

اثربخشی مداخله ی التقاطی بر کاهش افسردگی در دوران بارداری و پیشگیری از افسردگی پس از زایمان

دکتر مصطفی تبریزی^۱ و خاطره لرستانی^۲

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخله ی التقاطی بر کاهش افسردگی در دوران بارداری بود. بدین منظور، از میان ۱۴۴ نفر مادر باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی هممان، تعداد ۲۰ نفر از مادران باردار افسرده شناسایی و در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. بعد از ارایه ی روش مداخله ی التقاطی در گروه آزمایشی، دو گروه مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند. مقایسه ی نمرات و پیگیری وضعیت آزمودنی ها نشان داد که مداخله ی التقاطی در کاهش افسردگی دوران بارداری و پیشگیری از افسردگی پس از زایمان، موثر است.

واژه های کلیدی: افسردگی، افسردگی پس از زایمان، مداخله ی التقاطی

مقدمه

دوران بارداری و ایام پس از زایمان، از حساس ترین دوران زندگی زنان محسوب می شود. این دوران به همان اندازه که از نظر جسمانی مورد توجه قرار می گیرد، از نظر روانی و اجتماعی نیز حایز اهمیت است. از اختلالات مطرح در دوران بارداری، می توان به افسردگی اشاره کرد. پژوهشگران، معتقدند که افسردگی در دوران بارداری، امری شایع محسوب می شود به نحوی که آمارها، بیانگر شیوع ۴٪ تا ۲۹٪ افسردگی در بین مادران باردار است و عواملی از قبیل تحصیلات پایین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی ضعیف، تعداد حاملگی های قبلی، بارداری ناخواسته، سابقه ی PMS، کمبود حمایت اجتماعی و بروز حوادث استرس زا در ایجاد آن موثر است (کاکس^۳ و همکاران، ۱۹۸۲؛ کیتامورا^۴ و همکاران، ۱۹۹۶).

۱. هیات علمی گروه روان شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

۲. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی khatereh.lorestani@yahoo.com

3. Cox

4. Kitamura

بسیاری از زنان در این دوران علایمی چون افزایش تنش، اضطراب و افکار منفی نشان می دهند (شروین^۱ و همکاران، ۲۰۰۳) که با خصوصیاتمانند غم خفیف، ترس، عصبانیت، تغییر خلق و خستگی شناخته می شود. این علایم در صورت عدم درمان، ۶ ماه یا حتی یک سال به طول می انجامد و افسردگی پس از زایمان نامیده می شود (کوهن^۲، ۲۰۰۲). این وضعیت با علایمی چون عدم توجه به ظاهر و کاهش پاسخ های احساسی و ارتباطی با بستگان، بی اشتها، کاهش میل جنسی، تحریک پذیری، افکار منفی و گاهی اقدام به خودکشی و نیز مشکل هایی در مراقبت از طفل بروز می کند، این در حالی است که به علت عدم شناخت حالت غم و اندوه و افسردگی پس از زایمان، حدود ۸۰ درصد از مادرانی که به این نوع افسردگی مبتلا می شوند، موضوع را به پزشک معالج خود گزارش نمی کنند (کلی^۳ و همکاران ۲۰۰۱ از هالبریج^۴، ۲۰۰۶).

افسردگی پس از زایمان، بر تمام ابعاد مربوط به کیفیت زندگی مادر تاثیر منفی و قابل توجهی دارد. مادرانی که افسردگی پس از زایمان دارند، دچار اختلال در زمینه ی فعالیت های اجتماعی، عملکرد فردی و وظایف خانه داری خود می شوند (ویورنیک^۵ و همکاران، ۲۰۰۶؛ پوسمنتیر^۶، ۲۰۰۸). به نظر می رسد اقدام به موقع در مقابل این اختلال می تواند از عوارض مخرب آن بر مادر، خانواده و جامعه بکاهد (کاپلان و سادوک^۷، ۲۰۰۷).

