

## تأثیر آموزش روان‌شناختی قبل از زایمان بر پیشگیری از افسردگی پس از زایمان و افزایش رضامندی زوجیت: کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل‌شده در مادران نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های بقیه‌الله و نجمیه سال ۹۲-۱۳۹۱

سایه سادات موسوی صاحب‌الزمانی<sup>۱</sup>، علی فتحی آشتیانی<sup>۲</sup>، احمد احمدی<sup>۳\*</sup>، یعقوب شفیعی<sup>۴</sup>، زینب علی مددی<sup>۵</sup>، علیرضا صدقی طارمی<sup>۶</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۷/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۹/۰۳

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** افسردگی پس از زایمان شرایط مضر است که نه تنها مادران باردار بلکه نوزادان آنان را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو، پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش روان‌شناختی در کاهش مشکل مذکور برای مادران در معرض خطر و افزایش رضامندی زوجیت آن‌ها اجرا شده است.

**مواد و روش کار:** این پژوهش، مطالعه‌ای تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. پس از ارزیابی ۵۳۴ مادر باردار، ۱۳۵ مادر در معرض خطر که میزان افسردگی آن‌ها بالاتر از نقطه برش آزمون افسردگی بک (۱۳ > نمره) بود شناسایی و سپس به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل اختصاص یافتند. به گروه مداخله برنامه آموزش روان‌شناختی متشکل از ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری و آموزش بارداری ارائه و گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. جهت تعیین تأثیر برنامه مداخله‌ای با استفاده از آزمون افسردگی بک و افسردگی پس از زایمان ادینبرگ شدت علائم افسردگی ثبت شد. با استفاده از مقیاس رضامندی زوجیت ارنیچ میزان اثر برنامه مداخله‌ای بر رضامندی زوجیت نیز سنجیده شد.

**یافته‌ها:** مقایسه داده‌های جمعیت شناختی بین دو گروه حاکی از همسانی گروه‌ها است. کاهش نمرات افسردگی بک و افسردگی پس از زایمان ادینبرگ در گروه مداخله ( $P < 0.05$ )، تأثیر مثبت آموزش روان‌شناختی را نشان می‌دهد ولی در حیطه افزایش رضامندی زوجیت تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها مشاهده نشد. بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از اثربخشی ارائه آموزش روان‌شناختی جهت کاهش مشکلات خلقی پس از زایمان است.

**کلید واژه‌ها:** درمان شناختی-رفتاری، افسردگی پس از زایمان، رضامندی زوجیت

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۷۵، دی ۱۳۹۴، ص ۸۹۲-۹۰۲

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی؛ تلفن ۰۲۱-۸۲۰۹۵۰۷۵

Email: Ahmady457@ut.ac.ir:

### مقدمه

برآورد کرده است (۳). این میزان در بارداری‌های ناخواسته تا ۴۳ درصد و در مادران با سابقه افسردگی تا ۴۵ درصد افزایش نشان می‌دهد (۳).

پیشگیری از بروز این شرایط، به دلیل پیامدهای ناگواری آن بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی والدین و به خصوص شرایط نوزاد از اهمیت قابل توجهی برخوردار است (۴).

افسردگی پس از زایمان اختلال شایعی است که ۱۰ تا ۱۵ درصد مادرها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). همچنین یافته‌های اخیر، شیوع ۱۰ درصدی این شرایط را برای پدرها گزارش می‌کند (۲). فراتحلیل انجام‌شده در ایران با جمع‌بندی شواهد حاصل از ۴۱ مطالعه، شیوع اختلال افسردگی پس از زایمان را در کشور ۲۵ درصد

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد، مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

<sup>۲</sup> استاد، روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری، روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۴</sup> دکتری، روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

<sup>۵</sup> روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۶</sup> دانشجوی دکتری، روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مادران مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان در کسب حمایت عاطفی از سوی همسر و دیگران چالش‌های متعددی را تجربه می‌کنند که این شرایط خود به‌عنوان عامل خطری برای وخیم‌تر شدن سلامت روان‌شناختی آن‌ها و اختلال در عملکردشان به‌عنوان مادر و یا همسر تلقی می‌شود (۵). اختلال در عملکرد مادر نه تنها تأثیر منفی بر سلامت روان‌شناختی وی بر جای می‌گذارد بلکه سایر اعضا خانواده و به‌خصوص ارتباط رضایت‌بخش با شوهر و رضامندی زوجیت را نیز در برمی‌گیرد (۶).

افسردگی پس از زایمان به‌گونه‌ای منفی بر تعامل با اطرافیان به‌خصوص همسران افراد مبتلا اثر می‌گذارد. به‌گونه‌ای که همسران آن‌ها دچار سردرگمی و احساس ناکامی می‌شوند. همچنین احتمال اینکه همسران زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در مقیاس‌های افسردگی نمره‌ای مشابه با همسرشان بگیرند بسیار زیاد است (۷). شایان‌ذکر است که، افسردگی با خود مشکلات ارتباطی از جمله مشکلات زناشویی و طلاق را به همراه دارد (۸). گزارش‌ها در این زمینه حاکی از همبستگی بالا بین افسردگی پس از زایمان با مشکلات زناشویی و عدم سازگاری در زندگی مشترک است (۹).

در رابطه با پیامدهای افسردگی پس از زایمان مادر بر نوزاد، شواهد گسترده‌ای وجود دارد که مادران افسرده قادر به پاسخ‌گویی به نیازهای اولیه نوزاد خود نیستند. این مادران به‌احتمال بیشتری از تغذیه نوزاد با شیر مادر خودداری می‌کنند و کم‌تر توصیه‌های پزشکی را رعایت می‌کنند (۱۰). ناتوانی در توجه به نیازهای اولیه نوزاد می‌تواند منجر به ایجاد دل‌بستگی نایمن و حتی اختلال در دل‌بستگی شود که خود این موضوع ممکن است به تأخیر رشدی منجر شود (۱۱،۱۲).

