

تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر حل مسئله بر افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی همدان

پریسا پارسا^۱، پرستو آهنگپور^۲، فاطمه شبیری^{۳*}، علیرضا سلطانیان^۴، علیرضا رحیمی^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۱/۲۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۴/۰۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: افسردگی پس از زایمان شرایط بحرانی است که نه تنها مادران بلکه نوزادان آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا شناسایی سریع و انجام مداخلات مشاوره‌ای در کاهش مشکلات این افراد ضروری می‌باشد. این پژوهش باهدف بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت.

مواد روش کار: پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد. جامعه پژوهش شامل زنان زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان در سال ۱۳۹۵ بودند. تعداد ۸۲ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمون اختصاص یافتند (هر گروه ۴۱ نفر). برای گروه آزمون ۸ جلسه مشاوره گروهی مبتنی بر حل مسئله اجرا شد. گردآوری اطلاعات در پیش و پس‌آزمون با پرسشنامه استاندارد افسردگی پس از زایمان ادینبورگ صورت گرفت. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS20 و با آزمون‌های تی مستقل و زوجی، کای اسکور و آنالیز کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها بین نمرات پیش‌آزمون افسردگی دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0.05$). درحالی‌که بین نمرات پس‌آزمون دو گروه تفاوت معناداری به دست آمد. به طوری‌که آموزش مشاوره گروهی بر کاهش افسردگی پس از زایمان گروه آزمایش تأثیر معنی‌داری داشت ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: این نتایج بیان می‌کنند که مشاوره گروهی مبتنی بر حل مسئله می‌تواند همراه با سایر فن‌های درمانی برای کاهش افسردگی پس از زایمان مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، حل مسئله، مشاوره گروهی زنان

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۹۵، شهریور ۱۳۹۶، ص ۴۴۸-۴۴۰

آدرس مکاتبه: همدان، مرکز تحقیقات مراقبت از مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، تلفن: ۰۸۱۳۸۲۸۰۱۵۰

Email: fshobeiri@yahoo.com

مقدمه

صورت عدم درمان افسردگی بعد از زایمان این مشکل می‌تواند ادامه داشته باشد (۳). بر اساس تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۷ افسردگی بعد از زایمان شامل دوره‌های افسردگی با بروز در دوران حاملگی و یا ۴ هفته بعد از زایمان تعریف شده است (۴). شیوع این اختلال در تحقیقات سایر کشورها حدود ۳۰ درصد (۵، ۶) و در مطالعات داخل ایران نیز بین ۲۰ تا ۳۰ درصد گزارش شده است (۷). (۸). در مطالعه‌ای که در زاهدان در سال ۱۳۸۶ انجام شده است شیوع

افسردگی پس از زایمان^۶ اختلالی است که طی دو الی شش هفته بعد از زایمان در برخی از زنان دیده می‌شود و علائم آن به صورت گریه کردن، دل‌سردی، خلق ناپایدار، احساس عدم کفایت و ناتوانی در نقش مادری می‌باشد (۱).. تغییرات شدید هورمونی پس از زایمان پیامدهای روحی شدیدی را به همراه دارد که از یک کاهش خلق خفیف تا افسردگی شدید پس از زایمان متغیر است (۲). در

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ استاد، مرکز تحقیقات مراقبت از مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

^۴ دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۵ دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۶ Postpartum Depression

^۷ America Psychiatric Association

اداره‌ی افسردگی، آموزش مهارت‌های حل مسئله است. آموزش حل مسئله، مداخله‌ی روان‌شناختی است که روی آموزش مهارت‌ها و نگرش‌های حل مسئله تمرکز دارد و هدف از آن، کاهش و پیشگیری از آسیب‌شناسی روانی و افزایش سلامتی با کمک به اشخاص در انطباق مؤثرتر با مسائل تنش‌زا در زندگی است (۱۷). آموزش حل مسئله، روشی است که در آن فرد می‌آموزد تا از مجموعه‌ی مهارت‌های شناختی مؤثر خود برای کنار آمدن با موقعیت‌های مسئله آفرین استفاده کند. این درمان، سبب همکاری فعال بین بیمار و درمانگر می‌شود (۱۸). نتایج مطالعه‌ی نشان داد مهارت‌های حل مسئله و آرام‌سازی می‌توانند برای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان استفاده شوند (۱۹). با توجه به شیوع بالای افسردگی بعد از زایمان و مدنظر قرار دادن این موضوع که دارودرمانی آن‌هم در دوران پس از زایمان و شیردهی می‌تواند عوارض قابل توجهی بر مادر و نوزاد داشته باشد، روی‌آوری به درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی بسیار مهم و ضروری می‌باشند. همچنین با توجه اینکه مطالعات معدودی در خصوص تأثیر مشاوره گروهی بر کاهش افسردگی پس از زایمان صورت گرفته است، اهمیت انجام این مطالعه بیشتر نمایان می‌گردد. بر این اساس پژوهش حاضر باهدف تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر حل مسئله بر افسردگی پس از زایمان مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان صورت گرفت.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان زایمان نموده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان در سال ۱۳۹۵ بودند که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند. با توجه به هدف اصلی طرح تأثیر مشاوره گروهی بر افسردگی پس از زایمان و مطالعات قبلی (۱۹) با ریزش احتمالی نمونه‌ها حجم نمونه ۴۱ نفر در هر گروه با توان آماری ۸۰ درصد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵، به دست آمد. فرمول محاسبه حجم نمونه برابر با

