

تأثیر مشاوره بر میزان افسردگی پس از زایمان تروماتیک زنان نخست زا

مهناز عزیزی^۱، می نور لمیعیان^۲، سقراط فقیه زاده^۳

۱. کارشناسی ارشد مامایی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

۲. استاد یار گروه مامایی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، نویسنده مسوول

۳. استاد گروه آمار حیاتی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس.

افلاک / سال سوم / شماره ۶ و ۷ / بهار و تابستان ۱۳۸۶

چکیده

مقدمه و هدف: زایمان به عنوان واقعه ای تروماتیک می تواند مادر را در خطر ایجاد اختلالات پس از زایمان از جمله افسردگی قرار دهد. هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر مشاوره برنامه ای بر میزان افسردگی پس از زایمان تروماتیک در زنان نخست زای مراجعه کننده به کلینیک های مراقبت درمان بارداری و بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان آباد بود.

مواد و روش ها: در یک کار آزمایشی بالینی تصادفی، از تعداد ۳۲۴ زن باردار نخست زا در سه ماهه سوم که طبق ضوابط ورود به پژوهش انتخاب شده بودند، ۱۸۰ نفر بر حسب معیار DSM-IV زایمان تروماتیک را تجربه کردند که به روش تصادفی در دو گروه ۹۰ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و سوابق مامایی، چک لیست ضوابط ورود و خروج از مطالعه، مقیاس استاندارد ادینبورگ (EPDS)، مقیاس افسردگی-اضطراب-استرس - ۲۱ (DASS21) و مقیاس حمایت اجتماعی مادری (MSS) بود. واحدهای پژوهش در هر دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک، عوارض بارداری و سطح حمایت اجتماعی همگن شده و به لحاظ میانگین نمره افسردگی، اضطراب و استرس پیش از مداخله تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند ($P > 0.05$). گروه مداخله، مشاوره تحت برنامه را توسط ماما دریافت نموده و گروه کنترل مراقبتهای معمول را دریافت نمودند. هر دو گروه ۶-۴ هفته و سه ماه بعد مورد پیگیری قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و استنباطی انجام گردید.

یافته ها: پس از مداخله و در پیگیری دو نوبته بین میانگین نمرات افسردگی ۶-۴ هفته پس از زایمان ($p < 0.001$) و ۳ ماه پس از زایمان ($p < 0.001$) در دو گروه تفاوت آماری معناداری مشاهده شد.

نتیجه گیری: یافته ها مؤید آن است که اجرای مشاوره برنامه ای توسط ماما می تواند اثرات قابل توجهی بر کاهش میزان افسردگی زنان پس از زایمان تروماتیک داشته باشد.

مقدمه

زایمان به طور جدی موجب به هم ریختن احساسات مادر و اختلالات روانی کوتاه مدت یا بلندمدتی از قبیل افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از ضربه می شود (۱). تجربه تروما طی زایمان می تواند بر عملکرد روانی مادر و تطابق وی در دوران پس از زایمان تأثیرات منفی بجای گذارد (۲). طبق نظر انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴) هنگامی که یک واقعه تروماتیک ناگهانی اتفاق می افتد، حس کنترل فرد مختل می شود و عقاید و تصورات اساسی وی از جهان و افراد پیرامون را در هم می ریزد (۱). ترومای زایمانی می تواند به علل مختلفی مانند یک نتیجه منفی (مرد زایی)، یک عارضه مامایی (سزارین اورژانسی)، یک آشفتنگی روانی (ترس از بی حسی اپیدورال)، زایمان سخت و استفاده از وسایل مکانیکی حین زایمان ایجاد شود (۳). دوره پس از زایمان زمانی است که بیشترین خطر برای بروز افسردگی وجود دارد (۴). بیش از ۸۵ درصد زنان افسردگی خفیف را که به نام غم پس از زایمان شناخته می شود به درجاتی تجربه می کنند (۵). این وضعیت شامل علایمی مانند غم و اضطراب، اختلال در خلق، خستگی، دشواری در تمرکز، حملات وحشت زدگی، تغییر اشتها، گریه های طولانی، عدم علاقه به نوزاد و بی خوابی می باشد (۶). هنگامی که غم پس از زایمان تداوم یابد و بر شدت آن افزوده شود، بیمار به افسردگی پس از زایمان دچار می شود که معمولاً ظرف ۸-۶ هفته پس از زایمان رخ می دهد (۵). میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعات انجام شده در جهان در حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد گزارش شده است (۷). افسردگی پس از زایمان در تحقیقات انجام شده در ایران، شیوع بالایی دارد. از جمله حسن زهرایی و همکاران (۱۳۷۶) شیوع افسردگی پس از زایمان را در ماه سوم پس از زایمان ۳۵٪ (۸) و نمازی در شیراز شیوع افسردگی پس از زایمان را در هفته های ۱۰-۸، ۳۵٪ (۹) گزارش نموده اند. طیف وسیعی از علل در اتیولوژی