درمان افسردگی بعد از زایمان، ترکیبی از روان درمانی، حمایت اجتماعی و دارو درمانی است که به دو صورت مداخله های پیشگیری کننده و درمان در مرحله ی حاد، تقسیم می شود (مایر^۸ و همکاران، ۲۰۰۲). روش های پیشگیری، شامل آموزش های روان درمانی بعد از حادثه است که در ترکیب با برنامه های مراقبت پره ناتال^۹ انجام می شود. درمان های مختلف دیگری نیز می تواند به صورت فردی - گروهی، خانواده درمانی یا زوج درمانی با آموزش و ایجاد زمینه های حمایتی اصلاح روابط زناشویی، نحوه ی مراقبت از خود، تغذیه ی مناسب، ورزش و آرمیدگی (دبرا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۲؛ لاوند^{۱۱}، ۱۹۹۸؛ اسمال^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۰؛ دنیس^{۱۳}، ۲۰۰۳؛ الیوت^{۱۴}، ۲۰۰۰) به پیشگیری یا مداخله ی مستقیم در این موضوع پردازد. در این پژوهش، تاثیر رویکرد التقاطی را در کاهش افسردگی دوران بارداری و پیشگیری از افسردگی مورد بررسی قرار داده ایم.

1. Sherwen
2. Cohen
3. Kelly

4. Halbreich
5. Weremike
6. Posmontier

7. Kaplan & Sadock
8. Meir
9. Prenatal Care

10. Debra
11. Lavender
12. Small

13. Dennis
14. Elliott

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش، با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل انجام شده است. در این پژوهش، ۱۴۴ نفر از کل مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت و درمان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۲۰۰۸ که در سه ماهه ی آخر بارداری به سر می بردند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم و در کاربندی پژوهش وارد شدند.

ابزار

پرسشنامه ی افسردگی بک، پرسشنامه ی افسردگی بک، با ۲۱ ماده و دامنه ی نمرات بین ۰ تا ۶۳، ۵ عامل بدینی، احساس شکست، تنفر از خود، افکار خودکشی، بی تصمیمی و کندی روانی- حرکتی؛ احساس گناه، انتظار تنبیه و سرزنش خود؛ گریه کردن، تغییر تصویر بدنی، ناخشنودی غمگینی؛ کاهش وزن، شکایات جسمانی، خستگی و زود رنجی، بی خوابی و بی اشتها را بین دو گروه آزمایش و کنترل مورد آزمون قرار می دهد (عازمی، ۲۰۰۵).

پرسشنامه ی ادینبرگ: این پرسشنامه که معمولاً در حدود ۳ تا ۷ هفته پس از زایمان در اختیار آزمودنی قرار می گیرد، دارای ۱۰ عبارت کوتاه است که هر عبارت ۴ پاسخ را شامل می شود. این پرسشنامه در ارتباط با خلق افسرده، اضطراب، احساس گناه و افکار خودکشی است (کاکس و همکاران، ۱۹۸۲). اعتبار و پایایی هر دو آزمون در پژوهش های مختلف بالینی مورد تایید قرار گرفته است.

شیوه ی اجرا

در فرایند درمان، پروتکل زیر طی ۸ جلسه ی یک ساعته برای گروه آزمایش اجرا شد.

جدول ۱: پروتکل مداخله ی التقاطی

جلسه	اهداف
اول	ایجاد بینش صحیح نسبت به علایم افسردگی در طی بارداری و همچنین افسردگی پس از زایمان و بیان تاثیرات مثبت درمان افسردگی بر سلامت جسمی و روانی مادر و نوزاد

