

فرشته پویان^۱، مهناز اکبری
کامرانی^۲، میترا رحیم زاده^۲، سارا
اسمعیل زاده ساعیه^۳

^۱دانشجوی کمیته تحقیقات، کارشناسی
ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم
پزشکی البرز، کرج، ایران
^۲مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر
سلامت، دانشگاه علوم پزشکی
البرز، کرج، ایران
^۳دانشیار بهداشت باروری، مرکز تحقیقات
عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، کرج، ایران

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

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 ۹۲ مادر نخست زا دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان کمالی صورت گرفت. روش نمونه‌گیری 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 ۳ جلسه مشاوره روان‌درمانی بین فردی، دریافت کردند. ابزار گرد آوری اطلاعات در این 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 ($p=0/000$) و بین دو گروه نیز اختلاف معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p=0/000$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به تاثیر روان درمانی بین فردی بر افسردگی پس از زایمان و همچنین کوتاه و کم 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

مقدمه

بارداری، زایمان، دوران بعد از آن و مادر شدن دوران حساس و پیچیده‌ای در زندگی یک زن است و از مهم‌ترین وقایع زندگی زنان می‌باشد^{۱،۲}. تولد نوزاد یک رویداد هیجان‌انگیز 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. سالانه حدود ۱۵ میلیون نوزاد پیش از موعد به دنیا می‌آیند^۴. که حدود ۱۱ درصد از کل تولدها را شامل می‌شود. بیش از ۶۰ 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 ۵/۶ تا ۳۹/۴ درصد گزارش شده است^۶. تولد نوزاد نارس پیامدهای نامطلوبی برای نوزاد و والدین به دلیل عوارض و مرگ و میر و همچنین فشار روی خانواده و هزینه‌های بهداشتی درمانی دارد. ممکن است که بعد از تولد نوزاد به طور غیر منتظرانه ای از والدین خود جدا شود^۷. در مقایسه با نوزادان ترم، این نوزادان در معرض خطر بالاتری از ناتوانی‌ها شامل فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات بینایی، کاهش شنوایی، تأخیر تکلم، مشکلات عاطفی، رفتاری و یادگیری قرار دارند^۸. 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^۹. 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 آسیایی ۳/۶۳-۵/۳ درصد گزارش شده است^{۱۱}. با توجه به عوارض بالقوه افسردگی برای مادر، نوزاد و دیگر اعضای خانواده می‌توان چنین استدلال کرد که PPD یک از موضوع‌های 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 مهارت‌های مادری می‌باشد^{۱۲}. تعداد زیادی از مادران پس از بستری شدن نوزادشان در بخش مراقبت ویژه دچار اضطراب و حتی مواردی از افسردگی می‌شوند. در ۲۸٪ تا ۷۰٪ موارد، درجات قابل توجهی 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 و پیشرفت 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 روش‌های مناسب بدست آوردن اطلاعات درست در گیر کردن والدین در امر مراقبت از نوزادشان است. حمایت عاطفی و اطلاعاتی در بیمارستان، برای والدین نه تنها خانواده‌ها را در سازگاری با بستری شدن نوزاد و ملاقات‌های سرپایی کمک می‌کند بلکه به والدین این توانایی را می‌دهد تا بعد از ترخیص کودکشان، درمان را در منزل ادامه دهند^{۱۴}.

از طرف دیگر به دلیل این که در ابتدا و حتی در اولین روزهای بعد از تولد، در برخی از بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان والدین اجازه آغوش گرفتن، تغذیه لمس و بروز احساسات خود را ندارند و همچنین از جانب پرسنل حمایت‌های لازم و اطلاعات کافی را دریافت نکرده‌اند دچار استرس ترس و گوشه‌گیری می‌شوند^{۱۵}. یکی از راه‌های حمایتی برای این مادران می‌تواند مشاوره بر طبق رویکرد روان‌درمانی بین فردی (IPT) می‌باشد. روان‌درمانی بین فردی یکی از روان‌درمانی‌هایی است که در دستورالعمل‌های روانپزشکی و پزشکان عمومی آمریکا برای افسردگی معرفی شده است^{۱۶}. شواهد نشان می‌دهد که IPT می‌تواند یک چارچوب مفید برای توسعه برنامه‌های 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 درگیر هستند و دومین مرحله آن به زنان برای بدست آوردن یا استفاده بهتر از شبکه‌های حمایت اجتماعی کمک می‌کند، به طوری

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 و کسب رضایت نامه شفاهی و کتبی، شروع به نمونه گیری به صورت در دسترس نموده و سپس نمونه ها 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 ۴ 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 گروه ها و قبل از شروع مطالعه در هر دو گروه نمره میزان انطباق با نقش مادری، استرس والدی و حیطة 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 ۲ جلسه مشاوره پشت سر هم به مدت ۶۰ دقیقه و یک جلسه پیگیری تلفنی پس از ترخیص از بیمارستان را بر طبق مداخله مطالعه جاو و همکاران که براساس رویکرد رواندرومانی بین فردی طراحی شده را دریافت نمودند، رویکرد رواندرومانی بین فردی شامل ارائه اطلاعات، روشن سازی، تجزیه و تحلیل اطلاعات، ایفای نقش، بارش افکار می باشد.^{۱۷}

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

جلسه اول: شامل توضیحات در زمینه اهداف مطالعه، مراقبتهای

که بتوانند این حمایت را در مواقع بحرانی که موجب دسترس می شود به کار گیرند.^{۱۷}

نتایج حاصل از پژوهش ها نشان داد که این رویکرد در درمان بسیاری از مشکلات روان شناختی مؤثر است. 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 نوزاد بستری 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 می باشد که تمامی مادران دارای زایمان زودرس در این استان به این بیمارستان ارجاع داده می شوند. 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 ۴۶ نفر در هر گروه بدست آمد.^{۱۸} نمونه گیری به صورت تصادفی و با استفاده از بلوک تصادفی چهار تایی انجام گرفت. در گروه مداخله ۲ نفر به علت عدم شرکت در دو جلسه از جلسات مشاوره حذف شدند و در گروه کنترل ۲ نفر به علت عدم تمایل به ادامه شرکت در ادامه پژوهش حذف شدند و در نهایت مطالعه با ۴۴ نفر در گروه مداخله و ۴۳ نفر گروه کنترل ادامه یافت.

معیارهای ورود به مطالعه: ایرانی بودن، مسلط به زبان فارسی، بارداری اول، دارای حاملگی خواسته، سن بارداری (۲۸-۳۴) 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

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 و همسرش 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 ۹۵/۱۲/۱۴ 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 اندازه‌های تکراری استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون مویچلی نشان می‌دهد فرض کرویت برقرار است

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 استراتژی‌هایی جهت تطابق با استرس‌های وارده بود.

جلسه دوم: شامل ارائه اطلاعاتی در زمینه گسترش و بهبود حمایت اجتماعی، تشخیص و مقابله با تعارضات فردی، آموزش مهارت‌های حل مسائل، آموزش و بهبود مهارت‌های 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 مهارت‌های آموزش داده شده، توصیه در مورد مشکلات پیش آمده پس از خروج از بیمارستان، نگرانی‌های 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 کتابچه‌ای 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 نمونه‌های 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 بین ۳۰-۰ 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 ۰/۷۷ و ضریب همبستگی ۰/۸۸ روانسنجی شده است.^{۱۹}

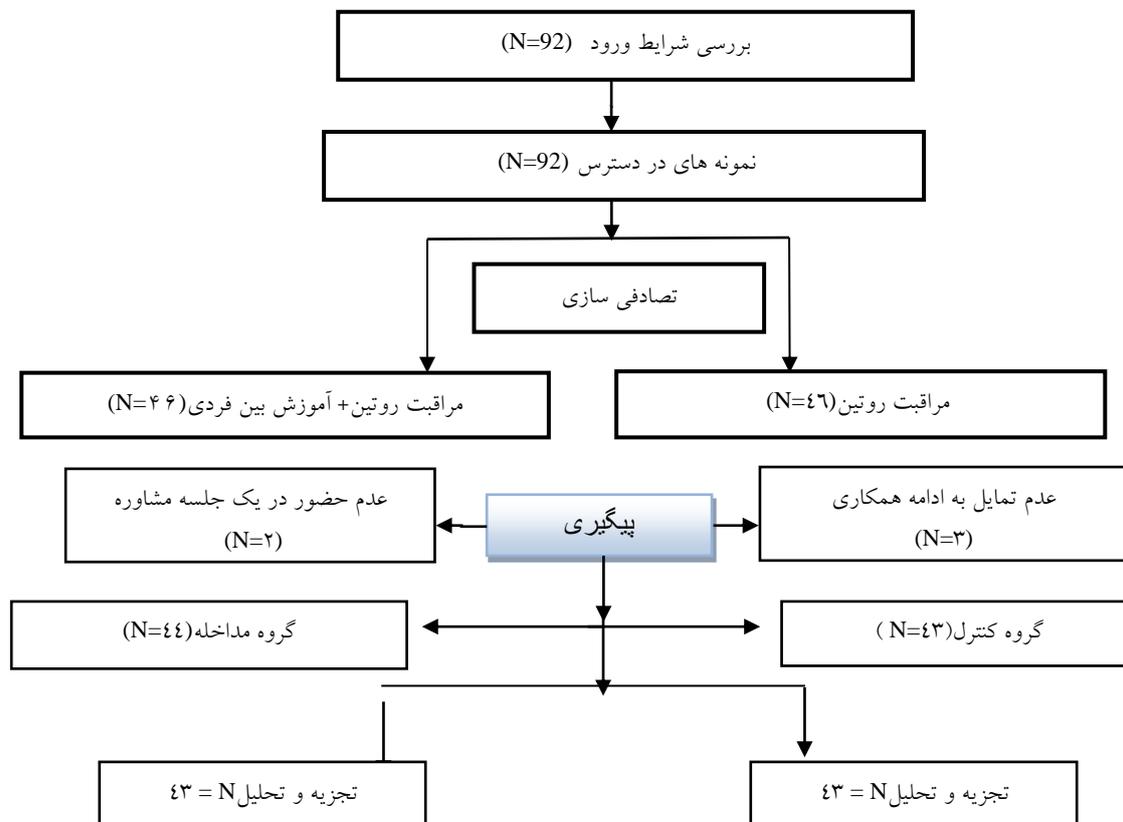
جهت رعایت اخلاق در پژوهش مشارکت کنندگان گروه کنترل در صورت تمایل پس از پایان پژوهش کتابچه‌ای در زمینه موارد مشاوره داده شده را دریافت می‌کردند. جلسات آموزشی در روزهای متوالی در محل برگزاری کلاس آموزشی بخش مراقبت ویژه نوزادان

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

متغیر	مداخله	کنترل	pvalue
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
شغل مادر			
خانه دار	۳۷(۸۴/۰۹)	۳۶(۸۳/۷۳)	
شاغل	۷(۱۵/۹۹)	۷(۱۶/۲۷)	۲/۲۲*
سن بارداری بر اساس هفته			
۲۸ تا ۳۰ هفته	۱۵(۳۴/۰۹)	۱۰(۲۳/۲۵)	۱/۲**
۳۱ تا ۳۴ هفته	۲۹(۶۵/۹۱)	۳۳(۷۶/۷۵)	
نوع زایمان			
طبیعی	۱۶(۳۶/۳۶)	۱۹(۴۴/۱۸)	۰/۵۵**
سزارین	۲۸(۶۳/۶۴)	۲۴(۵۵/۸۲)	
تحصیلات			
زیر دیپلم	۱۲(۲۷/۲)	۱۹(۴۴/۱)	
دیپلم	۲۳(۵۲/۲۷)	۱۸(۴۱/۸۶)	
دانشگاهی	۹(۲۰/۴۵)	۶(۱۳/۹۶)	
جنس نوزاد			
دختر	۲۱(۴۷/۷۳)	۲۰(۴۶/۵۱)	۰/۰۱۳**
پسر	۲۳(۵۲/۲۷)	۲۳(۵۳/۴۸)	
خواسته یا ناخواسته بودن بارداری			
مدت زمان بستری نوزاد			
کمتر از ۷۲ ساعت	۱۱(۲۵)	۱۷(۳۹/۵۳)	۲/۱*
۳ روز تا ۱۰ روز	۱۶(۳۶/۳۶)	۱۲(۲۷/۹۱)	
۱۱ روز تا ۲۰ روز	۱۳(۲۹/۵۵)	۱۱(۲۵/۵۸)	
۲۱ روز و بالاتر	۴(۹/۰۹)	۳(۶/۹۸)	
دریافت مراقبت های دوران بارداری			
بلی	۴۲(۹۵/۴۵)	۴۲(۹۷/۶۸)	۰/۳*
خیر	۲(۴/۵۵)	۱(۲/۳۲)	
حمایت اطرافیان			
بلی	۳۷(۸۴/۰۹)	۳۹(۹۰/۷۰)	۰/۸**
خیر	۷(۱۵/۹۱)	۴(۹/۳۰)	

*فیشتر **کای دو

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	نمره بلافاصله پس از مداخله	نمره ۲ هفته پس از مداخله	نتیجه آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر
میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	Sphericity assumed
مداخله	۱۷/۳ ± ۱۸۳/۰۶۸	۱۴/۲ ± ۷۰۴/۷۷۵	۱۲/۲ ± ۴۳۱/۶۶۲	درون گروهی
افسردگی پس از زایمان				بین گروهی
				F= ۵۰/۷۱۵
				P= ۰/۰۰۰
کنترل	۱۷/۳ ± ۸۶۰/۲۴۰	۱۷/۳ ± ۸۳۷/۲۴۳	۳ ± ۱۷/۰۳۹	درون گروهی
نتیجه آزمون موچلی				P= ۰/۰۰۰
				F= ۲۴۹
				P= ۰/۰۰۰

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

($\chi^2 = ۰/۹۴۷$, $p = ۰/۴۲$) لذا آزمون اندازه‌گیری 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 شماره ۲). بنابراین مشاوره روابط بین فردی تاثیر معناداری بر افسردگی پس از

و مشکلات روانشناختی زنان نخست‌زا را در بعد از زایمان نشان دادند.^{۱۷} مطالعات قبلی اثر روان‌درمانی بین فردی را کوتاه مدت گزارش کرده‌اند. 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 نموده‌اند.^{۲۸}

در این مطالعه افسردگی پس از زایمان بلافاصله و ۲ هفته پس از مداخله اندازه‌گیری شد. از محدودیت‌های این پژوهش زمان پیگیری پس از مداخله بود که پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای طولانی‌تر جهت بررسی تداوم برنامه روان‌درمانی بین فردی صورت گیرد، همچنین پیشنهاد می‌شود تا مطالعاتی جهت تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر روان‌درمانی بین فردی با حضور پدران نوزادان بستری در بخش‌های مراقبت ویژه انجام گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان دهنده تاثیر روان‌درمانی بین فردی بر افسردگی پس از زایمان مادران نخست‌زا 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 برنامه‌های 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'

افسردگی پس از زایمان می‌شوند، به طوری که ۰/۲۱ درصد از مادران نوزادان نارس تقریباً 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 بودن با دیگر نوزادان منجر به ناراضی‌های مادران شده و سلامت روانی مادران در معرض خطر قرار می‌گیرد، که زمینه‌ساز افسردگی پس از زایمان است.^{۲۰} از طرف دیگر مطالعات نشان داده‌اند که تاخیرهای شناختی و حرکتی نیز در کودکانی که مادرانشان دچار افسردگی پس از زایمان بوده‌اند دیده شده است.^{۲۱} تولد نوزاد نارس در زنان نخست‌زا می‌تواند تاثیر بسزایی بر سلامت روانی مادر داشته باشد، مداخلات مشاوره‌ای روان‌درمانی بین فردی 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} روان‌درمانی بین فردی با ایجاد راه‌حل‌های 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 روان‌درمانی بین فردی بر افسردگی پس از زایمان در زنان دارای نوزاد نارس موثر است. نتیجه این مطالعه با مطالعات بسیاری همسواست. احمدی و همکاران در مطالعه‌ای تاثیر روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت را بر کاهش علائم افسردگی و بهزیستی روانی زنان نشان دادند.^{۲۴} در مطالعاتی تاثیر اثربخشی روان‌درمانی بین فردی کوتاه مدت بر افسردگی دوران بارداری^{۲۵}، اضطراب و سطح کورتیزول^{۲۶} و تاثیر ترکیب ماساژ درمانی با روان‌درمانی بین فردی بر افسردگی قبل از زایمان نشان داده شد.^{۲۷} گائو و همکاران در مطالعه‌ای تاثیر برنامه آموزش روان‌درمانی بین فردی بر افسردگی

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.

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. Benzie 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. Kaarensen 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-Physician 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-IGWX, 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

Fereshteh Pouyan¹, Mahnaz Akbari Kamrani², Mitra Rahimzadeh², and Sara Esmaelzadeh-Saeieh^{3*}

¹Student Research Committee, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

²Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

³Corresponding 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