

اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر اضطراب، افسردگی پس از زایمان و وزن هنگام تولد نوزادان در مادران نخست‌زا

احمد احمدی^۱، سایه سادات موسوی صاحب‌الزمانی^۲، فرح قوامی^۳، یعقوب شفیع‌ی فرد^۴، علی فتحی آشتیانی^۵

نویسنده‌ی مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، مرکز تحقیقات علوم رفتاری Ahmady457@ut.ac.ir

دریافت: ۹۲/۰۸/۰۴ پذیرش: ۹۳/۰۴/۰۴

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب و افسردگی پس از زایمان شرایط مضر است که نه تنها مادران باردار بلکه نوزادان آنان را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در کاهش مشکلات مذکور در مادران در معرض خطر و افزایش وزن تولد نوزادان آنها اجرا شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل است. پس از ارزیابی ۵۳۴ مادر باردار، ۱۳۵ مادر در معرض خطر که میزان افسردگی آنها بالاتر از نقطه برش آزمون افسردگی بک (۱۳ > نمره) بود شناسایی و سپس به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل اختصاص یافتند. به گروه مداخله برنامه مداخله روانشناختی متشکل از ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری و آموزش بارداری ارائه شد و گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. جهت تعیین تأثیر برنامه مداخله با استفاده از آزمون اضطراب بک، افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و آزمون افسردگی بک شدت اضطراب و علایم افسردگی ثبت شد. میزان اثر برنامه مداخله‌ای بر وزن نوزاد تازه متولد شده نیز سنجیده شد.

یافته‌ها: مقایسه داده‌های جمعیت شناختی بین دو گروه حاکی از همسانی گروه‌ها است. کاهش اضطراب و افسردگی در گروه مداخله ($p < 0.05$) تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی را نشان داد، ولی در حیطه افزایش وزن تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از اثربخشی ارائه خدمات روان‌شناختی جهت کاهش مشکلات خلقی و اضطرابی پس از زایمان است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، افسردگی پس از زایمان، اضطراب، وزن هنگام تولد، ایران

مقدمه

از زنان پس از زایمان، مشکلات خلقی را تجربه می‌کنند. از جمله این مشکلات گرفتگی خلق پس از زایمان است که شیوع آن ۲۶ تا ۸۴ درصد برآورد شده است (۶). یکی دیگر از مشکلات خلقی مادران پس از تولد، افسردگی پس از زایمان است که شیوع آن ۱۰ تا ۱۵ درصد گزارش شده است (۷). در یکی از جدیدترین یافته‌های پژوهشی، در بررسی فرا تحلیل انجام شده در ایران با جمع‌بندی شواهد حاصل از ۴۱ مطالعه، شیوع اختلال افسردگی پس از زایمان در ایران ۲۵ درصد برآورد شده است (۸). این میزان در بارداری‌های ناخواسته تا

بارداری، زایمان و مادر شدن از مهمترین وقایع زندگی زنان است (۱). این اتفاقات خصوصاً تأثیر زیادی بر عزت نفس مادران (۲)، احساس و نگرش مثبت به کودک (۳) و سازگاری بهتر با نقش مادر بودن می‌گذارد. افزون بر این، بارداری و زایمان‌های آینده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که حوادث و استرس‌های مرتبط با دوران بارداری، به گونه‌ای است که می‌تواند شروع‌کننده اختلالات روان‌شناختی و مشکلات خلقی باشد (۵). بسیاری

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) تهران

۲- کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۳- کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران

۴- دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

۵- دکترای روان‌شناسی بالینی، استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) تهران

۴۳ درصد و در مادران با سابقه افسردگی تا ۴۵ درصد افزایش نشان می‌دهد (۸).

شایان ذکر است که مشکلات هیجانی از جمله اضطراب با شیوع ۵۴ درصد و افسردگی با شیوع ۳۷ درصد در دوران بارداری شیوع بالایی را نشان می‌دهند (۵). در این رابطه، پژوهشگران شیوع قابل توجه این شرایط را پس از زایمان گزارش کرده‌اند. به گونه‌ای که یافته‌ها نشان می‌دهد ۱۳ درصد از ۸۳۲۳ مادر شرکت کننده در پژوهش، در مقاطع زمانی هشت هفته پس از زایمان و همچنین هشت ماه پس از این دوران علائم بالینی اضطراب را گزارش کرده‌اند. از این تعداد دو سوم افراد، علائم اضطراب را در حین بارداری نیز تجربه کرده بودند (۹). تغییرات عاطفی این دوران می‌تواند در دامنه‌ای از خوشحالی شدید تا غمگینی بسیار قرار گیرد (۶). جمع‌بندی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که برنامه‌ها و اقدامات درمانی محدودی جهت پیشگیری و کاهش مشکلات خلقی پس از زایمان پیشنهاد استفاده شده است (۱۰).

یکی از این اقدامات، استفاده از دارو درمانی است. در چند دهه اخیر داده‌های مبنی بر بی‌خطر بودن داروهای ضد افسردگی ارائه شده است (۱۱). ولی خطرات این داروها در حین و قبل از بارداری نامشخص است (۱۲). به خصوص اینکه پیامدهای طولانی مدت این داروها بر اختلالات رفتاری ناشناخته است (۱۳). همچنین به طور معمول، پزشکان در زمان بارداری استفاده از داروهای ضد اضطراب و افسردگی را توصیه نمی‌کنند و بیماران نیز به دلیل ترس از اثرات سوء دارو تمایل به استفاده از آن در زمان بارداری ندارند. شواهد تجربی در این زمینه نشان می‌دهد که بیماران در زمان بارداری، درمان‌های روان‌شناختی را بر درمان‌های دارویی ترجیح می‌دهند (۱۴). در این رابطه، برخی پژوهشگران گزارش کرده‌اند که بیماران استفاده از دارو را به دلیل عوارضی که تجربه می‌کنند ادامه نمی‌دهند و حتی در عده‌ای از این افراد به رغم استفاده از دارو نشانه‌های اضطراب و افسردگی عود می‌کند (۱۵). این در حالی است که یافته‌های تجربی نشان می‌دهد، درمان شناختی رفتاری با توجه به ویژگی‌هایی که

دارد از جمله برنامه محور بودن (Manual-based)، مبتنی بر شواهد تجربی بودن و داشتن اهداف مشخص و قابل اندازه‌گیری، از کارآمدترین روش‌های درمانی برای کاهش مشکلات خلقی پس از زایمان محسوب می‌شود (۱۶). افزون بر این، بررسی شواهد تجربی نیز نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری را می‌توان به عنوان یکی از موفق‌ترین رویکردهای درمانی در کوتاه مدت هم به لحاظ پیشگیری و هم به لحاظ نقش کاهش دهنده علائم افسردگی در مادران باردار استفاده کرد (۱۷).

اضطراب و افسردگی مادر، در دوران بارداری و قبل از زایمان یکی از مهمترین عوامل خطر برای بروز مشکلات خلقی پس از زایمان است (۱۸). اضطراب و افسردگی دوران بارداری نه تنها شرایط خلقی مادر پس از زایمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد بلکه بر وزن هنگام تولد نوزاد نیز اثر می‌گذارد. به گونه‌ای که پژوهش‌های انجام شده در رابطه با سبب شناسی کم‌وزنی نوزادان در هنگام تولد، بر رابطه بین حالات خلقی منفی مادر در دوران بارداری به خصوص اضطراب، استرس و افسردگی با وزن کم هنگام تولد نوزاد تأکید می‌کند (۱۹). یافته‌های پژوهشی، شیوع وزن کم هنگام تولد را در ایران حدود ۷ درصد برآورد نموده و روند رو به افزایش آن را طی سال‌های ۱۹۹۱ تا ۲۰۱۰ گزارش کرده است (۲۰). بروز مشکلات عصبی و تکاملی، تأخیرهای شناختی، هیجانی، رفتاری، مشکلات تحصیلی و بیماری‌های مختلف از جمله سوء تغذیه، بیماری‌های عفونی، قلبی، اختلالات تنفسی و متابولیکی با فراوانی بیشتری در این گروه از کودکان دیده می‌شود (۲۱). به طور کلی می‌توان وزن کم هنگام تولد را یکی از دلایل اصلی دخیل در مرگ و میر و بیماری‌های دوره نوزادی و کودکی دانست (۲۱). شواهد تجربی مربوط به ایران، حدود ۴۰ درصد از مرگ نوزادان کشور را به وزن کم هنگام تولد نسبت می‌دهد (۲۲). یافته‌های موجود نشان می‌دهد که والدین نوزادان کم‌وزن حالات خلقی منفی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس فراوانی را تحمل می‌کنند و فقدان دانش و عدم آگاهی در این باره مشکل آنان را دو

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود، که طی سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۲ در بخش زنان و زایمان بیمارستان علوم پزشکی بقیه‌الله و نجمیه تهران انجام شد. شایان ذکر است که اجرای پژوهش به صورت یک سوکور انجام شده است. جامعه مورد نظر در این پژوهش، شامل مادران باردار نخست‌زایی بودند که در سه ماهه آخر بارداری خود علایم افسردگی را نشان می‌دادند. پس از غربالگری ۵۳۴ نفر از مراجعه کنندگان به بخش زنان و زایمان بیمارستان علوم پزشکی بقیه‌الله و نجمیه تهران، ۱۳۵ نفر را که نمرات آنها در آزمون افسردگی بک بالاتر از نقطه برش آزمون (۱۳ > نمره) بود شناسایی و وارد پژوهش شدند. افزون بر این، وجود سایر ملاک‌های پژوهش از جمله دامنه سنی ۱۸-۳۲ سال، بارداری اول، تک قلو بودن، عدم وجود مشکلات بارداری، تحت درمان قرار نداشتن به دلیل اختلالات افسردگی و اضطراب جهت ورود به تحقیق الزامی بود. همچنین با توجه به اینکه برنامه مداخله‌ای به صورت مجازی و از طریق آموزش فیلم برداری شده و کتابچه همراه با انجام تمرین‌های هفتگی طراحی شده توسط تیم چند رشته‌ای متشکل از حیطه‌های مرتبط بود، داشتن سواد خواندن و نوشتن نیز یکی از ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر بود.

حجم نمونه بر اساس پیشینه پژوهشی و مطالعات مشابه (۲۶) ۲۰۸ نفر برای دو گروه تعیین شد که از این تعداد، ۱۳۵ نفر تا پایان پژوهش مشارکت کردند. پس از انتصاب تصادفی شرکت کنندگان نهایی پژوهش، تعداد (۶۴) نفر به گروه مداخله و (۷۱) نفر به گروه کنترل اختصاص داده شد (نمودار ۱). با توجه به اینکه ۱۳۵ نفر از مجموع ۲۰۸ مادری که در ابتدا برای ورود به پژوهش انتخاب شدند تا مراحل پایانی پژوهش را ادامه دادند، میزان ریزش در این پژوهش حدود ۳۵ درصد برآورد می‌شود. بررسی پیشینه پژوهش، میزان ریزش بالایی را

چندان می‌سازد (۲۳). افزون بر این، نوزادان مادران دارای اختلالات خلقی به احتمال بیشتری در فرآیند تحول خود مشکلات شناختی، روانی، اجتماعی و رفتاری نشان می‌دهند (۲۴). یکی از نگرانی‌های اصلی برای افراد مبتلا به اختلالات خلقی عدم توانایی آنها در انجام وظایفشان از جمله نقش والدگری، تغذیه کودک و ایجاد ارتباط با فرزند و شوهر خود است. تحلیل پیامدهای منفی اضطراب و افسردگی پس از زایمان بر رضایت از زندگی مادر، عملکرد خانواده و سلامت جسمی و روانی کودک نیاز به طراحی و ارائه مداخلات روان شناختی جهت کاهش این مشکلات را برجسته می‌سازد (۲۵). جمع‌بندی یافته‌های مذکور نشان می‌دهد که مشکلات خلقی از جمله اضطراب و افسردگی دوران بارداری در هر دو پدیده وزن کم هنگام تولد و افسردگی پس از زایمان مشترک است. به عبارت دیگر، داده‌های موجود بیانگر دور باطلی است که در آن افسردگی و اضطراب دوران بارداری به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم در بروز پدیده‌های کم وزنی نوزاد و افسردگی پس از زایمان نقش ایفا می‌کنند و در مقابل، تولد نوزاد کم وزن نیز به نوبه خود منجر به ایجاد اضطراب و افسردگی والدین می‌گردد.

با توجه به پیامدهای منفی مشکلات خلقی پس از زایمان، سازمان بهداشت جهانی غربالگری و آموزش مادران باردار در معرض خطر برای ابتلاء به افسردگی پس از زایمان را توصیه و مورد تأکید قرار داده است. به رغم چنین تأکیدی، برنامه‌های درمانی استاندارد اندکی در این زمینه وجود دارد (۲۵). با توجه به اهمیت پیامدهای افسردگی پس از زایمان و وزن کم هنگام تولد برای نوزاد، مادر و به طور کلی سلامت جامعه از یک سو و کمبود شواهد تجربی از سوی دیگر، پژوهش حاضر در صدد بررسی تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر کاهش اضطراب و افسردگی پس از زایمان و همچنین تعیین اثر بخشی این مداخلات بر افزایش وزن هنگام تولد نوزادان مادران در معرض خطر بود.

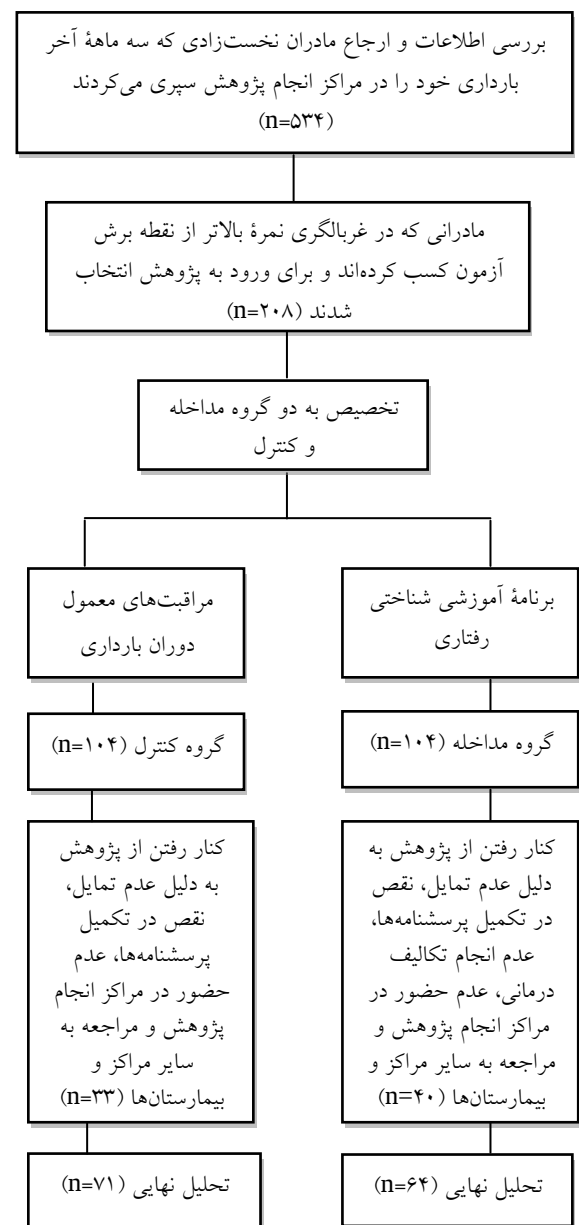
در پژوهش‌های ارائه شده در دوران بارداری نشان می‌دهد. برای مثال پژوهشگران گزارش می‌کنند که از ۱۰۳۱ شرکت‌کننده دارای اختلال افسردگی حدود ۵۴ درصد برنامه درمانی خود را ادامه دادند (۲۷). در این رابطه، اوستین (Austin) و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر پیشگیری از افسردگی پس از زایمان ریزش ۵۲ درصدی را گزارش کرده‌اند (۲۸).

شدت افسردگی و اضطراب مادران در مرحله خط پایه در هفته بیستم بارداری، قبل از ارائه برنامه مداخله‌ای و سپس در دو هفته پس از زایمان سنجیده شد. جهت سنجش میزان اضطراب شرکت‌کنندگان، از پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory) استفاده شد. این پرسشنامه ۲۱ سوالی در مقیاس لیکرتی شدت اضطراب افراد را در چهار درجه اصلاً، خفیف، متوسط و شدید مورد سنجش قرار می‌دهد (۲۹). شواهد روان‌سنجی این آزمون در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است. این آزمون ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبولی شامل روایی (۰/۷۲)، پایایی (۰/۸۳) و ثبات درونی (۰/۹۲) برخوردار است (۳۰).

اختلال افسردگی پس از زایمان شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، با استفاده از مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ (Edinburgh Postnatal Depression Scale) مشخص شد. مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، توسط محققان بسیاری در شناسایی افراد در معرض خطر برای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان و یا تعیین شدت این اختلال قبل از ارائه برنامه مداخله‌ای استفاده شده است (۲۶، ۳۱).

این پرسشنامه ۱۰ سوالی حالات روان‌شناختی مادر را بررسی و سوال‌های آن در مقیاس لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌کند و کسب نمره ۱۳ یا بالاتر به عنوان اختلال افسردگی پس از زایمان محسوب می‌شود (۳۲). ویژگی‌های روانسنجی این آزمون در پژوهش‌های خارج و داخل کشور تأیید شده است (۳۲). پژوهشگران اعتبار نسخه فارسی آزمون مذکور را از طریق بازآزمایی (۰/۸) و آلفای کرونباخ (۰/۷۷) و حساسیت آن را ۹۵/۳ و اختصاصی بودن ۸۷/۹ درصد گزارش کرده‌اند (۳۳). شایان ذکر است که در پژوهش حاضر از این مقیاس در کنار پرسشنامه افسردگی بک جهت تعیین شدت افسردگی شرکت‌کنندگان پیش از انجام زایمان استفاده شده است.

مقیاس افسردگی بک (Beck Depression Inventory)، دارای ۲۱ سوال است هر سوال از ۴ عبارت تشکیل شده است که هر سوال بیان‌کننده احساسات و حالتی از فرد است. پژوهش‌های مختلفی ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون را



نمودار ۱: فلوجارت نمونه‌گیری و انجام پژوهش

مورد تأیید قرار داده‌اند. از جمله پایایی ۰/۷۸، همسانی درونی ۰/۸۶ و روایی ۰/۷۳ برای آن گزارش شده است. اعتبار آزمون از طریق آلفای کرونباخ نیز ۰/۹۶ گزارش شده است (۳۴).

افزون بر این وزن نوزادان تازه متولد شده بین دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. همچنین جهت تعیین وضعیت دو گروه مداخله و کنترل در میزان رضایت زناشویی از آزمون رضایت زناشویی انریچ (Enrich Marital Satisfaction) استفاده شد. این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت پنج گزینه‌ای شامل بسیار مخالف تا بسیار موافق نمره‌گذاری می‌شود که به هر گزینه آن از یک تا پنج امتیاز داده می‌شود. پژوهشگران پایایی آزمون به روش بازآزمایی را بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ و قدرت تمیز آن را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (۳۵).

با استقرار در بخش زنان و زایمان مراکز انجام پژوهش و شناسایی افراد آسیب پذیر برای بروز اختلال افسردگی پس از زایمان از طریق غربالگری اولیه، نمونه احتمالی شناسایی شد. افراد به صورت تصادفی و بر حسب شماره شناسایی به هر یک از دو گروه مداخله یا کنترل اختصاص داده شدند. افزودنی است که در این پژوهش، تلاش شد تا با انتخاب عادلانه شرکت کنندگان، رضایت آگاهانه، حفظ حریم خصوصی و رازداری، برآورد نسبت خطر- فایده و عدم اجبار و الزام جهت حضور در پژوهش اصول اخلاقی رعایت شود. در این پژوهش به گروه مداخله برنامه درمان روان شناختی همراه با مراقبت‌های معمول بخش شامل انجام آزمایش‌های لازم و توصیه‌های مربوط به نتایج این آزمایش‌ها، آموزش‌هایی درباره تغییرات آناتومیک، شکایات شایع بارداری، تمرین کششی و تنفس ارائه شد و گروه کنترل تنها مراقبت‌های معمول در بخش را دریافت کردند. این برنامه متشکل از ۸ جلسه ۴۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای بود که طی حدود ده هفته در بیمارستان توسط تیم پژوهش اجرا شد. برنامه در دو محور الف) آموزش‌های بارداری شامل توقعات واقع‌گرایانه از نقش والدگری، تغییرات جسمانی و روانی دوران بارداری برای مادر و نوزاد و مراحل رشد بهنجار ب) تکنیک‌های رفتاری

شناختی شامل آموزش علایم افسردگی و اضطراب، نحوه کنترل اضطراب، راهبردهای مقابله با افسردگی، نقش افکار منفی و رابطه با آن با احساسات، مهارت حل مسئله، پایش خلق و بهبود خلق افسرده، آموزش آرمیدگی و آموزش سبک‌های ارتباطی مثبت از طریق آموزش مجازی با کتابچه و آموزش فیلم‌برداری شده به مادران گروه مداخله ارائه شد. پس از هر جلسه، سوالات و مشکلات احتمالی در انجام تکالیف به صورت حضوری بر طرف می‌شد. با توجه به این نکته که اثربخشی درمان شناختی رفتاری تا حدود زیادی وابسته به انجام و تکرار تمرین‌های آموزش داده شده می‌باشد پس از تکمیل داده‌های پس از آزمون، از شرکت‌کنندگان پژوهش خواسته شد تا میزان انجام تکالیف و تمرین‌های ارائه شده در برنامه مداخله‌ای را مشخص کنند. به عبارت دیگر از آنها خواسته شد تا با مشخص کردن عددی بین ۲۵، ۵۰، ۷۵ و ۱۰۰ به این سوال پاسخ دهند که چند درصد از تکالیف هفتگی را به طور مستمر انجام و به چند درصد از مهارت‌های ارائه شده تسلط یافته‌اند. یافته‌های به دست آمده از ۴۵ نفری که به این سوال پاسخ دادند میانگین ۶۲ درصد را نشان می‌دهد.

کلیه داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ در سطح آمار توصیفی شامل فراوانی و میانگین و در سطح استنباطی تفاوت گروه‌ها قبل و پس از ارائه مداخله با استفاده از آزمون t وابسته و همچنین پس از محاسبه نمرات اختلافی تفاوت گروه‌ها از نظر متغیرهای وابسته از طریق تحلیل واریانس بررسی شد.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان پژوهش از طریق آمار توصیفی گزارش و تفاوت گروه‌ها در این متغیرها از طریق آزمون خی دو بررسی شد. افزون بر این، سن مادران و میزان رضایت زناشویی آنها از طریق آزمون تی مستقل بررسی و در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون آماری	سطح معنی داری
	(انحراف استاندارد) میانگین		(انحراف استاندارد) میانگین			
سن	۲۵(۳/۵۸)		۲۶(۳/۸۲)		$t=1/39$	۰/۸۹۱
رضایت زناشویی	۹۶/۸۳(۲۵/۰۴)		۱۰۰/۳۸(۲۷/۰۳)		$t=۰/۷۹$	۰/۴۳۱
تحصیلات	فرآوانی (درصد)		فرآوانی (درصد)		$\chi^2=۶/۵۷$	۰/۱۶۰
	سیکل	۶(۹/۴)	۱۲(۱۶/۹)			
	دیپلم	۲۱(۳۲/۸)	۳۲(۴۵/۱)			
	فوق دیپلم	۱۰(۱۵/۶)	۸(۱۱/۳)			
	لیسانس	۲۳(۳۵/۹)	۱۸(۲۵/۴)			
	فوق لیسانس	۴(۶/۲)	۱(۱/۴)			
نوع زایمان	سزارین	۴۷(۷۳/۴)		$\chi^2=۰/۰۳$	۰/۸۷	
	طبیعی	۱۷(۲۶/۶)				
وضعیت شغلی	شاغل	۱۳(۲۰/۳)		$\chi^2=۰/۲۶$	۰/۶۱	
	خانه دار	۵۱(۷۹/۷)				

میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان دو گروه در حیطه مشکلات خلقی و اضطرابی بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از برنامه مداخله‌ای در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به انتصاب تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌های مداخله و کنترل، در متغیرهای جمعیت شناختی از نظر سن، رضایت زناشویی، میزان تحصیلات، نوع زایمان و شغل تفاوت معنی‌دار مشاهده نمی‌شود ($p>0/05$) و گروه‌ها همسان هستند. شایان ذکر است که داده‌های توصیفی شامل

جدول ۲: توزیع شرکت‌کنندگان براساس گروه‌های مداخله، کنترل، میانگین و انحراف معیار نمره

متغیرهای وابسته قبل و بعد از برنامه مداخله

گروه	متغیر	زمان		آزمون آماری	سطح معنی‌داری
		قبل از مداخله	بعد از مداخله		
مداخله	اضطراب بک	۲۳/۳۱(۱۲/۱۸)	۱۶/۶۴(۸/۳۳)	$t=7/37$	۰/۰۰۱*
	افسردگی پس از زایمان	۱۷/۰۳(۶/۷۱)	۱۳/۳۰(۵/۶۳)	$t=6/82$	۰/۰۰۱*
	افسردگی بک	۲۱/۱۷(۱۰/۹۲)	۱۴/۸۶(۵/۹۵)	$t=6/32$	۰/۰۰۱*
کنترل	اضطراب بک	۱۷/۷۷(۷/۹۷)	۱۴/۵۵(۶/۱۴)	$t=4/13$	۰/۰۰۱*
	افسردگی پس از زایمان	۱۳/۵۲(۵/۸۱)	۱۲/۴۸(۵/۰۱)	$t=1/92$	۰/۰۰۶*
	افسردگی بک	۱۶/۹۲(۴/۹۲)	۱۶/۱۳(۵/۶۳)	$t=1/51$	۰/۱۳۵*

*معنی‌دار در سطح ۰/۰۰۵

معنی داری مشاهده نمی شود ($p > 0/05$). بررسی میانگین ها در پیش آزمون و پس آزمون برای هر دو گروه نشان می دهد که کاهش میانگین اضطراب برای هر دو گروه مداخله (۶ نمره) و گروه کنترل (۳ نمره) رخ داده است ولی این کاهش برای گروه مداخله به صورت معنی داری بیشتر است.

با استناد به مقدار آزمون t ($p < 0/05$) در دو متغیر اضطراب و افسردگی در قبل و پس از برنامه مداخله ای برای گروه مداخله می توان تفاوت معنی دار گزارش کرد. همان طور که مشاهده می شود شدت علائم این اختلال ها متأثر از برنامه مداخله ای کاهش یافته است. در حالی که برای گروه کنترل، در نمرات افسردگی قبل و بعد از برنامه مداخله ای تغییر

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس نمرات اختلافی پیش آزمون- پس آزمون برای مقایسه متغیرهای وابسته بین دو گروه

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب سهمی اتا	ضریب اتا
اضطراب بک	بین گروهی	۳۳۹/۸۲	۱	۳۳۹/۸۲	۸/۴۰	۰/۰۰۴*	۰/۰۶	۰/۸۲
	درون گروهی	۶۳۱۶/۵۰	۱۳۳	۴۷/۴۹				
افسردگی پس از زایمان ادینبرگ	بین گروهی	۲۴۳/۹۴	۱	۲۴۳/۹۴	۱۲/۱۷	۰/۰۰۱*	۰/۰۸	۰/۹۳
	درون گروهی	۲۶۶۵/۳۵	۱۳۳	۲۰/۰۴				
افسردگی بک	بین گروهی	۱۰۲۷/۰۱	۱	۱۰۲۷/۰۱	۲۵/۴۵	۰/۰۰۱*	۰/۱۶	۰/۹۹
	درون گروهی	۵۳۶۵/۵۸	۱۳۳	۴۰/۳۴				

*معنی دار در سطح ۰/۰۰۵

نوزادان در دو گروه وجود ندارد و این متغیر تفاوت معنی داری را به لحاظ آماری بین دو گروه نشان نمی دهد (جدول ۴). مقایسه میانگین ها نشان می دهد که اگرچه میانگین نمرات شرکت کنندگان گروه مداخله در قیاس با گروه کنترل بالاتر است ولی این تفاوت اندک و به لحاظ آماری معنی دار نمی باشد.

مطابق جدول ۳ تحلیل واریانس و بررسی ضرایب اتا بیانگر تفاوت ($p < 0/05$) گروه ها در متغیرهای تحت بررسی است. بررسی تفاوت وزن هنگام تولد در دو گروه مداخله و کنترل، با استناد به مقدار آزمون t ($t = 0/91$ و $p = 0/362$) که در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار نمی باشد، می توان گفت که با اطمینان ۰/۹۵ تفاوتی در نمرات مربوط به وزن هنگام تولد

جدول ۴: نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین وزن هنگام تولد نوزادان گروه مداخله و کنترل

گروه ها	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
گروه مداخله	۳۳۲۲	۴۴۸/۹۵۰	۰/۹۱	۱۰۰	۰/۳۶۲
گروه کنترل	۳۲۴۳	۴۲۲/۹۴۳			

بحث و نتیجه گیری

پیش آزمون به صورت معنی داری کاهش یافته است. با این وجود، تأثیر معنی داری بر وزن نوزاد مشاهده نشد. بررسی نمرات آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبرگ در گروه مداخله نشان می دهد که ۵۷ درصد شرکت کنندگان گروه مداخله نمره ۱۳ و کمتر به دست آورده اند. به عبارت دیگر برنامه مداخله ای تا حدودی توانسته است از بروز افسردگی پس از زایمان پیشگیری کند. چنین نتیجه ای با

هدف این پژوهش بررسی تأثیر مداخله روان شناختی بر پیشگیری و کاهش افسردگی و اضطراب پس از زایمان مادران در معرض خطر بود. همچنین اثربخشی این مداخله بر وزن هنگام تولد نوزاد نیز مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که شدت افسردگی و اضطراب شرکت کنندگان در گروه مداخله در پس آزمون در مقایسه با

یافته‌های لئیس (Leis) و همکاران (۲۰۱۴) همخوان است. این پژوهشگران با ارائه برنامه شناختی رفتاری در دوران بارداری و با هدف پیشگیری از افسردگی پس از زایمان به دنبال افزایش خلق شرکت کنندگان، شرکت در فعالیت‌های لذت بخش، مقابله با افکار منفی و حمایت اجتماعی زایمان بودند (۳۶). در این رابطه چو (Cho) و همکاران (۲۰۰۸) نیز هم‌راستا با یافته‌های این پژوهش شواهدی را در زمینه تأثیر پیشگیرانه درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی پس از زایمان گزارش کرده‌اند (۳۷). افزون بر این، مشاهده اندازه اثرهای بالا برای برنامه مداخله‌ای در کاهش نمرات پرسشنامه‌های افسردگی بک و اضطراب بک در این پژوهش یافته‌های پژوهشگران قبلی (۲۶، ۳۱، ۳۸) را تکرار و حمایت بیشتری را از مداخلات روان‌شناختی بر کاهش مشکلات خلقی پس از زایمان فراهم می‌کند.

در تبیین نتایج حاصل می‌توان به نقش چند عامل زیر اشاره کرد. نخست اینکه با غربالگری انجام شده قبل از ارائه برنامه مداخله، افراد مبتلا به اختلالات بالینی شدید و تحت درمان از پژوهش کنار گذاشته شده‌اند. بنابراین احتمال پاسخ به برنامه مداخله‌ای افزایش یافت. دوم، برنامه مداخله‌ای استاندارد و مبتنی بر راهنما (Manual-based) توسط تیم چند رشته‌ای طراحی و ارائه شد. سومین عامل در تبیین این یافته‌ها را می‌توان ناشی از شناسایی و مداخله زود هنگام برای مادران در معرض خطر دانست. بدیهی است که افراد با افسردگی خفیف‌تر و در مراحل اولیه مشکلات خلقی از انگیزه و انرژی بیشتری برای مقابله با این شرایط برخوردار هستند.

زیر بنای نظری درمان شناختی رفتاری، تأکید می‌کند که این خود حوادث نیست که منجر به تجربه حالات خلقی مختلف می‌شود بلکه تعبیری و تفسیری که از حوادث و وقایع می‌شود، هیجان‌های مختلف را ایجاد می‌کند (۳۹). آموزش شرکت کنندگان درباره اختلالات خلقی، چگونگی ایجاد و تأثیرش بر سلامت مادر و جنین در برنامه مداخله‌ای ممکن است منجر به کاهش نمرات افسردگی و اضطراب در پس

آزمون شده باشد. چنین نتیجه‌گیری با یافته‌های سایر پژوهش‌ها هم‌راستا است (۳۹، ۳۶).

افکار منفی، مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله ضعیف و عدم حمایت اجتماعی از عوامل زمینه ساز بروز مشکلات خلقی است (۱۸). در حالی که درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر شناسایی و به چالش کشیدن افکار منفی، افزایش مهارت‌های حل مسئله و ارتباطی به افراد برای تغییر شرایط خود کمک می‌کند (۳۹). یکی از عناصر اصلی مداخلات روان‌شناختی در این پژوهش، ارتقاء مهارت‌های ارتباطی و جستجوی حمایت اجتماعی بود. در این برنامه شرکت‌کنندگان برقراری روابط مثبت و شریک کردن همسر و دیگران در عواطف خود و راه‌های ارتقاء خلق را آموزش دیدند. کسب و استفاده از این مهارت‌ها می‌تواند افسردگی و اضطراب شرکت کنندگان گروه مداخله را کاهش دهد. در این رابطه، پیش‌تر پژوهشگران شواهد تجربی در رابطه با تأثیر مثبت برنامه آموزش شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب را گزارش کرده بودند که با نتایج این پژوهش همخوان است (۲۶، ۳۱، ۴۰). در مقابل شواهد ارائه شده از سوی میسری (Misri) و همکاران (۲۰۰۴) در تضاد با یافته‌های پژوهش حاضر، گزارش کرده‌اند که مداخلات روان‌شناختی در کاهش اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان گروه مداخله تأثیر معنی‌دار نداشته است (۴۱). در توضیح تفاوت موجود بین این گزارش با یافته‌های حاصل از این پژوهش باید به تفاوت در نحوه ارائه برنامه مداخله‌ای توجه کرد. در آن پژوهش گروه مداخله درمان شناختی رفتاری و دارو درمانی را با هم دریافت کرده بودند و در گروه دیگر تنها از خدمات دارو درمانی استفاده شده بود. افسردگی و اضطراب در هر دو گروه کاهش یافته بود ولی تفاوتی بین ارائه دارو درمانی همراه با درمان شناختی رفتاری و ارائه دارو درمانی به تنهایی مشاهده نشده بود.

از دیگر یافته‌های این پژوهش می‌توان به قابل اجرا بودن (Feasibility) و پذیرفته شدن (Acceptability) مداخلات روان‌شناختی برای مقابله با مشکلات خلقی مادران باردار

شرکت کنندگان اثر گذاشته باشد. از این رو، پیشنهاد می‌شود که سنجش و ارزیابی شرکت کنندگان توسط افرادی به غیر از گروه ارائه کننده برنامه مداخله‌ای انجام شود تا شرکت کنندگان گروه مداخله و کنترل در شرایط برابری مورد آزمون قرار گیرند و با انجام مرحله پیگیری پایداری اثرات مداخلات روان شناختی بر خلق مادران باردار مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مجاز انجام این پژوهش از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله تهران کسب و با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد. طرح پژوهش در کمیته پژوهش و کمیته اخلاق بیمارستان بقیه‌الله به شماره ۲۲/۳۴۰ مورد تصویب قرار گرفته است. همچنین به شماره IRCT2014040617134N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسیده است. در پایان نویسندگان این مقاله نهایت تشکر و قدردانی خود را به مادرانی تقدیم می‌نمایند که در فرآیند این پژوهش ما را همراهی نمودند. همچنین از پرسنل مرکز تحقیقات علوم رفتاری بیمارستان بقیه‌الله و بخش زنان و زایمان بیمارستان‌های نجمیه و بقیه‌الله به خصوص سرکار خانم حیدری که ما را یاری و مقدمات انجام پژوهش حاضر را فراهم کردند کمال سپاسگزاری را داریم. در پایان از همکاری ارزشمند سرکار خانم سمیرا مطیعی، زینب علی مددی و آقای علیرضا صدقی طارمی که در خلال مراحل پژوهش ما یاری رساندند و بدون همکاری این عزیزان انجام این پژوهش مقدور نبود تشکر و بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را به آنان تقدیم می‌داریم.

اشاره کرد. مقایسه نرخ ریزش شرکت کنندگان پژوهش حاضر (۳۵ درصد) با سایر پژوهش‌ها با بیش از ۵۰ درصد ریزش (۲۷،۲۸)، بیانگر قابل اجرا بودن و پذیرفته شدن این گونه مداخلات است و از یافته‌های پژوهش‌های قبلی حمایت می‌کند (۴۱). در این پژوهش، تأثیر مداخلات روان شناختی بر افزایش وزن نوزادان هنگام تولد مادران باردار معنی‌دار نبود و مقایسه میانگین وزن نوزادان متولد شده در دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. این نتیجه با یافته‌های گزارش شده از سوی برخی پژوهشگران از جمله ون هوس (Van Hus) در تضاد است (۴۲). بخشی از این تضاد به نحوه و زمان ارائه برنامه مداخله‌ای بر می‌گردد که در پژوهش مذکور پس از تولد نوزاد، برنامه مداخله‌ای ارائه شده بود. می‌توان با استناد به نقش عوامل مختلف از جمله استعداد ژنتیکی، حالات روانی مادر حین بارداری، مسائل بهداشتی و تغذیه، سن و وضعیت بدنی مادر، رفتارهای پر خطر مانند مصرف سیگار و الکل، بارداری‌های ناخواسته، حمایت اجتماعی درک شده و فاصله بین تولد فرزندان، عدم افزایش وزن نوزادان گروه مداخله را تبیین کرد. نقش و تأثیر این متغیرها در پژوهش حاضر سنجیده و مشخص نشده است و هر کدام از این موارد می‌تواند در ایجاد نتیجه مذکور نقش داشته باشد.

پژوهش حاضر، دارای برخی محدودیت‌ها است که باید هنگام تفسیر نتایج در نظر داشت. نخستین محدودیت ناشی از عدم اجرای مرحله پیگیری شرکت کنندگان و بررسی پایداری اثرات برنامه مداخله‌ای است. همچنین، با توجه به اینکه اعضای تیم پژوهشی در بخش زنان و زایمان بیمارستان مستقر بودند، مدت زمان طولانی‌تری را با شرکت کنندگان گروه مداخله سپری کرده‌اند. در حالی که برای گروه کنترل این گونه نبوده است. ممکن است این موضوع بر عملکرد

منابع

- 1-Wardrop AA, Popadiuk NE. Women's Experiences with Postpartum Anxiety: Expectations, Relationships, and Sociocultural Influences. Qualitative Report. 2013; 18(3): 1-24.
- 2-Oweis A, Abushaikh L. Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience. Int J Nurs Pract. 2004; 10(6): 264-71.

- 3-Ekström A, Nissen E. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics*. 2006; 118(2): 309-14.
- 4-Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004; 46(2): 212-19.
- 5-Lee AM, Lam SK, Lau SMSM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gyneco*. 2007; 110(5): 1102-12.
- 6-O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28(1): 3-12.
- 7-Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001; 50(5): 275-85.
- 8-Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Rezaeian S. Trends of Postpartum Depression in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depress Res Treat*. 2013; 2013: 1-8.
- 9-Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004; 80(1): 65-73.
- 10-Howard LM, Hoffbrand S, Henshaw C, Boath L, Bradley E. Antidepressant prevention of postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 2(1): 1-14.
- 11-Wisner KL, Gelenberg AJ, Leonard H, Zarin D, Frank E. Pharmacologic treatment of depression during pregnancy. *Jama*. 1999; 282(13): 1264-9.
- 12-Cohen L, Nonacs R, Viguera A, Reminick A. Diagnosis and treatment of depression during pregnancy. *CNS spectrums*. 2004; 9(3): 209-16.
- 13-Bonari L, Bennett H, Einarson A, Koren G. Risks of untreated depression during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2004; 50(1): 37-9.
- 14-Ericksen J, Condon J, Bilszta J, et al. Recognition and management of perinatal depression in general practice: a survey of GPs and postnatal women. *Aust Fam Physician*. 2005; 34(9): 787-90.
- 15-Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Jama*. 2006; 295(5): 499-07.
- 16-McGinn LK, Sanderson WC. What allows cognitive behavioral therapy to be brief: Overview, efficacy, and crucial factors facilitating brief treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2001; 8(1): 23-37.
- 17-Stuart S, Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28(1): 61-70.
- 18-Robertson E, Celasun N, Stewart DE. Risk factor for postpartum depression. In: Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Wallington T, editors. *Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network; 2003: 25-30.
- 19-Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 115(6): 481-6.

- 20-Roudbari M, Yaghmaei M, Soheili M. Prevalence and risk factors of low-birth-weight infants in Zahedan, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health*. 2007; 13(4): 838-45.
- 21-Viengsakhone L, Yoshida Y, Sakamoto J. Factors affecting low birth weight at four central hospitals in Vientiane, Lao PDR. *Nagoya J Med Sci*. 2010; 72(1-2): 51-8.
- 22-Maddah M, Karandish M, Mohammadpour-Ahramjani B, Neyestani T, Vafa R, Rashidi A. Social factors and pregnancy weight gain in relation to infant birth weight: a study in public health centers in Rasht, Iran. *Eur J Clin Nutr*. 2005; 59(10): 1208-12.
- 23-Pinelli J. Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. *Neonatal Netw*. 2000; 19(6): 27-37.
- 24-Grace SL, Evindar A, Stewart D. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health*. 2003; 6(4): 263-74.
- 25-Clark R, Tluczek A, Wenzel A. Psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report. *Am J Orthopsychiatry*. 2003; 73(4): 441-54.
- 26-Mao HJ, Li HJ, Chiu H, Chan WC, Chen SL. Effectiveness of Antenatal Emotional Self-Management Training Program in Prevention of Postnatal Depression in Chinese Women. *Perspect Psychiatr Care*. 2012; 48(4): 218-24.
- 27-Åkerblad A-C, Bengtsson F, Ekselius L, von Knorring L. Effects of an educational compliance enhancement programme and therapeutic drug monitoring on treatment adherence in depressed patients managed by general practitioners. *Int Clin Psychopharmacol*. 2003; 18(6): 347-54.
- 28-Austin M-P, Frilingos M, Lumley J, et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *J Affect Disord*. 2008; 105(1): 35-44.
- 29-Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56(6): 893.
- 30-Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *J Anxiety Disord*. 1991; 5(3): 213-23.
- 31-Burns A, O'Mahen H, Baxter H, et al. A pilot randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for antenatal depression. *BMC psychiatry*. 2013; 13(1): 33-45.
- 32-Adouard F, Glangeaud-Freudenthal N, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health*. 2005; 8(2): 89-95.
- 33-Mazhari S, Nakhaee N. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in an Iranian sample. *Arch Womens Ment Health*. 2007; 10(6): 293-97.
- 34-Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4(6): 561-71.

- 35-Pouyamanesh HA, Mazaheri MA, Delavar A. Efficacy of face to face and internet-applied methods of cognitive-behavioral group counseling based on Ellis's theory in increasing marital satisfaction. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2008; 6(2): 89-97.
- 36-Leis JA, Solomon BS, Wasserman KE, et al. Preventing Postpartum Depression in a Pediatric Primary Care Clinic A Pilot Study. *Clin Pediatr*. 2014. pii: 0009922814536775. [Epub ahead of print]
- 37-Cho HJ, Kwon JH, Lee JJ. Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: a pilot study. *Yonsei Med J*. 2008; 49(4): 553-62.
- 38-Zlotnick C, Capezza NM, Parker D. An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: a pilot study. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14(1): 55-65.
- 39-Hou Y, Hu P, Zhang Y, et al. Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014; 36(1): 47-52.
- 40-Hayes BA, Muller R, Bradley BS. Perinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. *Birth*. 2001; 28(1): 28-35.
- 41-Misri S, Reebye P, Corral M, Mills L. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2004; 69(5): 1236-41.
- 42-Van Hus JW, Jeukens-Visser M, Koldewijn K, et al. Sustained Developmental Effects of the Infant Behavioral Assessment and Intervention Program in Very Low Birth Weight Infants at 5.5 Years Corrected Age. *J Pediatr*. 2013; 162(6): 1112-19.

Effects of Psychological Interventions on Postpartum Depression, Anxiety and Infants' Weight in Primipara Women

Ahmadi A¹, Moosavi sahib alzamani S², Ghavami F³, Shafi fard y⁴, Fathi Ashtiani A⁵

¹PhD. student. Dept. of Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²MSc. Dept. of midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

³MSc. Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabatabaai University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴PhD. Student. Dept. of Health Psychology, Faculty of Psychology and Education, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵PhD. Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Dept. of Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: Ahmady457@ut.ac.ir

Received: 26 Oct 2013 **Accepted:** 25 Jun 2014

Background and Objectives: Anxiety and postpartum depression are devastating conditions that affect both pregnant women and their infants. The current study aimed to evaluate effect of psychological interventions on postpartum depression, anxiety and infants' weight in primipara women referred to Baghiatallah and Najmijeh hospitals in 2013.

Materials and Methods: In this randomized controlled trial, out of 534 pregnant women who were in their last trimester of pregnancy, 135 at risk women were selected. The participants were randomly assigned to the experimental or control groups. The intervention program composed of eight educational and cognitive-behavioral sessions. Individuals in the control group received usual care. The symptoms of anxiety and depression were assessed using the Beck Anxiety Inventory, the Edinburgh Postpartum Depression Scale and the Beck Depression Inventory. Infants' birth weights were also measured.

Results: There were no significant differences between the two groups regarding baseline measurements. The anxiety and depressive symptoms scores were reduced significantly in the intervention group ($p < 0.05$). There were no changes in the mean of birth weight in both groups after the intervention.

Conclusion: Findings suggested that psychological interventions could reduce symptoms of emotional problems in postpartum period.

Key words: *cognitive behavioral therapy, postpartum depression, anxiety, birth weight, Iran*

Please cite this article as follows:

Ahmadi A, Moosavi sahib alzamani S, Ghavami F, Shafi far y, Fathi Ashtiani A. Effects of Psychological Interventions on Postpartum Depression, Anxiety and Infants' Weight in Primipara Women. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2014; 4(1): 19-31.
