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

هدی نداف شرق[1*]، مرضیه قلی پور[2]، صفورا توپکانلویی[1]

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

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

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۱۱ **تاریخ پذیرش: ۹٤/۱/۳۰**

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= ۲۳/۲۹؛ SD=۲/۳۹) 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

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

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 می شود. هر ساله ۱۳-۷ درصد از کل جمعیت زنان اختلال افسردگی اساسی(MDD) را تجربه می کنند که در بیشتر اوقات شروع اولین دوره آن هم زمان با سنین باروری است(۱). اکثر مطالعات همه گیری شناختی در تمامی کشورها و فرهنگ ها میزان ابتلاء به MDD را در زنان دو برابر مردان در جمعیت بزرگ سال برآورد کرده اند. هم چنین تخمین زده می شود که حدود ۲۰ درصد از زنان در دوره هایی از زندگی خود از افسردگی رنج خواهند برد، که این امر یکی از بزرگ ترین معضلات سلامت عمومی زنان و خانواده های آن ها خواهد بود(۲).

تحقیقات متعددی نشان داده اند که زنان در دوره پس از زایمان از آسیب پذیری 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 می باشد(۶)، با این وجود یافته های پژوهشی موید افزایش سه برابری 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 می کنند که در اغلب موارد زودگذر و خفیف بوده و در مواردی نیز مزمن و ناتوان کننده هستند(۳).

سازمان بهداشت جهانی(۱۹۹۲)، اختلالات روانی پس از زایمان را در طبقه بندی بین المللی بیماری ها(ICD-10)، به صورت غم زدگی مادری(MB)، افسردگی پس از زایمان(PPD) و سایکوز پس از زایمان(PPS) مطرح کرده است. غم زدگی مادری با میزان شیوع ۸۰-۵۰ درصد خفیف ترین نوع این اختلال و سایکوز پس از زایمان با میزان شیوع ۲-۱ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد، شدیدترین نوع آن محسوب می شود. در چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی(DSM-IV؛ انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) و نسخه تجدید نظر شده آن(DSM-IV-TR؛ انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، بخش مجزایی به اختلال های خلقی پس از زایمان اختصاص نیافته و تنها عبارت((شروع پس از زایمان)) به عنوان معرفی برای یک دوره از اختلال های خلقی و اختلال روان پریشی گذرا که در چهار هفته اول پس از زایمان رخ می دهند، به کار می رود. 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 می توان تا یک سال پس از تولد کودک در نظر گرفت(۳،۴).

افسردگی پس از زایمان شایع ترین پیچیدگی روان شناختی 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 ناتوان کننده می توانند 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 دوره های مزمن اختلال افسردگی باشد و این مادران در خطر ابتلاء به دوره های افسردگی هم در بارداری های بعدی و هم در مواقعی به غیر از این دوران هستند(۵).

زنان در دوران پس از زایمان با عوامل استرس زا و چالش های متعددی از جمله: تغییرات فیزیولوژیکی، تغییرات روان شناختی، تغیر در روابط عاشقانه، فشارهای اجتماعی و فرهنگی برای کاهش وزن و استرس های مربوط به والد شدن مواجه می شوند. 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 می شود. افسردگی پس از زایمان، اختلال خلقی و روانی جدی با شیوع ۴۰/۷-۵ درصد می باشد و بیش از ۱۲/۵ درصد پذیرش های زنان در مراکز درمانی به دلیل مشکلات روانی را به خود اختصاص می دهد(۶).

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

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

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 اشتهای بیمار افزایش یافته که منجر به افزایش وزن وی می شود. میل به خواب سنگین به خصوص در زنان نخست زا 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 تاثیرات 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 تاثیر منفی می گذارد و باعث ایجاد مشکلات رفتاری، اجتماعی و احساسی درکودکان 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 تاثیرات 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 تاثیرگذار 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

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

افسردگی این گروه از مادران بالاتر از زنان چند زا و نیز زنان مسن تر می باشد(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، نالایق 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 خانواده ها، پزشکان، ماماها و مراقبین بهداشتی علائم این اختلال را کوچک و ناچیز برشمرده و آن ها را بخشی از پیامدهای طبیعی دوره پس از زایمان قلمداد می کنند. از آن جا که افسردگی حتی در سطوح پایین نیز با عملکرد روزانه و اجتماعی مادر تداخل دارد و می تواند 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 یافته های پژوهشی در ۵۰ درصد تا ۸۰ درصد موارد، این اختلال تشخیص داده نشده و مادران افسرده تحت درمان مناسب قرار نمی گیرند. هم چنین با وجود آن که موارد شدید اختلال افسردگی پس از زایمان با شیوعی در حدود ۵-۴ 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 می شود و ۳۰ درصد از مادران مبتلا تا پایان سال اول و ۱۰ درصد در پایان سال دوم پس از تولد کودک هم چنان 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 پژوهش های 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 کرده اند که اکثر این آمار بیانگر شیوع بالای افسردگی پس از زایمان در میان زنان زایمان کرده ایرانی می باشند.

