

حمایت تلفنی در افسردگی زنان پس از زایمان طبیعی

راضیه پیغمبردوست^۱، زینب فدایی*^۲، زهره خاکبازان^۳، حبیباله سودایی^۴

تاریخ دریافت 1392/02/03 تاریخ پذیرش 1392/04/04

چکیده

پیش زمینه و هدف: دوره نفاس یک زمان بالقوه خطرناکی برای افسردگی پس از زایمان است. از جمله ابزارهای کاهش دهنده افسردگی پس از زایمان، حمایت‌های پس از زایمان است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر حمایت‌های تلفنی پس از زایمان بر افسردگی زنان در دوره نفاس انجام شده است.

مواد و روش کار: این پژوهش، مطالعه‌ای نیمه تجربی از نوع تصادفی دو گروهی است که در بیمارستان رازی شهرستان مرند انجام گرفت. تعداد ۲۶۰ زن واجد شرایط پس از زایمان طبیعی به صورت تصادفی در دو گروه تجربه و کنترل قرار گرفتند، گروه مداخله (۱۳۰ نفر) علاوه بر مراقبت‌های روتین دوره نفاس، هفته اول دو بار، هفته دوم تا ششم یک‌بار در هفته مشاوره تلفنی به مدت ۲۰ دقیقه دریافت نمودند. گروه کنترل (۱۳۰ نفر) فقط مراقبت‌های روتین نفاس را دریافت می‌کردند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل برگه ثبت اطلاعات دموگرافیک، فرم ثبت مشکلات دوره نفاس و مقیاس غربالگری افسردگی پس از زایمان (EPDS) بود که روز چهل و دوم توسط پرسشگر آموزش دیده و از طریق مصاحبه حضوری تکمیل گردید. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS Version 11.5 و با آزمون‌های آماری کای دو، آزمون دقیق فیشر، آزمون تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این پژوهش، میانگین نمره مقیاس غربالگری افسردگی در شش هفته پس از زایمان در گروه مداخله $5/12 \pm 15/80$ و در گروه کنترل $9/43 \pm 18/43$ بود. بین میانگین نمره افسردگی بر اساس مقیاس EPDS در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی‌داری ($P < 0/001$) مشاهده گردید.

بحث و نتیجه گیری: بر اساس نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد حمایت تلفنی توسط ماما بتواند بر کاهش افسردگی بعد از زایمان زنان در دوره نفاس موثر باشد. انجام مطالعات بیشتر در این زمینه می‌تواند کمک کننده باشد.

کلید واژه‌ها: دوره نفاس، حمایت‌های پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره پنجم، پی در پی 46، مرداد 1392، ص 335-342

آدرس مکاتبه: دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند، تلفن: ۰۹۱۴۳۹۱۴۶۳۱

Email: zeinab_fada@yahoo.com

مقدمه

دوره نفاس، زمان بالقوه خطرناکی برای افسردگی پس از زایمان است (۱). افسردگی ۱۵-۱۰ درصد زنان را پس از زایمان درگیر می‌کند. علائم معمولاً پس از ترخیص از بیمارستان آغاز می‌شوند (۲). افسردگی نفاسی در طی ۴ هفته پس از زایمان شروع می‌شود و تا یکسال پس از تولد نیز به طول می‌انجامد (۴). اوج افسردگی نفاسی ۸-۶ هفته پس از زایمان است (۳). افسردگی پس از زایمان یک بیماری افسرده کننده بزرگ است که با ۵ یا بیشتر معیار تشخیصی؛ شامل خلق افسرده، کاهش قابل ملاحظه تمایل به فعالیت، اختلال اشتها، اختلال خواب، اضطراب جسمی یا تأخیر

سایکوموتور، خستگی، احساس بد بودن، کاهش تمرکز یا ناتوانی تصمیم گیری و افکار راجع مرگ یا خودکشی بارز می‌شود (۷). پس از زایمان، کسب نقش مادری در تطابق با کودک ممکن است دچار تغییر زیادی شود. افسردگی پس از زایمان همراه با افزایش دیسترس، کاهش عملکرد اجتماعی و حرفه‌ای مادر همراه بوده (۸) و تأثیر نامطلوبی روی حمایت‌های والدین از کودک، تکامل رفتاری و احساسی کودک دارد (۹). Weinberg اظهار می‌دارد که کودکان مادران افسرده در دو ماه اول زندگی کمتر درگیر اشیا شده و تعامل اجتماعی و تماس چشمی کمتری دارند.