پژوهشی‌ها عوامل خطر متعدد روان‌شناختی، جمعیت شناختی و اجتماعی را برای افسردگی پس از زایمان گزارش کرده‌اند (۱۳-۱۵). برای مثال، سابقه ابتلا به اختلال افسردگی به‌عنوان یکی از عامل خطرهای نیرومند در بروز افسردگی پس از زایمان گزارش شده است (۱۳) همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که رضامندی زوجیت نقش برجسته‌ای در بروز این شرایط دارد (۱۶). به‌گونه‌ای که نمرات بالاتر مادران در مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ با نمرات پایین‌تر در رضامندی زوجیت همراه شده است (۹). سایر پژوهشگران نیز با حمایت از این یافته‌ها، گزارش کرده‌اند که رضامندی زوجیت پایین در بروز افسردگی پس از زایمان نقش مستقیمی ایفا می‌کند (۱۴). بر اساس گزارش‌های موجود احتمال بروز افسردگی پس از زایمان در مادران که فاقد حمایت اجتماعی لازم و رابطه صمیمی هستند به شکل چشمگیری افزایش می‌یابد. همچنین احساس تنهایی، وجود مشکلات زناشویی و رضامندی زوجیت پایین بروز این شرایط را محتمل می‌سازد (۶-۱۷).

با توجه به عوامل خطر دخیل در بروز افسردگی پس از زایمان و پیامدهای منفی آن، پژوهشگران غربالگری و آموزش مادران باردار در معرض خطر برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان را مورد تأکید قرار داده‌اند (۱۷،۱۸). افزون بر این، پژوهشگران اهمیت شناسایی زود هنگام و ارائه برنامه‌های مداخله‌ای با در نظر گرفتن عوامل خطر بروز افسردگی پس از زایمان از جمله روابط والدین و رضامندی زوجیت را در پیشگیری از بروز این شرایط برجسته کرده‌اند (۱۹،۲۰).

در سال‌های اخیر در ایران، پژوهش‌های متعددی در زمینه افسردگی پس از زایمان به‌خصوص در زمینه شیوع شناسی و شناسایی عوامل خطر افسردگی پس از زایمان انجام شده است، با این وجود در حیطه برنامه‌های مداخله‌ای پیشگیرانه مبتنی بر شواهد تجربی محدودیت قابل توجه مشاهده می‌گردد. از این رو، با توجه به اهمیت پیامدهای افسردگی پس از زایمان، تأثیر رضامندی زوجیت در پیشگیری و کاهش این اختلال و همچنین کمبود شواهد تجربی در کشور در زمینه کاهش و پیشگیری از بروز افسردگی پس از زایمان، پژوهش حاضر به دنبال بررسی تأثیر آموزش روان‌شناختی بر پیشگیری و کاهش این شرایط و همچنین ارتقاء رضامندی زوجیت در مادران در معرض خطر برای بروز افسردگی پس از زایمان بود.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است که در آن از انتخاب و انتصاب تصادفی استفاده شده بود.

جامعه موردنظر در این پژوهش، شامل مادران بارداری نخست‌زایی بودند که در سه‌ماهه آخر بارداری علائم افسردگی را نشان می‌دادند. پس از غربالگری ۵۳۴ نفر از مراجعه‌کنندگان به بخش زنان و زایمان بیمارستان علوم پزشکی بقیه‌الله و نجمیه تهران، ۱۳۵ نفر را که نمره آن‌ها در آزمون افسردگی بک بالاتر از نقطه برش آزمون (۱۳) حنمره بود شناسایی و وارد پژوهش شده‌اند. افزون بر این، وجود سایر ملاک‌های پژوهش از جمله دامنه سنی ۱۸-۳۲ سال، بارداری اول، تک قلو بودن و عدم وجود مشکلات بارداری، تحت درمان قرار نداشتن به دلیل اختلالات افسردگی و اضطراب جهت ورود به تحقیق الزامی بود.

حجم نمونه بر اساس پیشینه پژوهشی (۲۱) و فرمول  $2 / (d) [(Z\beta + Z\alpha)]$ ، ۱۹۶ نفر به دست آمد که در آن آلفا برابر با ۰/۰۵، بتا برابر با ۰/۸۵ و اندازه اثر پایین (d=۲۰) استفاده شد. با توجه به احتمال ریزش شرکت‌کنندگان در پژوهش، ۲۰۸ نفر برای دو گروه تعیین و وارد پژوهش شدند که از این تعداد، ۱۳۵ نفر تا

پایان پژوهش مشارکت کردند. سپس تعداد (۶۴) نفر به گروه مداخله و (۷۱) نفر به گروه کنترل به صورت تصادفی اختصاص داده شده‌اند. جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش با سه ابزار شامل آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، مقیاس افسردگی بک و آزمون رضامندی زوجیت انریچ انجام شد. آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبرگ توسط محققان بسیاری در شناسایی افراد در معرض خطر برای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان و یا تعیین شدت این اختلال قبل از ارائه برنامه مداخله‌ای استفاده شده است (۲۱، ۲۲). این پرسشنامه ۱۰ سؤالی حالات روان‌شناختی مادر را بررسی و سؤال‌های آن در مقیاس لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و کسب نمره ۱۳ یا بالاتر به‌عنوان اختلال افسردگی پس از زایمان محسوب می‌شود (۲۳). در بررسی شاخص‌های روان‌سنجی این آزمون با مقیاس افسردگی بک حساسیت ۹۵ درصد و اختصاصی بودن ۹۳ درصد در تشخیص افسردگی پس از زایمان گزارش شده است (۲۴). هم‌راستا با این داده‌ها، سایر پژوهشگران ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون را تأیید و دقت و حساسیت آن در تشخیص افسردگی پس از زایمان را گزارش کرده‌اند (۲۵-۲۶). پژوهشگران اعتبار نسخه فارسی آزمون مذکور را از طریق باز آزمایی (۰/۸)، الفای کرونباخ (۰/۷۷) و حساسیت آن را ۹۵/۳ و اختصاصی بودن ۸۷/۹ درصد گزارش کرده‌اند (۲۶، ۲۷).

