

Effect of Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing Postpartum Depression and Increasing Marital Satisfaction in Women with Postpartum Depression Disorder: A Single Case Study

Gholamreza Rajabi ^{1,*}, Shahla Molavi ², Mansor Sudani ³

¹ Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

² MA, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

³ Associate Professor, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

* **Corresponding author:** Gholamreza Rajabi, Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: rajabireza@scu.ac.ir

Received: 17 Apr 2017

Accepted: 06 Feb 2018

Abstract

Introduction: This research aimed to examine the effect of cognitive-behavioral therapy in reducing depression and increasing marital satisfaction in two women referred to Ravan Asa counseling center of Ahvaz city.

Methods: Two women with postpartum depression disorder in companion with their husbands were selected using purposive-voluntary sampling method, clinical structures interview, and Edinburgh Postpartum Depression Inventory and in accordance with the inclusion and exclusion criteria. The research plan was single case empirical plan multiple baseline. Two women with postpartum depression disorder participated in cognitive-behavioral therapy and in baseline, therapy and following a month stages, and completed Short form of the Beck Depression Inventory (BDI-13) and Marital Satisfaction Scale. Data analysis was conducted using visual depiction, Reliable Change Index (RCI), and recovery percent.

Results: The findings showed that the effect of partial recovery percent of cognitive-behavioral therapy for the first woman in decreasing depression was 24.17% and in the second woman was 20.92% and in increasing marital satisfaction in first woman 34.74% and in second woman 30.20%.

Conclusions: Thus, according to the findings, can say that the therapy is effective in reduce depression and increase marital satisfaction in women with postpartum depression disorder. Therefore, it is recommended that therapists and psychiatric nurses use this treatment to improve the relative and reduce the symptoms of depression in women with postpartum depression.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Postpartum Depression, Depression, Marital Satisfaction



تأثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان: یک مطالعه تک موردی

غلامرضا رجیبی^{۱*}، شهلا مولوی^۲، منصور سودانی^۳

^۱ استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

^۲ دانش آموخته کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

^۳ دانشیار، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

* نویسنده مسئول: غلامرضا رجیبی، استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. ایمیل: rajabireza@scu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۱/۲۸

چکیده

مقدمه: غم و غصه‌های پس از زایمان در اکثریت زنان در دو هفته بعد از زایمان با نشانه‌های ملامت، خلق ناپایدار، گریه کردن، اضطراب، بی‌خوابی، اشتهای ضعیف و بی‌قراری رخ می‌دهد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی اختلال افسردگی پس از زایمان در دو زن مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره روان آسا در شهر اهواز انجام گرفت. **روش کار:** این پژوهش از نوع طرح تجربی تک موردی خط پایه چند گانه بود. دو زن مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان همراه با همسرانشان با روش نمونه‌گیری هدفمند-داوطلب، مصاحبه تشخیصی بالینی، پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. دو زن مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری ۱ ماهه پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک (BDI-13) و مقیاس رضایت زناشویی را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و درصد بهبودی انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که تأثیر بهبودی نسبی درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی زن اول ۲۴/۱۷ درصد و در زن دوم ۲۰/۹۲ درصد و در افزایش رضایت زناشویی زن اول ۳۴/۷۴ درصد و در زن دوم ۳۰/۲۰ درصد بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها این درمان در کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی به طور نسبی مؤثر است. لذا پیشنهاد می‌شود که درمانگران و پرستاران روانی از این درمان برای بهبود نسبی و کاهش نشانه‌های زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان استفاده کنند.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

آغاز نشانه افسردگی پس از زایمان در ۴ هفته بعد از تولد نوزاد محدود می‌کند [۵]، تعدادی از متخصصان و پژوهشگران در بررسی نشانه‌ها یک دوره ۱۲ ماهه بعد از زایمان را در نظر گرفته‌اند [۶]. این اختلال توسط نوعی از نشانه‌های روانی و فیزیکی مشخص شده است و پریشانی و تغییرات تخریب‌کننده‌ای در کارکردهای زندگی ایجاد می‌کند منجمله کاهش خلق یا فعالیت درد اغلب روز، کاهش قابل ملاحظه علاقه یا لذت در همه موارد، کاهش یا افزایش اشتها، کاهش یا افزایش وزن، بی‌خوابی یا پر خوابی، کندی روانی-حرکتی، احساس بی‌ارزشی یا گناه نامناسب، کاهش توانایی برای تفکر یا تمرکز و تفکرات عودکننده مرگ یا خودکشی (با یا بدون برنامه) [۷]. غم و غصه‌های پس از زایمان در اکثریت زنان در دو هفته بعد از زایمان رخ می‌دهند، توسط ملامت،

افسردگی پس از زایمان (PPD: Postpartum Depression) یک نگرانی سلامتی عمومی عمده ملاحظه می‌شود [۱]. PPD به طور منفی بر احساس‌ها، رفتار و رفتار شناختی مادر اثر می‌گذارد [۲]. دامنه شیوع PPD از صفر درصد در تعدادی از کشورها، مانند سنگاپور، دانمارک، مالت، مالزی و استرالیا [۳] تا ۶۱٪ در کینه تا ایران [۴] گزارش شده است. اختلال‌های روانپزشکی پس از زایمان دامنه‌ای از «غم و غصه‌های» ملایم و عمومی پس از زایمان تا شیوع‌های خیلی نادرتر از روانپزشکی شدید پس از زایمان هستند. شایع‌ترین اختلال مطالعه شده پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان است. اگرچه راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی-ویرایش چهارم (DSM-IV-TR) ملاک (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders) ملاک

شناخت‌های منفی، افزایش خلق مثبت و فعالیت بیماران خلقی شده است [۲۹، ۳۰]. یافته‌های عمومی این را بیان می‌کنند که CBT برای درمان افسردگی یک تکنیک و یک جایگزین مناسب برای درمان‌های دارویی و بین فردی است. درمان شناختی-رفتاری CBT یک مداخله روانشناختی است که هدف آن کمک به بازسازی تفکرات، احساس‌ها، رفتارها و نشانه‌های فیزیکی درمانجویان است [۲۶، ۳۱-۳۳]. هدف تکنیک‌های شناختی شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر و تسهیل شناسایی علل افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زناشویی و روش‌هایی برای حفظ این تکنیک‌ها است. این درمان، بر زمان حال و افکار و رفتارهای اینجا و اکنون تمرکز دارد. درمانجویان و درمانگر به این موضوع می‌پردازند که چگونه فعالیت یا کمیود فعالیت با احساس خوب یا بد در ارتباط‌اند. همچنین در این نوع درمان گروهی انسان‌ها می‌توانند برای داشتن احساس بهتر، فعالیت‌هایی را شروع کنند و روش‌های غیرواقعی و تفکر منفی که می‌توانند باعث احساس افسردگی در آن‌ها شوند بررسی می‌کنیم. در سال‌های اخیر، برخی از پژوهشگران لزوم بررسی درمان از زوایای مختلف مورد بررسی قرار داده‌اند. به زعم آنها، در انتخاب درمان، میزان اثربخشی، هزینه‌های اقتصادی، عوارض جانبی ناشی از استفاده و نرخ پاسخ‌گویی به درمان باید مد نظر قرار بگیرند. این درمان از نظریه شناختی آرون بک اقتباس شده است [۳۴]. در طی سال‌ها فرم‌های گوناگونی از CBT توسط نظریه پردازان شاخص از جمله آلبرت آلیس [۳۵] و آرنولد لازاروس [۳۶] گسترش یافته‌اند. درمان شناختی-رفتاری یک روش درمانی مرکب از دو رویکرد رفتار درمانی و درمان شناختی است. در رویکرد درمان شناختی-رفتاری، همان طور که در بالا گفته شد، قسمت عمده درمان براساس اینجا و اکنون پایه ریزی شده است و هدف درمان و آموزش این است که درمانجویان به شیوه‌ای بتوانند تغییرات مطلوبی را در زندگی‌شان ایجاد نمایند [۳۷]. این روش درمانی در کل سازمان یافته و جهت بخش، مساله مدار و معطوف به عوامل تداوم بخش مشکلات است و نه منشأ آن [۳۸]. از ویژگی‌های این روش درمانی می‌توان کاربرد تکالیف منزل و پایین بودن احتمالی برگشت افسردگی را ذکر کرد [۳۹، ۴۰]. اجرای درمان شناختی-رفتاری به صورت گروهی نیز به لحاظ هزینه، صرفه جویی در وقت و همچنین امکان پسخوراند اعضای گروه از همدیگر یکی از روش‌های مورد علاقه درمانگران به حساب می‌آید [۴۱]. از سوی دیگر، جنبه رفتاری CBT آرمیدگی، هدف گذاری واقع‌گرایی و بازسازی فعالیت‌های روزانه را با هدف لذت و رضایت تشویق می‌کند [۴۲]. هدف این پژوهش بررسی دو فرضیه زیر است: ۱- درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش رضایت زناشویی زناشویی زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان می‌شود. و ۲- درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش نشانه‌های افسردگی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان می‌شود.

روش کار

تحقیق حاضر آزمایشی تک موردی (single case) از نوع خط پایه چند گانه (multiple base line) بود. در این طرح آزمایشی تک موردی گروه کنترل وجود ندارد و خط پایه هر زوج در حکم گروه کنترل خودش است و زوج‌ها به صورت هم‌زمان وارد مرحله خط پایه شدند و با قرار گرفتن به صورت تصادفی در یکی از جلسه‌های درمان

خلق ناپایدار، گریه کردن، اضطراب، بی‌خوابی، اشتها ضعیف و بی‌قراری مشخص می‌شوند [۸]. روان‌پریشی یا سیکوز پس از زایمان یک اختلال جدی‌تر اما نسبتاً نادر است که شیوع آن ۱ تا ۲ درصد است و با علائمی مانند فقدان توانایی‌های تفکر، توهم‌ها، هذیان‌ها و رفتار درهم‌ریخته و کاتاتونیک در ارتباط است [۸]. PPD تعدادی پیامدهای خاص دارد. اگرچه سعی برای خودکشی در این اختلال نسبت به دوره افسردگی عمده بدون پس از زایمان نادر است [۹]، PPD با کیفیت پایین زندگی و سلامت روانی ضعیف در مادران در ارتباط است، همچنین PPD اثرات نافی بر پیوند مادر - نوزاد دارد و بر رشد شناختی، عاطفی و رفتاری کودک اثر می‌گذارد [۱۰]. علاوه بر نشانه‌شناسی کلاسیک مرتبط با یک دوره افسردگی عمده، زنان با PPD اغلب فقدان اعتماد به نفس در توانایی‌هایشان را برای مراقبت از نوزادشان گزارش می‌دهند. اختلال‌های خواب و خستگی بعد از تولد نوزاد و در طی دوره پس از زایمان که تشخیص PPD را سخت می‌کنند شایع هستند [۱۱]. در نتیجه، درصد بزرگتری تا ۵۰ درصد از این اختلال بدون تشخیص برآورد شده است [۱۲]. تعدادی از مراحل زیستی خطرناک PPD از جمله عوامل ژنتیک [۱۳]، اپی‌ژنتیک [۱۴] و بی‌نظمی اندوکرینی [۱۵] و عوامل جمعیت‌شناختی و روان-اجتماعی مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی (سطح تحصیلات پایین، فقر، درآمد پایین و عدم استخدام)، فقدان حمایت اجتماعی، فقدان حمایت همسر، رویدادهای استرس‌زای زندگی، سوابق تجارب ضربه‌ای یا تروماتیک، سوءاستفاده فیزیکی توسط همسر شناسایی کرده‌اند [۲، ۱۶، ۱۷]. تعدادی از مطالعات اظهار می‌کنند که بخش اورژانس زنان و زایمان که عمل سزارین را تسریع می‌کند با خطر بالا برای PPD در ارتباط است [۱۸-۲۰]. شدت درد در طی زایمان و فقدان بیهوشی epidural در افزایش غم و غصه‌های پس از زایمان مشاهده شده است [۲۱]، اما نه برای PPD. برای تعدادی بارداری بدون برنامه‌ریزی به عنوان پیش‌بین آسیب‌پذیری به PD ملاحظه شده است [۲۲، ۲۳]. دیگر مطالعات نتایج ابهام‌انگیزی را گزارش می‌کنند (۲۰). این اختلاف در نتایج را شاید بتوان توسط تفاوت‌های روش‌شناختی تبیین کرد.

آقایی، جلالی و امین زاده نشان دادند که درمان CBT گروهی از درمان دارویی هائیبیران در کاهش شدت افسردگی اساسی زنان اثربخش‌تر است. در حالی که بین اثربخشی درمان CBT گروهی با درمان‌های دارویی فلوکستین و فلوکستین با هائیبیران تفاوتی دیده نمی‌شود [۲۴]. هولی است و همکاران دریافتند که بین نارضایتی زناشویی در زمان تولد فرزند با افسردگی در همان زنان و دو سال بعد رابطه وجود دارد [۲۵]. اندرسون، واتسون و دیویدسون نشان دادند که تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری باعث تسکین بیماران با اختلال‌های اضطرابی، افسردگی یا سازگاری می‌شود [۲۶]. لایدا و همکاران دریافتند که شرکت‌کنندگان در جلسات CBT گروهی به طور معناداری در پایان مداخله و پیگیری‌های ۳ و ۶ ماهه کاهش‌هایی را در اختلال خلق نشان دادند [۲۷]. رجبی، کارجو کسمایی و جباری نشان دادند که بین زوجین تحت آموزش شناختی (گروه آزمایش) و زوجین بدون مداخله شناختی (گروه کنترل) از لحاظ میزان افسردگی و رضایت زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد (کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زوجین مداخله شناختی) [۲۸]. اویی و سولیوان و دی رایس و فیلی دریافتند که مداخله درمانی CBT باعث کاهش

آزمودنی‌ها از میان زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان براساس ملاک‌های ورود، خروج، مصاحبه بالینی و نقطه برش مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ انتخاب شدند. ابتدا مصاحبه بالینی و تشخیصی توسط روان‌شناس بالینی صورت گرفت و سپس به منظور تأیید تشخیص روان‌شناس بالینی یک ابزار عینی برای تشخیص افسردگی پس از زایمان اعمال گردید. میزان افسردگی و رضایت زناشویی دو زن مبتلا به تشخیص اختلال افسردگی پس از زایمان طی دو هفته متوالی در طرح خط پایه به عمل آمد. بدین ترتیب زوج اول از هفته سوم وارد مرحله درمان شناختی-رفتاری شد و زوج دوم هنوز در مرحله خط پایه بود. به محض ورود زوج اول در مرحله دوم درمان زوج دوم وارد مرحله درمان گردید و الی آخر. در جلسه‌های دوم، پنجم، هشتم و دهم از درمان CBT از هر دو زن سنجش‌های افسردگی، رضایت زناشویی و یک پیگیری یک‌ماهه جهت ماندگاری درمان به عمل آمد. مداخله‌های درمان افسردگی پس از زایمان با محتوای درمان شناختی-رفتاری در ده جلسه یک و نیم‌ساعته و دو بار در هفته برگزار گردید. محتوای صورت جلسه درمان افسردگی پس از زایمان با محتوای شناختی-رفتاری به شرح زیر بود [۴۵].

جلسه مقدماتی: برقراری ارتباط، اعتماد و حسن تفاهم، آشنا کردن مراجع با شناخت درمانی، بررسی تجربه‌های افسردگی مراجع، توانایی‌ها، تاریخچه درمانی، حمایت کنونی، تعیین روز و زمان جلسات درمانی. جلسه اول: مفهوم سازی و برنامه ریزی برای درمان، آموزش به بیمار در مورد این اختلال، مدل شناختی، روند درمان، عادی نشان دادن مشکل مراجع و امید دادن به او، تعیین و شناسایی انتظارات مراجع از درمان، بحث درباره چطور افکار شما بر خلق شما تأثیر می‌گذارد؟ بررسی و یادگیری درباره اینکه افسردگی پس از زایمان چیست؟ معنی افسرده شدن چیست؟ تجارب تصویری از افسردگی، کمتر کردن یا حذف احساس‌های افسردگی و ارائه تکلیف خانگی شامل رسم دماسنج خلق، زمان بندی و یا بازبینی فعالیت‌ها. جلسه دوم: معرفی کامل افسردگی پس از زایمان، بحث درباره چطور افکارمان بر خلقمان تأثیر می‌گذارد، بحث درباره افکار چه هستند، مردم با فکر افسردگی چطور هستند، چگونه و چه افرادی فکر افسرده ندارند؟ تعریف افکار چه هستند، تمرین افکار مثبت به جای افکار منفی، مهارت‌های شناختی-رفتاری، ارائه تکالیف خانگی رسم دماسنج خلق، تهیه فهرست خطاهای شناختی و افکار مثبت و منفی. جلسه سوم: کمک به بیمار در انتخاب مشکل یا هدفی که بر آن تمرکز می‌کند، تقویت مدل شناختی و شناسایی افکار خود آیند، آشنا کردن بیشتر مراجع با شناخت درمانی، گسترش و بهبود افکار و کاهش افکار و احساس بد، ارائه تکالیف خانگی شامل رسم نمودار دماسنج خلق و تمرین افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی. جلسه چهارم: چطور افکار بر خلق شما تأثیر می‌گذارد، ایجاد تغییراتی در رفتار یا تفکر بیمار، کار برگ ارتباط با جلسه گذشته، مرور تکلیف منزل در هر جلسه، چطور کنش ما بر خلق ما تأثیر می‌گذارد؟ ارائه تکالیف خانگی شامل رسم نمودار دماسنج خلق و تمرین افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی. جلسه پنجم: چطور فعالیت‌های ما بر خلق ما تأثیر می‌گذارد؟ مناظره در افکار منفی، یادآوری تجارب ناگوار مراجع، شکستن چرخه بدبختی، مرور تکلیف منزل در هر جلسه. جلسه ششم: چطور فعالیت‌های ما بر خلق شما تأثیر می‌گذارد، چطور روابط بر خلق ما تأثیر می‌گذارد؟ چطور کنش ما بر

دوم، پنجم، هشتم و دهم پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک (Beck Depression Inventory-13) و مقیاس رضایت زناشویی (Marital Satisfaction Scale) توسط زن تکمیل و پیگیری یک‌ماهه انجام گردید. جامعه آماری این مطالعه کلیه زنان مراجعه‌کننده مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان به مرکز مشاوره روان آسا در شهر اهواز در بازه زمانی مهر تا اسفند سال ۱۳۹۳ بود که از میان این افراد بر اساس مصاحبه بالینی تشخیصی جامع بین‌المللی توسط روان‌شناس بالینی، نمره برش ۱۲ و بالاتر در مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ و ملاک‌های ورود: ۱- داشتن سن ۲۰ تا ۳۰ سال، ۲- زنان نخست زاء، ۳- داشتن حداقل ۵ سال سابقه سکونت در شهر اهواز، ۴- داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، ۵- تمایل به شرکت در پژوهش، و ۶- توانایی صحبت کردن به زبان فارسی روان و خروج: ۱- داشتن سابقه بیماری‌های روانی مثل افسردگی و اختلال‌های روان پریشی و همبود با این بیماری، ۲- داشتن سابقه سوء مصرف یا وابستگی به مواد و نداشتن ملاک‌های ورود بالا و با یک تعهد و رضایت نامه کتبی با همسران دو زوج (جمعاً ۴ زن و مرد) به صورت نمونه گیری هدفمند-داوطلب انتخاب شدند. برای اندازه گیری متغیرهای افسردگی و رضایت زناشویی از ابزارهای زیر استفاده گردید:

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-۱۳): این ابزار برای تسهیل اجرای سریع در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی تدوین شده است و شامل ۱۳ ماده است که با نشانه‌های خاص افسردگی مرتبط می‌باشد. هر گزاره این پرسشنامه شامل یک طیف چهار گویه‌ای که دامنه آن از ۰ تا ۳ مرتب شده است. بیشینه و کمینه نمره‌های آن ۳۹ و صفر است. BDI-13 برای اندازه‌گیری در زمینه‌های مختلف نشانه‌شناسی افسردگی مانند افسردگی عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژیکی تدوین شده است. لایتفوت و الیور [۴۳] ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ و پایایی باز-آزمایی را به فاصله دو هفته ۰/۹۰ گزارش دادند. رجبی براساس تحلیل مولفه‌های اصلی، دو عامل را از این پرسشنامه به دست آورد: عاطفه منفی نسبت به خود و بی لذتی. ضرایب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ و ۰/۸۲ و ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و فرم ۲۱ سئوالی پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۷ بودند [۴۳].

مقیاس رضایت زناشویی: مقیاس فرم کوتاه رضایت زناشویی برای ارزیابی و شناسایی زمینه‌های بالقوه و شناسایی زمینه‌های پر بار رضایت زناشویی ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۳ ماده می‌باشد که به صورت لیکرت در یک طیف پنج گویه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم، ۲ = مخالفم، ۳ = نه موافقم، نه مخالفم، ۴ = موافقم، ۵ = کاملاً موافقم) درجه بندی می‌شود. ماده‌های ۳، ۴، ۶، ۸ و ۱۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند [۴۴]. رجبی با استفاده از تحلیل عاملی به دو عامل رضایت از ازدواج و ناراضی‌تی از ازدواج دست یافت. محرابیان (Mehrabian) ضریب باز-آزمایی این مقیاس را بعد از شش هفته ۰/۸۳ گزارش کرد [۴۴]. رجبی رویی همزمان مقیاس ۱۳ ماده‌ای رضایت زناشویی را با پرسش نامه ۴۷ ماده‌ای انریچ بر روی کارمندان دانشگاه شهید چمران اهواز ۰/۸۳ و برای مردان ۰/۸۴ و برای زنان ۰/۸۱ گزارش کرد [۴۴]. محرابیان همسانی درونی (آلفای کرونباخ) این مقیاس را ۰/۹۴ و رجبی این ضریب را ۰/۹۰، برای زنان ۰/۹۱ و برای مردان ۰/۸۹ به دست آورد [۴۴].

عمومیت تغییر، میزان پذیرش، ایمنی و ثبات) استفاده شده است [۴۸]. قبل از ارائه پرسشنامه‌ها و اجرای مداخله آزمایشی به دو زن انتخاب شده در مورد هدف پژوهش و کاربرد آن در جامعه زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان، اطلاعات لازم به صورت فردی ارائه گردید. همچنین به صورت فردی به آن‌ها گوشزد شد که آزادانه و با اختیار و رضایت کامل می‌توانند در این پژوهش شرکت کنند و اگر تمایل به شرکت در این مطالعه را ندارند می‌توانند از این مطالعه خارج شوند. در مورد شیوه پاسخ دهی به هر یک از ابزارها نیز اطلاعاتی به آن‌ها ارائه گردید و به آن‌ها اطلاع داده شد که اطلاعات شخصی و پرسشنامه‌ای آن‌ها محرمانه خواهند بود. برای رعایت موازین اخلاقی، پرسشنامه‌ها بدون نام و نام خانوادگی تکمیل شدند تا محرمانه بودن اطلاعات تأمین گردد.

یافته‌ها

دو زوج دارای ویژگی‌های زیر بودند: زوج اول (زن با ۲۳ سال و مرد با ۲۴ سال، تحصیلات دیپلم و دیپلم، خانه دار و کارگر و با مدت ازدواج ۲ سال) و زوج دوم (زن با ۲۳ سال و مرد با ۲۷ سال، تحصیلات دیپلم و دیپلم، خانه دار و کارگر و با مدت ازدواج ۳ سال).

خلق ما تأثیر می‌گذارد؟ ارائه تکالیف خانگی رسم دماسنج خلق و فهرست فعالیت‌های خوشایند. جلسه هفتم: چطور ارتباط شما بر خلق شما تأثیر می‌گذارد؟ بررسی فعالیت‌های لذت بخش، ارائه تکالیف خانگی رسم دماسنج خلق، نظارت بر برنامه فعالیت‌های هفتگی. جلسه هشتم: چطور روابط شما بر خلق شما تأثیر می‌گذارد؟ انتخاب اهداف مشخص توسط درمانگر و مراجع و انجام آن‌ها، اجرای اهداف واقع بینانه، ارائه تکالیف خانگی رسم دماسنج خلق، برنامه فعالیت‌های هفتگی، مدیریت زمان و فهرست اهداف شخصی. جلسه نهم: آموزش مهارت ارتباطی، تفکیک دنیای عینی و ذهنی، تمایز فکر از واقعیت، راهبردهایی جهت حمایت اجتماعی، ارائه تکالیف خانگی رسم دماسنج خلق، مرور و درک افسردگی، مرور افکار و فعالیت‌ها و روابط (خانواده-دوستان و دیگران) که به بهبود خلق کمک کند، رسم دماسنج خلق. جلسه دهم: تشخیص موانع و رسیدن به اهداف، انتخاب تمرین‌هایی در زمینه غلبه بر افسردگی پس از زایمان. شناسایی راهبردها برای حفظ درمان و جلوگیری از عود و رسم دماسنج خلق. آماده سازی برای پایان درمان و مروری بر نشانه‌های افسردگی.

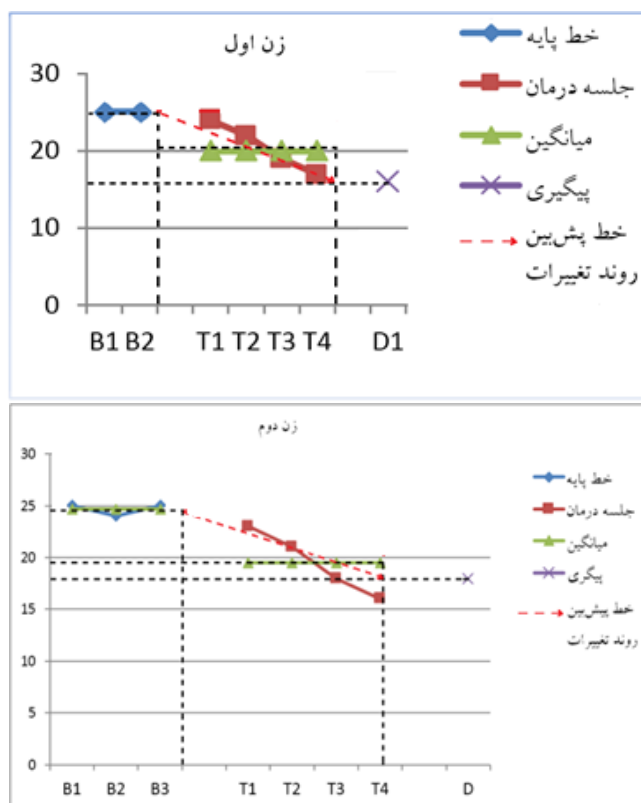
در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی طرح از کارایی معناداری بالینی [۴۶]، شاخص تغییر پایا [۴۷]، ترسیم دیداری، بهبود تشخیصی و شاخص‌های شش گانه کارایی (اندازه تغییر، کلیات تغییر،

جدول ۱: مراحل درمان شناختی-رفتاری بر میزان کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

مراحل درمان	میزان افسردگی		میزان رضایت زناشویی	
	زن اول	زن دوم	زن اول	زن دوم
خط پایه اول	۲۵	۲۵	۳۶	۳۶
خط پایه دوم	۲۵	۲۴	۳۲	۳۲
خط پایه سوم	-	۲۵	۳۸	-
میانگین مرحله خط پایه	۲۵	۲۴/۶۶	۳۵/۳۳	۳۶
جلسه دوم	۲۴	۲۲	۳۹	۴۰
جلسه پنجم	۲۲	۲۱	۴۴	۴۳
جلسه هشتم	۱۹	۱۸	۴۷	۴۹
جلسه دهم	۱۷	۱۶	۵۱	۵۲
میانگین مرحله درمان	۲۰/۵	۱۹/۵	۴۵/۲۵	۴۶
شاخص تغییر پایا	۳/۰۴	۳/۲۶	۳/۱۶	۲/۵۷
درصد بهبود افسردگی	۲۴/۱۷	۲۰/۹۲	۳۴/۷۴	۳۰/۳۰
درصد بهبود کلی پس از درمان	۲۲/۵۴		۳۲/۵۲	
پیگیری ۱ ماهه	۱۶	۱۸	۵۳	۴۸
درصد بهبود افسردگی و افزایش رضایت زناشویی (پیگیری)	۲۴/۳۶	۲۰/۸۷	۴۷/۲۲	۳۵/۹۶
شاخص تغییر پایا	۶/۰۸	۵/۳۷	۴/۶۸	۳/۰۶
درصد بهبود کلی پس از پیگیری	۲۲/۶۱		۴۱/۵۹	