^۱ عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند، دپارتمان مامایی^۲ کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان رازی مرند، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز (نویسنده مسئول)^۳ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی گروه مامایی^۴ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشت و درمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز، مرکز بهداشت شهرستان مرند

در دوران مدرسه نیز با پدر و مادر و همسالان خود تضاد داشته و مشکلات روانی مانند افسردگی دارند (۱۰). مطالعات بیانگر آن است که زنان اطلاعات کافی برای شناسایی این بیماری ندارند و حتی به جستجوی راه کار و کمک برای شناخت آن بیماری نمی‌پردازند (۵). حتی زنان پس از زایمان، از نظر افسردگی نیز کمکی دریافت نمی‌کنند (۶). دلایلی که زنان پس از زایمان دنبال کمک نمی‌گردند شامل: خجالت، ترس از جدایی کودک و ناآگاهی درباره علایم افسردگی پس از زایمان می‌باشد. خدمات مراقبین بهداشتی در تعیین نیازهای زنانی که به تازگی زایمان کرده‌اند اغلب دچار شکست می‌شوند و آنان مشکلات، درک‌ها و ترس‌های زنان را در نظر نمی‌گیرند (۱۱). مطالعات نشان داده است که کمبود حمایت‌های اجتماعی عامل خطری برای افسردگی پس از زایمان است (۱۲) و حمایت تلفنی در کاهش افسردگی پس از زایمان موثر است (۱۳، ۱۴). امروزه مراقبت‌های پزشکی تلفنی جزء اصلی ارائه مراقبت‌ها در ایالات متحده به شمار می‌رود (۱۵). استفاده از تلفن در دسترسی به برنامه‌های حمایتی، مهم‌ترین کانال ارتباط عمومی به شمار می‌رود که تأثیر مفید بودن مشاوره دوباره را زمانی که مددجو در منزل نمی‌باشد فراهم می‌سازد. حمایت تلفنی نسبت به مشاوره چهره به چهره ارزان تر بوده و قادر به پوشش قرار دادن تعداد زیادی از افراد است که در مناطق جغرافیایی گسترده ایی به سر می‌برند (۱۶). این خدمات راحت بوده و توسط افراد آموزش دیده ارائه می‌شود (۱۷). واضح است که مادران، نیازمند داشتن فرصت جهت بحث بیشتر درباره نیازهای خود در زمینه مشکلات نفاس هستند و ماماها در این میان می‌توانند به خوبی از عهده این نقش برآیند (۱۸). در بسیاری از کشورها، حمایت‌های تلفنی پس از زایمانی یک روش معمول در کاهش موربیدیتی روانی پس از زایمان است لیکن تاکنون مطالعات کارآزمایی بالینی اندکی برای غربالگری و شناسایی این اختلال در دوره نفاس انجام شده است (۱۳). در مطالعه Shiao-Ming و همکاران، حمایت‌های آموزشی پس از زایمان در کاهش شدت افسردگی پس از زایمان در شش هفته پس از زایمان موثر نبوده است (۱۹) و در مطالعه Cindy-Lee Dennis نیز حمایت‌های پس از زایمان در بهبود افسردگی زنان در دوره نفاس موثر بوده است. از آنجا که در ایران، تاکنون مطالعه ایی مداخله ایی مشابه این مطالعه درباره افسردگی زنان در دوره نفاس انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تأثیر حمایت‌های پس از زایمان بر افسردگی زنان در دوره نفاس انجام یافته است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه تجربی از نوع تصادفی دو گروهی بود. جمعیت مورد مطالعه کلیه زنان نخست زا و چندزا با زایمان

