

اثربخشی درمان شناختی رفتاری در زنان باردار در خطر افسردگی پس از زایمان

فرشته آزادآبگرمی^{۱*}، رکسانا نخعی مقدم^۲، حسین غلامی بصیر^۳، مهران رحمتی^۴، نسترن خاکپور^۵

چکیده

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 بنابراین هدف از انجام این مطالعه بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در زنان باردار در خطر افسردگی پس از زایمان بود.

روش پژوهش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل بود. زنان باردار بدون تشخیص افسردگی در این مطالعه شرکت کردند که به دو گروه تقسیم شدند: گروه در معرض خطر افسردگی و یک گروه شاهد (بدون درمان). درمان پیشگیرانه شامل شش جلسه‌ی CBT بود که به طور هفتگی برگزار می‌شد. پرسش‌نامه‌ی سنجش پیامد در تمام جلسات به کار رفت. مصاحبه‌ی کوتاه بین‌المللی اعصاب و روان و پرسشنامه افسردگی بک براساس سه موقعیت به کار رفت. تحلیل‌های آماری نهایی با رگرسیون پواسون اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که شیوع افسردگی پس از زایمان در گروه در معرض خطر ابتلا ۵،۵٪ و در گروه شاهد ۲،۲٪ بدون هیچگونه تفاوتی بین گروه‌ها بود (PR 1.66 95% CI 0.44-6.18). میانگین‌های QQ-45 به تدریج در طی جلسات درمان کاهش یافتند که این نشان‌دهنده‌ی پیشرفت درمانی بود. آموزش یک عامل، هم در ارتباط با علائم افسردگی پس از زایمان و هم در ارتباط با کارایی بیشتر درمان بود.

نتیجه‌گیری: استفاده از درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت توسط متخصصان بهداشت روان در پیشگیری از علائم افسردگی پس از زایمان مؤثر است.

کلمات کلیدی: افسردگی پس از زایمان، بارداری، درمان شناختی-رفتاری، سنجش پیامد

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۶/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۲

استناد: آزادآبگرمی ف، نخعی مقدم ر، غلامی بصیر ح، رحمتی م، خاکپور ن. اثربخشی درمان شناختی رفتاری در زنان باردار در خطر افسردگی پس از زایمان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۳۳(۲): ۱۶۰-۱۴۶

^۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، ارومیه، ایران.

Feresh.azad@yahoo.com, [Orcid:0000-0002-9866-9938](https://orcid.org/0000-0002-9866-9938)

^۲- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران، تهران، ایران.

^۳- کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

^۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر، اسلامشهر، ایران.

^۵- کارشناسی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، بجنورد، ایران

مقدمه:

اصطلاح افسردگی پس از زایمان، بیان‌کننده شرایطی است که به دنبال تولد فرزند برای مادر ایجاد می‌شود. 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 می‌افتد (۱).

دوره‌های بارداری و پس از زایمان با تغییرات فیزیکی، احساسی، اجتماعی و هورمونی خود را نشان می‌دهد که زنان را نسبت به بروز یا افزایش برخی علائم یا حتی اختلالات شدید روانی، چون افسردگی حساس می‌سازد (۱). افسردگی حین دوره‌ی بارداری - زایمان نشان می‌دهد که نرخ ابتلا می‌تواند بین ۲۰-۱۰٪ برای دوره‌ی بارداری (۲) و بین ۲۵-۱۵٪ (۳) برای دوره‌ی پس از زایمان متغیر باشد. نرخ شیوع افسردگی پس از زایمان^۱، ۱۲٪ است (۴). در نتیجه‌ی این تحقیق تلاش‌های زیادی توسط محققان در جهت کمک به تعریف یک درمان مؤثر، کم هزینه و خصوصاً پی‌شگیرانه برای دوره‌ی زایمان و بنابراین، به حداقل رساندن پیامدهای تروماتیک که تأثیری اجتناب‌ناپذیر بر روی کل خانواده می‌گذارد، صورت گرفته است.

مطالعات قبلی به برخی عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان چون حمایت اجتماعی پائین، عدم برنامه‌ریزی خانوادگی، وجود اضطراب، و سطح پائین آموزش و سابقه‌ی افسردگی در گذشته اشاره کرده‌اند (۵). این درمان‌ها برای افسردگی‌های دوره‌ی بارداری و پس از زایمان مؤثر هستند (۶)، با این حال، اغلب مطالعات با درمان‌های رفتاری پیش می‌روند، درحالی‌که، توصیفات مربوط به کارآمدی مدل‌های پیشگیرانه‌ی بیماری نادر هستند.

بنابراین، ما به دنبال مدل‌های روان درمانی هستیم که قادر به پیشگیری از وقوع این بیماری با پروتکل‌های درمانی کوتاه و درنتیجه یک هزینه‌ی پائین‌تر خدمات درمانی هستند (۷). در این زمینه، درمان‌های شناختی- رفتاری^۲ در اولویت قرار گرفته‌اند، زیرا آن‌ها بر اساس تغییرات رفتاری و شناختی شواهدی از بهبود علائم افسردگی و عملکرد افراد از طریق بازسازی شناختی و تکنیک‌های فعالسازی رفتاری نشان می‌دهند (۶). درمان‌های شناختی- رفتاری مدلی است که کارایی چشمگیر آن برای بیماران افسرده (۸) و همچنین برای پیشگیری از افسردگی در موارد در معرض خطر افسردگی/ یا موارد زیر سندرم اثبات شده (۹).

با توجه به اینکه افسردگی عامل ناتوانی در سراسر جهان است، تحقیقات مربوط به کارایی پروتکل‌های پیشگیرانه برای افسردگی پس از زایمان می‌تواند با اطلاعات مهم مربوط به بار کلی بیماری همراه شود (۱۰). افسردگی مادر، خصوصاً، هزینه‌های هنگفتی را برای سیستم‌های بهداشت ایجاد می‌کند، که در صورت اجرای درمان پیشگیرانه‌ی بیماری می‌توان آن را به حداقل رساند. هدف این مطالعه، ارزیابی کارایی درمان شناختی- رفتاری برای افسردگی در دوره‌ی پس از زایمان در زنان در معرض خطر پیشرفت افسردگی پس از زایمان است.