دوم	بررسی اختصاصی شرح حال هر یک از مادران از نظر سابقه ی بیماریهای جسمی و روانی ایشان و ارایه ی توصیه های مراقبتی بهداشتی و تغذیه ای لازم در طی دوران بارداری
سوم	بررسی نگرانی های مادر در رابطه با روند طبیعی زایمان و ارایه ی مطالبی به طور خلاصه از علایم هشدار دهنده و خطر آفرین در طی بارداری از لحاظ جسمی و روانی و چگونگی تاثیر دیگر اعضای خانواده بر این مقوله (استفاده از حمایت همسران و حضور آنان در جلسات مشاوره با هماهنگی)
چهارم	بیان نقش افکار منفی، باورهای غیر منطقی و خطاهای شناختی در بروز افسردگی و ترغیب به تفکر در مورد معنای حالات هیجانی خویش و تفسیر ایشان از موقعیت های مشکل ساز و اجرای فن تصویر سازی ذهنی
پنجم	بیان تاثیرات استرس روی مادر و جنین و بررسی طرحواره های ذهنی مادران
ششم	آموزش شیوه ی حل مساله و فن توقف فکر یا حواس پرتی
هفتم	بیان تاثیرات مثبت وجود یک مادر شاد و با انرژی بر تحکیم ارتباط سالم زناشویی و شخصیت سالم کودکان
هشتم	جمع بندی اطلاعات قبلی و تمرین فنون آموزش داده شده و ارایه ی توصیه هایی جهت خودیاری مادران در مورد بهداشت جسمی و روانی ایشان و ارایه ی زمان، جهت ارزشیابی بعدی افسردگی ایشان و همچنین ارجاع تعدادی از آنان به روانپزشک

یافته ها

در جدول ۲، اطلاعات توصیفی سطوح افسردگی در گروه های مورد مطالعه ارایه شده است.

جدول ۲: میانگین آزمونهای انجام شده با پرسشنامه ی بک و ادینبرگ در سه مرحله در دو گروه

گروه	میزان افسردگی در پیش آزمون	میزان افسردگی در پس آزمون مرحله ی اول	افسردگی پس از زایمان (پیگیری)
آزمایش	۲۶/۹۰	مداخله ی التقاطی ۱۵/۴۰	۱۱
کنترل	۲۹	بدون مشاوره ۳۳/۱۰	۱۶/۸۰

در جدول ۳، تحلیل کوواریانس دو گروه در فرایند بارداری ارایه شده است که تفاوت معنی داری در میزان افسردگی دو گروه مشاهده می شود. در واقع، میزان افسردگی در گروه آزمایش، پس از انجام مداخله ی التقاطی نسبت به قبل از آن، کاهش معنی داری یافته است. این موضوع، بیانگر اثر بخشی مداخله ی التقاطی در درمان افسردگی مادر در دوران بارداری است.

جدول ۳: تحلیل کوواریانس میزان افسردگی گروه گواه و آزمایشی بعد از اجرای درمان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	انحراف از استاندارد	F	مجذور اتا	آلفا
۱	۱۳/۴۲	۵	۲/۶۸	۶/۵۳	۷/۶۵	۰/۵۱	۰/۰۱۳*
۲	۲/۷۰	۱	۲/۳۰	۸/۰۴	۰/۵۶۰	۰/۱۶	۰/۵۰۸
۳	۱۴/۴۶۵	۳	۴/۸۲				
۴	۱۲۳۶	۱۰					

*P<0/05

۱. افسردگی دوران بارداری (بعد از مداخله ی التقاطی) در گروه آزمایشی

۲. افسردگی دوران بارداری (بدون مداخله ی التقاطی) در گروه کنترل

۳. واریانس خطا ۴. واریانس کل

در جدول ۴، نمرات افسردگی آزمودنی ها را بعد از زایمان آنها مورد مقایسه قرار داده ایم.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس میزان افسردگی بعد از زایمان در دو گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	انحراف استاندارد	F	مجذور اتا	سطح معنی داری
۱	۲۹۸/۱۶	۳	۹۹/۳۸	۱/۶۹	۸/۹۶	۰/۸۴۳	۰/۰۱۹*
۲	۶/۵۶	۱	۶/۵۶	۲/۶۱	۰/۵۹۲	۰/۱۰۶	۰/۴۷۶
۳	۵۵/۴۳	۵	۱۱/۰۸				
۴	۷۵۵۶	۱۰					