مقیاس افسردگی بک، پرسشنامه ۲۱ سؤالی است که بر اساس علائم اختلال افسردگی ساخته شده و علائمی مانند غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، بی‌بزاری از خود، اتهام به خود، افکار خودکشی، گریستن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، تصور تغییر بدنی، دشواری در کار، بی‌خوابی، خستگی‌پذیری، تغییر در اشتها، کاهش وزن بدن، اشتغالات ذهنی، کاهش علایق جنسی را ارزیابی می‌کند. سؤال‌های آزمون در مقیاس چهار نقطه‌ای از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند (۲۸). نمره کلی بین (۰-۱۳) هیچ یا حداقل افسردگی و نمره بین (۱۴-۱۹) افسردگی خفیف، نمره بین (۲۰-۲۸) افسردگی متوسط و نمره بین (۲۹-۶۳) بیانگر افسردگی شدید است. ضریب پایایی این آزمون در فاصله زمانی یک هفته ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین روایی سازه آن از طریق همبستگی با مقیاس ناامیدی بک<sup>۱</sup> و مقیاس درجه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی هامیلتون برای افسردگی<sup>۲</sup> به‌ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۷۱ به دست آمده است (۲۹). پژوهش‌های مختلفی در ایران شواهد روان‌سنجی این آزمون را مورد تأیید قرار داده‌اند. از جمله پایایی ۰/۷۸، همسانی درونی ۰/۸۶ و روایی ۰/۷۳ برای آن گزارش شده است. اعتبار آزمون از طریق الفای کرونباخ نیز

۰/۹۶ گزارش شده است (۳۰). همچنین جهت تعیین میزان رضامندی زوجیت در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون رضامندی زوجیت انریچ استفاده شد. این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت پنج گزینه‌ای شامل بسیار مخالف تا بسیار موافق نمره‌گذاری می‌شود که به هر گزینه آن از یک تا پنج امتیاز داده می‌شود. پژوهشگران پایایی آزمون به روش بازآزمایی را بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ و قدرت تمیز آن ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (۳۱).

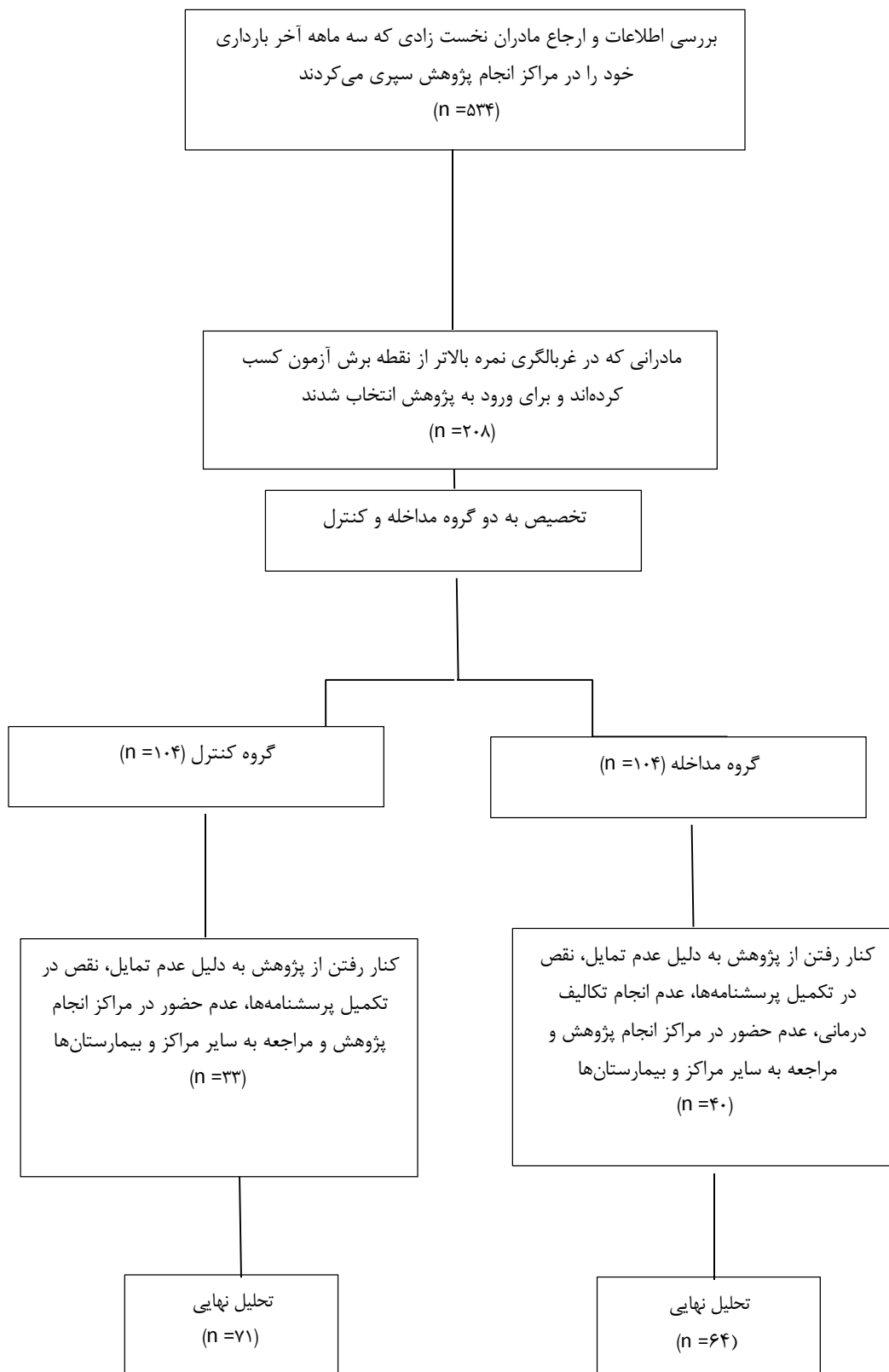
مجوز انجام این پژوهش از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله تهران کسب شد. همچنین طرح پژوهش در کمیته پژوهش و کمیته اخلاق دانشگاه پزشکی بقیه‌الله تصویب و با کد IRCT2014040617134N1 در سایت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. افزودنی است که در این پژوهش، تلاش شد تا با انتخاب عادلانه شرکت‌کنندگان، رضایت آگاهانه، حفظ حریم خصوصی و رازداری، برآورد نسبت خطر-فایده و عدم اجبار و الزام جهت حضور در پژوهش اصول اخلاقی رعایت شود. با استقرار در بخش زنان و زایمان مراکز انجام پژوهش و شناسایی افراد آسیب‌پذیر برای بروز اختلال افسردگی پس از زایمان از طریق غربالگری اولیه، نمونه احتمالی شناسایی شد. افراد به صورت تصادفی و برحسب شماره شناسایی به هر یک از دو گروه مداخله یا کنترل اختصاص داده شده‌اند.

