AUMJ Journal Alborz University of Medical Sciences
نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز، زمستان ۱۴۰۰، سال ۱۱، شماره ۱، صفحه‌های ۱۵-۲۳
مقاله تحقیقی

بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر روان درمانی بین فردی بر افسردگی پس از زایمان زنان نخست زا دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه: یک کارآزمایی بالینی

فرشته پویان[1]،مهناز اکبری کامرانی[2]،میترا رحیم زاده[2]،سارا اسمعیل زاده ساعیه[3*]

[1]دانشجوی کمیته تحقیقات، کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز،کرج ،ایران
[2]مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت،دانشگاه علوم پزشکی البرز،کرج،ایران
[3]دانشیار بهداشت باروری،مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت،کرج،ایران

تاریخ دریافت مقاله:۹۹/۹/۱۸ ؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۷

چکیده

مقدمه: تولد نوزاد نارس احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان را در مادران افزایش می‌دهد ،مهمترین نیاز والدین نوزادانی که در بخش مراقبت ویژه بستری می‌شوند، نیازهای ارتباطی و اطلاعاتی می‌باشد. این مطالعه باهدف بررسی آموزش با رویکرد رواندرمانی بین فردی بر افسردگی پس از زایمان مادران نخست زا دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مداخله ای تصادفی شده بود که به صورت موازی بر روی ۹۲مادر نخست زا دارای نوزاد بستری در بخش مراقبتهای ویژه بیمارستان کمالی صورت گرفت. روش نمونه گیری به صورت در دسترس و نمونه‌ها به وسیله بلوک اعداد تصادفی چهارتایی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. افراد گروه مداخله علاوه بر مراقبتهای روتین ۳جلسه مشاوره رواندرمانی بین فردی، دریافت کردند. ابزار گرد آوری اطلاعات دراین مطالعه پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود.

یافته‌ها: هیچگونه تفاوت آماری معنی داری بین مشخصات دموگرافیک در گروه کنترل و مداخله وجود نداشت. نتایج آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد متغیر استرس والدی در طول زمان تغییر معنی‌دار داشته است (p=۰/۰۰۰) و بین دو گروه نیز اختلاف معنی‌داری مشاهده می‌شود(p=۰/۰۰۰).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به تاثیر روان درمانی بین فردی بر افسردگی پس از زایمان و همچنین کوتاه وکم هزینه بودن این برنامه و امکان آموزش آن توسط ماماهاو پرسنل درمانی، پیشنهاد ترکیب این برنامه آموزشی با مداخلات روتین به مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبتهای ویژه می‌شود.

کلمات کلیدی : روان درمانی بین فردی، افسردگی پس از زایمان، بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان،مادران نخست زا

نویسنده مسئول:
دانشیار بهداشت باروری،مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت،کرج،ایران
۰۹۱۲۶۲۳۲۵۶۹
Email: Esmaelzadeh1360@gmail.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.15]