روش پژوهش:

روش تحقیق این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل است. زنان باردار بدون تشخیص افسردگی در این مطالعه شرکت کردند که به دو گروه تقسیم شدند: گروه در معرض خطر افسردگی (درمان شناختی رفتاری) و یک گروه شاهد (بدون درمان). درمان پیشگیرانه

^۱ -PPD^۲ -CBT

شامل شش جلسه‌ی درمان شناختی رفتاری بود که به طور هفتگی برگزار می‌شد. پرسش‌نامه‌ی سنجش پیامد^۱ در تمام جلسات به کار رفت. مصاحبه‌ی کوتاه بین‌المللی اعصاب و روان^۲ و پرسشنامه افسردگی بک^۳ براساس سه موقعیت به کار رفت. تحلیل‌های آماری نهایی با رگرسیون پواسون^۴ اجرا شد. روند نمونه‌گیری در سال ۱۳۹۹ شروع شد، از مادرانی که حداکثر ۲۴ هفته از بارداری آن‌ها گذشته بود، دعوت شد تا در این مطالعه شرکت کنند. نمونه‌برداری ۲۴ ماه طول کشید. محاسبه‌ی اندازه نمونه برای این مطالعه با استفاده از پارامترهای شیوع ۲۰٪ افسردگی پس از زایمان، توان ۸۰٪، حاشیه خطای دو نقطه‌ی درصدی انجام شد. با افزایش ۳۰٪ در کاهش یا رد شدن اعضای نمونه ۵۱۴ داوطلب لازم بود. بالاین‌حال، محاسباتی که منجر به نیاز به جمع‌آوری تعداد بیشتری از زنان باردار شد، مربوط به سایر فرضیه‌های مرتبط با دیگر اهداف است که یک نمونه با اندازه بزرگتر نیاز دارند. ارزیابی‌های پیگیری درمان در سه دوره رخ داد: دوره اول بین سه ماهه‌ی اول و دوم (T1 - درمان پیش از زایمان) بود، که در خانه‌ی شرکت‌کنندگان اجرا شد؛ دوره‌ی دوم در یک موقعیت سرپایی بین ۹۰ و ۶۰ روز پس از اولین ارزیابی اجرا شد (T2 - درمان پس از زایمان)؛ و دوره‌ی سوم، سه ماهه‌ی سوم پس از زایمان (T3) در زمانیکه پیامد افسردگی پس از زایمان ارزیابی شده.

از تمام زنانی که حداکثر ۲۴ هفته از زمان بارداری آن‌ها گذشته و ساکن مناطق سرشماری تصادفی هستند، دعوت شد تا در مطالعه شرکت کنند. زنان بارداری مشمول این مطالعه شدند که با امضای فرم رضایت آگاهانه توافق کردند، و اخیراً هیچگونه علائم و تشخیصی از اپیزود افسردگی اساسی^۵ در آن‌ها مشاهده نشده و به مشارکت در درمان در صورت نیاز رضایت داده‌اند. بنابراین، زنان باردار از نواحی شهری تهران انتخاب شدند که توافق کردند تمام مراحل مطرح شده در این مطالعه را انجام دهند.

روان درمانی شناختی- رفتاری پیشگیرانه: تکنیک CBT ارائه شده شامل یک نسخه با اقتباس از راهنمای روان درمانی شناختی رفتاری (۱۱)، است که براساس پیشنهاد ارائه شده توسط آرون بک (۱۹۶۴) ساختار یافته است. این مدل، روان درمانی را در شش مرحله مطرح کرده که به افکار و نظرات تحریف شده و/ یا ناکارآمد پرداخته‌اند (که بر روی روحیه و رفتار بیمار تأثیر می‌گذارند)، که بر روی دوره ی بارداری- زایمان متمرکز شده‌اند. شرکت‌کنندگان واجد شرایط، جلسات هفتگی ۵۰ دقیقه‌ای برای روان درمانی فردی، در کل ۶ جلسه را دریافت کردند. اولین جلسه بر روی ایجاد اتحاد درمانی و تشخیص اختلال در شناخت، احساسات و/ یا رفتار متمرکز می‌شد که مربوط به علائم نهفته افسردگی بودند. هدف اصلی جلسه‌ی دوم آموزش روانشناختی مدل شناختی و درک نقش افکار در اختلالات شناسایی شده در جلسه‌ی اول بود. اما، در جلسه‌ی دوم یک تمرین خودنظارتی به عنوان یک تکلیف خانگی تجویز شد. هدف سومین جلسه ارتقاء تکنیک خودنظارتی و درک چگونگی کاربرد مدل شناختی در زندگی زن باردار بود. تکنیک‌های شناختی و/ یا رفتاری در جلسات چهارم و پنجم جهت بهبود راهکارهای مقابله‌ای بیماران به کار رفتند. در آخرین جلسه، به منظور تقویت مهارت‌های آموزش دیده شده، کل روند اصلاح شد.

روان درمانی در کلینیک روانشناختی مهردوستان شهر تهران اجرا شد و تحت نظارت یک محقق با آموزش در زمینه‌ی مدل مطرح شده قرار گرفت. تحلیل داده‌ها شامل تمام زنان بارداری بود که حداقل در یک جلسه‌ی روان درمانی شرکت کردند (تحلیل به قصد درمان).

^۱ - QQ-45

^۲ Mini International Neuropsychiatric Interview

^۳ beck invention inventoryll

^۴ Poisson regression

^۵ Major Depressive Episode

این مطالعه دارای روان‌درمانگران (روانشناسان و روانپزشکان) با حداقل ۵ سال تجربه‌ی قبلی در زمینه‌ی سلامت روحی، اما بدون آموزش خاص در زمینه‌ی CBT است، که بعداً در این روند آموزش دیده‌اند. این تیم، براساس یک راهنمای تهیه شده برای درمان مطرح شده با هدف کاهش عدم اطمینان‌ها و استانداردسازی جلسات آموزش دیده است. بنابراین، درمانگران دارای جلسات هفتگی با هماهنگ‌کننده‌ی عمومی و با مربی مسئول درمان به منظور کنترل و نظارت بر هر شرکت‌کننده بودند.