در این پژوهش به گروه مداخله برنامه آموزش روان‌شناختی همراه با مراقبت‌های معمول بخش شامل انجام آزمایش‌های لازم و نتایج و توصیه‌های مربوط به نتایج این آزمایش‌ها، آموزش‌های درباره تغییرات آناتومیک، شکایات شایع بارداری، تمرین کششی و تنفس ارائه شد و گروه کنترل تنها مراقبت‌های معمول در بخش را دریافت کرده‌اند. داده‌های مربوط به شرکت‌کنندگان در دو مرحله قبل و پس از ارائه برنامه مداخله‌ای جمع‌آوری شد. در مرحله خط پایه قبل از ارائه برنامه مداخله‌ای و در هفته بیستم بارداری، داده‌های پیش‌آزمون جمع‌آوری شد. سپس در دو هفته پس از زایمان داده‌های مربوط به پس‌آزمون جمع‌آوری شد.

برنامه آموزش روان‌شناختی توسط تیم چند رشته‌ای شامل متخصص زنان و زایمان، متخصص مامایی، روان‌پزشک، روان‌شناس، روان‌شناس سلامت طراحی شد. برنامه در بیمارستان توسط تیم پژوهش، به مادران گروه مداخله همراه با فیلم و کتابچه‌های آموزشی ارائه شده است. این برنامه متشکل از ۸ جلسه ۴۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای بود که طی حدود ۱۰ هفته اجرا شد. محتوای جلسات مداخله‌ای در جدول ۱ ارائه شده است.

<sup>2</sup> - Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression

<sup>1</sup> - Beck Hopelessness scale



نمودار (۱): فلوجارت نمونه‌گیری و انجام پژوهش

### جدول (۱): ساختار جلسات مداخلات روان‌شناختی

جلسه اول	آشنایی با برنامه، اهداف و ساختار آن، تعریف و شناسایی علائم افسردگی انجام شد. همچنین آموزش فرآیند بارداری، مراحل رشد جنین و عوامل اثرگذار بر آن ارائه شد.
جلسه دوم	بیان تعریف و مفهوم‌سازی افسردگی از دیدگاه رویکرد شناختی رفتاری، نحوه انجام خودارزیابی علائم افسردگی، تأثیر افسردگی بر احساس، افکار و رفتار، شناسایی و ثبت احساسات منفی، ثبت افکار ارائه شد. افزون بر این، تغییرات جسمی و عاطفی دوران بارداری، خواب و شکایت‌های شایع دوران بارداری مطرح شد.
جلسه سوم	آموزش شناسایی خطاهای شناختی و راه‌های به چالش کشیدن آن مطرح شد. همچنین مراقبت بهداشتی دوران بارداری، نوسان‌های خلقی حین بارداری، مراقبت دوران نوزادی آموزش داده شد.
جلسه چهارم	آشنایی با اضطراب، علائم و اثرات آن، فن مدیریت اضطراب، شناسایی سرنخ‌های فعال‌کننده حالات خلقی، شادکامی و عزت‌نفس محتوای جلسات را تشکیل می‌داد. افزون بر این، فواید و ضرورت تغذیه با شیر مادر، آموزش حمام کردن نوزاد تازه متولدشده ارائه شد.
جلسه پنجم	بر مهارت‌های ارتباطی، ارتقاء خلق مثبت، رابطه با دیگران، آموزش تن آرامی تأکید و روش‌ها و حالات مختلف شیردهی به نوزاد آموزش داده شد.
جلسه ششم	آموزش مهارت‌های مقابله، خودآگاهی هیجانی، مدیریت و تعدیل توقعات، تغییر سبک زندگی عناوین جلسه بود و بر آموزش مراحل رشد نوزاد از بدو تولد تا سه‌سالگی تأکید شد.
جلسه هفتم	آموزش مهارت حل مسئله و آشنایی با مراحل رشد نوزاد سه تا پنج‌سالگی محتوای این جلسه را تشکیل می‌داد.
جلسه هشتم	نقش تغذیه در افسردگی، جمع‌بندی جلسات و پیشنهادات مربوط به رعایت برنامه غذایی مناسب ارائه شد.

