

نقش حمایتی ماما در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان

روشنک حسن زهرایی* فریبا فهامی* محسن یزدانی* زهرا احمدی** دکتر نصراله بشردوست***

Supportive role of the midwife in preventing postpartum depression

R. Hassan Zahraee

F. Fahami

M. yazdani

Z. Ahmadi

N. Bashardoost

□ Abstract

Background : Regarding adverse effects of postpartum depression on mother- neonate relation as well as the relation between the couples, the importance of detecting practical & effective ways to prevent this disorder seems essential.

Objective : To determine the supportive role of the midwife in preventing postpartum depression.

Methods : In this semi- experimental study & through a systematic randomization 100 primiparus women referred to Esfahan Shahid Beheshty hospital in 2000-2001 were divided into 2 groups of 50. The case group received emotional & informational support of midwife on 2nd & 10th days of postpartum. Finally on 45th day of postpartum the depression of the case group (supported) was compared with the control group (unsupported) using EPDS.

Findings: Depression score mean in the supported group was 9.44 ± 4.79 and in unsupported group was 12.600 ± 4.67 . The difference was statistically significant ($P= 0.004$).

Conclusion : Support is an effective factor in preventing postpartum depression and presented by midwife it can considerably reduce postpartum depression.

Keywords: Supportive Role Of Midwife, Prevention, Postpartum Depression

□ چکیده

زمینه : با توجه به اثرات سوء افسردگی پس از زایمان بر ارتباط مادر و کودک و زن و شوهر اهمیت شناسایی راه‌های عملی در پیشگیری از این اختلال، ضروری به نظر می‌رسد.

هدف: مطالعه به منظور تعیین نقش حمایتی ماما در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی، ۱۰۰ خانم اول زاکه در سال ۸۰-۱۳۷۹ جهت انجام زایمان به بیمارستان شهید بهشتی اصفهان مراجعه نموده بودند، به روش تصادفی منظم به دو گروه ۵۰ نفری تقسیم شدند. گروه مورد، در روزهای دوم و دهم بعد از زایمان تحت حمایت عاطفی -اطلاعاتی ماما قرار گرفتند و ۴۵ روز بعد از زایمان با گروه شاهد از نظر افسردگی پس از زایمان به کمک آزمون ادینبرگ مقایسه شدند. داده‌ها با آزمون آماری t تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره افسردگی در گروه حمایت شده 9.44 ± 4.79 و در گروه حمایت نشده 12.600 ± 4.67 بود و تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر داشتند ($P=0/004$).

نتیجه‌گیری: ارائه حمایت توسط ماما افسردگی پس از زایمان را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد.

کلید واژه‌ها: نقش حمایتی ماما، پیشگیری، افسردگی پس از زایمان

* مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

** کارشناس ارشد مامایی

*** استادیار گروه آمار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

□ مقدمه:

دارند. (۱۴) محققین معتقدند، ماماها می‌توانند تأمین کننده بهداشت و سلامت تمام افراد خانواده باشند، خانواده‌هایی را که نسبت به افسردگی آسیب پذیرند به موقع تشخیص دهند و درصدد پیشگیری مناسب برآیند. (۸) لذا این مطالعه به منظور تعیین نقش حمایتی ماما در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان انجام شد.

□ مواد و روش‌ها:

این مطالعه نیمه تجربی بر روی خانم‌های اول زا که روز دوم پس از زایمان خود را در بیمارستان شهید بهشتی اصفهان می‌گذراندند (از تاریخ ۸/۲/۸۰ لغایت ۱۷/۵/۸۰) انجام شد. تعداد نمونه با دقت ۰/۰۵ و اطمینان ۹۵ درصد، ۱۰۰ نفر محاسبه شد.

شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از: خانم‌های نخست زای شوهر دار باسواد؛ خانم‌هایی که نوزاد ترم با وزن طبیعی به دنیا آورده بودند؛ خانم‌هایی که تک قلو زایمان کرده بودند؛ خانم‌هایی که مراقبت دوران بارداری داشتند؛ خانم‌هایی که ملیت ایرانی داشتند و ساکن شهر اصفهان بودند.