پیامد- افسردگی پس از زایمان - از طریق مصاحبه‌ی کوتاه بین‌المللی اعصاب و روان سه ماه پس از زایمان (T3) مورد ارزیابی قرار گرفت. هدف این مطالعه طبق‌بندی تشخیصی به یک روش متناسب با معیارهای راهنمای تشخیصی اختلالات روحی (DSM-IV-TR) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD 10) و نسخه‌ی «پلاس» ابزار بود که امکان قضاوت بالینی را در مورد مصاحبه شونده می‌داد. در این تحقیق، مدول «A» به کار رفت که وجود اپیزود افسردگی اساسی را در زمان حال یا گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. همین ابزار در زمان اولین ارزیابی با شرکت‌کنندگان مطالعه (T1)، در یک مصاحبه خانگی، و همچنین، در دومین ارزیابی (T2) به کار رفت، که در یک موقعیت سرپایی رخ داد. خطر خودکشی به عنوان یک معیار خروج از مطالعه نیز از طریق مدول C مصاحبه به کاررفت.

پرسشنامه‌ی پیامد (OQ-45.2) در تمام جلسات جهت نظارت بر نتایج روان درمانی به کار رفت. این یک پرسشنامه‌ی خود آزمایی طراحی شده خصوصاً برای ارزیابی تغییرات در طی درمان‌های روان درمانی است. این پرسشنامه شامل ۴۵ سؤال با گزینه‌های پاسخ با دامنه‌ی ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) در رابطه با رنجش روحی، روابط بین فردی و نقش اجتماعی بیمار بود. بنابراین، هرچه نمرات کمتر بود، درک پیشرفت بیماران در طول روان درمانی بیشتر بود (۱۲).

علائم زیر سندرم اضطراب و افسردگی با استفاده از مقیاس‌های بک مورد ارزیابی قرار گرفتند. پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI-II) (۱۳) و پرسشنامه‌ی اضطراب بک (BAI) (۱۴) برای تمام ارزیابی‌های پیگیری به کار رفت. هر دو مقیاس شامل ۲۱ سؤال در مورد علائم شناختی، عاطفی و جسمی در مورد BDI و علائم رایج اضطراب در مورد BAI بود. نمره‌ی کل هر ابزار در دامنه‌ی ۰-۳۶ نقطه بود و برای این مطالعه نقطه‌ی برش نقاط ۱۸-۱۰ به عنوان افسردگی زیر سندرم (BDI-II) و نقاط ۱۸-۹ به عنوان اضطراب زیر سندرم (BAI) در نظر گرفته شد. ما از BDI-II به عنوان یک میانگین پیوسته به عنوان یک شاخص شدت علائم افسردگی، با محاسبه‌ی تفاوت میانگین‌ها بین زمان‌های ارزیابی و از طریق گروه (گروه شاهد و گروه در معرض افسردگی) استفاده کردیم. همچنین، تحلیل تعدیل میانگین‌ها برای عامل‌ها مربوط به پیامد بود.

تشخیص رویدادهای استرس‌زا در سال گذشته از طریق مقیاس ارزیابی بازتعدیل هولمز و راهه^۱ (۱۹۶۷) انجام شد که شامل ۲۴ موقعیت بود که در آن‌ها زنان باردار به این سؤال پاسخ می‌دادند که آیا در طی ۱۲ ماه گذشته این موقعیت‌ها را تجربه کرده‌اند یا نه. این ابزار بر اساس این گزاره بکار رفته که تلاش لازم برای تطبیق فرد با جامعه پس از تغییرات چشمگیر در زندگی‌اش آنقدر عوارض دارد که فرد را مستعد بیماری‌هایی می‌سازد. در این مطالعه، رویدادها حداکثر به «۳ رویداد» یا «۴ رویداد یا بیشتر» تقسیم شدند و رویداد بارداری با رویداد آستی زناشویی جایگزین شد (۱۴).

یافته‌ها:

در این مطالعه، ۵۷۸ زن باردار واجد شرایط بودند، که از بین همه‌ی آن‌ها، ۳۳۶ نفر در گروه شاهد بودند، یعنی زنان بدون خطر افسردگی و بنابراین هیچ درمانی دریافت نکردند. ۲۴۲ زن باقیمانده در گروه در معرض افسردگی بودند و آن‌ها درمان پیشگیرانه را برای افسردگی

^۱ 1 Readjustment Assessment Scale

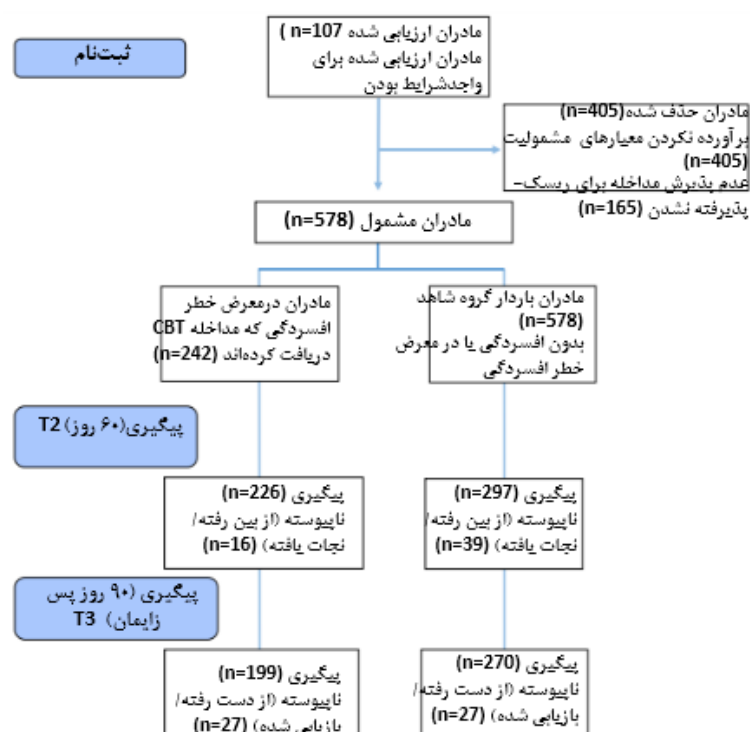
پس از زایمان با استفاده از پروتکل CBT دریافت کردند. در طی ارزیابی‌های پیگیری، هم گروه شاهد و هم گروه در معرض خطر افسردگی، متحمل ترک تحصیل شدند (جزئیات در شکل ۱ آمده است).

در میان ۲۴۲ زن باردار، در گروه در معرض خطر افسردگی، ۱۹۹ (۸۲،۲٪)، ۹۰ روز پس از زایمان در ارزیابی درمان و پیگیری شرکت کردند. در گروه شاهد، ۲۷۰ زن (۸۰،۳٪) در ارزیابی پس از زایمان شرکت کردند.