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 (\delta_1^2 + \delta_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

شاخص‌های برآورد تعداد نمونه شامل: $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1.96$ ، $b_2=10.93$ ، $b_1=5.95$ ، $\mu_1 - \mu_2=21.17-14.86=6.31$ ، $\phi_1=1.28$ بودند. بر این اساس تعداد نمونه ۴۱ نفر برآورد گردید. با توجه به هدف اصلی طرح حجم نمونه لازم ۸۲ نفر بود، که ۴۱ نفر در هر

افسردگی بعد از زایمان ۳۳ درصد بوده و عواملی چون نوع زایمان، سن مادر، جنسیت ناخواسته‌ی نوزاد از طرف والدین، میزان تحصیلات، سابقه‌ی قبلی افسردگی مادر، سابقه‌ی قبلی مراجعه به روان‌پزشک و مصرف داروهای روان در مادر با بروز افسردگی در ارتباط بوده‌اند (۹). در مطالعه دیگری که در کرمان در سال ۱۳۹۱ انجام شده شیوع افسردگی ۳۱ درصد گزارش شده است و نتایج نشان داد زایمان اول، سابقه سقط و مرگ ک‌دک و بارداری ناخواسته و جنسیت ناخواسته کودک با افزایش شیوع افسردگی همراه است (۱۰). در یک مطالعه متاآنالیز که در سال ۱۳۹۱ در بیش از ۱۱ هزار زن در ایران انجام شده است میزان شیوع کلی افسردگی پس از زایمان در ایران ۲۸،۷ درصد برآورد شده است. در این مطالعات از پرسشنامه ادینبرگ و بک استفاده کرده بودند. سابقه افسردگی پس از زایمان در زنان شاغل، با سابقه افسردگی و بارداری ناخواسته بیشتر از سایر مادران است (۱۱).

افسردگی پس از زایمان یک اختلال چندعاملی است پژوهشگران در ایجاد این اختلال دو الگوی روانی - اجتماعی و زیستی را مطرح کرده‌اند (۱۲). علت افسردگی پس از زایمان به‌طور قطعی شناخته‌شده نیست اما احتمالاً تغییرات هورمونی که به دنبال وضع حمل اتفاق می‌افتد با این اختلال مرتبط هستند. سطح استروژن، پروژسترون و سایر هورمون‌ها با سرعت زیاد از هنگام تولد نوزاد کاهش می‌یابند لیکن تفاوت اساسی در اختلاف هورمونی میان زنانی که افسردگی پس از زایمانی را تجربه می‌کنند و زنان دیگر که این اختلال را تجربه نمی‌کنند وجود ندارد. اما به‌رحال ممکن است که برخی زنان به این تغییرات هورمونی نسبت به سایر زنان آسیب‌پذیرتر باشند (۲). علت دیگر این اختلال تطبیق روان‌شناختی لازم پس از تولد، کمبود خواب و مراقبت از نوزاد می‌باشد. پذیرفتن مسؤلیت ۲۴ ساعته مراقبت از یک نوزاد شیرخوار تطابق عمده‌ای را از نظر روانی و شیوه زندگی در اکثر مادران می‌طلبد. این استرس‌های فیزیکی و روانی معمولاً با استراحت ناکافی مادر همراه است. استرس، کمبود خواب، تغذیه نامطلوب، فقدان حمایت مادر از سوی همسر و سابقه اختلالات روانی قبلی در مادر از عوامل تشدیدکننده بیماری می‌باشند (۱).

مطالعات و شواهد موجود نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناسی در کاهش افسردگی مؤثر بوده و می‌تواند سبب ارتقای کیفیت زندگی مادر شود بدون اینکه اثرات منفی و عوارض دارودرمانی را داشته باشد (۱۳، ۱۴). جلسات مشاوره بعد از زایمان بر آمادگی جسمانی، عاطفی و روانی خانواده‌ها برای ارتقاء سلامتی و بهبود سلامت روحی مادران مؤثر است. از فواید مهم شرکت در جلسات مشاوره افزایش رضایت والدین، افزایش خودباوری و ارتباط بیشتر اعضای خانواده با یکدیگر بوده است (۱۵، ۱۶). یک روش برای