افسردگی پس از زایمان تروماتیک شامل عوامل ژنتیکی و ارثی (۷)، عوامل روانی (۱۰)، عوامل اجتماعی (۱۱) و عوامل بیولوژیکی (۱۲) مطرح می باشد. مشاوره توسط کادر زایمانی از ملاحظاتی است که به عنوان پیشگیری از افسردگی پس از زایمان مطرح شده است. حمایت عاطفی ماما در دوران پس از زایمان از بروز مشکلات عاطفی مادران جلوگیری می نماید (۱۳). مادرانی که پس از زایمان، اقدام های مداخله ای نظیر مشاوره، حمایت، درک و توجه از جانب ماما دریافت کردند در مقایسه با گروه کنترل به میزان کمتری به افسردگی و اضطراب مبتلا شدند (۱۴).

ماما به عنوان فردی مسؤول، نقشی مهم در ارائه مشاوره، حمایت، مراقبت و توصیه های لازم در طول بارداری، لیبر و دوران پس از زایمان دارد (۱۵). یکی از چهار اصل مدل مراقبت مامایی ارائه مشاوره و آموزش فردی به مادران در سنین باروری بویژه دوران بارداری، لیبر، زایمان و پس از زایمان می باشد که جهت کاهش میزان بروز زایمانهای تروماتیک و سزارین و عوارض آن از جمله افسردگی مورد آزمایش و ارزیابی قرار گرفته است (۱۵). تحقیقات اندکی تأثیر مشاوره مامایی بر کاهش افسردگی در دوران پس از زایمان را بررسی کرده اند. در جدیدترین مطالعه ای که در ایران صورت گرفته است مشاوره ارائه شده توسط ماما طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان بدون نیاز به مهارتهای روان درمانی به زنانی که یک زایمان تروماتیک را تجربه کرده بودند در کاهش افسردگی سه ماه پس از زایمان مؤثر بوده است (۱۶). در بررسی گمبل^۱ و همکاران (۲۰۰۵) نیز نتایج حاکی از تأثیر مشاوره در کاهش افسردگی پس از زایمان تروماتیک سه ماه پس از زایمان بود (۱۷). با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان در کشور طبق مطالعات انجام گرفته (۹،۸) تعداد مراجعین فراوان بویژه زنان نخست زا و نیز اهمیت مشاوره در بخش خدمات مامایی و اینکه تحقیقات انجام شده در چارچوب مشاوره برنامه ای توسط ماما و تأثیر آن بر افسردگی پس از زایمان محدود بوده، نیاز به انجام چنین

پژوهشی احساس شد. هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر مداخله مشاوره برنامه ای بر میزان افسردگی پس از زایمان تروماتیک در زنان نخست زای مراجعه کننده به سه کلینیک مراقبت دوران بارداری و بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان آباده بود.

