

## بررسی تاثیر ابراز وجود بر میزان افسردگی بعد از زایمان

\*مرجان مردانی حموله<sup>۱</sup>، هایده حیدری<sup>۲</sup>

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۸۹/۷/۷

تاریخ اعلام وصول: ۱۳۸۹/۴/۲

## چکیده

**سابقه و هدف:** افسردگی بعد از زایمان سلامت مادر را به خطر انداخته و بر ارتباطات اجتماعی وی و تکامل نوزاد اثرات منفی دارد، از طرفی ابراز وجود بخشی از مهارت‌های زندگی است که در بهبود افسردگی نقش دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر ابراز وجود بر افسردگی بعد از زایمان انجام گردید.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه به روش نیمه تجربی در بیمارستان فاطمه الزهرا (س) نجف آباد انجام شد. تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس، از بین مادران با ۸-۴ هفته بعد از زایمان انتخاب شدند. سپس مادران به روش تخصیص تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. در گروه مورد، مداخله انجام شد. میزان افسردگی مادران هر دو گروه قبل و یک ماه بعد از مداخله با پرسش نامه استاندارد بک بررسی گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی و کای دو در سطح معنی داری  $P \leq 0/05$  تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین امتیاز افسردگی مادران گروه مورد، قبل ( $32/7 \pm 7/1$ ) و بعد از مداخله ( $21/8 \pm 6/7$ ) کاهش معنی دار داشت ( $P < 0/001$ ). مقایسه میانگین امتیاز افسردگی بعد از مداخله بین گروه مورد ( $21/8 \pm 6/7$ ) (شاهد  $31/7 \pm 6/0$ ) نشانگر تفاوت معنی دار بود ( $P = 0/01$ ) ولی قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی دار نبود ( $P = 0/4$ ). میانگین امتیاز افسردگی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی دار نداشت ( $P = 0/51$ ).

**بحث و نتیجه گیری:** باتوجه به اثرات سوء افسردگی بعد از زایمان بر عملکرد خانواده، دست اندرکاران بهداشتی باید عنایت بیشتری به این اختلال مبذول دارند.

**کلمات کلیدی:** ابراز وجود، افسردگی بعد از زایمان، تست بک

## مقدمه

در مداخلات ابراز وجودی فرد با تلاش برای کشف و تعریف مشکل، پیگیری هدف‌های مورد نظر، تکرار نقش گذاری، واژگون سازی نقش و ارائه تدریجی و متوالی رفتارهای مطلوب، شیوه‌های مناسب را برای بیان خواسته‌های خود می‌آموزد. این تکنیک در افراد افسرده که در تعاملات بین فردی مشکلات فراوان دارند، می‌تواند موثر باشد چون آنان یا روابط بین فردی خود را به حداقل رسانده‌اند و یا واکنش‌های منفعلانه در پیش می‌گیرند. بنابراین با فراگیری روش‌های

ابراز وجود یک شیوه ساخت یافته برای بهبود اثر بخشی روابط اجتماعی می‌باشد. رفتارهای ابراز وجودی باعث ایجاد ارتباط نزدیک با دیگران و ابراز دامنه وسیعی از نیازها و افکار مثبت و منفی، بدون احساس گناه و اضطراب می‌شود (۱). در واقع ابراز وجود نمودن یعنی افکار، نظریات، عقاید و احساسات ما و دیگران به یک اندازه حائز اهمیت هستند، به شرطی که به حقوق دیگران لطمه نزنند (۲).

۱- پژوهشگر، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری (\*نویسنده مسول)  
تلفن: ۰۹۱۳۲۸۶۴۰۷۷ آدرس الکترونیک: Mardanimarjan@gmail.com  
۲- پژوهشگر، ایران، اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری

دارد. همچنین زنان افسرده تمایل دارند، مشکلاتشان را بزرگ جلوه دهند، در نتیجه اعضای خانواده ممکن است ارتباطشان را با آنها کاهش دهند و بر مادر افسرده فشار بیاورند، در حالی که مادر در این شرایط به حمایت بیشتر نیاز دارد (۱۲). افسردگی بعد زایمان اثرات منفی بر عملکرد روزانه مادران دارد. گروهی از محققان با مطالعه ۷۲۰ نفر از مادران دریافتند که عوامل جسمی و روانی، عملکرد روزانه مادر، رفتارهای نوزادی، حمایت‌های اجتماعی و مهارت‌های نگهداری از نوزاد در افسردگی بعد زایمان نقش داشته‌اند و گزارش دادند ۳۹٪ مادران مورد بررسی مبتلا به افسردگی بعد زایمان بوده‌اند و این تعداد دارای ویژگی‌هایی مثل درآمد کم، سطح تحصیلی پایین، سابقه افسردگی، محدودیت‌های عملکرد جسمی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی کم، خود کارآمدی پایین و شیرخواران مبتلا به کولیک بودند (۱۳). دیگر محققین نشان دادند که درمان‌های روان شناختی و بهره‌گیری از تکنیک‌های آرامسازی، افسردگی بعد از زایمان را بهبود می‌بخشد (۱۴). گروهی نیز خاطر نشان نمودند که در کنار درمانها و مداخلات روان شناختی، برای بهبود افسردگی بعد از زایمان از درمانهای طبی نیز باید سود برد، به این معنی که این گونه مداخلات به تنهایی کافی نیستند (۱۵). لذا با توجه به آنکه مادر کانون اصلی محیط اجتماعی کودک می‌باشد و افسردگی بعد از زایمان یک معضل خانوادگی و اجتماعی محسوب می‌شود، پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای باهدف تعیین تاثیر ابراز وجود بر افسردگی بعد از زایمان انجام دهند. در این پژوهش فرضیه عبارتند از: ابراز وجود بر افسردگی بعد از زایمان موثر است.

### مواد و روش‌ها

در این پژوهش نیمه تجربی، از یک طرح دو گروهی استفاده گردید. جامعه پژوهش شامل تمامی مادران مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان فاطمه زهرا (س) نجف آباد در سال ۱۳۸۷ بوده‌اند. تعداد ۶۰ نفر از این مادران به روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب شدند و سپس به روش تخصیص تصادفی در دو گروه مورد و شاهد هر کدام ۳۰ نفر قرار گرفتند. این تعداد همگی تابعیت ایرانی داشتند، با سواد بوده و در محدوده سنی ۳۵-۱۷ قرار داشتند. در این تحقیق معیارهای ورود به مطالعه برای مادران، اخذ نمره ۱۰ به بالا از تست افسردگی بک و قرار داشتن در مرحله ۸-۴

ابراز وجود، قادر خواهند بود تا به راحتی احساسات و افکار خود را با دیگران در میان بگذارند (۳). در حقیقت، افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی در میان جوامع مختلف می‌باشد و پیش بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ به عنوان دومین بیماری شایع بعد از بیماری‌های قلبی - عروقی قرار بگیرد و ۱۵٪ کل بیماران را شامل می‌شود (۴). شیوع افسردگی در کل جمعیت ۲۰-۱۳٪ است که در گروه‌های اقتصادی - اجتماعی پایین و افراد فاقد ارتباط بین فردی شایع‌تر است (۵). نکته اساسی آن است که حدود دوسوم از کل بیماران افسرده به خودکشی فکر می‌کنند و ۱۵-۱۰٪ آنها نیز دست به خودکشی می‌زنند (۶). از طرفی دیگر یکی از گروه‌های اجتماعی که در معرض افسردگی هستند، مادران هستند. حدود ۱۵-۱۰٪ مادرانی که زایمان می‌کنند ممکن است دچار افسردگی خفیف یا متوسط شوند. این عارضه در ماه‌های اول و دوم بعد از زایمان رخ می‌دهد، با شیوع کمتری در ماه‌های سوم و چهارم و به ندرت در ماه‌های بعد عارض می‌شود (۴). افسردگی بعد زایمان ۷۵-۳۰٪ مادران نخست‌زا را تهدید می‌کند و در ۱۵-۱۰٪ موارد علاوه بر سلامتی مادر، سلامتی نوزاد را هم به خطر می‌اندازد، بنابراین درمان آن برای سلامت هر دو نفر حیاتی است (۷).

