

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر درمان افسردگی پس از زایمان و سه عامل پویشی تعارضات وابستگی،

خشم و مادری در مادران افسرده پس از زایمان

ارسلان احمدی کانی گلزار^{۱*}، دکتر زلیخا قلی زاده^۲، دکتر احمد سهرابی^۳، دکتر

محمد علی کیانی^۴، دکتر نرگس شمس علیزاده^۳، سحر اصغر نژاد^۴

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه کردستان، کردستان، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه کردستان، کردستان، ایران.
۳. استادیار گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران.
۴. کارشناس بهداشت خانواده، مرکز بهداشت شهرستان سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱/۲۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۳/۵

خلاصه

مقدمه: افسردگی پس از زایمان، شیوع بالایی از اختلالات روانی را در بین مادران به خود اختصاص داده است، اما در مورد درمان آن، تلاش‌های اندکی با رویکردهای شناختی- رفتاری انجام گرفته است. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر درمان افسردگی پس از زایمان و بررسی سه عامل پویشی تعارضات وابستگی، خشم و مادری در مادران افسرده پس از زایمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه آزمایشی بالینی در سال ۱۳۹۱ بر روی مادران تازه زایمان کرده در شهرستان سنندج انجام شد. پس از غربالگری ۳۶۱ مادر زایمان کرده در دو هفته بعد از زایمان، با استفاده از مقیاس افسردگی بک - ویرایش دوم، مقیاس ادینبرگ، مصاحبه بالینی ساختار یافته و تشخیص بالینی روان پزشکی، به طور تصادفی در دو گروه مداخله (۳۲ نفر) و شاهد (۳۲ نفر) قرار گرفتند. در جریان درمان نیز جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری از مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و تحریف‌های شناختی و جهت ارزیابی رابطه مادر و کودک برای بررسی تغییر در تعارضات خشم، مادری و وابستگی، از مقیاس فرافکن استفاده شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل کواریانس و تحلیل مبتنی بر اندازه گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نمرات گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد در مقیاس افسردگی بک ($p < 0/001$) و نیز در پرسشنامه ادینبرگ ($p < 0/001$) هم در پس آزمون و هم در مرحله پیگیری تغییر معنی داری داشت. در خصوص تعارضات وابستگی، خشم و مادری، به وسیله درمان شناختی - رفتاری فقط در تعارضات مادری، کاهش معناداری مشاهده شد ($p < 0/005$).

نتیجه گیری: افسردگی پس از زایمان تحت تأثیر درمان شناختی - رفتاری، در قالب طرح آزمایشی اخیر و با استفاده از دو مقیاس شناخته شده بک و ادینبرگ، بهبود می یابد. با این حال، اثر خود را فقط برای یکی از سه مقیاس تعارض، یعنی تعارض مادری معنی دار نشان می دهد.

کلمات کلیدی: افسردگی پس از زایمان، تعارضات، درمان شناختی- رفتاری، وابستگی، خشم

* نویسنده مسئول مکاتبات: ارسلان احمدی کانی گلزار؛ دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه کردستان، کردستان، ایران. تلفن: ۰۹۱۸۸۷۸۰۷۷۲

پست الکترونیک: Arsalankany@gmail.com

مقدمه

اصطلاح افسردگی پس از زایمان، بیان کننده شرایطی است که به دنبال تولد فرزند برای مادر ایجاد می شود. این اختلال شامل افسردگی، اضطراب، فقدان علاقه به نوزاد و احساس عدم صلاحیت و کفایت به عنوان یک مادر است. افسردگی پس از زایمان در ۱۰ تا ۱۵ درصد مادران و در مدت یک تا ۵ هفته پس از زایمان اتفاق می افتد (۱). بارداری و زایمان، حوادث پیچیده ای هستند که با نشانه های فیزیولوژیکی و روان شناختی نظیر تغییرات بیولوژی، اجتماعی و هیجانی گذرا (بدون ماندگاری) مشخص می شوند (۲). اگر چه اضطراب و غمگینی در طول بارداری رایج هستند، ولی اغلب زنان، این گذار را بدون آسیب روان شناختی عمده پشت سر می گذارند (۲). علی رغم شیوع بالای افسردگی پس از زایمان و آثار طولانی مدت آن بر سلامتی مادر و کودک، این اختلال به طور مکرر از سوی بیماران و مراقبین آنها مورد غفلت واقع شده و تنها تعداد محدودی از این موارد، توسط کارکنان بهداشتی و درمانی شناسایی می شوند (۳). مطالعات اندکی با ساختار روان تحلیلی در مورد عوامل روان پویایی^۱ در زنانی که متحمل افسردگی پس از زایمان شده اند، وجود دارد. همچنین گزارشات روان تحلیلی متمرکز بر افسردگی پس از زایمان در زنان بسیار اندک است. تجربه بالینی و فرضیات ادبیات روان تحلیلی سه عامل هیجانی رایج را فرض می کند؛ تعارضات هیجانی ویژه ای که زنان در خلال افسردگی بعد از زایمان از خود نشان می دهند، به طور کلی شامل سه عامل: تعارضات وابستگی^۲، تعارضات خشم^۳ و تعارضات مادری^۴ می باشند. به طور معمول تعارضات وابستگی، نوعی وابستگی متقابل است، تعارضات خشم زیاد به طور شخصیتی، قسمت عظیمی از شرم و گناه را شامل می شود، و همسان سازی های مشکل دار با عامل تعارضات مادری در ارتباط است. میزان تمایل به بازخورد وابستگی متقابل، همکاری گسترده درمانی را محدود می کند (۴).

همانگونه که ذکر شد، اختلال افسردگی پس از زایمان به عنوان یک مسئله مهم بهداشتی با شیوع بالا (۱۵٪) الی (۳۰٪) می باشد و شواهد فوق نیز، تأثیر منفی آن را بر مادر، نوزاد و خانواده نشان داد، اما باید توجه داشت که این اختلال نظیر اختلال های دیگر، نیازمند توجه بالینی و روش های درمانی مختلف به خصوص روان درمانی است.

یک مطالعه مروری (۵) که به بررسی درمان های به کار گرفته شده جهت افسردگی پس از زایمان پرداخت، نشان داد که درمان بین فردی، درمان شناختی- رفتاری و درمان روان تحلیلی می توانند درمان های مؤثر روان شناختی برای افسردگی پس از زایمان باشند (۶) و بیشترین اندازه اثر برای درمان های روان شناختی و اندازه متوسط برای درمان دارویی برآورد شد (۷، ۸).

درمان شناختی- رفتاری، یک روش روان درمانی ساختار یافته، هدفمند و متمرکز بر زمان حال است که از استراتژی شناختی و رفتاری، به منظور کاهش نشانه ها، با هدف قرار دادن ساخت های شناختی معیوب و فرآیندهای نگهداری اختلال های روانی، بهره می گیرد (۹). این درمان، برای طیف وسیعی از اختلالات به کار می رود (۹).

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر درمان افسردگی پس از زایمان و سه عامل پویایی تعارضات وابستگی، خشم و مادری در مادران دارای اختلال افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش کار

این مطالعه نیمه آزمایشی بالینی در سال ۱۳۹۱ بر روی مادران تازه زایمان کرده در شهرستان سنجند انجام شد. آزمودنی ها به طور تصادفی و به صورت طرح دو گروهی همسان با پیش آزمون و پس آزمون انتخاب شدند. جامعه آماری، شامل تمام مادرانی بود که در طول یک فصل (سه ماه) زایمان کرده بودند، و تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان سنجند بودند و برای اولین مراقبت پس از زایمان به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه کرده بودند.

از بین افرادی که در پرسشنامه افسردگی بک، نمره ۱۸ یا بالاتر و در پرسشنامه سنجش افسردگی بعد از زایمان ادینبرگ، نمره ۱۶ به دست آوردند، ۶۴ نفر به طور

¹ Psychodynamics

² Dependency conflicts

³ Anger conflicts

⁴ Motherhood conflicts

تصادفی انتخاب شدند که ۳۲ نفر جهت درمان شناختی- رفتاری انتخاب و ۳۲ نفر به صورت تصادفی در گروه شاهد قرار گرفتند و جهت تشخیص بالینی به روان پزشک ارجاع داده شدند. سپس مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-I) جهت تشخیص دقیق تر اختلال افسردگی پس از زایمان توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی به غیر از درمانگر اجرا شد و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و مقیاس تحریف‌های شناختی جهت تعیین خط پایه اثرات درمان شناختی- رفتاری تکمیل شد. در اجرای درمان شناختی- رفتاری از دستور کار درمان شناختی- رفتاری و از پروتکل درمانی که حاصل کار مونز، آگیلار- خیولا و گازمن (۱۰) برای درمان افسردگی بود، استفاده شد. این راهنمای درمانی پس از ترجمه و ویرایش در قالب یک پروتکل کاری در مطالعه حاضر به کار گرفته شد، که مختصراً به دستور کار و جلسات مندرج در آن اشاره می‌شود.

جلسات درمانی به ۳ مقوله یا عنوان که هر کدام شامل ۴ جلسه بود، تقسیم شد: چهار جلسه اول، کار بر روی این موضوع بود که چگونه افکار بر خلق تأثیر می‌گذارد. چهار جلسه بعدی، بر فعالیت‌های روزانه مؤثر بر خلق تمرکز داشت و چهار جلسه آخر مشخص می‌کرد که چگونه تعامل با دیگران بر خلق افراد تأثیر می‌گذارد.

هدف اصلی درمان شناختی- رفتاری، کاهش نشانه‌های افسردگی، کوتاه کردن زمان افسردگی زنان، یادگیری راه‌های جدید جهت جلوگیری از افسردگی و احساس داشتن کنترل بیشتر بود. در پایان کار، جهت رعایت اخلاق حرفه‌ای، درمان شناختی- رفتاری بر روی ۳۲ نفر در گروه کنترل صورت گرفت.

طی جلسات درمانی، ۵ نفر از افراد گروه مداخله از شرکت در جلسات درمانی انصراف دادند و ۳ نفر در تکمیل پس از آزمون شرکت نکردند.

ابزارها و مقیاس‌های پژوهش:

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۱۱). این نسخه در مقایسه با ویرایش

اول آن، بیشتر با DSM-IV^۲ (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش چهارم) همخوانی دارد و مانند پرسشنامه افسردگی بک، ۲۱ سؤال بوده و تمام عناصر افسردگی نظریه شناختی را نیز پوشش می‌دهد. نتایج مطالعه بک، استیر و براون نشان داد که این پرسشنامه، ثبات درونی بالایی دارد (۱۱)، همچنین در مطالعه دایسون، ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ برای آن گزارش شد (۱۲). در مطالعه دایسون، ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۷۳ گزارش شد (۱۳). فتی نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرد (۱۴).

مقیاس ادینبرگ: مقیاسی جهت سنجش افسردگی پس از زایمان (۱۰ آیتمی) بوده که نمره این مقیاس، بین صفر تا ۳۰ می‌باشد و کسب نمره ۱۲ و بیشتر، به عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود (۱۵). روایی مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ در مطالعه خدادوستان (۱۹۹۹) و پایایی آن در مطالعه منتظری و همکاران (۲۰۰۷) با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ و با روش بازآزمایی، ۰/۸ تعیین شد (۱۶).

پرسشنامه تحریف‌های شناختی: این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت می‌باشد که به سنجش تحریف‌های شناختی مطرح شده توسط آلبرت آلیس پرداخته و هر تفکر نامعقول، ۲ عبارت را به خود اختصاص داده است. جهت تعیین همسانی درونی این پرسشنامه، از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. در این پرسشنامه ضریب آلفا ۰/۸۰ تعیین شد، لذا این پرسشنامه از همسانی درونی خوبی برخوردار است.

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^۳ (فرم بلند): این مقیاس در سال ۱۹۷۸ توسط بک و وایسمن تهیه شد و مهمترین آزمون سبک شناختی در مطالعات انجام شده در آمریکا در زمینه شناخت درمانی به شمار می‌رود. این مقیاس شامل ۴۰ پرسش می‌باشد و آزمودنی باید میزان

^۲ Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-IV.-4th ed.

^۳ Dysfunctional Attitude Scale :DAS

^۱ Structured Clinical Interview for DSM-IV

آمده از این ارزیابی، می‌توانند فرآیند ارزیابی و درمان رابطه مادر و کودک را تسهیل کنند. این مقیاس توسط دکتر رابرت، ام، راس در سال ۱۹۶۱ از آژانس مطالعاتی روان شناختی غرب (WPS) انتشار یافت. این آزمون، یک مقیاس نگرش سنج است که نقطه نظر مادران را در خصوص ۴ سبک برخورد با کودک را مورد ارزیابی قرار داده و در حیطه آزمون‌های فرافکن قرار می‌گیرد. در مطالعه حاضر از شاخص‌های آمار توصیفی و از تحلیل کویاریانس و تحلیل مبتنی بر اندازه‌گیری‌های مکرر جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

این بخش ابتدا با توصیفی از داده‌های مردم شناختی آغاز می‌شود، سپس به تحلیل اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افسردگی پس از زایمان و تعارضات وابستگی، خشم و مادری پرداخته می‌شود.

موافقت خود را روی یک مقیاس درجه ای بیان کند. در مطالعات مختلف، همسانی درونی این مقیاس ۰/۹۰ و ثبات آن $I=0/73$ گزارش شده است (۱۷).

کویانی و همکاران به نقل از ابراهیمی در ایران، ضریب پایایی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد را در فاصله ۶ هفته ای، ۰/۹۰٪ گزارش کردند، همچنین ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۷۵ به دست آوردند. این مقیاس نسبت به درمان شناختی، حساسیت دارد و می‌تواند چگونگی پاسخ به درمان را نشان دهد (۱۸). بک و وایسمن، این مقیاس را جهت ارزیابی طرحواره‌های افراد افسرده ساختند (۱۹). این مقیاس بر مبنای نظریه آسیب شناسی روانی بک ارائه شده است.

مقیاس ارزیابی رابطه مادر - کودک (MCRE):
ارزیابی مراجعه مادر- کودک، یک چهارچوب از نگرش‌های ارجاعی از طریق چگونگی ارتباط مادران با فرزندان‌شان را ایجاد کرد. این رویکرد، یک برآورد عینی از رابطه یک مادر به کودکش که تحت عنوان یک نیم رخ پنج نگرشی بنا شده را فراهم می‌آورد. نتایج به دست

جدول ۱- ویژگی‌های بیش آزمون، پس آزمون و پیگیری داده‌های مردم شناختی گروه‌های مداخله و گواه

