٠٦٤	١١,٩٩٥	-٢٤٢,٠	-٦٨٩,٠
	مقياس اكتئاب ما بعد الولادة	٢٣	٥	٢٨	١٥,٧٠١	٣٠١,٠	٣,٤٠٢	٢٢٩,٠	٢٢٨,١

الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه: لا يختلف اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة باختلاف نوع المولود (ذكر/ أنثى) وباختلاف طريقة الولادة (قيصرية/ طبيعية) وباختلاف عمر الأم (الأصغر/ الأكبر سناً).

وللتحقق من صحة هذا الفرض. أمكن استخدام تحليل التباين المزدوج لدرجات عينة الدراسة (ن= ١٢٧) على مقياس اكتئاب ما بعد الولادة، والجدول (٧) يوضح هذه النتائج.

جدول (٧) تحليل التباين المزدوج لدرجات عينة الدراسة من الأمهات حديثي الولادة (ن= ١٢٧) على اكتئاب ما بعد الولادة تبعا لنوع المولود (ذكر/ أنثى)، طريقة الولادة ((قيصرية/ طبيعية) وعمر الأم (الأصغر/ الأكبر سناً).

مصدر التباين	د ح	مجموع المربعات	متوسط المربعات	النسبة الفائية (ف)	الدالة
(أ) نوع المولود (ذكر- أنثى)	١	٣٧٤,١٨٧	٣٧٤,١٨٧	٥١,٠٧٧	٠,٠٠١
(ب) طريقة الولادة (قيصرية - طبيعية)	١	١٦,٧٧٣	١٦,٧٧٣	٢,٢٩٠	٠,٠٠١
(ج) السن (أصغر - أكبر)	١	٣,٩٢٩	٣,٩٢٩	٠,٤٣٠	لا توجد
التفاعل (أ X ب X ج)	١	٨,٥٢٣	٨,٥٢٣	٠,٢٩١	لا توجد
الخطأ	١١٩	٨٧١,٧٨١	٧,٣٢٦	--	--
المجموع	١٢٧	٣٢٧٦٦,٠	--	--	--

وتشير نتائج الجدول (٧) إلى أن اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة يختلف باختلاف متغير نوع المولود (ذكر / أنثى)، حيث بلغت النسبة "ف" (٥١,٠٧) ، ولها دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٠١ ، يختلف باختلاف طريقة الولادة (قيصرية/ طبيعية)، حيث بلغت نسبة "ف" (٢,٢٩٠) ، ولها دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٠١ ، وهذه النتيجة تأتي في الاتجاه المعارض لصحة الفرض الأول، في حين أظهرت النتائج أيضا أن اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة لا يختلف باختلاف السن (الأصغر / الأكبر سناً)، حيث بلغت النسبة "ف" (٠,٤٣٠) وليس لها دلالة إحصائية، كما لا يختلف اكتئاب ما بعد الولادة لديهن نتيجة التفاعل بين متغير: نوع المولود، وطريقة الولادة، السن، حيث بلغت النسبة "ف" (٠,٢٩١) وليس لها دلالة إحصائية، وتأتي هاتين النتيجةين في الاتجاه المؤيد لصحة الفرض الأول. وتتفق نتيجة الفرض مع نتائج دراسة (Shitu, et al, ٢٠١٩) في أن نوع المولود منبئ باكتئاب

ما بعد الولادة، وأن الأمهات اللاتي ينجبن إناثاً كنّ أكثر اكتئاباً مقارنة باللاتي أنجبن ذكورا، كما تتفق نتائج البحث مع ما توصل إليه (Patel, et al, ٢٠٠٢) إلى وجود ارتباط بين جنس المولود، وانخفاض الدخل الاقتصادي واكتئاب ما بعد الولادة، فكلما كان جنس المولود ذكراً، كلما قل الاكتئاب، وكلما زاد دخل للأسرة كلما قل الاكتئاب والعكس صحيح. وفي هذا الصدد فحص (Ye, et al, ٢٠٢٢) (٢٣) دراسة شملت ١١٩,٧٣٦ امرأة، وتوصل إلى أن الأمهات اللاتي أنجبن مولوداً أنثى أبلغن عن زيادة كبيرة في خطر الإصابة باضطراب ما بعد الولادة مقارنة بمن أنجبن مولوداً ذكر. وتتفق أيضاً مع دراسة (Gurung & Bask, ٢٠٢٤) أن النساء اللاتي أنجبن أطفالاً إناثاً كن أكثر عرضة بنسبة (٣٠٪) المائة للإصابة بأعراض الاكتئاب بعد الولادة. وتختلف مع نتائج دراسة (Cowell, et al, ٢٠٢١) كان لدى النساء الحوامل ينجبن ذكر مقابل جنين أنثى احتمالات أكبر بكثير من أعراض الاكتئاب خلال فترة ما بعد الولادة مقارنة بالنساء اللاتي لم تظهر عليهن أعراض الاكتئاب خلال أي من الفترتين بينما اختلفت نتيجة الفرض مع (الزهراني، ٢٠١٥) في أنه لا توجد فروق في اكتئاب ما بعد الولادة تبعاً لمتغير نوع المولود وتختلف نتائج البحث الحالي مع نتائج دراسة (Alshahrani, et al, ٢٠٢٤) في وجود فروق في اكتئاب ما بعد الولادة في طريقة الولادة في اتجاه الولادة القيصرية، واتفقت مع نتائج دراسة (Ning, et al, ٢٠٢٤) في وجود ارتباط دال موجب بين الولادة القيصرية واكتئاب ما بعد الولادة، كما أوضحت وجود فروق بين المجموعة القيصرية والطبيعية في اكتئاب ما بعد الولادة ف اتجاه الولادة القيصرية. وتتفق مع ما أوضحت دراسته (Rajaipour, et al, ٢٠١٩) عن وجود ارتباط قوي بين اكتئاب ما بعد الولادة ونوع الولادة. وتتفق نتائج البحث بأن اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة، لا يختلف باختلاف متغير العمر (الأكبر/ الأصغر سناً). وتتفق نتيجة الفرض مع نتائج دراسة (وحمود، ٢٠٢٠) في أنه لا توجد فروق في اكتئاب ما بعد الولادة تبعاً لمتغير عمر الأم، بينما تختلف النتائج في أن الفروق في اكتئاب ما بعد الولادة تبعاً لمتغير العمر في اتجاه الأمهات الأصغر سناً، وبالرغم من أن نتائج البحث الحالي أوضحت عدم وجود فروق في اكتئاب ما بعد الولادة تبعاً لمتغير العمر إلا أن المتوسط الأعلى كان في اتجاه الأمهات الأصغر سناً. وهو ما يفسر أن الامهات الأصغر سناً غالباً ما يفتقرن إلى المعرفة والمهارات والمصادر الكافية للتعامل مع الأمومة المبكرة مقارنة بالأمهات الأكبر سناً (Van Zyl et al., ٢٠١٥)، واللاتي قد تستغرق عملية اكتساب مهارات الأمومة ما يصل إلى أربعة أشهر بعد الولادة لبعض الأمهات (Erfina et al., ٢٠١٩) كما تواجه الأمهات الأصغر سناً أعباء إضافية خلال فترة الأمومة المبكرة، مما يؤدي إلى الضغط والاكتئاب (Mangeli et al., ٢٠١٧) بالإضافة إلى التغيرات الهرمونية أثناء الحمل وبعد الولادة، والألم الجسدي أثناء الولادة، ومسؤولية رعاية الطفل .

وتختلف مع نتائج دراسة (Nauret, ٢٠١٢) إلى أن هناك علاقة وثيقة بين عمر الأم واكتئاب ما بعد الولادة، حيث إنه كلما كان عمر الأم أقل، كلما تعرضت لاكتئاب ما بعد الولادة بشكل أكبر، وكذلك قامت بممارسات لم تقم بها الأكبر سناً؛ كالتدخين، وعدم إرضاع الطفل، وعدم الاهتمام بالتغذية وذلك للمحافظة على رشاقتها. ولاختبار مصدر واتجاه الفروق الدالة، أمكن حساب الدلالة الإحصائية للفروق بين مجموعتي نوع المولود (ذكر - أنثى) ، وطريقة الولادة (قيصرية - طبيعية)، على مقياس اكتئاب ما بعد الولادة، باستخدام قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعات غير المرتبطة (المستقلة)، والجدول (٨) يوضح هذه النتائج.

جدول (٨) الدلالة الإحصائية للفروق في اكتئاب ما بعد الولادة بين مجموعتي:

نوع المولود (ن=٧٦ أنثى و ٥١ ذكر) وطريقة الولادة (ن=٧٢ قيصرية و ٤٥ طبيعية).

مجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة	في اتجاه مجموعة
نوع المولود	(ذكر) ٥١	١٢,١٦	٢,٤٣٦	٧,٧١٨	٠,٠٠١	الأنثى
	(أنثى) ٧٦	١٧,٤٠	٢,٨٤٩			
طريقة الولادة	قيصرية ٧٢	١٧,٢٣	٣,٠٧٦	٨,٦٠٢	٠,٠٠١	القيصرية
	طبيعية ٤٥	١٢,٩١	١,٨٤٤			

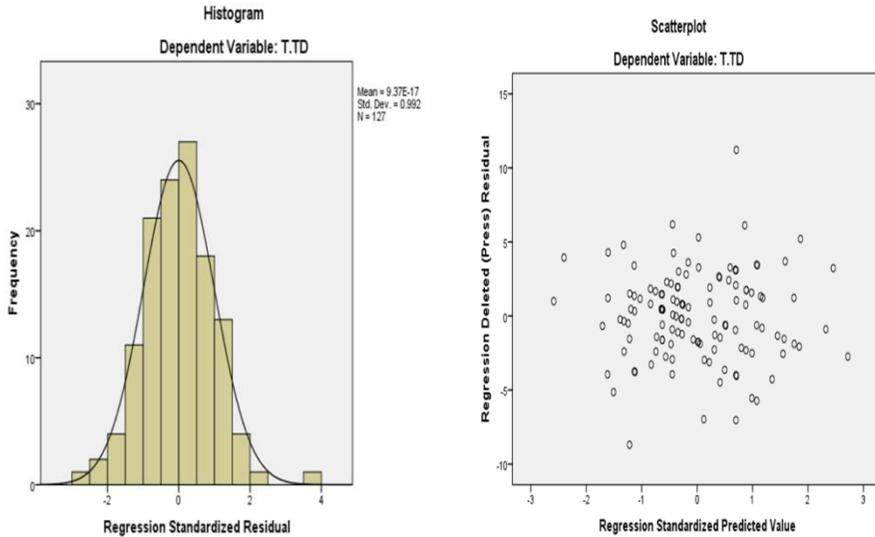
ومن الجدول (٨) يمكن الخروج بنتيجة أن مجموعة حديثي الولادة اللائي ينجن إناثا كن أكثر اكتئابا (متوسط ١٧,٤٠)، وذلك بمقارنتهن بمجموعة اللائي أنجن ذكورا (متوسط ١٢,١٦)، وبلغت قيمة "ت" (٧,٧١٨) ولها دلالة عند مستوى (٠,٠٠١). كما يوضح الجدول أيضا أن الأمهات اللائي ولدن بالطريقة القيصرية كن أكثر اكتئابا من اللائي ولدن بالطريقة الطبيعية بمتوسط (١٧,٢٣)، مقارنة بمجموعة الولادة الطبيعية (متوسط ١٢,٩١)، وبلغت قيمة "ت" (٨,٦٠٢) ولها دلالة عند مستوى (٠,٠٠١). وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة كل من (Gurung & Bask, ٢٠٢٤؛ McMahon, et al, ٢٠١١) التي أظهرت وجود علاقة سلبية بين عمر الأمهات والاكتئاب، أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة بين اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة وبين متغير العمر. ومع ذلك فقد جاءت نتيجة الفرض الثاني - والخاص بمتغير السن - متعارضة مع ما توصلت إليه دراسة (Muraca & Joseph, ٢٠١٤) والذي أكد على ارتفاع معدلات اكتئاب ما بعد الولادة بين الأمهات الأكبر سنا والتي تتراوح أعمارهن ما بين (٤٠ - ٤٥) سنة مقارنة بمن هم أصغر سنا ممن تتراوح أعمارهن ما بين (٣٠ - ٣٥) سنة. واستنادا لما توصلت إليه نتائج البحث من عدم وجود فروق في اكتئاب ما بعد الولادة تبعاً لمتغير العمر في أن كلا مجموعتي البحث سواء الأكبر سنا والأصغر سنا يشتركن في الصعوبات نفسها التي تواجهها المرأة حديثة الولادة، وربما يرجع

إلى زيادة خطر الإصابة بالاكتئاب لدى النساء الأكبر سناً؛ ٢٠١٢, Aasheim, et al) (Carlson, ٢٠١١) وقد عُزِي هذا الخطر المتزايد إلى مجموعة متنوعة من العوامل، مثل الاعتقاد بأن النساء الأكبر سناً يعانين من تجارب أكثر صعوبة في الأمومة والتكيف معها (٢٠١٢, Bayrampour, et al) (ومن ناحية أخرى، وآشار آخرون إلى أن الزيادة في مضاعفات الولادة والولادات المتعددة والزيادة في استخدام تقنيات المساعدة على الإنجاب قد تساهم في ارتفاع معدلات الاكتئاب. (٢٠١١, McMahon, et al) من الممكن أن تكون المعدلات المرتفعة للاكتئاب بين الأمهات الأكبر سناً ظاهرة بيولوجية تتعلق بالعمرو والإنجاب.