مواد و روشها

این مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی یک سوکور است که در آن تأثیر مشاوره برنامه ای مامایی بر میزان افسردگی پس از زایمان تروماتیک در زنان نخست زای مراجعه کننده به سه کلینیک مراقبت دوران بارداری و بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان آباده در سال ۱۳۸۷ مورد مطالعه قرار گرفته است. جمعیت مورد مطالعه را کلیه زنان نخست زا در سه ماهه سوم بارداری با معیار سن ۱۸-۳۵ سال، درانتظار زایمانی با تولد نوزاد زنده و دارای توانایی تکمیل پرسشنامه و گفتگو به زبان فارسی تشکیل می دادند. گردآوری داده ها واطلاعات مورد نیاز در این مطالعه بوسیله چک لیست ضوابط ورود و خروج از مطالعه به همراه پرسشنامه دموگرافیک و سوابق مامایی، مقیاس استاندارد ادینبورگ (EPDS)^۱، مقیاس افسردگی- اضطراب و استرس (DASS-21)^۲ و مقیاس حمایت اجتماعی مادری (MSSS)^۳ بود. حجم نمونه با استفاده از مطالعه گمبل (۲۰۰۵) $\alpha = 0.05$ و $1 - \beta = 0.8$ و سطح اطمینان ۹۵ درصد ۹۰ نفر در گروه مداخله و ۹۰ نفر در گروه کنترل بدست آمد. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: کسب نمره ۱۰ یا بیشتر در آزمون استاندارد افسردگی ادینبورگ، سابقه افسردگی طی بارداری، سابقه افسردگی پس از زایمان در فامیل درجه یک، مصرف داروهایی که علائم افسردگی ایجاد می کنند نظیر داروهای ضد صرع، داروهای ضد فشار خون، داروهای کورتیکواستروئیدی، دیگوکسین، داروهای مدر، آرام بخش های قوی، داروهای ضد پارکینسون، ابتلا به بیماریهای مزمن، ابتلا به بیماری

هایی که خود باعث افسردگی می شوند مانند صرع، مولتیپل اسکلروسیس، میگرن، بروز حوادث استرس آور طی یک سال قبل و تا پایان مطالعه مانند مرگ نزدیکان، همسر، نوزاد، جنین ناهنجار، مشکلات مالی ناگهانی، مشکلات زناشویی و طلاق، اعتیاد به مواد مخدر و مادرانی که خود یا نوزادشان نیازمند مراقبت ویژه بودند. قابل ذکر است که استفاده از مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ اواخر سه ماهه سوم بارداری به منظور خروج زنان افسرده (کسب امتیاز ۱۳ یا بیشتر) یا زنان در معرض خطر افسردگی (کسب امتیاز ۱۲-۱۰) از مطالعه و در نهایت ورود زنان فاقد افسردگی به مطالعه بود.

از ۲۲۴ نفری که شرایط ورود به مطالعه را داشتند رضایت نامه آگاهانه و کتبی گرفته شد. پایایی پرسشنامه DASS_21 در بخش افسردگی (۰/۸۵)، بخش اضطراب (۰/۹۵) و بخش استرس (۰/۸۲) در مطالعه ای از ایران مورد تایید گزارش شده است (۱۸). بومی شدن پرسشنامه EPDS در ایران مورد مطالعه و تأیید قرار گرفته و اعتبار آن ۰/۵۸ گزارش شده است (۱۹). همچنین پرسشنامه MSSS در مطالعه دیگری در ایران دارای اعتبار گزارش شده است (۱۶).

سپس طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان جهت تعیین زایمان تروماتیک از معیار A تشخیص اختلال استرس پس از تروما بر مبنای DSM-IV^۴ استفاده شد. این معیار در جستجوی اطلاعاتی پیرامون تشخیص یک واقعه تروماتیک و شروع پاسخ عاطفی به آن می باشد. بر این اساس از فرم ۴ سوالی طراحی شده که دو سؤال اول جنبه تهدید و دو سؤال دوم پاسخ هیجانی مادر را بررسی می کند استفاده شد. تعیین اعتبار علمی این فرم چهار سؤالی در مطالعات متعدد صورت گرفته است (۲۰، ۱۶). در صورت پاسخ مثبت به حداقل یک مورد از دو سؤال اول و همچنین حداقل یک مورد از دو سؤال بعدی،

1. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
2. Depression Anxiety and Stress Scale 21 (DASS2)
3. Maternity Social Support Scale (MSSS)
4. Diagnostic statistical manual IV (DSM-IV)

پرسشگر آموزش دیده که از گروه بندی افراد آگاه نبود (یک سوکور) انجام گرفت. این روش به منظور کاهش تاثیرات احتمالی آزمونگر بکار گرفته شد. داده ها با استفاده از نمونههای آماری مجذور کای و تی مستقل و زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

واحد های پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل از نظر اطلاعات دموگرافیک (سن ، سطح تحصیلات ، وضعیت اقتصادی، وضعیت شغلی)، عوارض دوران بارداری، سطح حمایت اجتماعی مادری، سطوح افسردگی، اضطراب و استرس بر اساس آزمون مجذور کای همگن بوده و تفاوت آماری معناداری بین دو گروه از نظر موارد یاد شده وجود نداشت ($p > 0/05$) (جدول شماره ۱).