ویژگی	توصیف کمی داده‌های مردم شناختی					
	گروه			مداخله		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
تعداد	۳۲	۲۷	۱۱	۳۲	۲۹	۹
میانگین سن	۲۷/۰۶	۲۷/۲۲	۲۷/۹۱	۲۶/۶۳	۲۶/۴۸	۲۸/۳۳
انحراف معیار سن	۳/۸۱	۳/۶۴	۳/۲۷	۵/۸۹	۵/۶۹	۵/۳۳
جنس نوزاد	مذکر	۱۳	۱۱	۴	۳۲	۲۱
	مؤنث	۱۹	۱۶	۷	۹	۸
سابقه افسردگی	دارد	۸	۷	۳	۴	۱
	ندارد	۲۴	۲۰	۸	۲۸	۲۵
تغذیه نوزاد	شیر مادر	۲۹	۲۴	۹	۳۰	۲۷
	شیر خشک	۳	۳	۲	۲	۲
نوع بارداری	خواسته	۲۴	۲۰	۸	۲۶	۲۴
	ناخواسته	۸	۷	۳	۶	۵
نوع زایمان	طبیعی	۲۲	۱۹	۷	۲۲	۲۰
	سزارین	۱۰	۸	۴	۱۰	۹

جهت بررسی افسردگی پس از زایمان، دو پرسشنامه از تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر، مورد استفاده قرار گرفت که نتیجه آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- تحلیل مبتنی بر اندازه‌های مکرر افسردگی یک و ادینبرگ در گروه مداخله و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مشخصه ویلکز	F	سطح معناداری	مجذور اِتا
افسردگی یک	۰/۴۱۶	۶۶/۲۰	۰/۰۳۵	۰/۵۳۴
افسردگی ادینبرگ	۰/۳۲۹	۱۴۸/۳۵	۰/۲۴	۰/۸۸

بر اساس نتایج مطالعه، میزان لامبدای ویلکز برای سری زمانی در پرسشنامه یک ($p=0/035$) و در پرسشنامه ادینبرگ ($p=0/24$) گسترده بود، لذا تفاوت وضعیت خلقی آزمودنی‌ها از نظر آماری معنی دار بود. همچنین، میزان مجذور اِتا در پرسشنامه یک ۰/۵۳۴ بود که بیانگر

تأثیر مطلوب درمان شناختی- رفتاری در افسردگی پس از زایمان بود، همچنین میزان مجذور اِتا در پرسشنامه ادینبرگ ۰/۸۸ بود که بیانگر تأثیر متوسط درمان شناختی- رفتاری در افسردگی پس از زایمان در آزمودنی‌ها بود.

جدول ۳- تحلیل مبتنی بر اندازه‌های مکرر نگرش‌های ناکارآمد در گروه مداخله و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مشخصه ویلکز	F	سطح معناداری	مجذور اِتا
نگرش‌های ناکارآمد	۰/۳۳۷	۶۲/۸	۰/۰۰۷	۰/۷۶

بر اساس نتایج مطالعه، میزان لامبدای ویلکز برای سری زمانی در نگرش‌های ناکارآمد ($p=0/007$) گسترده بود، لذا تفاوت وضعیت نگرش‌های ناکارآمد آزمودنی‌ها معنی دار بود. همچنین میزان مجذور اِتا در متغیر نگرش‌های

ناکارآمد که نسبت به درمان شناختی- رفتاری حساس است، ۰/۷۶ بود که بیانگر تأثیر مطلوب درمان شناختی- رفتاری در افسردگی پس از زایمان در آزمودنی‌ها بود.

جدول ۴- تحلیل مبتنی بر اندازه‌های مکرر تعارضات وابستگی در گروه مداخله و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مشخصه ویلکز	F	سطح معناداری	مجذور اِتا
تعارضات وابستگی	۰/۸۹۹	۸۰/۰۹	۰/۰۴۳	۰/۵۶

بر اساس نتایج مطالعه، میزان لامبدای ویلکز برای سری زمانی در عامل پویشی تعارضات وابستگی ($p=0/001$) گسترده بود (که کمتر از آلفای ۰/۰۵ است)، لذا تفاوت وضعیت تعارضات وابستگی آزمودنی‌ها معنی دار بود. همچنین میزان مجذور اِتا در متغیر تعارضات وابستگی

که نسبت به درمان شناختی- رفتاری تأثیرپذیر است، ۰/۵۶ بود که بیانگر تأثیر مطلوب درمان شناختی- رفتاری در کاهش تعارضات وابستگی در افسردگی پس از زایمان در آزمودنی‌ها بود.

جدول ۵- تحلیل مبتنی بر اندازه‌های مکرر تعارضات خشم در گروه مداخله و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مشخصه ویلکز	F	سطح معناداری	مجذور اِتا
تعارضات خشم	۰/۹۸۹	۶۷/۲	۰/۱۴	۰/۰۸

بر اساس نتایج مطالعه، میزان لامبدای ویلکز برای سری زمانی در عامل پویشی تعارضات وابستگی ($p=0/14$) گسترده بود (که بیشتر از آلفای ۰/۰۵ است)، بنابراین تفاوت وضعیت تعارضات خشم آزمودنی‌ها معنی دار نبود.

همچنین، میزان مجذور اِتا در متغیر تعارضات خشم که نسبت به درمان شناختی- رفتاری تأثیرپذیر نیست، ۰/۰۸ بود که بیانگر عدم تأثیر درمان شناختی- رفتاری در کاهش تعارضات خشم در افسردگی پس از زایمان در

آزمودنی‌ها بود، بنابراین می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری تأثیری بر کاهش تعارضات خشم در گروه‌ها ندارد.

