

بررسی تأثیر آموزش آرامسازی پیشرونده عضلانی به همراه تجسم هدایت شده بر شدت علائم افسردگی زنان در دوره بعد از زایمان

معصومه کردی^۱، سعیده نصیری^{۲*}، دکتر مرتضی مدرس غروی^۳، سعید ابراهیم زاده^۴

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. کارشناس ارشد آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۱۴

خلاصه

مقدمه: افسردگی بعد از زایمان از اختلالات روانی پس از زایمان، با شیوع بالا و عوارض نامطلوب می‌باشد. بنابراین شناسایی و درمان آن یک امر مهم به شمار می‌رود. از درمان‌های ساده که توسط مراقبین اولیه خصوصاً ماماها قابل اجرا است، آموزش تکنیک‌های آرامسازی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش آرامسازی بر شدت علائم افسردگی در دوره بعد از زایمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۵۴ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۸۹ انجام شد. در هفته سوم بعد از زایمان، زنانی که نمره مقیاس افسردگی ادینبرگ ۱۰ و بالاتر داشتند، آزمون افسردگی بک را تکمیل می‌کردند (نمره ۲۸-۱۴) و تأیید نهایی افسردگی توسط مصاحبه روانشناس بالینی انجام شد. سپس زنان به طور تصادفی به دو گروه آرامسازی به همراه تجسم هدایت شده (۲۶ نفر) و گروه کنترل (۲۸ نفر) تقسیم شدند. آرامسازی روزانه یک مرتبه و تجسم هدایت شده هفته‌ای یک بار در طول ۶ هفته اجرا شد و در هفته ۹ بعد از زایمان مجدداً آزمون افسردگی بک تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه با نرم افزار SPSS (نسخه ۱۴) تجزیه و تحلیل شد و p مساوی ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره شدت علائم افسردگی بعد از مداخله در گروه آرامسازی و گروه کنترل به ترتیب $7/7 \pm 4/6$ و $15/3 \pm 6/4$ بود که بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/000$). همچنین میزان کاهش شدت علائم افسردگی در گروه آرامسازی ۵۸/۱ درصد و در گروه کنترل ۲۳/۵ درصد بود.

نتیجه‌گیری: آرامسازی روشی مؤثر در کاهش شدت علائم افسردگی بعد از زایمان است.

کلمات کلیدی: آرامسازی، افسردگی بعد از زایمان، تجسم هدایت شده

مقدمه

افسردگی بعد از زایمان که یک اختلال افسردگی غیر روان پریشی^۱ با شدت متغیر است، از شایع ترین مشکلات بهداشت عمومی در اولین سال بعد از زایمان محسوب می شود (۱) و از آنجا که در بررسی های همه-گیرشناسی، ابزارهای مختلفی جهت تشخیص افسردگی بعد از زایمان به کار رفته، یافته های متفاوتی در زمینه شیوع و عوامل خطر مرتبط با این اختلال گزارش شده است (۲). شیوع افسردگی بعد از زایمان در کشورهای آسیایی با استفاده از ابزار ادینبورگ در یک مطالعه مروری از ۱۴۳ تحقیق در ۴۰ مکان متفاوت، بین ۶۰/۸-۱۱ درصد گزارش شده و شیوع آن در مطالعات مختلف در ایران ۲۱/۳-۱۴ درصد ذکر شده است (۳، ۴).

علائم عمده افسردگی بعد از زایمان شامل خلق افسرده با یا بدون اضطراب، اختلال خواب و اشتها، فقدان انرژی، احساس گناه و بی ارزشی، کاهش تمرکز، احساس غمگینی و عدم لذت از انجام فعالیت ها می باشد (۵). افسردگی بعد از زایمان می تواند عوارض جدی برای مادر، نوزاد و خانواده وی به همراه داشته باشد. این بیماری تأثیر منفی بر تکامل نوزاد دارد و می تواند با کاهش فعالیت مادر همراه باشد. ادامه این اختلال و عدم تشخیص و درمان به موقع آن، منجر به تطابق غیر مؤثر مادر با کودک، همسر و خانواده و در نتیجه عدم توانایی انجام وظایف مادری و همسری می شود (۶، ۷).

با وجود عوارض و نتایج منفی همراه با افسردگی بعد از زایمان، متأسفانه به دلیل عدم اظهار علائم توسط مادر و عدم تلاش وی جهت درمان، درصد بالایی از موارد افسردگی بعد از زایمان شناسایی نمی شوند (۸، ۹) لذا تمام مراقبین بایستی بتوانند خلق افسرده را در مادران شناسایی کنند و از اثرات آن بر نوزاد و رابطه مادر و کودک آگاه باشند (۱۰). تشخیص و درمان افسردگی بعد از زایمان یک امر مهم به شمار می رود و هدف اولیه مداخلات در افسردگی، از بین بردن علائم می باشد. اولین خط درمان در افسردگی بعد از زایمان، درمان دارویی همراه با روان درمانی است (۱۱). طی ۲۵ سال گذشته، در پاسخ به نگرانی ها در مورد داروهای ضد

افسردگی توجه افراد به سمت مداخلات روان درمانی معطوف شده است (۱۲). مداخلات روان درمانی پیشنهادی در مراقبت اولیه و ثانویه شامل رفتار درمانی شناختی، روان درمانی بین فردی، روانکوی و درمان حمایتی می باشند که قابل پذیرش، اما پیچیده و نیازمند آموزش و مهارت زیاد درمانگر هستند. با توجه به وقت گیر بودن و هزینه مصرفی این درمان ها، باید روش های ساده تر از جمله طب مکمل در درمان افسردگی مد نظر قرار گیرند. اضطراب و افسردگی رایج ترین مشکلاتی هستند که مردم توسط طب مکمل درمان می کنند (۱۴). آرامسازی یکی از روش های رفتار درمانی و درمان طبی جایگزین و ساده است که می تواند بعد از آموزش مختصر قابل اجرا باشد (۱۳). تکنیک های متنوعی برای آرامسازی وجود دارد که شامل القاء احساس آرامش در فرد، تجسم هدایت شده، هیپنوتیزم، ماساژ، مراقبه، آرامسازی پیشرونده عضلانی و یوگا است (۱۴) که رایج ترین آن ها، آموزش آرامسازی پیشرونده عضلانی جاکوبسون^۲ است (۱۵).

در روش جاکوبسون، شخص با انجام حرکات انقباضی و برگشت آنها به طور ارادی به حالت شل و منبسط طی ۵ تا ۱۰ ثانیه سبب افزایش جریان خون و بهبود عملکرد خون رسانی اعضاء می شود. این حرکات ابتدا از عضلات سر و صورت و گردن به طور منظم شروع شده و در انتها اعضاء میانی و انتهایی بدن شامل انقباض عضلات کمر، سرین، ران ها، ساق ها و انگشتان پاها را شامل می شود. چگونگی آموزش آرامسازی چنان صریح و روشن است که می توان آن را بر روی نوار ضبط کرد و برای تمرین در منزل به بیمار داد. اگر چه در اکثر مطالعات، این روش به عنوان دارونما یا کنترل استفاده شده اما اکثر افراد این روش را قابل قبول و مفید دانسته اند. جرم و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه مروری خود نتیجه گرفتند که اثر آرامسازی در بهبود افسردگی بیشتر از درمان انتظاری است و می تواند با کمترین هزینه اجرا شود؛ اما به اندازه درمان های روانشناختی مانند رفتار درمانی شناختی مؤثر نیست. مکانیسم عمل آن نامشخص است اما ممکن است از طریق کاهش اضطراب عمل کند (۱۵). از جمله

² Jacobson Progressive Muscles Relaxation

¹ Non -Psychotic

مزایای آرامسازی قابل اجرا بودن آن در هر مکان و زمان است (۱۶). تاکنون عوارض جانبی جدی به دنبال این روش گزارش نشده است اما در بعضی موارد، ممکن است عوارضی مانند تپش قلب، گرفتگی عضلات، افزایش فشار خون و احساس نگرانی به دلیل از دست دادن کنترل ایجاد شود (۱۷). لذا در استفاده از تکنیک آرامسازی برای درمان افراد با ناتوانی های جسمانی باید احتیاط نمود. تکنیک هایی مانند آرامسازی که نیاز به تمرکز دارند، ممکن است خلق افسرده را تشدید کنند اما مدارک علمی در این مورد محدود می باشد (۱۷).