افسردگی پس از زایمان اختلالی قابل پیشگیری و درمان است و تشخیص و درمان اولیه آن موجب بهبودی کامل اکثریت مادران افسرده شده و آن ها را به زندگی عادی باز می گرداند. با توجه به پیچیدگی سبب شناسی اختلال افسردگی پس از زایمان چنان چه 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 بحران های زیادی در فرد ایجاد می شود و اعتماد به نفس بیمار به خطر می افتد، ارتباطات میان فردی به دلیل عدم اعتماد به آینده مختل می شود، مکانیزم های سازگاری قبلی ناکافی به نظر می رسد و بستری شدن در بیمارستان نیز ممکن است احساس تنهایی را به فرد القاء کند و در یک کلام می توان گفت که نوعی بحران وجودی برای فرد پدیدار خواهد گشت.

از آن جایی که مشکلات روانی افراد اساساً ناشی از روابط بین فردی آن ها است، به این معنا که در ارتباط با دیگران این مشکلات بروز می کند، لذا درمان آن ها نیز در همان زمان باید صورت گیرد. بنا بر این گروه بهترین فرصت را در اختیار افراد قرار می دهد 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 می پردازد، بلکه از آن جهت که به افزایش ظرفیت های بیمار در خودشناسی مستمر می انجامد، اهمیت دارد و آثاری بس فراتر از رفع علائم اختلال خواهد داشت. در واقع گروه درمانی فرصتی را برای افراد فراهم می کند تا از طریق کسب بینش نسبت به خود و جهان ارتباطی شان، انتقال، تجربه عاطفی اصلاحی و بودن در یک

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

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 علادم اختلال افسردگی پس از زایمان در زنان نخست زا 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، معنایابی 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 بینند(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 اعضاء 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 اعضاء 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

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

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 بهداشی 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 تائید 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 تائید 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(^{a}LR+) برای نقاط برش متفاوت مورد بررسی قرار گرفت. نقطه برش ۱۳-۱۲ (SE: 87.9% ,SP: 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 (P<0.001) r=0.76 نیز محاسبه شده است که بیانگر روایی همگرای این مقیاس است. نتایج تحلیل عاملی وجود یک ساختار دو عاملی را در مقیاس EPDS تائید 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 مقیاسEPDS و نسخه فارسی فرم کوتاه پرسش نامه بررسی سلامت

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

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 همگرای 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 زا، 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 استاندار
افسردگی پس از زایمان	مداخله	۱۳	۱۶/۵۰	۱/۱۶
	کنترل	۱۳	۱۶/۵۴	۱/۷۵

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، اندازه‌گیری 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 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.

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	۰/۲۶	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				

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون افسردگی دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون و نحوه رابطه آزمودنی با اعضای خانواده خود و اعضای خانواده همسر، حاکی از این است که نمرات پس 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 آزمون اثر گروه در متغیر افسردگی معنی دار بود: نمرات افسردگی آزمودنی های گروه مداخله در مقایسه با اعضای گروه کنترل پایین تر است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس آمارهای موجود اختلال افسردگی پس از زایمان اختلالی شایع در میان جمعیت مادران ایرانی می باشد 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 آن ها بر سلامت مادر و نیز جستجوی راهکارهای درمانی مناسب، امری لازم و ضروری به نظر می رسد. یافته های این پژوهش نشان می دهد که در واقع با به کار گیری 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 یافته ها همسو با بررسی های فعلی است که نشان داده اند درمان های گروهی به ویژه گروه درمانی وجودی می تواند یک مداخله روانی–اجتماعی موثر در بهبود کیفیت زندگی و کاهش احساسات خودگی و افسردگی باشد.

به نظر می رسد عناصر مطرح شده در پروتکل درمانی و هم چنین شیوه خاص گروهی اجرای مداخله، توانسته است تغییر مثبت و معنی داری 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 پایه ریزی گردیده است؛ که خود می تواند یکی از دلایل مفید بودن این رویکرد محسوب گردد. مهم ترین دغدغه های زنان نخست زا تنهایی، بی اعتمادی 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 اضطراب های فوق روحیه 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 هم چنین روشن سازی آن چه که به زندگیشان معنا می بخشد، می داند. علاوه بر این دریافتن این نکته توسط مراجعان که در زندگی اصالت کامل نداشته اند و چطور باید ظرفیت های بالقوه خود را بالفعل کنند، مشخص کردن هدف زندگی و دنبال کردن آن و هم چنین شناختن معیارها و ارزش های خود منجر به یافتن قریحه جدیدی برای زندگی و رسیدن فرد به جایی می شود که بتواند مسئولانه آگاهی پیدا کند و تصمیم بگیرد. آموختن این نکته که آن ها در قبال تصمیم های خویش مسئولیت پذیر باشند و اضطرابی را که در مسیر تغییرشان ایجاد می شود را بپذیرند و در ضمن ظرفیت پذیرش امور غیرقابل تغییر یا اجتناب ناپذیر را داشته باشند نیز کمک شایانی به این دسته از بیماران می کند. به عبارت دیگر دیدگاه اصالت وجود به گروه ها شامل دریافتن گزینه هایی است که زندگی را با معنا می سازد. در محتوای فرآیند گروه، گروه فرد را قادر می سازد تا دریابد که مجبور نیست قربانی منفعل شرایط زندگی باقی بماند بلکه می تواند 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 اضطراب های وجودی هستند جهت فهمیدن احساسات و درکشان از شرایط جدید و کمک به آن ها برای این که بتوانند به طور مناسبی با موقعیت جدید ناگزیر روبرو شوند رویکردی مناسب و اثربخش است.

از برآیند این دیدگاه ها می توان دریافت که گروه درمانی وجودی PPD ضمن برقراری تعاملات اجتماعی لذت بخش برای مادر و دریافت حمایت هیجانی از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

سایر اعضای گروه، این نگرش را در مادر ایجاد می‌کند 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 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 رویکرد جهت بهبود سایر اختلالاتی که این دسته از بیماران را درگیر می کند هم چون اضطراب نیز استفاده گردد.

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 Health2015;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 Psychiatry2003;15:231-42.

5.Leahywarren P, Mccarthy G. Postnatal depression prevalence mothers perpectives and treatment. J Arc Psychiatr Nurs2007;21:91-100.

6.Bloch M, Daly C, Rubinow D. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. J Compr Psychiatry2003;44:234-46.

7.Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy childbirth and the postnatal period as a multidimentional construct: A literature review. J Nurs2004;8:143-55.

8.Bowles B, Coleman N, Jansen L. Postpartum depression: Education and early detection. J Obstetr Gynecol Nurs2005;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 facrors in the city of Ghom]. J Shahid Beheshti Uni2010;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 Psychiatry2007;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 postpartun blues]. J Health Sci2012;22:12-3.(Persian)

14.Lashgaripoor K, Bakhshay N, Sajaddi S, Safarzadeh A. Evaluation of postpartun depression and its related factors:an 4.5 months assessments. J Met Ment Health2011;13:404-12.

15.Massodnia A. The relationship between perceived social support and incidence of

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

postpartun depression. J Nurs Care Res Cent Tehran Uni Med Sci 2011;24:8-18.
16.Rahmani F, Seyyedfatemi N, Seyyedrassoli A. Risk factors for postpartun depression. J Iran Nurs2011;24:78-86.
17.Sehati F, Ranjbar F, Ghoochanzadeh M, Mohammadrezai 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 postpartun depression in women referred to health centers in Hamedan.J Hamedan university 2003;149(3);9-24.(persian).
19.Ghafarinejad A, Jooibari F, Pooya F. [The prevalence of postpartun depression in Kerman]. J Tought Behav 2000;24:17-8.(Persian)
20.Salari P, Banafsheh A, Hebrani P, Noghani H. [The correlation between mother fatigue and postpartun 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 postpartun depression. J Tought Behav2010;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 Psychother2011 r;39:243-7.
23. Pfleiderer B. Psychoanalytically based psychotherapy with children and adolescents. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr2002;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 Pol2012;46:867-75.
25.Latifian M, Seif D. [Effect of self-aware on interpersonal dysfunction of students]. J Soc Human Sci Shiraz Uni2012;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 Neurosci2015;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 Med2012;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 Psychol2000;6:349-54.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

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

Naddafshargh H[1], Gholopour M[2], Toopkanlooi S[1]*

(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*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]