مقدمه

بارداری، زایمان، دوران بعد از آن و مادر شدن دوران حساس و پیچیده ای در زندگی یک زن است و از مهم ترین وقایع زندگی زنان می‌باشند[۱،۲]. تولد نوزاد یک رویداد هیجان انگیز برای هر والد می‌باشد. تولد غیر منتظره یک نوزاد نارس یا بیمار می‌تواند به این عواطف پایان داده و نگرانی و اضطراب را جایگزین آن نماید[۳]. سالیانه حدود ۱۵ میلیون نوزاد پیش از موعد به دنیا می‌آیند[٤]. که حدود ۱۱ درصد از کل تولدها را شامل می‌شود. بیش از ٦۰ درصد موارد نوزادان نارس در کشورهای آسیای جنوبی و آفریقای جنوبی می‌باشند[۵]. طبق آمار وزارت بهداشت ایران سالانه حدود ۱،۲۰۰،۰۰۰ نوزاد به دنیا می‌آیند که در مطالعات انجام شده در مناطق مختلف کشور، شیوع تولد نوزاد نارس از ۵/٦ تا ۳۹/٤ درصد گزارش شده است[۵]. تولد نوزاد نارس پیامد های نامطلوبی برای نوزاد و والدین به دلیل عوارض و مرگ و میر و همچنین فشار روی خانواده و هزینه های بهداشتی درمانی دارد. ممکن است که بعد از تولد نوزاد به طور غیر منتظرانه ای از والدین خود جدا شود[٦]. در مقایسه با نوزادان ترم، این نوزادان در معرض خطر بالاتری از ناتوانایی‌ها شامل فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات بینایی، کاهش شنوائی، تأخیر تکلم، مشکلات عاطفی، رفتاری و یادگیری قرار دارند.[۷]تولد چنین نوزادانی باعث سطح بالایی از استرس به ویژه در هفته اول، شیوع علائم افسردگی، اختلال استرس پس از تروما(PTSD) از دست دادن اعتماد به نفس والدی و ابراز تردید درباره توانایی تشخیص و مدیریت مشکلات در والدین می‌شود[۸و۹]. تولد نوزاد نارس همچنین می‌تواند احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان(PPD) را افزایش دهد[۱۰]. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در دنیا حدود ۱۰-۱۵٪ و در کشورهای آسیایی۳/٦۳-۵/۳ درصد گزارش شده است[۱۱]. با توجه به عوارض بالقوه افسردگی برای مادر، نوزاد و دیگر اعضای خانواده می‌توان چنین استدلال کرد که PPDیک از موضوع های مهم بهداشت عمومی می‌باشد که در صورت بروز می‌تواند تکامل نوزاد را به خطر اندازد و روی رشد شناختی کودک تأثیر گذار باشد. یکی از عوارض مهم و قابل توجه آن فقدان دلبستگی و عدم اعتماد به نفس مادر در داشتن مهارت های مادری می‌باشد[۱۲].تعداد زیادی از مادران پس از بستری شدن نوزادشان در بخش مراقبت ویژه دچار اضطراب وحتی مواردی از افسردگی می‌شوند. در ۲۸٪تا۷۰٪موارد،درجات قابل توجه ای از فشار روانی گزارش شده است[۱۳] .مهمترین نیاز والدین نوزادانی که در بخش مراقبت ویژه بستری می‌شوند نیازهای ارتباطی و اطلاعاتی می‌باشد. والدین مایل هستند درباره نوزادانشان وپیشرفت نوزاد در طی بستری در بخش اطلاعاتی بدست آورند. این نیازهای اطلاعاتی از نیاز برای داشتن کنترل روی موقعیت نشأت می‌گیرد که باعث می‌شود والدین در جستجوی اطلاعات باشند. یکی از روش های مناسب بدست آوردن اطلاعات درست در گیر کردن والدین درامر مراقبت از نوزادشان است. حمایت عاطفی و اطلاعاتی در بیمارستان، برای والدین نه تنها خانواده‌هارادر سازگاری با بستری شدن نوزاد و ملاقات های سر پایی کمک می‌کند بلکه به والدین این توانائی را می‌دهد تا بعد از ترخیص کودکشان، درمان را در منزل ادامه دهند[۱٤].

از طرف دیگر به دلیل این که در ابتدا و حتی در اولین روزهای بعد از تولد، در برخی از بخش های مراقبت ویژه نوزادان والدین اجازه آغوش گرفتن، تغذیه لمس و بروز احساسات خود را ندارند و همچنین از جانب پرسنل حمایت های لازم و اطلاعات کافی را دریافت نکرده اند دچار استرس ترس و گوشه گیری می‌شوند[۱۵].یکی از را ه های حمایتی برای این مادران می‌تواند مشاوره بر طبق رویکرد روان درمانی بین فردی (IPT) می‌باشد. روان درمانی بین فردی یکی از روان درمانی هایی است که در دستورالعمل های روانپزشکی و پزشکان عمومی آمریکا برای افسردگی معرفی شده است[۱٦]. شواهد نشان می‌دهد که IPT می تواند یک چارچوب مفید برای توسعه برنامه های آموزشی بدو تولد برای زنان باشد زیرا مدت کوتاهی دارد و آگاهی و روابط بین فردی از اهداف مداخله آن می‌باشد. IPT بر دو زمینه تمرکز دارد. مرحله اول بر مشکلات و انتقال در روابط که زنان با آن در گیر هستند و دومین مرحله آن به زنان برای بدست آوردن یا استفاده بهتر از شبکه های حمایت اجتماعی کمک می‌کند، به طوری

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.15]

که بتوانند این حمایت را در مواقع بحرانی که موجب دیسترس می‌شود به کار گیرند[۱۷].