شرایط عدم پذیرش در مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به بیماری‌هایی که خود باعث بروز افسردگی می‌شدند؛ مصرف داروهایی که علائم افسردگی ایجاد می‌کردند؛ مادرانی که نوزادشان در بخش مراقبت‌های ویژه بستری بود؛ مادرانی که به مراقبت‌های ویژه نیاز داشتند؛ مادرانی که عوارض پس از زایمان فعلی‌شان به بستری شدن در بیمارستان منجر شده بود؛ کلیه شرایطی که عوارض آنها پس از زایمان باقی مانده بود شامل وجود حوادث استرس‌آور زندگی در طی یک سال گذشته، دارا بودن علائم افسردگی در طی بارداری،

افسردگی پس از زایمان یک اختلال خلقی با درجات متغیر است که در سال اول پس از زایمان اتفاق می‌افتد. (۱۵) این امر نه تنها برای خود فرد بلکه برای همسر و فرزندان او زجرآور و به دلایل زیر حائز اهمیت است. یکی این که عارضه‌ای شایع است و در برخی تحقیقات شیوع آن تا ۳۴ درصد گزارش شده است. (۱۷) افسردگی پس از زایمان علاوه بر اثرات زیان‌بخش در روابط مادر و کودک، ارتباط با همسر را نیز مختل می‌کند و همسران زنان افسرده اغلب دچار افسردگی می‌شوند. (۳) افسردگی پس از زایمان در صورتی که برطرف نشود ممکن است به طلاق و جدایی منجر شود. (۸) از سوی دیگر ارتباط ضعیف بین مادر و کودک، تکامل شناختی کودک را به طور زیان‌باری تحت تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است به ناتوانی وی در انجام کار و اختلال‌های رفتاری منجر شود. (۱۲،۳) همچنین در افسردگی پس از زایمان احتمال صدمه به نوزاد و خودکشی وجود دارد. (۱۰)

ماما به واسطه نقش‌های مختلف مراقبتی، آموزشی، مشاوره‌ای و حمایتی خویش از فرصت‌های بی‌مانندی در جهت پیشگیری از عوارض روحی و ارتقای بهداشت روانی مادر، کودک و خانواده بهره‌مند است. (۸) تحقیقات نشان داده‌اند مادرانی که پس از زایمان، اقدام‌های مداخله‌ای نظیر حمایت، مشاوره، درک، توجه و توضیح از جانب ماما دریافت کرده‌اند در مقایسه با گروه کنترل به میزان کمتری به اضطراب و افسردگی مبتلا شده‌اند. (۴)

پژوهش سال ۱۹۹۸ نشان داد گروه‌های بهداشتی به خصوص ماماها نقش ارزنده‌ای در مداخله برای سازگاری مادر با وضعیت جدید و مسئولیت مادری

مادران به آنان توصیه شد که در روز دهم پس از زایمان برای انجام معاینه‌های لازم به طور قطع به بیمارستان شهید بهشتی مراجعه نمایند. در هنگام ترخیص یک کتابچه آموزشی جامع و کامل تحت عنوان راهنمای مراقبت‌های پس از زایمان از مادر و نوزاد که توسط محقق تهیه شده بود و اساتید آن را تأیید کرده بودند، در اختیار مادر قرار گرفت.

جلسه دوم (روز دهم پس از زایمان) علاوه بر بررسی مشکلات و ناراحتی‌های مادر بیشترین تمرکز بر چگونگی مراقبت‌های جسمی و عاطفی از نوزاد بود و در مورد نحوه تغذیه نوزاد، مراقبت از نوزاد و چگونگی ایجاد ارتباط عاطفی مناسب بین مادر و نوزاد و سایر مواردی که مادران مشکلات جسمی یا روحی داشتند، صحبت شد و راهنمایی عملی و مؤثر در این زمینه ارائه گردید.

در روز ۴۵ بعد از زایمان، با فراهم آوردن شرایط مناسب آزمون ادینبرگ که ابزار تعیین افسردگی پس از زایمان است، برای هر دو گروه انجام شد.

به خانم‌هایی که نمره مساوی یا بالاتر از ۱۲ کسب می‌کردند، توصیه می‌شد به روان‌پزشک مراجعه کنند.

داده‌ها با نرم‌افزار آماری Spss و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی، t و کای دو تجزیه و تحلیل شدند. در کلیه آزمون‌ها حداکثر خطای ۰.۵٪ مورد پذیرش قرار گرفت.

