

COGNITIVE SKILLS TRAINING

Impact of Cognitive Skills Training on Reducing Depression Among Clients During Pregnancy & Postpartum Referring to Health Centers

Nasrin Mosavinejad

MSc. in Health Education, Dept. of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University (TMU), Tehran, Iran.

Shohreh Shahmohammadi

MSc. in Health Education, Student Research committee, Faculty of Medical Sciences, TMU, Tehran, Iran.

Farkhondeh Aminshokravi

* Assistant Professor, Dept. of Health Education, Faculty of Medical Sciences, TMU, Tehran, Iran (Corresponding Author) Tel: 02182884506 aminsh_f@modares.ac.ir

Received: 8 May 2014

Accepted: 10 February 2015

ABSTRACT

Background and objective: Depression during pregnancy and after childbirth endangers mental health of the mother and physical health of the baby. Cognitive skills training can reduce the depression and anxiety of these periods. Thus, this study was designed to investigate the impact of cognitive skills training intervention program on women during pregnancy and postpartum referred to health centers in Khorramabad.

Methods: This semi-experimental study was conducted on 120 pregnant women referred to the Health Centers. The participants were selected applying simple selection method. Data was gathered using Beck questionnaire before and two months after the educational intervention. Case group received the intervention program through lecturing. Data was analyzed applying SPSS16 and statistical tests (chi-square, t-test and regression) were applied.

Results: Participants mean age was 27.29 ± 5.76 . The age range was between 18 and 39. After intervention, depression mean score changed from 38.13 ± 7.45 to 29.95 ± 5.12 ; the reduction in the case group statistically was significant ($p=0.001$).

Conclusion: Training cognitive skills have a positive impact on reducing depression among pregnant women during and after pregnancy. Therefore, it is recommended that this intervention, after being validated by a few other researchers, be combined in pre and postnatal care in health centers.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Cognitive skills training, Pregnancy Depression, Postpartum Depression, Beck Depression Inventory. Khorramabad.

► **Citation:** Mosavinejad N, Shahmohammadi S & Aminshokravi F. Impact of Cognitive Skills Training on Reducing Depression Among Clients During Pregnancy & Postpartum Referring to Health Centers. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. Spring 2015;3(1): 39-48.

آموزش مهارت‌های شناختی

تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی در طی بارداری و پس از زایمان سلامت روحی روانی مادر و سلامت فیزیکی نوزاد را به خطر می‌اندازد و آموزش مهارت‌های شناختی روشی مؤثر در کاهش میزان اضطراب و افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان است. به همین منظور، جهت بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان بر روی مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خرم‌آباد این مطالعه انجام شد.

مواد و روش‌ها: این یک مطالعه نیمه‌تجربی بود که بر روی ۱۲۰ زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی، که به‌صورت غیرتصادفی، در دسترس و داوطلب انتخاب شده بودند، انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه یک قبل و دو ماه بعد از مداخله آموزشی جمع‌آوری گردید. گروه آزمون با استفاده از روش سخنرانی در خصوص مهارت‌های شناختی مؤثر بر کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان آموزش دیدند. تحلیل آماری با به‌کارگیری SPSS۱۶ و با استفاده از آزمون‌های کای‌اسکوئر، رگرسیون خطی و تی انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی آزمودنی‌ها $27/29 \pm 5/76$ و دامنه حداقل ۱۸ و حداکثر ۳۹ سال بود. پس از آموزش در گروه آزمون میانگین نمره افسردگی از $38/13 \pm 7/45$ به $29/95 \pm 5/12$ رسید که آزمون تی زوجی میزان کاهش را معنادار نشان داد ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: آموزش‌های مهارت‌های شناختی در کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان تأثیر معناداری داشته است. پیشنهاد می‌شود این برنامه آموزشی بعد از تأیید در چند پژوهش دیگر در برنامه مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان ادغام گردد.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی

کلیدواژه‌ها: افسردگی دوران بارداری، افسردگی پس از زایمان، مهارت‌های شناختی، آزمون افسردگی یک، خرم‌آباد.

نسرین موسوی‌نژاد

کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

شهره شاه‌محمدی

کارشناس ارشد آموزش بهداشت، کمیته اخلاق پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

فرخنده امین‌شکروی

* دکترای آموزش بهداشت، استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول) ۰۲۱۸۲۸۸۴۵۰۶
aminsh_f@modares.ac.ir

◀ **استناد:** موسوی‌نژاد ن، شاه‌محمدی ش، امین‌شکروی ف. تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، بهار ۱۳۹۴؛ ۱(۳): ۳۹-۴۸.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۲/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۱

مقدمه

اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است. شیوع آن در طول عمر ۱۵٪-۲۵٪ است (۱). افسردگی در مقایسه با بسیاری از مشکلات بهداشتی شایع، یک مشکل جدی است که با میزان مرگ بالایی همراه است. پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهند احتمال خودکشی در افراد افسرده ۱۵٪ افزایش می‌یابد (۲). شیوع افسردگی در طی بارداری بسیار متفاوت گزارش شده است و از ۴٪ تا ۱۷/۶٪ متغیر است (۱). پژوهش‌های مختلف شیوع افسردگی پس از زایمان را طیفی از ۱۰ تا ۲۰٪، ۱۵ تا ۲۸٪، و نیز در برخی از پژوهش‌ها در ایران، شیوع افسردگی پس از زایمان را طیفی از ۱۶ تا ۳۱٪ گزارش کردند (۳-۷). شیوع بالای اضطراب و افسردگی در دوران بارداری و اثرات مخرب آن بر جنین و مادر درخور توجه است (۸-۱۰).