نتایج حاصل از پژوهش‌ها نشان داد که این رویکرد در درمان بسیاری از مشکلات روان شناختی مؤثراست.IPT برای گروه های سنی مختلف کاربرد داشته است و ممکن است توسط روانپزشکان و طیف وسیعی از افراد غیر پزشک از جمله ماماها، پرستاران و افراد غیر حرفه ای ارایه شود[۱۶].لذا این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش با رویکرد روانشناختی بین فردی بر افسردگی پس از زایمان در زنان نخست زا دارای نوزادبستری در بخش مراقبت ویژه انجام شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه مداخله ای کنترل شده تصادفی بود. مشارکت کنندگان در این پژوهش همه مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادان بیمارستان کمالی بودند. بیمارستان کمالی کرج یکی از پر مراجعه ترین بیمارستان های دارای بخش مراقبت های ویژه نوزادان می‌باشد که تمامی مادران دارای زایمان زودرس در این استان به این بیمارستان ارجاع داده می‌شوند.با توجه به مطالعه های انجام شده بر روی سطح استرس مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نشان داده بود که ۵۲ درصد از مادران دارای نمره استرس بالایی بودند حجم نمونه ٤٦ نفر در هر گروه بدست آمد[۱۸]. نمونه گیری به صورت تصادفی و با استفاده از بلوک تصادفی چهارتایی انجام گرفت. در گروه مداخله ۲ نفر به علت عدم شرکت در دو جلسه ازجلسات مشاوره حذف شدندو در گروه کنترل ۲ نفر به علت عدم تمایل به ادامه شرکت در ادامه پژوهش حذف شدندو در نهایت مطالعه با ٤٤ نفر در گروه مداخله و ٤٣ نفر گروه کنترل ادامه یافت.

معیارهای ورود به مطالعه:ایرانی بودن، مسلط به زبان فارسی، بارداری اول، دارای حاملگی خواسته، سن بارداری (۳٤-۲۸)هفته، نوزاد بدون آنومالی، تک قلو.

معیارهای خروج از مطالعه:عدم حضور مادر جهت دریافت ۲ جلسه پشت سرهم مشاوره، داشتن عوارض حاملگی (دیابت،پره اکلامپسی و ...) ،داشتن بیماریهای طبی شناخته شده و یا مشکلات روحی- روانی بر طبق گزارش خود مادر.

پژوهشگر دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی و در زمینه رویکرد درمانی شناختی رفتاری آموزش های لازم را دیده بود. پس از کسب اجازه از مسئولین، هر روز هفته به مرکز مراجعه کرده و پس از توضیح در زمینه اهداف تحقیق وکسب رضایت نامه شفاهی و کتبی، شروع به نمونه گیری به صورت در دسترس نموده و سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی توسط بلوکهای تصادفی چهار تایی در دو گروه دریافت مشاوره (مداخله)و دریافت مراقبت های روتین(کنترل) قرار گرفتند. شش احتمال برای قرارگیری در بلوکها وجود داشت(BABA, BBAA, ABBA,AABB, ABAB, BAAB,) در ابتدای مطالعه یک از بلوکها انتخاب شد و ٤ نفر از شرکت کنندگان در آن بلوک قرار گرفتند به این ترتیب که عدد A به گروه مداخله و عدد B به گروه کنترل تعلق داشت.

پس از تعیین گروه‌ها و قبل از شروع مطالعه در هر دو گروه نمره میزان انطباق با نقش مادری، استرس والدی و حیطه های آن به طور کلی با استفاده از پرسشنامه استرس والدی(PSS:NICU) و انطباق با نقش مادری به صورت پیش آزمون تکمیل گردید.

مداخله

گروه مداخله ۲جلسه مشاوره پشت سر هم به مدت ٦۰ دقیقه و یک جلسه پیگیری تلفنی پس از ترخیص از بیمارستان را بر طبق مداخله مطالعه جاو و همکاران که براساس رویکرد رواندرمانی بین فردی طراحی شده را دریافت نمودند،رویکرد رواندرمانی بین فردی شامل ارائه اطلاعات،روشن سازی،تجزیه و تحلیل اطلاعات،ایفای نقش،بارش افکار می‌باشد[۱۷].

محتوای جلسات پس از تایید توسط اعضای هیئت علمی گروه مامایی، روانشناسی و کودکان دانشگاه علوم پزشکی البرز اجرا گردید وبه شرح زیر بود:

جلسه اول: شامل توضیحات در زمینه اهداف مطالعه، مراقبتهای

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/aums.11.1.15]

لازم جهت نوزاد نارس، نحوه رشد و تکامل نوزاد، صحبت کردن با مادران در زمینه نگرانی‌ها و مشکلات، پذیرفتن نقش مادری، ارائه اطلاعاتی در زمینه پذیرش نقش مادری، موانع بازدارنده ارتباط با نوزاد، موانع تسهیل کننده ارتباط با نوزاد، مسائل مربوط به جنسیت کودک، علائم افسردگی پس از زایمان، ارائه استراتژی هایی جهت تطابق با استرس های وارده بود.

جلسه دوم: شامل ارائه اطلاعاتی در زمینه گسترش و بهبود حمایت اجتماعی، تشخیص و مقابله با تعارضات فردی، آموزش مهارت های حل مسائل، آموزش و بهبود مهارت های ارتباط با همسر پس از تولد نوزاد جدید بود .

جلسه سوم: آموزش به صورت فردی و پس از ترخیص از بیمارستان از طریق تماس تلفنی که شامل پیگیری مهارت های آموزش داده شده، توصیه در مورد مشکلات پیش آمده پس از خروج از بیمارستان، نگرانی های پیش آمده در تطابق با نقش مادری و تاکید بر حمایت اطرافیان انجام گردید.جهت رعایت اخلاق در پژوهش مشارکت کنندگان گروه کنترل در صورت تمایل پس از پایان پژوهش کتابچه ای در زمینه موارد مشاوره داده شده را دریافت می‌کردند.

در این پژوهش ابزار گرد آوری داده‌ها شامل برگه مشخصات فردی به همراه پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود که توسط نمونه های پژوهش تکمیل شد. پرسشنامه ادینبورگ ۱۰ آیتمی بوده و به صورت گسترده برای غربالگری احتمال افسردگی قبل و بعد از زایمان استفاده می‌شود. هر سوال از ۳-۰ نمره دارد، و نمره نهایی به صورت کلی بین۳۰-۰ می‌باشد. بالاترین نمره نشان دهنده احساسات منفی است. نمره ۰ تا ۹ غیر افسرده، نمره بیشتر از ۱۰-۱۲ حد مرز و نمره ۳۰-۱۳ در قبل و بعد از بارداری شاخصی برای احتمال افسردگی است. نسخه ایرانی این ابزار با آلفا کرونباخ ۰/۷۷وضریب همبستگی ۰/۸۸ روانسنجی شده است [۱۹].

جهت رعایت اخلاق در پژوهش مشارکت کنندگان گروه کنترل در صورت تمایل پس از پایان پژوهش کتابچه ای در زمینه موارد مشاوره داده شده را دریافت می‌کردند. جلسات آموزشی در روزهای متوالی در محل برگزاری کلاس آموزشی بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان کمالی کرج برگزار شد و از شرکت کنندگان اطلاعات لازم از قبیل شماره تماس فرد، همسر، شماره تلفن ثابت، آدرس دقیق منزل و محل کار فرد وهمسرش گرفته شد که جهت انجام جلسه سوم که به صورت تلفنی بود امکان ارتباط کافی با بیمار برقرار باشد. پس از تکمیل جلسات مشاوره و دو هفته بعد مجددا پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه تکمیل گردید .

تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این مطالعه داده‌ها توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت ،جهت متغیرهای کمی از آزمون تی مستقل و جهت متغیرهای کیفی از تست فیشر و کای دو استفاده شد، جهت مقایسه افسردگی پس از زایمان در طول زمان در هر گروه و بین دو گروه از آزمون اندازه گیری مکرر استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

قبل از شروع پژوهش از کلیه شرکت کنندگان رضایت نامه کتبی گرفته شد و ضمن بیان رعایت محرمانه بودن اطلاعات و امکان خروج از مطالعه در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری مداخله صورت گرفت. پژوهش حاضر در جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز در مورخ ۹۵/۱۲/۱٤ باکد Abzums.Rec.1395. 152 مورد تأیید قرار گرفت و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی با شماره IRCT2017022520719N5 ثبت گردید.

نتایج

جدول شماره یک نشان دهنده خصوصیات دموگرافیک دانشجویان می‌باشد.هیچگونه تفاوت آماری معنی داری بین مشخصات دموگرافیک در گروه کنترل و مداخله وجود نداشت.

برای بررسی تغییرات نمره افسردگی پس از زایمان قبل، بعد و یک ماه بعد از مداخله از آزمون اندازه های تکراری استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون موچلی نشان می‌دهد فرض کرویت برقرار است

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.15]

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه

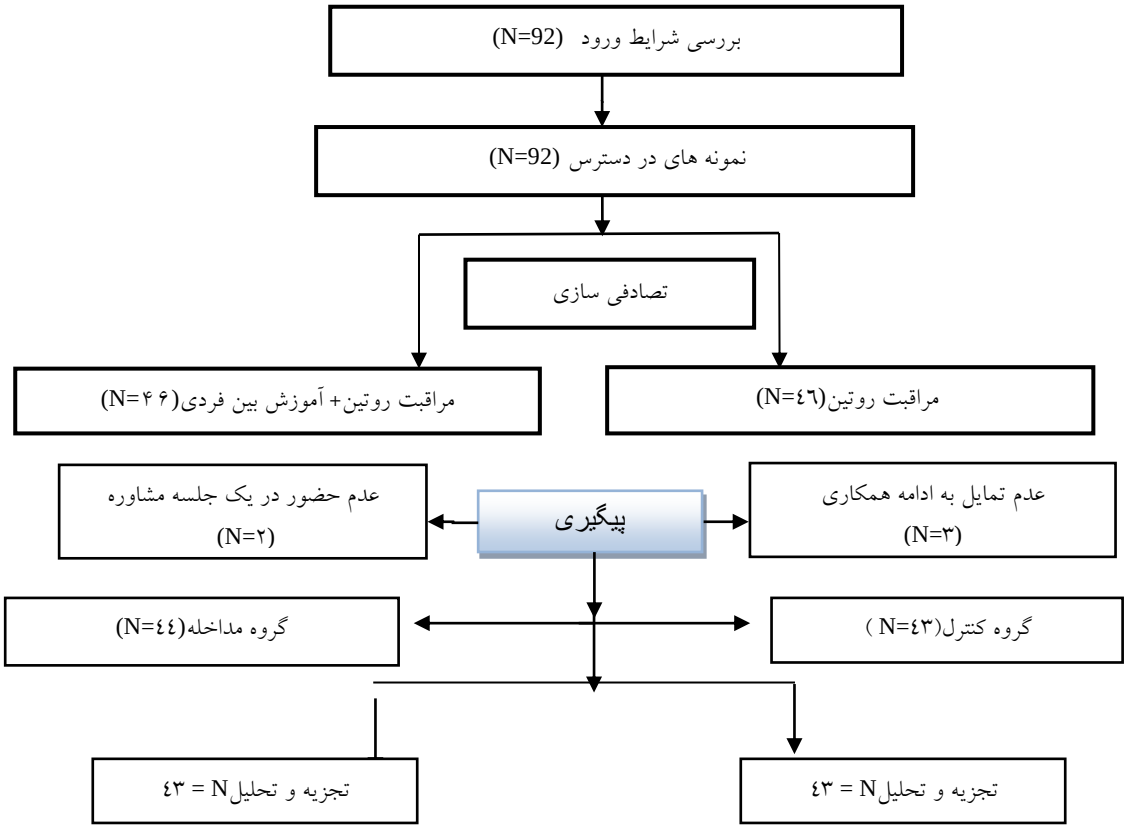
متغیر	مداخله	کنترل	pvalue
	فراوانی (درصد)	فراوانی(درصد)	۲/۲۲*
شغل مادر			
خانه دار	۳۷(۸٤/۰۹)	۳٦(۸۳/۷۳)	
شاغل	۷(۱٥/۹۹)	۷(۱٦/۲۷)	
سن بارداری بر اساس هفته			
۲۸تا ۳۰ هفته	۱٥(۳٤/۰۹)	۱۰(۲۳/۲٥)	۱/۲**
۳۱تا ۳٤ هفته	۲۹(٦٥/۹۱)	۳۳(۷٦/۷٥)	
نوع زایمان			
طبیعی	۱٦(۳٦/۳٦)	۱۹(٤٤/۱۸)	۰/٥٥**
سزارین	۲۸(٦۳/٦٤)	۲٤(٥٥/۸۲)	
تحصیلات			
زیر دیپلم	۱۲(۲۷/۲)	۱۹(٤٤/۱)	
دیپلم	۲۳(٥۲/۲۷)	۱۸(٤۱/۸٦)	
دانشگاهی	۹(۲۰,٤٥)	٦(۱۳/۹٦)	
جنس نوزاد			
دختر	۲۱(٤۷/۷۳)	۲۰(٤٦/٥۱)	۰/۰۱۳**
پسر	۲۳(٥۲/۲۷)	۲۳(٥۳/٤۸)	
خواسته یا ناخواسته بودن بارداری			
مدت زمان بستری نوزاد			
کمتر از ۷۲ ساعت	۱۱(۲٥)	۱۷(۳۹/٥۳)	۲/۱*
۳ روز تا ۱۰ روز	۱٦(۳٦/۳٦)	۱۲(۲۷/۹۱)	
۱۱ روز تا ۲۰ روز	۱۳(۲۹/٥٥)	۱۱(۲٥/٥۸)	
۲۱ روز و بالاتر	٤(۹/۰۹)	۳(٦/۹۸)	
دریافت مراقبت های دوران بارداری			
بلی	٤۲(۹٥/٤٥)	٤۲(۹۷/٦۸)	۰/۳*
خیر	۲(٤/٥٥)	۱(۲/۳۲)	
حمایت اطرافیان			
بلی	۳۷(۸٤/۰۹)	۳۹(۹۰/۷۰)	۰/۸**
خیر	۷(۱٥/۹۱)	٤(۹/۳۰)	

*فیشر **کای دو

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.15]

الگوریتم مطالعه



جدول ۲:روند میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی پس از زایمان در قبل، بلافاصله بعد و دو هفته پس از آموزش در مادران گروه مداخله و کنترل

	زمان / گروه	نمره قبل از مداخله میانگین± انحراف معیار	نمره بلافاصله پس از مداخله میانگین± انحراف معیار	نمره ۲ هفته پس از مداخله میانگین± انحراف معیار	نتیجه آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر Sphericity assumed	
افسردگی پس از زایمان	مداخله	۱۷/۳±۱۸۳/۰٦۸	۱٤/۲±۷۰٤/۷۷۵	۱۲/۲±٤۳۱/٦٦۲	درون گروهی	بین گروهی
					/۲٤۹ ۱۲۱ =F	۵۰/۷۱۵ F=
	کنترل	۱۷/۳۰±۸٦۰/۲٤۰	۱۷/۳±۸۳۷/۲٤۳	۳±۱۷/۰۳۹	P۰/۰۰۰P=	۰/۰۰۰P=
نتیجه آزمون موچلی				۰/٤۲۰		

(χ_2^2 = ۰/۹٤۷ , p =۰/٤۲) لذا آزمون اندازه گیری مکرر با پیش فرض - assumed sphericity نشان داد نمره افسردگی در طول زمان تغییر معنی‌دار داشته است (p=۰/۰۰۰) و بین دو گروه نیز اختلاف معنی‌داری مشاهده می‌شود(p=۰/۰۰۰)(جدول شماره۲). بنابراین مشاوره روابط بین فردی تاثیر معناداری بر افسردگی پس از زایمان در گروه مداخله داشته است.

بحث

نتایج آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان دهنده تاثیر مشاوره روابط بین فردی بر افسردگی پس از زایمان در گروه مداخله بود. مادران دارای فرزند نارس بیشتر از دیگر مادران دچار مشکلات

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.15]

افسردگی پس از زایمان می‌شوند، به طوری که ۰/۲۱ درصد از مادران نوزادان نارس تقریبا دو برابر بیشتر از مادران دارای نوزاد به موقع متولد شده دچار افسردگی پس از زایمان می‌شوند. روابط زناشویی ممکن است ناشی از وضعیت افسردگی زنان تغییر کند. بنابراین نوزادان نارس به علت متفاوت بدون با دیگر نوزادن منجر به نارضایتی در مادران شده و سلامت روانی مادران در معرض خطر قرار می‌گیرد، که زمینه ساز افسردگی پس از زایمان است[۲۰] .از طرف دیگر مطالعات نشان داده‌اند که تاخیرهای شناختی و حرکتی نیز درکودکانی که مادرانشان دچار افسردگی پس از زایمان بوده‌اند دیده شده است[۲۱] .تولد نوزاد نارس در زنان نخست زا می‌تواند تاثیر بسزایی بر سلامت روانی مادر داشته باشد، مداخلات مشاوره‌ای روان درمانی بین فردی (IPT) برای درمان افسردگی غیر دوقطبی و افسردگی اساسی غیرسایکوتیک طراحی گردیده است .ارتباط بین روحیه و رویدادهای بین فردی به عنوان چرخه‌ای در اختلالات روانی در نظر گرفته می‌شود. روحیه افسرده می‌تواند روابط حسنه بین فردی را تخریب کند و روابط بین فردی استرس‌زا می‌تواند به شروع افسردگی و ادامه آن کمک کند[۲۲]. روان درمانی بین فردی با ایجاد راه‌حل های مناسب و جایگزین کردن افکار مثبت به جای افکار منفی می‌تواند شناخت زنان افسرده را در جهت بهبود تغییر دهد[۲۳]. نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که روان درمانی بین فردی بر افسردگی پس از زایمان در زنان دارای نوزاد نارس موثر است. نتیجه این مطالعه با مطالعات بسیاری همسواست. احمدی وهمکاران در مطالعه ای تاثیر روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت را بر کاهش علائم افسردگی و بهزیستی روانی زنان نشان دادند[۲۴]. در مطالعاتی تاثیر اثربخشی روان درمانی بین فردی کوتاه مدت برافسردگی دوران بارداری [۲۵] ،اضطراب و سطح کورتیزول [۲۶]و تاثیر ترکیب ماساژ درمانی با روان درمانی بین فردی بر افسردگی قبل از زایمان نشان داده شد[۲۷]. گائو و همکاران در مطالعه ای تاثیر برنامه آموزش روان درمانی بین فردی بر افسردگی و مشکلات روانشناختی زنان نخست زا را در بعد از زایمان نشان دادند[۱۷]. مطالعات قبلی اثر رواندرمانی بین فردی را کوتاه مدت گزارش کرده اند. اما مطالعاتی هم تاثیر رواندرمانی بر کاهش افسردگی پس از زایمان و بهبود سلامت روانی مادران را تا حداکثر سه ماه بعد از زایمان عنوان نموده اند۲۸.

در این مطالعه افسردگی پس از زایمان بلافاصله و ۲ هفته پس از مداخله اندازه گیری شد. از محدودیتهای این پژوهش زمان پیگیری پس از مداخله بود که پیشنهاد می شود مطالعه ای طولانی تر جهت بررسی تداوم برنامه روان درمانی بین فردی صورت گیرد،همچنین پیشنهاد می‌شود تا مطالعاتی جهت تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر روان درمانی بین فردی با حضور پدران نوزادان بستری در بخشهای مراقبت ویژه انجام گردد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان دهنده تاثیر روان درمانی بین فردی برافسردگی پس از زایمان مادران نخست زا دارای نوزاد بستری در بخشهای مراقبت ویژه بود. با توجه به کوتاه بودن ،کم هزینه بودن این برنامه و امکان آموزش آن توسط ماماها و پرستاران [۲۹]پیشنهاد ترکیب این برنامه آموزشی با مداخلات روتین به مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبتهای ویژه می‌شود .همچنین با توجه به اهمیت حمایت اجتماعی در کاهش استرس والدی و افسردگی پس از زایمان مراقبین بهداشتی باید در زمینه حمایت اجتماعی آگاهی کامل داشته و در کنار کمک به مادران جهت دریافت حمایت اجتماعی، خودشان به عنوان یک حامی برای مادران محسوب گردند و با ارائه برنامه های آموزشی مناسب مانند رواندرمانی بین فردی باعث تقویت اعتماد به نفس مادر و کاهش احتمال افسردگی شوند.

References

1. Correia LL, Linhares MBM. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. Revista latino-americana de enfermagem 2007;15(4):677-83.
2. Wardrop A, Popadiuk N. Women's experiences with postpartum anxiety: expectations, relationships, and sociocultural influences. Qual Rep. 18: 1–24. 2013.
3. Arockiasamy V, Holsti L, Albersheim S. Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. Pediatrics 2008;121(2):e215-e22.
4. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A-B, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. The Lancet 2012;379(9832):2162-72.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.15]

5. Ghafoorie M, Janmohammadi S, Nariman S, Haghani H, Kabir K. The Study of Maternal Perception of Preterm Infants and Some Related Factors in Selected Hospitals of Iran University of Medical Sciences. Alborz University Medical Journal 2015;4(2):116-23.

6. Arnold L, Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L, et al. Parents' first moments with their very preterm babies: a qualitative study. BMJ open 2013;3(4):e002487.

7. Benzies KM, Magill-Evans JE, Hayden KA, Ballantyne M. Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. BMC pregnancy and childbirth 2013;13(1):S10.

8. Kaaresen PI, Rønning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. Pediatrics 2006;118(1):e9-e19.

9. Mok E, Leung SF. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. Journal of clinical nursing 2006;15(6):726-34.

10. Fathi-Ashtiani A, Ahmadi A, Ghobari-Bonab B, Azizi MP, Saheb-Alzamani SM. Randomized trial of psychological interventions to preventing postpartum depression among Iranian first-time mothers. International journal of preventive medicine 2015;6.

11. Kordi M. The effect of problem solving skills training on severity of depression symptoms in postpartum period. 2012.

12. Behdani D, Habrani D, Aghaee T, Nassernia D, Karbaschi D, The Effect of Midwifery and Psychological Effects on Women's Mental Health after Childbirth. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2005; 7 (2): 46-51.

13. Salonen AH, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P, Järvenpää A-L, Isoaho H, Tarkka M-T. Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. Midwifery 2011;27(6):832-41.

14. Shakerinya,A, Patient-Physition relationship and its role in satisfaction of patients from the treatment process. Ethics and Medical History 2009; 2 (3): 9-16

15. Mörelius E, Theodorsson E, Nelson N. Stress at three-month immunization: Parents' and infants' salivary cortisol response in relation to the use of pacifier and oral glucose. European Journal of Pain 2009;13(2):202-8.

16. Daghi gh, Abadi Sh, Rashidi H, Farahbakhsh P, Esmaeili S. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with Interpersonal Psychotherapy (IPT) on Increasing Marital Satisfaction in Pregnant Women. Family counseling and psychotherapy 2015; 4 (4): 583-605.9-16

17. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. BMC pregnancy and childbirth 2010;10(1):S1.

18. Alkozei A, McMahon E, Lahav A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2014;27(17):1738-43.

19. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. BMC psychiatry 2007;7(1):11.

20. Hawes K, McGowan E, O'donnell M, Tucker R, Vohr B. Social emotional factors increase risk of postpartum depression in mothers of preterm infants. The Journal of pediatrics 2016;179:61-7.

21. Schwartz L. ANTENATAL DEPRESSION AND ANXIETY: PREGNANCY AND NEONATAL OUTCOMES IN A POPULATION-BASED STUDY: University of Saskatchewan; 2012.

22. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. American Journal of Psychiatry 2016;173(7):680-7.

23. Bernecker SL. Patient Interpersonal and Cognitive Changes in Relation to Outcome in Interpersonal Psychotherapy for Depression. 2013.

24. Ahmadi F, Jalali M. The Effect of Short-Term Group Interpersonal Psychotherapy on Depression Symptoms and Mental Well-being in Female Prisoners. Police Medicine: Autumn 2012, Volume 6, Number 3; 207 - 212.

25. Lenze SN, Potts MA. Brief Interpersonal Psychotherapy for depression during pregnancy in a low-income population: A randomized controlled trial. Journal of affective disorders 2017;210:151-7.

26. Field T, Diego M, Delgado J, Medina L. Peer support and interpersonal psychotherapy groups experienced decreased prenatal depression, anxiety and cortisol. Early human development 2013;89(9):621-4.

27. Field T, Deeds O, Diego M, Hernandez-Reif M, Gauler A, Sullivan S, et al. Benefits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women. Journal of bodywork and movement therapies 2009;13(4):297-303.

28. Xiao L-lGWX, Wai-chi YS. Effects of an Interpersonal-Psychotherapy-oriented. Depression 2014;39:571-9.

29. Gao L-l, Chan SW-c, Li X, Chen S, Hao Y. Evaluation of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women: a randomised controlled trial. International journal of nursing studies 2010;47(10):1208-16

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.15]

AUMJ Alborz University of Medical Sciences Journal

Alborz University of Medical Sciences Journal, January 2021, Vol. 11, No. 1: 15-23 *Original Article*

Fereshteh Pouyan[1], Mahnaz Akbari Kamrani [2], Mitra Rahimzadeh [2], and Sara Esmaelzadeh–Saeieh [3]*

[1]Student Research Committee, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
[2] Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
[3]Corresponding author: Associate Professor of Reproductive Health, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

Education Based on Interpersonal Psychotherapy on Postpartum Depression in Mothers of Infants Admitted to Neonatal Intensive Care Unit.

Received: 8 Dec 2020 ; Accepted: 29 Sept 2021

Abstract

Background:The birth of a premature neonate causes increasing possibility of postpartum depression in mothers. The most important parental needs of infant admitted to the neonatal intensive care unit are communicational and informational needs, the present study aimed to investigate the effect of Interpersonal psychotherapy on postpartum depression in mothers of infants admitted to neonatal intensive care unit.

Methods: This randomized interventional study investigated 92 primiparous women with a newborn admitted to neonatal intensive care unit. of Kamali Hospital. Sampling method was available and samples were randomly assigned into 2 groups of control and intervention by four blocks randomization method. In addition to routine care, the intervention group received 3 IPT counseling sessions. The data collection tool in this study was Edinburg Questionnaire.

Results: There was no statistically significant difference in demographic characteristics between the control and intervention groups. The results of repeated measure test indicated that the postpartum depression had a significant change over time ($p = 0.000$) with significant differences between the two groups ($p = 0.000$).

Discussion: Considering the impact of IPT on postpartum depression, as well as the limited duration and cost of this program and the possibility of training it by midwives and medical staff, it is suggested to include this training program in the routine interventions for mothers with a newborn hospitalized in neonatal intensive care unit.

Keywords: Interpersonal psychotherapy, postpartum depression, Neonatal intensive care unit

***Corresponding Author:**
Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Tel: 09126232569
E-mail: Esmaelzadeh1360@gmail.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.15]