④ یافته‌ها:

محدوده سنی خانم‌های مورد مطالعه ۱۶ تا ۳۰ سال بود. میانگین سنی گروه حمایت شده $21/4 \pm 2/62$ و گروه حمایت نشده $22/4 \pm 3/02$ سال بود. نمره آزمون افسردگی از ۱ تا ۲۱ در گروه حمایت شده و از ۴

سابقه خلق افسرده، سابقه فامیلی افسردگی پس از زایمان در اقوام درجه یک، سابقه نازایی، سابقه سقط جنین، نوزاد مرده به دنیا آمده در حاملگی، ناهنجاری نوزاد.

گروه‌های مورد و شاهد با نمونه‌گیری احتمالی منظم انتخاب شدند، مشخصات دموگرافیک، آدرس و تلفن گروه شاهد یادداشت گردید و سپس وعده ملاقاتی برای روز ۴۵ بعد از زایمان گذاشته شد که به بیمارستان شهید بهشتی مراجعه نمایند. در ضمن کارت ویژه پژوهش در اختیار آنها قرار گرفت. سپس افراد گروه مورد هر کدام به نوبت به اتاق مخصوص هدایت شدند که این اتاق خلوت و ساکت بود و یک تختخواب برای مادر در آن وجود داشت. پژوهش‌گر با معرفی خود و توضیح در مورد اهداف کلی پژوهش جلسه را شروع کرد و با مهارت‌های ارتباطی مناسب ابتدا سعی بر ایجاد جو مناسبی جهت صحبت با مادر نمود و تنها به گفته‌های وی گوش فرا داد. مادر تشویق شد که در مورد تجارب زایمانی خود صحبت کند. همچنین به سؤال‌های مادر در زمینه مراقبت از خود و نوزادش پاسخ داده شد. محقق سعی نمود تا به مادر اعتماد به نفس بخشد، او را سرزنش نکند، به او اطمینان خاطر بخشد و به روش مثبت کلامی یا غیرکلامی او را تأیید نماید.

سپس با دادن کارت ویژه پژوهش، به مادر توصیه شد که تا روز ۴۵ پس از زایمان این کارت را به همراه داشته باشد و در صورت وجود هرگونه مشکل با در دست داشتن این کارت به بیمارستان بهشتی مراجعه و از پزشک یا مامای معالج بخواهد که علت مراجعه وی را در کارت ویژه ثبت نماید. در ضمن با ثبت مشخصات دموگرافیک، آدرس و شماره تلفن هریک از

جدول ۱:

فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب افسردگی پس از زایمان در گروه شاهد و مورد

| جمع | | حمایت نشده | | حمایت شده | | گروه |
|-------|-------|------------|-------|-----------|-------|----------------------|
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | افسردگی پس از زایمان |
| ۴۴/۴۴ | ۳۶ | ۵۷/۵ | ۲۳ | ۳۱/۷ | ۱۳ | دارد |
| ۵۵/۵۶ | ۴۵ | ۴۲/۵ | ۱۷ | ۶۸/۳ | ۲۸ | ندارد |
| ۱۰۰ | ۸۱ | ۱۰۰ | ۴۰ | ۱۰۰ | ۴۱ | جمع |

استرس توانایی بیشتری دارند؛ در نتیجه کمتر به افسردگی مبتلا می‌شوند. (۱)

حمایت اجتماعی به توسعه راهکار سازگاری حمایت کننده از سلامت فرد کمک می‌نماید. (۵)

لاوندیر و وال کین شوگزارش کرده‌اند که حمایت‌های عاطفی ماما در دوره پس از زایمان اضطراب و افسردگی دوره پس از زایمان را کاهش می‌دهد. (۴)

ماتنر نیز گزارش کرد که حمایت عاطفی ماما از بروز مشکلات عاطفی مادران جلوگیری می‌نماید و در کمک به مادران افسرده یا در معرض خطر افسردگی پس از زایمان، نقش مهمی دارد. (۹)

تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که حمایت ارائه شده به مادران در دوره پس از زایمان آنها را برای سازگاری با احساساتشان یاری می‌کند و در بهبودی عاطفی و سازگاری آنان با نقش مادری سهم مهمی دارد. (۱۵)

حمایت‌های روحی و روانی که توسط ماما در دوره پس از زایمان ارائه می‌شود و بر احساسات مادران متمرکز است، تأثیر بسیار مفیدی در بهداشت روانی مادران دارد. (۱۶) حمایت ماما در برگزیده اقدام‌های مداخله‌ای است که با کمک آن می‌توان از اثرات زیان بار استرس و افسردگی مادر پیشگیری نمود از قبیل

