تأثیر برنامه آموزشی در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان؛ یک کارآزمایی نیمه تجربی

منصوره جمشیدی منش[1]، شهناز گلیان تهرانی[1]، آغا فاطمه حسینی[2]، نرگس شمس علیزاده[3]، فروزان لهونی[4]*

۱. گروه آموزش بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. گروه اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۴. دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره ششم آذر ـ دی ۱۳۹۲ صص ۶۲۷-۶۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۱۳ آبان ۹۲]

چکیده

مداخلات پیشگیری‌کننده و شناسایی زودرس علائم افسردگی بهترین راه مؤثر مقابله با این عارضه بوده و آموزش اساسی‌ترین روش پیشگیری اولیه است، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر پیشگیری از افسردگی پس از زایمان در مادران نخست‌زا طراحی گردید. این مطالعه به‌صورت یک کارآزمایی میدانی نیمه تجربی در دو مرکز بهداشتی درمانی منتخب شهر سنندج در سال ۱۳۹۰ انجام شد. به منظور پیشگیری از تأثیر برنامه آموزشی بر مادران گروه کنترل، یک مرکز به‌طور تصادفی به گروه کنترل و دیگری به گروه مداخله اختصاص یافت. با نمونه‌گیری مستمر در هر مرکز ۱۰۰ مادر انتخاب شدند. گروه مداخله برنامه آموزشی در خصوص افسردگی پس از زایمان طی سه جلسه ۲۰ دقیقه‌ای به‌صورت فردی در ۱۴-۱۰ روز اول، ۶ و نیز ۸ هفته پس از زایمان ارائه شد و همچنین کتابچه آموزشی به مادران گردید هردو هفته یک بار وضعیت مادر به صورت تلفنی بررسی شده، و نکات آموزشی یادآوری شد. گروه کنترل فقط مراقبت روتین پس از زایمان را داشتند. تأثیر برنامه با مقایسه نمرات افسردگی ادینبرو در ۸ و ۱۲ هفته بعد از زایمان در هر دو گروه سنجیده شد. مشخصات دموگرافیک و نمرات ادینبرو دو گروه قبل از مطالعه تفاوت آماری معنی‌دار نداشت. اجرای برنامه آموزشی موجب تفاوت آماری معنی‌دار در میانگین نمرات افسردگی ادینبرو گروه مداخله در ۸ و ۱۲ هفته پس از زایمان گردید. میانگین نمرات گروه کنترل، ۸ و ۱۲ هفته پس از زایمان تفاوت آماری معنی‌دار نداشت. نتایج نشان‌دهنده کاهش نمرات افسردگی ادینبرو بود اجرای این برنامه در مراقبت‌های پس از زایمان می‌تواند به عنوان یکی از راهکارهای مناسب در جهت ارتقای سلامت مادران، کاهش و پیشگیری از افسردگی در مداخلات بهداشتی کشوری مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه: برنامه آموزشی، افسردگی پس از زایمان، پیشگیری، نخست‌زا

* نویسنده پاسخگو: تهران، میدان توحید، انتهای خیابان نصرت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
تلفن: ۰۸۷۱-۲۲۵۳۵۰۲
Email: foroozl@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.5.4]

مقدمه

دوران بارداری و پس از زایمان گاهی به حدی پرتنش است که سبب تحریک اختلالات روانی می‌شود. این اختلالات ممکن است به شکل عود یا تشدید یک اختلال روانی بروز نماید یا به‌صورت یک اختلال روانی جدید به‌وجود آید[۱]. افسردگی پس از زایمان در زنان سنین باروری شایع‌ترین و دومین بیماری ناتوان‌کننده است[۲]که اثرات ناگواری بر مادر، کودک و خانواده به جای می‌گذارد و شیوع آن با عوامل فرهنگی، اجتماعی ارتباط تنگاتنگ داشته و به همین دلیل در کشورها و نژادهای مختلف شیوع متفاوتی دارد. درکشورهای آسیایی ۶۳/۳-۳/۵ درصد[۳] و در ایران ۳۹/۵-۲۵ درصد گزارش شده است[۴]. در دوران پس از زایمان ۸۰-۵۰ درصد زنان یکی از اختلالات خلقی را تجربه می‌نمایند[۵]. افسردگی پس از زایمان با خلق افسرده، اضطراب مفرط، بی‌خوابی، تغییر وزن و علائمی نظیر احساس تنهایی شدید، تحریک‌پذیری، ترس، عدم اعتماد به نفس، تغییر در اشتها، احساس گناه، کاهش تمرکز و در موارد شدید با افکاری نظیر خودکشی همراه است و در بیشتر از ۵۰ درصد موارد این اختلال عمدتاً ظرف ۱۲ هفته اول پس از زایمان شروع می‌شود[۶]. شیوع آن در اولین سال پس از زایمان ۲۱/۹ درصد و احتمال عود آن در بارداری‌های بعدی بیشتر از ۴۰ درصد است[۷]. علت افسردگی پس از زایمان نامشخص و یک اختلال چندعاملی است که عوامل مختلف جمعیتی، روانی ـ اجتماعی، هورمونی در بروز این اختلال سهیم هستند[۶]. تولد اولین فرزند یک تغییر عمده در نقش و مسئولیت‌های اکثر زنان در خانواده محسوب می‌شود که روابط با همسر را محدود و اضطراب زیادی به همراه دارد[۸] مادران نخست‌زا از توقعات و وظایف جدید مادری از لحاظ جسمی و روحی بیشتر خسته شده و گاهی در انجام وظایف خود احساس شکست می‌کنند[۹]. این مادران انتظارات غیر واقعی بیشتری از خود دارند، و توقعات فراوان می‌تواند بر عملکرد این مادران اثر گذاشته و در نتیجه آنها را در مقابل افسردگی آسیب‌پذیرتر نماید[۱۰]. شیوع افسردگی در همسران زنانی که افسردگی پس از زایمان را تجربه می‌کنند ۲۴ تا۵۰ درصد گزارش شده است. افسردگی پدران می‌تواند اثرات سوئی بر تکامل احساسی و رفتاری کودکان داشته باشد[۹]. برچسب بیماری روانی باعث می‌شود که بیماران از دادن اطلاعات داوطلبانه درباره علائم افسردگی خودداری کنند[۸] و تقریباً نیمی از موارد افسردگی پس از زایمان تأثیرگذار بر مادران به‌دلیل عدم تمایل مادر در آشکار کردن احساس خود تشخیص داده نمی‌شود[۱۱]. ۲۶ تا ۵۲ درصد از زنان افسرده با هیچ‌کس در مورد مشکلات عاطفی خود صحبت نمی‌کنند و آن دسته‌ای که با دیگران صحبت می‌کنند ۶۳ تا ۸۸ درصد در پی کمک گرفتن از فرد متخصص نبوده‌اند. کارکنان بهداشتی نیز به دلیل شباهت علائم افسردگی به بیماری‌هایی مثل کم‌خونی، تیروئید و دیابت بارداری، ممکن است قادر به تشخیص آن نباشند و مادران نیز به علت برچسب خوردن این علائم را گزارش نکنند[۸]. از آنجایی که زنان افسرده کمتر به‌دنبال کمک حرفه‌ای‌اند، بهترین راه مؤثر رویارویی با افسردگی پس از زایمان مداخلات پیشگیری‌کننده و شناسایی زودرس علائم افسردگی است. شناسایی عوامل خطر افسردگی پس از زایمان موجب شناسایی زودرس گروه پرخطر و زمان بندی جهت مداخلات پیشگیری می‌شود[۳]. پیشگیری اولیه با آموزش آغاز می‌شود. افزایش آگاهی، شیوع مشکلات سلامت روانی و خطرات آن را در مادران جدید کاهش خواهد داد و به کاهش اثرات منفی افسردگی بر تکامل کودکان و نوزادان کمک می‌نماید[۱۱]. آموزش علائم افسردگی می‌تواند بیماری روانی راکاهش داده و جستجوی درمان را بالا ببرد. ماما در خط مقدم آگاه سازی زوجین و افراد کلیدی از احتمال ایجاد اختلالات خلقی قرار داشته و نقش مهمی در پیشگیری اولیه دارد. این آگاهی موجب تشویق مادران جدید به دریافت کمک در صورت وقوع مشکل می‌شود[۷]. ماما به واسطه نقش‌های مختلف مراقبتی، آموزشی، مشاوره‌ایی و حمایتی خویش از فرصت‌های بی‌نظیری در جهت پیشگیری از عوارض روحی و ارتقای بهداشت روانی مادر، کودک و خانواده بهره مند است و نقش ارزنده‌ایی در مداخله برای سازگاری مادر با وضعیت جدید و مسئولیت مادری دارد[۱۲]. با بررسی مطالعات مداخله‌ایی انجام شده در دوران بارداری به منظور پیشگیری از افسردگی پس از زایمان در ایران مشخص گردید که این مطالعات در پیشگیری از این عارضه مؤثر بوده‌اند[۱۴-۱۲]. زینگا، فیلیپس و بورن با بررسی مطالعات مداخله‌ایی در دوران بارداری نشان دادند که مداخلات آموزشی در بارداری در کاهش افسردگی پس از زایمان تأثیر چندانی ندارد[۱۵]؛ در حالیکه دنیس با بررسی ۱۵ مطالعه مداخله‌ایی نشان داد که مداخلات پیشگیری‌کننده از افسردگی در دوران پس از زایمان از مداخله در دوران بارداری مفیدتر و مداخله فردی از مداخله گروهی مؤثرتر بوده و نیاز مادران به آموزش در این دوران بیشتر است [۱۷-۱۶]. نظر به نتایج متناقض مطالعات در خصوص تأثیر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.5.4]

برنامه‌های آموزشی دوران بارداری بر افسردگی پس از زایمان و خلا موجود در آموزش‌های ارائه شده در این دوران به مادران و شیوع بالای این عارضه در کشور و تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی در ایجاد آن و مواجهه با مادران افسرده‌ایی که به تازگی زایمان کرده و راهکارهای مقابله با افسردگی پس از زایمان را نمی‌دانستند و اثرات سوئی که این عارضه بر سلامت مادر، خانواده و جامعه می‌گذارد، تیم پژوهش بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا (با توجه به آسیب‌پذیرتر بودن این گروه در برابر افسردگی) انجام دهد.

مواد و روش کار

این پژوهش به روش کارآزمایی میدانی نیمه تجربی در دو مرکز بهداشتی درمانی شهر سنندج انجام شد. به منظور پیشگیری از تأثیر آموزش بر مادران گروه کنترل، دو مرکز شهری که همجوار بوده و مراجعان آنها از لحاظ شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی شبیه به هم بودند به‌صورت قرعه‌کشی یکی به گروه مداخله و دیگری به گروه کنترل اختصاص یافت. مطالعه بر روی ۲۰۰ مادر در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۰۰نفر) انجام شد. پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه پژوهشگر با معرفی خود به مسئولین، و با روشن ساختن هدف پژوهش به آنها از مهر ماه لغایت اسفند ماه سال ۱۳۹۰در روزهای متوالی در محیط پژوهش حاضر شد. .معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، مادران شکم اول که با همسرشان زندگی می‌کردند و به‌طور طبیعی باردار شده و سابقه نازایی نداشته و از روش‌های کمک باروری استفاده نکرده بودند، نوزاد تک قلو، ترم و سالم و نمره ادینبرگ مساوی یا کمتر از ۱۲ داشتند، عوارض پس از زایمان، سابقه بیماری روانی شناخته شده در بارداری فعلی و قبل از آن نداشتند و در کلاس های زایمان فیزیولوژیک شرکت نکرده و در روزهای۱۰ تا ۱۴ بعد از زایمان به دو مرکز مذکور مراجعه کرده بودند. سپس در مورد هدف و روش تحقیق به مادران توضیح و بر حفظ اطلاعات به طور محرمانه تاکید گردید و فرم رضایت‌نامه آگاهانه جهت مطالعه در اختیار آنان قرار گرفت. مادرانی که حین مطالعه دچار حوادث استرس‌آور و ناگوار شده یا از ادامه برنامه انصراف دادند از مطالعه خارج می‌شدند. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ادینبرو قبل از شروع مداخله در اختیار مادران قرار گرفت و به مادران گروه مداخله برنامه آموزشی در سه جلسه ارائه شد به این صورت که در جلسه اول (۱۴-۱۰ روز پس از زایمان) به مدت ۲۰ دقیقه به‌طور فردی در خصوص افسردگی پس از زایمان شامل تعریف، شیوع، علائم و علل و راهکارهای عملی مقابله با آن (کمک گرفتن از همسر و نزدیکان، داشتن خواب و استراحت کافی و تغذیه مناسب، ورزش، تکنیک‌های آرام‌سازی و...) آموزش داده شد؛ سپس یک کتابچه آموزشی که محتوای آن توسط اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی تهران تأیید و توسط ۱۰ مادر روایی صوری آن بررسی و تأیید شده بود، مشتمل بر موضوعات مورد بحث جهت یادآوری مطالب به مادر تحویل و فرصتی به وی جهت سؤال‌کردن و دریافت پاسخ آنها داده می‌شد. در جلسه دوم (۶ هفته پس از زایمان) و جلسه سوم (۸ هفته بعد از زایمان) مادر به‌صورت فردی و به مدت۲۰ دقیقه درخصوص مطالب مذکور به‌طور کامل تحت آموزش قرار گرفته و به سؤالات وی پاسخ داده می‌شد؛ با این تفاوت که در جلسه سوم ابتدا پرسشنامه ادینبرو تکمیل و جمع آوری شده، و سپس مادر مورد آموزش قرار می‌گرفت. این مادران مراقبت های پس از زایمان روتین مرکز را نیز دریافت می‌کردند. پژوهشگر در طول مدت مداخله با تماس تلفنی مادران گروه مداخله را هر ۱۵ روز یک بار پیگیری کرده و حداقل به مدت ۵ دقیقه نکات آموزشی را یادآوری می‌کردند و به سؤالات و ابهامات مادران در خصوص کتابچه پاسخ می‌دادند. شماره تلفن محقق جهت تماس مادران در هنگام بروز مشکل یا سؤالی خاص اعلام شده بود. مادران گروه کنترل در سه نوبت (روز۱۴-۱۰، ۸ و ۱۲ هفته) پس از زایمان مانند گروه مداخله پرسشنامه ادینبرو را تکمیل نمودند و تنها مراقبت روتین بعد از زایمان مرکز را دریافت می‌کردند و با توجه به شرکت در مطالعه جهت مراجعه در زمان مقرر با تلفن یادآوری می شدند. پس از جمع‌آوری اطلاعات در دو مرحله (۸ و۱۲ هفته) پس از زایمان، امتیاز ادینبرو افسردگی پس از زایمان جهت تعیین تأثیر برنامه آموزشی در دو گروه با هم مقایسه شد. ابزار جمع آوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه دموگرافیک همراه با پرسشنامه استاندارد غربالگری افسردگی پس از زایمان ادینبرگ بود،که در مطالعات بررسی افسردگی پس از زایمان متعددی به‌کار گرفته شده است. روایی این پرسشنامه در کشورهای متعددی سنجیده شده و پایایی آن در سال ۱۹۸۷ توسط کاکس و همکاران تأیید شد بررسی شده که آلفا برابر با ۸۸ درصد بود[۱۸]. مطالعه‌ای در اصفهان که توسط منتظری، ترکان و امیدواری در سال ۲۰۰۷ بر روی ۱۰۰ زن جهت تعیین افسردگی پس از زایمان و تعیین پایایی این پرسشنامه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.5.4]