تحلیل‌های اکتشافی جهت تأیید عوامل مرتبط با کاهش و عدم پذیرش انجام شدند. در مورد گروه در معرض خطر افسردگی، ما در نمره Z معیارهای خطر مربوط به افسردگی، بین زنان بارداری که تحت درمان قرار گرفتند و زنان باردار در معرض خطر افسردگی که شرکت در مطالعه را نپذیرفتند و از این مطالعه حذف شدند، هیچ تفاوتی نیافتیم ($p=0.855$). عدم پذیرش برای شرکت در ارزیابی پس از زایمان با نمره Z ($p=0.660$) و همچنین با عوامل اجتماعی جمعیتی (سن، زندگی با یک شریک، وضعیت اجتماعی اقتصادی) ($p>0.05$) ارتباطی نداشت. در مورد گروه شاهد، داشتن تحصیلات کمتر ارتباطی با عدم ادامه‌ی پیگیری پس از زایمان نداشت (4.23 - PR 2.28 95% CI 1.23).

اولین تحلیل از تأثیر درمان که هر دو گروه را مقایسه می‌کند (گروه شاهد / بدون درمان و گروه در معرض خطر افسردگی / با درمان)، در دوره‌ی T2 در زمانی اجرا شد که میانگین سن بارداری ۲۷،۱ هفته بود ($SD \pm 5.9$). شیوع افسردگی زایمان در این زمان برای گروه شاهد ۰،۷٪ و برای گروه در معرض خطر افسردگی ۲،۲٪، بدون هیچ گونه تفاوتی در بین گروه‌ها بود ($p=0.248$).

جدول ۱ نشان‌دهنده‌ی مشخصات نمونه‌ی پایه ($N=578$) و تحلیل دو متغیره‌ی بین متغیرهای مستقل (مواجهه) و PPD ($N=469$) است. آن‌ها با داشتن حداکثر ۸ سال تحصیل ($p=0.017$) و نشان دادن افسردگی زیر سندرم در حین بارداری ($p=0.008$)، ارتباط معناداری با پیامد داشتند. متغیرهایی که نشان‌دهنده‌ی $p < 0.20$ در تحلیل دو متغیره هستند (جدول ۱)، برای یک تحلیل پواسون تعدیل شده با رگرسیون انتخاب شدند: مدل درمانی (گروه شاهد / گروه در معرض خطر افسردگی)، سن، تحصیلات، زندگی با شریک، برنامه‌ریزی بارداری، افسردگی زیر سندرم و رویدادهای استرس‌زا.

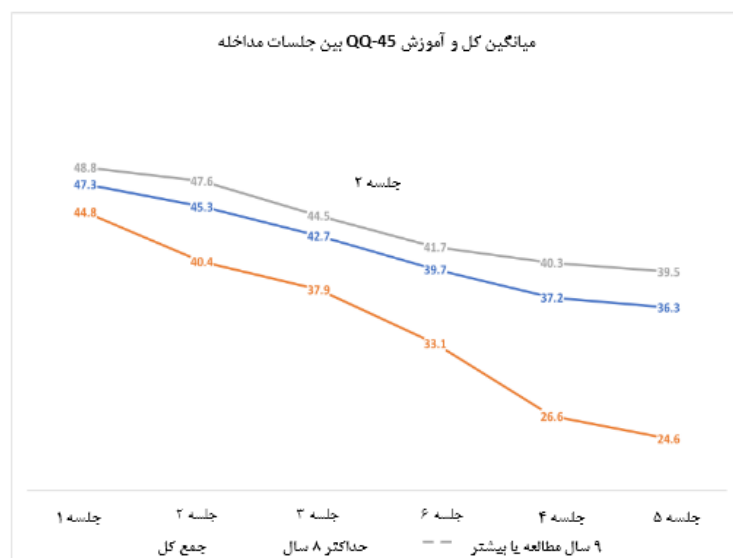


شکل ۱. نمودار جریان فرایند کنسرت در مطالعه‌ی مداخله

متغیر نمره‌ی Z مجموع معیارهای ریسک برای جداسازی تحلیل‌ها بکار رفت، بنابراین، هیچ اختلالی را در نتایج ایجاد نکرد. پس از تعدیل برای عوامل مخدوش‌کننده، نتایج ادامه یافت تا نشان دهد که PPD مرتبط با زنان ۳۰ ساله یا مسن‌تر و با تحصیلات کمتر بوده است (جدول ۲). به دنبال این تحلیل‌ها، یک ارزیابی از تأثیر فرایند درمانی از طریق ابزار OQ-45 انجام شد و برای تمام زنان در گروه با خطر افسردگی و گروهی که روان‌درمانی پیشگیرانه دریافت کردند انجام شد.

شکل ۲ نشان‌دهنده‌ی میانگین‌های خودادراکی پیشرفت برای هر جلسه است. مشاهده می‌شود که میانگین کل در اولین جلسه ۴۷,۳ نقطه است، درحالی‌که در آخرین جلسه‌ی پروتکل (جلسه ۶)، میانگین ۳۶,۳ نقطه بود. این مقادیر به تدریج در طی دوره‌ی درمان کاهش یافت. با در نظر گرفتن تفاوت میانگین‌ها در نمونه‌ی کلی بین جلسه اول و ششم می‌توان فهمید که یک کاهش معنادار ارزیابی شده با OQ-45 وجود دارد ($p < 0.01$).

