

بررسی اثربخشی گروه درمانی وجودی بر اختلال افسردگی پس از زایمان در زنان نخست زا



هدی نداد شرق^{۱*}، مرضیه قلی پور^۲، صفورا توپکانلوئی^۱

(۱) گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

(۲) گروه مشاور خانواده، دانشکده روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۱۱

چکیده

مقدمه: هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی وجودی بر میزان افسردگی در زنان نخست زای مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان است.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نوع کاربردی توسعه ای است. به این منظور ۱۰۰ مادر نخست زا در شش ماه نخست پس از زایمان به صورت تلفنی پرسش نامه افسردگی پس از زایمان ادینبرو (EPDS) را پاسخ دادند. که ۳۲ نفر در معرض خطر ابتلاء به افسردگی پس از زایمان تشخیص داده نشده و از مطالعه حذف شدند. از میان ۶۸ مادر باقی مانده در نهایت، پس از انجام مصاحبه بالینی ۲۶ آزمودنی (سن: $M=23/29$; $SD=2/39$) معیارهای ورود به مطالعه را به دست آوردند. آن ها به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه به صورت هفتگی در جلسات گروه درمانی وجودی شرکت کردند، اما اعضای گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکردند. در انتها، اعضای هر دو گروه مجدداً پرسش نامه افسردگی پس از زایمان ادینبرو (EPDS)، را پاسخ دادند.

یافته های پژوهشی: نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون افسردگی دو گروه با استفاده از روش تحلیل کواریانس و با کنترل کردن اثر متغیرها، حاکی از این است که نمرات پس آزمون افسردگی اعضای گروه مداخله و کنترل ($F_{(28,2)}=12.86$, $P<0.05$)، تفاوت معناداری دارد.

بحث و نتیجه گیری: بدین ترتیب بر اساس یافته های این پژوهش می توان گفت که شیوه گروه درمانی وجودی موجب کاهش علائم افسردگی در زنان نخست زای مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان خواهد شد.

واژه های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، درمان وجودی، زن نخست زا

*نویسنده مسئول: گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد

Email:hoda.naddaf@yahoo.com

مقدمه

افسردگی اختلالی شایع و مهم در زندگی زنان بوده و یکی از علل اصلی ناتوانی آنان در سنین ۴۴-۱۵ سال، در سراسر جهان محسوب می‌شود. هر ساله ۱۳-۷ درصد از کل جمعیت زنان اختلال افسردگی اساسی (MDD) را تجربه می‌کنند که در بیشتر اوقات شروع اولین دوره آن هم زمان با سنین باروری است (۱). اکثر مطالعات همه‌گیری شناختی در تمامی کشورها و فرهنگ‌ها میزان ابتلاء به MDD را در زنان دو برابر مردان در جمعیت بزرگ سال برآورد کرده‌اند. هم‌چنین تخمین زده می‌شود که حدود ۲۰ درصد از زنان در دوره‌هایی از زندگی خود از افسردگی رنج خواهند برد، که این امر یکی از بزرگ‌ترین معضلات سلامت عمومی زنان و خانواده‌های آن‌ها خواهد بود (۲).

تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که زنان در دوره پس از زایمان از آسیب‌پذیری بالایی برای ابتلاء به اختلال افسردگی اساسی برخوردار هستند. اگر چه شیوع این اختلال در دوره شش ماه تا یک سال پس از تولد کودک مشابه شیوع MDD در جمعیت عمومی زنان می‌باشد (۶)، با این وجود یافته‌های پژوهشی موید افزایش سه‌برابری میزان افسردگی مادران در پنج هفته اول پس از زایمان و سه ماهه اول پس از تولد نوزاد است. در طول این دوره ۸۵ درصد مادران نوعی از اختلالات خلقی را تجربه می‌کنند که در اغلب موارد زودگذر و خفیف بوده و در مواردی نیز مزمن و ناتوان‌کننده هستند (۳).

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۲)، اختلالات روانی پس از زایمان را در طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10)، به صورت غم‌زدگی مادری (MB)، افسردگی پس از زایمان (PPD) و سایکوز پس از زایمان (PPS) مطرح کرده است. غم‌زدگی مادری با میزان شیوع ۸۰-۵۰ درصد خفیف‌ترین نوع این اختلال و سایکوز پس از زایمان با میزان شیوع ۲-۱ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد، شدیدترین نوع آن محسوب می‌شود. در چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) و نسخه تجدید نظر شده آن (DSM-

IV-TR؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، بخش مجزایی به اختلال‌های خلقی پس از زایمان اختصاص نیافته و تنها عبارت (شروع پس از زایمان)) به عنوان معرفی برای یک دوره از اختلال‌های خلقی و اختلال روان‌پریشی گذرا که در چهار هفته اول پس از زایمان رخ می‌دهند، به کار می‌رود. با این حال از دیدگاه بسیاری از محققان طول دوره پس از زایمان محدود به این چارچوب زمانی نبوده و مدت زمان این دوره را می‌توان تا یک سال پس از تولد کودک در نظر گرفت (۴،۳).

افسردگی پس از زایمان شایع‌ترین پیچیدگی روان‌شناختی پس از تولد کودک است و اشاره به دوره افسردگی غیر سایکوتیکی دارد که یا در دوره پس از زایمان آغاز شده و یا ادامه افسردگی دوران بارداری است که به دوره پس از زایمان گسترش یافته است. علائم این اختلال ناتوان‌کننده می‌توانند در ۵۰-۲۵ درصد مبتلایان تا شش ماه و یا بیشتر ادامه یابند. برای بسیاری از زنان تولد کودک ممکن است عامل استرسی برای شروع دوره‌های مزمن اختلال افسردگی باشد و این مادران در خطر ابتلاء به دوره‌های افسردگی هم‌دوران بارداری‌های بعدی و هم در مواقعی به غیر از این دوران هستند (۵).

