

مداخله ی زودهنگام جهت کاهش افسردگی پس از زایمان و افزایش عزت نفس و رضایت زناشویی مادران باردار

احمد احمدی^۱، سایه سادات موسوی صاحب‌الزمانی^۲، علی فتحی آشتیانی^۳
و سمیرا مطیعی^۴

مشکلات خلقی، از شایع‌ترین اختلالات روان شناختی است که در دوران بارداری و پس از آن بروز می‌کند. بیماران مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان، در کسب حمایت عاطفی از سوی همسر و فرزندان، چالش‌های متعددی را تجربه می‌کنند که این شرایط، خود به عنوان عامل خطری برای وخیم‌تر شدن سلامت روان شناختی آنها در نظر گرفته می‌شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی پس از زایمان و افزایش عزت نفس و رضایت زناشویی مادران باردار بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه تجربی با گروه کنترل، ۱۳۵ نفر از مادران باردار افسرده ی بخش زنان و زایمان بیمارستان بقیه اله و نجمیه تهران به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و انتظار کاربندی شدند. گروه مداخله، طی ۸ جلسه ۴۰ تا ۶۰ دقیقه ای برنامه ی آموزش روان شناختی را دریافت کرد. گروهها قبل و بعد از مداخله، از نظر افسردگی، عزت نفس و رضایت زناشویی مورد آزمون قرار گرفتند. تحلیل کوواریانس چند متغیری، نشان داد که افسردگی گروه مداخله، کاهش یافته است. بنظر می رسد با عنایت به تاثیر مداخلات روان شناختی در کاهش افسردگی پس از زایمان، بهتر است این نوع مداخله در برنامه ی درمانی بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان وارد شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، افسردگی پس از زایمان

مقدمه

مشکلات خلقی از جمله اضطراب و افسردگی، مخصوصاً اختلال افسردگی پس از زایمان^۳ از شایع‌ترین اختلالات روان شناختی است که در دوران بارداری و پس از آن بروز می‌کند (برو کینگتون، ۲۰۰۴). افسردگی پس از زایمان، در تمام جوامع و فرهنگ‌ها مشاهده می‌شود (گودلدبورت، ۲۰۰۵).

۱. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله تهران. ایران (نویسنده مسول) ahmady457@ut.ac.ir

۲. دپارتمان پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۳. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله تهران، تهران، ایران

۴. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.

از جمله علایم این شرایط، بی‌قراری، انرژی پایین، خشم، کاهش علاقه و سطح فعالیت، احساس گناه و غمگینی است که به فاصله دو هفته پس از زایمان نمایان می‌شود (گرین، برومی و میرابلا، ۲۰۰۶؛ فونته و هورتون دیوتیچ، ۲۰۰۵). شیوع این اختلال در فرهنگ‌ها و کشورهای مختلف ۱۰ تا ۲۰ درصد گزارش شده است (بروکینگتون، ۲۰۰۴؛ هالبریچ و کارکون، ۲۰۰۶). در ایران نیز، شیوع این شرایط از ۲۰ تا ۳۲ درصد برآورده شده است (شویبری، فرهادی نصب و نظری، ۲۰۰۷). شایان ذکر است که مشکلات خلقی از جمله اضطراب با شیوع ۵۴ درصد و افسردگی، با شیوع ۳۷ درصد در دوران بارداری نیز شیوع بالایی را نشان می‌دهند (لی، لام، لو، چانگ و همکاران، ۲۰۰۷). امروزه، شناسایی و ارایه‌ی برنامه‌ی مداخله‌ای زود هنگام برای پیشگیری و کاهش این شرایط به یکی از اولویت‌های خدمات بهداشتی در جهان تبدیل شده است (میشینا و تاکایاما، ۲۰۰۹).