۲۰/۸۷). هم‌چنین، شاخص‌های تغییر پایا (RCI) در مرحله پس از درمان در زن اول ($RCI = ۳/۰۴$) و در زن دوم ($RCI = ۳/۲۶$) معنا دارند (فراتر از $1/۹۶ = Z$) و در مرحله پیگیری ۱ ماهه در زن اول $۶/۰۸ = RCI$ و در زن دوم $۵/۳۷ = RCI$ به دست آمده است که باز هم معنا دارند. به‌هرحال بر پایه درصد بهبود کلی افسردگی هر دو زن در درمان شناختی-رفتاری در مرحله درمان ($۲۲/۵۴$) می‌توان بیان کرد که این درمان در طبقه اندک بلانچارد (Blanchard) قرار گرفته و نشان می‌دهد که درمان تا حدودی موفق بوده است [۴۹]. تداوم این درمان بر بهبود کلی میزان افسردگی در مرحله پیگیری است $۲۲/۶۱$ درصد است که می‌توان گفت آثار درمانی هنوز پا برجا می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میزان افسردگی در زن اول و دوم از مرحله خط پایه تا مرحله پس از درمان شناختی-رفتاری کاهش یافته است که این میزان درصد بهبود افسردگی به ترتیب در پایان مرحله درمان در زن اول $۲۴/۱۷\%$ و در مرحله پیگیری $۲۴/۳۶\%$ و در زن دوم $۲۰/۹۲\%$ و در مرحله پیگیری $۲۰/۸۷\%$ است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان افسردگی در زن اول بیشتر از زن دوم است. میزان درصد بهبود کلی افسردگی در پس از درمان $۲۲/۵۴\%$ بیانگر اثربخشی این درمان بر کاهش میزان افسردگی در زنان است و در مرحله پیگیری ۱ ماهه نیز برای این دو زن در همان محدوده مرحله درمان است (به ترتیب $۲۴/۳۶\%$ و

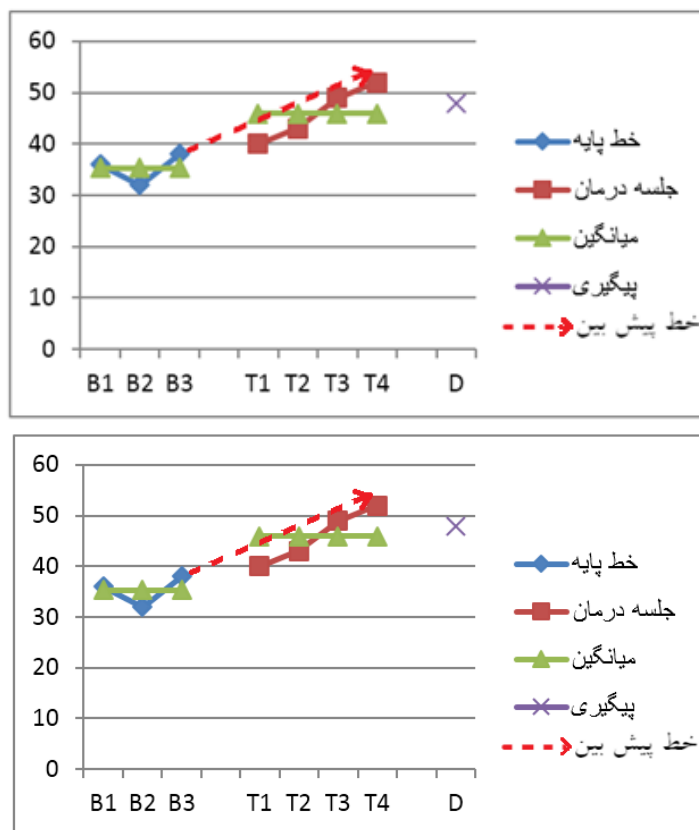


تصویر ۱. روند تغییر نمره‌های افسردگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در درمان CBT در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری ۱ ماهه

بحث

هدف مطالعه حاضر تأثیر مداخله شناختی-رفتاری به صورت فردی در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در دو زن مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان بود. فرض شد که مداخله CBT منجر به (۱) کاهش نشانه‌های افسردگی، (۲) بهبود افزایش رضایت زناشویی می‌شود و (۳) این جنبه‌های مثبت مداخله درمانی در یک ماه بعد از مداخله ادامه خواهند داشت. شاخص‌های آماری (درصدهای بهبودی و شاخص‌های تغییر پایا) همگی بیانگر کاهش میزان افسردگی در زن اول و دوم و مداخله مؤثر درمان شناختی-رفتاری و بهبود نشانه‌های افسردگی است. میانگین‌های نمره‌های مراحل مداخله درمانی این دو زن نسبت به مرحله خط پایه تا حدودی کاهش را نشان داده‌اند (جدول ۱). به ویژه این کاهش میانگین‌های نشانه‌های افسردگی از جلسه‌های پنجم تا دهم مشهودتر است (تصویر ۱). اویی و سولیوان بیان می‌کنند که درمان CBT باعث کاهش انتظارات منفی می‌شود و با درمان‌های فردی قابل قیاس است. البته باید خاطر نشان کرد که باور بیمار و مراجع از درمان و درجه بندی او از مفید بودن اطلاعات فراهم شده در درمان به بهبود نشانه‌های افسردگی کمک خواهد کرد، و عواملی مانند انتظارات مراجع از بهبودی و پذیرش منطق درمانی میانجی احتمالی تغییر درمانگری هستند [۲۹]. تعدادی از پژوهشگران در سطح کلی فرض کرده‌اند که جنبه‌های شناختی و زیست‌شناسی افسردگی با یکدیگر تعامل دارند، و CBT ممکن است یک روش قطع خود تداومی چرخه افسردگی باشد [۵۱، ۵۲].

همان‌طور که در تصویر ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین و سطح نمره‌های میزان افسردگی هر دو زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان، یعنی، زن اول و دوم در مرحله درمان و پی‌گیری نسبت به خط پایه کاهش پیدا کرده است. با توجه به ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر و همکاران همه چهار نمره میزان افسردگی در مرحله درمان، در هر دو زن فوق، زیر خطوط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار گرفته است [۴۹]. از سوی دیگر، میزان رضایت زناشویی در زن اول و دوم از مرحله خط پایه تا مرحله پس از درمان شناختی-رفتاری افزایش یافته است. این میزان افزایش به ترتیب در پایان مرحله درمان در زن اول $34/74\%$ و در مرحله پیگیری $47/22\%$ و در زن دوم $30/20\%$ و در مرحله پیگیری $35/96\%$ به‌دست‌آمده است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که درمان شناختی-رفتاری برافزایش رضایت زناشویی در زن اول به‌مراتب بیشتر از زن دوم است. میزان درصد افزایش کلی رضایت زناشویی در پس از درمان $32/52\%$ بیانگر اثربخشی این درمان برافزایش میزان رضایت زناشویی در زنان است و در مرحله پیگیری ۱ ماهه نیز $41/59\%$ درصد است. همچنین، شاخص‌های تغییر پایا (RCI) در مرحله پس از درمان در زن اول $3/16 = RCI$ و در زن دوم $2/57 = RCI$ و در مرحله پیگیری ۱ ماهه برای زن اول $4/68 = RCI$ و زن دوم $3/06 = RCI$ معنی‌دارند. به‌هرحال بر پایه درصد افزایش رضایت زناشویی دو زن در درمان شناختی-رفتاری در مرحله درمان ($32/52\%$) می‌توان گفت که این درمان در طبقه متوسط بلانچارد است [۵۰]. تداوم این درمان در مرحله پیگیری $41/59\%$ درصد است و بیانگر افزایش و تداوم رضایت زناشویی بین دو زن است.



تصویر ۲: روند تغییر نمره‌های رضایت زناشویی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در درمان CBT در مراحل خط پایه، درمان و پی گیری ۱ ماهه

است [۲۹، ۳۰]. یافته‌های عمومی هم این را بیان می‌کنند که CBT یک مداخله روان‌شناختی است که هدف آن کمک به بازسازی تفکرات، احساسات، رفتارها و نشانه‌های فیزیکی درمانجویان است [۲۶، ۳۱-۳۳]. پارکر و همکاران از برتری درمان شناختی نسبت به درمان دارویی خبر می‌دهد. یافته به دست آمده دیگر این بود که پیامدهای مثبت مداخله درمانی CBT، یعنی، کاهش کاهش نشانه‌های افسردگی در زنان هنوز تا یک ماه پس از جلسات درمانی به قوت خود باقی بود [۵۴]. گزارش‌های جلسه‌های درمانی این دو زن با تأیید مشاهده‌های شوهرانشان در منزل همگی بیانگر این بودند که این جلسه‌ها باعث افزایش احساس‌های مثبت نسبت به زندگی، نوزاد و شوهر شده است و تفکرات منفی و احساس‌های پوچ و بی‌پهودگی‌شان کاهش یافته و بر میزان مشارکت و فعالیتشان در کارهای منزل افزوده شده است. همچنین این دو زن اظهار نمودند که هر موقع که احساس مثبت و خوبی داشتند، بهتر می‌توانستند فعالیت‌هایی را شروع کنند و روش‌های غیرواقعی و تفکر منفی که می‌تواند باعث احساس افسردگی در آنها شوند، رها کنند.

یافته‌های دیگر پژوهش این است که پی آمد های مثبت مداخله شناختی-رفتاری تا یک ماه پس از نشست‌های درمانی ادامه دارد و تأثیر آن در کاهش نشانه‌های افسردگی در دو زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان مشهود است. به عبارت دیگر، بازسازی افکار در زمان درمان و پس از آن، به صورت فردی، باعث کاهش رفتار مناسب نسبت به شوهر، بهبود دید مناسب و مثبت نسبت به زندگی و افزایش مراقبت فرزند خود شده است. فرضیه دوم تحقیق نشان داد که درمانی شناختی فردی بر افزایش رضایت زناشویی دو مراجع زن مؤثر بوده است. نتایج تحلیل

دیگر نظریه پردازان مکانیسم‌های مفصل‌تری را به این صورت بیان کرده‌اند که متغیرهای شناختی ممکن است با رشد نشانه‌های افسردگی در ارتباط باشند. لایدا و همکاران مشاهده کردند که شرکت کنندگان در جلسات CBT گروهی به طور معناداری در پایان مداخله و پیگیری‌های ۳ و ۶ ماهه کاهش‌هایی را در اختلال خلق نشان دادند. از سوی دیگر، شرکت کنندگان گروه‌های درمانی CBT و درمان خدمات پرستاری و دیگر مراقبت‌های سلامت روانی در مراحل خط پایه، پایان مداخله و در مرحله پیگیری ۶ ماهه مداخله در شاخص افسردگی و حالت نگرانی از زندگی زناشویی با یکدیگر تفاوتی نداشتند، و گروه تحت درمان CBT به طور معناداری نتیجه بهتری را در شاخص‌های افسردگی بک، افسردگی همیلتون و حالت نگرانی در زندگی را به دست آوردند [۲۷]. در مطالعه‌ای نشان داده شد که درمان شناختی-رفتاری به طور معناداری نسبت به درمان مدیریت بالینی نسبت بازگشت پایین‌تری از نشانه‌های باقیمانده مربوط به افسردگی را دارد [۵۳]. اندرسون، واتسون و دیویدسون با استفاده از تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری نشان دادند که تکنیک‌های این نوع درمان باعث تسکین بیماران با اختلال‌های اضطرابی، افسردگی یا سازگاری می‌شود، اما ممکن است جلسات طولانی برای بیماران با بیماری پیشرفته با انرژی، حافظه یا تمرکز پایین نامناسب باشد. این پژوهشگران بیان می‌کنند که اگر آموزش CBT با نظارت کافی توسط متخصصان ذیربط صورت گیرد آنها را به مدیریت مشکلات روان‌شناختی و کارآمدی بیشتر مجهز می‌کند [۲۶]. پژوهش‌های مختلف بیانگر تأثیر مداخله‌های شناختی و CBT در میزان کاهش نشانه‌های افسردگی [۲۸]؛ کاهش شناخت‌های منفی، افزایش خلق مثبت و فعالیت بیماران خلقی شده

مداخله درمانی رضایت زناشویی در یک ماه پس از پایان مداخله هنوز تأثیر درمانی خود را حفظ کرده است و تأثیر آن در ایجاد روابط لذت بخش با شوهر، عدم ایراد گیری و توجه به همسر، کاهش برخوردهای نامناسب نسبت به همسر در مسائل گوناگون و همنشینی و مشارکت با شوهر در زمینه‌های مختلف زندگی را می‌توان مشاهده نمود. همچنین یافته‌های به دست آمده را با استفاده از ملاکهای اینگرام، هیز و اسکات برای بررسی سنجش کارآیی درمان شناختی-رفتاری مورد بررسی قرار داده ایم:

۱- اندازه تغییر. چقدر کاهش و افزایش در اهداف اصلی درمان اتفاق افتاده است؟ افسردگی و رضایت زناشویی از اهداف درمان اصلی بودند که نتایج بیانگر این هستند که دو زن بیمار در متغیرهای افسردگی کاهش و در رضایت زناشویی افزایش‌هایی را داشته‌اند. نمره این دو زن در پایان مرحله پیگیری مانند مرحله مداخله درمانی است و نشان می‌دهند که درمان از نظر بالینی مؤثر بوده است. شاخص‌های تغییر پایا هم به لحاظ آماری گویای این نکته هستند.

۲- کلیت تغییر. چند درصد زنان تغییر کرده‌اند؟ نتایج نشان دادند که مراجعان در پایان درمان، در متغیر نشانه‌های افسردگی به ۲۲/۵۴ درصد و در مرحله پیگیری به ۲۲/۶۱ درصد و در متغیر رضایت زناشویی در پایان درمان به ۳۲/۵۲ و در مرحله پیگیری به ۵۱/۵۹ درصد به بهبودی کلی دست یافته‌اند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دو بیمار زن تغییر پیدا کرده‌اند.

۳- عمومیت تغییر. در سایر زمینه‌های زندگی زنان تغییر رخ داده است؟ با مشاهده دو بیمار و اظهاراتشان در زمینه‌های بهبود روابط زوجی، توانمندی در زمینه‌های زندگی روزانه، پیگیری کارهای خانه و فرزند پروری، کاهش کج خلقی و غیره می‌توان نتیجه گرفت که تغییر در سایر زمینه‌های زندگی زنان رخ داده است.

۴- میزان پذیرش. زنان تا چه اندازه در فرایند درمان شرکت داشته‌اند و تا پایان جلسات شرکت داشته‌اند؟ دو زن شرکت کننده و همسرانشان در این پژوهش، از ابتدای مصاحبه بالینی تا آخرین جلسه مداخله درمانی حضور مستمر و مشارکت فعال داشتند. به وضوح انگیزه حضور شرکت کننده‌ها را در کلیه جلسه‌ها با مشاهده پرسش و پاسخ‌ها و نکته برداری و تأیید نکات ضروری درمان در هر جلسه را مشاهده می‌کردیم.

۵- ایمنی. آیا درمان باعث افزایش سلامت روانشناختی و زندگی زناشویی شده است؟ به منظور بررسی این ملاک، از پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس رضایت زناشویی استفاده گردید (قبل از درمان، در ضمن و پایان درمان و پس از درمان). نتایج دو مراجع در میزان افسردگی رضایت زناشویی در پایان درمان نسبت به خط درمان به ترتیب کاهش و افزایش دو متغیر فوق الذکر را داشته است. این روند در ماه‌های پیگیری نیز دوام داشته است. بنابراین نه فقط شاهد سلامت روانشناختی بوده‌ایم، بلکه شاهد افزایش رضایت زناشویی و حفظ روابط مثبت بعد از درمان و بعد از یک ماه پیگیری نیز بوده‌ایم.

۶- ثبات. دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟ به نظر می‌رسد که وجود مرحله پیگیری برای ارزیابی ماندگاری تأثیرات درمان کافی باشد. جدول ۱ بیانگر این بود که تأثیرات کاهش نشانه‌های افسردگی (۲۲/۵۴) درصد بهبودی کلی در مرحله پایان درمان و ۲۲/۶۱ درصد بهبودی کلی در مرحله پیگیری) و افزایش رضایت زناشویی (۳۲/۵۲) درصد افزایش کلی در مرحله پایان درمان و ۴۱/۵۹ درصد افزایش کلی در مرحله

آماری در مورد تأثیر مداخله درمانی از مراحل خط پایه به مراحل مداخله‌ها و پیگیری حاکی از کارآمدی این روش درمانی در افزایش رضایت زناشویی دو زن متأهل مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان بود (جدول ۱ و تصویر ۲). لایدلاو همکاران در تأیید این یافته دریافتند که شرکت کنندگانی که تحت درمان CBT بودند افزایش‌هایی را در کیفیت زندگی در پایان مداخله نشان دادند [۲۷].

هولی است و همکاران مدل اختلاف زناشویی افسردگی را در جامعه برزبل تأیید کردند. آن‌ها بیان کردند که اختلاف زناشویی باعث ایجاد تداوم نشانه‌های افسردگی می‌شود [۲۵].

اگرچه مدل بیچ اختلاف زناشویی را به عنوان پیشاینده افسردگی توصیف می‌کند، باید توجه کرد که شواهدی وجود دارد که نشانه‌های افسردگی را می‌توان به عنوان یک پیش بینی کننده رضایت زناشویی دانست. همچنین در موقعیت‌هایی که افسردگی قبل از ازدواج رخ می‌دهد، منطبق این است که افسردگی به پریشانی زناشویی بعدی می‌انجامد. بیچ و همکاران ماهیت تقابلی سبب شناسی اختلاف زناشویی و افسردگی را شناسایی کردند [۵۵].

صرفنظر از این، شواهدی وجود دارد که اختلاف زناشویی منجر به افسردگی بعدی می‌شود، اما درمان اختلاف زناشویی می‌تواند نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد [۲۵، ۵۶].

شواهد قوی از رابطه بین شکایات افسردگی و اختلاف زناشویی دیده می‌شود. به طور کلی، زوج‌هایی که با یک فرد افسرده زندگی می‌کنند به طور معناداری شکایات افسردگی بیشتری نسبت به هنجارهای جامعه عمومی گزارش می‌دهند. هولی است و همکاران نشان دادند که زوجین با همسر افسرده به طور معناداری سطوح بالاتری از درخواست کناره گیری، سطوح پایین‌تری از ارتباطات سازنده و سازگاری زناشویی را ارائه دادند [۲۵]. در این رابطه می‌توان گفت که نشانه‌های افسردگی زوجین با روابط زناشویی و احساس رضایت آن‌ها رابطه دارد. به عبارت دیگر، در این روش درمانی با تأکید بر تغییر طرحواره‌های و چارچوب‌های ذهنی مراجعان توانسته است بر روی دو زن مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان مؤثر واقع شود و نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد و در نتیجه این کاهش احساس رضایت زوج‌ها از با هم بودن در یک چرخه زناشویی را افزایش داده است. باید خاطر نشان کرد که میانگین میزان خط پایه رضایت زناشویی زن اول ۳۶ و بعد از مداخله دهم ۴۵/۲۵ و در زن دوم به ترتیب ۳۵/۳۳ و ۴۶ افزایش یافته است (در این مقیاس نمره بالاتر به مثابه رضایت بالاتر از زندگی زناشویی است). این یافته بدین معنا است که دو زن مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان به تدریج در فرایند درمان بر میزان رضایت زناشویی‌شان افزوده شده است و میزان افزایش کلی ۳۲/۵۲٪ بوده است. این یافته با یافته‌های زیر هماهنگ است. مطالعه‌ای نشان داد که درمان شناختی فردی باعث تخفیف دوره افسردگی و افزایش کنش وری زناشویی می‌شود [۵۷]؛ در دو مطالعه جداگانه محققان بین سطوح نشانه‌های پریشانی زناشویی و رضایت از زندگی در بیماران با اختلال‌های افسردگی غیربستری و در یک نمونه از زنان کره‌ای رابطه منفی مشاهده کردند [۵۸، ۵۹].

درمان شناختی فردی باعث تخفیف دوره افسردگی و افزایش کنش وری زناشویی می‌شود [۶۰]؛ رضایت زناشویی بر کاهش نشانه‌های افسردگی حتی در یک سال بعد مؤثر است [۵۷].

سپاسگزاری

از دو خانواده محترمی که در مراحل تشخیص و درمان با ما در این پژوهش همکاری کرده‌اند، کمال تشکر را داریم.
(این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی مشاوره خانواده با مجوز معاونت پژوهشی دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد.)
(بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منابع وجود نداشته است.)

پیگیری) زنان در مرحله پیگیری به قوت خود هنوز باقی است؛ یعنی، بر نشانه‌های افسردگی زنان اضافه نشده و بر عکس میزان رضایت زناشویی آن‌ها بیشتر شده است.

محدودیت عمده این پژوهش مربوط به تصادفی نبودن نمونه مورد مطالعه است که باید یافته‌های به دست آمده را با احتیاط به زنان جامعه با اختلال افسردگی پس از زایمان تعمیم داد. جامعه مورد بررسی مربوط به مرکز مشاوره خصوصی بوده است که در تحقیقات بعدی پیشنهاد می‌شود که نمونه را از مراکز درمانی دولتی نیز استفاده شود.

References

- Dindar I, Erdogan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. *Public Health Nurs.* 2007;24(2):176-83. doi: 10.1111/j.1525-1446.2007.00622.x pmid: 17319890
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(4):289-95. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006 pmid: 15234824
- Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006;91(2-3):97-111. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.051 pmid: 16466664
- Affonso DD, De AK, Horowitz JA, Mayberry LJ. An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res.* 2000;49(3):207-16. pmid: 11110992
- APA. Mini DSM-IV TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ).* 2005(119):1-8. pmid: 15760246
- Gjerdingen DK, Chaloner KM. The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support. *J Fam Pract.* 1994;38(5):465-72. pmid: 8176344
- Steiner M. Perinatal mood disorders: position paper. *Psychopharmacol Bull.* 1998;34(3):301-6. pmid: 9803759
- Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry.* 1996;168(5):607-11. pmid: 8733800
- Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev.* 2010;33(1):1-6. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.10.005 pmid: 19962196
- Matthey S, Ross-Hamid C. The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy. *J Affect Disord.* 2011;133(3):546-52. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.004 pmid: 21641046
- Ramsay IN, Edgar Torbet T. Incidence of abnormal voiding parameters in the immediate postpartum period. *Neurourol Urodynam.* 1993;12(2):179-83. doi: 10.1002/nau.1930120212
- Mahon PB, Payne JL, MacKinnon DF, Mondimore FM, Goes FS, Schweizer B, et al. Genome-wide linkage and follow-up association study of postpartum mood symptoms. *Am J Psychiatry.* 2009;166(11):1229-37. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09030417 pmid: 19755578
- Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011;13(1):89-100. pmid: 21485749
- Yim IS, Glynn LM, Dunkel-Schetter C, Hobel CJ, Chicz-DeMet A, Sandman CA. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(2):162-9. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.533 pmid: 19188538
- Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res.* 1996;45(5):297-303. pmid: 8831657
- Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(7):805-15. doi: 10.1001/archpsyc.65.7.805 pmid: 18606953
- Xie RH, Lei J, Wang S, Xie H, Walker M, Wen SW. Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *J Womens Health (Larchmt).* 2011;20(12):1881-6. doi: 10.1089/jwh.2011.2842 pmid: 21877916
- Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, Raat H, Jaddoe VW, et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG.* 2010;117(11):1390-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02660.x pmid: 20682022
- Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *J Affect Disord.* 2011;132(1-2):158-64. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.009 pmid: 21377210
- Boudou M, Teissedre F, Walburg V, Chabrol H. [Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues]. *Encephale.* 2007;33(5):805-10. pmid: 18357852
- Csatordai S, Kozinszky Z, Devosa I, Toth E, Krajcsi A, Sefcsik T, et al. Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. *Patient Educ Couns.* 2007;67(1-2):84-92. doi: 10.1016/j.pec.2007.02.004 pmid: 17379470
- Eastwood JG, Jalaludin BB, Kemp LA, Phung HN, Barnett BE. Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support

- and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:148. doi: 10.1186/1471-2393-12-148 pmid: 23234239
24. Aghaei A, Jalali D, Aminzadeh M. Comparing efficacy of group cognitive-behavioral psychotherapy, fluoxetine and Hypiran in treatment of depression in women. *J Res Behav Sci*. 2009;7(2):131-41.
 25. Hollist CS, Miller RB, Falceto OG, Fernandes CL. Marital satisfaction and depression: a replication of the Marital Discord Model in a Latino sample. *Fam Process*. 2007;46(4):485-98. pmid: 18092581
 26. Anderson T, Watson M, Davidson R. The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study. *Palliat Med*. 2008;22(7):814-21. doi: 10.1177/0269216308095157 pmid: 18755828
 27. Laidlaw K, Davidson K, Toner H, Jackson G, Clark S, Law J, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(8):843-50. doi: 10.1002/gps.1993 pmid: 18311844
 28. Rajabi G, arjo Kasmay S, Jabari H. [The effectiveness of cognitive couple therapy on decreasing depression level, and increasing marital satisfaction]. *J Clin Psychol*. 2011;4(8):9-17.
 29. Oei TP, Sullivan LM. Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive-behaviour therapy program. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(3):407-15. doi: 10.1046/j.1440-1614.1999.00562.x pmid: 10442798
 30. DeRubeis RJ, Feeley M. Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cogn Ther Res* 1990;14(5):469-82. doi: 10.1007/bf01172968
 31. Moorey S, Greer S. Cognitive behavioral therapy for people with cancer. Oxford: Oxford University press; 2002.
 32. Hollon SD. What is cognitive behavioural therapy and does it work? *Curr Opin Neurobiol*. 1998;8(2):289-92. pmid: 9635215
 33. Dein S. Cognitive behavioral therapy in the palliative care setting. *Eur J Palliat Care*. 2005;12:174-6.
 34. Beck AT. Thinking and Depression. Ii. Theory and Therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1964;10:561-71. pmid: 14159256
 35. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. Oxford: Lyle Stuart; 1962.
 36. Lazarus A. Multimodal behavior therapy. New York: Springer; 1976.
 37. White J. Treating Anxiety and Stress: A group psycho-educational approach using brief CBT. 1st ed. New York: Guilford press; 2000.
 38. Williams J. The psychological treatment of depression; A guide to the theory and practice of cognitive behavior therapy. 1st ed. London: Rutledge; 1984.
 39. Burns DD, Spangler DL. Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(1):46-56. pmid: 10710839
 40. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):615-23. pmid: 10965637
 41. Corry G. Group Counseling: Theory and practice in group counseling. CA: California Pacific Grove; 1998.
 42. Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9):953-9. doi: 10.1001/archpsyc.62.9.953 pmid: 16143727
 43. Rajabi G. [Psychometric properties of Beck Depression Inventory Short Form Items (BDI-13)]. *J Iran Psychol*. 2005;1(4):291-8.
 44. Rajabi GR. [Factorial structure of marital satisfaction scale in married staff members of Shahid Chamran University]. *Iran J Psychiat Clin Pschol*. 2010;15(4):351-8.
 45. Muñoz RF. Group therapy manual for cognitive-behavioral treatment of depression: Rand Corporation; 2000.
 46. Kazdin AE. The meanings and measurement of clinical significance. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(3):332-9. pmid: 10369053
 47. Johnson S, Lebow J. The "coming of age" of couple therapy: a decade review. *J Marital Fam Ther*. 2000;26(1):23-38. pmid: 10685349
 48. Ingram RE, Hayes A, Scott W. Empirically supported treatments: A critical analysis: John Wiley & Sons Inc; 2000.
 49. Fisher WW, Kelley ME, Lomas JE. Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *J Appl Behav Anal*. 2003;36(3):387-406. doi: 10.1901/jaba.2003.36-387 pmid: 14596583
 50. Hamidpoor H. [The importance of methodology in behavioral-cognitive researches]. *J Reflect Knowledge*. 2008;3:49-56.
 51. Free ML, Oei TPS. Biological and psychological processes in the treatment and maintenance of depression. *Clin Psychol Rev*. 1989;9(6):653-88. doi: 10.1016/0272-7358(89)90017-2
 52. Beckham EE. Psychotherapy of depression research at a crossroads: Directions for the 1990s. *Clin Psychol Rev* 1990;10(2):207-28. doi: 10.1016/0272-7358(90)90058-i
 53. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry*. 2004;161(10):1872-6. doi: 10.1176/ajp.161.10.1872 pmid: 15465985
 54. Parker GB, Crawford J, Hadzi-Pavlovic D. Quantified superiority of cognitive behaviour therapy to antidepressant drugs: a challenge to an earlier meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(2):91-7. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01196.x pmid: 18452571
 55. Beach SRH, O'Leary KD. Marital Discord and Dysphoria: For Whom does the Marital Relationship Predict Depressive Symptomatology? *J Soc Pers Relat* 2016;10(3):405-20. doi: 10.1177/0265407593103007
 56. Dessaulles A, Johnson SM, Denton WH. Emotion-Focused Therapy for Couples in the Treatment of Depression: A Pilot Study. *Am J Fam Ther*. 2012;31(5):345-53. doi: 10.1080/01926180390232266
 57. Beach SRH, Daniel O'Leary K. Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy. *Behav Ther* 1992;23(4):507-28. doi: 10.1016/s0005-7894(05)80219-9

58. Chan PS, Krupa T, Lawson JS, Eastabrook S. An outcome in need of clarity: building a predictive model of subjective quality of life for persons with severe mental illness living in the community. *Am J Occup Ther.* 2005;59(2):181-90. [pmid: 15830618](#)
59. Jho MY. Study on the correlation between depression and quality of life for Korean women. *Nurs Health Sci.* 2001;3(3):131-7. [pmid: 11882189](#)
60. Beach S, Harwood E, Horan P. Marital effects an depression: measuring the longitudinal relationship. 29th annual convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy; Washington, DC1995.