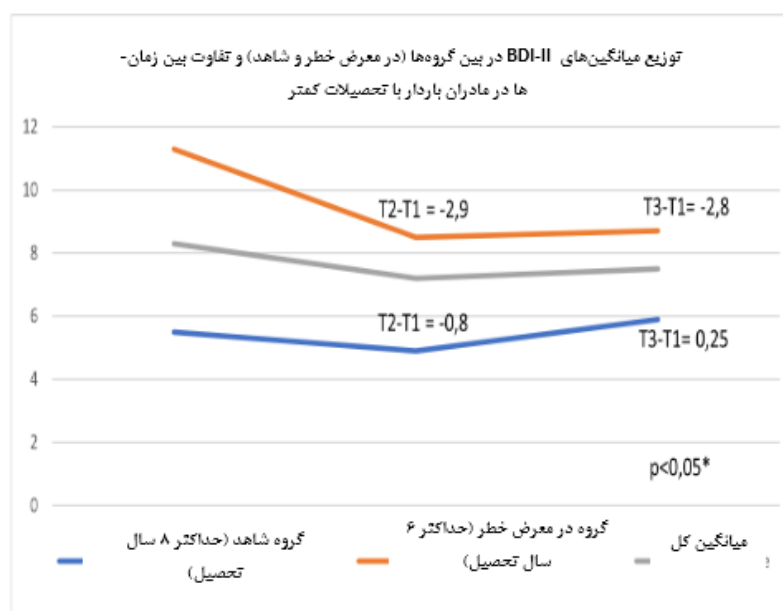
با مقایسه‌ی خودادراکی پیشرفت، که از طریق تحصیلات مشخص می‌شود، سطح بالاتری از پیشرفت درمانی (OQ-45) در میان زنان باردار با تحصیلات پایین‌تر را تأیید کردیم. در مقادیر میانگین‌های گروه‌های تحصیلی مربوط به ربع تحتانی، در مقابل سایر گروه‌ها، مشاهده می‌شود که قبلاً در جلسه‌ی دوم تفاوتی وجود داشته که تا پایان دوره روان‌درمانی شدیدتر شده ($p < 0.01$) (شکل ۲).



شکل ۲. میانگین‌های QQ-45 بین جلسات درمان

به عنوان یک تحلیل دیگر، شدت علائم افسردگی نیز جهت افزایش درک بهتر نتایج با تأکید بر تحصیلات نیز مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به متغیر سن، هیچ تفاوتی در میانگین علائم افسردگی در دوره‌ی پس از زایمان (T3) در رابطه با درمان اولیه، در بین گروه شاهد و گروه در معرض خطر PPD مشاهده نشد، و همچنین، هیچ تفاوتی در مورد میانگین‌های QQ-45 مشاهده نشد ($p > 0.05$).

شکل ۳ نشان‌دهنده‌ی میانگین‌های BDI-II و تفاوت‌های آن‌ها در بین زمان‌های ارزیابی زنان باردار با تحصیلات پایین‌تر (حداکثر ۸ سال تحصیل / ربع تحتانی)، با مقایسه‌ی گروه شاهد و گروه در معرض خطر افسردگی است.



شکل ۳. توزیع میانگین‌های BDI-II در بین ارزیابی‌ها

در گروه با تحصیلات بالاتر، هیچ تفاوتی در میانگین BDI-II دوره T3-T1 بین گروه‌های در معرض خطر و گروه‌های شاهد مشاهده نشد که این نشان می‌دهد گروه با تحصیلات بالاتر، صرف نظر از درمان، با علائم افسردگی با شدت یکسان باقی می‌مانند. هنگامی که به سوی تجزیه و تحلیل عامل تحصیلات کمتر رفتیم، شیوع 7.1% در صدی PPD را برای گروه در معرض خطر و شیوع 9.1% را برای گروه شاهد ($p = 0.732$)، بدون هیچ ارتباطی بین گروه شاهد و گروه در معرض خطر در زمینه‌ی بروز یافتیم (PR 0.77 95% CI 0.19-3.03). با این حال، زمانی که گروه را جداگانه با تحصیلات بالاتر مورد ارزیابی قرار دادیم، شیوع 4.7% درصدی PPD را در گروه در معرض خطر و شیوع 0.9% را در گروه شاهد یافتیم و زنان گروه در معرض خطر و با تحصیلات بالاتر در مقایسه با زنان گروه شاهد، 5.46 برابر بیشتر دچار PPD می‌شوند.

جدول ۱- مشخصات نمونه و تحلیل دومتغیره از طریق آزمون X^2 بین متغیرهای مستقل (مواجهه) و PPD

PPDX ² =(N=469)		مشخصات نمونه			
ارزش p	N(%)	مجموع هر دو گروه N(%)	گروه در معرض خطر N (%)	گروه شاهد N(%)	
0.099	03 (2.2)	181 (31.3)	82 (33.9)	99 (29.5)	سن
	03 (2.1)	173 (29.9)	71 (29.3)	102 (30.4)	حداکثر ۲۳ سال
	11 (5.9)	224 (38.8)	89 (36.8)	135 (40.2)	بین ۲۹ و ۲۴ سال
					۳۰ سال یا بیشتر
۰,۳۳۳	04 (2.7)	177 (31.2)	61 (25.8)	116 (35.0)	سطح اجتماعی
					اقتصادی ab
					A+B



09 (3.5)	317 (55.9)	132 (55.9)	185 (55.9)	C
04 (7.0)	73 (12.9)	43 (18.2)	30 (9.1)	D+E
۰,۰۰۹				تحصیلات ab
09 (7.9)	156 (27.0)	92 (38.0)	64 (19.1)	حداکثر ۸ سال
				(ربع تحتانی)
				۹ سال یا بیشتر
08 (2.3)	421 (73.0)	150 (62.0)	271 (80.9)	
۰,۰۸۵				زندگی با شریک b
04 (8.3)	68 (11.8)	45 (18.6)	23 (6.8)	خیر
13 (3.1)	510 (88.2)	197 (81.4)	313 (93.2)	بله
۰,۲۹۱				عضو خانواده با
				بیماری روانی b
09 (2.9)	396 (68.5)	122 (50.4)	274 (81.5)	خیر
08 (5.2)	182 (31.5)	120 (49.6)	62 (18.5)	بله
۰,۲۳۹				پشتیبانی مادر b
00 (0.0)	55 (9.5)	32 (13.2)	23 (6.8)	خیر
17 (4.0)	523 (90.5)	210 (86.8)	313 (93.2)	بله
۰,۰۶۹				برنامه‌ریزی بارداری
				b
10 (5.9)	211 (36.5)	122 (50.4)	89 (26.5)	خیر
07 (2.3)	367 (63.5)	120 (49.6)	247 (73.5)	بله
۰,۰۰۸				افسردگی زیر
				سندرمی (-BDI)
				b(II)
05 (1.7)	370 (64.0)	86 (35.5)	284 (84.5)	خیر
12 (7.6)	208 (36.0)	156 (64.5)	52 (15.5)	بله
۰,۷۶۵				اضطراب زیر
				سندرم (BDI-II)
13 (3.5)	465 (80.4)	158 (65.3)	307 (91.4)	b
				خیر
04 (4.0)	113 (19.6)	84 (34.7)	29 (8.6)	بله