*P<0/05

۱. پس آزمون مرحله ی دوم (پیگیری) گروه آزمایشی (بعد از زایمان)

۲. پس آزمون مرحله ی دوم (پیگیری) گروه کنترل (بعد از زایمان)

۳. واریانس خطا ۴. واریانس کل

همانگونه که مشاهده می شود، بین دو گروه آزمایشی و کنترل، تفاوت معنی داری در نمرات افسردگی به چشم می خورد. این مساله، حاکی از تاثیر مداخله ی التقاطی در پیشگیری از بروز افسردگی پس از زایمان است.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش، با کاربرد روش التقاطی در درمان افسردگی، دریافتیم که این نوع مداخله می تواند سطح افسردگی زنان باردار را در دوران بارداری و بعد از زایمان کاهش دهد. این موضوع به غیر از

تایید کارآمدی روش التقاطی در این گروه از اختلال ها، نشان دهنده ی توانایی تاثیر اقدامات روان شناختی در درمان افسردگی است. تحقیقات ها آیا^۱ و همکاران (۲۰۰۲) خسته (۲۰۰۲) عازمی (۲۰۰۵) اسفندیاری (۲۰۰۶) و کاشانی (۲۰۰۷) با نتایج تحقیق حاضر هماهنگ است. اسمال و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند که طی مداخلات بالینی، هر چند میزان افسردگی در گروه مطالعه کمتر می شود ولی تفاوت معناداری بین دو گروه گواه و آزمایش به وجود نمی آید در حالی که دنیس (۲۰۰۳) در ارزیابی حمایت اجتماعی توسط همسانان که در زمینه ی افسردگی پس از زایمان آموزش کافی دیده بودند، کاهش موثری را در میزان افسردگی بعد از زایمان در هفته های ۴ و ۸ گزارش کرده است. الیوت و همکاران (۲۰۰۰) در تحقیقی جهت نشان دادن تاثیر مداخلات گروهی، در پیشگیری از افسردگی متوجه شدند که روش مداخله در کاهش افسردگی موثر است. علت ناهماهنگی یافته های پژوهش حاضر با پژوهش هایی نظیر اسمال (۲۰۰۰) آن است که اسمال و همکاران در مطالعه ی خود افراد در معرض خطر را انتخاب کردند و مداخلات خود را نیز به بعد از زایمان موکول نمودند در حالی که در پژوهش حاضر این مداخله به دوران بارداری کشیده شده است.

در فرایند درمان پژوهش حاضر، ایجاد بینش صحیح نسبت به علایم افسردگی مادران و تاثیرات مثبت بر سلامت جسمی و روانی مادر و نوزاد، بررسی شرح حال مادران از نظر سوابق بیماری نگرانی های مادران در رابطه با روند درمان و تاثیر اعضای خانواده، نقش افکار منفی، باورهای غیرمنطقی و تاثیرات استرس بر مادر و جنین، شیوه ی حل مساله و فن توقف فکر، تاثیر شادی بر تحکیم ارتباط سالم زناشویی آموزش داده شد و توصیه های لازم جهت خودیاری مادران در مورد بهداشت جسمی و روانی ارائه شد. این موارد می توانند ضمن هشیار کردن مادران باردار از علایم افسردگی، امید و انتظار بهبود آنها را افزایش دهد.

References

- American Medical Association (AMA): A Practical Guide to depression, (2008). Translated by: M. Ganji, Tehran.
- Asadi Noghay. (1996). Mental health. Tehran: Bashari Press. (Persian).
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. S., & Hilgard, E. S. (1994). *Introduction to psychology*. (8th Ed.), Translated by: M. T. Baraheni, B. Birashk, & A. A. Seif, Tehran: Roshd Press.