مطالعه باقرزاده و همکاران در شهر بوشهر نشان داد، ۱۵/۵٪ زنان مبتلا به افسردگی بعد زایمان بوده‌اند و بین مشخصات فردی آنان با این اختلال ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشته است (۸). مطالعه‌ای دیگر نیز گویای وجود افسردگی بعد زایمان در ۲۰٪ زنان مورد بررسی بود که بین این اختلال با سن، تحصیلات و رتبه زایمان آنها رابطه‌ای دیده نشد (۹). افسردگی بعد زایمان ممکن است با احساس خستگی، تحریک پذیری و اضطراب آغاز شود. رفتار مادر نسبت به فرزندش کاملاً متغیر است. مادر ممکن است از وظایف مادری سرباز زند، نسبت به تغذیه، نظافت و مراقبت از کودک بی‌اعتنا باشد و یا برعکس به طور مبالغه‌آمیزی به مراقبت از وی پردازد. برخی از مادران هم از تنها ماندن با فرزندشان بیم دارند (۱۰). حوادث مربوط به سیکل باروری شامل ازدواج، زایمان و سازگاری با یک نوزاد را شاید بتوان تا حد زیادی مسوول مشکلات عاطفی زنان شناخت (۱۱). افسردگی بعد از زایمان را مادران به صورت دروازه‌های جهنم و بدترین کابوس شبانه بیان نموده‌اند. این اختلال بزرگترین عذاب برای زنان می‌باشد و بر روابط اجتماعی و تکامل نوزاد نتایج منفی

است که چون رفتار جنبه یادگیری دارد، پس رفتارهای جدید را می‌توان جانشین رفتارهای ناسازگار قبلی نمود. روش‌های ابراز وجود بر ۳ اصل استوار است: یادگیری مهارت، کاهش اضطراب و بازسازی شناختی. بنابراین مباحث آموزشی جهت بهبود تعاملات درون گروهی، آرام‌سازی عضلانی و تغییر در شناخت فرد برای مادران ارائه شد. لازم به ذکر است که مداخله جهت گروه شاهد انجام نشد. مداخله دربردارنده ارائه اطلاعات پایه در رابطه با بیماری طی جلسه اول، آموزش آرام‌سازی و بازسازی شناختی توأم با تمرین تصویرسازی ذهنی و نظارت بر خود طی جلسات دوم تا چهارم، آموزش حل مسئله همراه با آموزش تقویت خود در جهت تغییر دادن محیط برای حذف عوامل استرس‌زا و آموزش روش‌های صحیح ابراز وجود در موقعیت‌های مختلف برای تثبیت رفتارهای ابراز وجودی، در جلسات پنجم تا هشتم بود. یک ماه بعد از انجام مداخله دوباره پرسش‌نامه افسردگی بک در اختیار مادران در هر دو گروه قرار گرفت و میانگین افسردگی گروه‌ها قبل و بعد از انجام مداخله با یکدیگر مقایسه شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و سطح معنی‌داری  $0/05 \leq P$  در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی نیز در تمام طول پژوهش رعایت گردید.

#### یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی زنان  $4/8 \pm 25/6$  سال بوده است، بیشترین فراوانی سطح تحصیلات مربوط به زیر دیپلم (۴۶/۷٪) بوده است. ۷۵٪ خانه دار، ۷۱/۷٪ صاحب زندگی مستقل، ۶۵٪ نخست‌زا و ۵۶/۷٪ زایمان طبیعی داشته‌اند. همچنین ۳۶/۷٪ اعلام داشتند که همسرشان در کارهای منزل به آنها کمک می‌کند. توزیع فراوانی میزان افسردگی مادران هر دو گروه در جدول ۱ نمایان است. دیگر

هفته بعد از زایمان بود، در مقابل مادرانی که از تست مذکور نمره ۹ و کمتر از آن کسب نموده و در محدوده زمانی ۸-۴ هفته بعد از زایمان نبودند و به طور همزمان نیز از درمان‌های روان‌شناختی دیگر استفاده می‌نمودند، از مطالعه حذف شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل: پرسش‌نامه مشخصات فردی، تست افسردگی بک و راهنمای آموزشی ابراز وجود بوده‌اند. تست استاندارد بک حاوی ۲۱ سوال در قالب معیار لیکرت ۴ درجه‌ای که به صورت ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره گذاری می‌شوند، می‌باشد و روایی و پایایی این آزمون در جهت سنجش علایم و نگرش‌های مثبتی بر افسردگی، در مطالعات متعدد به اثبات رسیده است. به علاوه این پرسش‌نامه می‌تواند با هر یک از سوالات خود به ترتیب، توزیع این وضعیت‌ها را در بیماران نشان دهد: انزوای اجتماعی، عدم قاطعیت در تصمیم‌گیری، خستگی پذیری، از دست دادن اشتها، کاهش وزن، نگرانی‌های جسمی، کاهش علایق جنسی، غم، بدبینی، احساس شکست، عدم رضایت، احساس گناه، انتظار تنبیه، تنفر از خویشان، سرزنش کردن خود، ایده‌های خودکشی، گریه کردن، تغییر نگرش درباره تصور از بدن خود، سستی و کندی، بی‌خوابی و احساس رنجیدگی. در این پرسش‌نامه اخذ نمرات ۹ و کمتر از آن طبیعی، ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط و ۶۳-۳۰ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. در این مطالعه، بعد از آنکه مادران به طور تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند و مورد پیش‌آزمون قرار گرفته بودند، مداخله آزمایشی بر روی مادران گروه مورد انجام گرفت. بدین منظور از راهنمای آموزشی ابراز وجود طی ۸ جلسه ۱/۵-۱ ساعتی به روش‌های سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ (هفته‌ای دو جلسه) استفاده شد به طوری که نیمی از وقت هر جلسه به ارائه مطالب علمی در مورد موضوع جلسه اختصاص می‌یافت و بعد از مدتی استراحت، نیمه دوم جلسه به صورت بحث گروهی پیرامون تمرین‌های مربوط به موضوع مورد پرسش و پاسخ قرار می‌گرفت و در پایان هر جلسه تمرین‌هایی ارائه می‌شد تا همه مادران مباحث آموزشی را خارج از موقعیت پژوهش، به صورت تجربی تمرین کنند. در زمینه ابراز وجود به فرد آموخته می‌شود که بین رفتارهای منفعلانه و پرخاشگرانه با رفتار ابراز وجودی تمایز قائل شود تا بتواند از رفتارهای منفعلانه و پرخاشگرانه دوری جسته و به رفتارهای ابراز وجودی دست یابد. در ابراز وجود عقیده بر آن

جدول ۱- توزیع فراوانی میزان افسردگی مادران در هر یک از گروه‌ها

گروه	افسردگی		
	خفیف (فراوانی درصد)	متوسط (فراوانی درصد)	شدید (فراوانی درصد)
مورد	۳ (۱۰)	۹ (۳۰)	۱۸ (۶۰)
شاهد	۳ (۱۰)	۱۰ (۳۳/۳)	۱۷ (۵۶/۷)

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات افسردگی در هر یک از گروه‌ها و بین دو گروه

افسردگی			
گروه	قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار	بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار	آزمون تی زوجی
مورد	$32.7 \pm 7.1$	$21.8 \pm 6.7$	$t=6.49$ و $P<0.001$
شاهد	$31.2 \pm 5.4$	$31.7 \pm 6$	$t=0.66$ و $P=0.51$
آزمون تی مستقل	$t=0.43$ و $P=0.4$	$t=2.68$ و $P=0.01$	

و مهارت‌های مربوط به کیفیت زندگی، سلامت روان و سلامت جسمی آنها پرداختند که این مداخله به صورت بازدید از منازل انجام شد و مداخلات آموزشی در قالب حمایت‌های اجتماعی در بهبود افسردگی بعد زایمان مادران نقش داشته است (۱۶). نتایج تحقیقی در همین رابطه بیانگر آن بود که با استفاده از مداخلات روان‌شناختی می‌توان از شدت علائم افسردگی بعد از زایمان کم نمود لیکن تداوم این مداخلات نیز برای اخذ نتیجه بهتر مدنظر می‌باشد، به بیان دیگر چنانچه این مداخلات به طور پیگیر جهت مادران اجرا نشود، از سودمندی آنها کاسته خواهد شد. در تحقیق مذکور، مبتلایان به افسردگی بعد از زایمان را در دو گروه بررسی نمودند. طی جلسه اول، انواع آموزش‌های لازم به مادران ارائه شد، در مرحله بعد ۵ جلسه شناخت درمانی جهت آنان اجرا گردید که در بردارنده روش‌های کاهش استرس، حل مسئله و روش‌های افزایش دریافت حمایت‌های اجتماعی به صورت هفتگی بود. شرکت کنندگان در مراحل پایان مداخله ۳، ۶ و ۱۲ ماه بعد مورد سنجش قرار گرفتند و نتایج در تمام مراحل بیانگر کاهش اضطراب، افسردگی، بهبود کیفیت زندگی و قضاوت صحیح در خصوص بیماری آنان بود (۱۴). گروهی نیز بر این باورند که در درمان افسردگی بعد از زایمان، بهتر است از روش‌های تلفیقی استفاده نمود، زیرا در بعضی موارد، شدت علائم به گونه‌ای است که ابتدا باید مادر را برای دریافت آموزش‌های شناختی در این زمینه آماده نمود تا بتوان مداخلات لازم را به وی ارائه داد (۱۵). یافته‌های سایر محققان حاکی از آن است که مبتلایان به افسردگی بعد از زایمان از به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای موثر جهت رویارویی با بیماری خود ناتوان بوده‌اند و جهت استفاده از راهبردهای موفق در این زمینه باید از مداخلات رفتاری-شناختی برای مادران استفاده

یافته‌ها مبین آن بود که میانگین امتیاز افسردگی در گروه مورد، بعد از انجام مداخله کاهش معنی‌داری یافت به طوری که از  $32.7 \pm 7.1$  به  $21.8 \pm 6.7$  کاهش نشان داد ( $P<0.001$ ) ولی در گروه شاهد تفاوت معنی‌داری از نظر آماری حاصل نشد ( $P=0.51$ ). مقایسه میانگین امتیاز افسردگی در دو گروه، قبل و بعد از انجام پژوهش نشانگر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه بعد از انجام مداخله بود در حالی که قبل از انجام مداخله تفاوتی از نظر آماری وجود نداشت (جدول ۲). در میان مشخصات فردی بین سطح تحصیلات ( $P=0.001$ )، زندگی مستقل ( $P=0.01$ ) و نحوه زایمان ( $P=0.009$ ) با میزان افسردگی بعد از زایمان مطابق آزمون کای دو رابطه معنی‌داری وجود داشته است و با سایر مشخصات آنها این رابطه مشاهده نشد ( $P>0.05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

مطابق یافته‌های به دست آمده، فرضیه پژوهش مورد پذیرش قرار گرفت. در این تحقیق میانگین امتیاز افسردگی قبل و بعد از مداخله، در گروه مورد تفاوت معنی‌داری نشان داد ( $P<0.001$ ) بدین معنا که ابراز وجود در کاهش میانگین امتیاز افسردگی بعد از زایمان در مادران موثر بوده است. همچنین میانگین امتیاز افسردگی قبل از انجام مداخله در هر دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری نداشت در حالی که بعد از انجام مداخله تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه نشان داده شد ( $P=0.01$ ). با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان اظهار نمود که اجرای مداخله آموزشی در زمینه ابراز وجود جهت مادران موجب به کارگیری رفتارهای ابراز وجودی از سوی آنها شده و منجر به کاهش میزان افسردگی در مادران گروه مورد گردیده است. جمعی از پژوهشگران به مطالعه اثربخشی برنامه‌های آموزشی حمایت از مادران مبتلا به افسردگی بعد از زایمان جهت ارتقای آگاهی، نگرش

زایمان با علایم افسردگی رابطه معنی دار دیده شد. بدین معنا که در زایمان طبیعی میزان افسردگی بیشتر از زایمان سزارین بوده است. در حالی که در مطالعه زهرایی افسردگی بعد از زایمان با نحوه زایمان مرتبط نبوده است. در عین حال تحقیقات دیگری بیانگر شیوع بیشتر افسردگی بعد از زایمان در سزارینی‌ها بوده‌اند (۲۲). به نظر می‌رسد ترس و اضطراب ناشی از تحمل درد شدید زایمان طبیعی در ایجاد افسردگی بعد از زایمان نقش داشته باشد، لذا پژوهشگران پیشنهاد می‌نمایند متخصصین بهداشت روانی با توجه به مزایای زایمان طبیعی، ضمن بهره‌گیری مادران از جلسات مشاوره‌ای و آموزشی در دوران بارداری از میزان اضطراب و تنش آنها بکاهند تا میزان افسردگی بعد از زایمان در مادران کاهش یابد. در پژوهش حاضر بین سن مادر با میزان افسردگی بعد از زایمان ارتباطی مشاهده نشد که این یافته در پژوهش حسن زهرایی نیز بدست آمد. همچنین بین شغل مادران با میزان افسردگی آنها رابطه‌ای مشاهده نشد ولی در مطالعه مصلی نژاد و همکاران غم بعد از زایمان در افراد خانه دار بیشتر مشاهده شده است که به مطالعه ما همسو نمی‌باشد. دیگر یافته‌ها نشان داد بین افسردگی بعد از زایمان با مرتبه زایمانی مادران رابطه‌ای وجود نداشته است. در این تحقیق رابطه‌ای بین میزان افسردگی مادران و کمک از همسر جهت انجام امور منزل مشاهده نشد ولی پژوهش دنیس و همکار وی بیان داشت که در صورت دریافت کمک از سوی همسر جهت انجام امور خانه، افسردگی بعد از زایمان کمتر دیده می‌شود. در همین راستا، پژوهشگران با بررسی ۵۶۳ مادر، عوامل تعدیل‌کننده افسردگی را در طی ۲ هفته و ۶ ماه بعد از زایمان در ۴ گروه به این شرح مطالعه نمودند: ۵۲٪ مادران بدون افسردگی، ۱۴٪ واجد علایم همیشگی، ۱۰٪ دارای علایم تاخیری و ۲۴٪ واجد علایم زود هنگام. در بررسی مذکور محققان دریافتند، خودکارآمدی، حمایت‌های اجتماعی از عوامل تعدیل‌گر در این زمینه هستند و پیشنهاد دادند در این خصوص از یکسری مداخلات آموزشی جهت کاهش افسردگی بعد از زایمان می‌توان سود برد (۲۳). با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، در راستای افزایش سطح سلامت روانی جامعه، ضروری است مادران افسرده‌شناسایی شوند و با ارائه راهنمایی‌های لازم در این خصوص به درمان آنها اقدام نمود. همان‌طور که مشاهده گردید رفتارهای ابراز وجودی در کاهش شدت افسردگی موثر بوده‌اند، لذا توصیه