بررسی پیشینه‌ی پژوهشی نشان می‌دهد که افسردگی پس از زایمان اختلالی چند عاملی است. پژوهش‌ها، از نقش متغیرهای روان‌شناختی شامل مشکلات زناشویی و عدم رضایت زناشویی، احساس تنهایی، حوادث استرس‌آور زندگی و فقدان حمایت اجتماعی در بروز افسردگی پس از زایمان حمایت می‌کند (دنيس و کریدی، ۲۰۰۵؛ رابرتسون، کلاسون و استی وات، ۲۰۰۳). پژوهشگران با بررسی چهارده هزار شرکت‌کننده و انجام پژوهش فراتحلیل، سابقه‌ی افسردگی، اضطراب، عدم حمایت اجتماعی، مشکلات زناشویی و عزت نفس پایین را از مهم‌ترین عوامل خطر دخیل در بروز افسردگی پس از زایمان گزارش کرده‌اند (رابرتسون، کلاسون و استی وات، ۲۰۰۳).

افسردگی، ارتباطات فرد با دنیای اطراف را مختل و منجر به استفاده از رویکردهای مقابله‌ای ناسالم می‌شود (کروکنبرگ و لیریکس، ۲۰۰۳). برخی پژوهش‌ها نه تنها نقش منفی افسردگی در رفتارهای مقابله‌ای را نشان داده‌است بلکه اثر مخرب آن بر روابط بین فردی را نیز گزارش می‌کند (پوتربوگاه، ۲۰۰۶). مادر باردار دارای خلق افسرده، در تعامل با دیگران ممکن است بیشتر از الگوی اجتناب، انزوا و حتی برخورد طلب کارانه به ویژه در رابطه با اعضای خانواده استفاده کند که این خود، روابط زناشویی را به صورت منفی تحت تاثیر قرار می‌دهد (کروکنبرگ و لیریکس، ۲۰۰۳). در این راستا، یافته‌های پژوهشی، همبستگی بالایی را بین افسردگی پس از زایمان با مشکلات زناشویی و عدم سازگاری در زندگی مشترک گزارش کرده‌اند (کیرپینار، گوزوم و پاسینلوگلو، ۲۰۱۰). افسردگی منجر به تجربه‌ی احساس تنهایی و از دست دادن حمایت اجتماعی در فرد می‌شود و توانایی مادر را برای مدیریت هیجان‌هایش دچار مشکل می‌کند؛ در نتیجه، زندگی روزمره برای وی و اطرافیان دشوار

می‌شود (کلرمن، ویزمن، رونساولی و چورون، ۱۹۹۶). عزت نفس کاهش یافته و افکار منفی برقراری ارتباط و تعامل را دشوار می‌سازد و این گونه رفتارها می‌تواند منجر به بروز واکنش‌های منفی از سوی دیگران در ارتباط با مادران مضطرب و افسرده شود (پوتربوگه، ۲۰۰۶). حتی زمانی که این اختلال شناسایی می‌شود، این افراد، برنامه‌ی مداخله‌ای لازم را دریافت نمی‌کنند و فقدان انرژی و ترس از دریافت برچسب، مانعی در راه دریافت خدمات درمانی ایجاد می‌کند (پوسمونتی، ۲۰۰۸). جمع بندی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که برنامه‌ها و اقدامات درمانی محدودی جهت پیشگیری و کاهش مشکلات خلقی پس از زایمان طراحی و ارائه شده است (هوراد، ۲۰۰۵).

شواهد تجربی در این زمینه نشان می‌دهد که بیماران در زمان بارداری، درمان‌های روان‌شناختی را بر درمان‌های دارویی ترجیح می‌دهند (اریکسن، کوندون، بیلستا، برووک و همکاران، ۲۰۰۵). یافته‌های تجربی نشان می‌دهد، درمان شناختی- رفتاری به عنوان یک روش مبتنی بر شواهد تجربی برای کاهش افسردگی پس از زایمان (مک‌گین و ساندرسون، ۲۰۰۱) و به عنوان یکی از موفق‌ترین رویکردهای درمانی در کوتاه مدت هم به لحاظ پیشگیری و هم به لحاظ نقش کاهش دهنده‌ی علایم افسردگی در مادران باردار (استوارت و کولیوا، ۲۰۱۴؛ کلتورثی، ۲۰۱۲؛ موا، لی، چپو، چان و چن، ۲۰۱۲) در نظر گرفته می‌شود. با توجه به آنچه گفته شد، در پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال بودیم که آیا برنامه‌ی آموزش شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی پس از زایمان و افزایش رضایت زناشویی و عزت نفس مادران در معرض خطر برای بروز افسردگی پس از زایمان، موثر است؟

روش

پژوهش حاضر، از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی مورد نظر پژوهش، شامل مادران باردار در بخش زنان و زایمان بیمارستان علوم پزشکی بقیه اله و نجمیه تهران بود که در سه ماهه‌ی آخر بارداری خود علایم افسردگی را نشان می‌دادند. ۱۳۵ نفر از این جامعه که نمرات آن‌ها در آزمون افسردگی بک بالاتر از نقطه پرش آزمون (۱۳ > نمره) بود، وارد پژوهش شدند. نمونه‌ها به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۶۴ نفر) و انتظار (۷۱ نفر) کاربندی شدند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله با آزمون افسردگی بک^۱، افسردگی پس از زایمان ادینبرگ^۲، رضایت زناشویی

انریچ^۱ و مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت^۲ مورد آزمون قرار گرفتند. آزمون افسردگی بک، در سال (۱۹۶۱) ساخته و سپس در سال ۱۹۷۹ مورد تجدید نظر قرار گرفت. ویرایش دومین نسخه ی آزمون، متناسب با علایم اختلال افسردگی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجام شد. این پرسشنامه، ۲۱ سوالی است که علایم اختلال افسردگی شامل غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، دوست نداشتن خود، خود سرزنشی، افکار خودکشی، گریه کردن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، بی‌ارزشی، از دست دادن انرژی، تغییر در الگوی خواب، تحریک‌پذیری، تغییر در اشتها، اشکال در تمرکز، خستگی پذیری و کاهش علاقه جنسی مورد سنجش قرار می‌دهد. سوال‌های آزمون در مقیاس چهار نقطه‌ای از صفر تا سه نمره گذاری می‌شوند (بک، وارد، مندلسون، موک و همکاران، ۱۹۶۱). نمره ی کلی بین (۰-۱۳) حداقل افسردگی و نمره ی بین (۱۴-۱۹) افسردگی خفیف، نمره ی بین (۲۰-۲۸) افسردگی متوسط و نمره ی بین (۲۹-۶۳) بیانگر افسردگی شدید است. پژوهش‌های مختلفی در ایران شواهد روان‌سنجی این آزمون را مورد تایید قرار داده‌اند (رجبی، ۲۰۰۵).

آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، در سال ۱۹۸۷ با هدف شناسایی مادران دارای افسردگی پس از زایمان ساخته شد. این پرسشنامه ی ۱۰ سوالی، حالات مادر در هفته ی گذشته را مورد بررسی قرار می‌دهد و علایم بالینی افسردگی شامل احساس گناه، اختلال خواب، فقدان انرژی، عدم کسب لذت و افکار خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. سوال‌های آن از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود (تانوس، جیگانتی، فیوچز و بوسنلو، ۲۰۰۸). پژوهش‌های بسیاری ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون را مورد تایید قرار داده‌اند (منتظری، ترکان و امیدوار، ۲۰۰۷؛ مظهری و ناخی، ۲۰۰۷).

مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت، نگرش و باور فرد را درباره ی خود و دنیا بررسی می‌کند. این آزمون ابتدا برای سنجش عزت نفس کودکان ساخته شد و سپس توسط ریدن (۱۹۷۸) برای استفاده بزرگسالان تغییر داده شد. این مقیاس متشکل از ۵۸ سوال است که ۸ سوال آن نقش سوالات دروغ سنج را دارد. ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون مورد تایید قرار گرفته است (احمد، والایانت و سویندل، ۱۹۸۵).

پرسشنامه ی رضایت زناشویی انریچ، توسط اولسون (۱۹۸۹) طراحی شده است و به منظور ارزیابی زمینه‌های بالقوه ی مشکل‌زا و شناسایی زمینه‌های قدرت و پربارسازی روابط زناشویی به کار

می‌رود. سلیمانان (۱۹۹۷) پایایی فرم کوتاه پرسشنامه را از طریق محاسبه ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده است. سایر پژوهشگران نیز پایایی آزمون به روش بازآزمایی را بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ و قدرت تمیز آن ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (پویامنش، احدی، دلاور، ۲۰۰۸). معجز انجام این پژوهش از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله تهران و کمیته پژوهش و کمیته اخلاق بیمارستان بقیه اله اخذ شد.

شیوه ی اجرا

برنامه ی آموزش روان شناختی توسط تیم چند رشته‌ای شامل متخصص زنان و زایمان، متخصص مامایی، روان پزشکی، روان شناس و روان شناس سلامت طراحی شد و توسط تیم پژوهش، به مادران گروه مداخله همراه با فیلم و کتابچه‌های آموزشی ارائه شد. این برنامه، متشکل از ۸ جلسه ی ۴۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای بود که حدود ده هفته اجرا شد. برنامه در دو محور آموزش‌های بارداری شامل توقعات واقع گرایانه از نقش والدگری، تغییرات جسمانی و روانی دوران بارداری برای مادر و نوزاد، مراحل رشد به هنجار و تکنیک‌های رفتاری- شناختی شامل آموزش علایم افسردگی و اضطراب، کنترل اضطراب، راهبردهای مقابله با افسردگی، نقش افکار منفی و رابطه ی آن با احساسات، مهارت حل مساله، پایش خلق و بهبود خلق افسرده، آموزش آرمیدگی و آموزش سبک‌های ارتباطی مثبت با همسر به مادران گروه مداخله ارائه شد. در جدول ۱ ساختار جلسات درمانی ارائه شده است.

با توجه به داشتن متغیرهای فاصله‌ای، استفاده از پیش آزمون و اینکه در پژوهش حاضر متغیرهای وابسته؛ عبارتند از نمره ی پس آزمون افسردگی بک، افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، عزت نفس و رضایت زناشویی و متغیرهای همپراش نیز شامل نمره ی آزمودنی‌ها در متغیرهای مذکور در پیش آزمون است از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. مفروضه‌های اساسی این روش شامل همسانی واریانس‌ها با عدم معنی داری آزمون لوین ($P = </0.05$)، نرمال بودن نمرات متغیر وابسته، خطی بودن رابطه ی بین متغیر وابسته و کمکی و نیز یکسان بودن شیب خط رگرسیون، بررسی و از برقراری آنها اطمینان حاصل شد. نتایج آزمون ام باکس ($F = 0.778$ ، $P = 0.650$)، برابری ماتریس‌های کوواریانس را نشان می‌دهد. همچنین عدم تعامل معنی دار بین متغیرهای همپراش و مستقل برای متغیرهای وابسته ($P = </0.05$)، برقراری فرض شیب خط رگرسیون را نشان می‌دهد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: ساختار جلسات برنامه ی مداخله ای

جلسه	عناوین و سرفصل ها
۱	بخش اول: معرفی برنامه، اهداف و ساختار آن؛ تعریف و شناسایی علایم افسردگی، بخش دوم: بارداری، مراحل رشد جنین و عوامل اثر گذار بر آن
۲	بخش اول: تعریف و مفهوم سازی افسردگی از دیدگاه رویکرد شناختی- رفتاری، خود ارزیابی علایم افسردگی؛ تاثیر افسردگی بر احساس، افکار و رفتار؛ شناسایی و ثبت احساسات منفی؛ ثبت افکار
۳	بخش دوم: تغییرات جسمی و عاطفی دوران بارداری؛ خواب و شکایت های شایع دوران بارداری بخش اول: شناسایی خطاهای شناختی و راه های به چالش کشیدن آن، بخش دوم: مراقبت بهداشتی دوران بارداری، نوسان های خلقی حین بارداری، مراقبت دوران نوزادی
۴	بخش اول: اضطراب، علایم و اثرات آن، تکنیک مدیریت اضطراب؛ شناسایی سرخ های فعال کننده حالات خلقی، شادکامی و عزت نفس، بخش دوم: فواید و ضرورت تغذیه با شیر مادر؛ آموزش حمام کردن نوزاد تازه متولد شده
۵	بخش اول: مهارت های ارتباطی؛ ارتقای خلق مثبت؛ رابطه با دیگران؛ آموزش تن آرامی، بخش دوم: روش ها و حالات مختلف شیر دهی
۶	بخش اول: مهارت های مقابله، خود آگاهی هیجانی، مدیریت و تعدیل توقعات؛ تغییر سبک زندگی بخش دوم: آشنایی با مراحل رشد نوزاد بدو تولد تا ۳ سالگی
۷	بخش اول: مهارت حل مساله، بخش دوم: آشنایی با مراحل رشد نوزاد ۳ تا ۵ سالگی
۸	بخش اول: افسردگی و تغذیه، بخش دوم: تغییرات دستگاه گوارش، راههای مقابله با تهوع، استفراغ

یافته ها

جدول ۲، شاخص های توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی نمونه ی پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۲: شاخص های توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی نمونه پژوهش

شاخص آماری	گروه مداخله	گروه کنترل
سن	۲۵ (۳/۵۸)	۲۶ (۳/۸۲)
فراوانی (درصد)	۶ (۹/۴)	۱۲ (۱۶/۹)
سیکل	۲۱ (۳۲/۸)	۳۲ (۴۵/۱)
دیپلم	۱۰ (۱۵/۶)	۸ (۱۱/۳)
فوق دیپلم	۲۳ (۳۵/۹)	۱۸ (۲۵/۴)
لیسانس	۴ (۶/۲)	۱ (۱/۴)
فوق لیسانس		

نوع زایمان	فراوانی (درصد)	سزارین	۴۷ (۷۳/۴)	۵۳ (۷۴/۶)
وضعیت شغلی	فراوانی (درصد)	طبیعی	۱۷ (۲۶/۶)	۱۸ (۲۵/۴)
		شاغل	۱۳ (۲۰/۳)	۱۲ (۱۶/۹)
		خانه دار	۵۱ (۷۹/۷)	۵۹ (۸۳/۱)

داده‌های توصیفی نمرات دو گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته قبل و بعد از برنامه ی مداخله در دو گروه

گروه	متغیر	پیش M (sd)	پس M (sd)
	رضایت زناشویی	۹۶/۸۲ (۲۵/۰۱)	۱۰۱/۰۳ (۲۹/۵۲)
مداخله	افسردگی پس از زایمان	۱۷/۳۳ (۶/۸۷)	۱۳/۰۵ (۵/۷۰)
	افسردگی بک	۲۱/۱۷ (۱۰/۹۲)	۱۴/۸۶ (۵/۹۶)
	عزت نفس	۲۹/۰۹ (۳/۵۱)	۳۲ (۲/۷۶)
کنترل	رضایت زناشویی	۱۰۰/۳۸ (۲۷/۰۳)	۱۰۳/۸۹ (۲۶/۷۶)
	افسردگی پس از زایمان	۱۳/۵۲ (۵/۸۱)	۱۲/۴۸ (۵/۰۱)
	افسردگی بک	۱۶/۹۲ (۴/۹۱)	۱۶/۱۳ (۵/۶۳)
	عزت نفس	۲۸/۷۴ (۳/۷۰)	۳۱/۱۲ (۲/۸۵)

در جدول ۴، میانگین نمرات گروهها را پیش و پس از آموزش روان شناختی، مقایسه کرده ایم همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است با حذف اثر پیش آزمون، می توان گفت که بین دو گروه در نمرات افسردگی پس از زایمان ادینبرگ تفاوت معنی داری وجود دارد ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۴: خلاصه ی تحلیل کوواریانس چند متغیری تاثیر آموزش روان شناختی بر افسردگی

عزت نفس و رضایت زناشویی					
Eta.	Sig.	F	MS	df	SS
۰/۰۰۱	۱۷۲۰/۶۶	۹۷۵۴۷/۷۵	۹۷۵۴۷/۷۵	۱	۹۷۵۴۷/۷۵
۰/۰۰۳	۰/۵۲۴	۰/۴۰۸	۲۳/۱۴	۱	۲۳/۱۴
۰/۰۰۱	۱۱۳/۴۸	۱۷۶۱/۵۷	۱۷۶۱/۵۷	۱	۱۷۶۱/۵۷
۰/۰۴۰	۰/۰۲۴	۵/۱۹	۸۰/۶۴	۱	۸۰/۶۴
۰/۰۰۱	۱۵۴/۳۸	۳۷۸۱/۳۳	۳۷۸۱/۳۳	۱	۳۷۸۱/۳۳
۰/۰۰۶	۰/۳۵۴	۰/۸۶	۲۰/۹۷	۱	۲۰/۹۷

*معنی دار در سطح ۰/۰۰۵

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی برنامه ی شناختی- رفتاری بر پیشگیری از افسردگی پس از زایمان و ارتقای رضایت زناشویی و عزت نفس مادران باردار انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش در رابطه با تاثیر برنامه ی مداخله‌ای بر افسردگی مادران، نشان دهنده ی وجود تفاوت معنادار (0/001 < p) بین افسردگی پس از زایمان مادران گروه مداخله و انتظار بود. این نتایج با یافته‌های ارایه شده از سوی سایر پژوهشگران (ماو، لی، چيو، چان و همکاران، ۲۰۱۲؛ برنز و همکاران، ۲۰۱۲؛ وود، هارینگتون و مور، ۱۹۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان- شناختی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و افسردگی پس از زایمان همسو است. یافته‌ها در خصوص تاثیر برنامه ی مداخله‌ای بر عزت نفس مادران باردار تفاوت معناداری را بین گروه آزمایش و کنترل نشان نداد. این نتیجه با شواهد گزارش شده از برخی از پژوهشگران از جمله مک مانوس، وایتی و شارفان (۲۰۰۹) همخوان و با یافته‌های ویت، مک مانوس، وایتی و شارفان (۲۰۱۲) ناهمخوان است. از جمله دلایل توجیه کننده این موضوع می‌توان به نقش متغیرهای متعدد دخیل در شکل گیری عزت نفس اشاره کرد. این عوامل هر کدام سهمی از واریانس تغییر در نمرات عزت نفس را بر عهده دارند و به نظر می‌رسد که میزان تاثیر متغیرهای دیگر بیشتر از برنامه ی مداخله‌ای ارایه شده در این پژوهش بوده است.

یکی دیگر از عوامل تبیین کننده ی عدم افزایش عزت نفس مادران گروه آزمایش را می‌توان به تغییرات جسمی و ظاهری ناشی از بارداری اشاره کرد که پس از ارایه ی برنامه ی مداخله‌ای، همچنان برای آزمودنی‌ها پایدار بوده است. شواهد پژوهشی در این رابطه گزارش می‌کند که یکی از جنبه‌های مهم شکل دهنده ی عزت نفس در افراد، ظاهر بدنی و تصویر بدنی است که آنها از اندام‌های خود دارند (ضارب، ۱۹۹۱). نتایج بدست آمده از تاثیر برنامه ی مداخله‌ای بر رضایت زناشویی مادران باردار تفاوت معناداری را بین زنان گروه آزمایش و کنترل نشان نداد. این یافته با شواهد موجود در پیشینه ی پژوهشی مبنی بر تاثیر آموزش شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی آزمودنی‌ها ناهمخوان است. پژوهشگران نشان داده‌اند که با استفاده از برنامه ی آموزش شناختی- رفتاری، می‌توان رضایت زناشویی افراد را ارتقا داد (احمدی، کریمی، نوحی، مختاری و همکاران، ۲۰۰۹). بخشی از این تفاوت در نتایج می‌تواند مربوط به نمونه ی مورد مطالعه باشد. در پژوهش‌های مذکور، معمولاً از افرادی که دارای مشکلات زناشویی بودند، به عنوان شرکت کننده استفاده شده بود در حالی که در پژوهش حاضر از افراد مبتلا به اختلالات افسردگی استفاده شده است.

**References**

- Ahmady, K., Karami, G., Noohi, S., Mokhtari, A., Gholampour, H., & Rahimi, A. A. (2009). The Efficacy of Cognitive Behavioral Couple's Therapy (CBCT) on Marital Adjustment of PTSD-diagnosed combat veterans. *Europe's Journal of Psychology*, 5(2), 31-40.(Persian)
- Ahmed, S. M. S., Valliant, P. M., & Swindle, D. (1985). Psychometric properties of coopersmith self-esteem inventory. *Perceptual and Motor Skills*, 61(3), 1235-1241.(Persian)
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-67.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363, 303-310.
- Burns, A., O'Mahen, H., Baxter, H., Bennert, K., Wiles, N., Ramchandani, P., & Evans, J. (2013). A pilot randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for antenatal depression. *BMC psychiatry*, 13(1), 33-45.
- Clatworthy, J. (2012). The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *Journal of affective disorders*, 137(1), 25-34.
- Dennis, C. L. (2014). Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 97-111.
- Dennis, C. L., & Creedy, D. (2005). Psychosocial and psychological interventions for preventing spartum depression. *Evidence Based Nursing*, 8(3), 76-78.
- Ericksen, J., Condon, J., Bilszta, J., Brooks, J., Milgrom, J., Hayes, B., ... & Buist, A. (2005). Recognition and management of perinatal depression in general practice: a survey of GPs and postnatal women. *Australian family physician*, 34(9), 787-90.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 91(2), 97-111.
- Howard, L. M., Hoffbrand, S., Henshaw, C., Boath, L., & Bradley, E. (2005). Antidepressant prevention of postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2,1-14.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 1071-1083.
- Goldbort, J. (2006). Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN: The America Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(2), 121-126.
- Green, K., Broome, H., & Mirabella, J. (2006). Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychology, health & medicine*, 11(4), 425-431.
- Kirpinar, I., Gözüm, S., & Pasinlioğlu, T. (2010). Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *Journal of clinical nursing*, 19(3), 422-431.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B., & Chevron, E. S. (1996). *Interpersonal psychotherapy for depression*. New York, NY, US: New York University Press.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M. S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W., & Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102-1112.
- Mao, H. J., Li, H. J., Chiu, H., Chan, W. C., & Chen, S. L. (2012). Effectiveness of Antenatal Emotional Self-Management Training Program in Prevention of Postnatal Depression in Chinese Women. *Perspectives in psychiatric care*, 48(4), 218-224.
- Mazhari, S., & Nakhaee, N. (2007). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in an Iranian sample. *Archives of women's mental health*, 10(6), 293-297.(Persian)
- McManus, F., Waite, P., & Shafran, R. (2009). Cognitive-behavior therapy for low self- esteem: a case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 266-275.
- McGinn, L. K., & Sanderson, W. C. (2001). What allows cognitive behavioral therapy to be brief: Overview, efficacy, and crucial factors facilitating brief treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 23-37.
- Mishina, H., & Takayama, J. I. (2009). Screening for maternal depression in primary care pediatrics. *Current Opinion in Pediatrics*, 21(6), 789-793.
- Montazeri, A., Torkan, B., & Omidvari, S. (2007). The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC psychiatry*, 7(1), 11-19.(Persian)
- Posmontier, B. (2008). Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(4), 310-318.

- Pouyamanesh, J., Mazaheri, H., & Delavar, A. (2008). Efficacy of face to face and internet-applied methods of cognitive-behavioral group counseling based on Ellis's theory in increasing marital satisfaction. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 6(2),89-96.(Persian)
- Puterbaugh, D. T. (2006). Communication counseling as part of a treatment plan for depression. *Journal of Counseling & Development*, 84(3), 373-380.
- Rajabi, G. R. (2005). Psychometric Properties of Beck Depression Inventory Short Form Items(BDI-13). *Journal of Iranian Psychologists*, 1(4) ,291-298 (Persian).
- Robertson, E., Celasun, N., & Stewart, D.E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Kaplan, H. (2003). Synopsis of psychiatry: behavioral sciences. *Clinical Psychiatry*.
- Shobeyri, F., Farhadinasab, A. A., & Nazari, M. (2007). Detecting postpartum depression in referents to medical and health centers in hamadan city. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services*.14(3) , 24-28.(Persian)
- Soleymanian, A. (1997). Studying the effectiveness of irrational thinking on marital satisfaction. (MA thesis, University of Tarbiat Moallem) (Persian).
- Stuart, S., & Koleva, H. (2014). Psychological treatments for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 61-70.
- Tannous, L., Gigante, L., Fuchs, S., & Busnello, E. (2008). Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC psychiatry*, 8(1), 1-11.
- Waite, P., McManus, F., & Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self- esteem: A eliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(4), 1049-1057.
- Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: results from the National Comorbidity Survey. *Journal of abnormal psychology*, 108(4), 701.
- Wood, A., Harrington, R., & Moore, A. (1996). Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(6), 737-746.
- Zarb, J. M. (1992). Cognitive-behavioral assessment and therapy with adolescents Brunner. *Mazel*, New York.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 8 (No. 32), pp. 47-56, 2014

Identification and early intervention of reducing postnatal depression and increasing self-esteem and marital satisfaction of Pregnant Women

Ahmadi, Ahmad

Baghiato-Allah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Mousavi Sahebol Zamani, Sayeh Sadat

Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Ashtiani, Ali Fathi

Baghiato-Allah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Motiee, Samira

Islamic Azad University, Urmia branch, Urmia, Iran

Received: Jun, 12, 2014

Accepted: Jun, 20, 2014

Mood disorders are the most common psychological disorders that occur during pregnancy and after. Patients with post-natal depression, experience many challenges in terms of the emotional support from their spouses and children. This condition can be considered as a threat factor for deteriorating psychological health. The aim of this study was to examine the effect of cognitive behavioral therapy in postpartum depression and increase self-esteem and marital satisfaction of pregnant mothers. For this purpose, in a quasi-experimental study with a control group, 135 depressed pregnant women, of the hospital's maternity ward of Baghiato-Allah and Najmieh Tehran were assigned into two groups of intervention and control, randomly. The Intervention group received 8 sessions of 40 to 60-minute of psychological training program. The groups were tested in terms of depression, self-esteem and marital satisfaction both before and after the intervention. Multivariate analysis of covariance revealed that depression in the intervention group has decreased. It appears that with regard to the impact of psychological interventions in reducing postpartum depression, it is better to enter this kind of intervention in the treatment of patients with postpartum depression.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, postpartum depression

Electronic mail may be sent to: ahmady457@ut.ac.ir