نتایج پژوهش نشان داد طی ۶-۴ هفته پس از زایمان میانگین نمرات افسردگی در گروه مداخله ۲/۶۱ و در گروه کنترل ۵/۵۸ بود آزمون آماری تی مستقل، تفاوت مشاهده شده در دو گروه را ۶-۴ هفته پس از زایمان معنادار نشان داد ($p < 0/001$). چنانچه ملاحظه می گردد گروه کنترل میانگین نمرات افسردگی بالاتری نسبت به گروه مداخله داشتند (جدول شماره ۲).

در ماه سوم پس از زایمان میانگین نمرات افسردگی در گروه مداخله ۱/۴۶ و در گروه کنترل ۵/۹۸ بود. تفاوت میانگین نمرات افسردگی ۳ ماه پس از زایمان در دو گروه بر اساس آزمون تی مستقل معنادار بود ($p < 0/001$) و میزان افسردگی ۳ ماه پس از زایمان در گروه مداخله از گروه کنترل کمتر بود (جدول شماره ۳).

همچنین مقایسه میانگین نمرات افسردگی ۶-۴ هفته و ۳ ماه پس از زایمان در هر گروه، با استفاده از آزمون آماری تی زوجی نشان داد که در گروه مداخله تفاوت آماری

زایمان، تروماتیک در نظر گرفته می شد. در مجموع از ۳۲۴ نفر که اواخر سه ماهه سوم بارداری شرایط ورود به مطالعه را داشتند طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان ۱۸۰ نفر طبق پاسخ به سوالات معیار DSM-IV زایمان تروماتیک را تجربه نمودند. نمونه هایی که در روزهای فرد هفته جهت انجام زایمان به بیمارستان امام خمینی مراجعه کرده بودند در گروه مداخله (۹۰ نفر) و واحدهای پژوهشی که در روزهای زوج هفته جهت انجام زایمان مراجعه نموده بودند در گروه کنترل (۹۰ نفر) قرار گرفتند.

گروه مداخله تحت برنامه مشاوره مامایی ۱ قرار گرفتند و گروه کنترل فقط مراقبتهای معمول پس از زایمان را دریافت نمودند. برنامه مشاوره مامایی طی دو جلسه به صورت یک جلسه مشاوره انفرادی ۲ به مدت ۶۰-۴۰ دقیقه طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان در بخش مراقبت های پس از زایمان و مجدداً از طریق تماس تلفنی ۶-۴ هفته پس از زایمان توسط ماما ی پژوهشگر به گروه مداخله ارائه شد. این برنامه در چارچوب مدل مراقبت مامایی و بر اساس محتوای مشاوره مطالعه گمبل توسط پژوهشگر طراحی و از طریق پانل خبرگان اعضای هیئت علمی مامایی و متخصص روانپزشکی و روانشناس بالینی مورد تأیید قرار گرفت. طبق نظر متخصصین و مقالات منتشره، اجرای این برنامه نیازمند مهارتهای تخصصی روانشناسی نمی باشد (۱۷،۱۶). استراتژی های مشاوره شامل ارتباط درمانی بین ماما و مادر، پذیرش ادراکات مادر، حمایت مادر در ابراز احساسات، بر طرف ساختن ابهامات، برقراری ارتباط بین ترومای زایمانی و احساسات و رفتارهای مادر، مرور لیبر، تقویت و ارتقاء حمایت اجتماعی، تقویت افکار مثبت و کمک به مادر جهت کشف راه حل می باشد.