طبیعی است که در بخش پس از زایمان بیمارستان رازی مرند در سال ۱۳۸۸ بستری بودند. پس از انجام مطالعه مقدماتی، ۲۶۰ نفر پس از کسب رضایت به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و با تخصیص تصادفی ۱۳۰ نفر در گروه حمایت‌های پس از زایمان (مداخله) و ۱۳۰ نفر در مراقبت‌های معمول دوره نفاس (گروه شاهد) قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه شامل به دنیا آوردن نوزاد زنده و سالم، تک قلو، سکونت در مرند و حومه، داشتن دسترسی به تلفن، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی یا داروهای دیگر در بارداری و پس از زایمان، نداشتن سابقه افسردگی یا بیماری‌های خاص دیگر، نداشتن مشکل شنوایی و تکلم بود. شرایط خروج از مطالعه نیز عدم دسترسی به آدرس مددجویان، موارد منجر به بستری، مرگ نوزاد و یا داشتن نیاز به مراقبت‌های ویژه نوزادی در نظر گرفته شد. نوع مداخله در این پژوهش، حمایت پس از زایمان به صورت مشاوره تلفنی بود که در گروه آزمون، هفته اول دو بار، هفته دوم تا ششم یک‌بار در هفته به مدت ۲۰ دقیقه انجام گرفت که بر اساس نیاز مددجو تغییر می‌یافت. گروه شاهد (۱۳۰ نفر) فقط مراقبت‌های روتین نفاس را دریافت می‌کردند. همچنین جهت ارزیابی نیازهای پیش بینی نشده مادران، واحدهای پژوهش به صورت ۲۴ ساعته امکان برقراری تماس تلفنی با مشاور را داشتند. محتوای مکالمات تلفنی بر اساس دستورالعمل مامایی سازمان جهانی بهداشت تعیین گردید (۲۰). هر مشاوره تلفنی به دو بخش اختصاص یافت. بخش اول شامل توصیه‌های معمول دوره نفاس بود که بر اساس مشکلات شایع دوران نفاس در هفته تنظیم می‌شد و بخش دوم به نیازهای خاص هر مددجو و ارایه راه حل پیشنهادی به وی اختصاص می‌یافت. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ثبت مشخصات جمعیت شناختی، فرم ثبت مشکلات دوران نفاس و پرسشنامه استاندارد EPDS (۲۱) برای غربالگری افسردگی در دوران نفاس بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی حاوی ۱۷ سؤال در روز اول پس از زایمان تکمیل شد. پرسشنامه EPDS در روز چهارم پس از زایمان در دو گروه مداخله و شاهد با مراجعه به درب منازل و با مصاحبه حضوری تکمیل گردید. پرسشنامه استاندارد EPDS دارای ۱۰ سؤال می‌باشد و تجربیات مادران را در طی ۷ روز قبل توصیف می‌کند که در عرض ۵ دقیقه کامل می‌شود. هر سؤال ۴ پاسخ دارد، به هر سؤال امتیاز صفر تا سه تعلق می‌گیرد، نمرات بالاتر شدت افسردگی را نشان می‌دهد (۲۲). نمرات بالاتر و مساوی ۱۰ نشان‌دهنده افسردگی خفیف و نمرات بالاتر و مساوی ۱۳ نشان‌دهنده افسردگی شدید است (۲۳). میزان حساسیت و اختصاصی بودن ابزار برای نمرات ۱۲ و کمتر به ترتیب ۸۵ درصد و ۷۷ درصد و برای نمرات بالاتر از ۱۲ به ترتیب ۱۰۰ درصد و