زایمان که واجد شرایط معیارهای ورود به مطالعه بودند به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در مورد هدف و روش تحقیق و محرمانه بودن اطلاعات تأکید گردیده و فرم رضایت آگاهانه جهت مطالعه تکمیل گردید. سپس پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ادینبورگ قبل از شروع مداخله در هر دو گروه کنترل و آزمون، پژوهشگر با روش مصاحبه با مادران تکمیل گردید. برای گروه آزمون، مداخله حل مسئله به‌صورت هشت جلسه مشاوره هر هفته یک جلسه به مدت ۴۵ الی ۶۰ دقیقه در محل فضای آموزش سلامت مراکز انجام شد (به شیوه‌ی پرسش و پاسخ، بحث گروهی و جزوه و چک‌لیست ثبت جلسات برای هر فرد توسط پژوهشگر تکمیل گردید (جدول شماره ۱). افراد گروه کنترل روتین بعد از زایمان را از مرکز دریافت می‌کردند و در دو جلسه پیش‌آزمون که در روزهای ۱۰ الی ۱۴ بعد از زایمان بود و برای مراقبت‌های بعد از زایمان خود مرکز مراجعه می‌کردند. و سپس ۸ هفته بعد از زایمان در جلسه پس‌آزمون که برای مراقبت کودک خود به مرکز مراجعه می‌نمودند مورد بررسی قرار می‌گرفتند. هر دو گروه در ۸ هفته پس از زایمان پرسشنامه ادینبورگ را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. سپس اطلاعات گردآوری شده توسط نرم‌افزار SPSS20 با آزمون‌های تی مستقل و تی زوج، کوواریانس و مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات عبارت بودند از: پرسشنامه استاندارد افسردگی پس از زایمان ادینبورگ^۱؛ این پرسشنامه جهت شناسایی زنان با افسردگی پس از زایمان به کار گرفته شده است، اولین بار توسط کاکس و همکاران در سال ۱۹۸۷ تنظیم شد. بررسی‌های گوناگون کارایی مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ را برای شناسایی زنان افسرده از غیره افسرده نشان داده است (۲۰، ۲۱). این پرسشنامه حاوی ۱۰ سؤال است که هر سؤال به‌صورت صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌گردد، حداکثر امتیاز ۳۰ و حداقل صفر می‌باشد و کسب نمره ۱۰ الی ۱۳ به‌عنوان افسردگی خفیف پس از زایمان محسوب می‌شود و کسب نمره ۱۴ و ۱۵ به‌عنوان افسردگی شدید بعد از زایمان است. نمرات بالاتر از ۱۶ به‌عنوان افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود که باید به روان‌پزشک معرفی شوند. حساسیت این مقیاس ۰/۹۵ و ویژگی آن ۰/۹۳ گزارش شده است. پایایی این ابزار با انجام باز آزمون ۰/۸۸ و اعتبار داخلی آن به کمک آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است (۲۱). ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در این مطالعه ۰/۷۷ گزارش شد که در حد قابل قبول است.

گروه و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا شهر به چهار منطقه (شمال، جنوب، شرق و غرب) تقسیم شد. سپس در هر منطقه دو درمانگاه به‌صورت تصادفی انتخاب شد که یکی به گروه آزمون و دیگری به کنترل اختصاص یافت. بدین ترتیب، از بین ۲۱ درمانگاه شهر همدان، هشت درمانگاه انتخاب شد که شامل درمانگاه‌های: شهید کرباسیان پایگاه خضر، شهدا، امام حسین، قدس، ولی‌عصر، سمیعی ۱، سمیعی ۳ بودند. چهار درمانگاه به گروه آزمون (مرکز شهید کرباسیان، مرکز شهدا، مرکز امام حسین، مرکز ولی‌عصر) و چهار درمانگاه به گروه کنترل (مراکز خضر، قدس، سمیعی ۱، سمیعی ۳) به‌صورت قرعه‌کشی اختصاص یافتند. انتخاب افراد نمونه در هر مرکز درمانگاه به‌صورت تصادفی ۱۰ نفر و در یک درمانگاه ۱۱ نفر بود بدین ترتیب که در ۸ مرکز بهداشتی ۸۲ نفر از زنان که در طی ۱۴-۱۰ روز اخیر زایمان کرده بودند و ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند از لیست زنان به‌صورت قرعه‌کشی انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تک قلو بودن نوزاد، وزن بین ۳۵۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم نوزاد؛ حاملگی و زایمان طبیعی؛ به‌طور طبیعی باردار شده، سابقه نازایی نداشته باشند و وسایل کمک باروری استفاده نکرده باشند؛ سابقه عوارض پس از زایمان و بیماری روانی شناخته‌شده در بارداری فعلی و قبلی نداشته باشند؛ نداشتن بیماری زمینه‌ای (شامل دیابت شیرین، بیماری‌های اتوایمیون و سایر بیماری‌های مزمن)؛ عدم سابقه مصرف مواد مخدر عدم شرکت در کلاس زایمان فیزیولوژیک، زنانی که نمره بین ۱۰ الی ۱۵ از پرسشنامه استاندارد افسردگی پس از زایمان ادینبورگ کسب می‌کردند.