آن‌ها خانه‌دار و ۷۴ درصد زایمان سزارین استفاده کردند. با توجه به انتصاب تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌های مداخله و کنترل، در متغیرهای جمعیت شناختی از نظر سن، میزان تحصیلات، نوع زایمان و وضعیت شغلی تفاوت معنی‌دار مشاهده نمی‌شود ( $p > 0.05$ ) و گروه‌ها تقریباً همسان هستند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح آمار توصیفی شامل فراوانی و میانگین و در سطح استنباطی با استفاده از آزمون t وابسته و همچنین تحلیل کوواریانس بررسی و در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

### یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان پژوهش  $25/8 \pm 3/7$ ، که حدود ۳۴ درصد از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بودند. ۸۰ درصد

### جدول (۲): شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته قبل و بعد از برنامه مداخله در دو گروه

گروه	متغیر	زمان			
		قبل از مداخله	بعد از مداخله		
معنی‌داری	سطح	انحراف معیار و میانگین	انحراف معیار و میانگین		
	رضامندی زوجیت	۹۶/۸۲ (۲۵/۰۱)	۱۰۱/۰۳ (۲۹/۵۲)	$t=3/33$	* ۰/۰۰۱
مداخله	افسردگی پس از زایمان	۱۷/۳۳ (۶/۸۷)	۱۳/۰۵ (۵/۷۰)	$t=6/88$	* ۰/۰۰۱
	افسردگی یک	۲۱/۱۷ (۱۰/۹۲)	۱۴/۸۶ (۵/۹۶)	$t=6/32$	* ۰/۰۰۱
	رضامندی زوجیت	۱۰۰/۳۸ (۲۷/۰۳)	۱۰۳/۸۹ (۲۶/۷۶)	$t=3/50$	* ۰/۰۰۱
کنترل	افسردگی پس از زایمان	۱۳/۵۲ (۵/۸۱)	۱۲/۴۸ (۵/۰۱)	$t=1/92$	۰/۰۶
	افسردگی یک	۱۶/۹۲ (۴/۹۱)	۱۶/۱۳ (۵/۶۳)	$t=1/52$	۰/۱۳۵

\*معنی‌دار در سطح ۰/۰۰۵

می‌دهد. با استناد به مقدار آزمون t ( $p < 0.05$ ) در متغیرهای افسردگی و رضامندی زوجیت در قبل و پس از برنامه مداخله‌ای

داده‌های درج‌شده در جدول میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان دو گروه را قبل و بعد از برنامه مداخله‌ای نشان

معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $p > 0/005$ ). شایان‌ذکر است نمرات گروه کنترل در رضامندی زوجیت قبل و بعد از برنامه مداخله‌ای نیز به لحاظ آماری معنی‌دار ( $p < 0/005$ ) است.

برای گروه مداخله می‌توان تفاوت معنی‌دار گزارش کرد. همان‌طور که مشاهده می‌شود شدت افسردگی متأثر از برنامه مداخله‌ای کاهش و رضامندی زوجیت افزایش یافته است. درحالی‌که برای گروه کنترل، از نظر نمرات افسردگی قبل و بعد از برنامه مداخله‌ای تغییر

**جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس جهت تعیین تأثیر آموزش روان‌شناختی بر افسردگی و رضامندی زوجیت**

متغیر وابسته منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	F	معنی‌داری	میزان	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات			تأثیر	آماري
رضامندی زوجیت	پیش‌آزمون	۱	۹۷۵۴۷/۷۵	۱/۷۳	*۰/۰۰۱	۰/۹۲۹	۱
	گروه	۱	۲۳/۱۴	۰/۴۰۸	۰/۵۲۴	۰/۰۰۳	۰/۰۹۷
افسردگی پس از زایمان	پیش‌آزمون	۱	۱۷۶۱/۵۷	۱۱۳/۴۸	*۰/۰۰۱	۰/۴۶۲	۱
	گروه	۱	۸۰/۶۴	۵/۱۹	*۰/۰۲۴	۰/۰۴۰	۰/۶۱۹
افسردگی بک	پیش‌آزمون	۱	۱۸۶۹/۲۳	۹۵/۴۷	*۰/۰۰۱	۰/۴۲۰	۱
	گروه	۱	۳۲۰/۲۱	۱۶/۳۶	*۰/۰۰۱	۰/۱۱۰	۰/۹۸۰

\*معنی‌دار در سطح ۰/۰۰۵

نشان می‌دهد. برای مثال پژوهشگران گزارش می‌کنند که از ۱۰۳۱ شرکت‌کننده دارای اختلال افسردگی حدود ۵۴ درصد برنامه درمانی خود را ادامه دادند (۳۲).

پژوهش حاضر نشان داد که گروه مداخله پس از دریافت مداخلات روان‌شناختی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری را در علائم افسردگی گزارش کرده‌اند. چنین یافته‌ای با نتایج مطالعات انجام شده به صورت فراتحلیل است (۳۳).