سنی ۲۹-۲۰ سال و ۵۷/۳ درصد مادران دارای تحصیلات در سطح زیر دیپلم بودند. شغل همسر اکثر زنان در گروه آزمون (۴۶/۴۵٪) کارگر و در گروه شاهد (۴۵/۲٪) آزاد و اکثر زنان در گروه مداخله (۵۱/۲٪) و کنترل (۴۵/۲٪) درآمد خانوار ناکافی داشتند. بیش از نیمی از زنان در هر دو گروه آزمون (۵۵/۸٪) و شاهد (۵۳/۲٪) ساکن روستا بودند. اکثر زنان مورد مطالعه، نولی پاره (۵۸/۸٪)، دارای حاملگی خواسته (۸۷/۸٪) و برای دریافت مراقبت‌های پس از زایمان به خانه بهداشت (۵۵/۳٪) مراجعه می‌نمودند. دو گروه آزمون و شاهد از نظر میانگین سنی، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت مسکن، محل سکونت، میزان حمایت همسر و اطرافیان، میزان درآمد خانوار و سوابق مامایی شامل: تعداد حاملگی و زایمان، سابقه نازایی و جنسیت نوزاد اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند و از نظر عوامل یاد شده همگن بودند. یافته‌های این پژوهش نشان داد بین میانگین افسردگی و متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، تحصیلات و شغل زنان و همسران آنها، محل سکونت، میزان درآمد، سوابق مامایی شامل: تعداد حاملگی و زایمان، سابقه نازایی اختلاف آماری معنی‌دار دیده نشد ولی آزمون کای اسکور ارتباط معنی‌دار آماری بین میانگین افسردگی و حاملگی ناخواسته و تعداد قل حاملگی نشان داد ($P < 0/01$) در روز چهارم پس از زایمان میانگین نمره کسب شده در مقیاس EPDS در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود. بر این اساس اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر میانگین امتیاز افسردگی در روز چهارم پس از زایمان دیده شد ($P < 0/0001$). آزمون آماری t اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P < 0/0001$) (جدول شماره ۱). مقایسه سطوح افسردگی در دو گروه نشان می‌دهد که ۷۵/۴ درصد در گروه کنترل و ۵۴/۶ درصد زنان گروه مداخله افسردگی شدید دارند. (جدول شماره ۲).

جدول شماره (۱): مقایسه میانگین افسردگی زنان در دوره نفاس در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		زمان متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
P	۵/۹۰	۱۸/۴۳	۵/۱۲	۱۵/۸۰	میانگین افسردگی بر اساس مقیاس EPDS
< 0/0001					

جدول شماره (۲): مقایسه سطح افسردگی زنان در دوره نفاس در دو گروه مداخله و کنترل

گروه کنترل	گروه مداخله		زمان متغیرها	
	تعداد	درصد		تعداد
درصد	۲	۶/۹	۹	بدون افسردگی (۹-۰ امتیاز)
۱/۵				
۲۰/۱	۲۶	۳۶/۹	۴۸	افسردگی خفیف (۱۰-۱۳ امتیاز)
۷۵/۴	۹۸	۵۴/۶	۷۱	افسردگی شدید (بالای ۱۳ امتیاز)
۱۰۰	۱۳۰	۱۰۰	۱۳۰	جمع کل

۹۵/۵ درصد است. این ابزار به طور اختصاصی برای غربالگری افسردگی در زنان در طی دوره نفاس طراحی شده است اما محدودیت این ابزار، اندازه نگرفتن اختلالاتی مانند خستگی و کاهش اشتها و تغییر الگوی خواب است (۲۴). در این پژوهش برای کسب روایی پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی از روایی محتوا استفاده شد. پرسشنامه EPDS نیز یک پرسشنامه استاندارد است که روایی و پایایی آن در مطالعات زیادی ثابت شده است (۲۹-۲۵). در این پژوهش برای کسب روایی پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی از روایی محتوا استفاده شد. پرسشنامه EPDS نیز یک پرسشنامه استاندارد است که روایی و پایایی آن در مطالعات زیادی ثابت شده است (۲۹-۲۵). با توجه به اینکه پرسشنامه مذکور از هر دو گروه در روز چهارم پس از زایمان با مراجعه به منزل تکمیل می‌شد، اگر واحدهای پژوهش در منزل نبودند پژوهشگر تا سه روز پی در پی و سپس هفته بعد به درب منزل مراجعه می‌نمود. لازم به ذکر است که اکثر مادران ساکن روستا بودند. در طول مطالعه ۶ نفر به دلیل تغییر آدرس محل سکونت یا مهاجرت به شهرهای دیگر از مطالعه حذف شدند. در نهایت ۲۵۴ نفر در این مطالعه شرکت نمودند. در مجموع، نمونه گیری حدود ۳ ماه به طول انجامید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون کای دو و تی تست) استفاده گردید. کلیه محاسبات آماری توسط نرم افزار کامپیوتری SPSS ۱۱ انجام پذیرفت.