معیارهای خروج از مطالعه: عدم شرکت در جلسات مشاوره (بیشتر از یک جلسه) وجود هرگونه اختلال و بیماری روان‌پزشکی و مصرف داروهای روان‌پزشکی در طی مطالعه؛ مادرانی که حین مطالعه دچار حوادث استرس‌آور و ناگوار شدند، زنانی که نمره افسردگی ۱۶ یا بالاتر از پرسشنامه ادینبورگ کسب کردند به‌عنوان افسردگی شدید به روان‌پزشک ارجاع می‌شدند و از مطالعه حذف می‌شدند. طرح این تحقیق کارآزمایی بالینی، با کسب تأییدیه کمیته اخلاق IR.UMSHA.REC.1395.291 دانشگاه علوم پزشکی همدان و ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران (کد IRCT2016090310426N14) به تأیید رسیده است. نخست در هر مرکز ۱۵ نفر از زنان زایمان نموده در روزهای ۱۰ تا ۱۴ پس از

¹ - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

جدول (۱): برنامه جلسات حل مسئله جهت افسردگی بعد از زایمان

جلسه اول	(مرحله جهت‌گیری) معارفه و آشنایی با اعضای گروه، بحث در مورد اهمیت مهارت حل مسئله، تعیین جهت‌گیری افراد به سمت حل مشکل و مشخص کردن شیوه مسئله مدار یا هیجان مدار بودن آن‌ها.
جلسه دوم	(تقویت مرحله جهت‌گیری) تمرین شناسایی نوع مقابل‌ه افراد در برابر مشکلات، توضیح درباره افکار اتوماتیک منفی و بحث و گفتگو در این زمینه، توضیح اصل توقف افکار.
جلسه سوم	(تعریف دقیق مسئله) بحث در مورد لزوم تعریف دقیق تر مسئله، تقسیم کردن مشکلات پیچیده به قسمت‌های ساده و اولویت‌بندی کردن آن‌ها، روشن نمودن مسائل مبهم، پرهیز از اهداف بلندمدت و دست‌نیافتنی.
جلسه چهارم	(تهیه فهرستی از راه‌حل‌های مختلف) تولید راه‌حل‌های مختلف برای یک مشکل بدون قضاوت درباره درستی یا نادرستی آن، توضیح فن بارش فکر، سیال سازی ذهن و یادداشت کردن تمامی راه‌حل‌های ممکن.
جلسه پنجم	(ارزیابی راه‌حل‌های مطرح‌شده و انتخاب بهترین راه‌حل) آموزش روش گزینی یکی از راه‌حل‌های مناسب با مقایسه کردن آن‌ها، آموزش روش اگر... آن وقت... غربالگری کلی و کنار گذاشتن راه‌حل ضعیف، راه‌حل انتخابی باید متناسب با اعتقادات و ارزش‌های فرد باشد، امکان عملی بودن آن نیز مورد توجه قرار گیرد.
جلسه ششم	(تصمیم‌گیری و اجرای راه‌حل انتخاب‌شده) بحث در مورد تصمیم برای انتخاب یک راه و اجرای آن، توضیحات در مورد واکنش دهی به تضادها و اختلاف‌های بین افراد، تمرین در زمینه روابط بین فردی.
جلسه هفتم	(تأکید بر تفکر وسیله‌ای هدفی و ارزیابی) سازمان‌دهی شناختی‌مراحلی که تاکنون آموزش داده‌شده، تبیین، تشریح و مرور مراحل - طی شده از ابتدا تا انتها، تشریح روش ارزیابی پس‌ازانتخاب راه‌حل و پیامد آن، در صورت مواجهه با شکست از به‌کارگیری راه‌حل انتخابی، به مرحله یا مراحل قبل‌تر بازگردند و با سعی مجدد در جهت حل مشکل اقدام نمایند.
جلسه هشتم	(مرور مراحل قبل) عملکرد آزمودنی‌ها در به‌کارگیری تفکر وسیله‌ای هدفی موردبررسی، تمرین و تشویق قرار می‌گیرد، ارائه یک - داستان نیمه‌تمام و به پایان رساندن آن توسط افراد، مرور تمام مراحل حل مسئله در ارتباط با داستان مطرح‌شده.

یافته‌ها

شغل آزاد بودند. بیشترین فراوانی در دامنه سنی ۱۹-۲۳ سال بود. فراوانی نوزادان متولدشده پسر بیشتر از دختر در دو گروه بود. لیکن بین دو گروه تفاوت معنی‌داری از نظر خصوصیات دموگرافیک به جز تحصیلات دیده نشد.