جدول ۶- تحلیل مبتنی بر اندازه‌های مکرر تعارضات وابستگی در گروه مداخله و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مشخصه ویلکز	F	سطح معناداری	مجذور اِتا
تعارضات مادری	۰/۷۷۸	۱/۷۷	۰/۰۰۴	۰/۰۸۱

رفتاری در کاهش تعارضات مادری در افسردگی پس از زایمان در آزمودنی‌ها بود.

در مطالعه حاضر بین عوامل زمینه ساز افسردگی (سطح سواد، جنس نوزاد، سطح درآمد، سابقه افسردگی در گذشته، بارداری خواسته و ناخواسته، تغذیه کودک با شیر خشک و شیر مادر، نوع زایمان، مسئولیت نگهداری از نوزاد)، در مادران افسرده پس از زایمان و گروه عادی تفاوت معنی داری وجود داشت.

بر اساس نتایج مطالعه، میزان لامبدای ویلکز برای سری زمانی در عامل پویایی تعارضات مادری ($p=0/004$) گسترده بود (که کمتر از آلفای ۰/۰۵ است)، بنابراین تفاوت وضعیت تعارضات مادری آزمودنی‌ها معنی دار بود. همچنین میزان مجذور اِتا در متغیر تعارضات مادری که نسبت به درمان شناختی- رفتاری تأثیرپذیر است، ۰/۰۸۱ بود که بیانگر تأثیر مطلوب درمان شناختی-

جدول ۷- تحلیل آماره مبتنی بر آزمون‌های ناپارامتریک (من ویتنی) مادران افسرده پس از زایمان و گروه عادی

آماره	عوامل	سواد	جنس نوزاد	درآمد	سابقه افسردگی	وضعیت بارداری	نوع تغذیه نوزاد	وضعیت زایمان	مسئولیت نگهداری نوزاد
من ویتنی یو	۸/۱۹۱	۷۴۵۱/۵	۷/۹۸۱	۷۱۷۷/۵	۷/۹۶۰	۷/۸۷۲	۷/۸۷۲	۷۶۳۷/۵	۸۳۸۷/۵
دیلو - ویلکاکسون	۹/۷۳۱	۸۹۹۱/۵	۵/۴۹۵	۸۷۱۷/۵	۵/۴۹۳	۵/۴۸۴	۵/۴۸۴	۹۱۷۷/۵	۵۵۳۵۸/۵
Z	-۰/۳۲۷	-۱/۵۶۲	-۰/۷۴۶	-۳/۸۱۱	-۰/۹۶۵	-۲/۲۰۳	-۲/۲۰۳	-۱/۳۰۱	-۰/۴۲۴
معنی داری (دوطرفه)	۰/۷۴۴	۰/۱۱۸	۰/۴۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵	۰/۰۲۸	۰/۰۲۸	۰/۱۹۳	۰/۶۷۲

نیز حاکی از تأثیر اندک و یا اثربخشی متوسط درمان شناختی- رفتاری هستند (۲۷، ۲۸).

افسردگی و اختلالات خلقی که افسردگی پس از زایمان را نیز شامل می شود، زمینه اصلی بررسی‌های درمان شناختی- رفتاری و در اغلب موارد، عنوان درمان انتخابی افسردگی را به خود اختصاص داده اند (۲۹، ۳۰). افراد مبتلا به این اختلال می‌توانند تأثیر عمیقی بر وضعیت پرورش فرزند و ساختار خانواده داشته باشند (۲) و با توجه به اینکه تمرکز اصلی سیستم بهداشتی بر وضعیت سلامت کودک قرار گرفته، مراقبت و بهداشت روان مادر مورد غفلت واقع شده و در این میان، به واسطه تأکید بر تغییرات هورمونی بعد از زایمان، در اکثر موارد افسردگی بعد از زایمان نادیده گرفته شده و انتظار می رود که این تغییرات خلقی، خود به خود رفع شوند؛ لذا از طرف افراد

بر اساس جدول فوق که مربوط به فرضیه پایانی این مطالعه می‌باشد، دو گروه مادران افسرده پس از زایمان و گروه عادی، در شاخص "سابقه افسردگی" ($Mann-Whitney U=7177/5$)، ($p<0/001$) (مقدار آماره در آزمون من ویتنی یو) و "تغذیه کودک با شیر خشک و شیر مادر" ($Mann-Whitney U=0/872$)، ($p<0/001$) تفاوت داشتند و در شاخص‌های دیگر، تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

بحث

مطالعات گذشته، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر طیف گسترده ای از اختلالات و مشکلات روان شناختی نشان داده اند (۲۰-۲۶). نتایج برخی مطالعات

مبتلا و خانواده‌ها، هیچگونه تمهید خاصی برای درمان در نظر گرفته نمی‌شود.

فرضیات پژوهش

برای صحت یا عدم صحت فرضیه اول پژوهش در بین پروتکل‌های مختلفی که برای درمان شناختی - رفتاری جهت درمان افسردگی و افسردگی پس از زایمان تهیه شده بود، پروتکل درمانی (۱۰) انتخاب و بر اساس دستورالعمل‌های مندرج در آن، ۱۲ جلسه درمانی برای گروه مداخله اعمال شد. مقایسه نتایج پیش‌آزمون، پس از آزمون و گروه پیگیری، حاکی از وجود علائم افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و اثربخشی درمان شناختی بود. البته میزان تأثیرگذاری درمان شناختی - رفتاری در پرسشنامه بک، بیش از پرسشنامه افسردگی ادینبرگ بود که این می‌تواند به دلایل زیر باشد.

- پرسشنامه ادینبرگ، یک پرسشنامه تشخیصی جهت برآورد سریع میزان افسردگی پس از زایمان می‌باشد، لذا این پرسشنامه جهت تشخیص می‌باشد و حساسیت لازم نسبت به درمان شناختی - رفتاری را ندارد.

- هرچند مطالعات اندکی در مورد پرسشنامه ادینبرگ انجام گرفته (مطالعه منتظری و همکاران (۱۳۸۳)، مظهری و نخعی (۱۳۸۳) و شمس علیزاده و همکاران (۱۳۸۸)) و اعتبار و نقطه برش برای آن اعلام شده، ولی تاکنون اعتبار آن از طرف تهیه کنندگان این آزمون در ایران اعلام نشده و با نمونه جوامع دیگر مقایسه نشده است (اداره سلامت استرالیای غربی، ۲۰۰۶).

- کوتاه بودن گزینه‌های آزمون تشخیصی ادینبرگ (۱۰ سؤال)، از دقت آن می‌کاهد و حساسیت آن را نسبت به درمان کاهش می‌دهد، لذا نباید انتظار دقیق برآورد اثرات درمانی را از آن داشت، به همین جهت، هم در غربالگری و هم در بررسی نتایج گروه‌های مداخله و گواه، از آزمون افسردگی بک BDI-II استفاده شد تا خطاهای موجود در پرسشنامه ادینبرگ را پوشش دهد.

- عواملی نظیر متغیرهای فرهنگی، شهری و روستایی بودن، شاغل و غیر شاغل بودن، زمان و موقعیت تکمیل آزمون، میزان آگاهی در مورد بارداری و مشکلات همراه

می‌توانند بر نتیجه آزمون ادینبرگ تأثیر گذاشته باشد (۲۳).

در فرضیه دوم سعی شد اثر تغییرات همایند (همراه) و ملموس‌تری از جریان درمان شناختی - رفتاری گزارش شود. در این بخش، جهت بررسی اثر درمان شناختی - رفتاری از آزمون مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و آزمون تحریف‌های شناختی استفاده شد.

بر اساس نتایج مطالعه، درمان شناختی - رفتاری باعث تغییر در نگرش‌های ناکارآمد و باعث ایجاد تغییراتی کارا در نحوه تفکر افراد تحت تأثیر مداخله شد. این رویکرد باعث شد که آزمودنی‌ها، تغییراتی مناسب در نحوه آنچه که انجام می‌دهند، ایجاد کنند و از طرفی با تأکید بر فرآیندهای روانی (هیجانی - عقلانی)، در برداشت‌های صحیح از دنیا حرکت کنند (30، ۳۱). در نتیجه، باورهایی که تحت تأثیر نگرش‌های نادرست ایجاد می‌شود، با تغییر آن‌ها به نگرش‌های کارآمد، باعث ایجاد پاسخ‌های صحیح خواهد شد (۳۲). تلاش درمان شناختی - رفتاری، به چالش کشیدن افکار منفی و تحریف‌های شناختی است تا با اصلاح آن‌ها، نگرشی کارآمد پدیدار شود (۳۳). نگرش ناکارآمد، در حقیقت بخشی از افکار واسطه‌ای ناکارآمد است که همایند با افکار خودآیند منفی، نظام باورهای فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زمانی که نگرش‌های واسطه‌ای، ناکارآمد باشد، افکار متعاقب آن نیز رنگ و لعاب منفی‌گرایانه به همراه خواهد داشت (۳۴). در توصیف افراد افسرده در رویکرد روان‌شناسانه، افکار منفی، هسته مرکزی این افراد را تشکیل می‌دهد و با اصلاح افکار منفی، بیمار نگرشی کارآمد و پیامد بهبودی را خواهد داشت. در مطالعه ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶)، نسبت شانس افرادی که مقیاس نگرش‌های ناکارآمد را بیشتر از نقطه برش کسب کرده بودند، برای ابتلاء به افسردگی ۶/۸ برابر گزارش شد (۳۵).

بر اساس نتایج مطالعه، درمان شناختی - رفتاری، اثربخشی مطلوب و پایا بر بیماران شرکت کننده در این مداخله داشت و توانست که نگرش‌های نامطلوب را به نگرش‌های کارآمد تبدیل کند. مقیاس نگرش‌های

سواد، استخدام بودن، مهاجرت، رابطه صمیمانه با همسر و نوع خانواده (هسته ای، گسترده)، سطح درآمد و زندگی در مرکز شهر یا حاشیه نشینی، تنها مهاجرت و ناحیه زندگی (مرکز شهر یا حاشیه نشینی) با افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری داشت (۳۸). فروید، انسان را اساساً یک سیستم هیجانی می‌داند و ریشه مشکلات فرد را در ساز و کارهای هیجانی می‌داند که نشأت گرفته از رشد و نیروهای غریزی انسان هستند. هیجان می‌تواند نقش مهمی در عملکرد فرد در جنبه های مختلف داشته باشد. آن چنانکه تایلور و راجمن (۳۹) متذکر شدند، افراد ممکن است هیجانات مشخص ترس را داشته باشند و برای اجتناب از این هیجان تلاش کنند؛ ممکن است تلاش کنند از تجربه هیجانی به هر اندازه که امکان داشته باشد، بگریزند یا ممکن است تلاش کنند از افکار، خاطرات یا موقعیت‌های که تجربه هیجانی را القاء می‌کند، بگریزند. بسیاری از درمانگران شناختی- رفتاری بر این باورند که واکنش‌های هیجانی و رفتاری به وسیله فرآیندهای شناختی به وجود می‌آیند. از این رو افکار، باورها و سایر فرآیندهای شناختی تعیین کننده اصلی خلق و هیجان می‌باشند (۴۰).

نتیجه گیری

افسردگی پس از زایمان تحت تأثیر درمان شناختی - رفتاری، در قالب طرح آزمایشی اخیر و با استفاده از دو مقیاس شناخته شده بک و ادینبرگ، بهبود یافت. با این حال، اثر خود را فقط برای یکی از سه مقیاس تعارض، یعنی تعارض مادری معنی دار نشان داد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه دوستان همکار و روانپزشک، روانشناس و کلیه پرسنل همکار شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی سطح شهرستان صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

ناکارآمد، حساسیت خود را در مطالعات متعدد نسبت به درمان شناختی - رفتاری و همچنین طرحواره درمانی نشان داده است (۳۶).

در مطالعه حاضر، جهت بررسی بیشتر افکار ناکارآمد و تحریف‌های شناختی، از ابزاری دیگر نیز استفاده شد که نتایج آن حاکی از معنی داری این مقیاس و تفاوت میانگین گروه‌ها بود. هرچند این معنی داری ($p=0/04$) بسیار نزدیک به $p=0/05$ بود، اما می‌توان اطمینان داشت که این مقیاس، حساسیت لازم را به درمان شناختی- رفتاری داشت. این اصلاح تحریف‌های شناختی، با توجه به نتایج گروه پیگیری، پایا بوده و روند و فرآیند بهبودی پس از درمان نیز در بیماران حفظ شد.

در آخرین جدول گزارش شده از متغیرهای دخیل در زایمان و بارداری که می‌تواند فرضیه ثانوی باشد، بر درک بهتر اثرگذاری عوامل دخیل در افسردگی پس از زایمان تأکید شد. در مطالعات مختلف، نقش عوامل زمینه ساز در انواع اختلالات و همچنین افسردگی پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفته است (۳۷).

در مطالعه حاضر، از بین شاخص‌های جمعیت شناختی که مورد بررسی قرار گرفتند، جنس نوزاد، میزان درآمد خانواده، سابقه افسردگی قبلی، وضعیت بارداری (خواسته یا ناخواسته)، نوع تغذیه (شیر مادر یا شیر خشک) و وضعیت زایمان (طبیعی یا سزارین) ارتباط معنی داری با افسردگی پس از زایمان در دو گروه افسرده و سالم داشت. در این بین، میزان درآمد خانواده، وضعیت بارداری (خواسته یا ناخواسته) دارای معنی داری ضعیف، جنس نوزاد و وضعیت زایمان (طبیعی یا سزارین) دارای معنی داری متوسط و سابقه افسردگی و نوع تغذیه کودک (شیر مادر یا شیر خشک) دارای معنی داری مطلوب بودند. در ضمن در مطالعه حاضر، سطح سواد و مسئولیت نگه داری کودک، هیچگونه ارتباط معنی داری با وضعیت افسردگی پس از زایمان نداشت.

در مطالعه داناسی و همکاران (۲۰۰۳) در کشور ترکیه، از بین عوامل مؤثر بر افسردگی بعد از زایمان نظیر سطح

1. Mijolla AD. International dictionary of psychoanalysis = Dictionnaire international de la psychanalyse. Deroit:Macmillan Reference;2005:56-7.
2. Josefsson A. Postpartum depression epidemiological and biological aspects: Linköping University Electronic Press; No. 781,2003:4-30.
3. Martall LK. Postpartum depression as a family problem. MCN Am Matern Child Nurs 1990 Mar-Apr;15(2):90-3.
4. Blum LD. Psychodynamics of postpartum depression. Psychoanal Psychol 2007 Jan;24(1):42-5.
5. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. Am J Obstet Gynecol 2009 Apr;200(4):357-64.
6. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev 2007 Oct 17;(4):.CD006116. Review.
7. Cuijpers P, Brannmark JG, van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. J Clin Psychol 2008 Jan;64(1):103-18.
8. Bledsoe SE, Grote NK. Treating depression during pregnancy and the postpartum: a preliminary meta-analysis. Res Soc Work Pract 2006;16(10):9-20.
9. Grant PM, Beck AT. A social beliefs as predictors of asocial behavior in schizophrenia. Psychiatry Res 2010 May 15; 177(1 -2):65-70.
10. Muñoz RF, Aguilar SG, Guzmán J. Treatment manual for cognitive-behavioral therapy for the treatment of depression. based on the group therapy manual for cognitive-behavioral treatment of depression. San Francisco:General Hospital, Depression Clinic;2007.
11. Beak AT, Steer RA, Brown GK. Depression Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychol 1996;(4):56-71.
12. Dobson K, Khani P. [Effectiveness of interventions based on recurrent depression: Report]. Tehran: University of Rehabilitation;2006:25-30. [in Persian].
13. Dobson K, Khani P. [Psychometric characteristics of the BDI-II] [Article in Persian]. J Rehabil 2006;29:82-8.
14. Fata L. [Established structures of meaning and emotional states of cognitive processing of emotional information: a comparison of two conceptual framework] [Thesis in Persian]. Tehran:Iran University of Medical Sciences;2003.
15. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987 Jun;150:782-6.
16. Montazer A, Torkan B, Omidvari S. [The edinburg postnatal depression scale] [Article in Persian]. BMC Psychiatry 2007;7:11.
17. Repiar W. Depression. In: Lindsay SJE, Powel GE. The handbook of clinical adult psychology. 2nd ed. London:Routledge;1994:92-109.
18. Hydari Pahlavian A, Zolfaghari F, Mehrabi F. [Comparison of the efficacy of prolonged exposure in imagination and cognitive-behavioral therapy, for obsessive-compulsive patients with obsession] [Article in Persian]. Psycholo Res 1997;4(3):4-36.
19. Ogden J. Health psychology: a textbook. 3rd ed. New York:Open University Press;2004.
20. Engels GI, Garnefski N, Drekstra RF. Efficacy of rational-emotive therapy: a quantitative analysis. J Consult Clin Psychol 1993 Dec;61(6):1083-90.
21. Weis JR, Weiss B, Han SS, Granger DA, Morton T. Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a metanalysis of treatment outcome studies. Psychol Bull 1995 May;117(3):450-68.
22. Gonzalez JE, Nelson JR. Rational emotive therapy with children and adolescents: met- analysis. J Emot Behav Disord 2004;12:222-50.
23. Baskin TW, Tierney SC, Minami T, Wampold BE. Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. J Consult Clin Psychol 2003 Dec;71(6):973-9
24. Heuzenroeder L, Donnelly M, Haby MM, Mihalopoulos C, Rossell R, Carter R, et al. Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. Aust N Z J Psychiatry 2004Aug;38(8):602-12.
25. Bradley R, Green J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry 2005 Feb;162(2):214-27.
26. Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral. New York:Guilford Press;2004.
27. Babcock JC, Green CE, Robie C. Does batterer's treatment work? A meta analytic review of domestic violence treatment. Clin Psychol Rev 2004 Jan;23(8):1023-53.
28. Kazantis N, Deane EP, Ronhan KR. Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: a meta-analysis. Clin Psychology Sci Pract 2000;7:189-202.
29. Parker G, Roy K, Eyers K. Cognitive behavior therapy for depression? Choose horses for courses. Am J Psychiatry 2003 May;160(5):825-34.
30. Rachman S. Obituary. Am Psychol 2000;55(4):431-2.
31. Ellis A. Rational- emotive treatment of simple phobias. Psychoterapy 1997;28:452-6.

32. Ellis A. The role of irrational beliefs in perfectionism. In: Flett GL, Hewitt PC. Perfectionism: theory, research, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association;2002.
33. Rehm L. A self control model of depression. *Behav Ther* 1977;8:787-804.
34. Liu YL. The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting Taiwanese adolescents depressive tendency. *Adolescence* 2002 Winter;37(148):823- 34.
35. Ebrahimi A, Neshatdost HT, Kalantari M, Molavi H, Asadollahi Gh. [The share DAS subscales of general health subscales in predicting the odd ratio of depression] [Article in Persian]. *J Sharekord Univ Med Sci* 2007;9(4):52-8.
36. Alloy LB, Abramson LY, Hogan ME, Whitehouse WG, Ros. DT, Robinson MS, et al. The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *J Abnorm Psychol* 2000 Aug;109(3):403-18.
37. Brizendin L. The female brain. *Obstet Gynecol Manag* 2007 Aug 7;16(8):149-50.
38. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Sen FS, Icelli I. Postnatal depression in turkey: epidemiological and culture aspects. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2003 Mar;37(3):125-9.
39. Taylor S, Rachman SJ. Fear of sadness. *J Anxiety Disord* 1991;5(4):375-81.
40. Teasdale JD. The relationship between cognition and emotion: the mind-in-place in mood disorder. In: Clark DM, Fairburn CG. *The science and practice cognitive behavior therapy*. Oxford:Oxford University Press;1997.:67-93.