نمود (۹). در راستای تایید فرضیه پژوهش حاضر، محققان به نقش مداخلات روان‌شناختی در مدیریت استرس و سایر نشانه‌های روانی این گروه از مادران پرداختند. در بررسی مذکور مبتلایان در دو گروه به مدت ۸ هفته و طی جلسات ۲ ساعته تحت آموزش‌های لازم قرار گرفتند و سطوح نشانه‌های روانی آنان در پایان مداخله و ۱ ماه بعد سنجیده شد که در هر ۲ نوبت درجات اضطراب، خشم، استرس و افسردگی بیماران کاهش چشمگیری نشان داد و عملکرد نقش و روابط بین فردی آنها نیز بهبود یافت (۷). دیگر نتایج این مطالعه نشان داد بین سطح تحصیلات مادران، زندگی مستقل و نحوه زایمان با میزان افسردگی بعد از زایمان در آنها رابطه معنی دار وجود داشته است. در مطالعه حسن زهرایی، علایم افسردگی بعد از زایمان با میزان تحصیلات رابطه معنی دار داشته است (۱۷). همچنین در مطالعه مصلی نژاد و همکاران نیز همسو با مطالعه حاضر، تحصیلات پایین‌تر با افسردگی بعد از زایمان رابطه داشته است (۱۸). از سوی دیگر، یافته‌ها نشان داد میزان افسردگی بعد از زایمان در مادرانی که زندگی مستقل داشته‌اند نسبت به آنهایی که با بستگان خود زندگی می‌کردند (خانواده‌های گسترده)، به طور معنی‌داری بیشتر بود که این موضوع اشاره به اهمیت تحت حمایت بودن زنان توسط همسر و دیگر اعضای خانواده دارد. مطالعات دیگری نیز به رابطه فقدان حمایت از طرف والدین و بستگان با افسردگی بعد از زایمان اشاره داشته‌اند. دنیس و همکار با مطالعه ۳۹۶ مادر در ۸ هفته بعد از زایمان به نقش کلیدی حمایت همسران در بهبود افسردگی بعد از زایمان اشاره نمودند. ایشان اظهار می‌دارند همسران باید تشویق شوند تا مشارکت فعالانه‌ای در انجام امور منزل و فعالیت‌های مربوط به مراقبت شیرخوار، جهت حمایت از مادران به عمل آورند (۱۹). گروهی از محققان با مطالعه ۱۰۰ مادر مبتلا به افسردگی در ۷ تا ۱۰ روز بعد از زایمان، دریافتند وجود یک شبکه اجتماعی وسیع و وجود حمایت‌های خانوادگی در بهبود افسردگی بعد از زایمان موثر است (۲۰). رحمانی و همکاران در شهر تبریز با بررسی ۲۷۰ نفر از مادران در ۲ ماه بعد از زایمان دریافتند که ۲۷٪ آنان دچار افسردگی بوده‌اند و در نتایج تحقیق خود بیان نمودند بر خورداری مادر از حمایت‌های اجتماعی، احساس همسر در مورد حاملگی اخیر و عدم آمادگی برای پذیرش مسوولیت مادری، از عوامل موثر بر افسردگی بعد از زایمان می‌باشند (۲۱). در این مطالعه بین نحوه

این نوع مداخلات، یک رویکرد موفق در این زمینه می‌باشد. از سوی دیگر با توجه به فقدان شواهد پژوهشی کافی در این مورد در کشورمان، این مطالعه می‌تواند به عنوان راهگشایی برای تحقیقات بعدی و تا حدودی در تدبیر مبتلایان به افسردگی بعد از زایمان مورد استفاده قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از تمامی مادرانی که بدون یاری آنان انجام این پژوهش میسر نبوده است، اعلام می‌دارند.