یافته‌های دموگرافیک افراد موردپژوهش در گروه آزمون نشان دادند (جدول ۲)، در بین زنان و شوهرانشان کم‌ترین درصد دارای شغل کارمند و بیشترین درصد زنان خانه‌دار و همسرانشان دارای

جدول (۲): توزیع فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت‌شناسی و نتایج آزمون‌های دو

P-value	کنترل		آزمون		متغیر
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
	۹/۸	۴	۲۲	۹	زیر دیپلم
	۳۶/۶	۱۵	۲۲	۹	دیپلم و فوق دیپلم
۰/۰۴۶*	۱۹/۵	۸	۳۱/۷	۱۳	لیسانس
	۲۲	۹	۲۴/۳	۱۰	فوق لیسانس
	۱۲/۲	۵	۰	۰	بالتر از فوق لیسانس
	۴۸/۸	۲۰	۵۸/۵	۲۴	خانه‌دار
۰/۱۶۵۸ ns	۷/۳	۱۰	۳۶/۶	۱۵	کارمند
	۴۳/۹	۳	۲/۹	۲	آزاد
	۵۳/۷	۲۲	۵۸/۵	۲۴	سال ۱۹-۲۳
۰/۷۴۶ ns	۳۴/۱	۱۴	۳۴/۱	۱۴	سال ۲۴-۲۸
	۱۲/۲	۵	۷/۳	۳	سال ۲۹-۳۳

شغل همسر	آزاد	۱۷	۴۱/۵	۳۰	۷۳/۲	۰/۰۰۴xx
	کارمند	۲۴	۵۸/۵	۱۱	۲۶/۸	
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۱۲	۲۹/۳	۴	۹/۸	
	دیپلم و فوق دیپلم	۶	۱۴/۶	۱۰	۲۴/۴	
	لیسانس	۱۹	۴۶/۳	۲۱	۵۱/۲	۰/۱۵۲ ns
	فوق لیسانس	۲	۴/۶	۵	۱۲/۲	
	بالتر از فوق لیسانس	۲	۲/۹	۱	۲/۴	
مدت ازدواج	۱ سال	۱۳	۳۱/۷	۱۰	۲۴/۴	
	۲ سال	۱۳	۳۱/۷	۲۰	۴۸/۸	۰/۴۳۰ ns
	۳ سال	۸	۱۹/۵	۷	۱۷/۱	
	بالای ۳ سال	۴	۱۷/۱	۴	۹/۸	
جنس فرزند	دختر	۲۰	۴۸/۸	۱۵	۳۶/۶	۰/۱۸۶ ns
	پسر	۲۱	۱۲/۲	۲۶	۶۳/۴	

^{ns} = غیر معنی دار، * = معنی داری در سطح ۹۵ درصد، ** = معنی دار در سطح ۹۹ درصد.

همان طور که از جدول ۳ مشهود است تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد ($P > 0.05$).

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و آزمون معنی داری افسردگی پس از زایمان در گروه های مورد مطالعه

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		تفاوت		P
			M (SD)	M (SD)	t	P	t	P	
افسردگی پس از زایمان	آزمایش	۴۱	۲۴/۴۶ (۲/۰۹)	۱۹/۰۹ (۴/۰۲)	۵/۳۶	۸/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۵۲۱	-۰/۶۴۴
	کنترل	۴۱	۲۴/۷۸ (۲/۳۵)	۲۴/۷۳ (۲/۱۶)	۰/۰۴۸	۰/۱۸۷	۰/۸۵۳		

در جدول ۴، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است و مشاوره گروهی بر کاهش افسردگی پس از زایمان گروه آزمایش تأثیر معنی داری داشته است ($P < 0.01$).

جدول (۴): نتایج کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات افسردگی پس آزمون با کنترل نمره پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
مدل تصحیح شده	۶۵۰/۷۴۴	۱	۶۵۰/۷۴۴	۶۲/۱۴۹	۰/۰۰۰	۰/۴۳۷
عرض از مبدأ	۱۴۸۶/۳۶۱	۱	۱۴۸۶/۳۶۱	۱۴۱/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۹۷۹
افسردگی پس از زایمان	۶۵۰/۷۴۴	۱	۶۵۰/۷۴۴	۶۲/۱۴۹	۰/۰۰۰	۰/۴۳۷
خطا	۸۳۷/۶۵۹	۸۰	۱۰/۷۴			
کل	۴۰۸۶۹/۰۰	۸۲				
کل تصحیح شده	۱۴۸۸/۴۰۲	۸۱				

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش که باهدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۹۵ بود، نشان داد بین نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌طوری‌که مشاوره گروهی بر کاهش افسردگی پس از زایمان گروه آزمایش تأثیر معنی‌داری داشته است ($P < 0/01$). نتایج مطالعات انجام شده در ایران نیز نشان داد مشاوره گروهی و به‌کارگیری مهارت‌های حل مسئله و آرام‌سازی می‌توانند برای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان استفاده شوند. در مطالعه نصیری و همکاران که بر روی ۸۰ زن باردار در مراکز بهداشتی مشهد انجام شد. بیماران به سه گروه تقسیم شدند. ۲۶ بیمار مهارت‌های حل مسئله را آموختند، ۲۶ بیمار ریلکسیشن دریافت کردند و ۲۸ بیمار به‌عنوان کنترل انتخاب شدند. مداخله به مدت ۶ هفته انجام شدند. بیماران مجدداً بعد از مداخله در هفته نهم بعد از زایمان معیار عزت‌نفس Eysenck را تکمیل کردند. نمره عزت‌نفس در گروه حل مسئله $9/7 \pm 11/9$ ، در گروه ریلکسیشن $11/8 \pm 11/0$ و در گروه کنترل $10/4 \pm 11/3$ بود. اختلاف معنی‌داری بین گروه‌ها از نظر نمره عزت‌نفس وجود داشت. نتایج مطالعه نشان می‌دهند که مهارت‌های حل مسئله و ریلکسیشن می‌توانند برای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان استفاده شوند (۱۹). نتایج مطالعه فتحی اشتهیانی و همکارانش در سال ۲۰۱۲ در تهران بر روی ۱۳۵ مادر مبتلا به افسردگی پس از زایمان به روش نیمه تجربی جهت ارزیابی اثربخشی مشاوره گروهی و سایکو تراپی بر افسردگی پس از زایمان در مقایسه با دارودرمانی معمول انجام شد. گروه مداخله (۶۴ نفر) تحت مشاوره گروهی و سایکو تراپی و گروه مداخله (۷۱ نفر) تحت دارودرمانی معمول قرار گرفته‌اند. میانگین نمره افسردگی بک در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری پس از مداخله کاهش یافت (10.92 ± 0.05 vs. 21.17 , $p < 0.05$) که این میزان کاهش از گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بیشتر بود (6.31 vs. 0.09). در نهایت این‌گونه نتیجه‌گیری شد که سایکو تراپی رفتاری و شناختی می‌تواند در بهبود علائم افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد (۲۳). در مطالعه دیگری در ایران باستانی و همکارانش در شهر تهران تحقیقی به روش کارآزمایی بالینی بر روی ۱۱۰ مادر باردار جهت ارزیابی اثربخشی آموزش آرام‌سازی (مبتنی بر یادگیری مهارت‌های شناختی- رفتاری) در کاهش اضطراب و افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان انجام دادند. در این تحقیق ۵۵ بیمار تحت آموزش آرام‌سازی و ۵۵ بیمار به‌عنوان کنترل توسط پرسشنامه اضطراب

اشپیل برگر مورد ارزیابی واقع شدند. نتایج نشان داد که نمره اضطراب به‌طور معنی‌داری در گروه مداخله کاهش یافت (37.18 vs. 22.71 , $p < 0.05$). در نهایت این‌گونه نتیجه‌گیری شد که آموزش آرام‌سازی (مبتنی بر یادگیری مهارت‌های شناختی- رفتاری) می‌تواند در کاهش اضطراب و افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان مؤثر باشد (۲۴).

همچنین نتایج پژوهش‌های خارج از کشور توسط تیزل^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۶ حاکی از تأثیر آموزش مهارت‌های حل مسئله بر کاهش افسردگی پس از زایمان می‌باشد (۲۵). این نتیجه در مطالعه کویچپرس^۳ و همکاران (۲۰۰۸) نیز به دست آمد. چنانچه مطالعه آنان نشان داد زنانی که آموزش‌های حل مسئله دریافت کرده بودند در مقایسه با زنان گروه کنترل کاهش معنی‌داری در افسردگی پس از زایمان نشان دادند (۲۶).

مواجهه با مسائل و استرس‌های مختلف در زندگی، جزء لاینفک زندگی هر فرد بوده، این مسائل در زایمان نیز دیده می‌شود. در واقع حاملگی و دوره‌ی پس‌از آن، با تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیک بسیار مهمی همراه است که گاهی منجر به تغییرات پاتولوژیک و بروز اختلالات روانی می‌گردد (۲). اختلالات روانی پس از زایمان، از جمله افسردگی پس از زایمان در صورت بروز مشکلاتی را برای مادر، نوزاد و سایر افراد خانواده ایجاد می‌کند. عوامل روانی و عوامل اجتماعی یکی از عامل‌های اساسی در افسردگی پس از زایمان به شمار می‌روند (۲۷). بر این اساس زمانی که فرد توانایی حل مسئله داشته باشد می‌تواند گامی بزرگ در کاهش مشکل بردارد. در واقع آموزش مهارت حل مسئله، ارائه منظم آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری است که به فرد کمک می‌کند تا مؤثرترین راه‌حل مشکل را شناسایی کرده و به طریقی مؤثر با مشکلاتی که در آینده پیش می‌آید برخورد نماید (۲۸). به‌عبارتی دیگر آموزش مهارت حل مسئله را از بسیاری از جهات می‌توان به‌مثابه فرآیند کمک به افراد برای رشد آن‌ها و در نتیجه افزایش احتمال مقابله مؤثر در طیف وسیعی از موقعیت‌ها دانست. طی این فرآیند افراد منابع مقابله مؤثر با وقایع فشارزای زندگی را کشف، خلق یا شناسایی می‌کنند (۲۹). مشاوره حل مسئله به مددجویانی کمک می‌کند که اغلب بر یک هدف نهایی تمرکز می‌کنند و از تفکر در مورد راهبردهای مختلف که نوعاً مشکلات بین فردی را حل می‌کند، ناتوان‌اند و تلاش‌های آن‌ها به شکست می‌انجامد و باعث ناامیدی و کناره‌گیری یا افسردگی آنان می‌گردد (۳۰). چنانچه لازاکیدو و راتالیس^۴ نیز بیان کردند که آموزش مهارت حل مسئله باعث افزایش قدرت تصمیم‌گیری، خودگردانی و مسئولیت‌پذیری افراد می‌گردد (۳۱). آموزش مهارت

⁴ Azakidou & Retalis

² Tezel

³ Cuijpers

نداشتن زمان کافی از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعد مرحله پیگیری شش‌ماهه و بیشتر صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان است که در کمیته اخلاق با کد اخلاقی IR.UMSHA.REC.1395.291 به تأیید رسیده است. همچنین این مطالعه با کد IRCT2016090310426N14 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. بدین‌وسیله از همکاری کلیه کارکنان محترم مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان و سایر عزیزانی که در انجام این تحقیق ما را یاری و راهنمایی کردند، تقدیر و تشکر می‌نماییم.

References

1. Brannon L, Feist J, Updegraff J. Health psychology: An introduction to behavior and health: Cengage Learning; 2013.
2. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding E-L. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience—a randomised controlled trial. *J Psychosom Obst Gyn* 2015;36(1): 1-9.
3. Cattaruzza A. Difficulties in the Treatment of Depression During Pregnancy and Postpartum Depression. *JICAP* 2014; 13: 75-87.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 15th Ed. (DSM-5). 2013.
5. Iezzoni LI, Mitra M1, Zhang J, Long-Bellil LM, Smeltzer SC, Barton BA. Prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms among women with disabilities. *Matern Child Health J* 2015; 19(2): 362-72.
6. Djoda Adama N, Foumane P, Kamga Olen JP, Sama Dohbit J, Ngo Um Meka E, Mboudou E. Prevalence and risk factors of postpartum depression in Yaounde, Cameroon. *Open J Obstet Gynecol* 2015; 5: 608-17.
7. Nezami L, Azizi M. The prevalence and postpartum depression predicted on the basis of perceived stress during pregnancy in women Tabriz. *Family Studies* 2015; 8(3): 113-25. (Persian)
8. Farhat A, Saeidi R, Ashraf M, Hesari H. Prevalence of postpartum depression; a longitudinal study. *IJN* 2015; 6(3), 39- 44.
9. Lashkaripour K, BakhshaniNM, HokmabadiS, SajjadiSAR, SafarzadehSarasiyabi. Postpartum depression and related factors: A 4.5 months study. *J Fundamen Mental Health* 2012; 13(4): 404-12.
10. Ghaffarinejad A R, Khobryari F, Pouya F. Prevalence of postpartum depression in Kerman. *IJPCP* 1999; 5 (1 - 2): 24-30.
11. Veisani Y, Sayehmiri K. Postpartum depression, prevalence, meta-analysis, systematic review, *IJOG* 2012; 15(14): 21-9.
12. Yim S, Stapleton R, Gurdino M. Biological and psychosocial predictors of postnatal depression systematic review and call for integration. *Ann Rev Clin Psychol* 2015; 11: 99-137.
13. Alden KR, Lowdermilk DL, Cashion MC, Perry SE. *Maternity and women's health care: Elsevier Health Sciences*; 2013.
14. Heh SS, Coombes L, Bartlett H. The association between depressive symptoms and social support in

حل مسئله به زنان بعد از زایمان به زنان یاری می‌رساند که بتوانند مشکلات بین فردی با همسر، کودک و اطرافیان را بهتر حل نمایند و باعث افزایش قدرت تصمیم‌گیری و مسئولیت‌پذیری در آنان می‌شود.

به‌طورکلی نتایج این مطالعه نشان داد، مشاوره گروهی مبتنی بر حل مسئله بر کاهش افسردگی پس از زایمان در مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان تأثیر معنی‌داری داشته و می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر بر کاهش افسردگی پس از زایمان در مادران موردتوجه قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انجام آن در نمونه کوچک از مادران بود که ممکن است قابل‌تعمیم به کل جامعه مادران نباشد. همچنین پرسشنامه نیاز به یادآوری مادان از وقایع دو هفته اخیر آنان داشت که با توجه به گرفتاری مادران این امر با مشکل همراه بود. همچنین عدم پیگیری طولانی‌مدت افراد موردپژوهش به علت

- Taiwanese women during the month. *Int J Nurs Stud* 2004;41(5): 573-9.
15. Horwitz SM, Kelleher KJ, Stein RE, Storfer-Isser A, Youngstrom EA, Park ER, et al. Barriers to the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression. *Pediatrics* 2007;119(1): 208.
 16. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth* 2006;33(4): 323-31.
 17. Eizadi Fard R, Sepasi Ashtiani M. Effectiveness of cognitive behavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms. *J Behav Sci* 2010;4(1): 23-7.
 18. Mynors-Wallis LM. Problem-solving treatment in general psychiatric practice. *APT* 2001; 7: 417-25.
 19. Nasiri S, Kordi M, Gharavi MM. A comparative study of the effects of problem-solving skills training and relaxation on the score of self-esteem in women with postpartum depression. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. Iran J Nurs Midwifery Res* 2015;20(1): 105-12.
 20. Cox J, Holden J. *Prenatal psychiatry use and misuse of the Edinburgh postnatal Depression Scale*. New York: Gasell; 1994.
 21. Aghapour M, Mohammadi A. Comparison of working women and housewives postpartum depression and its relationship with social support and marital adjustment. *J Women Fam Stud* 2009; 4(1): 9-32 (Persian)
 22. Schiller CE, Brody S M, Rubinow DR. The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums* 2015; 20:48-59.
 23. Fathi-Ashtiani A, Ahmadi A, Ghobari-Bonab B, Azizi MP, Saheb-Alzamani SM. Randomized trial of psychological interventions to preventing postpartum depression among Iranian first-time mothers. *Int J Prev Med* 2015;6: 109.
 24. Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *J Midwifery Womens Health* 2005;50(4): 36-40.
 25. Tezel A, Gozum S. Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in postpartum women. *Patient Educ Couns* 2006; 63: 64-73.
 26. Cuijpers P, Brannmark JG, Straten AV. Psychological treatment of postpartum depression: A meta-analysis. *J Clin Psychol* 2008; 64(1): 103.
 27. Sadock B, Sadock V. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry-behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. P. 857-69.
 28. Zera'at Z, Ghafourian A. Effectiveness of problem solving skill training on student's educational self thought. *J Educ Strat* 2009;-1(2): 23-6.
 29. Masoudi A, Akhavan Behbahani A, Nosratinejad F, Moosavy Khatat M. Evaluation of Depression in Nursing Students of Azad University. *Middle East J Disability Stud* 2012;1(1): 42-6.
 30. Gellis ZD, Kenaley B. Problem-solving therapy for depression in adults: A systematic review. *Res Soc Work Pract* 2008; 18(2): 45-53.
 31. Lazakidou G, Retalis S. Using computer supported collaborative learning strategies for helping students acquire self-regulated problem solving skills in mathematics. *Comput Educ* 2010;54: 3-13.

THE EFFECT OF GROUP COUNSELING BASED ON PROBLEM SOLVING ON POSTPARTUM DEPRESSION IN MOTHERS ATTENDING TO HEALTH CARE CENTERS IN HAMADAN CITY

Parisa Parsa¹, Parastoo Ahangpour², Fatemeh Shobeiri^{3*}, Alireza Soltanian⁴, Alireza Rahimi⁵

Received: 16 Apr, 2017; Accepted: 23 Jun, 2017

Abstract

Background & Aims: Postpartum depression is a critical condition that affects not only mothers but their infants. For this reason, early diagnosis and conducting counseling interventions are essential in reducing these problems. The aim of this study was to investigate the effect of group counseling on postpartum depression in mothers referring to Hamadan health centers in 2016.

Material & Methods: The study was a clinical trial. The study population consisted of postpartum women who were referred to health centers in Hamadan in 2016. A total of 82 people were selected by random sampling method and allocated to two groups of control and test (each group was 41). For the test group, eight group counseling sessions were run based on problem solving. Data were gathered in pre and post test with Edinburgh standard depression inventory questionnaire. Data were analyzed using SPSS20 software, independent t-test, paired t-test, Chi-square and covariance analysis were used.

Results: There was no significant difference between the scores of pre-test depression in the two groups ($P > 0.05$). Meanwhile, there was a difference between the two groups on post-test scores. So, group counseling training had a significant effect on reducing postpartum depression in test group ($P < 0.01$)

Conclusion: These results suggest that group counseling based on problem solving approach can be used along with other therapeutic techniques to reduce postpartum depression.

Keywords: postpartum depression, problem solving, group counseling, women

Address: Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan

Tel: (+98)8138280150

Email: fshobeiri@yahoo.com

¹ Associate Professor, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² M.Sc. Student in Consultation in Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran (Corresponding Author)

⁴ Department of Statistics, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁵ Department of Psychiatric, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran