

مقاله‌ی پژوهشی

تأثیر آموزش مهارت‌های حل مسئله بر شدت افسردگی بر حسب آزمون بک در زنان در دوره‌ی پس از زایمان

خلاصه

مقدمه: مطالعه‌ای حاضر با هدف تأثیر آموزش مهارت‌های حل مسئله بر شدت افسردگی زنان در دوره‌ی پس از زایمان انجام شد.

روش کار: این کارآزمایی بالینی طی دی ۱۳۸۸ تا خرداد ۱۳۸۹ روی ۵۴ زن در دوره‌ی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی مناطق دو و سه مشهد صورت گرفت. با داشتن معیارهای ورود به پژوهش، کسب نمره‌ی ۱۰ و بالاتر از مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ و نمره‌ی ۲۸-۱۴ از پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و تایید افسردگی توسط روان‌شناس بالینی، زنان به طور تصادفی به دو گروه آزمون (۲۶ نفر) و شاهد (۲۸ نفر) تقسیم شدند. در گروه آزمون، مهارت‌های حل مسئله طی ۶ جلسه‌ی هفتگی (هر جلسه به مدت ۵۰-۴۵ دقیقه) آموزش داده شد. در هر دو گروه، پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک مجدداً در هفته‌ی ۹ بعد از زایمان تکمیل گردید. تحلیل آماری با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و تی زوج در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۴ صورت گرفت.

یافته‌ها: شدت افسردگی بر حسب آزمون بک در ۹ هفته پس از زایمان بین دو گروه اختلاف معنی‌داری داشت ($P < 0/00001$). همچنین اختلاف میانگین شدت افسردگی بر حسب آزمون بک دو گروه، در ابتدای پژوهش و ۹ هفته پس از زایمان تفاوت معنی‌داری نشان داد ($P < 0/00001$). کاهش شدت افسردگی بر حسب آزمون بک در گروه حل مسئله ۷۷/۶ درصد و در گروه شاهد ۲۳/۵ درصد بود.

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های حل مسئله روشی موثر در کاهش شدت افسردگی پس از زایمان است. پیشنهاد می‌گردد که این روش به عنوان یکی از راهکارهای سلامت روان در مراکز بهداشتی به کار رود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، حل مسئله، دوره‌ی پس از زایمان، نشانه‌های افسردگی

معصومه کردی

مدرس گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*سعیده نصیری

کارشناسی ارشد مامایی

مرتضی مدرس غروی

استادیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران

سعید ابراهیم‌زاده

کارشناسی ارشد آمار زیستی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*مؤلف مسئول:

ایران، کاشان، نوش‌آباد، خیابان شهید

کریمی و صفایی، پلاک ۱

saeideh.nasiri@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۰/۴/۱۴

تاریخ تایید: ۹۱/۳/۲

بی‌نوشت: این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد است که پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. این کارآزمایی بالینی با کد IRCT138810152956N2 در سایت irct.ir به ثبت رسیده است. از همکاری جناب آقای کاشانی، سرکار خانم راهداری، ماماها‌ی درمانگاه‌های منتخب و شرکت‌کنندگان در پژوهش قدردانی می‌شود.

Original Article

The effect of problem solving skills training on severity of depression symptoms in postpartum period

Abstract

Introduction: Postpartum depression is a problematic and major disease, with the average prevalence of 13 percent, if not diagnosed and treated may be complicated. Problem solving skills training is one of simple treatments that could be trained in health centers. Therefore, this study was conducted to determine the effect of problem solving skills training on severity of depressive symptoms in postpartum women.

Materials and Methods: This clinical trial was performed (during Jan 2009-Jun 2010) on 54 women after delivery from health centers of 2nd and 3rd zones of Mashhad. Women who fulfilled inclusion criteria and got the score of 10 or above on Edinburgh Scale and got score of 14 to 28 on Beck Depression Inventory and their depression was confirmed by clinical psychologist, were randomly allocated to two groups of intervention (n=26) and control (n=28). In the intervention group, problem-solving skills were educated during six sessions of 45-50 minutes. In both groups, again, Beck Depression Inventory was completed in 9 weeks after delivery. Statistical analysis was done by one-way ANOVA and Kruskal-Wallis in SPSS software.

Results: The finding showed that severity of depressive symptoms are significantly different at 9 weeks postpartum between two groups ($P=0.000$). The mean difference of severity of depressive symptoms are significantly different between two groups in the beginning of research and 9 weeks after delivery ($P=0.000$). Depressive symptoms were decreased about 77.6% in problem solving skills group comparing 23.5% in control group.

Conclusion: Based on this study, problem-solving skills training is an effective method in reducing the severity of depressive symptoms. Therefore it is recommended that problem-solving skills training could be used as one of the mental health strategies in health centers.

Keywords: Depressive symptoms, Postpartum depression, Postpartum period, Problem solving

Masoumeh Kordi

Instructor of midwifery, Faculty of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical Sciences

*Saeideh Nasiri

M.Sc. in midwifery

Morteza Modarres Gharavi

Assistant professor of psychiatry, Psychiatry and Behavioral Research Center, Mashhad University of Medical Sciences

Saeed Ebrahimzadeh

M.Sc. in biostatistics, Faculty of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical Sciences

*Corresponding Author:

Number 1, Shahid Karimi and Safaee Ave, Nooshabad, Kashan, Iran

Saeideh.nasiri@yahoo.com

Received: Jul. 05, 2011

Accepted: May. 22, 2012

Acknowledgement:

This study was approved and financially supported by the vice chancellor of Mashhad University of Medical Sciences. The authors had no conflict of interest with the results. This clinical trial was registered with code IRCT138810152956N2 in www.IRCT.ir

Vancouver referencing:

Kordi M, Nasiri S, Modarres Gharavi M, Ebrahimzadeh S. The effect of problem solving skills training on severity of depression symptoms in postpartum period. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 14(3): 226-35.

مقدمه

اجتماعی و عاطفی در شیرخواران می‌شود که ممکن است تا سن ۸-۴ سالگی ادامه یابد (۹-۱۱). در دوره‌ی بعد از زایمان، ماماها و متخصصین زنان و مامایی بیشتر از افراد دیگر با مادران در ارتباط هستند و بیشتر از هر کس دیگری می‌توانند افسردگی بعد از زایمان را پیش‌بینی و پیشگیری کنند اما بیش از ۵۰ درصد موارد، این اختلال شناسایی و درمان نمی‌شود (۹).

با توجه به عوارض افسردگی بعد از زایمان و پیش‌آگهی بهتر این اختلال توسط درمان زودرس، باید شناسایی و درمان به موقع و سریع این اختلال بیشتر مد نظر قرار گیرد. از جمله روش‌های درمان این اختلال داروهای ضد افسردگی است، اگر چه منع مصرف مطلق برای استفاده از داروها وجود ندارد، سازمان غذا و دارو نظر خاصی در مورد استفاده از این داروها در طول حاملگی و بعد از زایمان نداده است (۱۲). با توجه به عوارض ناشی از دارودرمانی و پیچیدگی روش‌هایی مانند رفتاردرمانی شناختی و روان‌درمانی بین فردی، جستجو به منظور یافتن راه حل جدید و ساده‌تر که با ایجاد تاثیرات مفید، عوارض جانبی کمتری در مادر و شیرخوار ایجاد کند، ضروری به نظر می‌رسد (۱۳). یک رویکرد جایگزین برای شاغلین بهداشتی مانند پرستاران و ماماها در اداره‌ی افسردگی، درمان آموزش مهارت‌های حل مسئله است. آموزش حل مسئله، مداخله‌ی روان‌شناختی مختصری است که روی آموزش مهارت‌ها و نگرش‌های حل مسئله تمرکز دارد و هدف از آن، کاهش و پیشگیری از آسیب‌شناسی روانی و افزایش سلامتی با کمک به اشخاص در انطباق موثرتر با مسایل تنش‌زا در زندگی است. آموزش حل مسئله، روشی درمانی است که در آن فرد می‌آموزد تا از مجموعه‌ی مهارت‌های شناختی موثر خود برای کنار آمدن با موقعیت‌های بین فردی مسئله‌آفرین استفاده کند. این درمان، سبب همکاری فعال بین بیمار و درمانگر می‌شود که در آن بیمار، نقش فعال‌تری دارد (۱۴).

چندین نوع درمان حل مسئله برای افسردگی وجود دارد که شامل حل مسئله‌درمانی اجتماعی، حل مسئله برای مراقبت اولیه و خودآزمایی^۳ است. در فراتحلیل انجام شده توسط کویچپرز^۴

خطرناک‌ترین زمان برای ایجاد افسردگی زنان در طول سال‌های باروری است که هورمون‌های استروئیدی و پپتیدی در حال نوسان هستند (۱). افسردگی زنان در این سنین، رایج و پرهزینه است. تخمین زده شده است که حدود ۵۰-۳۰ میلیون دلار هزینه‌های سالیانه‌ی پزشکی صرف افسردگی می‌شود (۲). زنان در دوره‌ی بعد از زایمان به خصوص در یک ماه اول آن احتمالاً بالاترین میزان تنش را تجربه می‌کنند و بنابراین احتمال ایجاد اختلالات روانی در آنان افزایش می‌یابد (۳). انواع اختلالات روانی در بعد از زایمان شامل ۳ دسته‌ی اندوه بعد از زایمان، افسردگی بعد از زایمان و سایکوز بعد از زایمان می‌باشند (۴).

افسردگی بعد از زایمان، یک اختلال افسردگی غیر روان‌پریشی با شدت متغیر است که در ۱۰ تا ۱۵ درصد زنان در اولین سال بعد از زایمان ایجاد می‌شود. در ارتباط با شیوع آن اختلاف نظر وجود دارد زیرا پژوهشگران مختلف برای توصیف این بیماری از معیارهای متفاوتی استفاده کرده‌اند. شیوع افسردگی در کشورهای آسیایی ۳/۳-۶۳/۵ درصد گزارش شده است. در ایران در مطالعه‌ی نجفی و همکاران در رشت میزان شیوع افسردگی در دوران بعد از زایمان با استفاده از آزمون بک^۱، ۲۰ درصد و در مطالعه‌ی خدادادی با استفاده از ابزار ادینبورگ^۲، ۱۶ درصد گزارش شده است (۵،۶). علایم افسردگی بعد از زایمان مشابه افسردگی اساسی است که در زمان‌های دیگر، غیر از دوره‌ی بعد از زایمان ایجاد می‌شود (۷). علایم عمده‌ی آن شامل خلق افسرده با یا بدون اضطراب، اختلال خواب و اشتها، فقدان انرژی، احساس گناه و بی‌ارزشی، کاهش تمرکز، احساس غمگینی، کاهش عزت نفس، ناتوانی در مراقبت از نوزاد و عدم لذت از انجام فعالیت‌ها است (۸).

افسردگی بعد از زایمان می‌تواند عوارض جدی برای مادر، نوزاد و خانواده به همراه داشته باشد. این بیماری تاثیر منفی بر تکامل نوزاد دارد و باعث ایجاد مشکلات رفتاری، شناختی،

³Self-Examination⁴Cuijpers¹Beck²Edinburgh

و همکاران، نتایج نشان داد که اثرات کلی درمان به روش حل مسئله برای افسردگی در حد متوسط تا زیاد بود. در این مطالعه مشخص شد که حل مسئله در مراقبت اولیه، اثر معنی‌داری در مقایسه با شرایط کنترل روی افسردگی ندارد. اما حل مسئله اجتماعی موثرتر از مراقبت اولیه بود. در صورت همراهی هم‌زمان حل مسئله اجتماعی در مراقبت اولیه اثربخشی این روش افزایش می‌یابد (۱۵). باتلر^۱ و همکاران در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که حل مسئله جزو روش‌هایی است که فواید آن در درمان افسردگی ناشناخته است (۱۶). بر اساس مطالعه‌ی مینورس والیس^۲ و همکاران، حل مسئله به اندازه‌ی داروهای ضد افسردگی در بیماران با افسردگی خفیف در مراقبت اولیه موثر است (۱۷). در مطالعه‌ی نزو و پری^۳ نتایج نشان داد که اشخاص افسرده که حل مسئله‌ی کامل (۵ مرحله) را دریافت کرده‌اند، کاهش معنی‌داری در افسردگی نسبت به کسانی که حل مسئله بدون جهت‌یابی مسئله دریافت کرده‌اند، تجربه می‌کنند (۱۸). تزل^۴ و همکاران در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که حل مسئله در درمان شدت افسردگی بر حسب آزمون بک بعد از زایمان موثر است اما اثر آن نسبت به مراقبت پرستاری کمتر بود (۱۹). با توجه به شیوع بالای افسردگی بعد از زایمان و عوارض آن و عدم قطعیت در مورد نوع روش اجرایی حل مسئله در درمان افسردگی، پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین تاثیر آموزش مهارت‌های حل مسئله بر شدت افسردگی بر حسب آزمون بک در زنان در دوره‌ی بعد از زایمان انجام گرفت.

روش کار

این پژوهش به روش کارآزمایی بالینی با گروه شاهد از دی ماه ۱۳۸۸ تا خرداد ماه ۱۳۸۹ انجام شد که با اخذ مجوز از کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد صورت گرفت. این کارآزمایی بالینی با کد IRCT138810152956N2 در سایت IRCT.ir به ثبت رسیده است. از مناطق دو و سه شهر مشهد، مراکز بهداشتی که

دارای غربالگری هیپوتیروئیدی نوزاد بودند و جمعیت مادران مراجعه‌کننده (۲۰-۱۵ روز بعد از زایمان) به آن جا زیاد بود انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه‌ی میانگین‌ها و مطالعه‌ی مقدماتی ۵۴ نفر محاسبه شد. در صورت رضایت بیمار، فرم انتخاب واحدهای پژوهش و فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی-بارداری و بعد از زایمان توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد. در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه (زنان باسواد، در رده‌ی سنی ۳۵-۱۸ سال، نوزاد ترم، تک قلو، زنده و سالم، عدم سابقه‌ی ابتلا به بیماری طی مزم، بدون سابقه‌ی بیماری روانی از جمله افسردگی قبلی، عدم مصرف سیگار و قلیان)، ابتدا مقیاس افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ توسط مادر تکمیل می‌شد و در صورتی که زنان نمره‌ی ۱۰ یا بالاتر می‌آوردند پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک توسط آنان تکمیل می‌گشت. بعد از کسب نمره‌ی ۲۸-۱۴ و تایید افسردگی در زنان توسط روان‌شناس بالینی بر اساس چهارمین ویراست ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-IV)^۵ (حذف موارد اندوه بعد از زایمان، افسردگی ماژور، اضطراب و دیس‌تایمی) در مراکز بهداشتی مربوطه، افراد به صورت تصادفی در دو گروه حل مسئله (۲۶ نفر) و شاهد (۲۸ نفر) قرار می‌گرفتند. مداخله در گروه آموزش حل مسئله، به مدت ۶ جلسه هر هفته یک جلسه در صبح در مراکز مورد نظر برگزار می‌شد. پژوهشگر روز قبل از مداخله به واحدهای پژوهش توسط تلفن، قرار ملاقات را یادآوری می‌کرد. در گروه مهارت‌های حل مسئله، در جلسه‌ی اول که یک ساعت طول می‌کشید ۵ مهارت حل مسئله (جهت‌گیری کلی، تعریف و صورت‌بندی مسئله، ایجاد راه حل، تصمیم‌گیری، تحقیق و بررسی)، آموزش داده می‌شد و در جلسات بعدی که هر جلسه ۴۵-۵۰ دقیقه طول می‌کشید، علایم افسردگی ظاهر شده در زنان بر اساس پرسش‌نامه‌ی بک، مورد بررسی قرار گرفته و راه حل‌های مختلف توسط مادر ارایه و بهترین راه‌حل انتخاب می‌شد که تا جلسه‌ی بعدی توسط مادر اجرا می‌گردید. چک‌لیست ثبت جلسات آموزش حل مسئله در هر جلسه

¹Butler

²Mynors-Wallis

³Nezu and Perri

⁴Tezel

⁵Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV

جهت تعیین اعتبار ابزار گردآوری داده‌ها از روایی محتوا استفاده گردید. اعتبار و پایایی مقیاس افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ قبلاً توسط خدادوستان تایید شده است (۲۳). روایی آزمون افسردگی بک-۲ در تهران توسط دابسون^۲ و محمدخانی تایید شده (۲۴) و پایایی آن در این پژوهش با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ در زنان بعد از زایمان (۰/۸۲۷ =) بود. روایی و پایایی مقیاس حمایت اجتماعی نیز توسط کرکه‌آبادی تایید شده است (۲۵).

داده‌های به دست آمده از مطالعه توسط روش‌های آمار توصیفی، تی مستقل، تی زوج و ضریب همبستگی اسپیرمن با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۴ مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. نرمال بودن داده‌ها از طریق آزمون کولموگراف-اسمیرنوف^۳ ارزیابی گردید.

نتایج

نتیجه آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که نمرات مقیاس افسردگی ادینبورگ، نمرات پرسشنامه افسردگی بک-۲، نمرات مقیاس حمایت اجتماعی و عزت نفس در ابتدا و انتهای مطالعه دارای توزیع نرمال می‌باشند. نتایج آزمون آماری مجذور خی نشان داد که دو گروه از نظر حمایت شوهر، رضایت از زندگی زناشویی، حاملگی ناخواسته و جنس نوزاد تفاوت آماری معنی داری نداشتند. همچنین آزمون آماری تی مستقل نشان داد که دو گروه از نظر سن، حمایت اجتماعی، عزت نفس و نمره‌ی مقیاس افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ و پرسشنامه بک تفاوت آماری معنی داری نداشتند (جدول ۱). میانگین سنی زنان در گروه حل مسئله $25/8 \pm 4/2$ و در گروه شاهد $25/7 \pm 4/7$ سال بود.

جدول ۱- مقایسه‌ی دو گروه زنان تحت آموزش حل مسئله و

شاهد از نظر میانگین متغیرهای مداخله‌گر

متغیر	آموزش حل مسئله	شاهد	P
سن مادر	25/8±4/2	25/7±4/7	0/680
حمایت اجتماعی	8/0±4/3	8/6±3/3	0/078
عزت نفس	10/37±21/6	11/8±13/1	0/145
نمره‌ی مقیاس ادینبورگ	14/2±3/6	12/9±2/9	0/258
نمره‌ی افسردگی بک	19/2±5/3	20/0±5/8	0/512

توسط پژوهشگر برای فرد تکمیل شد. افراد گروه شاهد نیز هر هفته مراجعه کرده و چک‌لیست ثبت علائم افسردگی بعد از زایمان را با خود می‌آوردند و پی‌گیری‌های دیگر آنان مطابق با کتابچه‌ی برنامه‌ی کشوری مادری ایمن انجام می‌شد. هر دو گروه در هفته‌ی ۹ بعد از زایمان، پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، مقیاس افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ، پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، فرم اطلاعات فردی-بارداری و بعد از زایمان، مقیاس حمایت اجتماعی کاسدی، چک‌لیست ثبت علائم افسردگی و چک‌لیست ثبت جلسات حل مسئله بود.

الف- مقیاس افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ: ابزار استاندارد برای غربالگری افسردگی زنان در بعد از زایمان است. این ابزار احساسات زنان را طی یک هفته‌ی گذشته می‌سنجد و شامل ۱۰ سؤال است که هر سؤال پاسخ صفر تا ۳ را به خود اختصاص می‌دهد (۲۰).

ب- آزمون افسردگی بک-۲: دارای ۲۱ سؤال است که احساسات فرد را طی دو هفته‌ی گذشته می‌سنجد و پاسخ‌های آن بین صفر تا ۳ است. حداکثر امتیاز آن صفر و حداکثر ۶۳ است (۲۱).

ج- فرم اطلاعات فردی-بارداری، زایمان و بعد از زایمان: شامل ۳ بخش بود. ۲ بخش اول شامل ۲۰ سؤال راجع به مشخصات فردی و بارداری و زایمان اخیر (از جمله حمایت شوهر (بلی، خیر، تا حدودی)، حاملگی ناخواسته (بلی، خیر)، تعداد فرزندان، میزان رضایت از زندگی زناشویی (خیلی کم، نسبتاً کم، کم، نسبتاً زیاد، زیاد و خیلی زیاد) و ... بود که در ابتدای پژوهش تکمیل گردید و ۲ سؤال آن از طریق پرونده‌ی بیمار تکمیل شد. بخش سوم شامل ۴ سؤال راجع به اطلاعاتی از قبیل کمک در مراقبت از نوزاد، مشکلات بی‌خوابی، کار خارج از منزل و تغذیه‌ی نوزاد بود که ۹ هفته بعد از زایمان تکمیل گردید.

د- مقیاس حمایت اجتماعی کاسدی^۱: شامل ۷ سؤال است که راجع به حمایت خانواده و اطرافیان بوده و امتیازات بین صفر تا ۱۴ می‌باشد (۲۲).

²Dobson

³Kolmogrov-Smirnov

¹Kasidy Social Support Scale

جدول ۳- مقایسه‌ی سطوح مختلف افسردگی در ابتدا و انتهای

مطالعه به تفکیک دو گروه مطالعه

گروه	آموزش حل مسئله		شاهد	
	تأثیر مداخله بر حسب درصد فراوانی افراد افسرده		تأثیر زمان بر حسب درصد فراوانی افراد افسرده	
	هفته‌ی ۶ صفر	هفته‌ی ۶	هفته‌ی صفر	هفته‌ی ۶
غیر افسرده	۰	۹۶/۲	۰	۴۰/۸
خفیف	۵۷/۷	۳/۸	۶۰/۷	۳۳/۳
متوسط	۴۲/۳	۰	۳۹/۳	۲۵/۹
کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

نمره‌ی افسردگی در مقیاس افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ با شدت علائم افسردگی بک در قبل از مداخله، همبستگی معنی‌دار دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$ و $I = ۰/۴۷۱$)، به این ترتیب که با افزایش نمره‌ی افسردگی در مقیاس افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ، شدت علائم افسردگی بک نیز افزایش می‌یابد. هم‌چنین نمره‌ی مقیاس عزت نفس با شدت علائم افسردگی در ابتدای مطالعه همبستگی معنی‌دار دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$ و $I = -۰/۳۸۳$) و با کاهش نمره‌ی مقیاس عزت نفس، شدت علائم افسردگی بک افزایش می‌یابد.

بحث

به طور کلی در این پژوهش مشخص شد که آموزش مهارت‌های حل مسئله، شدت افسردگی خفیف تا متوسط را در دوره‌ی بعد از زایمان کاهش می‌دهد.

میانگین شدت علائم افسردگی بک بعد از مداخله در گروه آموزش مهارت‌های حل مسئله با گروه شاهد، اختلاف آماری معنی‌داری دارد. به طوری که شدت علائم افسردگی در گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۷۷/۶ درصد و ۲۳/۵ درصد، کاهش یافت. هم‌چنین اختلاف میانگین شدت علائم افسردگی بک، قبل و بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت. یافته‌ها نشان داد که آموزش مهارت‌های حل مسئله باعث بهبودی ۹۶/۲ درصد زنان مبتلا به افسردگی در دوره‌ی بعد از زایمان می‌شود. آموزش حل مسئله فرآیندی فعال و جهت‌دار و درمانی مناسب برای اختلالات روانی در مراکز مراقبت اولیه است. این درمان، عملکرد بیمار را بهبود بخشیده، مهارت‌هایش را افزایش می‌دهد و به بیمار کمک می‌کند تا با مسایل و مشکلاتش مقابله کند که در طی زمان، این روند به کاهش علائم

میانگین شدت افسردگی زنان در بعد از زایمان بر حسب آزمون بک در گروه حل مسئله قبل از مداخله $۱۹/۲ \pm ۵/۳$ بود که بعد از درمان به $۴/۳ \pm ۳/۵$ کاهش یافت. در گروه شاهد میانگین شدت افسردگی بر حسب آزمون بک در ابتدای مطالعه $۲۰/۰ \pm ۵/۸$ بود و بعد از اتمام مطالعه به $۱۵/۳ \pm ۶/۴$ تغییر یافت. در هفته‌ی نهم بعد از زایمان که مداخله به مدت ۶ هفته در گروه آموزش حل مسئله به اتمام رسید، نتیجه‌ی آزمون آماری تی مستقل در گروه آزمون و شاهد نشان داد که دو گروه از نظر شدت علائم افسردگی اختلاف معنی‌داری دارند ($P < ۰/۰۰۰۱$). هم‌چنین نتیجه آزمون آماری تی زوج نشان داد که نمره‌ی افسردگی بعد از مداخله نسبت به قبل از آن در گروه آزمون و شاهد، کاهش معنی‌داری دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$) (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه‌ی میانگین شدت افسردگی زنان در بعد از زایمان

در قبل و بعد از مداخله بر حسب آزمون بک در دو گروه تحت

آموزش حل مسئله و شاهد

گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	آزمون تی زوج
حل مسئله (انحراف معیار \pm میانگین)	$۱۹/۲ \pm ۵/۳$	$۴/۳ \pm ۳/۵$	$P < ۰/۰۰۰۰۱$
شاهد (انحراف معیار \pm میانگین)	$۲۰/۰ \pm ۵/۸$	$۱۵/۳ \pm ۶/۴$	$P < ۰/۰۰۰۰۱$
آزمون تی مستقل	$P = ۰/۵۱۲$	$P < ۰/۰۰۰۰۱$	

بر اساس شرط ورود به مطالعه، افراد غیر افسرده و دارای افسردگی شدید از مطالعه حذف شدند. بعد از مداخله و در طول زمان در گروه آزمون و گروه شاهد به ترتیب ۹۶/۲ درصد و ۴۰/۸ درصد افراد، بهبودی کامل علائم افسردگی را داشتند و تنها در گروه شاهد یک مورد در انتهای مطالعه (۳/۶٪) دچار افسردگی شدید گردید که به روان‌پزشک ارجاع داده شد و به علت عدم امکان تجزیه و تحلیل آماری در این مورد، با حذف آن، نتایج مقایسه‌ی وجود افسردگی در قبل و بعد از مداخله در دو گروه به شرح جدول ۳ به دست آمد. افسردگی خفیف در گروه حل مسئله از ۵۷/۱ درصد به ۳/۸ درصد و در گروه شاهد از ۶۰/۷ درصد به ۳۳/۳ درصد کاهش یافت. افسردگی متوسط در گروه آزمون به صفر رسید و در گروه شاهد از ۳۹/۳ درصد به ۲۵/۹ درصد کاهش یافت (جدول ۳).

پرسش‌نامه‌ها مراجعه می‌کردند. اقدامات مداخله‌ای نظیر حمایت، مشاوره، درک، توجه و توضیح از جانب ماما باعث بروز کمتر اضطراب و افسردگی در مادران در بعد از زایمان می‌شود (۳۰).

در مطالعه‌ی دوریک میانگین نمره‌ی افسردگی، شش ماه بعد از مداخله در هر سه گروه حل مسئله (۴۶/۳٪)، گروه درمانی (۳۶/۶٪) و گروه شاهد (۳۳/۷٪) کاهش یافت. میانگین نمره‌ی افسردگی در گروه حل مسئله بعد از مداخله نسبت به گروه شاهد اختلاف معنی‌داری داشت ($P=0/026$) اما گروه درمانی اختلاف آماری معنی‌داری با گروه شاهد نداشت. نتایج مطالعه‌ی دوریک با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد اما درصد کاهش علائم افسردگی کمتر از درصد کاهش در مطالعه‌ی حاضر است که شاید دلیل آن تکمیل مجدد پرسش‌نامه‌ی بک بعد از گذشت ۶ ماه از پایان مداخله باشد. همان طوری که بعد از گذشت ۱۲ ماه از اتمام مداخله، تفاوت معنی‌داری بین گروه حل مسئله و شاهد دیده نشد (۲۹). گرانت^۳ و همکاران در مطالعه‌ی خود در رابطه با مدت اثر آموزش حل مسئله به این نتیجه رسیدند که اگر چه آموزش حل مسئله باعث افزایش سلامت عمومی می‌شود اما قدرت اثر آن با گذشت زمان کاهش می‌یابد (۳۱). هم‌چنین در مطالعه‌ی دوریک افراد مورد مطالعه دارای انواع اختلالات خلقی از جمله افسردگی ماژور و دیس‌تیمی بودند (۲۹) که در مطالعه‌ی حاضر این افراد از بدو ورود به مطالعه از طریق مصاحبه‌ی روان‌شناس حذف می‌شدند. نتایج مطالعه‌ی تزل، در زنان در دوره‌ی بعد از زایمان با نتایج پژوهش حاضر از نظر اثر آموزش حل مسئله در کاهش علائم افسردگی متفاوت است. در مطالعه‌ی تزل، شدت علائم افسردگی بر حسب آزمون بک بعد از مداخله در گروه حل مسئله و گروه مراقبت پرستاری کاهش یافت. درصد کاهش علائم افسردگی در گروه مراقبت پرستاری ۴۱/۲ درصد و در گروه حل مسئله ۱۲/۳ درصد بود. اختلاف میانگین نمره‌ی افسردگی در گروه حل مسئله و مراقبت پرستاری در بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری داشت ($P<0/05$) به طوری که اثر مراقبت پرستاری در کاهش علائم افسردگی بیش از آموزش مهارت‌های حل مسئله بود (۱۹).

عاطفی در فرد می‌انجامد (۲۶). اما مینورس والیس^۱ در مطالعه‌ی خود آموزش حل مسئله را در بهبود علائم افسردگی در مراقبت اولیه موثر نیافت (۲۷).

در مطالعه‌ی کهرازه‌ی و دوریک^۲ و همکاران مشخص شد که آموزش حل مسئله در کاهش علائم افسردگی موثر است که با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی دارد (۲۸، ۲۹).

در مطالعه‌ی کهرازه‌ی بر اساس پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک روی دانش‌آموزان، دو گروه تحت آموزش مهارت‌های حل مسئله و شاهد از نظر میانگین نمره‌ی افسردگی بعد از مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری داشتند ($P=0/001$). علائم افسردگی در گروه حل مسئله ۳۹/۲ درصد کاهش یافت و بر عکس نمره‌ی افسردگی در گروه شاهد ۳/۸ درصد افزایش یافت. هم‌چنین در این مطالعه، بر اساس آزمون تی، اختلاف میانگین نمره‌ی افسردگی در دو گروه حل مسئله و شاهد تفاوت معنی‌داری داشت ($P=0/001$). در پژوهش حاضر نیز اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه تحت آموزش حل مسئله و شاهد وجود دارد اما تغییرات درصد کاهش افسردگی بیشتر است. در مطالعه‌ی کهرازه‌ی، حل مسئله به صورت ۳ بار در هفته به مدت ۱۱ هفته در دانش‌آموزان با نمره‌ی افسردگی ۱۷ و بالاتر (افسردگی متوسط و شدید) برگزار می‌شد اما در مطالعه‌ی حاضر جلسات طی ۶ هفته، هر هفته یک بار در زنان با نمره‌ی افسردگی ۲۸-۱۴ اجرا می‌گردید. بیشتر مطالعات، حل مسئله را در درمان افسردگی خفیف تا متوسط، موثر دانسته‌اند (۲۸) و در مطالعه‌ی حاضر نیز افراد دارای افسردگی خفیف تا متوسط وارد مطالعه شدند.

در پژوهش حاضر، در گروه شاهد هم علائم افسردگی کاهش یافت شاید به این دلیل که افسردگی بعد از زایمان معمولاً به طور خود به خود در عرض ۶-۲ ماه تخفیف می‌یابد. هم‌چنین گروه شاهد مانند گروه‌های مداخله هر هفته به مراکز مراجعه نموده و به سئوالات آنان راجع به مسایل شیردهی و سایر موارد پاسخ داده می‌شد اما در مطالعه‌ی کهرازه‌ی افراد گروه شاهد بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌ها در ابتدای مطالعه، یک ماه بعد برای تکمیل مجدد

^۱Mynors-Wallis^۲Dowrick^۳Grant

نمره‌ی افسردگی بک نیز افزایش می‌یابد، در حالی که نمره‌ی مقیاس عزت نفس، رابطه‌ی معکوسی با شدت علائم افسردگی در بعد از زایمان دارد. در رابطه با مکانیسم اثر عزت نفس پایین روی افسردگی، براون^۲ در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسید که عزت نفس پایین، حمایت اجتماعی را کاهش می‌دهد که در طول زمان‌های بحرانی و با وجود پدیده‌های تنش‌زای زندگی، خطر افسردگی افزایش می‌یابد (۳۳).

از جمله محدودیت‌های مطالعه، تفاوت‌های فردی و شخصیتی افراد بود که روی شدت افسردگی بر حسب آزمون بک اثر می‌گذارد. هم‌چنین محدودیت زمانی برای اجرای این پژوهش در دوران حاملگی وجود داشت. به این دلیل که مواردی از افسردگی ممکن است بعد از سه ماه در دوره‌ی بعد از زایمان اتفاق افتد، پیشنهاد می‌شود مطالعه در زمان طولانی‌تری در دوره‌ی بعد از زایمان انجام شود و زنان مورد مطالعه، یک تا دو ماه بعد از اتمام مداخله نیز مجدداً توسط آزمون افسردگی بک پی‌گیری شوند تا مدت اثر مداخله مشخص شود. هم‌چنین انجام مطالعه‌ی حاضر به صورت دو سو کور امکان‌پذیر نبود زیرا شخص پژوهشگر مسئول آموزش و پی‌گیری زنان بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه و شیوع بالای افسردگی و این که حل مسئله در بهبود شدت افسردگی بر حسب آزمون بک به میزان زیادی نقش دارد، لذا پیشنهاد می‌شود این روش ساده و با قابلیت اجرا توسط ماما در مراکز بهداشتی درمانی، جزو برنامه‌های مراقبتی زنان گنجانده شود تا به این وسیله گامی در جهت کاهش علائم افسردگی و افزایش سلامت روان برداشته شود.

دلیل تفاوت نتایج با پژوهش حاضر را شاید بتوان روش اجرای حل مسئله در دو مطالعه دانست. چنان که در مطالعه‌ی تزل، هر یک از مهارت‌های حل مسئله در ۶ جلسه‌ی جداگانه در منزل بررسی می‌شد. در حالی که در پژوهش حاضر در مرکز بهداشت در جلسه‌ی اول مهارت‌ها آموزش داده و در جلسات بعدی ۵ مهارت با هم به کار گرفته می‌شد.

نتیجه‌ی مطالعه‌ی هگل^۱ در رابطه با چگونگی اجرای جلسات حل مسئله در بهبود علائم افسردگی، روی افراد ۱۸ سال به بالا دارای افسردگی خفیف و دیس‌تایمی نشان داد که مدل درمانی مطلوب برای آموزش حل مسئله این است که بیماران بتوانند به سرعت مهارت‌های حل مسئله را در زندگی واقعی به کار ببرند. برای اجرای حل مسئله در مراقبت اولیه (به دلیل وجود نیروی انسانی اندک و نبود زمان کافی برای رسیدگی کامل به بیماران)، باید حداقل طی هر جلسه، یک مشکل بررسی و حل شود. در مورد آموزش حل مسئله در مراقبت اولیه، به جای اجرای هر مرحله در یک جلسه، باید تمام مراحل برای هر مشکل در هر جلسه به اجرا درآیند. قبل از استفاده از مهارت‌های حل مسئله در جلسات درمانی، مهارت‌ها در جلسه‌ی اول معرفی شوند و در جلسات بعدی تقویت گردند. در این مطالعه هم‌چنین مشخص شد که آموزش حل مسئله، درمان موثر و عملی برای افسردگی ماژور، خفیف و اختلال خلقی در مراکز مراقبت اولیه و مراکز اجتماعی است (۳۲).

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که نمره‌ی مقیاس افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ و عزت نفس با شدت علائم افسردگی بک در قبل از مداخله، رابطه‌ی معنی‌داری دارند. به طوری که با افزایش نمره‌ی مقیاس افسردگی بعد از زایمان ادینبورگ،

² Brown

¹ Hegel

References

1. Grinspun D. Interventions for postpartum depression. Nursing best practice guideline. Canada: Registered Nurses' Association of Ontario; 2005: 20-41.
2. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: Importance, methods, barriers, and recommendations for practice. J Am Board Fam Med 2007; 20: 280-8.
3. Robertson E, Grace SH, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry 2004; 26(3): 289-95.

4. Karkun S, Halbreich U. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 2006; 91: 97-111.
5. Khodadady N, Mahmoudi H, Mirhagh Joo N. [Depression associated with maternal psychosocial complications after delivery]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2008; 8(2): 142-8. (Persian)
6. Najafi K, Avokh F, Nazifi F, Sabrkonandeh S. [The prevalence of postpartum depression in Al-Zahra Hospital in Rasht]. *Journal of medical faculty of Gilan University of Medical Sciences* 2004; 15(59): 97-105. (Persian)
7. Kaplan H, Sadock B. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003: 526.
8. Groer MW, Morgan K. Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. *Psychoneuroendocrinology* 2007; 32: 133-9.
9. Mantle F. The role of alternative medicine in treating postnatal depression. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2002; 8(4): 197-203.
10. Tashakori A, Shanesaz A, Rezapour A. [Assessment of some potential risk factors of postpartum depression]. *Pak J Med Sci* 2009; 25(2): 261-4.
11. Dolatian M, Puladi M, Alavi Majd H, Yazdjerdi M. [Relationship between type of delivery with postpartum depression]. *Reproduction and infertility journal* 2006: 260-8. (Persian)
12. Jane Morrell C. Review of interventions to prevent or treat postnatal depression. *Clin Eff Nurs* 2006; 9(2): 135-61.
13. Lowdermilk D. *Maternity and women's health care*. 8th ed. USA: Mosby; 2004: 122-5.
14. Mynors-Wallis LM. Problem-solving treatment in general psychiatric practice. *APT* 2001; 7: 417-25.
15. Cuijpers P, Straten AV, Warmerd L. Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 9-15.
16. Butler R, Hatcher S, Price J, Korff MV. Depression in adults: Psychological treatments and care pathways. *Clin Evid* 2007; 8: 10-6.
17. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000; 320: 26-30.
18. Nezu AM, Nezu CM, Perri MG. *Problem-solving therapy for depression: therapy, research and clinical guidelines*. New York: Wiley; 1989: 111.
19. Tezel A, Gozum S. Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in postpartum women. *Patient Educ Couns* 2006; 63: 64-73.
20. Cuijpers P, Bra`nnmark JG, Straten AV. Psychological Treatment of Postpartum Depression: A Meta-Analysis. *J Clin Psychol* 2008; 64(1):103- 18
21. Rushidi WM, Awang A, Herman I, Nazar Mohamed M. Analysis of the psychometric properties of the Malay version of Beck Depression Inventory II (BDI-II) among postpartum women in Kedah, North West of Peninsular Malaysia. *Malaysian Journal of Medical Sciences* 2004 Jul; 11(2): 19-25
22. Cassidy T. Problem- solving style, stress & psychological illness. *Br J Clin Psychol* 1996 May;35 (Pt 2): 265-77
23. Khodadoostan M. [Surveying the factors relative to postpartum depression]. MS. Dissertation. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences, College of nursing and midwifery, 1998: 55. (Persian)
24. Dobson E, Mohamadkhani P. Psychometric coordinates Beck depression inventory-2 in patients with major depressive disorder in partial remission periods. *Rehabilitation* 2007; 29: 82-8.
25. Karkeabadi M. [The competitive surveying of depression in works women and housewives in Mashhad]. MS. Dissertation. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences, College of nursing and midwifery, 1998: 82. (Persian)
26. Lucassen P, Costa J, Franke L, Mynors-Wallis LM, Weel-Baumgarten A. Problem solving treatment (PST) for emotional problems in primary care. *Cochrane Database of Syst Rev* 2005; (4): 1-10.
27. Mynors-Wallis LM. Problem solving treatment for major depression in primary care. *BMJ* 1995; 310: 12-66.

28. Kahrazhy F, Azadfalsh P, Allahyari AA. [Efficacy of problem solving skills training to reduce depression in students]. Journal of psychology 2003; 7(2): 127-42. (Persian)
29. Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL, Steffen O. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. BMJ 2000; 321: 14- 50.
30. Elliott SA. Psychological strategies in the prevention and treatment of postnatal depression. Baillieres Clin Obstet Gynaecol 1989; 3(4): 879-903.
31. Grant JS, Elliott TR, Weaver M, Glandon GL, Raper JL, Giger JN. Social support, social problem-solving abilities, and adjustment of family caregivers of stroke survivors. Arch Phys Med Rehabil 2006; 87(3): 343-50.
32. Hegel M, Barrett K, Cornell J. Predictors of response to problem-solving treatment of depression in primary care. Behav Ther 2002; 33: 511-27.
33. Brown GW, Bifulco A, Veiel HO, Andrews B. Self-esteem and depression: II social correlates of self-esteem. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1990; 25: 222-34.

