

تأثیر اقدامات حمایتی در دوران بارداری بر پیشگیری از افسردگی پس از زایمان

نضال آژ* دکتر مسعود یونسین** احمد فیلی*** آسیه عباسی متجدد****

چکیده

زمینه و هدف: بعد از زایمان ۱۰ تا ۱۵٪ از زنان دچار افسردگی می‌شوند این مطالعه به منظور بررسی تأثیر اقدامات حمایتی در دوران بارداری بر پیشگیری از افسردگی پس از زایمان انجام شده است. روش بررسی: این تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی است. حجم نمونه ۴۴۰ نفر که از بین مراجعین به مراکز بهداشتی شهرهای آستانه و لاهیجان که واجد شرایط نمونه بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. به گروه مورد آموزش‌های لازم در زمینه بارداری، زایمان و حوادث پس از زایمان و چگونگی برخورد با مشکلات پس از زایمان داده شد و گروه شاهد از مراقبت‌های رایج مراکز بهداشتی بهره گرفتند. در پایان، در فاصله ۴ هفته تا ۲ ماه پس از زایمان با استفاده از پرسشنامه بک میزان افسردگی در دو گروه سنجیده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (مجذور کای و آزمون تی) و نرم‌افزار SPSS استفاده شد. یافته‌ها: میانگین نمره افسردگی در گروه شاهد ۸/۶۹ و در گروه مورد ۷/۰۸ بود. میانگین کلی نمونه‌ها ۷/۹۷ با انحراف معیار ۷/۲۱، شیوع افسردگی (افرادی که نمره بک بالاتر از ۱۶ داشتند) در گروه مطالعه ۶/۵٪ و در گروه شاهد ۱۸/۶٪ بود.

نتیجه‌گیری: آموزش و اقدامات حمایتی در دوران بارداری در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان مؤثر است ($p < 0.01$).

نویسنده مسؤول: نضال آژ؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

e-mail: nezal_ajh@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، معیار بک، مراقبت‌های پره‌ناتال

- دریافت مقاله: تیر ماه ۱۳۸۵ - پذیرش مقاله: شهریور ماه ۱۳۸۵

مقدمه

در طی دوران پس از زایمان بسیاری از زنان علایمی از افزایش تنش، اضطراب و افکار منفی را نشان می‌دهند. حدود ۴۰ تا ۶۰٪ از زنان در این زمان دچار افسردگی بالینی تحت عنوان اندوه (۱) می‌گردند که با خصوصیات مانند غم خفیف، ترس، عصبانیت، تغییر خلق و خستگی شناخته می‌شود و حالتی خودبخود محدود شونده دارد. از این تعداد ۱۰ تا ۱۵٪ و بر اساس برخی منابع ۲۰ تا ۳۰٪ (۲)، از اواخر هفته دوم دچار افسردگی متوسط می‌شوند که

در صورت عدم درمان تا ۶ ماه یا حتی یک سال به طول می‌انجامد که افسردگی پس از زایمان (Postpartum Depression) نامیده می‌شود (۳) و با علایمی از قبیل عدم توجه به ظاهر و کاهش پاسخ‌های احساسی و ارتباطی با بستگان، بی‌اشتهایی، تحریک‌پذیری، کاهش میل جنسی، افکار و گاهی اقدام به خودکشی (۳) و نیز مشکلاتی در مراقبت از طفل بروز می‌کند که می‌تواند در آینده بر یادگیری و تمرکز حواس طفل اثر بگذارد (۴). در حدود ۱ مورد در ۵۰۰ زایمان (۱/۱ تا ۰/۲٪) به نوع شدید افسردگی به صورت سایکوز پس از زایمان مبتلا می‌شوند (۵ و ۶).

* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
** استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** کارشناس آمار
**** کارشناس مامایی

علل افسردگی عبارتند از عوامل هورمونی، بیوشیمیایی، روانی، اجتماعی، و تأثیرات محیط (که امروزه تحت عنوان عوامل زیستی، روانی، و اجتماعی نامیده می‌شود) و یک عامل آشکار ساز به عنوان جرقه در بروز آن دخیل می‌باشد. عوامل و علل متعدد دیگری نیز چون سابقه افسردگی در شخص یا افراد فامیل، حاملگی ناخواسته، تصور عدم حمایت اجتماعی اقتصادی، طلاق، از دست دادن همسر یا یکی از عزیزان در این اواخر، ترس از بیکار شدن، مشکلات و حوادث مامایی و استرس محیطی، مادر را در خطر بروز این عارضه قرار می‌دهد. البته این عوامل همواره توأم با افسردگی نیستند (۷).

برخی تصور می‌کنند این بیماری در زنانی که بچه دوست ندارند یا مادران قابل نیستند و نیز در زنان ضعیف دیده می‌شود. گروهی از مردم معتقدند که این عارضه، اصلاً بیماری محسوب نمی‌شود، بلکه شکل‌هایی از واقعیت است که تشدید می‌گردد و به دلایلی متأسفانه تشخیص داده نمی‌شود، زیرا متخصصین فکر می‌کنند که درجاتی از افسردگی در یک دوره بعد از زایمان طبیعی است و نیاز به نگرانی و مداخله ندارد. از طرفی در برخی از جوامع احساس ترس مادر، خشم و دلسردی ناگهانی او قابل درک نیست و بروز این احساسات توسط مادران به عنوان یک رفتار نامناسب و خارج از کنترل محسوب می‌شود، زیرا زنان باید احساسات و تصورات مادرانه خود را در حد بالایی حفظ کنند و اُفت آن حتی برای مدت کوتاهی قابل قبول نیست بنابراین مادران در چنین شرایطی به این نتیجه

می‌رسند که خطاکارند و احساس گناه خواهند کرد (۷).

افسردگی پس از زایمان به عنوان یک اختلال در سلامت روانی محسوب گردیده و این عارضه در مادران نخست‌زا شیوع بالایی دارد، و علاوه بر مشکلاتی که زن در این زمان متحمل می‌شود و در بالا ذکر شد، با توجه به این که در چنین حالتی بار عاطفی مثبت به نوزاد انتقال نمی‌یابد و خطر صدمه رساندن به نوزاد از طرف مادر وجود دارد، لذا این شرایط یک عامل مخل تکامل جسمی و روانی برای کودک در زمان حال و آینده نیز محسوب می‌گردد. لذا نیاز به بذل توجه بیشتری دارد. این موضوع که مادر پس از طی یک دوره پر فراز و نشیب بارداری و زایمان با این مشکل چگونه برخورد نماید و وظیفه ما به عنوان مراقب بهداشتی در این زمینه چیست، انگیزه انجام این تحقیق می‌باشد.

درمان افسردگی بعد از زایمان ترکیبی از روان درمانی، حمایت اجتماعی و دارو درمانی می‌باشد که بسته به شدت و علل می‌تواند متغیر باشد درمان دارویی در صورتی که مادر خواهان شیردهی باشد با آن تداخل خواهد داشت و مداخلات روان درمانی ارجح به نظر می‌رسد و به دو صورت قابل بررسی است: الف) مداخلات پیشگیری کننده و ب) درمان در مرحله حاد، که اولی درحین بارداری و قبل از وقوع و در جمعیت عمومی و دومی پس از بروز علائم انجام می‌شود (۸). روش‌های پیشگیری همان آموزش‌های روان درمانی بعد از حادثه است که در ترکیب با برنامه‌های مراقبت پره‌ناتال (Prenatal Care) به صورت

جلسات اضافی یا ضمن همان جلسات آموزش داده می‌شود و سبب پاکسازی ذهنی از طریق یادآوری خاطرات صدمات می‌شود (۹) روان درمانی می‌تواند به صورت فردی، گروهی، شناخت درمانی، یا روان درمانی اجتماعی انجام گیرد. علاوه بر این استفاده از مراقبین بهداشتی در منزل یا از طریق تلفن می‌تواند مفید باشد (۱۰). خانواده درمانی و زوج درمانی در مواردی که افسردگی زندگی خانوادگی فرد را در معرض خطر قرار داده یا زمانی که زندگی بیمار در معرض نابودی است، قابل استفاده است (۱۱). به هر جهت منظور از مداخلات پیشگیری، پیشگیری اولیه روانی است که شامل طرح برنامه‌هایی است که با تأثیر بر عوامل به وجود آورنده بیماری‌های روانی از بروز این عوارض در تمام گروه‌های آسیب‌پذیر جلوگیری می‌کند (۱۲ و ۱۳). این برنامه‌ها در مورد زنان باردار شامل آموزش در زمینه حمایت گروهی، وقایع زایمان و مسایل و مشکلات مربوطه، روابط زناشویی، نحوه مراقبت از خود و تغذیه مناسب، ورزش و تن‌آرامی است (۹).

تحقیقات در زمینه روش جلوگیری از افسردگی بعد از زایمان و قبل از ابتلا به این عارضه کاملاً به اثبات نرسیده و نیاز به مطالعات بیشتری دارد.

Lavender و همکاران در انگلیس ۱۲۰

زن نخست‌زا را که در حین زایمان دچار تروما بودند قبل از افسردگی با روش‌های شنیداری، حمایت گروهی، مشاوره و آموزش به دقت تحت بررسی قرار دادند گروه مطالعه ۵۶ نفر و کنترل ۵۸ نفر بودند، متوسط افسردگی و اضطراب سه هفته بعد از زایمان اندازه‌گیری

شد. افسردگی در زنان گروه مطالعه نسبت به کنترل به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر بود. نتیجه مطالعه نشان داد که ماماها باید به منظور روشن نمودن مشکلات لیبر و بعد زایمان یک جلسه اختصاص دهند (۱۴).

Small و همکاران مطالعه‌ای را برای بررسی تأثیر آموزش در طی جلسات متعدد توسط ماماها در دوره اقامت در بیمارستان ترتیب دادند و زنانی که زایمان توأم با عمل سزارین، فورسپس و واکتوم داشتند، در این تحقیق مشارکت داده شدند. این تحقیق در بیمارستان آموزشی ملبورن در استرالیا انجام شد و تعداد نمونه‌ها ۱۰۴۱ زن بودند از معیار ادینبورگ برای تشخیص افسردگی استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که هر چند میزان افسردگی در گروه مطالعه کمتر است ولی تفاوت معنادار بین دو گروه وجود ندارد (۱۵).

Dennis در ارزیابی حمایت اجتماعی توسط همسانان (Peer Support) که در زمینه افسردگی پس از زایمان آموزش کافی دیده بوند، کاهش مؤثری را در میزان افسردگی بعد از زایمان در هفته‌های ۴ و ۸ مشاهده کرد (۱۶). Wessly در سال ۱۹۹۸ متوجه شد که آموزش دادن و سپس پیگیری ۳ هفته بعد از زایمان باعث تخفیف افسردگی، مشابه اندوه پس از زایمان می‌شود که متأثر از برنامه‌های مداخله گرایانه است (۸).

Elliot و همکاران در تحقیقی از روش گروه درمانی جهت نشان دادن تأثیر آن در پیشگیری از افسردگی استفاده کردند، گروه‌ها ۱۰ تا ۱۵ نفره بود. ارایه دهنده مراقبت، پرسنل حرفه‌ای بهداشت روانی بودند. ابتدا جلسات

حالت رسمی داشت ولی در جلسات پایانی روابط رسمی از بین می‌رفت و فرد درمانی ارایه می‌شد. نتیجه مطالعه نشان داد که میزان افسردگی در گروه مورد بسیار کمتر از گروه شاهد بود (۱۷). منابع دیگر استفاده از گروه همسانان، یا یک روان‌شناس یا متخصص بهداشت روانی یا ماما را برای آموزش معرفی می‌کنند که مادران جوان با بروز علائم افسردگی از طریق تلفن با آنان تماس بگیرند (۱۸).

در ایران نیز تحقیقاتی در این زمینه انجام شده است. ایوان‌بقا در تبریز، شیوع افسردگی پس از زایمان را در ۲۵۳ مادر که در روز ۴۵ جهت تزریق واکسن نوزاد خود مراجعه کرده بودند، ۳۲/۴٪ برآورد کرده است (۱۹). کسای صالحو در سال ۱۳۷۵ شیوع افسردگی را در مادران سزارینی ۳۸٪ و در مادران زایمان طبیعی ۴۴٪ تخمین زده که بین این دو گروه تفاوت معنادار آماری مشاهده نشده است (۲۰). زهرایی در ۱۳۸۲ تحقیقی موردی - شاهدهی بر روی ۱۰۰ زائو انجام داده است. یک گروه دو جلسه پس از زایمان از حمایت‌های روحی و روانی پس از زایمان بهره‌مند شدند. در گروه مورد شیوع افسردگی کاهش قابل ملاحظه داشته است (۲).

روش بررسی

این تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی با داشتن گروه کنترل و مورد بود و از مهر ۱۳۸۳ تا دی ماه ۱۳۸۴ در مراکز بهداشتی شهرهای آستانه و لاهیجان واقع در شرق گیلان انجام شد.

جامعه مورد مطالعه شامل کلیه خانم‌های باردار در سه ماهه آخر بود که شرایط نمونه را

داشتند. این شرایط شامل بارداری اول یا دوم، عدم سابقه افسردگی در گذشته، نداشتن فرزند ناهنجار، حداقل سن ۱۷ سال و حداکثر ۳۴ سال، داشتن سواد در حد سوم راهنمایی و بالاتر، جنین سالم در بررسی سونوگرافیک، بود. شرایط حذف نمونه: داشتن نمره یک (Beck Depression Inventory=BDI) بالاتر از ۱۶، سابقه نازایی، یا سقط مکرر، داشتن جنین ناهنجار در گذشته یا حاملگی فعلی بود. همچنین مادرانی که نوزاد نارس یا مرده به دنیا آورده بودند از مطالعه حذف شدند.

حجم نمونه ۴۴۰ نمونه برآورد شد. و پس از هماهنگی با شبکه بهداشت، کلیه مراجعین واجد شرایط که با استفاده از آزمون یک غربالگری شده بودند و نمره یک کمتر از ۱۶ داشتند. به صورت تصادفی در گروه شاهد و مورد بر حسب روزهای زوج و فرد تقسیم و جهت گروه مورد دعوت‌نامه برای شرکت در کلاس‌های آموزشی داده شد. گروه مورد اقدامات حمایتی مانند آموزش در مورد آناتومی، فیزیولوژی بارداری، آمادگی برای زایمان طبیعی و سزارین با استفاده از اسلاید و نوار ویدیویی بهره‌مند می‌شد. آموزش روش‌های کاهش درد و انجام عملی ورزش‌های دوران بارداری و تمرینات Lamaze در شروع کلاس‌ها به مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه انجام می‌گرفت (۲۱). مطالب مربوط به وقایع زایمان، احساسات و طرز فکر مددجویان در ارتباط با زایمان و بیمارستان به بحث و گفتگو گذاشته می‌شد. نیز از همسران آنان دعوت می‌شد تا در جلسه آخر حضور یافته و در ارتباط با مشکلات پس از زایمان بحث و راهکارهای مناسب با توجه به

مورد تفاوت معنادار نداشتند. شغل اکثریت خانه‌داری (۹۲/۷٪) و شغل همسران آنان آزاد (راننده، کارگر روزمزد، بنا، ...) (۶۵٪) و از نظر اقتصادی بر اساس نظر خود مددجویان وضعیت اغلب آنان متوسط (۶۳/۳٪) بود. میانگین نمره بک پیش از مطالعه ۵/۳۳ که برای گروه مورد ۵/۲۱ و برای گروه شاهد ۵/۴۰ بود که از نظر آماری قابل ملاحظه نبود.

میزان افسردگی پس از زایمان در کل ۱۳/۲٪ (۵۸ نفر) بود که از این تعداد ۰/۹٪ افسردگی شدید، ۵٪ متوسط، و ۷/۳٪ افسردگی خفیف داشتند. از این تعداد ۱۳ نفر به گروه مورد و ۴۵ نفر به گروه شاهد تعلق داشتند، که با استفاده از آزمون χ^2 ($p < 0.001$) حضور در کلاس‌ها با کاهش قابل ملاحظه افسردگی همراه بود. شیوع افسردگی در گروه مورد ۶/۵٪ و در گروه شاهد ۱۸/۶٪ بود (جدول شماره ۱).

میانگین و انحراف معیار نمره بک در گروه مورد ۷/۰۸ (۶/۲۴) و در گروه شاهد ۸/۶۹ (۷/۸۲) که با $p = 0.01$ تفاوت معنادار بود.

جدول ۱: شیوع افسردگی بعد از زایمان در دو گروه مطالعه در سال ۱۳۸۴

گروه‌ها	افسردگی		نمره بک کمتر از ۱۷ (افسرده نیستند)		نمره بک ۱۷ و بالاتر (افسرده هستند)		جمع
	نفر	٪	نفر	٪	نفر	٪	
آموزش دیده‌اند	۱۸۵	۹۳/۵	۱۳	۶/۵	۱۹۸	۱۰۰	
آموزش ندیده‌اند	۱۹۷	۸۱/۴	۴۵	۱۸/۶	۲۴۲	۱۰۰	
جمع	۳۸۲	۸۶/۸	۵۸	۱۳/۲	۴۴۰	۱۰۰	

میانگین نمره بک در گروه زایمان طبیعی ۷/۵۴ و در گروه سزارین ۸/۲۵ بود که با استفاده از آزمون مجذور کای معنادار نبود. میانگین نمره بک برای مادرانی که پسر زاییده بودند ۷/۸۶ و

صحبت‌های آنان ارایه شود. در آخرین جلسه جزوه آموزشی در مورد آموزش‌ها و مراقبت‌های جسمی و روانی پس از زایمان در اختیار گروه مورد قرار می‌گرفت. از دیگر برنامه‌های آموزشی بازدید از بیمارستان، بخش و اتاق زایمان و در صورت تمایل پوشیدن گان و لباس‌های اتاق زایمان و آشنایی با کارکنان و ماماهاى بخش بود و نیز با بیمارانی که زایمان کرده بودند صحبت می‌کردند. جلسات آموزشی سه جلسه پیش از زایمان بود. در جزوه آموزشی شماره تلفن یکی از پژوهشگران به مددجویان داده می‌شد تا در موارد ضروری با او تماس بگیرند. آموزش توسط پژوهشگران و یا یکی از همکاران ماما داده می‌شد. سپس از نظر شدت افسردگی در سه سطح طبیعی ۰-۱۶، خفیف ۱۷-۲۰، متوسط ۲۱-۳۰ و شدید ۳۱-۴۰ تقسیم‌بندی شدند. گروه شاهد از مراقبت‌های روزانه مراکز بهداشت بهره می‌گرفتند. هر دو گروه دو ماه پس از زایمان که جهت واکسیناسیون فرزند خود مراجعه می‌کردند پرسشنامه بک را تکمیل می‌نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (مجذور کای و آزمون تی) و نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌ها ۲۳/۲۱ و ۳/۳۳ سال بود (میانگین گروه مورد ۲۳/۳۵ و گروه شاهد ۲۳/۱). ۴۴/۹٪ دارای تحصیلات در حد سیکل، ۴۴/۸٪ دیپلم، و ۱۲/۳٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند، که گروه شاهد و

برای آنان که دختر به دنیا آورده بودند ۸/۰۷ که با استفاده از آزمون t معنادار نبود.

۷۱/۱٪ مددجویان این کلاس‌ها را کاملاً مفید قلمداد کرده و ۵۸٪ از شرکت‌کنندگان، این کلاس‌ها را سبب افزایش ارتباط با همسران خود ذکر نمودند.

بحث

افسردگی پس از زایمان شیوع بالایی در میان مادرانی که تازه فارغ شده‌اند دارد. مادرانی که علی‌رغم گذراندن دوران بارداری و تحمل درد زایمان یا مشکلات پس از سزارین، با وجود تولد نوزادی سالم، آن گونه که باید از زندگی لذت نمی‌برند و با احساس منفی به زندگی می‌نگرند. این موضوع تطابق مادر و کودک، همچنین همسر و خانواده را با جریان رو به جلو زندگی دچار اشکال می‌نماید و اجازه نمی‌دهد که روزهای خوشی را پس از آن همه مشقت تجربه کنند.

در این زمینه تحقیقات متعددی در کشورهای پیشرفته انجام شده است.

تحقیقات Lavender و همکاران در لیورپول انگلیس و Weslly و Mider در آمریکا و نیز Troter در آفریقای جنوبی با مطالعه کنونی مطابقت دارد (۸) Small و Cown در آمریکا به نتایجی مخالف رسیدند. Small در مطالعه خویش افراد در معرض خطر را انتخاب نمود و نیز آموزش‌های خود را به بعد از زایمان موکول نمود و از این حیث با مطالعه کنونی که قبل از زایمان و در سه ماهه آخر و نیز در افراد بدون مشکل انجام شده است تفاوت دارد. روش کار مطالعه حاضر با مطالعه Halonon, Troter

و Cown بیشتر شباهت داشته و با نتایج آنان نیز تاحدودی مطابقت دارد. Cown مطالعه خود را بر روی زنان باردار در سه ماهه آخر انجام داد و محور آموزش‌ها را بر مشکلات دوران انتقالی زایمان با تأکید بر طبیعی نشان دادن آنان قرار داد و نیز از آزمون بک برای ارزیابی استفاده نمود نتایج مطالعه هر چند کاهش افسردگی را به همراه داشت ولی به دلیل حجم کم نمونه که ۴۷ زن و شوهر بود (در مطالعه حاضر ۴۴۰ نمونه است) معنادار نشد (۸). Cordown در تحقیق خود که مشابه تحقیق کنونی بود به شیوع افسردگی ۱۵٪ در گروه مورد و ۳۷٪ در گروه شاهد دست یافت ولی در مطالعه حاضر، پژوهشگران به میزان کمتری برای هر دو گروه دست یافته‌اند که حکایت از شیوع پایین افسردگی در گیلان دارد. این مطالعه با شیوع افسردگی در سایر نقاط ایران از جمله تبریز، تهران و اصفهان نیز تفاوت دارد. شیوع افسردگی در تحقیقات ایوان‌بقا، گودرزی، و حسن زهرایی به ترتیب ۳۲/۴، ۳۴/۹، ۴۳٪ بوده است. ولی شیوع افسردگی در گیلان با شیوع کلی افسردگی در جهان طبق کتب مرجع مامایی مطابقت می‌نماید (۸).

در مطالعه حاضر میزان افسردگی با نوع زایمان ارتباط نداشته که با تحقیق گودرزی مطابقت دارد و نیز با جنس ارتباط معنادار نداشت (۲۰).

صرف‌نظر از نتیجه، در حین انجام مطالعه وابستگی بیش از حد مددجویان و اعتماد تک تک آنان که در طی سه جلسه ایجاد شده بود، پژوهشگران را بیش از حد متحیر می‌نمود. اینان تنها به یک تکیه گاه مطمئن نیاز داشتند که در

موقع زایمان به آنان این نوید را بدهد که همه چیز طبیعی است و نگران نباشند.

حافظه قوی گروه مورد در دریافت موضوعات کاملاً علمی گیج‌کننده بود. برخی مطالب که دانشجویان با آن همه کلاس و واحد به سختی درک می‌کردند در ۲ یا ۳ جلسه آن چنان به دقت فرا می‌گرفتند که در زمان زایمان می‌پرسیدند: «حالا که انقباض ۶۰ ثانیه‌ای دارم زایمانم نزدیک است» و بر اساس نمودار Fridman (۲۲) می‌توانستند زمان زایمان خود را تخمین بزنند و... نمونه‌ها در این مورد بسیار بود، این نتایج نشان داد تأثیر آموزش و مشاوره در گروه هدف با محتوای مطالب در یک زمان خاص اهمیت ویژه‌ای دارد. این افراد بارها و بارها به مطب پزشکان و به مراکز بهداشتی مراجعه کرده بودند ولی حتی در مورد نحوه خوابیدن خود پاسخی معقول دریافت ننموده بودند، مشاوره و برقراری ارتباط کلامی یکی از نیازهای اساسی افراد در مورد مشکلاتشان می‌باشد توصیه می‌شود ماماها با در نظر گرفتن این نیاز به مددجویان خود مجال بیان سؤالات و دریافت پاسخ بدهند تا این که از استرس و نگرانی‌های آنها کاسته شده و برای زایمان موفقیت‌آمیز آماده شوند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که شدت افسردگی با تعداد سه جلسه کلاس‌های مشاوره

و آموزش به مادران تقریباً نصف گروه شاهد می‌گردد و نیز در گروه دریافت‌کننده حمایت، به طرز معناداری نمره بک کاهش یافت که دلالت بر کارایی و مفید بودن این حمایت‌ها در زنان باردار دارد.

امیدواریم مسؤولین محترم در وزارت بهداشت به این نکته توجه داشته باشند که در کنار پرونده و دفتر نویسی‌های متعدد که متأسفانه معیار درست کار کردن کارکنان شده است زمانی را برای بررسی و برآوردن نیازهای انسانی در این قشر دردمند اختصاص دهند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با وجود حجم نسبتاً زیاد نمونه میسر نمی‌شد مگر با همکاری کلیه عزیزانی که با همفکری آنان به ادامه این راه سخت امیدوار شدیم. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و نیز از کلیه کسانی که در این طرح همکاری صمیمانه با محققین داشته‌اند بالخصوص آقایان دکتر رسول سبحانی، ربیع‌ا... فرمانبر که زحمت تنظیم و تکمیل کارهای آماری و کامپیوتری را قبول نمودند و خانم‌ها شادی ثابت‌قدم، فاطمه نوروزی، میترا مقصودی، فاطمه عبدی‌نور، کشاورز و پرسنل بیمارستان کوثر آستانه و نیز بیمارستان ۲۲ آبان لاهیجان کمال تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

- 1 - Sherwen L, Scolovena MA, Weingarten C. Maternity nursing. London: apption & angle; 2003. P. 90-113.
- ۲ - حسن زهرایی روشنک، احمدی زهرا، تأثیر نقش حمایتی ماما در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان. فصلنامه تحقیقات پرستاری و مامایی، سال ۱۳۸۲؛ ۱۹: صفحات ۳-۵.

- 3 - Kohen D. Woman and mental health. London: Routledge; 2002. P. 20-31.
- 4 - Kaplan PS, Bachorowski JA, Zarlengo-Strouse P. Child-directed speech produced by mothers with symptoms of depression fails to promote associative learning in 4 month old infants. *Child Dev.* 1999; 70(3): 560-70.
- 5 - Honikman JI. The role of postpartum support international in helping perinatal families. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.* 2006; 35(5): 659-661.
- ۶ - قره‌خانی پرویز. اصول بارداری و زایمان، تهران: نور دانش، ۱۳۸۱.
- 7 - Kliment K. How can I tell if I have depression. *Msw. Baby center. Com*; 2002.
- 8 - Meir ST, Kimberly A, Yonkers. Elias Erikson. Mood disorder in women. London: Martin. Dunitz company. 2002 ch: 8 & 24.
- 9 - Debera B, Macarthur C, Knowles H. Postnatal Care. London: Churchill Livingstone; 2002.
- ۱۰ - کاپلان سادوک. خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری، روان‌پزشکی بالینی. ترجمه نصرت‌الله پور افکاری. تهران: شهراب. ۱۳۸۰.
- ۱۱ - اسدی نوقایی. بهداشت روان ۲، تهران: انتشارات بشری، ۱۳۷۵: صفحه ۲۸.
- 12 - WWW. SCIRUS. COM. Postpartum depression a systematic review of published scientific literature to 1999. Appendix4, 2002.
- ۱۳ - نصیری محمود. بهداشت روانی و بارداری و زایمان، تهران: نشر بشری، ۱۳۷۹.
- 14 - Lavender T. Can midwives reduce postpartum depression. *Birth.* 1998; 25(4): 215.
- 15 - Small R, Lumly J, Donohue L. Randomized controlled trial of midwives led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *British Medical Journal.* 2000; 28. 321(7268): 1043-47.
- 16 - Dennis CL. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2003; 48(2): 115-124.
- 17 - Elliott SA, Leverton TJ, Sanjack M. Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology.* 2000; 39: 223-241.
- 18 - Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *Maternity & women's*. St. Louis: Mosby's Inc; 2000.
- ۱۹ - ایوان‌بقا ریحانه. افسردگی پس از زایمان، شیوع و عوامل مستعدکننده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، تبریز: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۸۱.
- ۲۰ - گودرزی آذرمیدخت. بررسی مقایسه‌ای شیوع افسردگی پس از زایمان و سزارین در مراجعین به بیمارستان‌های علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۰.
- ۲۱ - جعفری نوشین، خداکرمی ناهید، روستا فیروزه. راهنمای آموزش کلاس آمادگی برای زایمان، تهران: انتشارات اوسانه، معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴.
- ۲۲ - کانینگهام گری، کانت ج لورن، بلوم جان. بارداری و زایمان ویلیامز، ترجمه دکتر بهرام قاضی جهانی، تهران: انتشارات گلبن، ۱۳۸۴.