تکمیل مقیاس DASS-21 و MSSS توسط هر دو گروه مداخله و کنترل در دو نوبت ۶-۴ هفته پس از زایمان و سه ماه پس از زایمان صورت پذیرفت. پیگیری و تکمیل پرسشنامه های ماه سوم پس از زایمان هر دو گروه مداخله و کنترل به صورت حضوری و مراجعه به درب منازل، توسط

معناداری ($p < 0/001$) بین میانگین نمرات افسردگی ۴-۶ هفته و ۳ ماه پس از زایمان وجود داشت. اما این آزمون تفاوت آماری معناداری بین میانگین نمرات افسردگی ۴-۶ هفته و ۳ ماه پس از زایمان در گروه کنترل نشان نداد ($p = 0/19$) (جدول شماره ۴).

بحث

افسردگی پس از زایمان یک مفهوم کلیدی برای سلامتی مادر-نوزاد می باشد. بنابراین، مداخله مناسب برای سلامتی مادر و نوزاد حایز اهمیت است (۲۰). در میان کارکنان بخش بهداشت، ماما وظیفه مهمی در امر مشاوره و آموزش بهداشت نه تنها برای زنان بلکه برای خانواده و جامعه داشته و مسئول حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک، ارائه مراقبت با کیفیت بالا و دادن اطلاعات صحیح به مادر است (۱۵). تحقیقات نشان می دهد که مشاوره و حمایت ماما به مادران در دوران پس از زایمان، آنها را برای سازگاری با احساساتشان یاری می کند و در بهبودی عاطفی و سازگاری آنان با نقش مادری سهم مهمی دارد (۱۴).

در مطالعه ای بعد از ارائه یک جلسه مشاوره توسط ماما به مادران در روز دوم پس از زایمان، کاهش افسردگی زنان گروه مداخله نسبت به گروه کنترل سه هفته پس از زایمان گزارش شد (۱۴). در تحقیق گمبل و همکاران یافته ها نشان داد از ۵۰ مادر گروه مداخله ۱۶ نفر و از ۵۳ مادر گروه کنترل ۱۸ نفر با استفاده از مقیاس EPDS امتیاز بیشتر از ۱۲ را کسب نمودند. تفاوت آماری معناداری در تعداد افراد افسرده بین دو گروه مداخله و کنترل ۴-۶ هفته پس از زایمان دیده نشد. برای سنجش افسردگی ۳ ماه پس از زایمان علاوه بر مقیاس EPDS از مقیاس DASS-21 نیز استفاده نمودند و به نتایج مشابهی با پژوهش حاضر دست یافتند. بطوریکه ۳ نفر در گروه مداخله و ۱۴ نفر در گروه کنترل با مقیاس DASS-21 امتیاز بیشتر از ۱۳ را سه ماه پس از زایمان

کسب کردند. تفاوت بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر تعداد افراد افسرده در پیگیری سه ماه پس از زایمان بر خلاف ۴-۶ هفته پس از زایمان از لحاظ آماری معنادار بود (۱۷). تفاوت در نتایج پژوهش حاضر و مطالعه گمبل و همکاران احتمالاً می تواند مربوط به تفاوت حجم نمونه در دو مطالعه و متفاوت بودن معیارهای ورود به مطالعه و نوع مشاوره باشد.

در مطالعه حسن زهرایی و همکاران پس از حمایت عاطفی اطلاعاتی گروه مداخله توسط ماما روزهای دوم و دهم پس از زایمان، تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره افسردگی با استفاده از مقیاس EPDS روز ۴۵ پس از زایمان بین دو گروه حمایت شده و حمایت نشده مشاهده شد (۲۱).

در پژوهش ریندینگ^۱ و همکاران پس از تقسیم تصادفی ۱۰۶ مادر به دو گروه مداخله و کنترل، مشاوره گروهی توسط یک روانشناس مادر و کودک و یک ماما به گروه مداخله طی ۲-۱ ماه پس از زایمان ارائه گردید. نتایج تفاوت معنی داری بین دو گروه مداخله و کنترل در میزان متوسط امتیاز افسردگی که با مقیاس EPDS سنجیده شده بود شش ماه پس از زایمان نشان نداد (۲۲). شاید تفاوت تعداد نمونه در دو مطالعه، متفاوت بودن ابزار اندازه گیری و شیوه مشاوره و زمان پیگیری دو گروه باعث تفاوت در نتایج پژوهش حاضر و مطالعه ریندینگ و همکاران باشد.

در مطالعه اسمال^۲ و همکاران از ۵۲۰ نفر گروه مداخله ۸۱ نفر و از ۵۲۱ نفر گروه کنترل ۶۵ نفر با استفاده از مقیاس EPDS شش ماه پس از زایمان افسرده تشخیص داده شدند. تفاوت بین دو گروه مداخله و کنترل در این زمان از نظر آماری معنادار نبود (۲۳). تفاوت در نتایج پژوهش حاضر و مطالعه اسمال و همکاران شاید به دلیل تفاوت در معیارهای ورود و خروج به مطالعه، نوع مداخله، ابزار اندازه گیری و زمان ارزیابی باشد.

در پژوهش جعفر بگلو و همکاران تفاوت آماری معناداری در تعداد افراد افسرده بین دو گروه مداخله و کنترل طی ۴-۶

1. Rynding
2. Small

بدین منظور پیشنهاد می گردد با آموزش دقیق، پرسنل مامایی را به ارزش و نقش کاری خود واقف ساخته و از نیروی سازنده آنان جهت مشاوره و آموزش مادران در دوران بارداری و پس از زایمان استفاده شود. مسؤولین وزارت بهداشت نیز می توانند با برنامه ریزی جهت استفاده بهینه از نیروی مامایی در کشور، خدمات گسترده بهداشت روان را در دوران بارداری و پس از زایمان تقویت نمایند. مسؤولین برنامه ریزی آموزش مامایی می توانند آموزش مشاوره و مهارتهای ارتباطی را در برنامه آموزش کلاسیک رشته مامایی مد نظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و دانشکده علوم پزشکی در تصویب اعتبار این پژوهش و از همکاری صمیمانه اعضای پانل خبرگان علمی و کارکنان محترم مراکز بهداشتی - درمانی شهر آباءه و واحد های پژوهش که در انجام این پژوهش ما را یاری داده اند، قدردانی می نمایم.

هفته پس از به دست نیامد اما تفاوت مشاهده شده در دو گروه سه ماه پس از زایمان معنا دار بود (۱۶). تفاوت در معیارهای ورود به مطالعه، نحوه مشاوره و کمتر بودن تعداد جلسات مشاوره نسبت به پژوهش حاضر را شاید بتوان از علل تفاوت در نتایج پژوهش حاضر با مطالعه جعفر بگلو و همکاران در پیگیری ۴-۶ هفته پس از زایمان ذکر کرد.

نتایج مثبتی که در پژوهش حاضر حاصل شد می تواند به چند علت باشد. در پژوهش حاضر واحدهای پژوهش از نظر فاکتورهای متعدد اواخر سه ماهه بارداری و مرحله اول نمونه گیری همگن شده بودند. خروج افراد افسرده از مطالعه طبق مقیاس EPDS در مرحله اول نمونه گیری صورت گرفت. و محتوای مشاوره در چارچوب مدل مراقبت مامایی طراحی و مراحل اعتبار سازی آن طی گردید. از نقاط قوت دیگر پژوهش حاضر می توان به این مورد اشاره کرد که پیگیری ماه سوم پس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل به روش یک سوکور انجام گرفت که در مطالعات خارجی این روش اعمال نشده بود. تاکید مطالعه بر زنان باردار نخست زا با توجه به مشکلات عدیده در این گروه در غیاب کلاسهای آمادگی زایمانی را از ویژگی های دیگر این پژوهش می توان برشمرد. مشکلات مربوط به هماهنگی پرسشگر با واحدهای پژوهش جهت مصاحبه حضوری و تکمیل پرسشنامه سه ماه پس از زایمان، صرف وقت زیاد به علت تنوع پرسشنامه ها و تعداد زیاد سؤالات، بالا بودن هزینه انجام پژوهش با توجه به بالا بودن حجم نمونه مورد بررسی از جمله محدودیت های پژوهش بودند.

نتیجه گیری

توصیه می گردد در مراکز زایمانی از شیوه نوین مراقبت مامایی مبتنی بر مشاوره استفاده شود که طبق این شیوه نیازهای حمایتی و عاطفی هر زن توسط پرسنل مجرب مامایی برآورده می گردد و از این طریق احتمال می رود از اختلالات روانی و عوارض آنها از جمله افسردگی کاسته شود.

