

بررسی مطالعات اثربخشی مداخلات درمانی بر افسردگی زایمان در زنان باردار ایرانی (۱۳۹۸-۱۳۹۰)

پندار جاهد عطایان^۱، سهیلا بهتویی^۲

^۱ دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سیستان بلوچستان، اهواز، ایران.

^۲ دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

نام نویسنده مسئول:

پندار جاهد عطایان

چکیده

زمینه و هدف: یکی از اختلالات روانشناختی در حاملی و دوره پس از آن افسردگی است که تهدیدی برای سلامت و امنیت مادر و نوزاد می باشد. هدف پژوهش حاضر عبارت از بررسی پژوهش های انجام شده پیرامون اثر بخشی مداخلات درمانی بر افسردگی زنان باردار ایرانی در دهه ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۸ بود. مواد و روش: در این مرور ۱۲ پژوهش که دارای ویژگی ها و اطلاعات لازم بودند، انتخاب شدند و نتایج آن ها مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که مداخلات درمانی انجام شده اثر قابل ملاحظه ای بر افسردگی دارند. نتیجه گیری: براساس بررسی حاصل نتیجه گیری می شود که مداخلات انجام شده در پژوهش های مورد بررسی تاثیر مناسبی بر کاهش افسردگی بارداری دارند و بهتر است با توجه به شرایط مادران باردار یکی از روش ها را انتخاب کرده و پیاده سازی کنیم تا بتوانیم از بروز افسردگی در این بازه زمانی خیلی مهم جلوگیری کنیم.

واژگان کلیدی: افسردگی، بارداری، افسردگی زایمان.

مقدمه

بارداری، زایمان و مادر شدن از مهم ترین وقایع زندگی زنان می باشند [۱]. مشکلات خلقی از جمله اضطراب و افسردگی، مخصوصاً اختلال افسردگی زایمان از شایع ترین اختلالات روانشناختی است که در دوران بارداری و پس از آن بروز می کند. حاملگی یکی از عوامل استرس زای بزرگ زندگی است که می تواند سبب آشکار شدن یا تشدید زمینه ابتلا به افسردگی شود [۲].

بارداری، شادی بخش ترین تجربه زندگی زنان است، ولی نگرانی درباره وضعیت و سلامت جنین، تغییرات جسمی، ترس از زایمان، نگرانی درباره مراقبت کافی در بارداری، کاهش انرژی جهت انجام فعالیت های روزمره، باعث بروز یا تشدید زمینه ابتلا به افسردگی و اضطراب و استرس در دوران بارداری می شود [۳].

افسردگی اساسی، حالتی است که با دوران ثابتی از خلق پایین و فقدان لذت و علاقه مشخص می شود [۴]. افسردگی دوران بارداری، گاهی توانایی عملکرد روزانه، پذیرش نقش جدید، اجرای مسئولیت های زندگی و پیامدهای حاملگی را برای زنان باردار دچار اختلال می کند [۵]. همراهی افسردگی با اضطراب می تواند بیش ترین اثر را بر احتمال زایمان زودرس داشته باشد و این اثر بسیار بیش تر از اثر افسردگی به تنهایی است [۶].

حاملگی از عامل پر استرس زندگی است که می تواند این واقعه بزرگ به عنوان زمینه هسبب پذیری برای ابتلا به اختلالات افسردگی و اضطرابی گردد، عوامل خطر آسیب پذیری به افسردگی در دوران بارداری شامل سن پایین، درآمد پایین، سواد کم، سابقه شخصی یا خانوادگی افسردگی، سابقه سقط یا ختم حاملگی، سو سابقه جنسی در دوران کودکی، مشکلات زناشویی، حاملگی ناخواسته، اضطراب بالای مادر، اعتماد به نفس پایین، وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین، مصرف سیگار و جدایی از همسر می باشد [۷].

مطالعات زیادی به وجود نشانه های افسردگی در دوران بارداری پرداخته است. برای بسیاری از زنان، بارداری دوره پر استرسی بوده و نیازمند نوعی سازگاری روانی است تا سلامت مادر و جنین تامین گردد [۸]. مطالعات تجربی نشان می دهد که ۲۵-۱۵٪ از زنان، اضطراب با افسردگی بالا در دوران بارداری تجربه می کنند که در مقایسه با دوران پس از زایمان بالاتر است [۹]. در مطالعه ای شیوع افسردگی زنان بیش از تولد نوزاد از ۷٪-۲۰٪ گزارش شده است [۱۰].