یکی از مؤثرترین راه‌های مقابله با اضطراب و افسردگی، استفاده از روش‌های غیردارویی است. مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات آموزشی و مهارتی در کاهش افسردگی مؤثر بوده و می‌تواند سبب ارتقای کیفیت زندگی مادر شود (۱۱). یکی از عواملی که در بروز افسردگی پس از زایمان نقش عمده‌ای دارد، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک‌های مادی، طرح یا توصیه بهداشتی، حمایت عاطفی از سوی دیگرانی که فرد به آن‌ها علاقه‌مند است و یا برای آن‌ها ارزشمند هستند و بخشی از شبکه اجتماعی فرد به شمار می‌روند؛ مانند همسر، بستگان، دوستان و نیز ارتباط با نهادهای مذهبی (۱۲). حمایت اجتماعی، شکل‌های متعددی دارد. از جمله حمایت ارزیابی که به معنی کمک به فرد برای فهم و مقابله بهتر با رویداد استرس‌زاست، که در این شرایط آموزش مهارت‌های شناختی می‌تواند مؤثر واقع شود (۱۳). شناخت به معنای معرفت و عمل دانستن تعریف می‌شود. با توجه به این تعریف، مهارت‌های شناختی به مهارت‌هایی اطلاق می‌شود که امکان دانستن را فراهم می‌کنند (۱۴). بر اساس نظریه آرن بک تأثیر مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی بارداری و پس از

زایمان مؤثر است (۲).

حوادث استرس‌زای دوران بارداری به‌طور معناداری میزان شیوع افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد (۱۵). آموزش‌های دوران بارداری بر آمادگی جسمانی، عاطفی و روانی خانواده‌ها برای زایمان و ارتقاء سلامتی و بهبود رفتارهای سبک زندگی در طول سال‌های باروری تمرکز می‌کند. این کلاس‌ها به‌طور گسترده‌ای به زوج‌ها در یادگیری مواردی مانند بارداری، زایمان و والد شدن کمک می‌کند (۱۶). از فواید مهم شرکت در این کلاس‌ها افزایش رضایت والدین، افزایش خودباوری و ارتباط بیشتر اعضای خانواده با یکدیگر بوده است (۱۷).

مطالعه بارلو و همکاران (۱۸) پیرامون تأثیر آموزش نقش مادری در دوران بارداری بر افسردگی پس از زایمان نشان داد که آموزش مادران به‌تنهایی نمی‌تواند سبب کاهش افسردگی پس از زایمان مادر گردد. مطالعه باستانی و همکاران (۱۹) تحت عنوان «تأثیر آموزش آرام‌سازی در کاهش اضطراب و افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان» نیز نشان داد که برنامه آموزشی مبتنی بر یادگیری مهارت‌های شناختی- رفتاری، آرام‌سازی در بارداری، سبب کاهش اضطراب و افسردگی پس از زایمان می‌شود. باکوم و اپستین (۲۰) به این مطلب اشاره دارند که از دیدگاه شناختی- رفتاری کمبود مهارت‌های ارتباطی زوج و شیوه‌های نامتناسب در بیان هیجانات مثبت و منفی، مطالعه شناخت‌ها در پریشانی زوج‌ها را پیچیده‌تر می‌کند، در ناهماهنگی‌های زوج‌ها، بر کیفیت رابطه تأکید می‌شود. نتایج مطالعه خرمی‌راد (۲۱) بر لزوم توجه به بهداشت روانی مادران و گنجاندن برنامه‌های غربالگری- حمایتی و مشاوره‌ای بهداشت روان در مراقبت‌های روتین بعد از زایمان تأکید دارد. برخی از پژوهشگران آموزش مهارت‌های شناختی از جمله مهارت حل مسئله را روشی مؤثر در کاهش شدت افسردگی پس از زایمان به حساب می‌آورند (۲۲). در مطالعه‌ای که به بررسی اثر مداخله آموزشی شناختی بر روی زوجینی که به تازگی بچه‌دار شده بودند پرداخته بودند، به این نتیجه رسیدند که شرکت زنان باردار در کلاس‌های آموزش شناختی در دوران

بارداری باعث کاهش میزان اضطراب و افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان در زنان باردار نشده است (۲۳).