صورت گرفت، ضریب آلفا کرونباخ در ۸-۶ هفته و ۱۴-۱۲ هفته پس از زایمان به ترتیب ۷۷ درصد و ۸۶ درصد به‌دست آمد[۱۹]. حساسیت و ویژگی پرسشنامه ادینبرو با نمره برش ۹/۱۰ به ترتیب ۸۶ درصد و ۷۸درصد و ارزش پیشگویی مثبت آن ۷۸ درصد نشان داده شد و در ایران با نمره برش ۱۲/۱۳حساسیت و ویژگی به ترتیب ۹۵/۳ درصد و ۸۷/۹ درصد ارزیابی شده است[۱۸]. در این مطالعه نیز نمره ۱۳ و بالاتر به عنوان افسردگی پس از زایمان بر همین اساس در نظر گرفته شد و مادران با این نمره جهت تأیید افسردگی و اقدامات مؤثرتر به روانپزشک ارجاع می‌شدند. پس از استخراج اطلاعات جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای اسکوئر، من ـ ویتنی یوو ویلکاکسون جهت بررسی اهداف و فرضیه های پژوهش استفاده شد. کلیه محاسبات آماری توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ و با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش اطلاعات و داده ها از ۲۰۰ مادر زایمان کرده که کلیه شرایط ورود به مطالعه را داشتند جمع‌آوری شد. طی مطالعه ۸ نفردر گروه مداخله و ۵ نفر در گروه کنترل از مطالعه خارج شدند. یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک (شغل و تحصیلات مادر و همسر، درآمد خانواده، نوع زایمان، جنس نوزاد، رضایت از جنس نوزاد، خواسته بودن بارداری، نوع تغذیه نوزاد و دریافت کمک از همسر در نگهداری از نوزاد وکار منزل) همگن بودند. قبل از شروع مداخله (۱۴-۱۰ روز پس از زایمان) میانگین و انحراف معیار نمرات ادینبرو در دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار نداشت. ۵۴ درصد مادران گروه مداخله، نمره صفر تا ۹ ، و ۴۶ درصد نمره ۱۰تا ۱۲ داشتند. ۵۵ درصد مادران گروه کنترل نمره صفر تا ۹ ، و ۴۵ درصد نمره ۱۰ تا ۱۲ داشتند. بعد از شروع مطالعه و اجرای برنامه آموزشی در ۸ و ۱۲ هفته بعد از زایمان با توجه به جدول شماره ۲ در گروه مداخله تفاوت میانگین و انحراف معیار نمرات در دو گروه معنی‌دار بود. همچنین نمرات گروه مداخله رو به کاهش بوده، و در گروه کنترل تا حدودی افزایش داشت؛ به‌طوری که در گروه مداخله ۸ هفته بعد از زایمان از ۹۵ مادر ۸۶/۳ درصد نمره صفر تا ۹ و ۷/۴ درصد نمره۱۲-۱۰ و ۶/۳ درصد نمره ۱۳ و بالاتر داشتند. در گروه کنترل از ۹۸ مادر ۵۱ درصد نمره صفر تا ۹ و ۲۲/۴ درصد نمره۱۲-۱۰ و ۲۶/۵٪ نمره ۱۳ و بالاتر داشتند. در ۱۲ هفته نیز در گروه مداخله از ۹۲ مادر ۹۷/۸ درصد نمره صفر تا ۹ و ۱/۱درصد نمره۱۲-۱۰ و ۱/۱درصد نمره ۱۳ و بالاتر داشتند. در گروه کنترل از ۹۵ مادر۵۶/۸ درصد نمره صفر تا ۹ و ۲۰درصد نمره۱۲-۱۰ و ۲۳/۲ درصد نمره ۱۳ و بالاتر داشتند. مادرانی که نمره ادینبرو ۱۳ و یا بالاتر داشتند. دو هفته بعد پیگیری شده و در صورت بالا بودن نمره از میزان مذکور به متخصص روانپزشک ارجاع داده می‌شدند؛ که در مجموع گروه مداخله ۳ نفر و گروه کنترل ۳۶ نفر ارجاع شدند. جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در گروه مداخله از شروع مطالعه تا هفته ۸ و هفته ۱۲ پس از زایمان، میانگین و انحراف معیارنمرات ادینبرو رو به کاهش بوده و تفاوت در این خصوص آماری معنی دار است در گروه کنترل میانگین و انحراف معیارنمرات ادینبرو در هفته ۸ افزایش معنی دار داشت. تا هفته ۱۲پس از زایمان هر چند نمرات افزایش مختصری داشت، اما تفاوت آماری معنی‌دار نبود از هفته ۸ تا ۱۲ نیز میانگین و انحراف معیارنمرات ادینبرو تغییر محسوسی نداشت و تفاوت آماری در این خصوص معنی‌دار نبود.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران مورد مطالعه دو مرکز منتخب سنندج در سال ۱۳۹۰

	مداخله	کنترل	P
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
تحصیلات مادر			
زیردیپلم	۳۷(۳۷)	۴۳(۴۳)	۰/۳۹
دیپلم و بالاتر	۶۳(۶۳)	۵۷(۵۷)	
تحصیلات همسر			
زیردیپلم	۲۸(۲۸)	۲۹(۲۹)	۰/۹۹
دیپلم و بالاتر	۷۲(۷۲)	۷۱(۷۱)	
شغل مادر			
خانه‌دار	۹۱(۹۱)	۸۹(۸۹)	۰/۶۳
شاغل	۹(۹)	۱۱(۱۱)	
شغل همسر			
کارمند	۱۸(۱۸)	۲۸(۲۸)	۰/۱۹
آزاد	۸۲(۸۲)	۷۲(۷۲)	
درآمد خانواده			
کافی	۱۵(۱۵)	۱۳(۱۳)	
تاحدودی کافی	۶۵(۶۵)	۶۶(۶۶)	۰/۱۷
ناکافی	۲۰(۲۰)	۲۱(۲۱)	
نوع زایمان			
طبیعی	۶۹(۶۹)	۵۸(۵۸)	۰/۱۰
سزارین	۳۱(۳۱)	۴۲(۴۲)	
جنس نوزاد			
دختر	۴۴(۴۴)	۵۰(۵۰)	
پسر	۵۶(۵۶)	۵۰(۵۰)	۰/۳۹
رضایت از جنس نوزاد از نظر			
مادر	۴۱(۴۱)	۴۲(۴۲)	۰/۱۴
پدر	۴۳(۴۳)	۳۵(۳۵)	۰/۱۲
خواسته بودن بارداری از نظر			
مادر	۷۷(۷۷)	۸۴(۸۴)	۰/۲۱
همسر	۸۱(۸۱)	۸۶(۸۶)	۰/۳۴
تغذیه کامل با شیرمادر			
۱۴-۱۰ روز	۸۹(۸۹)	۹۶(۹۶)	۰/۰۶
۸ هفته	۷۲(۷۵/۸)	۶۹(۷۰/۴)	۰/۴
۱۲ هفته	۷۱(۷۷/۲)	۶۸(۷۱/۶)	۰/۳۸
دریافت کمک از همسر			
نگهداری از نوزاد	۸۴(۸۴)	۷۶(۷۶)	۰/۱۵
انجام کار منزل	۵۵(۵۵)	۵۸(۵۸)	۰/۶۶

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.5.4]

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ادینبرو قبل از مطالعه، ۸ و ۱۲ هفته پس از زایمان در دو گروه مادران مراجعه کننده به دو مرکز منتخب سنندج در سال ۱۳۹۰

	تعداد	میانگین (انحراف معیار)	تعداد	میانگین (انحراف معیار)	نتایج آزمون من ویتنی
		مداخله		کنترل	
۱۴-۱۰ روز	۱۰۰	۸/۷۴(۳/۰۸)	۱۰۰	۸/۵۸(۳/۲۱)	Z=۰/۲۳۳ P=۰۸۱۶
۸ هفته	۹۵	۵/۷۶(۳/۴)	۹۸	۹/۷۹(۴/۱۷)	Z=-۶/۶۶۳ P<۰/۰۰۱
۱۲ هفته	۹۲	۳/۱۵(۲/۶۹)	۹۵	۹/۳۴(۴/۰۵)	Z=-۹/۵۹۳ P<۰/۰۰۱

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ادینبرو قبل از مطالعه، ۸ و ۱۲ هفته پس از زایمان در هریک از دو گروه مادران مراجعه‌کننده به دو مرکز منتخب سنندج در سال ۱۳۹۰

	مداخله			کنترل		
	تعداد	میانگین (انحراف معیار)	نتایج آزمون ویلکاکسون	تعداد	میانگین (انحراف معیار)	نتایج آزمون ویلکاکسون
۱۴-۱۰ روز	۱۰۰	۸/۷۴(۳/۰۸)	Z =-۶/۵۱۵	۱۰۰	۸/۵۸(۳/۲۱)	z = -۳/۱۹۳
۸ هفته	۹۵	۵/۷۶(۳/۴)	P<۰/۰۰۱	۹۸	۹/۷۹(۴/۱۷)	P=۰/۰۰۱
۱۴-۱۰ روز	۱۰۰	۸/۷۴(۳/۰۸)	Z =۸/۱۴۵	۱۰۰	۸/۵۸(۳/۲۱)	z = -۱/۳۲۹
۱۲ هفته	۹۲	۳/۱۵(۲/۶۹)	P<۰/۰۰۱	۹۵	۹/۳۴(۴/۰۵)	P=۰/۱۸۵
۸ هفته	۹۵	۵/۷۶(۳/۴)	Z =۶/۸۸۵	۹۸	۹/۷۹(۴/۱۷)	z = -۱/۵۳۶
۱۲ هفته	۹۲	۳/۱۵(۲/۶۹)	P<۰/۰۰۱	۹۵	۹/۳۴(۴/۰۵)	P=۰/۱۲۵

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش شامل دو بخش نتایج حاصل از بررسی مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش و نتایج حاصل بر اساس اهداف پژوهش بود. افسردگی پس از زایمان می‌تواند تحت تأثیر عوامل دموگرافیک قرار گیرد. عوامل فرهنگی، جسمانی، مامایی، روانی، اقتصادی و اجتماعی در بروز آن مؤثر هستند[۳،۲۲]؛ به همین علت دو گروه از نظر عوامل احتمالی مؤثر در افسردگی پس از زایمان با یکدیگر همسان شدند. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه هو و همکاران[۱۷]، هه و همکاران[۲۱]، هه و فو[۲۲] مطابقت دارد. هو و همکاران به مادران نخست‌زای تایوانی بدون عارضه گروه مداخله در روز دوم پس از زایمان دراتاق‌های خود توسط پرستاران بخش علاوه بر تحویل کتابچه آموزش‌های لازم در مورد افسردگی پس زایمان ارائه دادند. سپس در ۶ هفته و ۳ ماه پس از زایمان نمرات افسردگی با ادینبرو سنجیده شد، که میانگین نمرات گروه مداخله با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار داشت و نمرات گروه مداخله کمتر بود. پژوهش حاضر شباهت زیادی به مطالعه هو و همکاران دارد با این تفاوت که نمرات ادینبرو در ابتدای آن سنجیده نشده و نمرات میانگین ادینبرو ۳ ماه بعد از زایمان در گروه مداخله ۴/۳۷ ±۵/۳۳ محاسبه شده است، در حالی که در مطالعه حاضر۲/۶۹ ±۳/۱۵ بود.

همچنین این مقاله و در گروه کنترل مطالعه فوق ۴/۶۹ ±۷/۱۱ و در مطالعه حاضر ۴ /۰۵ ±۹ /۳۴ بوده است. این تفاوت‌ها شاید به دلیل اختلاف در روش مداخله و نمره برش ادینبرو بود که در مطالعه حاضر پژوهشگر تعداد جلسات آموزشی را به سه جلسه افزایش داده و هر دو هفته یک بار توسط وی مادران تلفنی پیگیری شدند. و شروع جلسه اول آموزش (۱۴-۱۰روز بعد از زایمان) در شایع‌ترین زمان بروز غم مادری بود. جلسات آموزشی به‌صورت فردی بوده که دو جلسه دیگر آن (۶ و۸ هفته پس از زایمان) در زمان اوج بروز افسردگی پس از زایمان برگزار شد[۱۰]. یافته‌های وبستر و همکاران، که تأثیر شناخت، آموزش و ارجاع مادران باردار در معرض خطر را در کاهش افسردگی پس از زایمان بررسی کردند، نشان داد آموزش و دادن آگاهی به مادران در مراقبت‌های دوران بارداری به وسیله کتابچه آموزشی، آموزش و ارجاع آنها (در صورت نیاز) به مراکز تخصصی، سپس بررسی افسردگی در ۱۶ هفته پس از زایمان با پرسشنامه ادینبرو تفاوتی در نمرات افسردگی در بین دو گروه ایجاد نکرده و دو گروه با هم تفاوتی نداشتند[۲۳]. نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر متفاوت بود. علت این تفاوت شاید در زمان (هفته ۱۶ بارداری)، روش مداخله (یک کتابچه آموزشی و ادامه نداشتن آموزش) و معیارهای ورود باشد؛ و اینکه جهت مادران در معرض خطر افسردگی فقط یک جلسه آموزشی و ارجاع آنان کافی نبوده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.5.4]

بروگا و همکاران[۲۴]؛ فیشرو همکاران[۲۵]؛ حسن زهرایی و همکاران[۱۲] مداخلاتی جهت پیشگیری یا کاهش افسردگی پس از زایمان به روش‌های مختلف در دوران بارداری یا پس از زایمان انجام داده‌اند که نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشته، و در حالیکه با نتایج مطالعه نورمن و همکاران در ۳ ماه پس از زایمان مطابقت ندارد. نورمن و همکاران تأثیر یک برنامه آموزشی و ورزشی را بر مادران در کاهش افسردگی پس از زایمان سنجیدند. در ۸ هفته بعد از زایمان اختلاف نمرات ادینبرو بین دو گروه معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۰۱) ولی در ۱۲ هفته پس از زایمان این اختلاف معنی‌دار نبود (P=۰/۱۹۴) و نمرات یکسان بودند[۲۶]. نتایج پژوهش نورمن [۲۶]؛ هایس[۲۷]؛ بویست[۲۷]؛ استامپ[۲۹] و همکاران‌شان با این مطالعه همسو نبود و مداخله آموزشی تأثیری در کاهش افسردگی پس از زایمان نداشت. مؤثر نبودن این مداخلات شاید به علت دادن اطلاعات در دوره بارداری بوده که مادران تجربه‌ای از حالات روحی بعد از زایمان نداشته‌اند. در این خصوص زینگا و همکاران می‌نویسند به‌طورکلی مداخلات آموزشی در دوران بارداری در کاهش افسردگی پس از زایمان مؤثر شناخته نشده‌اند[۱۵]. دنیس پس از بررسی ۱۵ مداخله روانشناسی و روانی اجتماعی در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان بر روی ۷۶۹۷ مادر اظهار کرد: در حال حاضر در دوران بارداری ابزار غربالگری و اندازه‌گیری قابل قبولی جهت پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان وجود ندارد و به همین علت مداخلات در پس از زایمان نسبت به دوران بارداری مفیدتر هستند، که از این میان حمایت ویژه فردی در قالب بازدید از منزل در بعد از زایمان توسط افراد ماهر مفیدتر بود و مداخلات فردی از مداخلات گروهی مؤثرتر است[۱۶]. این در حالی است که میلر و لاراسو اظهار کردند امروزه مطالعات معدودی مداخلات فردی را دارای تأثیر مناسب پیشگیری می‌دانند. تا زمانی که آسیب‌پذیری به افسردگی پس از زایمان چند عاملی است ترکیبی از مداخلات از استفاده یک روش برای همه، می‌تواند راهکار مؤثرتری باشد[۷].

یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده تأثیر برنامه آموزشی بر کاهش و پیشگیری از افسردگی پس از زایمان در مادران نخست‌زای گروه مداخله در ۸ و ۱۲ هفته پس از زایمان بوده و حاکی از تأثیر آموزش در کاهش افسردگی پس از زایمان مادران نخست‌زا و نقش مهم و مثبت ماما در فراهم نمودن مراقبت‌های روانی و عاطفی در بعد از زایمان بود. آموزش مناسب با شرایط مادران در کاهش افسردگی پس از زایمان مؤثر بود، که این امر می‌تواند مورد توجه مسئولین قرار گیرد تا در حیطه خدمات پس از زایمان، حمایت روحی روانی مادران را در نظر داشته و بخش‌های مشاوره و آموزش سلامت روانی توسط ماما در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی فعال گردد.

سهم نویسندگان

منصوره جمشیدی منش: مجری، استاد راهنمای پایان نامه
شهنار گلیان تهرانی: استاد مشاور پایان نامه
آغا فاطمه حسینی: استاد مشاور آمار پایان‌نامه
نرگس شمس علیزاده: روانپزشک و مشاور همکار
فروزان لهونی: نویسنده اصلی، مجری

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب پایان‌نامه مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره مجوز کمیته اخلاق ۱۳۰/۷۹۱-د-۹۰مورخ ۹۰/۵/۲۲ انجام و در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد 2011101630034N7 ثبت گردید. بدین‌وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی، معاونت محترم پژوهشی،اساتید و اعضای محترم هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مسئولان محترم دانشگاه علوم پزشکی کردستان و مادران شرکت کننده درپژوهش اعلام می‌داریم.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.5.4]

منابع

1. Cunningham FG et al. Williams Obstetrics 22 th Edition, Mc Graw -Hill:NewYork, 2010

2. O'Hara MW.postpartum depression:What we know.Journal of clinical psychology 2009,65:1258-69

3. Klainin P, Arthur G.D .Postpartum depression in asian cultures:a literature review. International Journal of Nursing studies 2009, 46:1355-73

4. Sehati Shafai F, Ranjbar Kouchksaraei F, Ghoujazadeh M, Mohammad Rezaei ZH. Study of relationship between some predisposing factors and postpartum depression. Journal of Ardebil University of Medical Sciences 2008; 1:54-61[Persian]

5. Zubaran, C, Foresti, K. Investigating quality of life and depressive symptoms in postpartum period.Women & Birth 2011, 24:10-16

6. Kaplan H, Sadocks B. Comprehensive textbook of Psychiatry 7th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2007

7. Miller J L, Larusso M E. Preventing postpartum depression. Psychiatric Clinics of North America 2011,34:53-65

8. Woolhouse H, Brown S, Krastev A, Perlen S,Gunn J.Seeking help for anxiety and depression after child birth:results of the maternal health study, Archives of Women's Mental Health 2009,12:75-83

9. Gao L L,Chan S W,You L,Li X. Experiences of postpartum depression among first-time mothers in mainland china. Journal of Advanced Nursing 2009; 3:303-12

10. Yozwiak A J. Postpartum Depression and Adolescent Mothers: a Riview of Assessment and Treatment Approaches. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 2010; 23:172-78

11. Zauderer C L.postpartum depression: how child birth educators can help Break the silence.The Journal of Perinatal Education 2009; 18:23-31

12. Hassn Zahraee R,Fahami F,Yazdani M,Bashardoost N.Supportive role of the midwife in preventing postpartum depression. Journal of Qazvin Univesity of Medical sciences 2003, 7:19-24[Persian]

13. Bahrami N, Araban M, Bahrami S.The Impact of antenatal education on postpartum depression, Dezful, Iran. Medical Journal of Hormozgan 2009; 13:277-83[Persian]

14. Ajh N, Unesian, Fili A, Abasi Motejaded A. The study of supportive activities during pregnancy on postpartum depression. Journal of Hayat 2006, 12:73-80 [Pesian]

15. Zinga D, Pillips SD, Born L, Postpartum Depression:we know the risks,can it be prevented. Revista Brasileira de Psiquiatria 2005, 27(supl II):556-64

16. Dennis CL. Psychosocial and Psychological interventions for Prevention of postnatal depression: systematic review.British Medical Journal 2005; 331:2-8

17. Ho et al. Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression, Patient Education & Counseling 2009;77:68-71

18. Zubaran C, Schumacher M, Roxo M R, Foresti K.Screening tools for postpartum depression: Validity and cultural dimensions. African Journal of Psychiatry 2010, 13:357-65

19. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S.The Edinburgh postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. BMC Psychiatry 2007; 7:1-6

20. Xie RH,He G,Liu A,Bradwejen J,Walker M,Wen SW.Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. Social Sciencs & Medicine 2007; 65:680-84

21. Heh SS, Huang H L, Ho S M, Fu Y Y, Wang L L. Efectivness of an Exercise support progaram in reducing the severity of postnatal depression in Taiwanese women. Birth 2008; 35:60-5

22. Heh SS, Fu Y Y.Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. Journal of Advanced Nursing 2003; 42:30-6

23. Webster J, Pritchard A M,Creedy D,East CA .Simplified predictive Index for the Detection of women at Risk for postnatal Depression. Birth 2003; 30:101-8

24. Brugha TS, Morrel CJ,Slade P,Walters SJ.Universal prevention of depression in Women postnatally:cluster randomized trial evidence in primary care. Psychological Medicine 2011, 41:739-48

25. Fisher JRW, Wynter KH, Rowe HJ. Innovative Psycho-educational Program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a before and after controlled study. BioMedical Central 2010; 10,432:1-15

26. Norman E, Sherburn M, Osborne R H, Galea M P.An exercise and education program improves well-being of new mothers: a randomized controlled trial. Physical Therapy 2010; 90:348-55

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.5.4]

27. Hayes BA, Muller R, Bradley BS. Prinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. Birth 2001; 28:28-35

28. Buist A, Westley D, Hill C. Antenatal prevention of postnatal depression. Archives of Women's Mental Health 1999;1:167-73

29. Stamp GE, Williams AS. Crowther CAEvaluation of antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression: a randomized, controlled trial. Birth 1995; 3:138-43

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.5.4]

ABSTRACT

The effect of an educational program on prevention of postpartum depression

Mansoureh Jamshidimanesh [1], Shahnaz Golian Tehrani [1], Agha Fatemeh Hosseini [2], Narges Shams Alizadeh[3], Forouzan Lahoni [4*]

1. Department of Health Education, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences Tehran, Tehran, Iran
2. Department of Statistics, School of Health Management & Information Sciences ,Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Psychiatry, Kordestan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
4. Tehran University of Medical Sciences Tehran, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 619-627
Accepted for publication: 3 February 2013
[EPub a head of print-4 November 2013]

Objective (s): This study was, designed to evaluate the effect of an educational program on postpartum depression among primiparous women.
Methods: This was a quasi-experimental study carried out in two urban health centers in Sanandaj, Iran. The intervention group received an educational program on postpartum depression in three sessions: 10-14 days, 6 and 8 weeks after delivery. Each session that lasted for 20 minutes. In addition, booklets were circulated to mothers for guidance. The control group (mothers) only received the routine postpartum care. Both groups completed The Edinburgh Postnatal Depression Scale 8 and 12 weeks after delivery and were compared between two groups.
Results: There was no significant difference between the two groups at baseline. However, there was a significant difference between depression scores in two groups one month after intervention (P=0.001).
Conclusion: The results showed that the educational program among primiparous mothers was effective.

Key Words: Educational program, Postpartum Depression, Prevention, primiparous

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.5.4]

* Corresponding author: Tehran University of Medical Sciences Tehran, Tehran, Iran
Tel: 08712253502
E-mail:foroozl@yahoo.com