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أن " يسهم الهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك في التنبؤ بانخفاض أعراض الاكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد Multiple Linear Regression Analysis، وقد تم التعامل مع درجات عينة الدراسة (ن = ١٢٧) على الدرجة الكلية للهناء الروحي وبعديته، إضافة إلى الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك ودرجة كل بعد من أبعاده الثلاثة، على أنها تمثل المتغيرات المستقلة، وعددها (٧) متغيراً مستقلاً (المتغيرات المنبئة أو المفسرة)، ومتغير تابع واحد، يتمثل في الدرجة الكلية على مقياس اكتئاب ما بعد الولادة. ونظراً لما تشير إليه النتائج الوصفية بالجدول (٧) التي تتعلق بالتواء والتفطح أن درجات عينة الدراسة من الأمهات حديثي الولادة تتوزع توزيعاً اعتدالياً على جميع المتغيرات المستقلة (المنبئة)، كما تتوزع توزيعاً اعتدالياً على مقياس اكتئاب ما بعد الولادة (المتغير التابع)، فقد تم استخدام طريقة Stepwise فهذه الطريقة هي الأفضل والأكثر استخداماً، والتي يشترط لاستخدامها اعتدالية توزيع درجات عينة الدراسة على كل من المتغيرات المستقلة والمتغير التابع، وهذا ما تم التحقق منه في الجزء السابق. كما تم التحقق منه بمراجعة الشكلين (١ و ٢).



ويمكن عرض نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد باستخدام طريقة Stepwise المتعلقة بالفرض الثاني، في الجداول التالية (من الجدول ١٠ والجدول ١١).

جدول (١٠) معاملات الارتباط لمتغيرات كل من الهناء الروحي، والدعم الاجتماعي المدرك (المتغيرات المستقلة) مع اكتساب ما بعد الولادة (المتغير التابع) لدى الأمهات حديثي الولادة (١٢٧)

الدلالة	المتغير التابع (اكتساب ما بعد الولادة)	المتغيرات المستقلة (هناك الروحي - الدعم الاجتماعي المدرك)
٠,٠٠١	٠,٥٠١-	١. البعد الديني
٠,٠٠١	٠,٣٧٨ -	٢. البعد الوجودي
٠,٠٠١	٠,٧٤٩-	٣. الهناء الروحي (درجة كلية)
٠,٠٠١	٠,٤٢٥-	٤. دعم الزوج
٠,٠٠١	٠,٢٧٤-	٥. دعم العائلة
غير دالة	٠,٠٣٠-	٦. دعم الأصدقاء
٠,٠٠١	٠,٤٦٩-	٧. الدعم الاجتماعي (درجة كلية)

وتشير نتائج الجدول (١٠) إلى أن جميع المتغيرات المستقلة (هناك الروحي والدعم الاجتماعي المدرك)، ترتبط ارتباطاً سلبياً ولها دلالة إحصائية (عند مستوى ٠,٠٠١) مع المتغير التابع (اكتساب ما بعد الولادة)

لدى الأمهات حديثي الولادة ما عدا بعد " دعم الأصدقاء"، ومع ذلك فإن أعلى هذه الارتباطات كان معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للهناء الروحي وبين اكتئاب ما بعد الولادة بمعامل ارتباط (-٠,٧٥٠) (\)

الدلالة	قيمة ت	Stand, Coeff	Unstand, Coeff		دلالة ف	ف	نسبة الإسهام	ر	ر	النموذج	المتغيرات المستقلة المنبئة
		Beta	الخطأ المعياري	B							
٠,٠٠١	٢٨,١٩٨	--	٠,٩٧٩	٢٧,٥٩	٠,٠٠١	١٥٤,٣	%٥٥	٠,٥٥	٠,٧٤-	Constant	(a) الهناء الروحي (درجة كلية)
٠,٠٠١	١٢,٤٢٣-	--٠,٧٤٣	٠,٠١٢	٠,١٥٠-						الهناء الكلي	

وله دلالة عند مستوى (٠,٠٠١)، يلي ذلك معامل الارتباط بين متغير "البعد الديني" (وهو أحد أبعاد الهناء الروحي)، وبين اكتئاب ما بعد الولادة، بمعامل ارتباط (-٠,٥٠١) وله دلالة عند مستوى (٠,٠٠١). وقد تم استخراج نتائج تحليل الانحدار للمتغيرات المستقلة التي لها إسهام في التنبؤ باكتئاب ما بعد الولادة لدى لأمهات حديثي الولادة والتي يتم وضعها في معادلة الانحدار، بالجدول (١١).

جدول (١١) نتيجة تحليل الانحدار للمتغيرات المستقلة التي لها إسهام في التنبؤ

بخفض اكتئاب ما بعد الولادة ويتم وضعها في معادلة الانحدار (ن = ١٢٧)

(a) المنبئات (constant) الهناء الروحي (درجة كلية)

(b) المتغير التابع: اكتئاب ما بعد الولادة.

وتشير نتائج الجدول (١١) في النموذج الأول (a) إلى أن قيمة معامل الارتباط (R) بين الدرجة الكلية للهناء الروحي، وبين اكتئاب ما بعد الولادة بلغت (-٠,٧٤)، كما بلغ مربع معامل الارتباط بينهما (٠,٥٥)، وعلى ذلك، فإن الدرجة الكلية للهناء الروحي، تسهم في التنبؤ باكتئاب ما بعد الولادة بنسبة (٥٥%). كما تشير نتائج الجدول (١١) الخاص بتحليل الانحدار في النموذج الأول (a) أن قيمة (ف) المتعلقة بمدى تأثير الدرجة الكلية للهناء الروحي (المتغير المستقل)، في اكتئاب ما بعد الولادة (المتغير التابع)، بلغت (١٥٤,٣) ولها دلالة عند مستوى (٠,٠٠١)،

وبمراجعة نتائج الجدول (١٠) والخاص بمعاملات المتغيرات المستقلة التي دخلت معادلة الانحدار بعد أن تم تحويلها إلى علامات معيارية Standard Coff والموجودة في عمود Beta فمن خلال هذه القيم يمكن معرفة ما هي المتغيرات المستقلة التي لها أكبر التأثير في التنبؤ بالمتغير التابع (اكتئاب ما بعد الولادة)، من

خلال حجم قيمة Beta الخاصة بكل متغير، وأيضا من خلال دلالة قيمة (t). وتشير نتائج الجدول (١١) إلى أن قيمة Beta للدرجة الكلية للهناء الروحي هي الأكبر، حيث بلغت (-٠,٧٤٣)، وقيمة (t) دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، وعلى ذلك فإن الدرجة الكلية للهناء الروحي لها الاسهام الأكبر في اكتساب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة، أما باقي المتغيرات المستقلة، فليس لها اسهام في التنبؤ باكتساب ما بعد الولادة، ويكون من الواجب حذفها من معادلة التنبؤ، والابقاء فقط على متغير الدرجة الكلية للهناء الروحي. إن قيمة معامل الانحدار الجزئي (B)، سالبة لمتغير الدرجة الكلية للهناء الروحي، وبين اكتساب ما بعد الولادة فهي سالبة وعكسية، وعلى ذلك يمكن صياغة معادلة الانحدار، التي تساعد في التنبؤ بدرجة اكتساب ما بعد الولادة (المتغير التابع) بمعلومية درجات كل من " الدرجة الكلية للهناء الروحي" كما يلي:

$$\text{اكتساب ما بعد الولادة} = 27,59 + (-0,150 \times \text{عامل الهناء الكلي "درجة كلية"})$$

وتوضح هذه المعادلة، أنه كلما ارتفع مستوى الهناء الروحي (درجة كلية) لدى الأمهات حديثي الولادة

الدلالة	قيمة ت	Stand, Coeff	Unstand, Coeff		دلالة ف	ف	نسبة الإسهام	ر	ر	النموذج	المتغيرات المستقلة المنبئة
		Beta	الخطأ المعياري	B							
٠,٠٠١	١٧,٦٧٧	--	٤,٨١	٢٣,٣٩٣	٠,٠٠١	٣٥,٢	%٢٢	٠,٢٢	٠,٤٧-	Constant	(a) الدعم (درجة كلية)
٠,٠٠١	-٥,٩٣٥	-٠,٤٦٩	٠,٠٢٧	٠,١٣٣-							الدعم الكلي
٠,٠٠١	١٧,٤٧٠	--	٤,٧٩	٢٢,٧٠٥	٠,٠٠١	٢٣,٦	%٢٧	٠,٢٧	٠,٥٣-	Constant	(b) الدعم (درجة كلية)
٠,٠٠١	-٦,٨٥٦	٠,٦٠٥-	٠,٠٣٧	٠,١٧٢-							الدعم الكلي
٠,٠٠١	٣,٠٨٦	٠,٢٧٢	٠,١٨١	٠,١٩٦-							دعم الزوج

كلما انخفض مستوى اكتساب ما بعد الولادة، وتأتي النتيجة في الاتجاه المؤيد لصحة الفرض الثاني. وعن

اسهام متغير الدعم الاجتماعي المدرك في التنبؤ باكتساب ما بعد الولادة يوضح جدول (١٢) ذلك

جدول (١٢) نتيجة تحليل الإنحدار للمتغيرات المستقلة التي لها إسهام في التنبؤ

بخفض اكتساب ما بعد الولادة ويتم وضعها في معادلة الإنحدار (ن = ١٢٧)

(a) المنبئات (constant) الدعم الاجتماعي المدرك (درجة كلية)

(b) المنبئات (constant) الدعم (درجة كلية)+ بعد " دعم الزوج".

(c) المتغير التابع: اكتساب ما بعد الولادة.

وتشير نتائج الجدول (١٢) في النموذج الأول (a) إلى أن قيمة معامل الارتباط (R) بين الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك، وبين اكتئاب ما بعد الولادة بلغت (-٠,٤٧)، كما بلغ مربع معامل الارتباط بينهما (٠,٢٢)، وعلى ذلك، فإن الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك، تسهم في التنبؤ بخفض اكتئاب ما بعد الولادة بنسبة (٢٢٪). وفي النموذج الثاني (b) بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي إضافة إلى بعد "دعم الزوج" مجتمعين، وبين اكتئاب ما بعد الولادة (-٠,٥٣)، كما بلغ مربع معامل الارتباط بينهما (٠,٢٧)، وعلى ذلك فإن الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك إلى جانب الدرجة على بعد "دعم الزوج"، تسهمان في التنبؤ باكتئاب ما بعد الولادة بنسبة (٢٧٪)، وأن إسهام بعد "دعم الزوج" وحده، في التنبؤ باكتئاب ما بعد الولادة بنسبة (٥٪) فقط.

كما تشير نتائج الجدول (١٢) الخاص بتحليل الانحدار في النموذج الأول (a) أن قيمة (ف) المتعلقة بمدى تأثير الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك (المتغير المستقل)، في اكتئاب ما بعد الولادة (المتغير التابع)، بلغت (٣٥,٢٣) ولها دلالة عند مستوى (٠,٠٠١)، وفي النموذج الثاني (b) بلغت قيمة (ف) المتعلقة بمدى تأثير المتغيرين المستقلين معا (الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك إضافة إلى بعد "دعم الزوج" مجتمعين)، وبين المتغير التابع أي اكتئاب ما بعد الولادة (٢٣,٦٠) ولها دلالة عند مستوى (٠,٠٠١) أيضا. ومراجعة نتائج الجدول (١٠) والخاص بمعاملات المتغيرات المستقلة التي دخلت معادلة الانحدار بعد أن تم تحويلها إلى علامات معيارية $Standard\ Coff$ والموجودة في عمود $Beta$ فمن خلال هذه القيم يمكن معرفة ما هي المتغيرات المستقلة التي لها أكبر التأثير في التنبؤ بالمتغير التابع (اكتئاب ما بعد الولادة)، من خلال حجم قيمة $Beta$ الخاصة بكل متغير، وأيضا من خلال دلالة قيمة (t).

وتشير نتائج الجدول (١٢) إلى أن قيمة $Beta$ للدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك هي الأكبر، حيث بلغت (-٠,٦٠٥)، وقيمة (t) دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، وعلى ذلك فإن الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك لها الاسهام الأكبر في اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة، يلي ذلك متغير "دعم الزوج" حيث بلغت قيمة $Beta$ (٠,٢٧٢)، وقيمة (t) دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، أما باقي المتغيرات المستقلة، فليس لها اسهام في التنبؤ باكتئاب ما بعد الولادة، ويكون من الواجب حذفها من معادلة التنبؤ، والابقاء فقط على متغيري: الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك، وبعد "دعم الزوج".

إن قيمة معامل الانحدار الجزئي (B)، سالبة لمتغير الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك، كما أن العلاقة بين متغير "دعم الزوج"، وبين اكتئاب ما بعد الولادة سالبة وعكسية، وعلى ذلك يمكن صياغة معادلة

الانحدار، التي تساعد في التنبؤ بدرجة اكتئاب ما بعد الولادة (المتغير التابع) بمعلومية درجات كل من " الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك"، وبعده " دعم الزوج" (المتغيرين المستقلين)، كما يلي:

$$\text{اكتئاب ما بعد الولادة} = 22,71 + (-0,172) \times \text{عامل الدعم الاجتماعي المدرك "درجة كلية"} + (0,181) \times \text{عامل}$$

(دعم الزوج)

وتوضح هذه المعادلة، أنه كلما ارتفع مستوى الدعم الاجتماعي المدرك (درجة كلية) لدى الأمهات حديثي الولادة كلما انخفض مستوى اكتئاب ما بعد الولادة، وفي نفس الوقت كلما ارتفع مستوى دعم الزوج كلما انخفض مستوى اكتئاب ما بعد الولادة لديهن، وتأتي النتيجة في الاتجاه المؤيد لصحة الفرض الثاني. وقد اتفقت نتائج الفرض فيما يتعلق بوجود اسهام للدعم الاجتماعي المدرك (الدرجة الكلية، وبعده دعم الزوج)، في التنبؤ بانخفاض اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات حديثي الولادة، مع نتائج عدد من الدراسات السابقة، والتي توصلت إلى وجود ارتباط سلبى دال بين الدعم الاجتماعي والمدرك واكتئاب ما بعد الولادة.

مناقشة نتائج الفرض الثاني وتفسيرها

تتفق مع نتائج دراسة (Rajaipour , et al, ٢٠١٩) في وجود علاقة بين اكتئاب ما بعد الولادة والهناء الروحي على الدرجة الكلية وكذلك الأبعاد الفرعية. وجود ارتباط سلبى كبير بين الهناء الروحي والاكتئاب بعد الولادة بين النساء كما ارتبط الاكتئاب بعد الولادة بشكل كبير بنوع الولادة، تاريخ الإجهاض، حالة العمل، والمستوى التعليمي للنساء المشاركات في الدراسة، كما أشارت النتائج عن وجود مستوى متوسط من الهناء الروحي لدى عينة الدراسة، وأدى ارتفاع معدل الهناء الروحي إلى انخفاض درجة الاكتئاب بعد الولادة. كما تتفق مع نتائج دراسة (Noormohammadi, et al, ٢٠٢٠) التي أظهرت وجود علاقة عكسية بين درجات اكتئاب ما بعد الولادة والهناء الروحي حيث بلغت قيمة (r = ٠.٧٥ %) وارتبط انخفاض مستوى الاكتئاب بزيادة الصحة الروحية، وأنه يمكن تقليل مستوى الاكتئاب بعد الولادة من خلال زيادة مستوى الهناء الروحي.

وتتفق مع نتائج دراسة (Akçaorcid & Gül ÖZTAŞORCID) عن وجود علاقة سلبية وذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للهناء الروحي واكتئاب ما بعد الولادة، علاوة على ذلك، كلما ازداد مستوى هناء النساء، انخفضت لديهن مخاطر الاكتئاب بعد الولادة. وتتفق مع نتائج دراسة (Roh, et al, ٢٠٢١) عن وجود ارتباط سلبى دال بين الهناء الروحي، والدعم الاجتماعي والاكتئاب، كما أسهم الهناء الروحي والدعم الاجتماعي المدرك بنسبة ٤٧٪ من التباين، وتجاوزت نسبة عالية من العينة

أعراض الاكتئاب المحتمل، مما يبرز أهمية معالجة الصحة النفسية في أعقاب علاجات السرطان للنساء، كما تشير النتائج إلى أن الشعور بالهناء الجسدية، والهناء الروحي، والدعم الاجتماعي تعمل كعوامل وقائية وأدوات محتملة لخفض الاكتئاب في هذه الفئة من المرضى. كما يمكن تحسين الصحة النفسية للنساء من خلال التدخلات القائمة على تعزيز الدعم الاجتماعي والهناء الروحي. وتتفق مع نتائج دراسة Gökçay & (Aydin, ٢٠٢٤) عن وجود علاقة سلبية ضعيفة بين الهناء الروحي والاكتئاب والقلق لدى مهنيي الرعاية الصحية، وجود فروق جوهرية بين العاملين في مجال الرعاية الصحية على مقياس الهناء الروحي تبعاً للنوع، العمر، حالة إنجاب الأطفال، مستوى الدخل، سنوات العمل والمهنة. كما وجدت إحدى الدراسات أنه في فترة ما بعد الولادة، كانت النساء اللواتي شاركن في أنشطة دينية منظمة بضع مرات على الأقل في الشهر أقل عرضة بشكل كبير للإبلاغ عن مستويات مرتفعة من أعراض الاكتئاب (Mann, et al, ٢٠٠٨)

بينما تختلف نتائج الفرض مع نتائج دراسة (Jafaria, et al, ٢٠١٠) التي أظهرت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الهناء الروحي والصحة النفسية بشكل عام. ومع ذلك، لم تكن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الهناء الروحي والقلق، والخلل الاجتماعي، والاكتئاب.

وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة (Qi, et al, ٢٠٢١) التي أوضحت أن ارتفاع مستويات الدعم الاجتماعي ارتبط بارتفاع معدل الهناء النفسي، كما أظهرت نتائج الدراسة ليس فقط وجود علاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك والهناء النفسي، بل وسعت أيضاً معرفتنا بالدور الوسيط للهناء الروحي في هذه العلاقة. وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة (Akbari, et al, ٢٠٢٠) عن وجود ارتباط سلبي قوي بين الدعم الاجتماعي المدرك واكتئاب ما بعد الولادة، كما أوضح أن الدعم الاجتماعي المدرك له دور مهم في تقليل الأعراض الاكتئابية لدى الأمهات خلال فترة ما بعد الولادة. يمكن أن تساعد هذه النتيجة المتخصصين في الرعاية الصحية على بذل المزيد من الاهتمام للدعم الاجتماعي كعامل وقائي ضد الاكتئاب ما بعد الولادة في برامج رعاية ما بعد الولادة أو الحمل. وتتفق مع نتائج دراسة (Bala, et al, ٢٠٢٤) التي أوضحت أن الدعم الاجتماعي المنخفض عامل منبئ باكتئاب ما بعد الولادة، وأوضحت أن الأمهات بعد الولادة، وخاصة أولئك اللواتي يعانين من ضعف دعم الزوج، هنّ أكثر عرضة للاكتئاب.

واختلفت نتائج البحث مع نتائج دراسة (Nurbaeti, et al, ٢٠٢٣) لا يوجد ارتباط دال بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب بعد الولادة، وأكد تحليل الانحدار المتعدد أن الرضا الزوجي ودخل الأسرة وعدد الأطفال كانت العوامل الأكثر أهمية المرتبطة باكتئاب ما بعد الولادة

مما سبق يتضح أن انخفاض الدعم الاجتماعي هو أحد مؤشرات المشاكل النفسية المرتبطة بالاكتئاب والقلق ومشاكل الانتباه والمشاكل الاجتماعية والشكاوى الجسدية وانخفاض تقدير الذات (Teoh & Rose, ٢٠٠١) ويبدو أن دور الدعم الاجتماعي مهم جداً لأنه يعتبر بمثابة آلية للتخفيف من ضغوط الحياة وتعزيز الصحة والعافية (Steese, et al, ٢٠٠٦) فالفرد الذي يتلقى دعمًا اجتماعيًا جيدًا تنخفض لديه أعراض الاكتئاب، بالإضافة إلى تعزيز الهناء النفسي مع الحفاظ على استقرار الصحة النفسية (Roslan et al., ٢٠١٧; Whitley et al, ٢٠١٦). نظرًا لأن الدعم الاجتماعي المدرك مرتبط بفوائد الصحة النفسية، فقد ركزت العديد من الدراسات على تأثير الدعم الاجتماعي المدرك على الاكتئاب (Kleiman & Riskind, ٢٠١٣; Kostak et al., ٢٠١٩; Santini et al., ٢٠٢٠). كما أظهرت أن الدعم الاجتماعي المدرك مرتبط بشكل إيجابي بالهناء النفسي لدى طلاب الجامعة (Luo, et al., ٢٠١٩) وفي دراسة (Brunsting et al, ٢٠١٩) ووجد الباحثون أن تصورات الدعم الاجتماعي لها تأثير كبير على الهناء النفسي، بالإضافة إلى ذلك، كشفت دراسة سابقة على الطلاب أن الدعم الاجتماعي الذي تلقوه يؤدي إلى تعديلهم النفسي (Lashari et al., ٢٠١٨) فالأفراد الذين شعروا بأن الدعم الاجتماعي كان مرضيًا لديهم حققن مستويات هناء نفسي أفضل ونتائج صحية إيجابية (Akbari, et al, ٢٠٢٠) ومع ذلك، فإن نقص الدعم من مقدمي الرعاية الصحية و المقربين خلال الفترة الأولى المرهقة بعد الولادة قد يزيد من تفاقم المشكلة، في حين أن الأمهات اللاتي يعانين من نقص الدعم الاجتماعي غالبًا ما يواجهن تحديات في مواجهة الأمومة بما في ذلك انخفاض تقدير الذات بعد الولادة (Gao, et al, ٢٠١٢; Amar & Sejfović, ٢٠٢٣). إن نقص الدعم الاجتماعي، وبالتحديد نقص الدعم العملي أو العاطفي (Collins, et al, ١٩٩٣)، هو أحد أكثر عوامل الخطر غير البيولوجية شيوعًا لتطوير الاكتئاب بعد الولادة. فالدعم الاجتماعي يعني الدعم العاطفي والعملية المتعلقة برعاية الطفل من قبل الشريك، وعائلة الأم وعائلة الزوج، والأصدقاء والأشخاص المقربين (Hagen, ١٩٩٩). إن خلق بيئة آمنة جاهزة لفهم احتياجات الأم ومخاوفها وقلقها المتعلق بالتكيف مع دور الأم يمكن أن يقلل من مخاطر الإصابة بالاكتئاب بعد الولادة.

توصيات وبحوث مقترحة:

في ضوء ما توصل إليه البحث الحالي، توصي الباحثة بما يلي:

١. اعداد برامج ارشادية للتعامل مع الأفكار السلبية وتطوير استراتيجيات لمواجهة اكتئاب ما بعد الولادة
٢. اجراء مقابلات شخصية للأمهات الجدد أثناء الزيارات الروتينية للعيادات بعد الولادة للكشف المبكر

عن الاكتئاب

٣. تدريب القائمين بالرعاية الصحية حول كيفية التعرف على أعراض اكتئاب ما بعد الولادة وكيفية التعامل معه.

٤. التكيف الروحي كمتغير وسيط بين الضغط المدرك واكتئاب ما بعد الولادة

٥. دعم الزوج والهناء الروحي كمنبئات بجودة الحياة الأسرية لدى عينة من الأمهات الجدد

٦. اسهام الدعم الاجتماعي والتثقيف الصحي في الرضا الوظيفي لدى عينة من مقدمي الرعاية الصحية

المراجع

- جروان، علي صالح. (٢٠٠١). مصادر الدعم الاجتماعي والتوافق النفسي لدى عينة من الأطفال المساء معاملتهم من قبل أسرهم في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الإرشاد وعلم النفس التربوي، كلية التربية، جامعة اليرموك، الأردن.
- حداد، عفاف. (١٩٩٥). "سمة القلق وعلاقتها بمستوى الدعم الاجتماعي". دراسات العلوم الإنسانية، ٢٢ (٢)، ٩٥٠-٩٢٩.
- حمود، منى كامل. (٢٠٢٠). اكتئاب ما بعد الولادة وأثره على الأطفال الرضع، مجلة كلية الآداب في العلوم الانسانية، جامعة قناة السويس، ٣ (٣٢)، ٢٧٧-٣٠٩.
- الزهراني، عبد الرحمن موسى. (٢٠١٥). معدل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة وعلاقته ببعض المتغيرات بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية، مجلة كلية التربية جامعة الأزهر، ٣ (١٦٣)، ٤٣٥-٤٥٠.
- Abolqasemi, A, Taghipoor, M, Narimani, M. (٢٠١٢). Its personality type D, compassion and social support in coronary heart disease, *Journal of Health Psychology*, ٣ (١), ١-١
- Abrams, L. S & Curran, L. (٢٠٠٧). Not just a middle-class affliction: Crafting a social work research agenda on postpartum depression, *Health and Social Work*, ٣٢, ٢٨٩-٢٩٦.
- Accortt EE, Freeman MP and Allen JJB. (٢٠٠٨). Women and major depressive disorder: clinical perspectives on causal pathways, *J Womens Health*, ١٧(١٠), ١٥٨٣-١٥٩٠.
- Ahmadinezhad F, Akbarzadeh M. (٢٠١٩). Investigating the relationship of spiritual wellbeing with perceived stress and perceived social support among women with preeclampsia, *Health Spiritual Med Ethics*, ٦(٤), ٢-٩.
- Akbari V, Rahmatinejad P, Shater M, et al. (٢٠٢٠). Investigation of the relationship of perceived social support and spiritual well-being with postpartum depression, *J Educ Health Promot*, ٩(١), ١٧٤.

Akçaorcid, E.I & Gül, G H. (٢٠٢٤). Post-earthquake spiritual well-being and depression levels of postpartum women in Turkey, *Psychology, Health & Medicine*, ٢٩, (٩).
<https://doi.org/١٠.١٠٨٠/١٣٥٤٨٥٠٦,٢٠٢٤,٢٤٣٠٨٥٩>.

Alborzi, S., Movahed, M., Ahmadi, A., and Tabiee, M. (٢٠١٩). Sociological study of spiritual health in young individuals with an emphasis on social and cultural capital, *Health Spiritual Med. Ethics*, ٦, ٣٦-٤٢. doi: ١٠,٢٩٢٥٢/jhsme.٦,٤,٣٦.

Alloghani, M. M ., Baig, M.R & Alawadhi, SM. (٢٠٢٤). Sociodemographic Correlates of Postpartum Depression: A Survey-Based Study, *Iran J Psychiatry*, ١٩(٢), ١٧٤-١٨٤. doi: ١٠,١٨٥٠٢/ijps.٧١٩١٢,١٥١٠٣

Alshahrani, M.; Alqarni, N.O.T.; Aldughar, S.S.; Asiri, S.T.; Alharbi, R.I. (٢٠٢٤). The Prevalence and risk factors of postpartum depression among mothers in Najran city, *Saudi Arabia. Healthcare* ١٢,(١٠), ٩٨٦.
<https://doi.org/١٠,٣٣٩٠/healthcare١٢١٠٠٩٨٦>

Amar, A.V & Sejfović, H. (٢٠٢٣). Perceived social support, newborn temperament and socioeconomic status in postpartum depression: report from southwest Serbia, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, ١, ٣٣-٤١.

American college of obstetrics and gynaecology, www.acog.org, last accessed on dated ٢٧-٠٢-٢٠٢٤.

American Psychiatric Association. (٢٠١٣) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-٥). ٥th ed. Arlington: *American Psychiatric Publishing*.

Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. (١٩٩٩). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, ٣٤, ٢٠٢-٢١٠.

Ansari O, Shafipour V, Heidari Gorji MA, Mohammadpour RA. (٢٠١٨). Association between subjective wellbeing and perceived social support and spiritual well-being in hemodialysis patients, *J Mazandaran Univ Med Sci*, ٢٨(١٦٦), ١٤٠-٥٠٠.

Arıcı, F. (٢٠١١). Üniversite öğrencilerinde toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin algılar ve psikolojik iyi oluş (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Armstrong, D. (١٩٩٣). Medical sociology. Translation: M. tavakol. Tehran: *Institute of Scientific Publications*, ٩١-٩٢.

Arslan CA. (٢٠٠٩). Self-esteem and perceived social support in adolescence, *J Behav Health*, ٣٧, ٥٥٥-٥٦٤.

Arslantaş H, Ergin F & Balkaya N A. (٢٠٠٩). Postpartum depression prevalence and related risk factors in aydın province. Article in Turkish, *J Adnan Menderes Univ Facul Med*, ١٠: ١٣-٢٢

Asadi, M., Noroozi, M., Alavi, M (٢٠٢٠). Factors Affecting Women's Adjustment to Postpartum Changes: A Narrative Review, *Iran. J. Nurs. Midwifery Res*, ٢٥, ٤٦٣

Ayoub, K. (٢٠١٤). Prevalence of postpartum depression among recently delivering mothers in Nablus district and its associated factors. Unpublished master thesis, Public Health, Faculty of Graduate Studies, An-Najah National University, Nablus, Palestine.

Ayten, A. (٢٠٢٠). *Din ve sağlık kavram, kuram ve araştırma*. Marmara Akademi Yayınları.

Ayvaz S, Hocoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. (٢٠٠٦). The incidence of postpartum depression in Trabzon province and the risk factors during gestation, *Turk Psikiyatri Derg*, ١٧, ١-٨.

Azimi Loatti H, Danesh M, Hossini SH, Khalilian A, Zarghami M. (٢٠٠٥). Postpartum depression in women referred to health centers care-Sari, *Iran J Psychiat Clin Psychol*, ١١(١):٣١-٤٢.

Baetz, M., Bowen, R., Jones, G., & Koru-Sengul, T. (٢٠٠٦). How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population, *Canadian Journal of Psychiatry*, ٥١, ٦٥٤-٦٦١.

Bala, J., Kumari, R., Gupta, R.K., Langer, B., Mahajan, R & Zaffer I. (٢٠٢٤). Prevalence and predictors of postpartum depression among mothers attending tertiary care hospital, Jammu, *India. Natl J Community Med*, ١٥(٨), ٦٤٢- ٦٤٨. DOI: ١٠.٥٥٤٨٩/njcm.١٥٠٨٢٠٢٤٤٠٣٥

Bayram, N., & Bilgel, N. (٢٠٠٨). The prevalence and socio-demographic corre depression, anxiety and stress among a group of university students, *Social Psych Psychiatric Epidemology*, ٤٣(٨), ٦٦٧-٦٧٢.

Beck CT. (٢٠٠١). Predictors of postpartum depression: An update, *Nursing research*, ٥٠(٥), ٢٧٥-٢٨٥.

Beck, C. T. (٢٠٠٢). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, ١٢, ٤٥٣-٤٧٢. <https://doi.org/١٠.١١٧٧/١٠.٤٩٧٣٢.٢١٢٩١٢.٠٠١٦>.

Benoit, B., Aston, M., Price, S., Iduye, D., Sim, SM & Ollivier, R. (٢٠٢٣). Mothers' Access to Social and Health Care Systems Support during Their Infants' First Year during the

COVID-19 Pandemic: A Qualitative Feminist Poststructural Study, *Nurs Rep*, 13(1), 12-23. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010028>.

Berghuijs, J., Pieper, J., & Bakker, C. (2013). Conceptions of spirituality among the Dutch population, *Arch Psychol Relig*, 35, 369-398. <https://doi.org/10.1163/15737121-12341272>.

Bergin, A.E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health, *American Psychologist*, 46, 394-403.

Beydoun, HA., Al-Sahab, B., May A. Beydoun, MA & Tamim, H. (2010). Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among canadian women in the maternity experience survey, *Annals of Epidemiology*, 20(8), 575-583.

Bhullar, N., Hine, D. W., and Phillips, W. J. (2014). Profiles of psychological well-being in a sample of Australian university students, *Int. J. Psychol*, 49, 288-294. doi: 10.1002/ijop.12022.

Bin-Amara, B. (2019). A puerperium woman's depressive response: a clinical study of four cases in the maternity and Child Hospital of Mostaganem region, (unpublished master's thesis). Abdel-Hamid Ben Badis University, Mostaganem. Algeria.

Bingöl TY, Tel H. (2007). Perceived social support, postpartum depression and the affecting factors in women in the postpartum period, *J Anatol Nurs Heal Sci*, 10, 1-6.

Boswell, G. H., Kahana, E., and Dilworth-Anderson, P. (2006). Spirituality and healthy lifestyle behaviors: Stress counterbalancing effects on the well-being of older adults, *J. Relig. Health*, 45, 587-602. doi: 10.1007/s10943-006-9060-7.

Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (٢٠١٦). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care, *Hormones and Behavior*, ٧٧, ١٥٣-١٦٦. ١٠,١٠١٦/j.yhbeh.٢٠١٥,٠٨,٠٠٨

Brunsting, N. C., Zachry, C., Liu, J., Bryant, R., Fang, X., Wu, S., & Luo, Z. (٢٠١٩). Sources of perceived social support, social-emotional experiences, and psychological well-being of international students, *The Journal of Experimental Education*, ٨٩(١), ١-١٧.

Buchwald P. (٢٠١٧). Social support. Curated ref collect, *neurosci biobehav Psychol*, ٤٣٥-٤١. <https://doi.org/١٠,١٠١٦/B٩٧٨-٠-١٢-٨٠٩٣٢٤-٥,٠٥٧١٩-٩>.

Bufford, R.K., Paloutzian, R.F. and Ellison, C.W. (١٩٩١). Norms for the spiritual wellbeing scale, *Journal of Psychology and Theology*, ١٩ (١), ٥٦-٧٠.

Burke L. (٢٠٠٣). The impact of maternal depression on familial relationships, *Int Rev Psychiatry*, ١٥, ٢٤٣-٥٥.

Canty-Mitchell, J., & Zimet, G.D. (٢٠٠٠). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social Support in urban adolescents, *American Journal of Community Psychology*, ٢٨, ٣٩١-٤٠٠.

Cecil, H., Stanley, M. A., Carrion, P.G., & Swann, A. (١٩٩٥). Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients, *Journal of Clinical Psychology*, ٥١, ٥٩٣-٦٠٢.

Cheadle AC, Dunkel Schetter C; (٢٠١٨). Community child health network. mastery, self-esteem, and optimism mediate the link between religiousness and spirituality and postpartum depression, *J Behav Med*, ٤١, ٧١١-٧٢١.

Cheadle, A. C., & Dunkel Schetter, C. (٢٠١٧). Untangling the mechanisms underlying the links between religiousness, spirituality, and better health, *Social and Personality Psychology Compass*, ١١, ١-١٠.

Chi, X., Zhang, P., Wu, H., & Wang, J. (٢٠١٦). Screening for postpartum depression and associated factors among women in China: A cross-sectional study, *Frontiers in Psychology*, ٧, ١٦٦٨. ١٠,٣٣٨٩/fpsyg.٢٠١٦,٠١٦٦٨.

Chinchilla-Ochoa D, Peón PBC, Farfán-Labonne BE, Garza-Morales S, Leff-Gelman P, Flores-Ramos M. (٢٠١٩). Depressive symptoms in pregnant women with high trait and state anxiety during pregnancy and postpartum, *International journal of women's health*, ١١, ٢٥٧.

Chow, R., Huang, E., Li, A., Li, S., Fu, S.Y., Son, J.S & Foster W.G. (٢٠٢١). Appraisal of systematic reviews on interventions for postpartum depression: systematic review, *BMC pregnancy and childbirth*, ٢١(١), ١-١١.

Cirik DA, Yerebasmaz N, Kotan VO, Salihoglu KN, Akpinar F, Yalvac S. (٢٠١٦). The impact of prenatal psychologic and obstetric parameters on postpartum depression in late-term pregnancies: A preliminary study, *Taiwan J Obstet Gynecol*, ٥٥, ٣٧٤-٨.

Clark, C.C & Hunter J. (٢٠١٩). Spirituality, spiritual well-being, and spiritual coping in advanced heart failure: Review of the literature, *J Holist Nurs*, ٣٧, ٥٦-٧٣.

Clements, A. D., Fletcher, T. R., Childress, L. D., Montgomery, R. A., & Bailey, B. A. (٢٠١٦). Social support, religious commitment, and depressive symptoms in pregnant and postpartum

women, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, ٣٤, ٢٤٧-٢٥٩.

Collins, N.L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M & Scrimshaw, S.C. (١٩٩٣). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, ٦٥(٦), ١٢٤٣-١٢٥٨.

Coma, J. M. (٢٠٠٧). Spiritual practice: A literature review related to spiritual health and health outcomes, *Holistic Nursing Practice*, ٢١(٥), ٢٢٤-٢٣٦.
<https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000287986.17344.02>

Corrigan, C.P, Kwasky, A.N & Groh, C.J. (٢٠١٥). Social support, postpartum depression, and professional assistance: A survey of mothers in the midwestern united states, *The Journal of perinatal education*, ٢٤(١), ٤٨-٦٠.

Cowell, W., Colicino, E & Askowitz, T. (٢٠٢١). Fetal sex and maternal postpartum depressive symptoms: findings from two prospective pregnancy cohorts, *Biol Sex Differ*, ١٢, ٦.
<https://doi.org/10.1186/s13293-020-00348-x>.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. (١٩٨٧). Detection of postnatal depression. Development of the ١٠-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *Br J Psychiatry*, ١٥٠(٦), ٧٨٢-٧٨٦. doi: 10.1192/bjp.150.6.782

Cutrona, C.E & Troutman B.R. (١٩٨٦). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression, *Child Development*, ٥٧, ١٥٠٥ - ١٥١٨.

Dadi, A.F, Miller, E.R & Mwanri. L. (٢٠٢٠). Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-

analysis, *BMC Pregnancy Childbirth*, ٢٠(١), ٤١٦.
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03092-7>.

Dankner, R., Goldberg, R.P., Fisch, R.Z & Crum, R.M. (٢٠٠٠). Cultural elements of postpartum depression. A study of ٣٢٧ Jewish Jerusalem women, *J Reprod Med*, ٤٥, ٩٧.

De Sousa MT, Chur-Hansen A, Due C. (٢٠٢٠). First-time mother's perceptions of social support: Recommendations for best practice, *Health Psychol Open*, ٧(١), ٢٠٥٥١٠٢٩١٩٨٩٨٦١١.
<https://doi.org/10.1177/2055102919898611>.

Deci, E. L., and Ryan, R. M. (٢٠٠٨). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *J. Happiness Stud.* ٩, ١-١١. doi: 10.1007/s10902-006-9018-1.

Decker CL. Social support and adolescent cancer survivor: A review of the literature. *Psycho Oncol* ٢٠٠٧; ١٦: ١-١١.

Dennis C-L and Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* ٢٠١٣; ٤: CD٠٠٦١١٦.

Durukan, E., İlhan, M.N., Aycan, S & Bumin, M.A. (٢٠١١). Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged ٢ weeks-١٨ months, *Balkan Med J*, ٢٨, ٣٨٥-٣٩٣. doi: 10.5174/tutfd.2010.041173.

Ekşi, H., & Kardaş, S. (٢٠١٧). Spiritual well-being: Scale development and validation, *Spiritual Psychology and Counseling*, ٢, ٧٣-٨٨. <http://dx.doi.org/10.12738/spc.2017.1.022>.

Ellison, C.W. (١٩٨٣). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement, *Journal of Psychology and Theology*, ١١(٤), ٣٣٠-٣٤٠.

Engindeniz, A.N, Küey, L & Kültür, S. (١٩٩٦). Turkish version of the Edinburgh Postpartum Depression Scale: Reliability and validity study. Spring Symposiums I Book, *Psychiatric Organization of Turkey Press*, ٥١-٥٢

Erdem, Ö & Erten Bucaktepe, P.G. (٢٠١٢). The prevalence and screening methods of postpartum depression, *Dicle Med J*, ٣٩, ٤٥٨-٤٦١. doi: ١٠,٥٧٩٨/diclemedj.٠٩٢١,٢٠١٢,٠٣,٠١٨٢.

Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S & Türmen T.(٢٠٠٨). Effects of the hospitalization experience in the neonatal intensive care unit on the family and premature infant, *J Child Health Dis* ٢٠٠٨;٥١:١٠٤-١٠٩. Available at: http://www.cshd.org.tr/uploads/pdf_CSH_٢٩٧.pdf. Published April.

Erfina, E., Widyawati, W., McKenna, L., Reisenhofer, S., & Ismail, D. (٢٠١٩). Adolescent mothers' experiences of the transition to motherhood: An integrative review, *International Journal of Nursing Sciences*, ٦(٢), ٢٢١-٢٢٨. ١٠,١٠١٦/j.ijnss.٢٠١٩,٠٣,٠١٣.

EyvanBaga R, Nasiri K, Kamran A, Shamkhali R. (٢٠١٥). The relationship between depression, anxiety and spiritual health among students of Khalkhal Faculty of Medicine Sciences, *Community Health Journal*, ٩(٣):٤٧-٥٥.

Field T. (٢٠١٠). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behav Dev*, ٣٣(١), ١-٦.

Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., & Guy, L. (١٩٨٥). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions, *Developmental Psychology*, ٢٣, ١١٥٢-١١٥٦.

Fisher, J, Cabral, de Mello, M & Patel, V. (٢٠١٢). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lowermiddle-income countries: A systematic review, *Bull World Health Organ*, ٩٠, ١٣٩-١٤٩. doi:١٠,٢٤٧١/BLT.١١,٠٩١٨٥٠

Forman, D.R., O'Hara, M.W., Stuart, S., Gorman, L.L., Larsen, K.E & Coy, K.C. (٢٠٠٧). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship, *Dev Psychopathol*, ١٩, ٥٨٥-٦٠٢.

Fox, A. (٢٠١٦). *Postpartum depression and birth experiences*, Unpublished dissertation, University of Saint Katherine, Ireland.

Gabert-Quillen, C. A., Fallon, W., & Delahanty, D. L. (٢٠١١). PTSD after traumatic injury: An investigation of the impact of injury severity and peritraumatic moderators, *Journal of Health Psychology*, ١٦(٤), ٦٧٨-٦٨٧.

Gao, L, Chan, S.W and Sun, K. (٢٠١٢). Effects of an interpersonal psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at ٣-month follow up: randomised controlled trial, *Int J Nurs Stud*, ٤٩(٣), ٢٧٤-٢٨١.

Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (٢٠١٧). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, ٢-year follow-up study, *Psychological Medicine*, ٤٧(١), ١٦١-١٧٠. ١٠,١٠١٧/S.٠٣٣٢٩١٧١٦٠٠٢٣٥X

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (٢٠٠٥). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence, *Obstetrics and*

Gynecology, ١٠٦(٥ Pt ١), ١٠٧١-١٠٨٣. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183097.31630.db>

Genia, V. (٢٠٠١). Evaluation of spiritual well-being scale in a sample of college students, *International Journal for the Psychology of Religion*, ١١(١), ٢٥-٣٣.

Ghaderi, A., Tabatabaei, S. M., Nedjat, S., Javadi, M., and Larijani, B. (٢٠١٨). Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran, *J. Med. Ethics Hist. Med*, ١١, ١-٧.

Gholizadeh Shamasbi, S, Barkin, J.L., Ghanbari-Homayi, S., Eyvazzadeh, O & Mirghafourvand, M. (٢٠٢٠). The Relationship between Maternal Functioning and Mental Health after Childbirth in Iranian Women, *Int J Environ Res Public Health*, ١٧(٥), ١٥٥٨. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051558>.

Gökçay, G & Aydın, S. (٢٠٢٤). Spiritual well-being and depression, anxiety, stress levels and related factors of healthcare professionals: An Example from Turkey, Gümüşhane University, *Journal of Health Sciences*, ١٣(٣), ١٠٨٧-١٠٩٨

Gomez, R., & Fisher, J. W. (٢٠٠٣). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire, *Personality and Individual Differences*, ٣٥, ١٩٧٥-١٩٩١.

Gülaçtı, F. (٢٠١٠). The effect of perceived social support on subjective well-being, *Proc Soc Behav Sci*, ٢(٢), ٣٨٤٤-٣٨٤٩.

Guntzville, L.M., Williamson, L.D & Ratcliff, C.L. (٢٠٢٠). Stress, social support, and mental health among young adult Hispanics, *Fam Commun Health*, ٤٣, ٨٢-٩١. doi: 10.1097/FCH.000000000000224

Gupta, M., Patra, M., Hamiduzzaman, M., McLaren, H & Patmisari, E. (٢٠٢٤). Social support postpartum: Bengali women from india on their coping experiences following childbirth, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, ٢١, ٥٥٧. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050557>

Gurung, R.A. Belmont C.A: Thomson-Wadsworth. (٢٠٠٦). *Health Psychology: A Cultural Approach*.

Gurung, R & Bask, M. (٢٠٢٤). Does mistreatment during institutional childbirth increase the likelihood of experiencing postpartum depressive symptoms? A prospective cohort study in Nepal, *Glob Health Action*, ٣١, ١٧(١), ٢٣٨١٣١٢. doi: ١٠.١٠٨٠/١٦٥٤٩٧١٦,٢٠٢٤,٢٣٨١٣١٢.

Habibzadeh, A & Habibzadeh, Z.(٢٠١٦). Evaluation of effective factors and its prevalence on postpartum depression among women in the city of Qom, Iran, *Int J Womens Health Reprod Sci*, ٤(١), ٢٣-٨. doi: ١٠,١٥٢٩٦/ijwhr.٢٠١٦,٠٦.

Hagen, E.H. (١٩٩٩). The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior*, ٢٠(٥), ٣٢٥-٣٥٩.

Hahn-Holbrook, J, Cornwell-Hinrichs T & Anaya I. (٢٠١٧). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of ٢٩١ studies from ٥٦ countries, *Front Psychiatry*, ٨, ٢٤٨.

Harooni, J., Hassanzadeh, A., Salahshoori, A., Poorhaji, F & Mostafavi, F. (٢٠١٣). Investigation impact of perceived social and religious support on health status of the elderly Women and Men, *J Health Syst Res*, ٩(١١), ١٢٣٠-١٢٣٨.

Haroz, E. E., Ybarra, M. L., & Eaton, W. W. (٢٠١٤). Psychometric evaluation of a self-report scale to measure adolescent depression: The CESDR-١٠ in two national adolescent samples in the United States, *Journal of Affective Disorders*, ١٥٨, ١٥٤-١٦٠. [10.1016/j.jad.2014.02.011](https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.011).

Hart, T.N. (٢٠٠٢). *Hidden Spring: The Spiritual Dimension of Therapy*. New York: . Paulist Press.

Hasin D, Hatzenbuehler, M.L & Keyes, K. (٢٠٠٦). Substance use disorders: diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-IV) and International Classification of Diseases, (ICD-١٠), *Addiction*. Sep, ١٠١, ٥٩-٧٥.

Hassani, F., Zarea, K., Jofreh, M.J., Dashtebzorgi, Z and Wai-Chi, C. S. (٢٠٢٢). Effect of perceived social support, spiritual well-being, health literacy, and resilience on quality of Life in Patients undergoing hemodialysis: A structural equation model, *Jundishapur J Chronic Dis Care*, ١١(٢), ٤١٢٣٠٨٠. doi: [10.5812/jjcdc.123080](https://doi.org/10.5812/jjcdc.123080).

Hawks, S. R., Hull, M., Thalman, R. L., & Richins, P. M. (١٩٩٥). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion, *American Journal of Health Promotion*, ٩, ٣٧١-٣٧٨.

Helminiak, D. A. (٢٠٠١). Treating spiritual issues in secular psychotherapy. *Counseling and Values*, ٤٥(٣), ١٦٣١٨٩. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2001.tb00966.x>.

Hergüner, S., Çiçek, E., Annagür, A., Hergüner, A & Örs R. (٢٠١٤). Association of delivery type with postpartum depression, perceived social support and maternal attachment, *J Psychiatry Neurol Sci*, ٢٧, ١٥-٢٠.

Heszen-Niejodek, I., and Gruszyńska, E. (٢٠٠٤). The spiritual dimension, its importance in health psychology and its measurement. *Przeg, Psychol.* ٤٧, ١٥-٣١.

Howard, K, Maples, J.M & Tinius, R.A. (٢٠٢٢). Modifiable maternal factors and their relationship to postpartum depression, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, ١٩(١٩), ١٢٣٩٣.

Hsu, H.C & Tung, H.J. (٢٠١٠). What makes you good and happy? Effects of internal and external resources to adaptation and psychological well-being for the disabled elderly in Taiwan, *Aging Ment Health*, ١٤, ٨٥١-٦٠. doi: ١٠,١٠٨/١٣٦٠٧٨٦١٠٠٣٨٠٠٩٩٧.

Huang, Y., Liu, Y., Wang, Y., & Liu, D. (٢٠٢١). Family function fully mediates the relationship between social support and perinatal depression in rural Southwest China, *BMC Psychiatry*, ٢١(١), ١٥١. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03100-9>

Hymas, R., & Girard, L.C. (٢٠١٩). Predicting postpartum depression among adolescent mothers: A systematic review of risk, *Journal of Affective Disorders*, ٢٤٦, ٨٧٣-٨٨٥. ١٠,١٠١٦/j.jad.٢٠١٨,١٢,٠٤١.

Inekwe, J. N., & Lee, E. (٢٠٢٢). Perceived social support on postpartum mental health: An instrumental variable analysis, *PloS One*, ١٧(٥), Article e٠٢٦٥٩٤١. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.٠٢٦٥٩٤١>

Jadidi, A., Farahaninia, M., Janmohammadi, S & Haghani, H. (٢٠١١). The Relationship between spiritual wellbeing and quality of Life among elderly people residing in kahrizak senior house, *Iran Journal of Nursing*, ٢٤, (٧٢), ٤٨-٥٦

Jafaria, E., Dehshirib, R., Eskandarib, H., Najafic, M., Heshmatid, R. F & Hoseinifarb, J. (٢٠١٠). Spiritual well-being and mental health in university students, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, ٥, ١٤٧٧-١٤٨١

John-Henderson, N.A., Stellar, J.E., Mendoza-Denton, R & Francis, D.D. (٢٠١٥). Socioeconomic status and social support: Social support reduces inflammatory reactivity for individuals whose early-life socioeconomic status was low, *Psychol Sci*, ٢٦, ١٦٢٠-٩. doi: ١٠.١١٧٧/٠٩٥٦٧٩٧٦١٥٥٩٥٩٦٢

Jones, H.W & Venis, J.A. (٢٠٠١). Identification and classification of postpartum psychiatric disorders, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, ٣٩(١٢), ٢٣-٣٠.