زنان در دوران پس از زایمان با عوامل استرس‌زا و چالش‌های متعددی از جمله: تغییرات فیزیولوژیکی، تغییرات روان‌شناختی، تغییر در روابط عاشقانه، فشارهای اجتماعی و فرهنگی برای کاهش وزن و استرس‌های مربوط به والد شدن مواجه می‌شوند. بنا بر این بسیار طبیعی است که آنان در این دوره از زندگی تغییرات خلقی گوناگونی را تجربه کنند اما، زمانی که شدت این تغییرات افزایش یابد احتمال بروز اختلالات خلقی نظیر افسردگی بیشتر می‌شود. افسردگی پس از زایمان، اختلال خلقی و روانی جدی با شیوع ۷/۴۰-۵ درصد می‌باشد و بیش از ۵/۱۲ درصد پذیرش‌های زنان در مراکز درمانی به دلیل مشکلات روانی را به خود اختصاص می‌دهد (۶).

در زمانی که مادر با تولد نوزاد، انتظار تجارب لذت‌بخش را در زندگی خود دارد، با حالات ناشناخته و ناخوشایندی چون نگرانی، اضطراب، احساس ضعف و

ناتوانی، عدم لذت، اختلال خواب و اشتها، عدم اعتماد به نفس و احساس بی کفایتی به عنوان والد، دست به گریبان می شود. در PPD، گاه اشتها، بیمار افزایش یافته که منجر به افزایش وزن وی می شود. میل به خواب سنگین به خصوص در زنان نخست زای افزایش یافته اما با کوچک ترین گریه نوزاد بیدار شده و دیگر قادر به خوابیدن نیستند. تحریک پذیری، گریه های خود به خودی و غیر قابل کنترل، رفتارهای انفجاری و پرخاشگرانه، اضطراب شدید، حملات پانیک، ترس و میل به تنهایی از دیگر علائم افسردگی پس از زایمان هستند. یکی از برجسته ترین خصوصیات افسردگی پس از زایمان، طرد نوزاد می باشد که اغلب به دلیل خشم و عصبانیت بیش از حد مادر است. موضوع مهم و هشداردهنده، وجود علائم روانی نظیر افکار خودکشی و آشفتگی های زیاد در الگوی خواب می باشد (۷). علائم افسردگی پس از زایمان مشابه با معیارهای تشخیصی یک دوره اختلال افسردگی اساسی بر طبق DSM-IV-TR بوده و شامل حضور حداقل پنج مورد از علائم خلق افسرده، فقدان لذت از فعالیت های روزانه، تغییر در اشتها و وزن، کم خوابی و یا پرخوابی، سرآسیمگی یا کندی روانی حرکتی، احساس خستگی و از دست دادن انرژی، احساس بی ارزش بودن و احساس گناه مفرط، کاهش قدرت تمرکز و افکار راجعه خودکشی در یک دوره دو هفته ای است. با این حال بخش قابل توجهی از مادران مبتلا به PPD بدون برخورداری از همه ملاک های تشخیصی، رنج قابل ملاحظه ای ناشی از افسردگی خفیف تری را تحمل می کنند و این موضوع بیانگر آن است که در دوره پس از زایمان به علت وجود فشارهای روانی-اجتماعی متفاوت نظیر مراقبت از کودک، علائم افسردگی با شدت بیشتری تجربه می شوند (۸،۹).

افسردگی پس از زایمان عوارض جدی برای مادر، نوزاد و سایر اعضای خانواده به همراه دارد. در واقع این اختلال، بر تمام ابعاد مربوط به کیفیت زندگی مادر تأثیرات منفی و قابل توجهی دارد. مادرانی که به افسردگی پس از زایمان مبتلا می شوند در زمینه فعالیت های اجتماعی، عملکرد فردی و وظایف خانه داری خود نیز دچار مشکل می شوند که در صورت عدم

درمان گاه تا دوران یائسگی نیز با این مشکلات دست به گریبان خواهند بود (۱۰). تحقیقات نشان داده اند که تا پنج سال پس از بهبودی، احتمال بروز افسردگی در این بیماران دو برابر بیشتر از جمعیت عادی است. از سویی دیگر این بیماری با ایجاد اختلال در نزدیکی مادر و نوزاد بر تکامل شناختی نوزاد تأثیر منفی می گذارد و باعث ایجاد مشکلات رفتاری، اجتماعی و احساسی در کودکان این مادران می شود. در برخی موارد در صورت شدید بودن اختلال کشتن نوزاد توسط مادر افسرده نیز گزارش شده است. هم چنین، این اختلال خلقی بر دیگر اعضای خانواده به خصوص همسر نیز تأثیرات منفی بر جای می گذارد. بر اساس مطالعات انجام شده اغلب، همسران زنان افسرده نیز مبتلا به افسردگی می شوند و نیز تعارضات زناشویی و روابط زناشویی ضعیف با ابتلاء مادران به PPD ارتباطی تنگاتنگ دارند. بر اساس این مطالعات می توان چنین نتیجه گرفت که دامنه این اختلال بسیار فراتر از ابتلاء مادر می باشد و عوارض ناخوشایند آن بر تک تک اعضای خانواده تأثیرگذار است و کارکرد واحد خانواده را به عنوان هسته اصلی زندگی اجتماعی مختل می نماید (۱۱).