یافته‌ها

بررسی متغیرهای جمعیت شناختی حاکی از آن است که میانگین سنی در گروه مداخله $25/09 \pm 5/40$ و در گروه کنترل $24/61 \pm 5/20$ بود. بیشترین درصد مادران (۶۶/۲٪) در گروه

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، دو گروه آزمون و شاهد از نظر عوامل احتمالی موثر بر افسردگی از جمله سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد خانوار، تعداد زایمان، جنسیت نوزاد، میزان حمایت همسر و اطرافیان در روز اول پس از زایمان همگن بودند و بین دو گروه اختلاف معنی داری مشاهده نشد. تأثیر عوامل یاد شده بر افسردگی دوره نفاس در مقالات متعددی تأیید شده است. از جمله John، سن مادر را از عوامل تأثیر گذار بر افسردگی نفاس مطرح می‌نماید که در زنان مسن (۶۱٪) شایع‌تر از زنان جوان (۳۷/۷) است (۲۱). همچنین Beck وضعیت اقتصادی - اجتماعی را پیش‌گویی افسردگی پس از زایمان می‌داند (۳۰). همچنین در پژوهشی که Hung و همکاران در چین انجام دادند، دریافتند که عوامل اجتماعی چون حمایت همسر و اطرافیان بر سطح استرس پس از زایمان تأثیر دارد و هر چه حمایت اطرافیان در هفته سوم و پنجم افزایش یابد، عوارض روانی در این دوران نیز کمتر خواهد بود (۳۱). در یک مطالعه مروری که توسط Piyanee و همکاران در ۴۰ کشور آسیایی انجام دادند (۳۳)، شیوع افسردگی پس از زایمان ۶۰/۸-۱۱ درصد برآورد شده است (۳۴) که مشابه این مطالعه است. در مورد هدف اصلی این تحقیق، میانگین نمره مقیاس EPDS پس از مداخله در شش هفته پس از زایمان در گروه مداخله (۱۵/۸۰) به طور معنی داری کمتر از کنترل (۱۸/۴۲) بود ($P < 0/0001$). مطالعات زیادی نشان داده است که تأثیر حمایت‌های پس از زایمان در دوره انتقالی زندگی و استرس‌های حاد تأثیر مثبتی بر کاهش موربیدیتی روانی دوره نفاس دارد (۱۳، ۱۴). علیرغم توصیه‌هایی که بر انجام مراقبت‌ها می‌شود کمتر ارزشیابی جامعی وجود دارد که به بررسی برنامه‌های حمایتی پس از زایمان (۱۹، ۱۳) و از جمله حمایت تلفنی بر افسردگی زنان در دوره نفاس پرداخته باشد (۳۱). در کارآزمایی بالینی که توسط Shiao-Ming و همکاران با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی افسردگی پس از زایمان، در کاهش شدت افسردگی پس از زایمان در شش هفته و ۳ ماه پس از زایمان در تایوان انجام یافت. در این مطالعه، گروه مداخله قبل از ترخیص از بیمارستان توسط پرستار بخش، آموزش‌های لازم در ارتباط با افسردگی و گروه کنترل فقط آموزش‌های روتین بخش را دریافت می‌نمودند. نتایج حاکی از آن بود که در ۶ هفته پس از زایمان، اختلاف آماری معنی داری بین گروه تجربه و مداخله در میانگین نمرات EPDS، شروع افسردگی و مدت آن مشاهده نشد. در مطالعه آنان، در ۳ ماه پس از زایمان این اختلاف معنی دار بود. Shiao-Ming و همکاران علت عدم اختلاف معنی دار افسردگی در دو گروه در شش هفته پس از زایمان را به دلیل کوتاه بودن مدت اقامت و آموزش آنان در بخش