۰,۰۸۲	رویدادهای استرسزا (EARS - هومز/ راهه) ab			
	04 (1.9)	271 (47.0)	49 (20.2)	222 (66.3)
	13 (5.1)	306 (53.0)	193 (79.8)	113 (33.7)
	بله			
۰,۵۰۵	سابقه بیماری مزمّن b			
	13 (3.3)	472 (81.7)	174 (71.9)	298 (88.7)
	04 (5.1)	106 (18.3)	68 (28.1)	38 (11.3)
	بله			
۰,۷۲۱	سابقه‌ی افسردگی b			
	14 (3.5)	504 (87.2)	180 (74.4)	324 (96.4)
	03 (4.5)	74 (12.8)	62 (26.6)	12 (3.6)
	بله			
۰,۰۷۹	مداخله			
	06 (2.2)	336 (59.3)	-	-
	خیر (گروه شاهد)			
	11 (5.5)	242 (40.7)	-	-
	بله (گروه در معرض خطر)			
	17 (3.6)	578 (100.0)	242 (100.0)	336 (100.0)
	مجموع هر دو گروه			

a متغیر با missing

b متغیرهایی که $p < 0.05$ را بین گروه‌های شاهد و گروه‌های در معرض خطر در X^2 نشان دادند

جدول ۲- تحلیل چند متغیره‌ی رگرسیون پواسون

افسردگی پس از زایمان		
ارزش P	RP (95% CI)	سن
-	1	حداکثر ۲۳ سال
۰,۶۴۵	1.49 (0.27-0.08)	بین ۲۹ و ۲۴ سال
۰,۰۲۱	5.13 (1.28-20.48)	۳۰ سال یا بیشتر

سطح تحصیلات		
-	۱	۹ سال یا بیشتر
۰,۰۱۱	4.12 (1.38-12.33)	حداکثر ۸ سال (ربع تحتانی)
مداخله		
-	۱	خیر (گروه شاهد)
۰,۴۵۱	1.66 (0.44-6.18)	بله (گروه در معرض خطر PPD)

تعدیل مربوط به سن، تحصیلات، زندگی با شریک، برنامه ریزی بارداری، افسردگی زیر سندر، رویدادهای استرس‌زا و مدل درمان (مداخله)

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج این مطالعه، کارایی یک درمان شناختی-رفتاری را برای افسردگی پس از زایمان نشان می‌دهد. از بین تمام زنانی که در معرض خطر گسترش بیماری، مورد ارزیابی قرار گرفتند، ۵,۵٪ آن‌ها علائم تشخیص را در یک ارزیابی انجام شده ۹۰ روز پس از زایمان نشان دادند. علاوه بر این ما دریافتیم که بروز بیماری‌های افسردگی، دیگر مرتبط با گروه در معرض خطر در مقایسه با گروه شاهد نبوده، زیرا اگر چه یک تفاوت درصدی در تحلیل اولیه وجود داشت، اما این تفاوت معنادار نبوده، و پس از تحلیل چند متغیره مرتبط با نتایج نبود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که با گروه درمان و گروه شاهد، از لحاظ وجود افسردگی پس از زایمان به یک شکل رفتار شده است. ما با اجرای یک درمان پیشگیرانه مبتنی بر عوامل خطر که قبلاً مطالعه شده، با شرایط پیچیده‌تری مواجه هستیم. به همین خاطر، ما از پیش، در بخش کتاب‌شناختی، ۱۰ عاملی را که بیشترین ارتباط با افسردگی پس از زایمان دارند انتخاب کردیم و خیلی از این عامل‌ها ارتباط تنگاتنگی با این اختلال روحی دارند. درصد شیوع یافت شده ۵,۵٪، ضرورتاً به این معنا نیست که ما از ابتدای ۹۴,۵٪ زنان به این بیماری پس از زایمان پیشگیری کرده‌ایم، با این حال، مقایسه‌ی این دسته از زنان با آن‌هایی که در معرض خطر بالا (پیشرفت افسردگی پس از زایمان) نبودند، امری مهم است. بنابراین، ما فرض می‌کنیم که این درمان در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان مؤثر بوده است. با پیروی از همان سلسله نظرات، یک ارتباط بین نمره Z مجموع معیارهای خطر و وجود افسردگی پس از زایمان، که ارتباط بین این مشخصات و بروز بیماری را تشدید می‌سازد، تأیید نمودیم. با این حال، هنگامی که گروه‌های شاهد و گروه‌های در معرض خطر را جداگانه مورد تحلیل قرار دادیم، هیچ ارتباطی که بیانگر توانایی درمان پیشگیرانه در کاهش تأثیر عوامل خطر بر روی نتایج افسردگی پس از زایمان، و یکسان بودن بروز اختلال در بین گروه‌های شاهد و خطر گروه‌های افسردگی باشد، مشاهده نشد. همچنین، عنصری که در این تحلیل مطرح شد، پیشرفت درمانی مشاهده شده در طول جلسات بود. امکان تشخیص یک کاهش تدریجی در میانگین‌های OQ-45 وجود داشت که نشان می‌دهد زنان باردار یک کاهش در اختلال عاطفی مربوط به مسائل متمرکز شده بر روی مدل درمان پیشگیرانه، حتی بدون تشخیص قبلی افسردگی را مشاهده کرده‌اند. اعتقاد به این است که پرداختن به افکار مخرب مربوط به دوره‌ی بارداری و پس از زایمان با ارائه‌ی یک دیدگاه جدید برای بیماران در مورد چیزی که تجربه می‌شود و تجربه خواهد شد، با انعکاس در قالب یک شیوع پائین افسردگی پس از زایمان نیز در این گروه می‌تواند تصور بهبودی را ایجاد کند. باید به خاطر داشت که این گروه به این دلیل انتخاب شده که دارای سه یا چند عامل ریسک بالا برای افسردگی پس از زایمان هستند.

با این حال، خصوصاً، یک عامل وجود دارد که باعث می شود ما بر روی تحلیل های خاص تری متمرکز شویم: تحصیلات. هنگامی که ما به یک کاهش چشمگیر در علائم افسردگی در گروه در معرض خطر در رابطه با گروه شاهد، خصوصاً با تحصیلات کمتر رسیدیم، توانستیم بفهمیم که درمان ما در این زیرگروه بیشتر مؤثر بوده است. این یافته ها سه مسئله را مطرح می سازد: تحصیلات پائین تر به تنهایی باید به عنوان یک عامل احتمالی در نظر گرفته شود که نشان دهنده ی نیاز به توجه خاص در دوره ی بارداری- زایمان، حتی در آن دسته از زنانی است که عوامل خطر جمعی را نشان نمی دهند؛ درمان ما یک پاسخ علائم بهتر به افسردگی را در زنان در معرض خطر افسردگی پس از زایمان با تحصیلات پائین تر ایجاد کرده، و مدل پروتکل درمانی ما ممکن است برای زنان با تحصیلات پائین تر مناسب تر باشد.

این حقیقت که سطح پائین تر تحصیلات مرتبط با افسردگی پس از زایمان است در مطالعات ذکر شده است (۱۵)، و این مسئله همچنان بایدمورد توجه قرار گیرد. در گروه شاهد آن هایی که دارای تحصیلات پائین تر بودند، اغلب افسردگی پس از زایمان در آن ها پیشرفت می کرد. اگرچه، این شرایط یک عامل خطر محسوب می شد، ما دریافتیم زنانی که در جلسات درمانی پیشگیرانه شرکت می کنند، در پاسخ به یک پیشرفت درمانی بیشتر با کاهش علائم افسردگی دست یافتند. علاوه به این، اگرچه، شیوع افسردگی پس از زایمان در گروه در معرض خطر در مقایسه با گروه شاهد بالاتر است این تفاوت زمانی که ما آن ها را تنها با تحصیلات پائین تر مورد مشاهده قرار دادیم، معنادار نبود.

زمانی که ما این درمان را مطرح ساختیم، هدف ثانوی، آزمودن این فرضیه بود که درمانگران با آموزش مقدماتی و آموزشی که ما فراهم ساختیم، همراه با نظارت متخصصین با آموزش خاص در زمینه ی درمان شناختی رفتاری قادر به اجرای مؤثر یک پروتکل درمانی پیشگیرانه در زمینه درمان شناختی رفتاری در اوایل دوره ی بارداری هستند. بنابراین، تمام روان درمانگران دارای آموزش مقدماتی بودند، طوری که با تأیید مؤثر بودن درمان، توانستیم با نتایج به سایر مراکز اعلام داریم که برای اجرای مؤثر این پروتکل آموزش خاصی لازم نیست. این قطعاً، باعث کاهش هزینه ها و قادر ساختن نیروی کار بدون تخصص در این حوزه جهت اجرای چنین درمانی در زمان پیروی از یک پروتکل ساختار یافته با نظارت یک متخصص آموزش یافته می شود. و این بر اساس این ایده شکل گرفته که تأیید مؤثر بودن چنین مدلی، کاربرد آن را در خدمات درمانی عمومی مقدماتی پایدار خواهد کرد.

یک محدودیت مطالعه ی ما، نرخ عدم پذیرش برای درمان پیشگیرانه است که ۴۰،۵٪ نرخ عدم پذیرش اولیه است. با این حال، نرخ رد شدن (عدم پذیرش)، برای این نوع درمان نیز در سایر نمونه ها بالا است، که می تواند نشان دهنده ی این باشد که ۵۹،۵٪ یک نرخ پذیرش قابل قبول است. با ایجاد یک نمره ی Z مجموع معیارهای خطر، هیچ تفاوتی بین میانگین آن هایی که پذیرفته نشدند و آن هایی که با شروع درمان توافق کردند، وجود نداشت، پس، بار خطر ابتلا بین گروه ها متفاوت نبود. محدودیت دیگر کاهش تعداد شرکت کنندگان در طی روند درمانی بود، در گروه شاهد ۵۹،۵٪ و در گروه در معرض خطر ۱۷،۸٪ در پیگیری پس از زایمان شرکت نکردند. علاوه بر این، لازم به ذکر است که این زنان باردار، هیچ نشانی از درمان مربوط به هرگونه تشخیصی نداشتند، اما معیارهای در نظر گرفته شده در مورد خطر ابتلا برای افسردگی پیشرفته که ممکن است درک اهمیت پیگیری پیشنهاد شده را مشکل سازد، و همچنین در انگیزه ای که یک زن باردار برای شرکت در شش جلسه در یک زمان و مکان از پیش تعیین شده مطرح می سازد، او را از فعالیت های روزانه در اواسط یک دوره ی بارداری دور می ساخت. آستین (۲۰۰۸) در مورد کاهش خطر ابتلا به افسردگی اشاره می کند که زنان باردار با علائم افسردگی زیر سندرم ممکن است این نظریه را رد کنند که امکان روز مشکلات پس از زایمان در آن ها وجود دارد (۱۶) شیوع پائین افسردگی پس از زایمان در مقایسه با سایر مطالعات با استفاده از ابزارهای غربالگری برای ارزیابی چنین نتایجی می تواند نشان دهنده ی یک محدودیت دیگر باشد (۱۷). با این حال، انتخاب یک ابزار تشخیصی چون مینی پلاس با اهداف این مطالعه درمانی که هدفش تشخیص است نه غربالگری، مطابقت دارد. مینی پلاس یک مصاحبه ی پذیرفته شده برای یک چارچوب بالینی و ارزیابی بیماران با شرایط بدتر و

نشان‌دهنده‌ی یک گزینه اقتصادی برای انتخاب بیماران بر اساس معیارهای بین‌المللی هم در مطالعات بالینی و هم اپیدمیولوژیکی است (۱۸). این ارزیابی توسط مصاحبه‌گران با آموزش قبلی و پشتیبانی‌های دوره‌ای و بررسی هر مصاحبه با تشخیص مثبت صورت گرفت. علاوه به این، ما برای علائم شدید از BDI-II، یک معیار با کاربرد گسترده استفاده کردیم که می‌توان آن را برای اندازه‌گیری‌های طولانی مدت و بنابراین ایجاد اندازه‌های قابل مقایسه در زمان‌های مختلف پارامترسازی کرد.