سایر پژوهشگران از جمله میلگرام<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۵)، کرایگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۵) و اوگازا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶) شواهدی مبنی بر تأثیر مثبت تکنیک‌های شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی پس از زایمان گزارش کرده‌اند (۳۴-۳۶). در این راستا به خصوص پژوهش‌های دو سال اخیر، شواهدی را از تأثیر برنامه‌های مداخله‌ای شناختی رفتاری ارائه شده در دوران بارداری در کاهش و پیشگیری از افسردگی پس از زایمان، استرس و اضطراب گزارش کرده‌اند (۲۱، ۲۲، ۳۷). ویژگی مشترک این پژوهش‌ها شناسایی و ارائه برنامه مداخله‌ای برای افراد آسیب‌پذیر در دوران بارداری و قبل از زایمان است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش روان‌شناختی موجب شده تا مادران گروه مداخله در مورد بارداری و رخداد‌های این دوران به نوعی تفکر منطقی برسند و آمادگی‌های لازم را برای این دوران و حوادث پس‌از آن کسب کنند. آموزش‌های ارائه شده به

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است. بین دو گروه در متغیرهای افسردگی و رضامندی زوجیت قبل از ارائه آموزش‌های روان‌شناختی تفاوت معنی‌دار وجود داشته است ( $p > 0/001$ ). با بررسی نتایج پس‌آزمون بعد از ارائه آموزش‌های روان‌شناختی و با حذف اثر پیش‌آزمون به واسطه روش آماری تحلیل کوواریانس مشخص شد که بین دو گروه مداخله و کنترل در نمرات افسردگی بک ( $F=16/36$ ) و افسردگی پس از زایمان ادینبرگ ( $F=5/196$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p > 0/001$ ). بر اساس این یافته‌ها، میزان F محاسبه‌شده در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار است. لذا فرضیه صفر رد و نتیجه گرفته می‌شود که آموزش‌های روان‌شناختی منجر به ایجاد تفاوت معنی‌داری از نظر میزان افسردگی شده است. ولی در مورد رضامندی زوجیت، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون ( $F=0/40$ ) تفاوت معنی‌داری به دست نیامده است ( $p < 0/001$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر قابلیت اجرا و انجام غربالگری و مداخله زود هنگام برای مادران در معرض آسیب را نشان داد. با توجه به اینکه ۱۳۵ نفر از مجموع ۲۰۸ مادری که در ابتدا برای ورود به پژوهش انتخاب شدند تا مراحل پایانی، پژوهش را ادامه داده‌اند. میزان ریزش در این پژوهش حدود ۳۵ درصد برآورد می‌شود. بررسی پیشینه پژوهش، میزان ریزش بالایی را در پژوهش‌های ارائه شده در دوران بارداری

<sup>3</sup> - Ugarriza

<sup>1</sup> - Milgrom

<sup>2</sup> - Craig

شرکت‌کنندگان ناهمخوان و متضاد می‌باشد. پژوهشگران گزارش داده‌اند که ارائه آموزش‌های روان‌شناختی منجر به افزایش رضامندی زوجیت شده است (۴۸).

بخشی از تفاوت نتیجه حاصل از این پژوهش با یافته‌های تجربی به نمونه مورد استفاده بر می‌گردد. در پژوهش‌های مذکور از افراد به هنجار که دارای مشکلات زناشویی بودند به‌عنوان شرکت‌کننده استفاده شده است. درحالی‌که پژوهش حاضر افراد مبتلا به اختلالات افسردگی، برنامه آموزشی را دریافت کرده بودند. در این رابطه شواهد پژوهشی نشان می‌دهد (۴۹) که همسرانی دارای اختلالات خلقی از جمله افسردگی نارضایتی و تعارض زناشویی شدیدتری را گزارش می‌کنند که این خود می‌تواند تبیین‌کننده عدم مشاهده تفاوت معنی‌دار بین دو گروه باشد.

پژوهش حاضر، دارای برخی محدودیت‌ها است که باید هنگام تفسیر نتایج در نظر داشت. با توجه به اینکه اعضاء تیم پژوهشی در بخش زنان و زایمان بیمارستان مستقر بودند، مدت زمان طولانی‌تری را با شرکت‌کنندگان گروه مداخله سپری کرده‌اند در حالی برای گروه کنترل این گونه نبوده است. ممکن است این موضوع که بر عملکرد شرکت‌کنندگان اثر گذاشته باشد. از این رو، پیشنهاد می‌شود که سنجش و ارزیابی شرکت‌کنندگان توسط افرادی به غیر از گروه ارائه‌کننده برنامه مداخله‌ای انجام شود تا شرکت‌کنندگان گروه مداخله و کنترل در شرایط برابری مورد آزمون قرار گیرند.

هم چنین اگرچه یافته‌های این پژوهش افزایش رضایت زوجیت را نشان می‌دهد ولی با توجه به پیشینه پژوهشی به نظر ارتقاء رضامندی زوجیت می‌تواند به پیشگیری از افسردگی پس از زایمان کمک کند.

### تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان این مقاله نهایت تشکر و قدردانی خود را به مادرانی تقدیم می‌نمایند که در فرآیند این پژوهش ما را همراهی نمودند. همچنین از پرسنل مرکز تحقیقات علوم رفتاری بیمارستان بقیه‌الله و بخش زنان و زایمان بیمارستان‌های نجمیه و بقیه‌الله به‌خصوص سرکار خانم حیدری که ما را یاری و مقدمات انجام پژوهش حاضر را فراهم کردند کمال سپاس‌گذاری را داریم.

### References:

1. Sheeder J, Kabir K, Stafford B. Screening for postpartum depression at well-child visits: is once

enough during the first 6 months of life? Pediatrics 2009; 123(6): 982-8.

نظر توانسته است تا سطح آگاهی شرکت‌کنندگان در مورد شرایط پس از زایمان و نوسانات خلقی همراه آن افزایش دهد. یکی از نقاط قوت این پژوهش و عوامل دخیل در اثرگذاری مداخلات روان‌شناختی استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری بود. اثربخشی این فن‌ها در کاهش افسردگی پس از زایمان با تأکید بر شناسایی و تغییر باورهای غیرمنطقی افراد در مورد خود، تغییر نقش به‌عنوان مادر و توقعاتشان در مورد نوزاد تازه متولدشده پیش‌تر توسط سایر محققان گزارش شده است (۳۵،۳۸). به‌عبارت‌دیگر، در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت، این امکان وجود دارد که با آموزش تکنیک‌های شناختی رفتاری و انجام تمرین‌های تن آرامی مطرح‌شده در برنامه مداخله‌ای، مادران توانایی بیشتری برای مدیریت افسردگی خود کسب کرده باشند و از پرداختن به افکار یا رفتاری که منجر به افزایش افسردگی در آن‌ها می‌شده اجتناب کرده‌اند.

برخلاف نتایج این پژوهش، برخی از گزارش‌ها شواهدی مبنی بر عدم تأثیر مداخلات حین بارداری جهت کاهش و پیشگیری از افسردگی پس از زایمان ارائه کرده‌اند (۳۹-۴۲). بخشی از تفاوت بین گزارش‌های فوق با یافته‌های این پژوهش را باید به ویژگی‌های شرکت‌کنندگان پژوهش، نوع برنامه مداخله‌ای و نحوه ارائه فردی یا گروهی نسبت داد. به‌گونه‌ای که ترویدی<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) با انجام مطالعه نظامدار و جمع‌بندی یافته‌های تجربی، گزارش کرده است که طول مدت برنامه، زمان شروع و نحوه ارائه مداخلات روان‌شناختی بر میزان کاهش افسردگی پس از زایمان را تأثیر گذار است (۴۳).

افزون بر این، پژوهش‌ها نشان داده که ویژگی‌های شرکت‌کنندگان از جمله سن، تحصیلات، حمایت اجتماعی دریافتی، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری در بروز علائم افسردگی پس از زایمان اثر گذار است (۴۴-۴۷).

در این پژوهش، تأثیر آموزش‌های روان‌شناختی بر افزایش رضامندی زوجیت مادران باردار معنی‌دار نبود. شایان‌ذکر است که اگرچه میانگین رضامندی زوجیت در گروه مداخله افزایش نشان می‌دهد ولی این میزان به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته پژوهش با شواهد موجود در پیشینه پژوهشی مبنی بر استفاده از آموزش‌های روان‌شناختی و تأثیر مثبت آن بر رضامندی زوجیت

enough during the first 6 months of life? Pediatrics 2009; 123(6): 982-8.

2. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with

<sup>4</sup> Trivedi

- maternal depression: a meta-analysis. *Jama* 2010; 303(19): 1961-9.
3. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Rezaeian S. Trends of postpartum depression in iran: a systematic review and meta-analysis. *Depress Res Treat* 2013;2013:291029.
  4. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet* 2005; 365(9478): 2201-5.
  5. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan H. Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
  6. Dennis CL. Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014; 28(1):97-111.
  7. Edhborg M, Matthesen A-S, Lundh W, Widström A-M. Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum—a study of new mothers and fathers *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(4):221-31.
  8. Johnson SL, Jacob T. Marital interactions of depressed men and women. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(1):15-23.
  9. Kirpinar İ, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, sociodemographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs* 2010;19(4):422-31.
  10. Tikotzky L, Chambers AS, Kent J, Gaylor E, Manber R. Postpartum maternal sleep and mothers' perceptions of their attachment relationship with the infant among women with a history of depression during pregnancy. *Int J Behav Dev* 2012; 36(6):440-8.
  11. De Mendonça JS, Bussab VS, Rodrigues A, Siqueira J, Cossette L. Postpartum depression, father's involvement, and marital and co-parental relationships from mothers' and fathers' perspectives in a low-income Brazilian sample. *Fam Si* 2012; 3(3-4):164-73.
  12. Misri S, Reebye P, Corral M, Mills L. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(9):1236-41.
  13. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2004; 50(5):275-85.
  14. O'Hara MW, Swain A. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8(1):37-54
  15. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart D. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26 (4):289-95.
  16. Budhathoki N, Bhusal S, Ojha H, Basnet S. Violence against women by their husband and postpartum depression. *J Nepal Health Res Counc* 2012; 3 (22): 176-80.
  17. Dennis C-L, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2:CD001134.
  18. Trivedi, D. Cochrane Review Summary: psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Prim Health Care Res Dev* 2014; 15(03): 231-3.
  19. Ortiz Collado MA, Saez M, Favrod J, Hatem M. Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:22.
  20. Munaf S, Siddiqui B. Relationship of Post-natal Depression with Life and Marital Satisfaction and Its Comparison in Joint and Nuclear Family System. *Procedia Soc Behav Sci* 2013;84:733-8.
  21. Mao HJ, Li HJ, Chiu H, Chan WC, Chen SL. Effectiveness of Antenatal Emotional Self



- Management Training Program in Prevention of Postnatal Depression in Chinese Women. *Perspect Psychiatr Care* 2012;48(4):218-24.
22. Burns A, O'Mahen H, Baxter H, Bennert K, Wiles N, Ramchandani P, et al. A pilot randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for antenatal depression. *BMC psychiatry* 2013; 13(1): 13-33.
23. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal N, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health* 2005;8(2):89-95.
24. Harris B, Thomas R, Johns S, Fung H. The use of rating scales to identify postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154(6):813-7.
25. Leverton TJ, Elliott S A. Is the EPDS a magic wand? A comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and health visitor report as predictors of diagnosis on the Present State Examination. *J Reprod Infant Psychol* 2000;18 (4), 279-296.
26. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC psychiatry*. 2007;7(1):11.
27. Mazhari S, Nakhaee N. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in an Iranian sample. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10 (6):293-7.
28. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4(6):561-571.
29. Beck AT, Steer RA, Brown G.K. Manual for the Beck Depression Inventory – II. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio; 1996.
30. Sadori GR. Introduction to the validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Master of Art Dissertation; 1994. (Persian)
31. Pouyamanesh HA, MA Mazaheri, A Delavar. Efficacy of face to face and internet-applied methods of cognitive-behavioral group counseling based on Ellis's theory in increasing marital satisfaction. *J Res Behav Sci* 2008; 6(2):89-97. (Persian)
32. Åkerblad A-C, Bengtsson F, Ekselius L, von Knorring L. Effects of an educational compliance enhancement programme and therapeutic drug monitoring on treatment adherence in depressed patients managed by general practitioners. *Int Clin Psychopharmacol* 2003;18(6):347-54.
33. Dennis C L. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ* 2005; 331(7507): 15-23.
34. Milgrom J, Negri LM, Gemmill AW, McNeil M, Martin PR. A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *Br J Clin Psychol* 2005; 44(4): 529-42.
35. Craig E, Judd F, Hodgins G. Therapeutic group programme for women with postnatal depression in rural Victoria: A pilot study. *Aust Psych* 2005; 13 (3): 291-5.
36. Ugarriza DN, Schmidt L. Telecare for women with postpartum depression. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2006; 44(1):37-45.
37. Jones BA, Griffiths KM, Christensen H, Ellwood D, Bennett K, Bennett A. Online cognitive behaviour training for the prevention of postnatal depression in at-risk mothers: a randomised controlled trial protocol. *BMC psychiatry* 2013;13(1):265.
38. Dennis CL. Preventing postpartum depression part II: A critical review of nonbiological interventions. *Can J Psychiatry* 2004; 49(8): 526-38.
39. Hayes BA, Muller R, Bradley BS. Perinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. *Birth* 2001;28(1):28-35.

40. Brugha, T S, Wheatley S, Taub, NA, Culverwell A, Friedman T, Kirwan P, Shapiro DA. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychol Med* 2000; 30(06): 1273-81.
41. Marks M N, Siddle K, Warwick C. Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;13(2): 119-27.
42. Zlotnick C, Miller IW, Pearlstein T, Howard M, Sweeney P. A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163(8): 1443-5.
43. Trivedi D. Cochrane Review Summary: psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Prim Health Care Res Dev* 2014; 15(03): 231-233.
44. Bjerke SEY, Vangen S, Nordhagen R, Yeterdahi T, Magnus P, Stray-Pedersen B. Postpartum depression among Pakistani women in Norway: Prevalence and risk factors. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2008; 21(12):889-94.
45. Nakku JEM, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *Afr Health Sci*. 2006; 6(4):207-14.
46. Breese McCoy SJ, Beal JM, Shipman SBM, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: Are retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc* 2006; 106(4):193-8.
47. Ahmady K, Karami G, Noohi S, Mokhtari A, Gholampour H, Rahimi A-A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Couple's Therapy (CBCT) on Marital Adjustment of PTSD-diagnosed combat veterans. *Eur J Psycho* 2009; 5(2): 31-40.
48. Whisman MA. Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 1999; 108(4):701-6.

## Effect of antenatal psychological education to reduce postpartum depression and improve marital satisfaction: a randomized controlled trial in first time mothers referred to Baghatalah and Najmiyeh hospitals, 2013

Sayeh Sadat Moosavi Sahib Azamani<sup>1</sup>, Ali Fathi Ashtiani<sup>2</sup>, Ahmad Ahmadi<sup>3</sup>\*, Yaghob Shafi<sup>4</sup>, Zeynab Alimadadi<sup>5</sup>, Alireza Sedghi Taromi<sup>6</sup>

Received: 23 Sep, 2015; Accepted: 24 Nov, 2015

### Abstract

**Background & Aims:** Depression is devastating condition that not only affects pregnant women but also their infants. Therefore, the current research aimed to evaluate efficacy of psychological education on reducing this problem in at risk pregnant women and increasing their marital satisfaction.

**Materials & Methods:** In this experimental study with pretest-posttest designs, 534 pregnant women who were in last trimester of their pregnancy were evaluated, and 135 at risk mothers were identified. The participants were randomly assigned to the experimental or control group. The intervention program composed of an 8 lesson of educational and cognitive-behaviorally based program that was delivered to the experimental group. Individual in the control group received usual care. In order to examine the effectiveness of intervention, symptoms of depression were assessed by the Beck Depression Inventory, and the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Also using Enrich Marital Satisfaction Scale, participant's marital satisfaction was evaluated.

**Results:** Comparison of demographic information indicated there were no significant differences between the two groups. The reduction in post intervention assessments for depressive symptoms indicated the significant effect of intervention program ( $p < 0/05$ ), but no change in either group was found on the measure of marital satisfaction.

**Conclusions:** Findings suggest that psychological interventions may reduce symptoms of emotional problems in postpartum period.

**Key Words:** Cognitive Behavioral Therapy, Postpartum Depression, Marital Satisfaction

**Address:** School of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

**Tel:** (+98) 021-82095075

**Email:** Ahmady457@ut.ac.ir

<sup>1</sup> MSc of Midwifery, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

<sup>2</sup> Professor of Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychology, School of Psychology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>4</sup> PhD of Psychology, Department of Psychology, School of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran

<sup>5</sup> Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>6</sup> PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran