



نشریه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۶، شماره ۹۳، زمستان ۱۳۹۵، صفحات ۵۷ تا ۶۷
تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۶ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۲۵

فرا تحلیل اثربخشی مداخلات روان شناختی بر افسردگی پس از زایمان در ایران با توجه به نقش تعدیلی شیوه درمان

حمیدرضا عریضی^۱، مهناز زارعی^{۲*}

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲. (*نویسنده مسئول) دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
پست الکترونیک: (m.zareai86@yahoo.com)

چکیده

زمینه و هدف:

تولد یک کودک می تواند باعث به هم ریختگی قوی احساسات مادر از قبیل، هیجان، لذت و حتی ترس شود؛ اما می تواند باعث چیزی که مادر انتظارش را ندارد هم بشود و آن افسردگی پس از زایمان است. هدف پژوهش حاضر عبارت از فرا تحلیل پژوهش های انجام شده پیرامون اثربخشی مداخلات روان شناختی بر افسردگی پس از زایمان در ایران با توجه به نقش تعدیلی شیوه درمان بود.

مواد و روش ها:

در این مرور نظام مند و فرا تحلیل ۱۴ پژوهش که دارای ویژگی ها و اطلاعات لازم بودند انتخاب و فرا تحلیلی در مورد آنها انجام گرفت. ابزار پژوهش عبارت از چک لیست فرا تحلیل بود. محاسبات با استفاده از هر سه روش هانتر و اشمیت، هر جس و اولکین و رونتال و رابین انجام گرفت.

یافته ها:

نتایج این فرا تحلیل نشان داد که اندازه اثر مداخلات انجام شده بر افسردگی پس از زایمان ۰/۵۶۲ بود.

نتیجه گیری:

بر اساس فرا تحلیل حاضر نتیجه گیری می شود که میزان اندازه اثر مداخلاتی که مبتنی بر تلاش و انگیزه شرکت کنندگان بودند از مداخلاتی که شرکت کنندگان در آن از تلاش و انگیزه کمتری برخوردار بودند، بیشتر است. بر مبنای یافته های پژوهش، توصیه های کاربردی برای کاهش افسردگی پس از زایمان انجام شده است. مهم ترین نکته این است که درمان های روان شناختی تأثیر بالاتری نسبت به آموزش دوران بارداری در مادران دارد.

واژه های کلیدی:

افسردگی پس از زایمان؛ مداخلات روان شناختی؛ فرا تحلیل

مقدمه

بارداری، زایمان و مادر شدن از مهم ترین وقایع زندگی زنان هستند (Wardrop and Popadiuk, 2013). این اتفاقات خصوصاً تأثیر زیادی بر مادران، احساس و نگرش نسبت به کودک (Ekström and Nissen, 2006) و سازگاری بهتر با نقش مادر بودن می گذارند. افزون بر این، بارداری و زایمان های آینده را نیز تحت تأثیر قرار می دهند (Goodman, et al., 2004). رشد و تحول رابطه بین مادر و کودک یکی از مهم ترین فرایندهای روان شناختی متعاقب تولد نوزاد است و اختلال در این فرایند می تواند پیامدهای درازمدتی برای کودک داشته باشد (Brockington, 2004). یافته های پژوهشی نشان می دهد که حوادث و استرس های مرتبط با دوران بارداری، به گونه ای است که می تواند شروع کننده اختلالات روان شناختی و مشکلات خلقی^۱ باشد (Lee, et al., 2007). مشکلات خلقی از جمله اضطراب و افسردگی، مخصوصاً اختلال افسردگی پس از زایمان^۲ از شایع ترین اختلالات روان شناختی است که در دوران بارداری و پس از آن بروز می کند (Brockington, 2004).

افسردگی پس از زایمان عبارت است از افسردگی عمده و وجود هم زمان پنج مورد از علائم بر هم خوردن نظم جسمانی و مشخصه افسردگی که حداقل یکی از آن ها خلق افسرده یا کاهش علاقه و لذت در فعالیت ها باشد. این علائم حداقل باید به مدت ۲ هفته تداوم داشته باشد و حداکثر ظرف ۴ هفته پس از زایمان آغاز گردد (Tannous, et al., 2008). تغییرات عاطفی این دوران می تواند در دامنه ای از خوشحالی شدید تا غمگینی بسیار قرار گیرد (O'Hara and Wisner, 2014).

افسردگی پس از زایمان، در تمام جوامع و فرهنگ ها مشاهده می شود (Goldbort, 2006). شیوع این اختلال در فرهنگ ها و کشورهای مختلف ۱۰ تا ۲۰ درصد گزارش شده است (Halbreich and Karkun, 2006, Brockington, 2004). در ایران نیز، شیوع این شرایط از ۲۰ تا ۳۲ درصد برآورد شده است (Shobeyri, et al., 2007). این میزان در بارداری های ناخواسته تا ۴۳ درصد و در مادران با سابقه افسردگی تا ۴۵ درصد افزایش نشان می دهد (Veisani, et al., 2013).

حاملگی و دوره پس از آن، با تغییرات روان شناختی و فیزیولوژیک بسیار مهمی همراه است که گاهی منجر به تغییرات پاتولوژیک و بروز اختلالات روانی می گردد. اختلالات روانی پس از زایمان، از جمله افسردگی پس از زایمان که

بی خوابی شدید، بی ثباتی خلق و احساس خستگی از علائم شایع آن است، در صورت بروز، مشکلاتی را برای مادر، نوزاد و سایر افراد خانواده ایجاد می کند. چنین وضعیتی ممکن است بر میزان دل بستگی مادر و نوزاد و سایر روابط خانوادگی تأثیر گذاشته (Sadock, et al., 2007, Perfetti, et al., 2004) و حتی تهدیدی برای امنیت و سلامت مادر، نوزاد و سایر فرزندان باشد و باورهای هذیانی و فکری خودکشی و دیگر کنشی (نسبت به نوزاد) پدید آید (Sadock, et al., 2007). این اختلال اثرات سوئی بر روابط مرتبط با همسر و کودک دارد و رشد و خصوصاً تکامل شیرخوار را به طور زیان باری تحت تأثیر قرار می دهد (Póo, et al., 2008). یکی از نگرانی های اصلی برای افراد مبتلا به این اختلال، عدم توانایی آن ها در انجام وظایفشان از جمله نقش والدی، تغذیه کودک و ایجاد ارتباط با فرزند و همسر خود است. مادران افسرده احساس مسئولیت و پاسخگویی کمتری در قبال نوزاد داشته و در تعامل با نوزاد دچار مشکلات پیچیده ای می شوند (Posmontier, 2008). پژوهش ها، از نقش متغیرهای روان شناختی شامل مشکلات زناشویی و عدم رضایت زناشویی، احساس تنهایی^۳، حوادث استرس آور زندگی و فقدان حمایت اجتماعی در بروز افسردگی پس از زایمان حمایت می کنند (Robertson, et al., 2005, Dennis and Creedy, 2005).

درمان افسردگی پس از زایمان ترکیبی از روان درمانی، حمایت اجتماعی و دارودرمانی است. محدودیت خوردن دارو به دلیل اثر بر کودکان (Steiner, et al., 2000) نیز یکی از عوامل توجه به درمان های غیردارویی است. روان درمانی سنتی در افسردگی پس از زایمان هم به صورت واحد و هم با داروی ضدافسردگی نتایج مشابهی در کاهش علائم افسردگی و اضطراب به تنهایی یا باهم دارد (Gjerdingen, 2003).

در ایران، تاکنون پژوهش های مختلف، نشانگر این بوده است که انواع مداخلات روان شناختی، بر کاهش افسردگی پس از زایمان مؤثر بوده اند، اما از یک سو میزان دقیق اندازه اثر این مداخلات و نقش متغیرهای تعدیلی مشخص نیست و از سوی دیگر، هنوز این موضوع، مورد سؤال است که در پژوهش های انجام شده، کدام نوع مداخلات را می توان مؤثرترین مداخلات بر کاهش افسردگی پس از زایمان در نظر گرفت؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، فراتحلیل تحقیقات انجام شده پیرامون اثربخشی

1. Mood disorders
2. postpartum depression

مداخلات روان‌شناختی بر افسردگی پس از زایمان در ایران با توجه به نقش تعدیلی شیوه درمان است.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش، به‌منظور تحقق هدف پژوهشی، از روش فراتحلیل^۱، استفاده شده است. مفهوم فراتحلیل را اولین بار در سال ۱۹۷۶ گلاس^۲ مطرح کرد (Seipp, 1991). فراتحلیل، یک اصطلاح کلی برای توصیف فنون آماری است که به پژوهشگر، امکان می‌دهد الگوی یافته‌های حاصل از انواع مطالعات منتشر شده و نشده را در مورد یک پرسش پژوهشی خاص، تحلیل کند (Howitt and Cramer, 2005).

فرا تحلیل حاضر، به بررسی میزان اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر افسردگی پس از زایمان در ایران با توجه به نقش تعدیلی شیوه درمان در محدوده سال‌های ۱۳۹۴ - ۱۳۸۵ پرداخته است. جامعه آماری این پژوهش، مقالات چاپ شده در مجلات علمی- پژوهشی معتبر کشور و نیز پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد بود که از لحاظ روش‌شناختی، شرایط لازم را دارا بودند. ملاک‌های ورود به این مطالعه نداشتن سابقه نازایی یا سقط مکرر، عدم استفاده از داروهای غیرمرتبط با دوران بارداری، عدم سابقه ابتلا به بیماری طبی مزمن و عدم سابقه بیماری روانی از جمله افسردگی قبلی است. ملاک‌های خروج از مطالعه، نداشتن تمایل افراد برای شرکت در کلاس‌های آموزشی یا مداخلات درمانی، داشتن جنین ناهنجار در گذشته و حاملگی فعلی و موارد منجر به بستری است. از میان پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، ۱۴ پژوهش که از ویژگی‌های لازم جهت درون‌گنجی در فراتحلیل، برخوردار بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. شایان ذکر است که در این پژوهش منظور از مداخلات روان‌شناختی کلیه مداخلات رفتاری، شناختی - رفتاری و مداخلات آموزشی را شامل می‌شد.

در ابتدا پس از انتخاب مطالعات واجد شرایط، آن‌ها بر اساس تقدم زمانی کدگذاری شدند تا فرایند فراتحلیل تسهیل شود. چک‌لیست فراتحلیل که به‌منظور انتخاب پژوهش‌ها و پایان‌نامه‌های مناسب با فراتحلیل حاضر و استخراج اطلاعات مناسب، از آن استفاده شد شامل عنوان تحقیق، نام محقق، سال انتشار، مداخلات، حجم نمونه، ابزار پژوهش، آماره، سطح معنی‌داری و اندازه اثر بود.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش‌ها نیز به‌عنوان یکی از معیارهای انتخاب موردنظر بوده است. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بودند.

فرا تحلیل حاضر، طی شش گام ۱- تعریف متغیرهای موردنظر ۲- جستجوی پایگاه‌ها و منابع اطلاعاتی ۳- گردآوری گزارش‌های پژوهشی ۴- محاسبه حجم اثر برای هر پژوهش ۵- ترکیب کردن حجم اثرهای مجموع پژوهش‌های مورد بررسی ۶- تعیین میزان معنی‌داری مطالعات ترکیب یافته (Farahani and Oreizi, 2005) انجام شد.

مقاله‌های فراتحلیل توسط هر دو پژوهشگر مطالعه شده و محاسبات هم توسط هر دو به طور مجزا انجام شد. بررسی صلاحیت مقاله‌ها برای گنجاندن در فراتحلیل هم با فهرست واری فراتحلیل (Farahani and Oreizi, 2005) توسط ۵ داور انجام شد و ضریب توافق بین داوران از طریق تاوکندال ۰/۹۳ و بسیار بالا بود. مقاله‌های ناقص با مراجعه مستقیم به نویسندگان مقاله کامل شد و آن در شرایطی بود که آماره‌های توزیع گزارش نشده بود. محاسبات با سه روش (Hedges and Olkin, 1985)، (Hunter and Schmidt, 1990) و (Rosenthal, 1984) انجام شد. با توجه به اینکه عامل فرهنگی اثر زیادی در افسردگی پس از زایمان دارد (مثلاً در ایران مسئله حمایت اجتماعی همسر یا حمایت از نقش مادری متفاوت از تحقیقات خارجی است) تنها از پژوهش‌های داخلی کشور استفاده شده است. برای بررسی مقالاتی که کیفیت گنجاندن در فراتحلیل را دارند از فلوچارتی استفاده شد که (Sokol, et al., 2013) آن برای انتخاب نمونه‌هایی که در فراتحلیل باید گنجانیده شوند استفاده کرده بودند که شامل چهار مرحله ۱- شناسایی^۳ ۲- غربال‌گری^۴ ۳- ارزیابی برای گنجاندن در فراتحلیل^۵ و ۴- شمول^۶ بود.

نتایج

در مرحله اول همه پژوهش‌ها شامل ۱۹ مقاله انتخاب شد. در مرحله دوم یک مقاله که ثبت مجدد داده‌های تحقیق قبلی بود از فراتحلیل کنار گذاشته شد. در مرحله سوم به یکی از دلایل سنجش نادرست، داده‌های ناکافی و طرح پژوهش نادرست ۴ تحقیق دیگر کنار گذاشته شد و در پایان ۱۴ تحقیق در فراتحلیل وارد شدند.

3. Identification
4. Screening
5. Eligibility
6. Included

1. Meta- analysis
2. Glass

جدول ۱. مشخصات پژوهش‌های انتخاب شده برای فراتحلیل

ردیف	عنوان تحقیق	رویکرد مداخله‌ای	ابزار
۱	مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، آموزش دوران بارداری با مراقبت‌های روتین بر پیشگیری از افسردگی در بارداری و افسردگی بعد از زایمان (Asadi Sadeghi Azar, et al., 2015)	درمان شناختی- رفتاری (در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و آموزش دوران بارداری با کمک اسلاید، مولاژ و پوستر درباره رشد و نمو جنین، تغییرات جسمانی در دوران بارداری و روش‌های کاهش درد زایمان (در هفت جلسه)	پرسشنامه افسردگی بک
۲	تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان مادران باردار مراجع کننده به مرکز بهداشتی درمانی (Mousavinejad, et al., 2015)	آموزش مهارت‌های شناختی و آشنایی با خطاهای شناختی و مقابله با آن (در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای)	پرسشنامه افسردگی بک
۳	مداخله زودهنگام جهت کاهش افسردگی پس از زایمان و افزایش عزت‌نفس و رضایت زناشویی مادران باردار (Ahmadi, et al., 2014)	تکنیک‌های شناختی- رفتاری (در ۸ جلسه ۶۰-۴۰ دقیقه‌ای)	پرسشنامه افسردگی بک- افسردگی پس از زایمان ادینبورگ- رضایت زناشویی انریچ- عزت‌نفس کوپر
۴	اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر اضطراب- افسردگی پس از زایمان و وزن هنگام تولد نوزادان در مادران نخست زایمان (Ahmadi, et al., 2014)	تکنیک‌های شناختی- رفتاری (در ۸ جلسه ۶۰-۴۰ دقیقه‌ای)	پرسشنامه افسردگی بک- افسردگی پس از زایمان ادینبورگ
۵	تأثیر برنامه آموزشی در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان (Jamshidimanesh, et al., 2013)	آموزش در خصوص تعریف و شیوع افسردگی پس از زایمان و راهکارهای مقابله‌ای از جمله کمک گرفتن از همسر و نزدیکان، ورزش، استراحت و تغذیه مناسب و تکنیک‌های آرام‌سازی (در سه جلسه ۲۰ دقیقه‌ای)	افسردگی پس از زایمان ادینبورگ
۶	مقایسه تأثیر آموزش دل‌بستگی و آرام‌سازی بر اضطراب سه ماه سوم حاملگی و افسردگی پس از زایمان در زنان نخست باردار (Rafiee, et al., 2013)	آموزش دل‌بستگی مادر به جنین و راه‌های ارتباطی با جنین، آشنایی با تغییرات روانی و جسمی دوران بارداری، آموزش آرام‌سازی تنفس هفته‌ای یک جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای	پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب اسپیل برگر
۷	اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر درمان افسردگی پس از زایمان و سه عامل پویشی تعارضات وابستگی، خشم و مادری در مادران افسرده پس از زایمان (Ahmadi Kani Golzar, et al., 2013)	درمان شناختی- رفتاری. جلسات درمانی در ۳ مقوله یا عنوان که هر کدام شامل ۴ جلسه بود: چهار جلسه اول، چگونگی تأثیر افکار بر خلق. چهار جلسه دوم، فعالیت‌های روزانه مؤثر بر خلق، چهار جلسه آخر، چگونگی تأثیر تعامل با دیگران بر خلق	مقیاس افسردگی بک
۸	حمایت تلفنی در افسردگی زنان پس از زایمان (Peighambardoust, et al., 2013)	مشاوره و آموزش در دو بخش عمومی که شامل توصیه‌های معمول دوره نفاس بود؛ و بخش اختصاصی بر اساس نیازهای خاص هر مددجو و ارائه راه‌حل پیشنهادی (هفته‌ای یک‌بار به مدت ۲۰ دقیقه)	پرسشنامه افسردگی پس از زایمان (EPDS)
۹	اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی پس از زایمان (Bakhtiari and Abedi, 2012)	درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی (در ۸ جلسه یک‌ساعته)	پرسشنامه افسردگی بک

۱۰	تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر شدت افسردگی برحسب آزمون بک در زنان در دوره پس از زایمان (Kordi, et al., 2012)	آموزش مهارت‌های حل مسئله طی ۶ جلسه هفتگی (هر جلسه به مدت ۵۰-۴۵ دقیقه)	پرسشنامه افسردگی بک- افسردگی پس از زایمان ادینبورگ
۱۱	اثربخشی مداخله التقاطی بر کاهش افسردگی در دوران بارداری و پیشگیری از افسردگی پس از زایمان (Tabrizi and Lorestani, 2010)	آموزش ایجاد بینش صحیح نسبت به علائم افسردگی پس از زایمان و بیان تأثیرات مثبت درمان افسردگی بر سلامت جسمی و روانی نوزاد (در ۸ جلسه یک‌ساعته)	پرسشنامه افسردگی بک- افسردگی پس از زایمان ادینبورگ
۱۲	بررسی تأثیر آموزش‌های دوران بارداری بر افسردگی پس از زایمان در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول (Bahrami, et al., 2010)	آموزش تنفس و آرام‌سازی، کاهش درد، مهارت‌های ارتباطی (در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به ورت تئوری و عملی)	پرسشنامه افسردگی بک- افسردگی پس از زایمان ادینبورگ
۱۳	تأثیر مشاوره ماما بر میزان افسردگی پس از زایمان تروماتیک زنان نخست‌زا (Azizi, et al., 2007)	مشاوره برنامه مامایی بر میزان افسردگی شامل ارتباط درمانی بین ماما و مادر، پذیرش ادراکات مادر و حمایت مادر در ابراز احساسات و (به‌صورت انفرادی به مدت ۶۰-۴۰ دقیقه طی ۷۲ ساعت بعد از زایمان)	مقیاس افسردگی- اضطراب و استرس (DASS)- حمایت اجتماعی مادری (MSS) و افسردگی پس از زایمان ادینبورگ
۱۴	بررسی اثربخشی مشاوره به شیوه زوج‌درمانی رفتاری بر افسردگی دوران بارداری و افسردگی پس از زایمان زنان شهر کرمان (Banazadeh, 2006)	زوج‌درمانی رفتاری (در هفت جلسه ۲ ساعته)	پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ - پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

جدول ۲. فراتحلیل در کل مداخلات انجام‌شده در کاهش افسردگی پس از زایمان

ردیف	حجم نمونه	آماره	P	اندازه اثر
۱	۳۰	t زوجی	۰/۰۱	۰/۴۲
۲	۱۲۰	t، کای اسکوتر و رگرسیون خطی	۰/۰۰۱	۰/۲۸
۳	۱۳۵	F	۰/۰۰۱	۰/۲۶
۴	۱۳۵	t وابسته	۰/۰۵	۰/۱۴
۵	۲۰۰	کای اسکوتر، یومن ویتنی و ویلکاکسون	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶
۶	۱۲۶	F	۰/۰۱	۰/۲۰
۷	۶۴	F	۰/۰۰۱	۰/۳۸
۸	۲۶۰	t مستقل	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳
۹	۳۰	F	۰/۰۱	۰/۴۲
۱۰	۵۴	t مستقل	۰/۰۰۰۰۱	۰/۵۸
۱۱	۲۰	t مستقل	۰/۰۰۱	۰/۲۳
۱۲	۱۴۰	t مستقل	۰/۰۰۱	۰/۲۶
۱۳	۱۸۰	t مستقل	۰/۰۰۱	۰/۲۳
۱۴	۳۰	F	۰/۰۰۱	۰/۵۶

اندازه اثر کل فراتحلیل در ۱۴ پژوهش برابر با ۰/۵۶۲

در اینجا دو سنجش فراتحلیل، اولی بررسی نقش همگنی جامعه پژوهش‌ها و دومی نقش فراتحلیل بررسی شد. با توجه به محاسبه فراتحلیل از دو روش هر جیس و اولکین (Hedges & Olkin 1985) آماره Q از فرمول زیر محاسبه شد.

$$s_i^2 = \frac{N_i + N_r}{N_i \times N_r} + \frac{d_i^2}{2(N_i + N_r)} \quad \text{که}$$

$$Q = \sum (d_i^2 / s_i^2) - \frac{(\sum d_i^2 / s_i^2)}{\sum (1 / s_i^2)}$$

با k-1 درجه آزادی برابر ۲/۴۷ غیر معنی‌دار و جامعه پژوهش‌ها همگن بود.

$$\text{Var}(e) = \frac{4 \times (N-1)}{N(N-3)} \times \left(1 + \frac{\bar{d}^2}{\lambda}\right)$$

به‌عنوان واریانس خطای نمونه‌گیری محاسبه شد که N اندازه نمونه متوسط (ترکیب دو گروه آزمایش و کنترل) و $\bar{d}$ میانگین وزنی اندازه اثر می‌باشد (Farahani and Oreizi, 2005). (Rogelberg, 2002). نسبت مقدار آن به واریانس مشاهده‌شده در اندازه اثر فقط ۲۳٪ بود و احتمالاً نقش متغیر تعدیلی وجود دارد. با مطالعه پیشینه متغیر تعدیلی شیوه مداخله در نظر گرفته شد و دو گروه که مداخله همراه با آموزش دوران بارداری و مداخله‌های مستقیم داشتند مقایسه گردید. نتایج در جدول ۳ و ۴ آمده است.

معنی دار شیوه درمان‌های روان‌شناختی در مقایسه با آموزش دوران بارداری است. در محاسبه فوق $Z_{r_i} = \frac{1}{4} \log \frac{1+r_i}{1-r_i}$ است. نتیجه مقایسه فرمول فوق با توجه به مقادیر $r_1 = 0/671$ و $r_2 = 0/487$ و $N_1 = 618$ و $N_2 = 906$ برابر $5/617$ و درجه $p = 0/01$ معنی دار است که نشان می‌دهد اثر مداخله‌های درمان روان‌شناختی به‌طور معنی‌داری قوی‌تر از آموزش‌های دوران بارداری در کاهش افسردگی پس از زایمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر فراتحلیل بر روی ۱۴ پژوهش انجام شد که در آن مداخلاتی برای کاهش افسردگی پس از زایمان، گزارش شده است. اندازه اثرها در شش مورد (نزدیک به نیمی از پژوهش‌ها)، در حد پایین یعنی کمتر از $r = 0/3$ بود و نیم دیگر پژوهش‌ها اندازه اثرهای بالاتر از $r = 0/5$ داشتند. عمدتاً درمان شناختی- رفتاری دارای اندازه اثر کمتری نسبت به بقیه شیوه‌های روان‌شناختی بود. بالاترین تأثیر در مداخله‌ها در آموزش مهارت حل مسئله و نیز آموزش مشاوره به شیوه زوج‌درمانی بوده است که نشان می‌دهد با تمرکز بر روی حل مسئله افسردگی کاهش می‌یابد. دلیل آن این است که در شیوه‌های مهارت حل مسئله یا مقابله مسئله‌مدار افراد به‌جای تمرکز بر عواطف بر روی مسئله متمرکز می‌شوند و با حل مسائل مشکلی را از پیش روی خود برمی‌دارند و این کار روحیه آن‌ها را بهتر می‌کند. اندازه اثر کلی پژوهش‌ها برابر با $r = 0/562$ است؛ که نشان می‌دهد مجموعه پژوهش‌ها در حد متوسط در کاهش افسردگی پس از زایمان مؤثرند.

در فراتحلیل گزارش شده در خارج از کشور توسط سوکول و همکاران (Sokol, et al., 2013) با روش (Hedges and Olkin, 1985) انجام شده، میانگین اندازه اثر $0/37$ بوده است. در آن پژوهش ۲۴ تحقیق گنجانیده شده بودند که حجم نمونه کلی ۲۴ تحقیق ۵۱۲۸ بود. میانگین اندازه اثرها در پژوهش حاضر $0/562$ بوده که در اثربخشی درمان معادل $0/671$ و در آموزش معادل $0/487$ بوده است؛ و این نشان می‌دهد که اندازه اثر در ایران بیش از پژوهش‌های مشابه خارجی بود.

اثر روش مشاوره و حمایت تلفنی و تأثیر آموزش دل‌بستگی و آرام‌سازی بر احساس افسردگی پس از زایمان هر سه اثرات نسبتاً ضعیفی بر کاهش افسردگی داشتند. باین‌حال این اندازه اثرها در سطح پایینی بوده و باید پژوهشگران شیوه‌های نوینی را بیابند که از طریق آن می‌توان بر افسردگی پس از زایمان تأثیر گذاشته و آن را کاهش داد. حمایت تلفنی از زنان به دلیل جنبه غیرحضوری آن تأثیر چندانی نخواهد داشت. از طرف

جدول ۳. فراتحلیل پژوهش‌های روان‌درمانی‌های شناختی- رفتاری در افسردگی پس از زایمان

ردیف	حجم نمونه	آماره	P	اندازه اثر	D
۱	۳۰	t زوجی	0/01	0/42	0/93
۲	۱۲۰	t، کای اسکوتر و رگرسیون خطی	0/001	0/28	0/58
۳	۱۳۵	F	0/001	0/26	0/54
۴	۱۳۵	t وابسته	0/05	0/14	0/28
۷	۶۴	F	0/001	0/38	0/82
۹	۳۰	F	0/01	0/42	0/93
۱۰	۵۴	t مستقل	0/0001	0/58	1/42
۱۱	۲۰	t مستقل	0/001	0/23	0/47
۱۴	۳۰	F	0/001	0/56	1/35

اندازه اثر کل فراتحلیل ۹ پژوهش روان‌درمانی‌های شناختی- رفتاری برابر $\bar{r} = 0/671$ و $\bar{r}^2 = 0/45$ در روش روزنتال مقدار $\bar{r} = 0/659$ و در روش هرچس و اولکین $\bar{r} = 0/683$

جدول ۴. فراتحلیل پژوهش‌های آموزش دوران بارداری در افسردگی پس از زایمان

ردیف	حجم نمونه	آماره	P	اندازه اثر	D
۵	۲۰۰	کای اسکوتر، یومن ویتنی و ویلکاکسون	0/0001	0/26	0/54
۶	۱۲۶	F	0/01	0/20	0/41
۸	۲۶۰	t مستقل	0/0001	0/23	0/47
۱۲	۱۴۰	t مستقل	0/001	0/26	0/54
۱۳	۱۸۰	t مستقل	0/001	0/23	0/47

اندازه اثر کل فراتحلیل در ۵ پژوهش آموزش دوران بارداری برابر $\bar{r} = 0/487$ و $\bar{r}^2 = 0/23$ در روش روزنتال مقدار $\bar{r} = 0/452$ و در روش هرچس و اولکین $\bar{r} = 0/477$ حال با استفاده از فرمول:

$(Z_{r_1} - Z_{r_2}) / \sqrt{1/N_1 - 3 + 1/N_2 - 3}$ نقش تعدیلی (مقایسه دو زیرگروه، یکی گروهی که مداخله روان‌درمانی شناختی انجام شد و گروهی که آموزش دوران بارداری یافته بودند) شیوه درمان و آموزش مقایسه شد و نتایج نشان‌دهنده برتری

دیگر هرچند تأثیر مشاوره بر میزان افسردگی پس از زایمان نباید دست‌کم گرفته شود باین‌حال از آنجاکه (Azizi, et al., 2007)، بر روی زایمان‌های تروماتیک انجام شده است، افسردگی در آن‌ها اساسی‌تر بوده و بنابراین شیوه‌های مداخله‌ای باید دارای تأثیر تعریف‌شده زیادتری باشد تا بتواند افسردگی را کاهش دهد.

شکل مداخله‌ها نیز متفاوت بود. در شیوه زوج‌درمانی چون علاوه بر خود فرد تأثیر بر روی همسر او نیز منتقل می‌شود، این زنان از مداخله به‌صورت مضاعفی سود می‌برند؛ زیرا هرچند شیوه‌های درمانی در کاهش افسردگی آن‌ها مؤثر است اما از طریق تأثیر بر همسران آن‌ها، محیط بهتری را نیز برای آن‌ها فراهم می‌کند. به همین دلیل این شیوه در حد بالاتری در بهبود افسردگی اثر دارد و مقدار اندازه اثر از ۰/۵ بیشتر بود.

مداخله التقاطی نیز تأثیر بالایی بر درمان افسردگی پس از زایمان داشت. این نتیجه تا حد زیادی به این دلیل است که در این رویکرد هم افراد نسبت به موقعیت بینش بهتری یافته‌اند و هم اینکه در عمل اگر با مداخله‌های دیگر همراه شود اثرات تعاملی آن شیوه درمان اثربخشی مداخله را بهتر خواهد کرد. در میان روش‌های جدید تنها یک پژوهش می‌توان یافت که با استفاده از الگوی فراشناختی ذهن آگاهی سعی در بهبود افسردگی پس از زایمان داشته است که از روش‌های محبوب متأخر بوده است و اندازه اثر آن به ۰/۴۲ می‌رسد. از آنجاکه در برخی از پژوهش‌ها نمونه باید به درمانگر مراجعه کند با توجه به داوطلب شدن او برای مداخله احتمالاً تأثیر درمان حتی بیشتر هم خواهد بود زیرا فرد با انگیزه به جریان پژوهش پیوسته و داوطلب شده است؛ بنابراین در برخی از روش‌هایی که مبتنی بر تلاش بیشتر (Banazadeh, 2006، Kordi, et al., 2012، Tabrizi and Lorestani, 2010) یکی از دلایل تأثیر بالاتر همین موضوع بود. در صورتی که در حمایت تلفنی (Peighambardoust, et al., 2013) و نیز شیوه‌های شناختی-رفتاری (Ahmadi Kani Golzar, et al., 2013) انگیزش داوطلبانه کمتری مورد نیاز است که برای درمان‌های شناختی-رفتاری عادی است، زیرا در آن‌ها شیوه‌های پرتلاش که مثلاً نیازمند تلاش زوجین باشد کمتر است. مثلاً (Rafiee, et al., 2013)، از آموزش دل‌بستگی استفاده کرده‌اند.

درعین‌حال این روش‌ها تا حدی به تفاوت‌های فردی مربوط است و ممکن است همه افراد به شکل یکسان تحت تأثیر آن قرار نگیرند؛ مثلاً افرادی که دل‌بستگی اجتنابی دارند کمتر از آن سود می‌برند به همین دلیل این روش‌ها نیز اندازه اثر کوچکی داشته‌اند. مقایسه درمان‌های روان‌شناختی و آموزش

دوران بارداری نشان می‌دهد که هر دو شیوه در کاهش افسردگی پس از زایمان تأثیر زیادی داشتند ($\bar{r}=0/67$ ، معادل $d=1/65$ و $\bar{r}=0/49$ معادل $d=1/04$ به دست آمد که هر دو سطح بالایی است)؛ به‌طور کلی تأثیر درمان‌های روان‌شناختی بیش از آموزش است.

یافته‌های پژوهش حاضر در بخش فراتحلیل تعدیلی با نتیجه یک پژوهش که به‌صورت منفرد انجام شده است کاملاً هماهنگی دارد. در پژوهش (Asadi Sadeghi Azar, et al., 2015) نیز یک گروه زن تحت آموزه‌های دوران بارداری و یک گروه تحت درمان‌های شناختی-رفتاری و یک گروه نیز به‌عنوان کنترل در نظر گرفته شدند که در این گروه آخر فقط مراقبت‌های روتین بارداری انجام شد. نتیجه پژوهش آن‌ها نشان داده است که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بیش از آموزش در دوران بارداری است که با نتیجه پژوهش حاضر هماهنگ است؛ اما تفاوت آن پژوهش و پژوهش حاضر در فراتحلیل آن است که ۱۴ پژوهش برای مقایسه به‌کاررفته است و مقایسه دو شیوه درمان نه به‌صورت ساده بلکه به شیوه تحلیل تعدیلی که قوی‌ترین شیوه تحلیل است انجام شده است.

نگاهی به شیوه مداخله‌ای نشان می‌دهد که تعداد پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه آزمایشی برای کاهش افسردگی پس از زایمان بسیار کمتر از پژوهش‌های میدانی است. هرچند که بررسی متغیر افسردگی فقط به کمک روش‌های مداخله‌ای امکان‌پذیر است و پیشنهاد می‌شود که در آینده از پژوهش‌هایی که مداخلات آن به‌صورت مستقیم اعمال می‌شود استفاده گردد. همچنین به دلیل تعداد اندک پژوهش‌ها در زمینه افسردگی پس از زایمان که به‌صورت مداخله‌ای انجام‌شده بود امکان دسته‌بندی آن‌ها وجود نداشت که به طبع آن مشخص شود که مثلاً شیوه ذهن آگاهی یا شناختی-رفتاری کدام‌یک بر درمان افسردگی پس از زایمان تأثیر داشته است. پیشنهاد می‌شود که در این زمینه تحقیقات بیشتری صورت گیرد تا از طریق آن بتوان اثربخشی مداخلات مختلف را مقایسه نمود.

یکی از مشکلات پژوهش حاضر این بود که داده‌های گزارش‌شده در پژوهش‌ها اکثراً فقط شامل سطح معنی‌داری است و میزان آماره اصلی پژوهش گزارش نشده است که سبب شده پژوهشگران فقط از روش ضریب همبستگی فی ($\sqrt{\frac{s^2}{n}}$) برای ضریب فی استفاده می‌شود که در کتاب هویت و کرامت به آن ارجاع شده است و ضعیف‌ترین روش فراتحلیل است استفاده کنند. برای استفاده از روش‌های فراتحلیلی که بر مبنای فنون محاسباتی توزیع‌های آماری F ، T ، X^2 و Z است لزوماً باید

نمونه‌ها وجود نداشته باشد که محاسبه سازگاری (Farahani and Oreizi, 2005) کوکران نشان داد که سازگاری وجود دارد؛ بنابراین درهم تنیدگی نتایج فراتحلیل در پژوهش حاضر قانع‌کننده بوده است. با توجه به نتایج این تحقیق به مدیران وزارت بهداشت و درمان توصیه می‌شود که برای کاهش افسردگی پس از زایمان در ایران که در برخی از پژوهش‌ها تا حدی است که ۱۵ درصد از نمونه زنان را شامل می‌شود از روش‌هایی مؤثرتر که اندازه اثرهای بالاتری را دارند مانند ذهن‌آگاهی، استفاده شود.

میزان آماره‌ها ذکر شده باشد. بنابراین بر پژوهشگران آتی فرض است که به این مسئله توجه ویژه داشته باشند. از آنجاکه سه شیوه مشاوره و آموزش دوران بارداری و حمایت تلفنی در ایران به‌طور گسترده‌تری به کار می‌رود در این سه شیوه نمونه‌های بزرگ‌تری انتخاب شده است. در حمایت تلفنی هزینه بسیار پایین است درحالی‌که آموزش‌های دوران بارداری جزو برنامه‌های عادی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای زنان در این دوران انتقالی است و نمونه‌ها به‌سادگی در دسترس می‌باشند. به همین دلیل ظن آن می‌رفت که سازگاری

REFERENCES

- Ahmadi A, Mousavi Sahebol Zamani S S, Ashtiani A F and Motiee S (2014) [Identification and early intervention of reducing postnatal depression and increasing self-esteem and marital satisfaction of Pregnant Women]. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 8 (32) 47-56. (Persian)
- Ahmadi A, Moosavi sahib alzamani S, Ghavami F, Shafi fard Y and Fathi Ashtiani A (2014) [Effects of Psychological Interventions on Postpartum Depression, Anxiety and Infants' Weight in Primipara Women]. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal (PCNM)*. 4 (1) 19-31. (Persian)
- Ahmadi Kani Golzar A, Golizadeh Z, Sohrabi A, Kiani M A, Shamse Allizadeh N and Asgarnajad S (2013) [Effectiveness of cognitive - behavioral therapy in the treatment of postpartum depression and three dynamic conflicts of dependency, anger and motherhood in postpartum depressed mothers]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 16 (52) 8-17.
- Asadi Sadeghi Azar I, Mohammadkhani P, Mishkar G and Forghani F (2015) [A comparative of cognitive behavior therapy and antenatal education with routine care for prevention of depression during pregnancy and on postpartum depression]. *Journal of zabol university of medical sciences and health services*. 7 (1) 10-. (Persian)
- Azizi M, Lamiyan M and Faghizadeh S (2007) [The effect of counseling on postpartum depression traumatic nulliparous women]. *Khorramabad, Lorestan University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery Journal*. 4 (6-7) 10-8. (Persian)
- Bahrami N, Araban M and Bahrami S (2010) [The impact of antenatal education on postpartum depression, dezfoul, Iran]. *Medical Journal of Hormozgan University*. 13 (4) 277-83. (Persian)
- Bakhtiari A and Abedi A (2012) [Effectiveness of group therapy based on metacognitive model of detached mindfulness on postpartum depression]. *Journal of Applied Psychology*. 6 (2) 9-24. (Persian)
- Banazadeh Z (2006). [The effectiveness of behavioral therapy counseling couples on depression during pregnancy in Kerman] *Isfahan: Isfahan University*. (Persian)
- Brockington I (2004) Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*. 363 (9405) 303-10.
- Dennis C L and Creedy D (2005) Review: some specific preventive psychosocial and psychological interventions reduce risk of postpartum depression. *Evidence Based Nursing*. 8 (3) 76.
- Ekström A and Nissen E (2006) A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics*. 118 (2) e309-e14.

- Farahani H and Oreizi H R (2005) [Advanced research methods in the humanities (practical approach)]. edition. Isfahan, SID. (Persian)
- Gjerdingen D (2003) The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. *The Journal of the American Board of Family Practice*. 16 (5) 372-82.
- Goldbort J (2006) Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 31 (2) 121-6.
- Goodman P, Mackey M C and Tavakoli A S (2004) Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 46 (2) 212-9.
- Halbreich U and Karkun S (2006) Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 91 (2) 97-111.
- Hedges L V and Olkin I (1985) *Statistical methods for meta-analysis*. edition. Orlando, Academic Press.
- Howitt D and Cramer D (2005) *An introduction to statistics in psychology*. 3rd ed. edition. Harlow, Pearson/Prentice Hall.
- Hunter J E and Schmidt F L (1990) *Methods of meta-analysis : correcting error and bias in research findings*. edition. Newbury Park ; London, Sage.
- Jamshidimanesh M, Golian Tehrani S, Hosseini Agha F, Shams Alizadeh N and Lahoni F (2013) [The effect of an educational program on prevention of postpartum depression]. *Payesh*. 12 (6) 619-27. (Persian)
- Kordi M, Nasiri S, Modarres Gharavi M and Ebrahimzadeh S (2012) [The effect of problem solving skills training on severity of depression symptoms in postpartum period]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 14 (3) 226-35. (Persian)
- Lee A M, Lam S K, Lau S M S M, Chong C S Y, Chui H W and Fong D Y T (2007) Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*. 110 (5) 1102-12.
- Mousavinejad N, Amin shokravi F and Shahmohammadi s (2015) [Impact of cognitive skills training on reducing depression among clients during pregnancy & postpartum referring to health centers]. *Health Education & Health Promotion*. 3 (1) 39-48. (Persian)
- O'Hara M W and Wisner K L (2014) Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 28 (1) 3-12.
- Peighambaroust R, Fadaey Z, Khakbazan Z and Sodaey H (2013) [Telephone support on the postpartum depression after normal vaginal delivery]. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*. 11 (5) 335-42. (Persian)
- Perfetti J, Clark R and Fillmore C-M (2004) Postpartum depression: identification, screening, and treatment. *WMJ-MADISON*. 103 56-63.
- Póo A M, Espejo C, Godoy C, Hernández T and Pérez C (2008) Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. *Revista médica de Chile*. 136 (1) 44-52.
- Posmontier B (2008) Sleep quality in women with and without postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 37 (6) 722-37.
- Rafiee B, Akbarzade M, Asadi N and Zare N (2013) [Comparison of Attachment and Relaxation Training Effects on Anxiety in Third Trimester and Postpartum Depression among Primipara Women]. *Hayat*. 19 (1) 1-13. (Persian)

- Rogelberg S G (2002) Handbook of research methods in industrial and organizational psychology. edition. Malden, Mass. ; Oxford, Blackwell.
- Rosenthal R (1984) Meta-analytic procedures for social research. edition. Beverly Hills, Sage Publications.
- Sadock B J, Kaplan H I and Sadock V A (2007) Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th edition. Philadelphia ; London, Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Seipp B (1991) Anxiety and academic performance: A meta-analysis of findings. Anxiety Research. 4 (1) 27-41.
- Shobeyri F, Farhadinasab A and Nazari M (2007) [Detecting postpartum depression in referents to medical and health centers in hamadan city]. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services. 14 (3) 24-8. (Persian)
- Sockol L E, Epperson C N and Barber J P (2013) Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. Clinical psychology review. 33 (8) 1205-17.
- Steiner M, Yonkers K A and Eriksson E (2000) Mood disorders in women. edition. London, M. Dunitz
- Tabrizi M and Lorestani K (2010) [Eclectic effectiveness of intervention on depression in pregnancy and the prevention of postpartum depression]. Andesheh Va Raftar. 5 (17) 19-26. (Persian)
- Tannous L, Gigante L P, Fuchs S C and Busnello E D (2008) Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. BMC Psychiatry. 8 (1) 1.
- Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K and Rezaeian S (2013) Trends of postpartum depression in iran: a systematic review and meta-analysis. Depression Research and Treatment. 2013
- Wardrop A A and Popadiuk N E (2013) Women's experiences with postpartum anxiety: expectations, relationships, and sociocultural influences. The Qualitative Report. 18 (3) 1-24.

A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions on postpartum depression in Iran, considering to the moderating role of therapeutic intervention

Hamidreza Oreizi¹, Mahnaz zareie²

1. Associate professor of psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2. MA student in clinical psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (m.zareai86@yahoo.com)

Abstract

Aim and Background:

Birth of a kid lead to disturbance of the mothers emotions and such as emotions, pleasure and even fears, and also could result the consequence which is postpartum depression. The aim of present study is meta- analysis of were researches about the effectiveness of psychological interventions on postpartum depression in Iran, considering to the Moderating role of Therapeutic intervention.

Methods and Materials:

In order to this, 14 researches with intended criteria to this study were selected and the meta-analysis accomplished. The meta- analysis check list was used as the tool. Calculation were done by use of 1- Hunter & Schmidt 2- Hedges & Olkin and 3- Rosenthal.

Findings and Conclusions:

Findings showed that effect size of the intervention on postpartum depression was 0/562. According to the conclusions, the rate of effect size of those interventions which were based on efforts and motives was more than that of interventions which theirs subjects were not motivated enough. According to the finding of the research some practical recommendations to the reduction of postpartum depression were suggested. The important point was the grater effectiveness of psychotherapy in comparison with prenatal education of mothers.

Keywords:

Depression, Postpartum; Psychological Techniques; Meta-Analysis