در تجسم، افراد تشویق می شوند تنفس عمیق شکمی و دیافراگمی و سپس رهاسازی عضلات را انجام دهند و مناظری مانند جنگل، ساحل دریا و مکان زیارتی را تصور کنند و به صداهای اطراف و بوها توجه کنند. آرامسازی پیشرونده عضلانی و تجسم اغلب با هم استفاده می شود زیرا تجسم می تواند فرآیند آرامسازی را ارتقاء دهد و اثر آن را افزایش دهد (۲۲). افزایش پاسخ های توافقی و تطابقی در اشخاص افسرده، نیاز به جایگزین کردن فرآیندهای منفی افکار با سبک شناختی مثبت دارد. مطالعات نشان داده که تمرکز روی تجسم و تصور مثبت می تواند باعث راحتی و تعادل خلقی شود. در تجسم هدایت شده، تجسم روانی مثبت و تجارب خلقی مثبت می تواند مارپیچ افسردگی را خنثی کند. وقتی اشخاص افسرده به تجسم روانی مثبت و به حالت آرامش بدن دسترسی دارند، می توانند افکارشان را به دور از محرک ناخوشایند جهت دهی مجدد دهند (۲۳).

با توجه به شیوع بالای افسردگی بعد از زایمان و عوارض آن و عدم قطعیت در مورد اثرات آرامسازی پیشرونده عضلانی به همراه تجسم در درمان افسردگی بعد از زایمان، مطالعه حاضر با هدف کلی تعیین تأثیر آموزش آرامسازی بر شدت علائم افسردگی زنان در دوره بعد از زایمان در شهر مشهد در سال ۸۹-۱۳۸۸ انجام شد.

روش کار

این کارآزمایی بالینی تصادفی دو گروهه در فاصله دی ماه ۱۳۸۸ تا خرداد ماه ۱۳۸۹ بر روی ۵۴ نفر از زنان ۳۵-۱۸ سال که در هفته سوم بعد از زایمان به مراکز

بهداشتی- درمانی شهر مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن نوزاد ترم، تک قلو، زنده و سالم، عدم سابقه ابتلاء به بیماری طبی مزمن و سابقه بیماری روانی از جمله افسردگی قبلی، عدم وجود عوارض زایمان و بعد از زایمان، نبودن حوادث استرس زای عمده زندگی طی ۶ ماه گذشته، تک همسری بودن و عدم مصرف سیگار و قلیان در نظر گرفته شد. این ۵۴ زن بعد از آوردن نمره ۱۰ و بالاتر از مقیاس افسردگی ادینبورگ، نمره ۲۸-۱۴ از پرسشنامه افسردگی بک و تأیید افسردگی توسط روانشناس بالینی به روش دسترسی آسان انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آموزش آرامسازی (۲۶ نفر) و کنترل (۲۸ نفر) تقسیم شدند. حجم نمونه پس از مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر (در هر گروه ۱۰ نفر) با استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪، در هر گروه ۲۴ نفر (۴۸ نفر در کل) تعیین شد. به دلیل ریزش ۳۰٪ واحدهای پژوهش در حین مطالعه، برای حداکثر اطمینان از وجود حداقل نمونه کافی تعداد نمونه ۶۸ نفر محاسبه شد که نهایتاً ۵۴ نفر مطالعه را به اتمام رسانیدند.

پژوهشگر با مراجعه به مراکز بهداشتی- درمانی منتخب شهر مشهد، فرم رضایت آگاهانه را در روزهای ۲۰-۱۵ بعد از زایمان در اختیار زنان قرار داده و هدف از انجام مطالعه را به آنان توضیح داد. در صورت رضایت بیمار، چک لیست انتخاب واحد پژوهش و فرم اطلاعات فردی- بارداری و بعد از زایمان توسط پژوهشگر تکمیل شد. در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه، ابتدا مقیاس افسردگی ادینبورگ توسط مادر تکمیل و در صورتی که نمره ۱۰ یا بالاتر می آوردند پرسشنامه افسردگی بک را نیز تکمیل می کردند. بعد از کسب نمره ۲۸-۱۴ و تأیید افسردگی در زنان توسط روانشناس بالینی با استفاده از فرم مصاحبه بالینی روانپزشکی، افراد به صورت تصادفی در دو گروه مورد مطالعه قرار می گرفتند.

پژوهشگر روز قبل از مداخله به واحدهای پژوهش توسط تلفن قرار ملاقات را یادآوری می کرد. در گروه آرامسازی، تمرینات آرامسازی در کلاس های آموزش مادران در مراکز بهداشتی که دارای امکاناتی چون زیرانداز مناسب

و صندلی راحت بوده و تا حد امکان ساکت، انجام می شد. ۲ جلسه اول آرامسازی در مرکز بهداشت، هر جلسه حدود نیم ساعت و سایر جلسات آرامسازی ۲۰-۱۰ دقیقه طول می کشید. در جلسه اول آموزش آرامسازی، راجع به علل افسردگی بعد از زایمان و راه های کنترل آن بحث می شد و در مورد اهداف آرامسازی توضیحاتی داده می شد. همچنین به زنان نحوه انقباض و انبساط عضلات ۱۶ گانه بدن مطابق با روش جاکوبسون و چگونگی تجسم و اثرات آن آموزش داده و نمایش عملی آن توسط پژوهشگر انجام می شد. سپس تمرینات یک بار در حضور پژوهشگر توسط مادر تکرار می شد. در جلسه دوم نیز بار دیگر روش آرامسازی پیشرونده عضلانی توسط مادر در حضور پژوهشگر انجام می شد، اشکالات آنها گرفته می شد و پس از اطمینان از صحت انجام تمرین سی دی مربوطه به آن ها داده می شد تا تمرینات را در منزل انجام دهند. در ۴ جلسه بعدی، علاوه بر انجام تمرینات آرامسازی در منزل، به انجام تکنیک تجسم (تجسم جنگل، ساحل دریا، مکان های زیارتی و فضای سبز و محیط خوش آب و هوا) با هدایت پژوهشگر پرداخته می شد. تمرینات آرامسازی در منزل توسط سی دی آرامسازی پیشرونده عضلانی توسط مادر به صورت روزانه یک بار به مدت ۲۰ دقیقه انجام می شد. فرم ثبت تمرینات در منزل نیز به آنان داده و تأکید می شد هر جلسه همراه خود بیاورند. در ابتدای هر جلسه بیماران تجارب مثبت و منفی و سؤالات خود را در مورد

نحوه انجام آرامسازی مطرح می کردند. در گروه کنترل نیز طبق معمول بر اساس کتابچه برنامه کشوری مادری ایمن، مراقبت های معمول بعد از زایمان در روزهای ۱۵-۱۰ و ۶۰-۴۲ انجام می شد و چک لیست ثبت علائم افسردگی بعد از زایمان نیز به آنان داده می شد تا روزانه در منزل تکمیل کنند و هر هفته که مراجعه می کردند، همراه خود می آوردند. اگر مادران سؤالاتی در مورد مراقبت از نوزاد و شیردهی داشتند پژوهشگر به آن سؤالات پاسخ می داد. در صورت وجود هر گونه تشدید علائم و یا افکار خودکشی ارجاع داده می شدند و پیگیری های بعدی طبق کتابچه صورت می گرفت. هفته ۹ بعد از زایمان، زنان در هر دو گروه مداخله و گروه کنترل، پرسشنامه افسردگی بک را به عنوان پس آزمون تکمیل می کردند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و آزمون های تی مستقل، تی زوج و کای دو انجام شد و $p=0/05$ به عنوان سطح معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

نتیجه آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد دو گروه قبل از مداخله از نظر سن، نمره مقیاس حمایت اجتماعی، عزت نفس، نمره مقیاس افسردگی ادینبورگ و نمره افسردگی بک تفاوت آماری معنی داری نداشت (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین سن، نمره مقیاس حمایت اجتماعی، مقیاس عزت نفس، نمره مقیاس ادینبورگ و نمره افسردگی بک قبل از مداخله در زنان مبتلا به افسردگی بعد از زایمان در دو گروه آرامسازی و کنترل

متغیر	آموزش آرامسازی	کنترل	سطح معنی داری
سن مادر	۲۴/۸±۴/۱	۲۵/۷±۴/۷	*۰/۶۸۰
حمایت اجتماعی	۱۰/۲±۲/۹	۸/۶±۳/۳	*۰/۰۷۸
عزت نفس	۱۱۲/۱±۱۶/۷	۱۱۱/۸±۱۳/۱	*۰/۱۴۵
نمره مقیاس ادینبورگ	۱۲/۹±۳/۱	۱۲/۹±۲/۹	*۰/۲۵۸
نمره افسردگی بک	۱۸/۴±۴/۸	۲۰/۰±۵/۸	**۰/۵۱۲

* آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

**آزمون کروسکال والیس

اتمام رسید، نتیجه آزمون آماری تی مستقل در گروه مداخله و گروه کنترل نشان داد که دو گروه از نظر شدت علائم افسردگی اختلاف معنی داری دارند ($p < 0/001$) در گروه آموزش آرامسازی و گروه کنترل، نمره افسردگی بعد از مداخله نسبت به قبل از آن کاهش معنی داری داشت ($p < 0/001$) (جدول ۲).

میانگین شدت علائم افسردگی زنان در بعد از زایمان در گروه آموزش آرامسازی قبل از مداخله $18/4 \pm 4/8$ بود که بعد از درمان به $7/7 \pm 4/6$ کاهش یافت. در گروه کنترل، میانگین شدت علائم افسردگی در ابتدای مطالعه $20/0 \pm 5/8$ بود که بعد از اتمام مطالعه به $15/3 \pm 6/4$ تغییر یافت. در هفته نهم بعد از زایمان که مداخله به مدت ۶ هفته در گروه آموزش آرامسازی به

جدول ۲- مقایسه میانگین شدت علائم افسردگی زنان در بعد از زایمان در قبل و بعد از مداخله در دو گروه آرامسازی و کنترل

گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	سطح معنی داری
آرامسازی (انحراف معیار \pm میانگین)	$18/4 \pm 4/8$	$7/7 \pm 4/6$	$p < 0/001$
کنترل (انحراف معیار \pm میانگین)	$20/0 \pm 5/8$	$15/3 \pm 6/4$	$p < 0/001$
آزمون تی زوج ابتدا و انتهای مطالعه در هر گروه	$p = 0/512$	$p = 0/000$	-----

* آزمون تی مستقل

مطالعه در دو گروه به دست آمد. افسردگی خفیف در گروه آرامسازی از $65/4\%$ به $23/1\%$ و در گروه کنترل از $60/7\%$ به $33/3\%$ کاهش پیدا کرد. افسردگی متوسط در گروه مداخله به صفر رسید و در گروه کنترل از $39/3\%$ به $25/9\%$ کاهش یافت (جدول ۳).

بعد از مداخله و در طول زمان در گروه آرامسازی و گروه کنترل به ترتیب $76/9\%$ و $40/8\%$ افراد در هر گروه علائم افسردگی بهبودی کامل داشت و تنها در گروه کنترل یک مورد ($3/6\%$) دچار افسردگی شدید شد که به علت عدم امکان تجزیه و تحلیل آماری در این مورد، با حذف آن، نتایج مقایسه وجود افسردگی در ابتدا و انتهای

جدول ۳- مقایسه سطوح مختلف افسردگی در ابتدا (هفته صفر) و انتهای مطالعه (هفته ۶) به تفکیک دو گروه مطالعه

شدت افسردگی	آموزش آرامسازی		کنترل	
	اثر مداخله بر حسب درصد		اثر طول زمان بر حسب درصد	
	هفته صفر	هفته ۶	هفته صفر	هفته ۶
غیرافسوده	0/0	76/9	0/0	40/8
خفیف	65/4	23/1	60/7	33/3
متوسط	34/6	0/0	39/3	25/9
کل	100/0	100/0	100/0	100/0

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه آموزش آرامسازی باعث کاهش شدت علائم افسردگی خفیف تا متوسط در دوره بعد از زایمان می شود. میانگین شدت علائم افسردگی یک بعد از مداخله در گروه آموزش آرامسازی با گروه کنترل اختلاف آماری معنی داری دارد، به طوری که گروه آرامسازی $58/1\%$ و گروه کنترل $23/5\%$ کاهش شدت علائم افسردگی را نشان دادند. همچنین نتایج

برای مقایسه میزان تنش قبل و بعد از تمرینات آرامسازی در منزل در گروه آرامسازی، نتایج آزمون آنالیز واریانس با مقادیر تکراری نشان داد که میزان تنش قبل و بعد از تمرینات در گروه آرامسازی در هفته ۵، ۶، ۷ و ۸ بعد از زایمان اختلاف آماری معنی داری ندارد ($p > 0/05$). این بدان مفهوم است که تغییرات میزان تنش در گروه آرامسازی در هفته های مختلف بعد از زایمان یکنواخت است.

نشان داد که اختلاف میانگین شدت علائم افسردگی بک، قبل و بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی داری دارد ($P < 0/000$). یافته ها نشان داد که آموزش آرامسازی باعث بهبودی $76/9\%$ زنان مبتلا به افسردگی در دوره بعد از زایمان می شود.

در مطالعه مورفی و همکاران (۱۹۹۵) در واشنگتن که به منظور مقایسه رفتار درمانی شناختی، آموزش آرامسازی و داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای در درمان افسردگی انجام گرفت، رفتار درمانی شناختی و آرامسازی در کاهش علائم افسردگی به یک اندازه مؤثر بودند به طوری که نمره افسردگی در گروه رفتار درمانی شناختی ۸۲ درصد، در گروه آرامسازی ۷۳ درصد و در گروه دارو درمانی ۲۹ درصد کاهش داشت (۱۸). در مطالعه حاضر نیز کاهش علائم افسردگی در گروه آرامسازی $58/1\%$ بود.

نتایج مطالعه ریسو و همکاران (۱۹۹۵) در مکزیک بر روی زنان نخست زان نشان داد که بین اضطراب و افسردگی ارتباط مثبتی وجود دارد و آرامسازی پیشرونده عضلانی به همراه تجسم هدایت شده توانست هر دوی آن ها را کاهش دهد (۱۹). اما در مطالعه فیلد و همکاران (۱۹۹۶) روی زنان مبتلا به افسردگی در دوره بعد از زایمان مشخص شد که اثرات آرامسازی پیشرونده عضلانی و یوگا کمتر از اثرات ماساژ می باشد (۲۰). واتاناب و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آرامسازی و تجسم مثبت، بعد از دو جلسه، خلق مثبت را افزایش و خلق منفی را کاهش می دهند (۲۱). در این مطالعه مشابه با اکثر مطالعات در رابطه با اثر آرامسازی، آرامسازی پیشرونده عضلانی به همراه تجسم هدایت شده استفاده شد به این دلیل که تجسم، اثرات آرامسازی را افزایش می دهد و با جایگزین کردن پاسخ ها یا رفتارهای غیر انطباقی باعث افزایش مهارت های مقابله ای در فرد می شود (۲۴).

در مطالعه ریس (۱۹۹۵) و غفاری (۱۳۸۷) شدت علائم افسردگی در گروه آرامسازی کاهش یافت که از این نظر با نتایج حاصل از مطالعه ما همخوانی دارد (۱۹، ۲۵). در مطالعه ریس، میانگین نمره مقیاس افسردگی در مطالعات اپیدمیولوژیک بعد از مداخله در گروه آرامسازی

پیشرونده عضلانی با تجسم هدایت شده و گروه کنترل اختلاف آماری معنی داری داشت ($P = 0/012$) که از نظر کاهش علائم افسردگی در گروه آرامسازی با تجسم هدایت شده نسبت به گروه کنترل با مطالعه حاضر همخوانی دارد. به دلیل عدم ذکر میانگین نمرات افسردگی در قبل از مداخله، امکان محاسبه درصد کاهش این مطالعه و مقایسه با نتایج پژوهش حاضر وجود ندارد (۲۵).

در مطالعه غفاری و همکاران (۱۳۸۷) میانگین نمره افسردگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در گروه آرامسازی کاهش یافت اما با وجود این کاهش، اختلاف معنی داری بین دو گروه آرامسازی و کنترل وجود نداشت. محققین دلیل عدم وجود اختلاف معنی دار بین دو گروه آرامسازی و کنترل را، پیچیده بودن افسردگی در بیماری مولتیپل اسکلروزیس می دانند که شاید بتوان دلیلی برای تفاوت نتایج مطالعه غفاری با پژوهش حاضر دانست. ابزار مورد استفاده جهت سنجش افسردگی در این پژوهش مقیاس (DASS-21)^۱ بود که شامل ۷ سؤال برای استرس، اضطراب و افسردگی به صورت ۳ بخش مجزا می باشد. همچنین در مطالعه غفاری، تنها از آرامسازی پیشرونده عضلانی استفاده شده است (۲۵) در حالی که آچتربرگ (۱۹۸۹) و ریس (۱۹۹۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ترکیب دو روش تجسم و آرامسازی پیشرونده عضلانی در بهبود علائم مؤثرتر است (۱۹، ۲۲).

نتایج مطالعه فیلد و همکاران (۱۹۹۶) در رابطه با اثرات آرامسازی در زنان مبتلا به افسردگی متوسط و شدید در بعد از زایمان با نتایج مطالعه حاضر متفاوت بود (۲۰). در مطالعه فیلد میانگین نمره افسردگی در گروه آرامسازی در قبل و بعد از مداخله در روز اول و آخر انجام تمرینات اختلاف آماری معنی داری نداشت ($P > 0/05$). اما در گروه ماساژ درمانی در روز اول و آخر بعد از مداخله نمره افسردگی کاهش یافت و اختلاف معنی داری داشت ($P < 0/05$). ابزار مورد استفاده برای سنجش افسردگی در این مطالعه نیمرخ حالات خلقی (POMS) بود که

1 Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21)

عضلانی در طول ۷ جلسه به طور معنی داری میزان تنش روزانه را کاهش داد و اثرات درمانی در یک دوره ۵ ماهه پیگیری حفظ شد (۲۶).

نتیجه گیری

آموزش آرامسازی پیشرونده عضلانی به همراه تجسم هدایت شده باعث کاهش شدت علائم افسردگی در دوره بعد از زایمان می شوند و از این روش ها می توان در مراکز بهداشتی- درمانی به عنوان روشی کم خطر که مادر در آن نقش فعالانه دارد، استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه تحقیقاتی مصوب ۸۸/۱۰/۷ دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی انجام شده است. از حمایت و همکاری های معاونت پژوهشی دانشگاه صمیمانه سپاسگزاری می شود. همچنین از جناب آقای کاشانی، سرکار خانم راهداری، ماماهاای محترم درمانگاه های منتخب و واحدهای پژوهش قدردانی می شود.

نیم ساعت قبل و بعد از مداخله مورد استفاده قرار می گرفت. همچنین روش آرامسازی مورد استفاده در این مطالعه ترکیب دو روش یوگا و آرامسازی پیشرونده عضلانی بود در حالی که در مطالعه حاضر آرامسازی پیشرونده عضلانی و تجسم هدایت شده استفاده شد و همچنین آرامسازی در مطالعه فیلد به مدت ۵ هفته دو بار در روز انجام می شد در حالی که در مطالعه حاضر تمرینات آرامسازی پیشرونده عضلانی به مدت ۶ هفته روزانه در منزل انجام می گرفت و تجسم به صورت جداگانه و هفتگی در مرکز بهداشت صورت می گرفت. تجسم در افزایش اثر آرامسازی نقش دارد و اثرات ترکیبی این دو روش مؤثرتر از آرامسازی به تنهایی است (۱۹). بررسی میزان تنش قبل و بعد از تمرینات آرامسازی در منزل نشان داد که در طی ۴ هفته، تمرینات آرامسازی اثرات یکسانی روی میزان تنش زن دارد و اثر درمانی این تمرینات در طی هفته های مختلف تغییری نمی کند. در نتیجه با گذشت زمان اثر مداخله ثابت می ماند و همچنان مداخله مؤثر خواهد بود. در گروه آرامسازی ۴۷/۲ درصد کاهش در میزان تنش ایجاد شد. در مطالعه بورکووک و همکاران مشخص شد که آرامسازی پیشرونده

منابع

1. Sehhati Shafa F, Kuchaksarai Ranjbar F, Qujazadeh M, Mohamadrezai J. [Relationship of some predisposing factors with postpartum depression] [Article in Persian]. J Ardebil Uni Med Sci 2008;8(1):54-61.
2. Jafarpour M, Esfandiari M, Mokhtarshahy S, Hosseini F. [Prevalenc of postpartum depression and its association with life stressful events] [Article in Persian]. J Fundamen Kermanshah Uni Med Sci 2006;4:320-31.
3. Farzin D, Mansouri T, Yazdani T, Ebrahimi P, Zarghami M, Azari P, et al. Postpartum depression in among women referred to mother-child health. Thought and Behavior 2003;1:31-42.
4. Tashakori A, Shanesaz A, Rezapour A. Assessment of some potential risk factors of postpartum depression. Pak J Med Sci 2009 Apr-Jun;25(2):261-4.
5. Kiani F. [Relationship between marital satisfaction during the third trimester with postpartum depression in women referred to health centers in the city of Astara]. Mashhad: School of Nursing and Midwifery;2005. [in Persian].
6. Groer MW, Morgan K. Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. Psychoneuroendocrinology 2007 Feb;32(2):133-9.
7. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. J Am Board Fam Med 2007 May-Jun;20(3):280-8.
8. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. J Clin Psychiatry 1998;59 Suppl 2:34-40. Review.
9. Robertson E, Grace SH, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry 2004; 26(3): 289-95
10. McQueen K, Montgomery P, Lappan-Gracon S, Evans M, Hunter J. Evidence-based recommendations for depressive symptoms in postpartum women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008 Mar-Apr;37(2):127-36. Review.
11. Righetti-Veltima M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. J Affect Disord 2002 Aug;70(3):291-306.
12. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. Int J Nurs Stud 2009 Oct;46(10):1355-73.

13. Moradi O. [Efficacy of training of problem solving skills on conflict of parent-child in high school male students in Tehran]. Mashhad:Ferdoosi University;Faculty of Psychology and Education;2005. [In Persian].
14. Morrell CJ. Review of interventions to prevent or treat postnatal depression. *Clin Eff Nurs* 2006;9(2):135-61.
15. Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Oct 8;(4):CD007142. Review.
16. Davis M, Eshelman ER, McKay M. The relaxation and stress reduction workbook. London:New Harbinger Publication;2000.
17. What is Relaxation therapy? 2007. Available at :<http://www.Revolutionhealth.com> Accessed Oct 11; 2009.
18. Murphy GE, Carney RM, Knesevich MA, Wetzel RD, Whitworth P. Cognitive behavior therapy, relaxation training, and tricyclic antidepressant medication in the treatment of depression. *Psychol Rep* 1995 Oct;77(2):403-20.
19. Rees BL. Effect of relaxation with guided imagery on anxiety, depression, and self-esteem in primiparas. *J Holist Nurs* 1995 Sep;13(3):255-67.
20. Field T, Grizzle N, Scafidi F, Schanberg S. Massage and relaxation therapies' effects on depressed adolescent mothers. *Adolescence* 1996 Winter;31(124):903-11.
21. Watanabe E, Fukuda S, Hara H, Maeda Y, Ohira H, Shirakawa T. Differences in relaxation by means of guided imagery in a healthy community sample. *Altern Ther Health Med* 2006 Mar-Apr;12(2): 60-6.
22. Achterberg J. Mind and medicine: the role of imagery in healing. *J Am Soci Psych Res* 1989;83:93-100.
23. Apostolo JL, Kolcaba K. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Arch Psychiatr Nurs* 2009 Dec;23(6):403-11.
24. McLean PD. Decision-making in the behavioral management of depression. New York:Brunner;1976.
25. Ghaffari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. [Effect of progressive muscle relaxation on depression, anxiety and stress of patients with multiple sclerosis] [Article in Persian]. *Res J Med Sci Health Serv Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2008;32(1):45-53.
26. Borkovec TD, Krogh Sides J. Critical procedural variables related to the physiological effects of progressive relaxation: A review. *Behav Res Ther* 1979;17(2):119-25.