میزان بالای افسردگی در زنان تازه وضع حمل کرده سلامت عمومی جامعه را به خطر می‌اندازد و باید تحقیقات بیشتری در زمینه درمان و پیشگیری افسردگی پس از زایمان به عمل آید. اکنون ما با این سؤال اساسی روبه‌رو هستیم که آیا آموزش مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی دوران بارداری پس از زایمان مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی همراه با گروه شاهد است. در این مطالعه توصیفی تحلیلی که به صورت مقطعی انجام گردید، از نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس داوطلب استفاده شد. زنان باردار مراجعه‌کننده به سه مرکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان خرم‌آباد جهت دریافت مراقبت‌های بارداری مورد مطالعه قرار گرفتند و افرادی که جهت پر کردن پرسشنامه، حاضر به همکاری شدند، وارد مطالعه گردیدند. معیار خروج از مطالعه، نداشتن تمایل افراد برای شرکت در کلاس‌های آموزشی و یا جابجایی و نقل مکان و دسترسی نداشتن به آنان در طول مطالعه بود.

روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که با کسب اجازه کتبی از افراد و دادن توضیحات کافی در مورد پژوهش، در صورتی که فرد حائز شرایط تعیین شده جهت مطالعه بود به عنوان نمونه انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه شاهد و مورد قرار گرفتند. ۶۰ نفر مادر باردار به عنوان گروه مداخله در کلاس‌های آموزش مهارت‌های شناختی شرکت کردند و ۶۰ نفر مادر باردار به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شد. خانم‌های باردار گروه مورد علاوه بر دریافت مراقبت‌های روتین، در کلاس‌های آموزشی مهارت‌های رفتاری نیز شرکت نمودند ولی خانم‌های باردار گروه شاهد فقط مراقبت‌های روتین مراکز بهداشتی درمانی را دریافت نمودند. بسته آموزشی طراحی شده بر اساس نظریه آرن بک مبتنی بر تأثیر مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی بارداری و پس

از زایمان بود که در طی جلسات آموزشی آشنایی با خطاهای شناختی و مقابله با آن ارائه گردید.

در خصوص سنجش شدت اختلال افسردگی، چند روش گزارش فردی و مقیاس درجه‌بندی بالینی معتبر وجود دارد. در این پژوهش از پرسش‌نامه افسردگی بک^۱ جهت بررسی نشانه‌های افسردگی در نمونه‌ها استفاده شده است. این آزمون یک ابزار تشخیصی است که در سال ۱۹۶۱ برای سنجش افسردگی تدوین شده است و شامل ۸۴ سؤال است که تحت عنوان ۲۱ جنبه گروه‌بندی می‌شود: ۱- خلق، ۲- بدبینی، ۳- احساس شکست، ۴- نارضایتی، ۵- احساس گناه، ۶- احساس تنبیه، ۷- نفرت از خود، ۸- اتهام به خود، ۹- تمایل به خودآزاری، ۱۰- گریستن، ۱۱- زودرنجی، ۱۲- گوشه‌گیری از اجتماع، ۱۳- بی‌تصمیمی و درماندگی، ۱۴- تصویر بدنی، ۱۵- تنبلی یا کاهلی در کار، ۱۶- اختلال در خواب، ۱۷- خستگی پذیری، ۱۸- بی‌اشتهایی، ۱۹- کاهش وزن، ۲۰- اشتغالات ذهنی در مورد سلامتی بدن و ۲۱- کاهش نیروی جسمی در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری ویژه از افسردگی است. شدت و ضعف اختلال در جنبه‌های مذکور با چهار یا پنج جمله نوشته شده برای هر جنبه مورد سنجش قرار می‌گیرد. معیارهای مورد استفاده در این آزمون از صفر تا ۳ که نشانه سلامت روانی تا اختلال حاد در هر جنبه نمره‌گذاری شده است. میانگین زمان برای پاسخ‌گویی به آزمون بک بین ۱۵ تا ۳۵ دقیقه تعیین شده بود. هر فرد آزمون‌شونده می‌توانست از هر یک از جنبه‌های ۲۱ گانه پرسشنامه تنها یک جمله را که بیشتر با وضع فعلی او مطابقت داشت، برگزیده و با علامتی آن را مشخص کنند. جمع نمرات برای هر فرد می‌توانست از صفر تا ۶۳ باشد. در این پرسشنامه مجموعاً ۸۴ جمله وجود داشت که تحت عنوان جنبه‌های ۲۱ گانه آزمون افسردگی بک گروه‌بندی شده‌اند.

روایی این پرسشنامه از طریق روایی محتوایی توسط پژوهشگران مختلف تعیین شده است (۲۴): تشکلی و میهار ضریب پایایی آن را ۰/۷۸ و پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴،

1. Beck test

نباشد، ولی ساعت‌ها این مسئله ذهن فرد را درگیر خود می‌کند. مقابله با خطای ذهن‌خوانی: افرادی که دارای خطای ذهن‌خوانی هستند، فرض را بر این می‌گذارند که می‌دانند آدم‌ها چه می‌کنند بی‌آنکه شواهد کافی در مورد افکارشان داشته باشند. به‌طور مثال، او فکر می‌کند من یک بازنده‌ام. برای مقابله با این امر بهتر است میزان اعتقاد به این فکر را درجه‌بندی کنیم و مزایا و معایب این فکر را بررسی کنیم؛ ببینیم چه شواهدی برای رد یا تأیید این فکر وجود دارد. فکر می‌کنید بعضی از افراد نسبت به شما حسودند. اولاً، آیا چنین فکری می‌کنید. ثانیاً اگر چنین فکر می‌کنید و مشغله ذهنی شما این باشد، آیا از حسادت او کاسته می‌شود. ثالثاً طبیعی است که بعضی ما را دوست ندارند و شاید حسادت هم بکنند. اگر ما به آن شخص محبت کنیم و به او احترام بگذاریم آیا از حسادت او کم می‌شود یا اگر از او افراد کنیم و این موضوع مشغله فکری ما باشد.

مقابله با خطای استدلال احساسی: افرادی که دارای استدلال احساسی هستند، فکر می‌کنند که احساسات منفی ما لزوماً منعکس‌کننده واقعیت‌ها هستند. این نوع استدلال احساسی ما را از بسیاری واقعیت‌ها دور نگه می‌دارد. به‌طور مثال: «احساس می‌کنم گناه می‌کنم، پس باید آدم بدی باشم.» یا «خشمگین هستم، پس معلوم می‌شود با من منصفانه برخورد نشده است.» یا «چون احساس حقارت می‌کنم، معنایش این است که فرد درجه دومی هستم یا احساس نومی می‌کنم، پس حتماً باید نومی باشم.»

مقابله با خطای شناختی درشت‌نمایی: فرد از یک‌سو درباره اهمیت مسائل و شدت اشتباهات خود مبالغه می‌کند و از سوی دیگر اهمیت جنبه‌های مثبت زندگی را کمتر از آنچه هست برآورد می‌کند. در این پژوهش میزان افسردگی زنان باردار از طریق پاسخگویی به آزمون بک در طول بارداری و ۴۲ روز پس از زایمان سنجیده شد. سن افراد مورد مطالعه ۱۸ تا ۳۹ سال بوده و محل سکونت افراد شهرستان خرم‌آباد بود. و تعداد نمونه‌ها ۱۲۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهرستان خرم‌آباد بود. این تعداد به‌طور تصادفی در دو گروه ۶۰ نفر

و هاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۸۱. میزان پایایی پرسشنامه بک بالا گزارش شده است؛ یعنی از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (۲۵).

معیارهای مورداستفاده برای آزمون بک چندین نوع است: ۱- افرادی که به افسردگی طبیعی مبتلا هستند؛ جمع نمرات آن‌ها صفر تا ۱۵ است. ۲- افرادی که به افسردگی خفیف مبتلا هستند؛ جمع نمرات آن‌ها ۱۵ تا ۳۱ است. ۳- افرادی که به افسردگی متوسط مبتلا هستند؛ جمع نمرات آن‌ها بین ۳۱ تا ۴۷ است. ۴- افرادی که به افسردگی شدید مبتلا هستند؛ جمع نمرات آن‌ها بین ۴۷ تا ۶۳ است.

برای یافتن مرز مورداطمینان، این آزمون را می‌بایست در هر قومی استاندارد شود. خود بک عدد ۱۷ را مرز اعتماد می‌داند و معتقد است که جمع نمرات افراد مبتلا به افسردگی بالاتر از ۱۷ است. آزمون افسردگی بک به‌عنوان یک آزمون مستقل از فرهنگ خاصی شناخته شده و طبقات مختلف سازنده آن اختصاص به محیط اجتماعی ندارند و حتی مخصوص به هیچ طبقه‌بندی اجتماعی یا تحصیلی خاص نیستند (۲).

با در نظر گرفتن نتایج آزمون اولیه، برنامه آموزشی تهیه و تدوین شد. پس از تدوین و تأیید محتوای آموزشی، مداخله به روش سخنرانی طی ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (۲۰ دقیقه سخنرانی و ۲۵ دقیقه پرسش و پاسخ) در طی ۴ هفته برای مادران باردار گروه مورد توسط روان‌شناس بالینی با عناوین زیر اجرا گردید:

مقابله با تعمیم مبالغه‌آمیز: افرادی که این نوع خطا را در افکار دارند، حقایق زندگی را پررنگ‌تر از مقدار واقعی می‌بینند. به‌طور مثال، شخصی دوست قدیمی خود را می‌بیند و به او سلام می‌کند. دوست قدیمی مانند همیشه سلام او را به گرمی جواب نمی‌دهد. او از این مسئله ناراحت می‌شود و این واقعه را برای خود فاجعه تلقی می‌کند. این در حالی است که شاید دلایل مختلفی برای آن وجود داشته باشد و از طرفی آن قدر هم مهم

گرچه نمرات افسردگی بک دارای طیف لیکرت هستند، اما با توجه به رد نشدن فرض نرمال در نمرات افسردگی مدل رگرسیونی ارزیابی شد ($p = 0/05$). متغیر وابسته شامل نمره بک در شروع مطالعه و متغیرهای مستقل شامل مرتبه بارداری، شغل و تحصیلات هستند (جدول ۲). همچنین مرتبه بارداری در میزان افسردگی تأثیر دارد و با افزایش مرتبه بارداری میزان افسردگی نیز افزایش می‌یابد ($p < 0/05$) ولی آزمون من‌ویتنی تفاوت معنی‌داری را بین بارداری‌های اول و دوم نشان نمی‌دهد ($p < 0/05$). همچنین سن نیز تأثیر معناداری دارد و با افزایش سن افسردگی کاهش می‌یابد ($p > 0/05$) متغیرهای تحصیلات و شغل تأثیر معناداری را نشان نمی‌دهند ($p < 0/05$) (جدول ۲).

جدول ۲. ارتباط بین میانگین نمره افسردگی با متغیرهای جمعیت‌شناختی قبل از مداخله در واحدهای پژوهش

*p-value	t	ضرایب استاندارد نشده		متغیر
		Beta استاندارد	انحراف معیار	
<0/001	۸/۹۲		۴/۳۵	پایدار
<0/001	۳/۷۶	-۰/۵۲	۰/۹۶	مرتبه بارداری
0/۸۱	-۰/۲۳	-۰/۰۳	۰/۸۵	تحصیلات
0/۴۹	-۰/۶۷	-۰/۰۹	۲/۱۴	شغل
0/۰۴	-۲/۰۳	-۰/۲۷	۰/۱۷	سن
0/۷۱	-۰/۳۷	-۰/۰۳	۱/۳۸	گروه‌بندی

*p-value > 0/05

جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمره افسردگی در ابتدای مطالعه در گروه شاهد $37/33 \pm 7/47$ بوده است؛ که در انتهای مطالعه با $1/1$ واحد کاهش به $36/23 \pm 6/80$ رسید؛ آزمون تی زوج این میزان کاهش را معنادار نشان نمی‌دهد ($p < 0/05$). ولی در گروه مورد میانگین نمره افسردگی پس از آموزش از $38/13 \pm 7/45$ به $29/95 \pm 5/12$ کاهش یافت؛ که آزمون تی زوج این میزان کاهش را معنادار نشان می‌دهد ($p > 0/001$).

مورد و شاهد قرار گرفتند. داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از SPSS16 و با استفاده از آزمون‌های کای اسکوئر، من‌ویتنی و مدل رگرسیونی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

توزیع سنی افراد از طریق آزمون کای اسکوئر بررسی شد. در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p < 0/05$). میانگین و انحراف معیار سن در گروه شاهد برابر $26/70 \pm 5/51$ بود و در گروه مداخله $27/88 \pm 5/91$ بود. تحصیلات ۵۰ نفر ($41/7\%$) دیپلم بود؛ گرچه توزیع افراد برحسب تحصیلات در دو گروه شاهد و مورد متفاوت بود، اما آزمون من‌ویتنی میانه مدرک تحصیلی، تفاوت معنی‌داری در دو گروه نداشت ($p < 0/05$) و همچنین توزیع زنان از لحاظ متغیر شغل در دو گروه متفاوت بود ($p > 0/05$). و اکثر خانم‌ها خانه‌دار بودند. بیشتر زنان کمتر از ۳ باردار شده بودند ($86/7\%$) و تعداد فرزندان و مرتبه بارداری در دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت ($p < 0/05$) (جدول ۱).

جدول ۱. فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی در دو گروه مورد و شاهد

P- value	شاهد فراوانی (%)	مورد فراوانی (%)	متغیر	
0/۸۰	(۵/۵۱) ۲۶/۷۰	(۵/۹۱) ۲۷/۸۸	میانگین (انحراف معیار)	سن
0/۸۵	(۳۱/۷) ۱۹	(۲۸/۳) ۱۷	صفر	تعداد فرزند
	(۲۸/۳) ۱۷	(۳۳/۳) ۲۰	یک	
	(۲۳/۳) ۱۴	(۲۸/۳) ۱۷	دو	
	(۱۶/۶) ۱۰	(۱۰) ۶	سه و بیشتر	
0/۴۴	(۳۵) ۲۱	(۲۸/۳) ۱۷	اول	رتبه بارداری
	(۲۵) ۱۵	(۳۳/۳) ۲۰	دوم	
	(۴۰) ۲۴	(۳۸/۳) ۲۳	سوم و بالاتر	
0/۱۱	(۱۶/۶) ۱۰	(۱۱/۷) ۷	زیر دیپلم	تحصیلات
	(۸۳/۴) ۵۰	(۸۸/۳) ۵۳	دیپلم و بالاتر	
0/001	(۵۶/۷) ۳۴	(۸۰) ۴۸	خانه‌دار	شغل
	(۴۳/۳) ۲۶	(۲۰) ۱۲	شاغل	

*p-value > 0/05

پیدا نشد. به نظر می‌رسد علت این امر، تفاوت در حجم نمونه موردبررسی در این مطالعات بوده باشد. حجم نمونه در مطالعه آقاپور و محمدی (۲۸) تقریباً سه برابر و در مطالعه سلیمان و همکاران (۲۷) تقریباً چهار برابر حجم نمونه موردبررسی در مطالعه حاضر بود.

نتایج نیز نشان داد مرتبه بارداری در میزان افسردگی تأثیر دارد و با افزایش مرتبه بارداری میزان افسردگی نیز افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه رحمانی و همکاران (۲۶) و سلیمان و همکاران (۲۷) با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. ولی نتایج مطالعه صالحی (۲۹) نشان داد که بین شیوع افسردگی پس از زایمان در نخست‌زها و زنان چندزا اختلاف معناداری وجود ندارد و نیز مرتبه حاملگی تأثیری در افزایش میزان افسردگی پس از زایمان ندارد؛ این یافته با مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد. شاید علت آن تعداد بالای مادران باردار نخست‌زا در مطالعه ایشان باشد (حدود ۵۱٪) که نتایج را تحت‌الشعاع قرار داده باشد. در صورتی که در مطالعه حاضر حدود ۳۱٪ مادران شکم اول بودند و بقیه بارداری دوم و بیشتر را تجربه می‌کردند (۲۹).

مطالعه باستانی و همکاران (۱۹) که تأثیر آموزش آرام‌سازی در کاهش اضطراب و افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان را بررسی می‌کردند نشان داد که برنامه آموزشی مبتنی بر یادگیری مهارت‌های شناختی- رفتاری و آرام‌سازی در بارداری، سبب کاهش اضطراب و افسردگی پس از زایمان می‌شود.

همچنین یافته‌ها حاکی از آن است در گروه شاهد میزان نمره افسردگی در انتهای مطالعه کاهش یافته است؛ ولی این کاهش تفاوت معناداری با میانگین نمره افسردگی در ابتدای مطالعه ندارد. از طرفی، در گروه آزمون میانگین نمره افسردگی بعد از مداخله آموزشی نسبت به ابتدای مطالعه به‌طور معنادار کاهش یافته است. در واقع، این نتایج نشان می‌دهد که آموزش تأثیر مثبتی در کاهش افسردگی داشته است. در مطالعه بهرامی و همکاران (۳۰) نیز نتایج نشان داد که کلاس‌های آموزشی دوران بارداری باعث افزایش آگاهی از تغییرات دوران بارداری، افزایش مهارت‌های

جدول ۳. میانگین افسردگی قبل و بعد آموزش در دو گروه

معناداری*	بازه زمانی				گروه
	بعد از مداخله		قبل از مداخله		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۷	۶/۸۰	۳۶/۲۳	۷/۴۷	۳۷/۲۳	شاهد
<۰/۰۰۱	۵/۱۲	۲۹/۹۵	۷/۴۵	۳۸/۱۳	مورد

*p-value > ۰/۰۵

بحث

هدف از این پژوهش، تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خرم‌آباد بود. توزیع سنی نمونه‌ها در هر دو گروه با یکدیگر همسان بودند و تفاوت معناداری بین آن‌ها مشاهده نشد. همچنین نتایج حاکی از آن است که سن نیز تأثیر معناداری بر افسردگی دارد و با افزایش سن افسردگی کاهش می‌یابد. یافته‌های مطالعه رحمانی و همکاران (۲۶) نیز تأییدی بر این مطالعه بود.

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است متغیر تحصیلات در میزان افسردگی تأثیر معناداری ندارند. نتایج مطالعه رحمانی و همکاران (۲۶) و سلیمان و همکاران (۲۷) با مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد. شاید علت این امر تفاوت فرهنگی در محل انجام مطالعه باشد مطالعه رحمانی و همکاران (۲۶) در تهران و بافت فرهنگی خاص خود انجام شده که با خصوصیات فرهنگی افراد موردپژوهش مطالعه حاضر که در شهر خرم‌آباد صورت پذیرفته متفاوت بوده است. ولی مطالعه خرمی‌راد (۲۱) متغیر تحصیلات را به‌عنوان یک عامل شناسایی شده که رابطه معناداری با افسردگی پس از زایمان داشته باشد را نشان نداد؛ که از این نظر با مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

بر اساس یافته‌های مطالعه محمدی (۲۸) و سلیمان و همکاران (۲۷) افسردگی پس از زایمان در زنان شاغل کمتر از زنان خانه‌دار است. این در حالی است که در پژوهش حاضر بین میزان افسردگی و شاغل بودن زنان باردار رابطه معناداری

نظر می‌رسد گنجاندن برنامه آموزشی مهارت‌های شناختی در مراقبت‌های روتین دوران بارداری، در کاهش آمار افسردگی زنان باردار نقش مؤثری داشته باشد.

علیرغم نقاط قوت این مطالعه همانند مطالعات دیگر، نقاط ضعفی نیز دارد. یکی از این نقاط ضعف بررسی نشدن تأثیر برنامه آموزشی بر جنبه‌های مختلف به‌طور جداگانه و اینکه این مداخله آموزشی بر کدام یک از جنبه‌های ۲۱ گانه مؤثر بوده است. دیگر اینکه به شناسایی و بررسی عوامل مؤثر در ایجاد افسردگی مادران باردار نپرداخته است. لذا لزوم انجام پژوهش‌های تکمیلی در جمعیت‌های مختلف با سطوح اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی متفاوت احساس می‌شود.

نتیجه‌گیری: هیچ‌یک از زنان بارداری که در این مطالعه طبق آزمون بک دچار افسردگی بودند، تحت پوشش مراقبت‌های بهداشت روان قرار نگرفتند. درحالی‌که طبق تحقیقات انجام شده افسردگی، سلامت مادران و نوزادان را با مخاطرات جدی روبه‌رو می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود سؤالات مربوط به نشانه‌های افسردگی در زمان بارداری جزء روش‌های معمول مراقبت‌های دوران بارداری قرار گیرد و یا به‌طور معمول در این مراقبت‌ها از ابزار غربالگری مناسب برای افسردگی مثل پرسشنامه بک و یا پرسشنامه ادینبرگ استفاده شود تا با تشخیص به‌موقع افسردگی در مادران بتوان حمایت‌های لازم شامل پیشگیری و درمان را فراهم آورد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند به ویژه مسئولین محترم مراکز بهداشتی درمانی شماره ۸، دره گرم و پایگاه بهداشتی کوی جهادگران خرم آباد تشکر و قدردانی می‌گردد.

شایان ذکر است که این مطالعه در قالب پایان‌نامه و حمایت دانشگاه تربیت مدرس انجام گرفته است.

ارتباطی، افزایش حضور زنان در اجتماع و افزایش حمایت همسر می‌شود که این عوامل خود باعث کاهش عوامل استرس‌زاهای مختلف روانی و زیستی ایجادشده در بارداری و در نتیجه کاهش افسردگی پس از زایمان می‌گردد. نتایج مطالعه می (۱۷) و بهرامی و همکاران (۳۰) با پژوهش حاضر همسو است. ولی نتایج تحقیقات در انگلیس و استرالیا نشان داد که شرکت زنان باردار در کلاس‌های آموزش شناختی در دوران بارداری باعث کاهش میزان اضطراب و افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان در زنان باردار نمی‌شود (۳۱). شاید علت این تفاوت با نتایج مطالعه حاضر حمایت نشدن مادران توسط همسران خود و اجتماع، کاهش اعتمادبه‌نفس آنان، نگرش‌های متفاوت آن‌ها و آموزش ندیدن مهارت‌های ارتباطی باشد.

همچنین بارلو و همکاران (۱۸)، که به بررسی تأثیر آموزش نقش مادری در دوران بارداری بر افسردگی پس از زایمان پرداخته بودند، نشان دادند که آموزش مادران به‌تنهایی نمی‌تواند سبب کاهش افسردگی پس از زایمان مادر گردد. درحالی‌که مطالعه باستانی و همکاران (۱۹) نشان داد که برنامه آموزشی مبتنی بر یادگیری مهارت‌های شناختی - رفتاری و آرام‌سازی در بارداری سبب کاهش اضطراب و افسردگی پس از زایمان می‌شود؛ نتایج این پژوهش، یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید می‌نماید. مطالعه آژ و همکاران (۳۲) که در مورد زنان باردار در سه‌ماهه سوم انجام یافت نشان داد که آموزش مهارت‌های شناختی در کاهش نمره اضطراب کل و اضطراب موقعیتی تأثیر معنادار دارد. با این حال، مطالعه خرسندی و همکاران (۳۳) در مورد زنان باردار در سه‌ماهه سوم نشان داد که آموزش مهارت‌های شناختی در کاهش نمره اضطراب کل اضطراب موقعیتی تأثیر معناداری دارد.

این پژوهش نشان داد شرکت در کلاس‌های آموزش مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی مادران باردار مؤثر بوده است و افرادی که در این کلاس‌ها شرکت نموده‌اند، به مراتب میزان افسردگی کمتری را نسبت به گروه شاهد داشته‌اند. لذا به

depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*. 2004;41(5):573-9. [Abstract/FREE Full Text](#)

1. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ, et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2003. [Abstract](#)

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): 208-18. [Abstract](#)

16. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC, Alden KR. *Study Guide For Maternity & Women's Health Care: Elsevier Health Sciences*; 2014. [View Link](#)

17. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth*. 2006;33(4):323-31. [Abstract](#)

18. Barlow DH. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual: Guilford publications*; 2014. [View Link](#)

19. 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. *Journal of midwifery & women's health*. 2005;50(4): 36-40. [Abstract/FREE Full Text](#)

20. Baucom DH, Epstein N, Sayers SL, Sher TG. The role of cognitions in marital relationships: Definitional, methodological, and conceptual issues. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1989;57(1):31. [Abstract](#)

21. Ashraf Khorramirad, Maryam Mousavi Lotfi, Alireza Shoori Bidgoli. Prevalence of Postpartum Depression and Related Factors in Qom. *Pajoohandeh Journal*. 2010;15(2):62-6. [Abstract/FREE Full Text](#)

22. Elliott TR, Shewchuk R, Richeson C, Pickelman H, Franklin KW. Problem-Solving Appraisal and the Prediction of Depression During Pregnancy and in the Postpartum Period. *Journal of Counseling & Development*. 1996;74(6):645-51. [Abstract](#)

23. Shapiro AF, Gottman JM. Effects on marriage of a psycho-communicative-educational intervention with couples undergoing the transition to parenthood, evaluation at 1-year post intervention. *The Journal of Family Communication*. 2005;5(1):1-24. [Abstract/](#)

24. Amir-Ali-Akbari S, Asl-Tooghiri M, Kariman N, Alavi-Majid H. Relation between gestational anemia and postpartum depression. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 2009;17(56):19-26. [Abstract/FREE Full Text](#)

25. Fathi-Ashtiani A, Dastani M. *Psychological tests: Personality and mental health*. Tehran: Be'sat Publication

References

1. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*. 2006;91(2):97-111. [Abstract/FREE Full Text](#)

2. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*. 1988;8(1):77-100. [Abstract/FREE Full Text](#)

3. Tehrani H, Rakhshani T, Zadeh DS, Hosseini SM, Bagheriyan S. Analyzing the relationship between job stress to mental health, personality type and stressful life events of the nurses occupied in Tehran 115 emergency. *Iran Red Crescent Med J*. 2013;15(3):272-3. [Abstract/FREE Full Text](#)

4. Azimi Lolati H, Danesh M, Hosseini S, Khalilian A, Zarghami M. Postpartum depression in clients at health care centers in Sari. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2005;11(1):31-42. [Abstract/FREE Full Text](#)

5. Berekatani M, Tavakkoli M, Kheirabadi G, Maracy MR. The relationship between life-time prevalence of bipolar spectrum disorders and incidence of postnatal depression. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009;15(2):183-92. [Abstract/FREE Full Text](#)

6. Saber M, Tehrani H, ShojaeizadeD, Maleki Z, Esfandiarpour R. Mental Health and Exposure to Stressful Life Events of Nurses Working in Emergency Medical Service (ER 115). *Health System Research*. 2013;9(3): [Abstract/FREE Full Text](#)

7. Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low-and middle-income countries. *British medical bulletin*. 2012;101(1):57. [Abstract/FREE Full Text](#)

8. Bale TL. Is mom too sensitive? Impact of maternal stress during gestation. *Frontiers in neuroendocrinology*. 2005;26(1):41-9. [Abstract/FREE Full Text](#)

9. Buitelaar JK, Huizink AC, Mulder EJ, de Medina PGR, Visser GH. Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. *Neurobiology of Aging*. 2003;24:S53-S60. [Abstract/FREE Full Text](#)

10. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology*. 2004;104(3):467-76. [Abstract](#)

11. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Ryding E-L, et al. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience-a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2014(0):1-9. [Abstract](#)

12. Brannon L, Feist J, Updegraff J. *Health psychology: An introduction to behavior and health: Cengage Learning*; 2013. [View Link](#)

13. Heh S-S, Coombes L, Bartlett H. The association between

30. Bahrami N, Araban M, Bahrami S. The Impact of antenatal education on postpartum depression, Dezful, Iran. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2010;13(4):277-83. [Abstract/FREE Full Text](#)
31. Spiby H, Henderson B, Slade P, Escott D, Fraser RB. Strategies for coping with labour: does antenatal education translate into practice? *Journal of advanced nursing*. 1999;29:388-94. [Abstract](#)
32. Ajh N, Unesian M, Fili A, Abasi Motejaded A. The study of supportive activities during pregnancy on postpartum depression. *Hayat*. 2006;12(3):73-80. [Abstract/FREE Full Text](#)
33. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, FaghihZadeh S, Vafaei M, Rousta F, et al. The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women. *Arak Medical University Journal*. 2008;11(3):29-36. [Abstract/FREE Full Text](#)
- Institute. 2009:291-308.
26. Rahmani F, Seyedfatemi N, Asadollahi M, Seyedrasooli A. Predisposing factors of postpartum depression. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(72):78-87. [Abstract/FREE Full Text](#)
27. Soleiman H, NasiriAmiri F, Khairkhah F. prevalence of pre and postpartum depression symptoms and some related factors. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2008; 10(3): 67-75 [Abstract/FREE Full Text](#)
28. Mohammadi A, Aghdam GA, Ranji S. Comparison of Postpartum Depression of Working Women and Housewives and its Relationship with Social Support and Marital Adjustment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:1837-9. [Abstract](#)
29. Salehi L. Comparison of the prevalence of postpartum depression in primiparous and multiparous groups. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2010;5(2): 22-25. [Abstract/FREE Full Text](#)