جدول شماره ۱- خصوصیات دموگرافیک و عوارض دوران بارداری در دو گروه مورد بررسی

خصوصیات دموگرافیک	گروه مداخله		گروه کنترل		P)	سطح معناداری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
سن کمتر از ۲۰ (سال)	۷	۷/۸	۶	۶/۷	۰/۷۸	
۲۰-۲۵	۴۸	۳۵/۳	۴۹	۵۴/۴		
۲۵-۳۰	۲۸	۳۱/۱	۳۱	۳۴/۴		
۳۰-۳۵	۷	۸/۷	۴	۴/۴		
سطح تحصیلات	۲	۲/۲	۲	۲/۲		
بیسواد ابتدایی و راهنمایی	۲۰	۲۲/۲	۱۷	۱۸/۹	۰/۸۴	
دبیرستان	۲۳	۲۵/۶	۲۰	۲۲/۲		
دیپلم و بالاتر	۴۵	۵۰	۵۱	۵۶/۷		
وضعیت اقتصادی	۱۳	۱۴/۴	۱۲	۱۳/۳		
مطلوب تا حدی	۶۷	۷۴/۴	۶۲	۶۸/۹	۰/۴۴	
مطلوب نامطلوب	۱۰	۱۱/۱	۱۶	۱۷/۸		
وضعیت شغلی	۷۸	۸۶/۷	۷۹	۸۷/۸	۰/۸۲	
خانه دار شاغل	۱۲	۱۳/۳	۱۱	۱۲/۲		
عوارض دوران بارداری	۳	۳/۳	۷	۷/۸	۰/۱۹	
فشار خون بالا	۱	۱/۱	۲	۲/۲	۰/۵۶	
بارداری دیابت حاملگی	۹	۱۰	۱۴	۱۵/۶	۰/۲۶	
لکه بینی یا خونریزی	۱۰	۱۱/۱	۱۹	۲۱/۱	۰/۰۷	
بستری در بیمارستان						

* آزمون مجذور کای

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی بین دو گروه مداخله و کنترل اواخر سه ماهه سوم بارداری (پیش از مداخله) و ۳ ماه پس از زایمان (پس از مداخله)

افسردگی	اواخر سه ماهه سوم بارداری	۳ ماه پس از زایمان	سطح * معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪	تفاضل میانگین ها	گروه	
						مداخله	کنترل
۴/۱۱ (۳/۷۷)	۴/۱۱ (۳/۷۷)	۱/۴۶ (۱/۶۴)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	حد بالا	حد پایین	
۴/۵۷ (۳/۸۸)	۴/۵۷ (۳/۸۸)	۵/۹۸ (۳/۵۱)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	حد بالا	حد پایین	

* آزمون تی مستقل

** اعداد به صورت (انحراف معیار) میانگین می باشند

جدول شماره ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی هر دو گروه مداخله و کنترل، ۶-۴ هفته ۳ و ۳ ماه پس از زایمان (پس از مداخله)

افسردگی	۶-۴ هفته پس از زایمان	افسردگی ۳ ماه پس از زایمان	سطح * معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪	تفاضل میانگین ها	گروه	
						مداخله	کنترل
۲/۶۱ (۲/۶۷)	۲/۶۱ (۲/۶۷)	۱/۴۶ (۱/۶۴)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	حد بالا	حد پایین	
۵/۵۳ (۳/۷۴)	۵/۵۳ (۳/۷۴)	۵/۹۷ (۳/۵۱)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	حد بالا	حد پایین	

* آزمون تی زوجی

** اعداد به صورت (انحراف معیار) میانگین می باشند

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی دو گروه مداخله و کنترل اواخر سه ماهه سوم بارداری (پیش از مداخله) و ۶-۴ هفته پس از زایمان (پس از مداخله)

افسردگی	نمره افسردگی اواخر سه ماهه سوم بارداری	نمره افسردگی ۶-۴ هفته پس از زایمان	سطح * معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪	تفاضل میانگین ها	گروه	
						مداخله	کنترل
۴/۱۱ (۳/۷۷)	۴/۱۱ (۳/۷۷)	۲/۶۱ (۲/۶۸)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	حد بالا	حد پایین	
۴/۵۷ (۳/۸۸)	۴/۵۷ (۳/۸۸)	۵/۵۸ (۳/۷۴)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	حد بالا	حد پایین	