Joseph, R. P., Ainsworth, B. E., Mathis, L., Hooker, S. P., and Keller, C. (٢٠١٧). Incorporating religion and spirituality into the design of community-based physical activity programs for-African American women: A qualitative inquiry, *BMC. Res. Notes* ١٠:٥٠٦. doi: ١٠.١١٨٦/s١٣١٠٤-٠١٧-٢٨٣٠-٣.

Joshanloo, M. (٢٠١٢). Investigation of the factor structure of spirituality and religiosity in Iranian Shiite university students, *International Journal of Psychology*, ٤٧(٣), ٢١١٢٢١. doi: ١٠.١٠٨٠/٠٠٢٠٧٥٩٤,٢٠١١,٦١٧٣٧٢

Kamalifard, M., Hasanpoor, S., Babapour Kheiroddin, J., Panahi, S., & Bayati Payan, S. (٢٠١٤). Relationship between Fathers' depression and perceived social support and stress in postpartum period, *Journal of Caring Sciences*, ٣(١), ٥٧-٦٦. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.007>

Kamya, H. A. (۲۰۰۰). Hardiness and spiritual well-being among social work students: Implications for social work education, *Journal of Social Work Education*, ۳۶(۲), ۲۳۱-۲۴۰.

Kaniasty, K & Norris, F.H. (۲۰۰۸). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: sequential roles of social causation and social selection, *J Trauma Stress*, ۲۱, ۲۷۴-۲۸۱. doi: ۱۰.۱۰۰۲/jts.۲۰۳۳۴.

Karaçam, Z & Kitiş, Y. (۲۰۰۸). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de geçerlik ve güvenilirliği [The Postpartum Depression Screening Scale: Its reliability and validity for the Turkish population, *Türk Psikiyatri Derg*, ۱۹:۱۸۷-۱۹۶.

Karlı, N. (۲۰۱۹). Psikolojik iyi oluş ve dindarlık ilişkisi: Trabzon ilahiyat örneği, *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (۱۵), ۱۷۳-۲۰۵.
<https://doi.org/۱۰.۳۲۹۵۰/rteuifd.۵۴۹۴۰۹>.

Kasapoğlu, F. (۲۰۱۷). Psikolojik danışma süreci ve maneviyat: Bir bütünleştirme arayışı, *Hikmet Yurdu*, ۱۰(۱۹), ۱۴۱-۱۵۷.

Kazarian, S. S., & McCabe, S. B. (۱۹۹۱). Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications, *Journal of Community Psychology*, ۱۹(۲), ۱۵۰-۱۶۰.

Kee-Lee, Ch. (۲۰۰۰). Assessing Chinese adolescents' social support: The multidimensional scale of perceived social support, *Personality and Individual Differences*, ۲۸, ۲۹۹-۳۰۷.

Khademi, K and Kaveh, M.H. (۲۰۲۴). Social support as a coping resource for psychosocial conditions in postpartum period: a systematic review and logic framework, *BMC Psychology*, ۱۲(۳۰۱), ۱-۱۲. <https://doi.org/۱۰.۱۱۸۶/s۴۰۳۵۹-۰۲۴-۰۱۸۱۴-۶>

Khalajinia, Z., Akbari, V., Rahmatinejad, P., Shater, M & Vahedian, M. (٢٠٢٠). Investigation of the relationship of perceived social support and spiritual well-being with postpartum depression, *J. Educ. Health Promot*, ٩, ١٧٤.

Kharitonov, S. A. (٢٠١٢). Religious and spiritual biomarkers in both health and disease, *Religion* ٣, ٤٦٧-٤٩٧. doi: ١٠.٣٣٩٠/rel٣٠٢٠٤٦٧

Kim, J., Heinemann, A.W., Bode, R. K., Sliwa, J., & King, R. B. (٢٠٠٠). Spirituality quality of life, and functional recovery after medical rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, ٤٥, ٣٦٥-٣٨٥.

Kleiman, E. M., & Riskind, J. H. (٢٠١٣). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation, *Crisis*, ٣٤(١), ١-٨. doi: ١٠.١٠٢٧/٠٢٢٧-٥٩١٠/a٠٠٠١٥٩.

Koenig, H. G. (٢٠٠٩). Research on religion, spirituality and mental health: A review, *Canadian Journal of Psychiatry*, ٥٤(٥), ٢٨٣-٢٩١. <https://doi.org/10.1177/07.67437.9.054.005.2>.

Kostak, M. A., Dindar, İ., & Dinçkol, R. Z. (٢٠١٩). Loneliness, depression, social support levels, and other factors involving the internet use of high school students in Turkey, *International Journal of Mental Health and Addiction*, ١٧(٦), ١٥٢١-١٥٣٤. doi: ١٠.١٠٠٧/s١١٤٦٩-٠١٨-٩٩٢٧-٣

Krok, D. (٢٠٠٩a). Religiousness and spirituality – differences and similarities from the perspective of psychology of religion. *Pol, Forum Psychol.* ١٤, ١٢٦-١٤١.

Kyle, J. W. (٢٠٢٠). An exploration of human dignity as a foundation for spiritual leadership (Order No. ٢٨٤٦٠٦٩٧). Available from ProQuest Central. Retrieved from

<https://www.proquest.com/dissertations-theses/explorationhuman-dignity-as-foundation-spiritual/docview/2519378704/se-2>

Lane, J.A. (١٩٨٧). The care of the human spirit, *Journal of Professional Nursing*, ٣, ٣٣٢-٣٣٧

Lashari, S. A., Kaur, A., & Awang Hashim, R. (٢٠١٨). Home away from home-The role of social support for international students' adjustment, *Malaysian Journal of Learning and Instruction (MJLI)*, ١٥(٢), ٣٣-٥٤.

Leach, M. M., & Lark, R. (٢٠٠٤). Does spirituality add to personality in the study of trait forgiveness?, *Personality and Individual Differences*, ٣٧, ١٤٧-١٥٦.

Lee, M.K. (٢٠٢١). Interactions of spiritual well-being, symptoms, and quality of life in patients undergoing treatment for non-small cell lung cancer: Across-sectional study, *In Seminars in Oncology Nursing*, ٣٧(٢), ١٥١١٣٩.
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151139>.

Leung, S.S, Martinson, I.M & Arthur D. (٢٠٠٥). Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study, *Res Nurs Health*, ٢٨, ٢٧-٣٨.

Levin, J. (٢٠٢٠). The faith community and the SARS-CoV-٢ outbreak: Part of the problem or part of the solution?, *J Relig Health*, ٥٩, ٢٢١٥-٢٨.

Liabsuetraku, T, Vittayanont, A & Pitanupong J. (٢٠٠٧). Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening

postpartum depression in Thai women, *Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, ٣٣(٣), ٣٣٣-٣٤٠.

Limlomwongse, N & Liabsuetraku, T. (٢٠٠٦). Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and ٦-٨ weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), *Arch Womens Ment Health*, ٩, ١٣١.

Lin, Y. H., Chen, C. M., Su, H. M., Mu, S. C., Chang, M. L., Chu, P. Y & Li, S. C. (٢٠١٩). Association between Postpartum Nutritional Status and Postpartum Depression Symptoms, *Nutrients*, ١١, ١٢٠٤.

Logsdon, M.C, Wisner, K & Hanusa, B.H. (٢٠٠٩). Does maternal role functioning improve with antidepressant treatment in women with postpartum depression?, *J Womens Health*, ١٨, ٨٥-٩٠.

Low, S.R., Bono, S.A & Azmi, Z. (٢٠٢٣). The Effect of Emotional Support on Postpartum Depression among Postpartum Mothers in Asia: A Systematic Review, *Asia Pac. Psychiatry*, ١٥, e١٢٥٢٨.

Lun, V. M., and Bond, M. H. (٢٠١٣). Examining the relation of religion and spirituality to subjective well-being across national cultures, *Psychol. Relig. Spiritual.* ٥, ٣٠٤-٣١٥. doi: ١٠.١٠٣٧/a٠٠٣٣٦٤١

Luo, Z., Wu, S., Fang, X., & Brunsting, N. (٢٠١٩). International students' perceived language competence, domestic student support, and psychological well-being at a US university, *Journal of International Students*, ٩(٤), ٩٥٤-٩٧١.

Madani, H., Pourmemari, M., Moghimi, M & Rashvand, F. (٢٠١٨). Hopelessness, perceived social support and their relationship in Iranian patients with cancer. *Asia Pac J Oncol Nurs*, ٥(٣):٣١٤-٣١٩.

Malkoc, A & Yalcin I. (٢٠١٥). Relationship among resilience, social support, coping and psychological well-being among university students, *Turk Patoloji Derg*, ٥, ٣٥-٤٣.

Mangeli, M., Rayyani, M., Cheraghi, M. A., & Tirgari, B. (٢٠١٧). Exploring the challenges of adolescent mothers from their life experiences in the transition to motherhood: A qualitative study, *Journal of Family & Reproductive Health*, ١١(٣), ١٦٥-١٧٣.

Mann, J. R., McKeown, R. E., Bacon, J., Vesselinov, R., & Bush, F. (٢٠٠٧). Religiosity, spirituality, and depressive symptoms in pregnant women, *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, ٣٧, ٣٠١-٣١٣. <https://doi.org/10.2190/PM.37.3.g>

Manso-Córdoba, S., Pickering, S., Ortega, M.A. (٢٠٢٠). Factors related to seeking help for postpartum depression: a secondary analysis of New York City PRAMS Data, *Int J Environ Res Public Health*, ١٧(٢٤), ٩٣٢٨.

Mazzeschi, C., Pazzagli, C., Radi, G., Raspa, V & Buratta, L. (٢٠١٥). Antecedents of maternal parenting stress: the role of attachment style, prenatal attachment, and dyadic adjustment in firsttime mothers, *Front Psychol*, ٦, ١٤٤٣.

McLeish, J., Harvey, M., Redshaw, M & Alderdice, F. (٢٠٢١). Aqualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England, *Women Birth*, ٣٤(٥),٤٤٥١-٦٠. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.012>.

MdYasin, A.S & Dzulkifli, M.A. (٢٠١٠). The relationship between social support and psychological problems among students, *Int J Bus Soc Sci*, ١,١١٠-٦.

Melender, H.L. (٢٠٠٢). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland, *J Midwifery Womens Health*, ٤٧, ٢٥٦-٦٣.

Miller, W. R., and Thoresen, C. E. (٢٠٠٣). Spirituality, religion, and health: An emerging research field, *Am. Psychol.* ٥٨, ٢٤-٣٥. doi: ١٠.١٠٣٧/٠٠٠٣-٠٦٦X.٥٨,١,٢٤

Moberg, D.O. (٢٠٠٢). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria, *J Adult Dev*, ٩, ٤٧-٦٠.

Mollard, E.K. (٢٠١٤). A qualitative meta-synthesis and theory of postpartum depression, *Issues Ment Health Nurs*, ٣٥, ٦٥٦-٦٦٣. doi: ١٠.٣١٠٩/٠١٦١ ٢٨٤٠,٢٠١٤,٨٩٣٠٤٤

Moreira-Almeida, A., Neto, F.L & Koenig, H.G. (٢٠٠٦). Religiousness and mental health: A review, *Rev Bras Psiquiatr*, ٢٨, ٢٤٢.

Mudge, I. J. (٢٠٢١). Job satisfaction and well-being in clergy: A quantitative correlational study (Order No. ٢٨٦٤٧٤٥٤). Available from ProQuest Central. Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertationstheses/job-satisfaction-well-being-clergy-quantitative/docview/٢٥٦٤٥١٦٥٩٨/se-٢>

Mueller, P. S., Plevak, D. J., and Rummans, T. A. (٢٠٠١). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice, *Mayo Clin. Proc.* ٧٦, ١٢٢٥-١٢٣٥. doi: ١٠.٤٠٦٥/٧٦,١٢,١٢٢٥

Murray, L., & Cooper, P. J. (١٩٩٦). The impact of postpartum depression on child development, *International Review of Psychiatry*, ٨, ٥٥.

Nardi, B., Laurenzi, S., Di Nicolo, M & Bellantuono C. (٢٠١٢). Is the cognitive-behavioral therapy an effective intervention to prevent the postnatal depression? a critical review, *Int J Psychiatry Med*, ٤٣(٣), ٢١١-٢٥. doi: ١٠,٢١٩٠/PM.٤٣,٣.b.

National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (٢٠١٩). Fostering healthy mental, emotional, and behavioral development in children and youth: a national agenda. Washington, D.C, *National Academies Press*.

National Institutes of Health. ٢٠١٤. Accessed: Postpartum depression, September ١٣, ٢٠١٤. Available at: Url: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/.٠٧٢١٥.htm>

Navarro, P., García-Esteve, L., Ascaso, C., Aguado, J., Gelabert, E & Martín-Santos R. (٢٠٠٨). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: Prevalence and comorbidity in a community sample, *J Affect Disord*, ١٠٩(١-٢), ١٧١-٦. doi: ١٠,١٠١٦/j.jad.٢٠٠٧,١٠,٠٠٨.

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A & Howell, E.A. (٢٠١٣). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support, *Matern. Child. Health J*, ١٧, ٦١٦-٦٢٣.

Nieto, L., Lara, M.A & Navarrete L. (٢٠١٧). Prenatal Predictors of Maternal Attachment and Their Association with Postpartum Depressive Symptoms in Mexican Women at Risk of Depression, *Matern Child Health J*, ٢١, ١٢٥٠-٩.

Ning, J., Deng, J., Li, S., Lu, C and Zeng, P. (٢٠٢٤). Meta-analysis of association between caesarean section and postpartum

depression risk, *Front. Psychiatry* ١٥, ١٣٦١٦٠٤. doi: ١٠.٣٣٨٩/fpsyt.٢٠٢٤,١٣٦١٦٠٤

Noormohammadi, M., Jafarzade, L., Solat, S.K., Sedehi, M., Bagheri, M & Dehkordi, A.H. (٢٠٢٠). Postpartum depression and its correlation with spiritual health, *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, ٢٢(١), ١٧-٢١

Norazman, C.W & Lee, L.K. (٢٠٢٤). The influence of social support in the prevention and treatment of postpartum depression: An intervention-based narrative review, *Women's Health*, ٢٠, ١ - ١٤. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>.

Norhayati, M.N., Hazlina, N.N., Asrenee, A.R & Emilin, W.W. (٢٠١٥). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review, *Journal of affective Disorders*, ١٧٥, ٣٤-٥٢.

Nugraha, S, Poerwandari, E.K & Lubis, D.U. (٢٠٢١). The role of perceived social and spiritual support and depression to health-related quality of life on patients with SLE, *Global Medical and Health Communication*, ٩(٣), ١٩٣-٢٠١. DOI: <https://doi.org/١٠.٢٩٣١٣/gmh.c.v٩i٣,٨٨.٣>.

Nurbaeti, I., Deoisres, W., & Hengudomsu, P. (٢٠١٩). Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, *Indonesia, Sexual & Reproductive Healthcare*, ٢٠, ٧٢-٧٦. ١٠.١٠١٦/j.srh.c.٢٠١٩,٠٢,٠٠٤ .

O'Hara, M.W. (٢٠٠٩). Postpartum depression: What we know, *J Clin Psychol*, ٦٥, ١٢٥٨-١٢٦٩.

O'Higgins, M, Roberts, I.S, Glover, V & Taylor, A. (٢٠١٣). Mother-child bonding at ١ year; Associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks, *Arch Womens Ment Health*, ١٦, ٣٨١-٩.

Ocaktan, M.E., Çalışkan, D., Öncü, B., Özdemir, O & Köse, K. (٢٠٠٦). Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area, *J Ankara Univ Facul Med*, ٥٩,١٥١-١٥٧

O'Hara, M. W & McCabe, J. E. (٢٠١٣). Postpartum depression: Current status and future directions, *Annual Review of Clinical Psychology*, ٩, ٣٧٩-٤٠٧. ١٠,١١٤٦/annurev-clinpsy-٠٥٠٢١٢-١٨٥٦١٢

Ortiz Martinez, R. A., Gallego Betancourt, C. X., Buitron Zuñiga, E. L., Meneses Valdés, Y. D., Muñoz Fernandez, N. F., & Gonzales Barrera, M. A. (٢٠١٦). Prevalence of positive screen for postpartum depression in a tertiary hospital and associated factors, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, ٤٥(٤), ٢٥٣-٢٦١. ١٠,١٠١٦/j.rcp.٢٠١٦,٠٣,٠٠٢ .

Ozby, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (٢٠٠٧). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry* (Edgmont (Pa. : Township)), ٤(٥), ٣٥-٤٠. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC٢٩٢١٣١١/?report=classic>.

Özdemir, S, Marakoğlu, K, Çivi, S & Konya, İ. (٢٠٠٨). Merkezinde Doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler [Risk of postpartum depression and affecting factors in Konya center], *TAF Prev Med Bull*, ٧, ٣٩١-٣٩٨.

Patel, V., Rodriguesa, M., Jaswalc, S. & De Souza, N. (٢٠٠٢). Gender, poverty, and postnatal depression: A study of mothers in Goa, India, *American journal of Psychiatry*, ١٥٩(١), ٤٣-٤٧. doi: ١٠,١١٧٦/appi.ajp.١٥٩,١,٤٣.

Paul, I. M., Downs, D. S., Schaefer, E. W., Beiler, J. S., & Weisman, C. S. (٢٠١٣). Postpartum anxiety and maternal-infant

health outcomes. *Pediatrics*, ١٣١, e١٢١٨–e١٢٢٤. <https://doi.org/10.1093/peds.2012-2147>.

Pearlstein, T. (٢٠١٥). Depression during pregnancy, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, ٢٩, ٧٥٤–٧٦٤.

Petzoldt, J., Wittchen, H. U., Einsle, F., & Martini, J. (٢٠١٦). Maternal anxiety versus depressive disorders: A specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems. *Child: Care, Health and Development*, ٤٢(٢), ٢٣١–٢٤٥. ١٠,١١١١/cch.١٢٢٩٢

Pilger, C., Santos, R.P., Lentsck, M.H., Marques, S & Kusumota, L. (٢٠١٧). Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis, *Rev Bras Enferm*, ٧٠(٤), ٦٨٩–٩٦. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0006>.

Plante, T. (٢٠٠٩). Spiritual practices in psychotherapy: Thirteen tools for enhancing psycho-biological health, *American Psychological Association*, <https://doi.org/10.1037/11872-000>.

Puchalska-Wasy, M.M & Zarzycka, B. (٢٠٢٠). Prayer and internal dialogical activity: how do they predict well-being?, *Psycholog Religio Spiritual*, ١٢(٤), ٤١٧–٤٢٧. doi: ١٠,١٠٣٧/rel.٠٠٠٢٥٥.

Puchalski, C.M. (٢٠٠١). The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, ١٤, ٣٥٢–٧. doi: ١٠,١٠٨٠/٠٨٩٩٨٢٨٠,٢٠٠١,١١٩٢٧٧٨٨.

Qi, W., Liu, Y., Lv, H., Ge, J., Meng, Y & Zhao, N. (٢٠٢٢). Effects of family relationship and social support on the mental health of Chinese postpartum women, *BMC Pregnancy Childbirth*, ٢٢(١), ٦٥. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04392w>

Rahmadhani, W & Laohasiriwong, W. (٢٠٢٠). Gender of baby and postpartum depression among adolescent mothers in Central Java, Indonesia, *International Journal of Child & Adolescent Health*, ١٣(١), ٤٣-٤٩.

Rahmani, F., Seyedfatemi, N., Asadollahi, M & Seyedrasooli, A. (٢٠١١). Predisposing factors of postpartum depression, *Iran Journal of Nursing*, ٢٤(٧٢), ٧٨-٨٧.

Rajaipour, F., Hosseini, A. M & Mousavi, S.M.(٢٠١٩). Relationship of postpartum depression with spiritual well-being and some demographic variables among women referring to health care centers affiliated to Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran, *Health Spiritual Med Ethics*, ٦(١), ٣٩-٤٤.

Rini, C., Dunkel Schetter, C. (٢٠١٠). *The effectiveness of support attempts in intimate relationships*. In Sullivan KT, Davila J, (Eds.), *Support processes in intimate relationships*. New York, NY: Oxford University Press. ٧-٢٦.

Roh, S., Lee, Y.S., Hsieh, Y.P & Easton, S.D. (٢٠٢١) Protective factors against depressive symptoms in female american indian cancer survivors: The role of physical and spiritual well-being and social support, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, ٢٢(٨), ٢٥١٥-٢٥٢٠. ١٠,٣١٥٥٧/APJCP.٢٠٢١,٢٢,٨,٢٥١٥.

Romano, M., Cacciatore, A & Giordano, R. (٢٠١٠). Postpartum period: Three distinct but continuous phases, *journal of prenatal medicine*, (٢), ٢٢-٢٥.

Roslan, S., Ahmad, N., Nabilla, N., & Ghiami, Z. (٢٠١٧). Psychological well-being among postgraduate students, *Acta Medica Bulgarica*, ٤٤(١), ٣٥-٤١. <https://doi.org/10.1515/amb-2017-0006>.

Rovers, M & Kocum, L. (٢٠١٠). Development of a holistic model of spirituality, *Journal of Spirituality in Mental Health*, ١٢, ٢-٢٤. doi:١٠.١٠٨٠/١٩٣٤٩٦٣٠٩٠٣٤٩٥٤٧٥.

Russell, D & Taylor J. (٢٠٠٩). Living alone and depressive symptoms: the influence of gender, physical disability, and social support among hispanic and non-Hispanic older, *J Gerontol*, ٦٤, ٩٥-١٠٤.

Ryan, R. M and Deci, E. L. (٢٠٠١). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu. Rev. Psychol*, ٥٢, ١٤١-١٦٦. doi: ١٠.١١٤٦/annurev.psych.٥٢.١.١٤١

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Sadock's, K. (٢٠٠٨). *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. ١٠th ed.. ٢٦. Lippincott Williams & Wilkins;.

Saiz, J., Pung, M.A., Wilson, K.L., Pruitt, C., Rutledge, T & Redwine, L . (٢٠٢٠). Is belonging to a religious organization enough? Differences in religious affiliation versus self-ratings of spirituality on behavioral and psychological variables in individuals with heart failure. *Healthcare* (Basel), ٨, ١٢٩.

Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (٢٠١٥). The association between social relationships and depression: A systematic review, *Journal of Affective Disorders*, ١٧٥, ٥٣-٦٥. doi.org: ١٠.١٠١٦/j.jad.٢٠١٤.١٢.٠٤٩.

Sarokhani, D., Delpisheh, A., Veisani, Y., Sarokhani, M. T., Esmaelimanesh, R., & Sayehmiri, K. (٢٠١٣). Prevalence of depression among university students: A systematic review and meta-analysis study. *Depression research and treatment*.

Sessanna, L., Finnell, D.S., Underhill, M., Chang, Y.P., & Peng, H.L. (٢٠١١). Measures assessing spirituality as more than religiosity: A methodological review of nursing and health-related literature, *Journal of Advanced Nursing*, ٦٧(٨), ١٦٧٧-١٦٩٤.

Seyfzadeh A. (٢٠١٦). The relationship between perceived social support and health in the elderly adults, *Journal of Gerontology*, ١, (١), ٤٠-٤٧.

Shensa, A., Sidani, J. E., Escobar-Viera, C. G., Switzer, G. E., Primack, B. A., & Choukas-Bradley, S. (٢٠٢٠). Emotional support from social media and face-to-face relationships: Associations with depression risk among young adults, *Journal of Affective Disorders*, ٢٦٠, ٣٨-٤٤. doi: ١٠.١٠١٦/j.jad.٢٠١٩.٠٨.٠٩٢.

Shitu, S., Geda, B. & Dheresa, M. (٢٠١٩). Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone, North West Ethiopia, *BMC Pregnancy Childbirth*, ١(١٩), ٤٣٥-٤٤٩.

Shorey, S., Chan, S.W., Chong, Y.S & He, H.G. (٢٠١٥). Predictors of maternal parental self-efficacy among primiparas in the early postnatal period, *West J Nurs Res*, ٣٧, ١٦٠٤-٢٢.

Shorey, S, Chee, C.Y.I, Ng, E.D, Chan, Y.H, Tam, W.W.S & Chong, Y.S. (٢٠١٨). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis, *J Psychiatr Res*, ١٠٤, ٢٣٥-٤٨.

Slomian, J., Honvo, G., Emons, P., Reginster, J.Y & Bruyère, O. (٢٠١٩). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes, *Women's health*, ١٥.

Smith, T. B., McCullough, M. E & Poll, J. (٢٠٠٣). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events, *Psychological Bulletin*, ١٢٩, ٦١٤-٦٣٦. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.614>

Smith-Nielsen, J., Tharner, A., Steele, H., Cordes, K., Mehlhase, H., & Vaever, M. S. (٢٠١٦). Postpartum depression and infant-mother attachment security at one year: The impact of co-morbid maternal personality disorders, *Infant Behavior and Development*, ٤٤, ١٤٨-١٥٨. [10.1016/j.infbeh.2016.06.002](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.06.002).

Soares, C.N & Zitek B. (٢٠٠٨). Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: A continuum of vulnerability?. *Journal of psychiatry & neuroscience*, ٣٣(٤), ٣٣١-٣٤٣.

Sooy, M. S. (٢٠٢١). Enhancing the spiritual well-being of adjunct faculty in online accelerated higher education (Order No. ٢٨٩٦٣٣٩٦). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/enhancing-spiritualwell-being-adjunct-faculty/docview/2622762288/se-2>.

Speed, D & Fowler K. (٢٠١٧). Good for all? Hardly! Attending church does not benefit religiously unaffiliated. *J Relig Health*, ٥٦(٣), ٩٨٦-١٠٠٢.

Spoozak, L., Gotman, N., Smith, M. V., Belanger, K., & Yonkers, K. A. (٢٠٠٩). Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy, *Journal of Affective Disorders*, ١١٤, ٢١٦-٢٢٣.

Steese, S., Dollette, M., Phillips, W., Hossfeld, E., Matthews, G & Taormina G. (٢٠٠٦). Understanding Girls' Circle as an

intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control, and self-esteem, *Adolescence*, ٤١, ٥٥-٧٤.

Stern, D.N. The motherhood constellation: a unified view of parent-infant psychotherapy. Karnac Books: London. ١٩٩٨.

Sternthal, M. J., Williams, D. R., Musick, M. A., & Buck, A. C. (٢٠١٠). Depression, anxiety, and religious life: A search for mediators, *Journal of Health and Social Behavior*, ٥١, ٣٤٣-٣٥٩. <https://doi.org/10.1177/0022146510378237>.

Striegel-Moore, R.H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G.T & May A, (٢٠٠٩). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms, *Int J Eat Disord*, ٤٢(٥), ٤٧١-٤. doi: ١٠.١٠٠٢/eat.٢٠٦٢٥.

Surkan, P.J., Kennedy, C.E., Hurley, K.M & Black, M.M. (٢٠١١). Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis (published correction appears in Bull World Health Organ ٢٠١١;٨٩:٦٣١, *Bull World Health Organ*, ٨٩, ٦٠٨-٦١٥. doi:١٠.٢٤٧١/BLT.١١,٠٨٨١٨٧

Sylvén, S.M., Thomopoulos, T. P., Kollia, N., Jonsson, M & Skalkidou, A .(٢٠١٧). Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact, *European Psychiatry*, ٤٠, ٤-١٢.

Taylor Shelley, E. (٢٠١١). Social support: A Review, the oxford handbook of health psychology edited by howard S. Friedman. Los Angeles, CA, USA, ١٩٢-٢١٧

Teoh, H.J & Rose, P. (٢٠٠١). Child mental health: Integrating Malaysian needs with international experiences. In: Amber H,

editor. *Mental Health in Malaysia: Issues and Concerns*. Kuala Lumpur: University Malaya Press.

Terry, D.J., Mayocchi, L & Hynes, G.J. (١٩٩٦). Depressive symptomatology in new mothers: A stress and coping perspective, *J Abnorm Psychol*, ١٠٥, ٢٢٠-٢٣١.

Thomas, L.J, Scharp, K.M & Paxman, C.G. (٢٠١٤). Stories of postpartum depression: Exploring health constructs and help-seeking in mothers' talk, *Women Health*, ٥٤, ٣٧٣-٣٨٧.

Thoresen, C. E. (١٩٩٨). "Spirituality, health and science" in *The emerging role of counseling psychology in health care*. eds. S. Roth-Roemer, S. R. Kurpius, and C. Carmin (New York: Norton), ٤٠٩-٤٣١.

Thoresen, C. E. (٢٠٠٧). Spirituality, religion and health: *What's the deal?* In T. G. Plante & C. E. Thoresen (Eds.), *Spirit, science, and health: How the spiritual mind fuels physical wellness* (pp. ٣-١٠). Praeger/Greenwood.

Thuné-Boyle, I.C., Stygall, J., Keshtgar, M.R, Davidson, T.I & Newman, S.P. (٢٠١٣). Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK, *Psychooncology*, ٢٢(٣), ٦٤٦-٥٨. doi: ١٠.١٠٠٢/pon.٣٠٤٨.

Tol, A., Majlessi, F., RahimiForoshani, A., Shojaeezadeh, D & Mohebbi B. (٢٠١٢). The Relation between Perceived Social Support and Related Factors with Glycemic Control among Type ٢ Diabetic Patients, *HSR*, ٨(٤), ٦٩٥-٧٠٥.

Tovar-Murray, D. (٢٠١١). The multiple determinants of religious behaviors and spiritual beliefs on well-being, *J. Spiritual Ment. Health* ١٣, ١٨٢-١٩٢. doi: ١٠.١٠.٨٠/١٩٣٤٩٦٣٧,٢٠١١,٥٩٣٤٠٥.

Uban, N.M. (٢٠١٢). Low-Income Women's Expectations, Needs, and Desires for Social Support in the Postpartum period: A Feasibility Study. Ph.D. Thesis, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA, Available online: <http://proxying.lib.ncsu.edu/index>.

Vaillant, G.E. (٢٠٠٨). Positive emotions, spirituality and the practice of psychiatry, *Mens Sana Monogr*, ٦, ٤٨-٦٢.

Veisani, Y& Sayehmiri K. (٢٠١٢). Prevalence of Postpartum Depression in Iran - A Systematic Review and MetaAnalysis, *Iran J Obstet Gynecol infertile*, ١٥(١٤), ٢١-٩.

Vildósola, A.C., Guerra, A.L & Jaramillo-Villanueva, L. (٢٠١٢). Coping strategies and their relation with depression and anxiety in pediatric residents in a third level pediatric hospital, *BoI Med Hosp Infânt Mex*, ٦٩, ٣٤٧-٥٤.

Wang, X. (٢٠١٤). Subjective well-being associated with size of social network and social support of elderly, *Journal of Health Psychology*, ١٠, ١-٦.

Waterman, A. S. (١٩٩٣). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment, *J. Pers. Soc. Psychol.* ٦٤, ٦٧٨-٦٩١. doi: ١٠.١٠٣٧/٠.٠٢٢-٣٥١٤,٦٤,٤,٦٧٨

Watson, D., Clark, L. A., and Tellegen, A. (١٩٨٨). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales, *J. Pers. Soc. Psychol.* ٥٤, ١٠٦٣-١٠٧٠. doi: ١٠.١٠٣٧/٠.٠٢٢-٣٥١٤,٥٤,٦,١٠٦٣

Weber, S.R, Pargament, K.I. (٢٠١٤). The role of religion and spirituality in mental health, *Curr Opin Psychiatry*, ٢٧(٥), ٣٥٨-٦٣.

Whitley, D. M., Kelley, S. J., & Lamis, D. A. (٢٠١٦). Depression, social support, and mental health: A longitudinal mediation analysis in African American custodial grandmothers, *The International Journal of Aging and Human Development*, ٨٢(٢-٣), ١٦٦-١٨٧. doi: ١٠.١١٧٧/٠٠٩١٤١٥٠١٥٦٢٦٥٥٠

Winnicott, D.W. (١٩٦٥). *The maturational process and the facilitating environment*: Studies in the theory of emotional development. New York: International Universities Press..

Wisner, K, Moses-Kolko, E & Sit, D. (٢٠١٠). Postpartum depression: a disorder in search of a definition, *Arch Women's Ment Health*, ١٣(١), ٣٧-٤٠.

Woodbury, A.M. (١٩٩٢). Social support network and adjustment in childhood: A longitudinal analysis. (Doctora dissertation, Boston university, MA). *Dissertation Abstract International*, ٥٢,٤٥٢٤B.

Woods, T. E and Ironson, G. H. (١٩٩٩). Religion and spirituality in the face of illness: how cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality/religiosity, *J. Health Psychol.* ٤, ٣٩٣-٤١٢. doi: ١٠.١١٧٧/١٣٥٩١٠٥٣٩٩٠٠٤٠٠٣٠٨

World Health Organisation. (٢٠٢٠). Mental Health, Brain Health and Substance Use. <https://www.who.int/teams/mentalhealth-and-substance-use/promotion-prevention/maternalmental-health> Last accessed on dated ٢٧-٠٢-٢٠٢٤.

World Health Organization (٢٠٢١). What is the WHO definition of health? ٥,١٢,٢٠٢١ tarihinde <https://www.who.int/about/frequently-asked-questions> adresinden alınmıştır.

World Health Organization . (٢٠٢٣). Maternal mental health. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>.

World Health Organization. (٢٠٠٤). International Statistical Classification of Diseases and related health problems alphabetical index. ٣(٢) ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization,.

World Health Organization. (٢٠٠٩). Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature: WHO, UNFPA;

World Health Organization. (٢٠١٥). mental health and substance use, https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf (, accessed ٩ May ٢٠٢٤).

Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (٢٠٠٩). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression, *Annals of Epidemiology*, ١٩(٩), ٦٣٧-٦٤٣. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.03.008>

Xie, R. H., Yang, J., Liao, S., Xie, H., Walker, M., & Wen, S. W. (٢٠١٠). Prenatal family support, postnatal family support, and postpartum depression, *ANZJOG*, ٥٠(٤), ٣٤٠-٣٤٥. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2010.01180.x>

Yağmur, Y & Ulukoca N. (٢٠١٠). Social support and postpartum depression in low socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey, *Int J Public Health*, ٥٥, ٥٤٣-٥٤٩. doi:10.1007/s00038-010-0182-z

Ye., Z., Wang, L., Yang, T., Chen, L., Wang, T., Zhao, L., Zhang, S & Qin, J. (٢٠٢٢). Gender of infant and risk of postpartum

depression: a meta-analysis based on cohort and case-control studies, *J Matern Fetal Neonatal Med*, ٣٥(١٣), ٢٥٨١-٢٥٩٠. doi: ١٠.١٠٨٠/١٤٧٦٧٠٥٨,٢٠٢٠,١٧٨٦٨٠٩.

Yıldırım, M., & Çelik-Tanrıverdi, F. (٢٠٢١). Social support, resilience and subjective well-being in college students, *Journal of Positive School Psychology*, ٥(٢), ١٢٧-١٣٥. <https://doi.org/١٠.٤٧٦٠٢/jpsp.٧٥١٢,٢٢٩>

Yim, I.S., Tanner Stapleton, L.R., Guardino, C.M, Hahn-Holbrook, J, Dunkel Schetter C. (٢٠١٥). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration, *Annu Rev Clin Psychol*, ١١, ٩٩-١٣٧. doi: ١٠.١١٤٦/annurev-clinpsy-١٠١٤١٤-٠٢٠٤٢٦.

Yorük, " S., Açikgoz, " A., Türkmen, H & Karlidere, T. (٢٠٢٠). The prevalence of postpartum depression and the correlation of perceived social support and quality of life with postpartum depression: A longitudinal study, *Puerto Rico Health Sciences Journal*, ٣٩(٤), ٣٢٧-٣٣٥. <https://www.researchgate.net/publication/٣٤٨٣٥٠٠>.

Yu, Y., Liang, H. F., Chen, J., Li, Z. B., Han, Y. S & Chen, J. X. (٢٠٢١). Postpartum depression: Current status and possible identification using biomarkers, *Frontiers in Psychiatry*, ١٢(٦٢٠٣٧١), ١-١٦. <https://doi.org/١٠.٣٣٨٩/fpsy.٢٠٢١,٦٢٠٣٧١>

Zhang, Y., Liu, X., Liu, M. Chen, P., Yan, G& Li, Y. (٢٠٢٤). Multidimensional influencing factors of postpartum depression based on the perspective of the entire reproductive cycle: evidence from western province of China, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, ٥٩, ٢٠٤١-٢٠٤٨ <https://doi.org/١٠.١٠٠٧/s٠٠١٢٧-٠٢٤-٠٢٦٨٦-٢>.

Zhao, X.; Zhang, Z. (٢٠٢٠). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses, *Asian J. Psychiatr*, ٥٣, ١٠٢٣٥٣.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (١٩٨٨). The multidimensional scale of perceived social support, *Journal of Personality Assessment*, ٥٢, ٣٠-٤١.

Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (١٩٩٠). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support, *Journal of Personality Assessment*, ٥٥, ٦١٠-٦١٧.

Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C.T., Ofstedal, M.B., Rojo, F & Saito Y. (٢٠١٦). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective, *A review. SSM Popul Health*, ٢, ٣٧٣-٣٨١.

Zittel-Palamara, K., Cercone, S. A., & Rockmaker, J. R. (٢٠٠٩). Spiritual support for women with postpartum depression, *Journal of Psychology and Christianity*, ٢٨, ٢١٣-٢٢٤.