پس از زایمان دانسته‌اند. همچنین این مطالعه حاکی از آن است که برنامه آموزشی قبل از ترخیص از بیمارستان، قادر به کاهش علایم در شش هفته نبوده است و مدت زمان بیشتری (شروع مداخله از قبل از زایمان تا یکسال پس از زایمان) لازم است تا این نیاز را برطرف کند (۱۹). نتایج مثبتی که از این مطالعه حاصل شد می‌تواند به دلیل متفاوت بودن جامعه پژوهش و کیفیت ارائه خدمات باشد. اولاً واحدهای پژوهش به دنبال ترخیص از بیمارستان، به حال خود رها نشده و طی جلسات متعدد و بر اساس نیازسنجی مورد حمایت قرار گرفته و قادر بودند دسترسی ۲۴ ساعته به مشاور داشته باشند. ثانیاً واحدهای پژوهش ساکن روستا بوده و دسترسی به سایر منابع حمایت به غیر از همسر و نزدیکان درجه یک خود نداشتند. همچنین نتایج پژوهش حاضر در جهت نتایج Feinberg و همکاران (۲۰۰۶) می‌باشد. مدل مراقبتی آنان شامل ویزیت از منزل و حمایت پس از زایمان که در کاهش افسردگی پس از زایمان موثر است. این سیستم بر سهولت دسترسی به منابعی اشاره دارد که شامل غربالگری در ویزیت‌های مادر و کودک و ارایه آموزش‌های لازم در ارتباط با افسردگی و راهنمایی برای ارجاع می‌باشد (۳۳). در مطالعه مقطعی دیگری که توسط Cindy-Lee Dennis و همکاران بالینی با هدف بررسی تأثیر حمایت همسان^۱ در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان در زنان پرخطر در اونتاریو کانادا انجام دادند. از ۷۰۱ زن، ۲۲۱ مادری که دارای نمره EPDS بیشتر از ۹ بوده و سابقه مصرف داروی ضد افسردگی و بستری مادر و نوزاد در بیمارستان را نداشته به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. در گروه مداخله مراقبت‌های روتین به همراه حمایت همسان تلفنی و گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین را دریافت نمودند. این حمایت که شامل پیش‌بینی حمایت‌های ارزیابی^۲، اطلاعاتی و هیجانی^۳ بود، توسط گروه‌های همسان ارائه می‌شد. در ۱۲ هفته پس از زایمان اعتماد به نفس و پذیرش^۴ مادران با مقیاس Peer Support Evaluation Inventory ارزیابی شد. نتایج مداخله در ۱۲ هفته پس از زایمان نشان داد که در گروه مداخله (حمایت همسان تلفنی) سطوح بالاتری از اعتماد و پذیرش وجود داشت و زنان رضایتمندی بالاتری از تعداد و مدت تماس با داوطلبان همسان را داشتند. در این مطالعه حمایت تلفنی به عنوان یک استراتژی پیشگیرانه در افسردگی پس از زایمان موثر بوده است که نتایج آن در جهت این مطالعه می‌باشد. نتایج این پژوهش نیز نشان داده است که حمایت تلفنی پس از زایمان قادر به کاهش افسردگی پس از زایمان در

¹ Peer support

² appraisal

³ emotional

⁴ acceptance

بگیرند که از آن جمله می‌توان ویزیت در منزل توسط تیم بهداشتی و ارائه خدمات تلفنی توسط ماماها به صورت گسترده و در سراسر کشور اشاره نمود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مسئولین محترم بیمارستان رازی شهرستان مرند و کلیه همکاران و مادران عزیزی که در این طرح شرکت نموده و ما را یاری رساندند، نهایت تقدیر به عمل می‌آید.