* آزمون تی مستقل

** اعداد به صورت (انحراف معیار) میانگین می باشند

منابع

1. Gamble J, Creedy DK, Webster J, Moyle W. A review of literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *J of Midwifery*. 2002; 18:72-79.
2. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *J of Birth*. 2003;30:36-46.
3. Beck CT, Driscoll J, Driscoll JW. Postpartum mood and anxiety disorders, a clinician's guide. USA: Jones and Bartlett. 2006; 16-20.
4. Gale S, Harlow B. Postpartum mood disorders: review of clinical and epidemiological factors. *J of Psychosom Obstet Gynecol*. 2003;24(4):257-266.
5. Murray D, Cox J, Chapman p, Jones P. Childbirth life event of long term difficulty. *British Journal of Psychiatry*. 1992;160:596-600
6. Georgipoulous A. Routine screening for postpartum depression. *Journal of Family Practice*. 2001;50(2):113-117.
7. Adewuya A, Fatoye F, Ola B, Ijaodola O, Ibigbami S. Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian Women. *J of Psychiatr Pract*. 2005;11(5):353-358.
۸. حسن زهرایی ر، خدادوستان م، اسدالهی ق، بشردوست ن. بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانم های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان. *مجله علمی دانشکده پرستاری مامایی اصفهان*. ۱۳۷۸؛ ۱: ۶۵-۵۷.
۹. نمازی ش. بررسی نقش تعدادی از متغیرهای روانشناختی و دموگرافیک در افسردگی پس از زایمان. *مجله پزشکی هرمزگان*. ۱۳۷۸؛ ۱(۳): ۲۴-۱۷.
10. Ryan J, Berkowitz S, Barbieri L, Dunaif A. *Kistners gynecology & women's health*. 7th ed, Mosby, New York, 1999:519-539.
11. Mallikarjun P, Oyeboode F. Prevention of Postnatal depression. *J of R Soc Health*. 2005; 125(5):221-22.
۱۲. احمدی ا، آذری ز. تأثیر حمایت اجتماعی شوهران بر افسردگی پس از زایمان همسران. *مجله تحقیقات پرستاری و مامایی*. ۱۳۸۴؛ ۵۵: ۶۲-۲۸.
13. Mauthner N. Postnatal depression: how can midwives help? *J of Midwifery*. 1997: 163-171.
14. Lavander T, Walkinshaw SA. Can idwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized controlled trial. *J of Birth*. 1998;25:215-219.
15. International definition of a midwife available from. <http://www.cfmidwifery.org>. Accessed on 2008.
۱۶. تقی زاده ز، جعفریگلوم، اربابی م، فقیه زاده س. تأثیر مشاوره بر اختلال استرس پس از تروما در زایمان تروماتیک. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*. ۱۳۸۶؛ ۱۳(۴): ۳۱-۲۳.
17. Gamble J, Creedy DK, Moyle W, Webster J, McAlister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *J of Birth*. 2005; 32(1):11-19.
۱۸. حسن زاده سیلویی م، ولیان پور ز. رابطه دینداری با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان. *چکیده مقالات همایش منطقه ای بهداشت روان و جوان، کاشمر*. ۱۳۸۶؛ ۲۳.
19. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *J of Bio Med Central Psychiatry*. 2007;7:11.
۲۰. بهدانی ف، حبرانی پ، افضل آقایی م، ناصرینیا ش، کرباسچی ز. تأثیر عوامل مامایی و روانشناختی موثر بر سلامت روانی زنان پس از زایمان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان*. ۱۳۸۴؛ ۲۴(۷): ۵۱-۴۶.

۲۱. حسن زهرایی ر، فهامی ف، یزدانی م، احمدی ز، بشردوست ن. نقش حمایتی ماما در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین. ۱۳۸۲؛ ۲۵ : ۱۹-۲۵.

22. Rynding E L, Wiren E, Johansson G, Ceder B, Dahlstrom AM. Group counseling for mother after emergency cesarean section. J of Birth. 2004;31(4):247-253.

23. Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenstrom U. Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. British Medical Journal. 2000;321:1043-1047.