- Azemi, (2005). Comparison of antenatal and postnatal depression between mothers with normal and disable children. (Unpublished Master's thesis, Allameh Tabatabayi University). (Persian).
- Cohen, D. (2002). *Women & mental health*. London: Routledge, 20-31.
- Corey, G. (2006). *The art of integrative counseling* (2nd Ed.), Translated by: A. Hashemi, & Zh. Etemadi, Tehran: Fararavan Press.
- Cox, J. I. L. L., Conor, J., & Kendell, R. E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of child birth. *British Journal of Psychiatry*, 14, 111-117.
- Debra, B., MacArthur, C. Knowles, H., & Postnatal, C. (2004). *The postnatal health needs of women following caesarean section*. London: Churchill Livingston.
- Dennis, C. L. (2003). The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (2), 115-124.
- Elliott, S. A., Leverton, T. J., & San Jac, M. (2000). Promoting mental health after childbirth: A controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 223-241.
- Esfandiyari, M. (2006). Prevalence of postpartum depression and its association with stressful life events in patients referred to academic centers in Kermanshah. (Unpublished master's thesis, Kermanshah University of Medical Science). (Persian).
- Evans, J., Heron, J., Francombe, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 32(3), 257-260.
- Haaya, M., Campbell, O., El-Kak, F., Shaar, D., Harb, H., & Kaddour, A. (2002) Postpartum depression: Prevalence and determinants in Lebanon. *Archives of Women's Mental Health*, 5(2), 65-72.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorder*, 91(2), 97-111.
- Henderson, Ch., Macdonald, S., & Davis, D. K. (2004). *Mayes, Midwifery: A Textbook for Midwives*. (13th Ed.), Edinburgh: Baillière Tindall.
- Kahn, D. A., Moline, M. L., Ross, R. W., Cohen, L. S., & Altshuler, L. L. (2001). Major depression during pregnancy. A guide for patients and families. *Expert Consensus Guideline Series*, 110-111.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2000). *Synopsis of Psychiatry*, translated by: N. Pourafkari, Tehran: Shahr-e-Ab.
- Kashani, M. (2007). Effect of training classes regarding pregnancy care on prenatal depression of women living in Tehran. (Unpublished master's thesis, University of Medical Science). (Persian).

- Khamseh, F. (2002). Effective psychosocial factors in women's postpartum depression hospitalized in Karaj city. *Medical Journal of Kosar*. (Persian).
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M., & Toda, M. A. (1996). Clinical and psychosocial correlates of antenatal depression: A review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 117-123.
- Lavender, T., & Walkinshaw, S. A. (1998). Can midwives reduce postpartum psychological morbidity. *Birth*, 25(4), 215.
- Meir, S. T., Kimberly, A. Y., & Elias, E. (2002). Mood disorder in women. *Psychiatry Neurosci*, 28(2), 139-140.
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54(5), 49-52.
- Posmontier, B. (2008). Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *Journal of Midwifery Women's Health*, 53(4), 308-310.
- Ryan, J., Berkowitz, R. S., & Barbieri, R. L. (1995). *Kistner's Gynecology: Principles and Practice*, translated by: B. Ghazi Jahani.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2004). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (17th Ed.), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2, 1281-1282.
- Shafiee, E. (2006). Effect of immunization on reducing stress and depression of women referred to maternity hospitals in Tehran, Islamic Azad University, Science and Research Branch. (Persian).
- Sherwen, L. Scholovena, M. A. Weingarten, C. (2003). *Maternity nursing*. London: apltion & angle; p. 90- 113.
- Small, R., Lumley, J., & Donohue, L. (2000). Randomized controlled trail of midwives led debriefing and maternal depression after operative childbirth. *British Medical Journal*, 321, 1043-1047.
- Wewernike, A., Honig, A., Heres, M. H., & Wennink, J. M. (2006). Psychiatric disorder in pregnant and puerperal women. *Ned Tijdschr Geneesk*, 150(6), 294-298.