تا به امروز توافق عمومی در مورد علت بروز افسردگی پس از زایمان به دست نیامده است ولی، عوامل متعددی از جمله عوامل مامایی، زیست شناختی، روانی، اجتماعی و فرهنگی زمینه را برای ابتلاء به این اختلال فراهم می نمایند که شناسایی این عوامل و کنترل آن ها در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان نقشی مهم و کلیدی دارند. مطالعات همه گیری شناسی نشان داده اند که عوامل روانی مهم ترین عامل ایجادکننده افسردگی هستند و قوی ترین پیش بینی کننده این اختلال، رویدادهای پر استرس اخیر شامل؛ فوت، جدایی، از دست دادن حمایت، از دست دادن شغل، نگرانی های مالی، مشکلات ارتباطی جدی با همسر، والدین یا فرزندان است که باعث افزایش میزان ابتلاء به اختلالات روانی و حتی مرگ می شوند. هم چنین بر اساس نتایج مطالعات پژوهشگران، میزان شیوع PPD در زنان نخست زای ۲۹-۲۰ ساله و نیز در زنان بالاتر از ۳۵ سال بالاتر است و متوسط نمرات

افسردگی این گروه از مادران بالاتر از زنان چند‌زا و نیز زنان مسن‌تر می‌باشد (۱۲،۱۳).

شیوع قابل ملاحظه افسردگی پس از زایمان در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، همراه با اثرات زیانبارش بر مادر، اعضای خانواده و خصوصاً بر تمامی ابعاد رشد و تکامل کودک، باعث شده که امروزه این اختلال به عنوان یک مشکل مهم سلامت عمومی در جهان مطرح باشد (۱۴).

اگر چه افسردگی پس از زایمان اختلالی شایع و جدی است اما، از یک سو مواردی نظیر ترس از برچسب اختلال روانی، نالایقی قلمداد شدن مادر و احساس شرمندگی از ناتوانی در انجام وظایف مادری، به سکوت مادران افسرده منجر شده است و از سویی دیگر بسیاری از خانواده‌ها، پزشکان، ماماها و مراقبین بهداشتی علائم این اختلال را کوچک و ناچیز برشمرده و آن‌ها را بخشی از پیامدهای طبیعی دوره پس از زایمان قلمداد می‌کنند. از آن‌جا که افسردگی حتی در سطوح پایین نیز با عملکرد روزانه و اجتماعی مادر تداخل دارد و می‌تواند اثرات زیانباری بر روابط زناشویی و نیز کودک بر جای گذارد، تشخیص و درمان به موقع آن حائز اهمیت فراوان است (۱۵).

در مجموع بر اساس یافته‌های پژوهشی در ۵۰ درصد تا ۸۰ درصد موارد، این اختلال تشخیص داده نشده و مادران افسرده تحت درمان مناسب قرار نمی‌گیرند. هم‌چنین با وجود آن که موارد شدید اختلال افسردگی پس از زایمان با شیوعی در حدود ۴-۵ درصد به خوبی قابل شناسایی هستند اما، عدم تشخیص بسیاری از موارد خفیف و متوسط این اختلال موجب تداوم علائم افسردگی و مزمن شدن آن می‌شود و ۳۰ درصد از مادران مبتلا تا پایان سال اول و ۱۰ درصد در پایان سال دوم پس از تولد کودک هم‌چنان افسرده خواهند بود (۱۶).

مطالعه در حوزه افسردگی پس از زایمان غالباً در کشورهای توسعه یافته صورت گرفته و در حال حاضر اطلاعات کمی در خصوص شیوع و عوامل خطر آفرین آن در کشورهای در حال توسعه در دسترس است. در ایران پژوهش‌های معدودی در زمینه افسردگی پس از زایمان صورت گرفته است و میزان شیوع افسردگی

گزارش شده در مناطق مختلف ایران متفاوت بوده است از جمله: صحتی شفایی در تبریز ۳۴/۷ درصد (۱۷)، شبیری در همدان ۳۲ درصد (۱۸)، غفاری نژاد در کرمان ۳۱ درصد (۱۹) و سالاری در مشهد ۹/۹ درصد (۲۰) گزارش کرده‌اند که اکثر این آمار بیانگر شیوع بالای افسردگی پس از زایمان در میان زنان زایمان‌کرده ایرانی می‌باشند.

افسردگی پس از زایمان اختلالی قابل پیشگیری و درمان است و تشخیص و درمان اولیه آن موجب بهبودی کامل اکثریت مادران افسرده شده و آن‌ها را به زندگی عادی باز می‌گرداند. با توجه به پیچیدگی سبب‌شناسی اختلال افسردگی پس از زایمان چنان‌چه سعی شود میزان تاثیر هر یک از عوامل خطر به کمترین میزان خود برسد، شاهد میزان شیوع و بروز کمتر این اختلال در میان مادران خواهیم بود (۲۱).

در دوران پس از زایمان بحران‌های زیادی در فرد ایجاد می‌شود و اعتماد به نفس بیمار به خطر می‌افتد، ارتباطات میان فردی به دلیل عدم اعتماد به آینده مختل می‌شود، مکانیزم‌های سازگاری قبلی ناکافی به نظر می‌رسد و بستری شدن در بیمارستان نیز ممکن است احساس تنهایی را به فرد القاء کند و در یک کلام می‌توان گفت که نوعی بحران وجودی برای فرد پدیدار خواهد گشت.