### References

- 1- Alberti R. Psychology of assertiveness. Translation by: Gharachedaghi. Tehran; Elmi Publication. 2002. (Persian).
- 2- Sarkhosh S. Life skills and prevention of social damages. Hamedan: Kereshmeh Publication. 2005. (Persian).
- 3- Naseri H. The guideline of Life skills education Tehran; Behzisti Organ Publication. 2005. (Persian).
- 4- Davidian H. Identify and treat of depression. Tehran; Farhangestan Publication. 2007. (Persian).
- 5- Kaplan H. Clinical Psychology. Translation by: Poorafkari. Tehran; Azadeh Publication. 2006. (Persian).
- 6- Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. Int Rev Psychiatry 2003, 15(3):231-42.
- 7- Yamashita H, Yoshida K. Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants. Seishin Shinkeigaku Zasshi 2003, 105(9):1129-35.
- 8- Bagherzadeh R, Zahmatkeshan N, Motamed N, Khoramrouti R, Ganjoo M. Prevalence of maternal blues, postpartum depression and their correlation with premenstrual syndrome. Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2009;12(3):9-15. (Persian).
- 9- Logsdon MC, Mc, McBride AB, Birkimer JC. Social support and postpartum depression. Res Nurse Health. 2007. 17(6):449-57.
- 10- Kent GA. The principles of women diseases. Translation by: Ghazijahani. Tehran; Andisheh Roshan Publication. 2002. (Persian).
- 11- Cunningham FG, Kenneth JL, Bloom SL. Williams obstetrics, 22ed. Philadelphia: McGraw Hill. 2005.
- 12- McKinney E, Ashwill J. Maternal child nursing. 1ed. USA: Saunders co. 2000.
- 13- Howell EA, Mora P, Leventhal H. Correlations of early Postpartum depressive symptoms. Matern Child Health J 2006, 10(2):149-57.
- 14- Morrell CJ, Warner R, Slade P, Dixon S, Walters S, Paley G, Brugha T. Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. Health Technol Assess. 2009;13(30): 1-153.
- 15- Rowe HJ, Fisher JR. Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a multiple method approach. BMC Public Health. 2010;18;10:499.
- 16- Shaw E, Levitt C, Wong S and et al. Systematic review of the literature on Postpartum care: effectiveness of Postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life and physical health. Brith 2006, 33(3):210-20.
- 17- Hassan Zahraee R. Related factor of postpartum depression. First congress of Nursing and Mood disorders. Tabriz University of Medical Sciences. 2000. (Persian)
- 18- Mosalanejad L, Jahanmiri SH, Ashkani H. Assessment of epidemiologic factors on Postpartum depression. Scientific Journal in Sanitary Sciences. 2000, 1(1):9-15. (Persian)
- 19- Dennis CL, Ross L. Womens perceptions of partner support and conflict in the in the development of Postpartum depressive symptoms. J Adv Nurs 2006, 56(6):588-99.
- 20- Kuscu MK, Akman I, Karabekiroglu A, et al. Early adverse emotional response to children in Turkey: the impact of maternal attachment styles and family support. J Psychosom Obstet Gynaecol 2008, 29(1):33-8.
- 21- Rahmani F, Asadolahi M, Seyedfatemi N, Ivanbagha R. Relationship between predisposing factor and Postpartum depression. The congress of healthy community of Hamadan University of Medical Sciences. 2008 (Persian).
- 22- Khamseh F. Effective Psychological factors on Postpartum depression. Kosar Journal. 2003, 7(4):18-25. (Persian).
- 23- Howell EA, Mora P, Dibonaventura MD, Leventhal H. Modifiable factors associated with changes in Postpartum depressive symptoms. Arch Womens Ment Health 2009, 12(2):113-20.

## The Effect of assertiveness on postpartum depression

\*Mardani. Hamooleh M; MSc<sup>1</sup>, Heidari. H; MSc<sup>2</sup>

Received: 23 Jun 2010

Accepted: 29 Sep 2010

### Abstract

**Background:** Postpartum depression endangers mother's health and has negative effect on her social communication and infant development. Assertiveness is a part of life skills that improve depression. Therefore, this study was done aiming at determining the effect of assertiveness on postpartum depression.

**Materials & Methods:** This Study was a semi-experimental, which was accomplished in Fateme Zahra hospital in Najafabad. 60 samples were selected from mothers with 4-8 weeks after delivery through convenience method and then divided into 2 groups randomly. Case group intervention was accomplished. Depression in both groups before and 1 month after intervention was measured by Beck questionnaire. The obtained data were analyzed by statistical tests, paired -T, independent T, X<sup>2</sup> and P ≤ 0.05 was taken as the significant level.

**Results:** Mean depression score before intervention ( $32.7 \pm 7.1$ ) and after it ( $21.8 \pm 6.7$ ) showed a significant decrease in the case group ( $P < 0.001$ ). Comparison of mean depression between the case ( $21.8 \pm 6.7$ ) and control group ( $31.7 \pm 6$ ) after the intervention revealed a significant difference ( $P = 0.01$ ), while there was no significant difference between them before the intervention ( $P = 0.4$ ). Mean depression rate in the control group before the intervention ( $31.2 \pm 5.4$ ) and after it ( $31.7 \pm 6$ ) did not show a significant difference ( $P = 0.51$ )

**Conclusion:** According to the results of this study and considering negative effect of postpartum depression on family function, more attention should be given to this disorder.

**Keywords:** Assertiveness, Postpartum depression, Beck test

1- (\*Corresponding author) Researcher, Tehran University of Medical Sciences, Student of PhD, Tehran, Iran.  
Tel: 09132864077 E-mail: Mardanimarjan@gmail.com

2- Researcher, Isfahan University of Medical Sciences, Student of PhD, Isfahan, Iran