شهرستان مرند بوده است. با توجه به ارزان و قابل دسترس بودن، این روش با افزایش آگاهی و پاسخ دهی به نیازهای مادران در این دوران انتقالی، در بهبود سلامت روانی آنان می‌تواند مثر و واقع گردد. این امر می‌تواند مورد توجه مسئولان امر قرار گیرد تا در حیطه خدمات پس از زایمان، حمایت روانی مادران را مد نظر قرار داده و بخش‌های مشاوره ایی توسط ماماها در بیمارستان‌های زنان و زایمان را فعال تر سازند و در برنامه ریزی‌های کلان کشوری جایگاه ویژه ایی جهت ارائه خدمات حمایتی به مادران در نظر

References:

- MunkOlsen T, Laursen T M, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(2): 189-95.
- Terri L L. Screening for Depression and Help-seeking in Postpartum Women During Well-baby Pediatric Visits: An Integrated Review. *J Pediatr Health Care* 2012; 26(2): 109-17.
- Sharma V, Xie B. Screening for postpartum bipolar disorder: validation of the Mood Disorder Questionnaire. *J Affect Disord.* 2011;131(1-3):408-11.
- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2005;(119):1-8.
- Holopainen D. The experience of seeking help for postnatal depression. *Aust J Adv Nurs* 2002;19(3):39-44..
- McGarry J, Kim H, Sheng X, Egger M, Baksh L. Postpartum depression and help-seeking behavior. *J Midwifery Womens Health* 2009; 54(1): 50-6.
- Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®. American Psychiatric Association; 2000.
- Buist AE, Barnett BE W, Milgrom J, Pope S, Condonc JT, Ellwood DA, et al. To screen or not to screen-that is the question in perinatal depression. *Med J Aust* 2002; 177: 101-5.
- Ariel JL, Carie SR, Meredith ML. Associations between maternal childhood maltreatment and psychopathology and aggression during pregnancy and postpartum. *Child Abuse Negl* 2006; 30(1): 17-25.
- Weinberg MK, Tronick EZ. Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics* 1998; 102: 1298-305.
- McCarthy M, McMahon C. Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care Women Int* 2008; 29(6): 618-37.
- Xie R.-H., He G., Koszycki D., Walker M., Wen S.W. Prenatal Social Support, Postnatal Social Support, and Postpartum Depression. *Ann Epidemiol* 2009; 19 (9): 637-43.
- Cindy LD. Postpartum depression peer support: Maternal perceptions from a randomized controlled trial *International. Int J Nurs Stud* 2010; 47(5): 560-8.
- Marilyn E , Lorie D, Laurie HL. Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient Educ Couns* 2012; 87(3): 405-10.
- Thompson TG, Arthur D, Boxer RA. model for telephonic medical consults Guidelines for decision-markers. 2010; Jan 20: Available from: URL: <http://www.telehealth>

- reports.com/documents/Model For telephonic Consults.pdf.
16. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Cochrane Review: Telephone counseling for smoking cessation. The Cochrane Library John Wiley and Sons; 2009.P.3:
 17. Sara D, Jennifer FB, Sara B, Tracy M. A qualitative analysis of the content of telephone calls made by women to a dedicated 'Next Birth .After Caesarean' antenatal clinic. *Women Birth* 2010; 23(4): 166-171.
 18. Lim JM, Sullivan E, Kennedy D. Mothersafe: Review of three years of counseling by an Australian Teratology Information Service. Australian and New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009; 49(2): 168-72.
 19. Shiao-Ming HO, Shu-Shya H, Cecilia M, Jevitt Lian-Hua H, Yu-Ying FU, Li-Lin W. Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression: A randomized controlled evaluation study. *Patient Educ Couns* 2009; 77(1): 68-71.
 20. World Health Organization, Department of reproductive health and research. Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide. Geneva: WHO; 2010.P. 1-57.
 21. John A, Yozwiak, Postpartum Depression and Adolescent Mothers: A Review of Assessment and Treatment Approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; 23(3): 172-8.
 22. Flynn HA, Sexton M, Ratliff S, Porter K, Zivin K. Comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant and postpartum women seeking psychiatric services. *Psychiatry Res* 2011; 187(1-2): 130-4.
 23. Tandon SD, Cluxton-Keller F, Leis J, Le HN, Perry D F. A comparison of three screening tools to identify perinatal depression among low-income African American women. *J Affect Disord* 2012; 136(1-2): 155-62.
 24. Jacqueline DR , Margaret AB. Choosing a Postpartum Depression Screening Instrument for Your Pediatric Practic. *J Pediatr Health Care* 2008; 22(1): 64-7.
 25. Ji S, Long Q, Newport DJ, Na H, Knight B, Zach EB, et al. Validity of depression rating scales during pregnancy and the postpartum period: Impact of trimester and parity. *J Psychiatr Res* 2011; 45(2): 213-9 .
 26. Chaudron LH, Kitzman HJ, Szilagyi PG, S-A Kimberly, Elizabeth A. Changes in Maternal Depressive Symptoms Across the Postpartum Year at Well Child Care Visits. *Ambul Pediatr* 2006; 6(4): 221-4.
 27. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord* 2006; 93: 169-76.
 28. Guedeny N, Fermanian J, Guelfi JD, Kumar RC. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negatives. *J Affect Disord* 2000; 61(1-2): 107-12.
 29. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
 30. Beck CT. A met-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996; 45(5): 297-303.
 31. Hung Ch, Chung H. The postpartum stress and social support on postpartum women,s health status. *J Adv Nurs* 2001; 36(5): 676-84.
 32. Rojas G, Fritsch R, Solis J, Jadresic E, Castillo C, González M, et al. Treatment of postnatal

- depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *The Lancet* 2007; 370: 1629–37.
33. Feinberg E, Smith MV, Morales M J, Claussen A H, Smith DC, Perou R. Improving women's health during internatal periods: Developing an evidenced-based approach to addressing maternal depression in pediatric settings. *J Womens Health (Larchmt)* 2006 ; 15(6): 692-703.
34. Klainin P, Gordon D. Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *Int J Nurs Stud* 2009;46(10): 1355–73.
35. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 2006; 91 (2): 97–111.

TELEPHONE SUPPORT ON THE POSTPARTUM DEPRESSION AFTER NORMAL VAGINAL DELIVERY

Peighambaroust R¹, Fadaey Z^{2*}, Khakbazan Z³, Sodaey H⁴

Received: 23 Apr , 2013; Accepted: 25 Jun , 2013

Abstract

Background & Aims: The postpartum period is a dangerous potential time for postpartum depression. Postpartum support is a way to reduce postpartum depression. The purpose of the current study is to determine the effectiveness of postpartum supports on the postnatal women depression after childbirth.

Materials & Methods: This study, a semi experimental study, was conducted in Marand Hospital. Two hundred sixty mothers agreed to take part in the study, and they were randomly allocated into two groups of intervention group (n = 130) or control group (n = 130). The intervention group received twice telephone counseling for 20- minute at the first week, and from second till 6th weeks, they received one telephone counseling at week plus routine care. The control group received only the routine care. Also for evaluation of the mother's unanticipated needs, a 24-hour telephone access was provided to the researcher. The main outcome measurement instruments included recording demographics data sheet, postpartum problem's checklist, and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) which was administered by a trained interviewer six weeks after delivery. Control group received general postpartum education. The data were analyzed by χ^2 , Fisher test and T test SPSS Version 11.5.

Results: At 6 week postpartum, mean of depression in the intervention group was (15/80 \pm 5/12), and in the control group, it was (18/43 \pm 5/90). On the EPDS scale, in the intervention group, there was a significant decrease comparing to control group (P < 0.0001) .

Conclusion: The result of this research showed that postpartum support by midwife could decrease women's postpartum depression in the pureperium.

Key words: Telephone support, postpartum depression, normal vaginal delivery.

Address: Maranad Azad University

Tel: (+984912265111, mobail:+989143914631)

Email: zeinab_fada@yahoo.com

¹ Instructor, Maranad Azad University, Department Of Midwifery

² M.Sc of Nursing, Maranad Razi Hospital, Tabriz University of Medical Science (Corresponding Author)

³ Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Department Of Midwifery

⁴ M Sc., of Health Care Management , Marand Health Center , Tabriz University of Medical Science