از آن‌جایی که مشکلات روانی افراد اساساً ناشی از روابط بین فردی آن‌ها است، به این معنا که در ارتباط با دیگران این مشکلات بروز می‌کند، لذا درمان آن‌ها نیز در همان زمان باید صورت گیرد. بنا بر این گروه بهترین فرصت را در اختیار افراد قرار می‌دهد تا ارتباطات خود و نوع بودن خویش را ابتدا در داخل گروه و سپس در جهان خارج اصلاح نمایند (۲۲).

گروه درمانی نه صرفاً به دلیل این که در مدت کوتاهی به رفع علائم اختلال و بازسازی شخصیت می‌پردازد، بلکه از آن جهت که به افزایش ظرفیت‌های بیمار در خودشناسی مستمر می‌انجامد، اهمیت دارد و آثاری بس فراتر از رفع علائم اختلال خواهد داشت. در واقع گروه درمانی فرصتی را برای افراد فراهم می‌کند تا از طریق کسب بینش نسبت به خود و جهان ارتباطی‌شان، انتقال، تجربه عاطفی اصلاحی و بودن در یک

جهان اجتماعی کوچک، برای ارتقاء و بهبود کیفیت کیفیت زندگی شان گام هایی سازنده را بردارند (۲۳). از طرف دیگر توانایی فرد برای بررسی و درک حالات ذهنی دیگران، با استدلال در مورد چرایی این حالات و توانایی پیش بینی رفتار آن ها مرتبط است. فهم ذهن دیگران و خودآگاهی (آگاهی بر حالات ذهنی خود) به موازات یکدیگر پیش می رود. از این رو آنان که شناخت عمیق تر و گسترده تری از خود دارند، دیگران را نیز بهتر می توانند درک کنند و پیش بینی دقیق تری از رفتار سایرین خواهند داشت. گروه درمانی می تواند فرصتی باشد که به افراد جهت شناخت بهتر خودشان و سایرین کمک کند (۲۴).

با توجه به عوامل درمانی گسترده ای که در گروه درمانی جهت بهبود روابط و کاهش علائم افسردگی وجود دارد (۲۵)، این پژوهش بر آن است تا اثربخشی گروه درمانی به شیوه وجودی را بر کاهش علائم اختلال افسردگی پس از زایمان در زنان نخست زای مورد بررسی قرار دهد.

درمان وجودی که رویکردی فلسفی درباره مردم و وجودشان دارد به مضامین و موضوعات مهم زندگی می پردازد. تحلیل وجودی بر خصلت اجتماعی هستی انسان تاکید کرده و هستی با دیگران را به طرق مستقیم تر جزء مقدم و بنیادی وجود قلمداد می کند (۲۶).

این درمان، عمدتاً نوعی نگرش نسبت به برخی مضامین محسوب می شود تا یک رشته فنون و روش ها. این مضامین عبارتند از: مرگ و زندگی، آزادی، مسئولیت پذیری در قبال خود و دیگران، معنایی و کنارآمدن با بی معنایی. روان درمانی وجودی بیش از درمان های دیگر به آگاهی انسان ها در مورد خودشان می پردازد و آنان را وا می دارد آن سوی مشکلات و وقایع روزمره را ببینند (۲۷).

گروه درمانی به سبک اصالت وجود کمک می کند تا افراد معنای زندگی خود را دریابند. این رویکرد اشخاص را بر می انگیزاند که مسئولیت پذیر بوده و نسبت به فرصت هایی که زندگی به آن ها می دهد واکنش مثبت نشان دهند. درمان وجودی؛ با توجه به این مفروضه اساسی که افرادی که از انسجام بهتر و

بیشتری برخوردار هستند در نظم دادن زندگی خویش و روابط خویش موفق تر هستند، عامل اصلی جهت ارتقاء روابط فردی را مواجهه اصیل فرد با ۴ مفروضه وجود می داند (معنا، آزادی، مرگ، تنهایی) و عمده کوشش خود را جهت خودآگاهی فرد در تمام ابعاد وجود می کند (۲۸).

هدف اصلی در این شیوه کمک به حضور واقعی در هستی است. یعنی گروه درمانی وجودی به اعضا کمک می کند تا ارتباطی واقعی و اصیل با زندگی و پدیده های آن برقرار کنند. ویژگی گروه های وجودگرا آن است که به جهان واقعی شباهت بیشتری دارد و ارتباط با سایر اعضا به عنوان بخشی از جهان به هر عضو کمک می کند تا خود و دنیای پیرامون را آن گونه که واقعاً هست کشف نماید. مفاهیم مورد بحث در روش وجودی به فرد در جهت آگاهی از وضعیت فعلی خود و هم چنین لزوم انتخاب و پذیرش مسئولیت آن و تلاش برای رشد شخصی کمک می کنند.

در نهایت باتوجه به حائز اهمیت بودن مسئله این سوال مطرح می شود که آیا گروه درمانی به شیوه وجودی می تواند منجر به کاهش علائم افسردگی مادران پس از زایمان شده و به عبارتی آیا تغییر دیدگاه فرد نسبت به وجود خود و نحوه بودنی که او برای خویش می پذیرد و مواجهه افراد در یک وضعیت اصیل و بی واسطه با خود می تواند اثربخش باشد یا خیر.

این پژوهش در نظر دارد تا به تعیین اثربخشی گروه درمانی به شیوه وجودی بر شدت علائم افسردگی در زنان نخست زای مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان بپردازد.

مواد و روش ها

تحقیق حاضر از نوع پژوهش های کاربردی توسعه ای است که به شیوه شبه آزمایشی با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت پیش آزمون و پس آزمون انجام شده است. به منظور تحلیل آماری داده های پژوهش، از شاخص های آماری توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد استفاده شده است. هم چنین به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین نمره های افسردگی آزمودنی ها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در هر یک از گروه

های آزمایش و کنترل از آزمون تی برای گروه های همبسته و برای مقایسه تفاضل میانگین های پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل با یکدیگر در مقیاس مذکور از آزمون تی مستقل استفاده شد. از نرم افزار SPSS vol.16 جهت محاسبات آماری و تجزیه تحلیل داده ها استفاده شد.

جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، مادران ۳۰-۲۰ ساله نخست زای مراجعه کننده به کلینیک های خصوصی متخصصین زنان و زایمان واقع در مشهد هستند. نمونه پژوهش با استفاده از روش در دسترس و به تعداد ۲۶ نفر از مادران واجد شرایط و داوطلب حضور در مطالعه که به کلینیک های خصوصی مراجعه نمودند، انتخاب شدند و به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند.

مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرو (EPDE):

این مقیاس با هدف کمک به دست اندرکاران بهداشت جامعه جهت بررسی وضعیت روانی مادران در دوره پس از زایمان به خصوص اختلالات خلقی پس از زایمان در مرکز بهداشتی واقع در لوینگتون و ادینبرو توسعه یافته که در واقع یک آزمون خود سنجی ۱۰ سوالی است که جهت غربالگری مادران افسرده در دوره پس از زایمان طراحی شده است و پایایی و روایی آن در جمعیت مادران باردار مورد تأیید قرار گرفته است. پرسش ها در مقیاس چهار درجه ای لیکرت (از صفر تا سه) شدت افسردگی مادران را در دوران بارداری و پس از زایمان (خصوصاً در طی یک هفته گذشته) می سنجد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر ۳۰ خواهد بود. این مقیاس درجات افسردگی را بدون پوشش دادن علائم جسمانی اختلال، بر اساس علائم مشترک افسردگی سنجیده و نسبت به تغییرات شدت افسردگی که ممکن است با گذشت زمان رخ دهد، حساس است.

پایایی و روایی مقیاس EPDS در پژوهشی در پنج مرکز بهداشتی-درمانی شهر کرمان در مورد ۶۰۰ مادر ایرانی در دوره پس از زایمان اجرا شد و مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش روایی ملاک مقیاس، با مقایسه نمرات کل آزمودنی ها از نسخه فارسی پرسش

نامه EPDS در مقابل تشخیص بالینی موارد افسرده و غیر افسرده بر اساس ملاک DSM-IV-TR و محاسبه حساسیت (SE)، تخصیص (SP) و نسبت درست نمایی مثبت (LR+) برای نقاط برش متفاوت مورد بررسی قرار گرفت. نقطه برش ۱۳-۱۲ (SP: 87.9%, SE: 95.3%) و بالاتر از آن آستانه بهینه برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و نمره ۱۲-۱۱ (SE: 81.2%, SP: 11.6%) نقطه برش بهینه برای تشخیص اختلال افسردگی ماژور و مینور در نمونه ایرانی پیشنهاد شده است (۲۹).

ضریب همبستگی بین نمره کل این مقیاس و نمره کل فرم فارسی پرسش نامه سلامت عمومی GHQ-12 $r=0.76$ ($P<0.001$) نیز محاسبه شده است که بیانگر روایی همگرایی این مقیاس است. نتایج تحلیل عاملی وجود یک ساختار دو عاملی را در مقیاس EPDS تأیید کرده است که مجموعاً ۴۶/۷ درصد از واریانس کل را تبیین می کند. عامل اول (فقدان لذت) شامل موارد ۱ و ۲ و عامل دوم شامل هشت ماده باقی مانده در مقیاس است که به خلق افسرده و دیگر علائم غیر اختصاصی افسردگی مربوط هستند. ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳، برای عامل اول (فقدان لذت) $r=0.59$ و برای عامل دوم $r=0.82$ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است.

هم چنین این مقیاس در پژوهش دیگری در شهر اصفهان بر روی ۱۰۰ مادر ایرانی در دوره پس از زایمان اجرا و هنجاریابی شده است. در این پژوهش پرسش نامه EPDS بر روی دو گروه از مادران با روش های زایمانی متفاوت (طبیعی و سزارین) و در دو نوبت (هفته های ۸-۶ و ۱۴-۱۲ پس از زایمان) اجرا شد. ضریب پایایی آلفای کرونباخ در نوبت اول ۰/۷۷ و در نوبت دوم ۰/۸۶ محاسبه شدند که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضریب همبستگی بین نمرات نوبت اول و دوم با فاصله شش هفته (در دوره پس از زایمان) برای کل آزمودنی ها $r=0.80$ برآورد شد که نشانه پایایی باز آزمایی بالای پرسش نامه است. ضریب همبستگی اسپیرمن بین نمرات مقیاس EPDS و نسخه فارسی فرم کوتاه پرسش نامه بررسی سلامت

عمومی SF-36 در نوبت اول ($\rho=0.41, P<0.001$) و در نوبت دوم ($\rho=-0.57, P<0.001$) محاسبه شد که نشانه روایی همگرایی مقیاس EPDS است. نتایج تحلیل عاملی وجود یک ساختار سه عاملی (خلق طبیعی، اضطراب، افسردگی) را برای این مقیاس نشان می دهد که در مجموع ۵۸ درصد واریانس کل را تبیین می نماید.

به منظور اجرای این پژوهش محقق پس از مراجعه به کلینیک های خصوصی زنان و زایمان شهرستان مشهد و ارائه توضیح در مورد هدف و نحوه اجرای پژوهش و آمادگی برای همکاری، به مطالعه پرونده زنانی می پردازد که شرایط اولیه ورود به مطالعه (نخست زاء، داشتن شماره تماس ثابت، سن ۲۰-۳۰ سال، ساکن شهرستان مشهد، انجام زایمان ترم- طی هفته ۳۸ الی ۴۲ بارداری- وزن نوزاد ۲۵۰۰ کیلوگرم و یا بیشتر) را داشته باشند. سپس ضمن برقراری تماس تلفنی با مادران واجد شرایط، با معرفی

خود و هدف انجام پژوهش مبنی بر تلاش جهت ارتقاء سلامت روانی مادران و تاکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت آن ها جهت همکاری، به صورت تلفنی به تکمیل مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرو می پردازند. در نهایت مادرانی که نمره افسردگی خفیف و متوسط بر اساس آزمون به دست آورند جهت انجام مطالعه انتخاب می شوند. سپس آزمودنی ها به شیوه گمارش تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم می شوند. در پایان ۱۰ جلسه گروه درمانی وجودی آزمودنی ها مجدداً پرسش نامه ادینبرو را تکمیل خواهند نمود.

یافته های پژوهش

جدول شماره ۱ نتایج تجزیه و تحلیل توصیفی داده های حاصل از اجرای پرسش نامه افسردگی پس از زایمان ادینبرو بر روی اعضای دو گروه را ارائه می دهد.

جدول شماره ۱. شاخص های توصیفی مربوط به متغیر افسردگی پس از زایمان

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی پس از زایمان	مداخله	۱۳	۱۶/۵۰	۱/۱۶
	کنترل	۱۳	۱۶/۵۴	۱/۷۵

رابطه آزمودنی با اعضای خانواده خود و اعضای خانواده همسر به عنوان هم متغیر کنترل می گردد. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره، با استفاده از آزمون لون، مفروضه همگنی واریانس های متغیرها مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که واریانس ها همگن هستند ($F_{(31,2)}=1.281, P=0.292$)، بنا بر این آزمون تحلیل و کوواریانس تک متغیره قابل اجرا است؛ نتایج این آزمون در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جهت سنجش اثربخشی گروه درمانی وجودی بر کاهش علائم اختلال افسردگی پس از زایمان از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. در تحلیل کوواریانس تک متغیره، تفاوت گروه ها در یک متغیر با کنترل یک یا چند متغیر دیگر که ممکن است بر نتایج اثر بگذارد، اندازه گیری می شود. برای مقایسه میانگین نمرات افسردگی آزمودنی های دو گروه در پس آزمون از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می شود، به این صورت که اثرات پیش آزمون و نحوه

جدول شماره ۲. مقایسه پس آزمون افسردگی در دو گروه با کنترل اثر هم متغیرها

منابع تغییرات	df	F	P	ضریب اثر	توان آماری
رابطه با اعضای خانواده خود	۱	۰/۸۸	۰/۳۵	۰/۰۳	۰/۱۴
رابطه با اعضای خانواده همسر	۱	۱/۳۱	۰/۳۶	۰/۰۴	۰/۱۹
پیش آزمون افسردگی	۱	۱۵/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۷
گروه	۲	۱۲/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
خطا	۲۸				
مجموع	۳۴				

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس از آزمون افسردگی دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون و نحوه رابطه آزمودنی با اعضای خانواده خود و اعضای خانواده همسر، حاکی از این است که نمرات پس از آزمون افسردگی اعضای گروه مداخله و گروه کنترل ($F_{(28,2)}=12.86, P=0.05$)، تفاوت معناداری دارد. نتایج نشان داد که نمرات افسردگی افرادی که در گروه مداخله شرکت داشتند نسبت به اعضای گروه کنترل ($P<0.05$)، کاهش معناداری داشته است. به طور خلاصه در پس از آزمون اثر گروه در متغیر افسردگی معنی‌دار بود: نمرات افسردگی آزمودنی‌های گروه مداخله در مقایسه با اعضای گروه کنترل پایین‌تر است.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس آمارهای موجود اختلال افسردگی پس از زایمان اختلالی شایع در میان جمعیت مادران ایرانی می‌باشد و با توجه به اثرات فراگیر این اختلال بر کارکرد جسمانی، روانی و اجتماعی مادر، و نیز رشد و تکامل شناختی، هیجانی و زبانی نوزاد و از سوی دیگر تاثیر بر سلامت روانی همسر، شناسایی فاکتورهای خطر ابتلاء و تلاش جهت کاهش اثر آن‌ها بر سلامت مادر و نیز جستجوی راهکارهای درمانی مناسب، امری لازم و ضروری به نظر می‌رسد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که در واقع با به کارگیری روش درمانی وجودی به شکل گروهی بر روی مادرانی که بر اساس مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرو، افسرده تشخیص داده شده بودند، شدت علائم افسردگی کاهش معناداری نشان خواهد داد. این یافته‌ها همسو با بررسی‌های فعلی است که نشان داده‌اند درمان‌های گروهی به ویژه گروه درمانی وجودی می‌تواند یک مداخله روانی-اجتماعی موثر در بهبود کیفیت زندگی و کاهش احساسات خمودگی و افسردگی باشد.

به نظر می‌رسد عناصر مطرح شده در پروتکل درمانی و هم‌چنین شیوه خاص گروهی اجرای مداخله، توانسته است تغییر مثبت و معنی‌داری را در کاهش علائم افسردگی گروه آزمایش ایجاد کند. باید در نظر داشت که فضای درمان در مداخله وجودگرا، بر مبنای یک تعامل گروهی فعال پایه‌ریزی گردیده است؛ که

خود می‌تواند یکی از دلایل مفید بودن این رویکرد محسوب گردد. مهم‌ترین دغدغه‌های زنان نخست‌زا تنهایی، بی‌اعتمادی به آینده و از دست دادن معنا است. این ادراکات با القاء مفهوم فقدان، اشاره به از دست دادن کنترل جسمانی، آزادی و توانایی مادر دارند (۳۰). این افراد ممکن است در اثر ترس از مواجه شدن با اضطراب‌های فوق‌روحیه خود را از دست داده و احساس خمودگی و افسردگی نمایند (۳۱).

پژوهشگر تاثیر مداخلات گروهی را در قادر کردن افراد در صادق بودن با خود، گسترش دیدگاه از خودشان و دنیا و هم‌چنین روشن‌سازی آن‌چه که به زندگیشان معنا می‌بخشد، می‌داند. علاوه بر این دریافتن این نکته توسط مراجعان که در زندگی اصالت کامل نداشته‌اند و چطور باید ظرفیت‌های بالقوه خود را بالفعل کنند، مشخص کردن هدف زندگی و دنبال کردن آن و هم‌چنین شناختن معیارها و ارزش‌های خود منجر به یافتن قریحه جدیدی برای زندگی و رسیدن فرد به جایی می‌شود که بتواند مسئولانه آگاهی پیدا کند و تصمیم بگیرد. آموختن این نکته که آن‌ها در قبال تصمیم‌های خویش مسئولیت‌پذیر باشند و اضطرابی را که در مسیر تغییرشان ایجاد می‌شود را بپذیرند و در ضمن ظرفیت‌پذیرش امور غیرقابل تغییر یا اجتناب‌ناپذیر را داشته باشند نیز کمک‌شایانی به این دسته از بیماران می‌کند. به عبارت دیگر دیدگاه اصالت وجود به گروه‌ها شامل دریافتن گزینه‌هایی است که زندگی را با معنا می‌سازد. در محتوای فرآیند گروه، گروه فرد را قادر می‌سازد تا دریابد که مجبور نیست قربانی منفعل شرایط زندگی باقی‌مانده بلکه می‌تواند مولف زندگیش باشد. در این راستا، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این مدل برای بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان که در مواجهه با اضطراب‌های وجودی هستند جهت فهمیدن احساسات و درکشان از شرایط جدید و کمک به آن‌ها برای این که بتوانند به طور مناسبی با موقعیت جدید ناگزیر روبرو شوند رویکردی مناسب و اثربخش است.

از برآیند این دیدگاه‌ها می‌توان دریافت که گروه درمانی وجودی PPD ضمن برقراری تعاملات اجتماعی لذت‌بخش برای مادر و دریافت حمایت هیجانی از

کاهش علائم افسردگی در زنان نخست زای مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان خواهد شد. هم چنین پیشنهاد می شود جهت تکمیل این مطالعه، پژوهش هایی در قالب گروه های بزرگ تر و حجم نمونه بیشتر صورت پذیرد و هم چنین این گونه مطالعات به همراه مطالعه پیگیری به منظور مشخص کردن پایداری تاثیرات درمانی آن نیز صورت پذیرد. هم چنین با توجه به این که در این پژوهش استفاده از روان درمانی به شیوه اصالت وجود در زنان نخست زایی که مبتلا به افسردگی پس از زایمان بودند موثر واقع شد، پیشنهاد می شود از این دسته از بیماران را درگیر می کند هم چون اضطراب نیز استفاده گردد.

سایر اعضای گروه، این نگرش را در مادر ایجاد می کند که تجارب هیجانی وی پدیده ای همگانی هستند و منحصر به وی نمی باشند و فرصتی برای مادر فراهم می نماید که تجربیات خود را با سایر مادران که شرایط مشابه با او را دارند در میان بگذارد و از نظرات و بازخوردهای آنان بهره مند شود. برای مثال در پژوهش حاضر تجربه شرکت در گروه این احساس را در مادر بر می انگیزد که نگرانی در مورد شکل ظاهری و تناسب اندام در میان زنان هم سن و سال وی پدیده ای رایج است و از این رو می تواند راجع به احساسات خود در این مورد بدون احساس خجالت صحبت کند. بدین ترتیب براساس یافته های این پژوهش می توان گفت که شیوه گروه درمانی وجودی موجب

Reference

1. Lamarsaude B, Huguet A, Billard JJ. The perinatal period and pediatric psychiatry reflections on the interworking of a maternity department. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1991;20:545-53.
2. Gutierrez A, Labad J, Martinsantos R, Garciaesteve L, Gelabert E, Jover M, et al. Coping strategies for postpartum depression: a multi-centric study of 1626 women. *Arch Womens Ment Health* 2015;2:123-9.
3. Vikas M1, Chandrasekaran R. A case of obsessive-compulsive disorder by proxy. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33:303.5-6.
4. Seyfried L, Marcus S. Postpartum mood disorder. *J Int Rev Psychiatry* 2003;15:231-42.
5. Leahywarren P, Mccarthy G. Postnatal depression prevalence mothers perspectives and treatment. *J Arc Psychiatr Nurs* 2007;21:91-100.
6. Bloch M, Daly C, Rubinow D. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *J Compr Psychiatry* 2003;44:234-46.
7. Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. *J Nurs* 2004;8:143-55.
8. Bowles B, Coleman N, Jansen L. Postpartum depression: Education and early detection. *J Obstetr Gynecol Nurs* 2005;36:22-4.
9. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart D. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *J Hospital Psychiatry* 2004;26:289-95.
10. Khoramirad A, Moosavilotfi S, Shoribidgoli A. [The prevalence of postpartum depression and associated factors in the city of Ghom]. *J Shahid Beheshti Uni* 2010;15:60-62. (Persian)
11. Malta LA, McDonald SW, Hegadoren KM, Weller CA, Tough SC. Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum a community based pregnancy cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 15;12:153.
12. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. [The Edinburg postnatal depression scale translation and validation study of Iranian version]. *BMC Psychiatry* 2007;7:11. (Persian)
13. Akbarzadeh M, Toosi M, Zareh N, Sharif F. [The effect of relaxation training on quality of life and severity of maternal postpartum blues]. *J Health Sci* 2012;22:12-3. (Persian)
14. Lashgaripoor K, Bakhshay N, Sajaddi S, Safarzadeh A. Evaluation of postpartum depression and its related factors: an 4.5 months assessments. *J Met Ment Health* 2011;13:404-12.
15. Massodnia A. The relationship between perceived social support and incidence of