حاملگی و دوره پس از آن، با تغییرات روان شناختی و فیزیولوژیکی بسیار مهمی همراه است که گاهی منجر به تغییرات پاتولوژیک و بروز اختلالات روانی می گردد. اختلالات روانی بارداری، از جمله افسردگی در صورت بروز، مشکلاتی را برای مادر، نوزاد و سایر افراد خانواده ایجاد می کند و چنین وضعیتی ممکن است بر میزان دلبستگی مادر و نوزاد و سایر روابط خانوادگی تاثیر گذاشته و حتی تهدیدی برای امنیت و سلامت مادر، نوزاد و سایر فرزندان باشد [۱۱].

علی رغم شیوع بالا و عوارضی که افسردگی، اضطراب و استرس برای مادر و کودک به همراه دارد، کماکان توجه به وضعیت روانی مادران باردار در دوران حاملگی مورد غفلت مراقبین بهداشتی می باشد [۱۲]. بررسی ها نشان داده که میزان اضطراب و استرس مادران باردار از الگوی U شکل تبعیت می کند، به نحوی که در سه ماهه اول و سوم بارداری افزایش می یابد. بنابراین به منظور جلوگیری از این عوارض افسردگی زایمان، باید مادران باردار را از استراتژی هایی برای مقابله با استرس و اضطراب مرتبط با بارداری و سازگاری های فیزیکی درون فردی و خانوادگی بهره مند نمود تا حد امکان از افسردگی زایمان جلوگیری به عمل آوریم [۱۳].

روش کار

این مطالعه یک مطالعه توصیفی است و با توجه به روش اجرا مطالعه مرور نظامدار تلقی می شود. مرور تحقیقات گذشته به شیوه های مختلفی انجام می شود که ما در این پژوهش از شیوه نظامدار استفاده شده است که نوعی مطالعه و تحلیل ثانویه مطالعات پیشین است. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه مقالات پژوهشی مطالعات کمی در خصوص روش هایی که باعث تعدیل افسردگی در زنان باردار ایرانی در دوره زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۸ به چاپ رسیده است می باشد.

شیوه جستجو

به دلیل اینکه این مطالعه فقط جامعه ایرانی را در بر دارد از مقالات فارسی و یا تحقیقات ایرانی که به زبان خارجی به چاپ رسیده اند استفاده کردیم.

به همین منظور برای جستجو از عنوان، چکیده و واژه های خاص مرتبط با موضوع استفاده کردیم. و همچنین برای یافتن مقالات ایرانی چاپ شده به زبان خارجی در سایت های مرکز داده های پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (Irandoct)، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران، بانک اطلاعات نشریات کشور، ساینس دایرکت، گوگل اسکولار و پایگاه اطلاعاتی

pub med استفاده کردیم. همچنین کلید واژه های انتخابی برای جستجو به ترتیب (افسردگی، اختلال خلقی، زایمان، افسردگی پس از زایمان) انتخاب شدند.

بعد از به دست آوردن مقالات به غربالگری آنها پرداختیم. بدین صورت که مقالات تکراری، مقالات خارج از بازه زمانی مورد نظر، مقالاتی که جامعه آماری نامناسب یا اطلاعات ناقصی ارائه داده بودند، مقالاتی که جامعه آماری آنها زنان باردار نبودند در مرحله اول حذف شدند. و مقالات باقی مانده مجدداً مورد غربالگری قرار گرفتند چون ما در این پژوهش تنها به مقالاتی که نشان دهنده مداخله ای برای کاهش افسردگی دوران بارداری بودند احتیاج داشتیم به همین خاطر مقالاتی که شامل تعیین عوامل افسردگی، علت های به وجود آمدن افسردگی، شرایط زایمان (زودرس، سزارین، طبیعی و ...)، مقایسه قبل و بعد از افسردگی بارداری و عوامل موثر بر تشدید افسردگی بارداری بود در این مرحله از پژوهش کنار گذاشته شدند و در نهایت تعداد ۱۲ مقاله باقی ماندند که وارد مراحل بعدی پژوهش شدند. لازم به توضیح است که تعداد قابل توجهی از مطالعات تکراری بود که آنها هم از مطالعه ما حذف شدند.

پس از ارزیابی کیفی مطالعات، یافته های هر مطالعه در فرم اطلاعات، به عنوان ابزار جمع آوری داده ها، وارد و سپس داده ها متاآنالیز شدند. متاآنالیز فرایند آماری است که نتایج چندین مطالعه مستقل را که قابل ترکیب هستند، ادغام می کند. برای بررسی وضعیت همگونی یافته ها علاوه بر استفاده از کای دو از روش مشاهده ای استفاده شد.

یافته ها

پس از جستجو، غربالگری و ارزیابی کیفی مقالات، در پایان بر روی ۱۲ مقاله کار را شروع کردیم. و چون فقط مطالعاتی را انتخاب کردیم که مداخله ی درمانی در کاهش یا عدم کاهش افسردگی را نشان می دادند تمامی مقالات در یک بخش (مداخله درمانی) ارائه می شوند. اطلاعات مربوط به این مطالعات در جدول ۱ به صورت خلاصه آمده است.

از ۱۲ مقاله ای که به مداخلات موثر بر کاهش افسردگی در زنان باردار اشاره کرده بودند ۳ مقاله با ابزار DASS، ۳ مقاله با ابزار بک، ۵ مقاله با ابزار ادینبرگ و یک مقاله با ابزار GHQ انجام شده بود. حجم نمونه کلی این ۱۲ مقاله ۶۶۰ نمونه بود.

جدول ۱: مشخصات مطالعات مربوط به مداخلات کاهش افسردگی در دوران بارداری زنان ایرانی

ردیف	ابزار	تعداد نمونه	نوع مداخله	یافته ها
۱	ادینبرگ	۳۸ (گروه مداخله و کنترل)	اثر بخشی مداخله دلبستگی ترکیبی	میانگین نمرات افسردگی گروه مداخله در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه شاهد به میزان معنی داری پایین تر است.
۲	DASS-42	24 (گروه مداخله و کنترل)	مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر استرس، اضطراب و افسردگی	میانگین نمرات وضعیت روانی گروه آزمایشی در مرحله پس آزمون به طور معنی داری کمتر از میانگین نمرات استرس در گروه شاهد بود.
۳	GHQ-28	۶۰ (گروه مداخله و کنترل)	اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی	آموزش مهارت های زندگی بر اضطراب و اختلال خواب، افسردگی موثر است.
۴	DASS-۲۱	۸۰ (گروه مداخله و کنترل)	تاثیر مشاوره معنویت	پس از مداخله و دو ماه بعد، تفاوت معناداری در میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس به وجود آمد.
۵	بک	۱۲۰ (گروه مداخله و کنترل)	تاثیر آموزش مهارت های شناختی	بعد از آموزش در گروه آزمون میانگین نمره افسردگی از ۳۸/۱۳ به ۲۹/۹۵ کاهش یافت.
۶	ادینبرگ	۳۲ (گروه مداخله و کنترل)	اثر بخشی گروه درمانی وجودی	نمرات پس آزمون افسردگی اعضای گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری دارد.

۷	ادینبرگ	۳۰ (گروه مداخله و کنترل)	اثر بخشی درمان مبتنی بر آموزش یادآوری خاص	درمان مبتنی بر آموزش یادآوری خاص در کاهش علایم افسردگی تأثیر داشت
۸	بک	۳۱ (گروه مداخله و کنترل)	اثر بخشی ذهن آگاهی	ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و اضطراب دوره بارداری تأثیر معنیداری دارد.
۹	DASS-۲۱	۷۸ (گروه مداخله و کنترل)	اثر بخشی تکنیک های تن آرامی	بعد از مداخله افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار در گروه مداخله به طور معنی داری کاهش یافت.
۱۰	ادینبرگ	۳۲ (گروه مداخله و کنترل)	اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی داری باعث کاهش افسردگی و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی، در مقایسه با گروه کنترل شد
۱۱	بک	۶۰ (گروه مداخله و کنترل)	بررسی تأثیر مشاوره شناختی رفتاری گروهی	تفاوت معنی داری بین گروه آزمون و شاهد وجود داشت و باعث بهبود افسردگی می شود.
۱۲	ادینبرگ	۷۵ (گروه مداخله و کنترل)	بررسی رفتار درمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	نمرات گروه های مداخله در مقایسه با گروه کنترل در مقیاس اضطراب و افسردگی در پس آزمون تغییرات معنی دار داشت. افسردگی و اضطراب پس از مداخلات، کاهش یافت و اندازه این کاهش در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بود.

در بررسی حاضر نشان دهنده این است که تمامی مداخلات انجام شده می تواند در بهبود و تعدیل افسردگی زایمان موثر و مفید باشد.

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می کنید از بین ۱۲ مورد انتخابی ۳ مورد سطح معنی داری را گزارش نکرده اند که از پژوهش حذف می شوند. بنابراین برای مقایسه سطح معنی داری و اثربخشی بیشتر ۹ مقاله را مورد بررسی قرار می دهیم که از این موارد بیشترین اثر بخشی برای مداخلات تن آرامی، شناختی - رفتاری گروهی، مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری، آموزش مهارت های شناختی، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مشاوره معنویت و کمترین اثر بخشی برای گروه درمانی وجودی و دلبستگی ترکیبی می باشد.

جدول ۲- مقایسه سطح معنی داری و اثر بخشی

ردیف	سال مطالعه	جمعیت	نوع مداخله	سطح معنی داری
۱	۱۳۹۰	اصفهان	اثر بخشی مداخله دلبستگی ترکیبی	$P < ۰/۰۵$
۲	۱۳۹۱	شهرضا	مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر استرس، اضطراب و افسردگی	$P < ۰/۰۰۱$
۳	۱۳۹۳	بستان آباد	اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی	-
۴	۱۳۹۴	همدان	تاثیر مشاوره معنویت	$P > ۰/۰۰۱$
۵	۱۳۹۴	خرم آباد	تاثیر آموزش مهارت های شناختی	$P = ۰/۰۰۱$
۶	۱۳۹۴	مشهد	اثر بخشی گروه درمانی وجودی	$P < ۰/۰۵$
۷	۱۳۹۵	تهران	اثر بخشی درمان مبتنی بر آموزش یادآوری خاص	$P < ۰/۰۰۵$
۸	۱۳۹۵	کرج	اثر بخشی ذهن آگاهی	-
۹	۱۳۹۶	ماهشهر	اثر بخشی تکنیک های تن آرامی	$P < ۰/۰۰۱$
۱۰	۱۳۹۶	اصفهان	اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	$P = ۰/۰۰۱$
۱۱	۱۳۹۷	قزوین	بررسی تاثیر مشاوره شناختی رفتاری گروهی	$P < ۰/۰۰۱$
۱۲	۱۳۹۷	سمنان	بررسی رفتار درمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-

نتیجه گیری:

پژوهش حاضر نشان دهنده این است که تمامی مداخلات انجام شده می تواند در بهبود و تعدیل افسردگی زایمان موثر و مفید باشد.

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می کنید از بین ۱۲ مورد انتخابی ۳ مورد سطح معنی داری را گزارش نکرده اند که از پژوهش حذف می شوند. بنابراین برای مقایسه سطح معنی داری و اثربخشی بیشتر ۹ مقاله را مورد بررسی قرار می دهیم که از این موارد بیشترین اثر بخشی برای مداخلات تن آرامی، شناختی - رفتاری گروهی، مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری، آموزش مهارت های شناختی، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مشاوره معنویت و کمترین اثر بخشی برای گروه درمانی وجودی و دلبستگی ترکیبی می باشد

منابع و مآخذ

1. Wardrop, A.A. and N.E. Popadiuk, Women's experiences with postpartum anxiety: Expectations, relationships, and sociocultural influences. *The Qualitative Report*, 2013. **18**(3): p. 1-24.
2. Brockington, I., Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 2004. **363**(9405): p. 303-310.
3. DARESHOURI, M.Z., S. Bosaknejad, and S. Sarvghad, A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health of primiparous women. 2013.
4. Bennett, H.A., et al., Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 2004. **103**(4): p. 698-709.
5. Field, T., et al., Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 2010. **33**(1): p. 23-29.
6. Kaye, W.H., et al., Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 2004. **161**(12): p. 2215-2221.
7. Mpampakas, D., et al., Immune system function, stress, exercise and nutrition profile can affect pregnancy outcome: lessons from a Mediterranean cohort. *Experimental and therapeutic medicine*, 2013. **5**(2): p. 411-418.
8. Bribiescas, S., Yoga in Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 2013. **28**(3).
9. Goodman, J.H. and L. Tyer-Viola, Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of women's health*, 2010. **19**(3): p. 477-490.
10. HOSSEINI, S.H., A.A. NAGHIBI, and M. Khadamlou, Post partum depression and its relationship with some related factors. 2008.
11. O'Connor, T.G., et al., Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early human development*, 2007. **83**(7): p. 451-458.
12. Bolhari, N. and S. Zamaniyan, Effective spiritual healing therapy for decrease depression, anxiety, stress woman with breast cancer. *Socialiaty*, 2012. **3**(1): p. 85-116.
13. Neumann, D., *Prenatal Yoga: The Right Choice for Mother and Baby*. 2011.