تا ۲۳ در گروه حمایت نشده متغیر بود. میانگین نمره افسردگی گروه حمایت شده $9/43 \pm 4/8$ و گروه حمایت نشده $12/6 \pm 4/7$ بود که از نظر آماری تفاوت معنی داری با هم داشتند ($P=0/004$) (جدول شماره ۱). در این پژوهش بین افراد دو گروه از نظر مشخصات فردی همسانی وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌ها نشان داد ارائه حمایت عاطفی و اطلاعاتی توسط ماما، افسردگی پس از زایمان را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد که این یافته‌ها با سایر مطالعه‌ها مطابقت دارد. (۱۳ و ۱۴)

مطابق نظر کوک تنها عاملی که نقش مهمی را به طور عمده و مداوم در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان ایفا می‌کند، حمایت اجتماعی است. (۱۷)

گنجی می‌نویسد: دوستان، والدین و سازمان‌های اجتماعی می‌توانند برای رویه‌رو شدن با استرس کمک‌های خوبی باشند. حمایت اطرافیان می‌تواند از شدت استرس‌های زندگی کاسته و بسیاری از گرفتاری‌ها را کاهش دهد. (۲) همچنین به نظر می‌رسد افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، استرس کمتری را تجربه می‌کنند و برای کنار آمدن با

1998 July/ August; 23(4): 198

7. Logsdon M, Cynthia, Birkimor, waynem. The link of social support and postpartum depression symptoms in Aferican- American women with low incomes. MCN 2000 september/ october; 25(5): 262-6 ([http:// www. nursing center. com](http://www.nursingcenter.com))

8. Martell Louis. Postpartum depression as a family problem. MCN 1990 March/ April; 15: 90-3

9. Mauthner Natasha S. Postnatal depression: how can midwives help?. Midwifery 1997; 163-71

10. May, Katharya, Mahlmeister. Comprehensive maternity manual. USA, J B Lippincott, 1990, 767

11. MCveigh C A. Satisfaction with social support and functional status after childbirth. MCN 2000 January/ Febuary; 25(1): 25-30

12. Murray, Lynnt. Postnatal depression and infant development. B M J 1996; 302: 978

13. Seguin, potvin, Denis, Loisselle. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. Birth 1999 sep; 26(3): 157-63

14. Straub, Curtis, Iverson, Jacobs, meyer, Anderson, Sorenson. Produtive nursing: the evolution of a task force to help women with postpartum depression. MCN AM J Matern Child Nurs 1998 sep/oct; 23(5): 262-5

15. Sweet Betty et al. May's midwifery text book.

حمایت روحی و روانی، گوش فرادادن به تجارب زایمانی مادر، تکمیل نمودن تجارب زایمانی، درک و فهم مشکلات و ناراحتی مادر، کمک به رفع مشکلات مادر، توجه عاطفی به مادر و ارائه توضیحات کافی و جامع در زمینه مراقبت از مادر و نوزاد. (۶۴)

لذا پیشنهاد می شود با آموزش دقیق، ماماها را به ارزش و نقش کاری خود واقف کرد و از نیروی سازنده آنان جهت مشاوره و آموزش مادران در دوره حاملگی و پس از زایمان استفاده نمود. مسئولین وزارت بهداشت نیز می توانند با برنامه ریزی جهت استفاده بهینه از نیروی مامایی در کشور، خدمات گسترده مامایی شامل خدمات بهداشتی و روانی در دوره بارداری و پس از زایمان ایجاد نمایند.

▣ مراجع:

۱- قریشی زاده سید محمدعلی. نقش روانپزشک در کمک به بیماران برای مقابله با استرس. مجله نبض، ۲، ۱۴، ۱۳۷۲

۲- گنجی حمزه. بهداشت روانی. تهران، نشر ارسباران، زمستان ۱۳۷۶، ۸۵

3. Bewely C. Postnatal depression. Journal nursing standard 1999; 13(16): 49-52

4. Lavender, Walkinshaw. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity?. Birth 1998; 25(4): 215

5. Lesley, A P. The new midwifery, science and sensitivity in practice. Churchill Livingston, 2000, 247

6. Logsdon, Winders. Guiding mothers of high risk infants in obtaining social support. MCN

Bailliere tindal, W B Sanders, 1997, 729,477

16. Ugarriza D. *Postpartum affective disorder: incidence and treatment. J psychosoc nurs* 1992; 30(5): 32

17. Wolman, Chalmers, Nicoden. *Postpartum depression and companionship in the clinical birth enviroment. AM J Obstet Gynecol* 1993; 168(5): 1388