- postpartum depression. *J Nurs Care Res Cent Tehran Uni Med Sci* 2011;24:8-18.
16. Rahmani F, Seyyedfatemi N, Seyyedrassoli A. Risk factors for postpartum depression. *J Iran Nurs* 2011;24:78-86.
17. Sehati F, Ranjbar F, Ghoochanzadeh M, Mohammadrezaei J. [Examine the relationship between risk factors of postpartum depression]. *J Ardebil Uni* 2009;1:54-6. (Persian)
18. Shobeiri F, Farhadi Nasab A, Nazari M. Study of postpartum depression in women referred to health centers in Hamedan. *J Hamedan university* 2003;149(3):9-24. (Persian)
19. Ghafarnejad A, Jooibari F, Pooya F. [The prevalence of postpartum depression in Kerman]. *J Thought Behav* 2000;24:17-8. (Persian)
20. Salari P, Banafsheh A, Hebrani P, Noghani H. [The correlation between mother fatigue and postpartum depression]. *J Met Ment Health* 2009;11:302-11. (Persian)
21. Tabrizi M, Lorestani KH. Effectiveness of eclectic intervention on reducing depression during pregnancy and the prevention of postpartum depression. *J Thought Behav* 2010;5:19-26.
22. Long CG, Fulton B, Dolley O, Hollin CR. Dealing with feelings the effectiveness of cognitive behavioural group treatment for women in secure settings. *Behav Cogn Psychother* 2011;39:243-7.
23. Pfleiderer B. Psychoanalytically based psychotherapy with children and adolescents. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2002;51:31-8.
24. Janusz B, Jozefik B, Debarbaro B. The concept of dialogical self and its application for psychotherapy and especially for family therapy. *Psychiatr Pol* 2012;46:867-75.
25. Latifian M, Seif D. [Effect of self-awareness on interpersonal dysfunction of students]. *J Soc Human Sci Shiraz Uni* 2012;26:13-4. (Persian)
26. Joensuu M, Ahola P, Knekt P, Lindfors O, Saarinen P, Tolmunen T, et al. Baseline symptom severity predicts serotonin transporter change during psychotherapy in patients with major depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 2015;3:111-6.
27. Mittag O. Psychological and psychotherapeutic aspects of grief. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1992;42:150-7.
28. Reddy MS. Psychotherapy - insights from bhagavad gita. *Indian J Psychol Med* 2012;34:100-4.
29. Weingourt R. Never to be alone. Existential therapy with battered women. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1985;23:24-9.
30. Mazhari S, Nakhai N. [Validating the postnatal depression of Edinbru scale in an Iranian sample]. *J Women Health* 2006;10:293-7. (Persian)
31. Lee D, Yip A, Leung T, Chung T. Identifying women at risk of postnatal depression prospective longitudinal study. *J Health Psychol* 2000;6:349-54.



The Effectiveness of Existential Group Psychotherapy on Postpartum Depression in Nulliparous Women

Naddafshargh H¹*, Gholopour M², Toopkanlooi S¹

(Received: August 2, 2014

Accepted: April 19, 2015)

Abstract

Introduction: The main objective of the study was to evaluate the effectiveness of existential group psychotherapy on depression in nulliparous women with postpartum depression.

Materials & methods: This is an applied study that was conducted by a quasi-experimental. For this purpose, 100 primiparous women in their first six months delivery completed the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) by the phone. 32 women that weren't at risk for postpartum depression, were excluded. Of the remaining 68 mothers, finally, by the clinical interview, 26 subjects (age: 29.23M =; 39.2SD =) achieved the Inclusion criteria. Then, they were appointed in control and experimental groups by random assignment. Members who attended in experimental group achieved 10 sessions of weekly group therapy by existential method, but the control group received no

intervention. Finally, members of both groups completed Edinburgh Postnatal Depression scale (EPDS).

Findings: The results of comparing post-test of depression scores in two groups with using analysis of covariance by controlling the effect variables showed that there were significant differences in Depression scores in intervention group and the control group (05.0p <, 86.12 = (2,28) F).

Discussion & Conclusions: Thus, based on the findings of this study it can be said that the method of existential group psychotherapy decreased depressive symptoms in nulliparous women with postpartum depression.

Keywords: Postpartum depression, Existential psychotherapy, Nulliparous women

1.Dept of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Mashhad Ferdowsi University, Mashhad, Iran

2.Dept of Family Counseling, Faculty of Psychology, Mashhad Ferdowsi University, Mashhad, Iran

* Correspondin author Email: hoda.naddaf@yahoo.com