همانطور که در نتایج جلسات نشان داده شد، ما تحلیل‌های چندگانه را اجرا کردیم. در مورد عامل خطر اصلی مربوط به نتایج، سطح تحصیلات، با محاسبه‌ی توان نمونه، به یک توان ۷۹٫۳٪ دست یافت. این، نتایج مربوط به کارایی بیشتر درمان در زنان با تحصیلات کمتر را که هم با مینی پلاس و BDI-II با توجه به علائم افسردگی اندازه‌گیری شده بود و هم با درک پیشرفت اندازه‌گیری شده با OQ-45، معتبر می‌سازد. این را می‌توان یک جنبه‌ی مثبت در نظر گرفت نه به عنوان یک محدودیت نتایج. همچنین، نبود یک گروه با مشخصات مشابه در یک مدل درمانی دیگر ممکن است یک محدودیت در مطالعه ما باشد و یک گروه شاهد بدون درمان یک گروه مقایسه‌ای است. با اینحال، انتخاب درمان با یک مدل با نشانه‌های قوی کارایی در برابر افسردگی صورت گرفت.

به این ترتیب، نیز، لازم به ذکر است که طبق مطالعه ما، روان درمانی ارائه شده به صورت انفرادی ممکن است مؤثرتر از روان درمانی برای زنان باردار در معرض خطر پیشرفت افسردگی پس از زایمان باشد که این توسط آستین و همکاران (۱۹) نشان داده شد. با توجه به مطالب گفته شده در بالا، از طریق یافته‌های خود می‌فهمیم که پروتکل‌های آزمایشی که می‌توانند از افسردگی پس از زایمان پیشگیری کنند، کاهش آسیب روانی مادران در این دوره و اجتناب از ضررهای طولانی مدت، بیش از حد مرتبط هستند. این هم به خاطر افسردگی پس از زایمان که اغلب، اولین اپیزود آسیب در نتیجه‌ی اختلال خلقی است که در طول عمر با آوردن ناتوانی برای این زنان و پیامدهای منفی برای فرزندان آنها تکرار می‌شود، و هم به خاطر کاهش هزینه‌های بالایی است که چنین بیماری برای سلامتی و سیستم‌های امنیت اجتماعی عمومی و خصوصی در طول عمر این زن به بار می‌آورد. چنین عواقب عاطفی و مالی در مطالعات مربوط به عوارض بارداری در نتیجه‌ی افسردگی در دوره بارداری- زایمان، مکرراً گزارش می‌شوند. (۱۹)

بر اساس ارزیابی‌های ما، این تأثیر را می‌توان با پذیرش یک پروتکل مؤثر کاهش داد. با توجه به سیستم بهداشت عمومی، یک پروتکل مشابه با پروتکل به کار رفته در مطالعه‌ی ما (مختصر و متعاقباً با هزینه پائین، مؤثر در پیشگیری از بروز افسردگی پس از زایمان، خصوصاً در میان زنان با تحصیلات پائین‌تر که متخصصان بهداشت روحی با آموزش مقدماتی قادر به به‌کارگیری آن هستند)، توانایی تأثیر مثبت بر بیماران را دارد. بنابراین ما می‌توانیم اعتبار خارجی گسترده‌تری را به دست‌آوریم و در نتیجه اعتبار این طرح درمان را بیشتر سازیم.

ملاحظات اخلاقی:

اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش: اخذ فرم رضایت بیماران برای شرکت در دوره درمانی مذکور به صورت کتبی، رعایت اصل رازداری، آگاه کردن آزمودنی‌ها از اهداف پژوهش، توجه به سلامت و آسایش آزمودنی‌ها، داشتن حق انتخاب برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش در سراسر مراحل بدون نیاز به توضیح آزمودنی و یا مواجهه با برخوردهای قهری پژوهشگر و برگزاری جلسات رایگان درمانی، برای گروه گواه در انتهای پژوهش بود.

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.



نویسندگان مقاله از تمام مشارکت کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می آورند.

References:

1. Siegel, R. Desantis, C. Cancer treatment and survivorship statistics. CA: a cancer journal for clinicians, 2019; 62(4): 220 – 241.
2. Keesing S, Rosenwax L, McNamara B. The implications of women's activity limitations and role disruptions during breast cancer survivorship. Women's Health. 2019; 15(29): 412-420.
3. Sinclair, F., Rooney, N., McLoone, Ph. Acceptance and commitment therapy (ACT) and patient education intervention to address fear of cancer recurrence following treatment for a primary breast cancer. Journal of Radiography, 2020; 8(2): 211-214.
4. Beck AT. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. Perspect Psychol Sci. 2019;14(1):16-20. <https://doi.org/10.1177/1745691618804187>
5. Beck AT. Thinking and depression II. Theory and therapy. Arch Gen Psychiatry. 1964;10:561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
6. Austin MP, Frilingos M, Lumley J, et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. J Affect Disord. 2008;105(1-3):35-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.001>
7. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893-897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
8. Abep. No Title. 2015. [Document]. URL <http://www.abep.org>.
9. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Rev. Bras. Psiquiatr. 2000. 22:106–115. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462000000300003>.
10. Becker M., Weinberger T., Chandy A., Schmukler S. Depression during pregnancy and postpartum. Curr. Psychiatry Rep, 2016; 18: 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0664-7>.
11. IBGE 2010 Censo 2010 [WWW Document]. URL <https://censo2010.ibge.gov.br>. IBM, 2016. No Title [WWW Document]. URL <https://www.ibm.com/br-pt/analytics/spss-statistics-software>.
12. Silva, Sonia Boccato Alves, Irai & Peixoto, Evandro & Rocha, Glaucia & Primi, Tatiana. Outcome Questionnaire (OQ-45.2): avaliação das propriedades psicométricas via modelo bifactor e TRI. Psico. 2016; 47: 298. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.4.24600>
13. De Menezes L.O., Pinheiro R.T., Quevedo L.de A., de Oliveira S.S., Silva da R.A., Pinheiro K. A.T., Santo G.C.E. Jansen K.O. impacto do baixo peso ao nascer relacionado a depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: Uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Brasil. Cad. Saúde Publica, 2012; 28: 1939–1948. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000012>
14. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. Braz J Psychiatry. 2012;34(4):389-394. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
15. Gould W. No Title [WWW Document], 2021. URL <https://www.stata.com>.

16. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados [Postpartum depression: prevalence and associated factors]. Cad Saude Publica. 2017;33(9):e00094016. Published 2017 Oct 9. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00094016>
17. Huang L., Zhao Y., Qiang C., Fan B. Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta-analysis. PLoS One, 2018; 13: 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205243>.
18. Holmes T.H., Rahe R.H. The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research, 1967; 11(2): 213–218. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
19. Austin MP, Frilingos M, Lumley J, et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. J Affect Disord. 2008;105(1-3): 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.001>