

## بررسی اثربخشی مشاوره به شیوه زوج درمانی - رفتاری بر افسردگی دوران بارداری

زهرة بنازاده\*، دکتر ایران باغبان\*\*، دکتر مریم فاتحی زاده\*\*\*

### چکیده:

افسردگی در موقعیت‌های گوناگون زندگی بروز می‌کند. یکی از این موقعیت‌ها دوران بارداری است. بارداری و زایمان از تحولات نموی مهم در زندگی زنان می‌باشد و باید سازش‌های فیزیکی، شخصی و اجتماعی در فرد صورت گیرد تا آمادگی برای وضع حمل موفقیت‌آمیز ایجاد شود. اهمیت و ضرورت این پژوهش با توجه به تأثیر سوءافسردگی دوران بارداری بر سلامت جسمی و روانی نوزاد و مادر و همچنین اثر سوء آن بر روابط درون خانواده، محرز و مشخص می‌گردد. روش زوج‌درمانی رفتاری و فنون مربوط به این روش جهت افزایش حمایت همسر و ایجاد رضایت‌مندی زناشویی مناسب است. هدف از این پژوهش بررسی تأثیر شیوه زوج‌درمانی رفتاری در کاهش افسردگی دوران بارداری بوده است. روش این تحقیق به صورت نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون بوده و در آن از دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. جامعه آماری شامل زنان باردار افسرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر کرمان بوده است. نمونه ۳۰ نفر از این زنان بودند که به صورت گمارش تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. در این پژوهش از تست افسردگی ادینبرگ که دارای پایایی معادل ۰/۷۵ می‌باشد، استفاده شد و از هر دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد. تجزیه و تحلیل آماری توسط SPSS و روش آماری مورد استفاده مانوا بوده است. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و هم‌چنین نسبت به گروه گواه کاهش قابل ملاحظه‌ای یافت ( $P=0/001$ ) که نشان می‌دهد ارائه مشاوره به شیوه زوج‌درمانی رفتاری افسردگی دوران بارداری را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد.

**کلیدواژه‌ها:** زوج‌درمانی رفتاری، افسردگی دوران بارداری

\* کارشناسی ارشد مشاوره خانواده

\*\* استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

\*\*\* نویسنده مسئول: اصفهان - خیابان هزار جریب - دانشگاه اصفهان - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی - گروه مشاوره

تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۲۵۱۵

دورنما: ۰۳۱۱-۶۶۸۳۱۰۷

پست الکترونیک: maryamz@edu.ui.ac.ir

## مقدمه

روان‌شناسان دوران بارداری را به‌عنوان دوره بحران‌های عاطفی می‌دانند. برای مثال تئوری اریکسون مبین این مطلب است که در دوره‌هایی از رشد و تکامل، انسان دچار بحران می‌شود و از دوران بارداری به‌عنوان یکی از این مراحل نام برده است. در طی چنین بحرانی شخص و خانواده‌اش در یک حالت عدم تعادل قرار می‌گیرند که باید شیوه‌های جدیدی برای مقابله با آن اتخاذ کرد (جنیتی، ۱۳۸۴). حالت اضطراب و افسردگی مادران در دوران بارداری در رشد مناسب جنین اثرات بد برجای می‌گذارد و سازگاری نوزاد را با محیط دشوار می‌سازد. بررسی‌ها نشان می‌دهند زنانی که نسبت به شوهرانشان احساس و علاقه مثبت دارند، بیشتر به جنین خود علاقه‌مند می‌شوند. تضادهای زناشویی در آشکار شدن احساس‌های منفی به جنین و به‌طور کلی نسبت به حاملگی تأثیرگذارند. افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است. براساس پژوهش‌های موجود تخمین زده می‌شود که همه ساله بیش از صد میلیون نفر از مردم جهان به بیماری افسردگی دچار می‌شوند. به‌علاوه طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) این تعداد احتمالاً در حال افزایش است (مبینی، ۱۳۸۰). در چهارمین راهنمای طبقه‌بندی اختلالات روانی چاپ انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۱) میزان شیوع در طول عمر برای اختلال افسردگی خوبی تقریباً ۶٪ و اختلال افسردگی اساسی در زنان ۱۰٪ تا ۲۵٪ و در مردان ۵٪ تا ۱۲٪ گزارش شده است. دوره افسردگی عمده یک دوره زمانی حداقل دو هفته‌ای است که در ضمن آن خلق افسرده، بی‌علاقگی و فقدان احساس لذت تقریباً در همه فعالیت‌ها وجود دارد. این افراد باید دست کم چهار نشانه از فهرست زیر را داشته باشند: تغییر در اشتها یا وزن، تغییر در خواب و فعالیت روانی حرکتی، کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی یا گناه، اشکال در تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری یا افکار خودکننده درباره مرگ و خودکشی یا طرح و اقدام برای خودکشی. درمان‌های مختلفی برای افسردگی وجود دارد که شامل درمان به شیوه شوک الکتریکی، تجویز داروهای ضدافسردگی و روان‌درمانی را شامل می‌شوند. میزان شیوع افسردگی در حین حاملگی بین ۲۵٪ تا ۳۵٪ می‌باشد. تقریباً ۱۰٪ آن با معیارهای افسردگی عمده منطبق هستند. مطالعه بهنامی‌فر و همکاران (۱۳۷۹) در ایران نشان داد که شیوع افسردگی در زنان باردار ۲۸/۸٪ می‌باشد. در مورد افسردگی دوران بارداری کمتر تحقیق صورت گرفته است. گاهی تشخیص علائم ناشی از افسردگی، (مانند تغییر در خواب، اشتها، ضعف، کاهش لیبدو) از علائم ناشی از حاملگی، مشکل می‌باشد که به همین دلیل افسردگی دوران بارداری تشخیص داده نمی‌شود (گاتلیب<sup>۱</sup>، ویفن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱). افسردگی در دوران بارداری می‌تواند منجر به عدم توجه به خود و در نتیجه تغذیه ناکافی، مصرف سیگار، مصرف دارو و عدم مراقبت کافی دوران بارداری شود و خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش دهد و در موارد نادری خودکشی را به دنبال داشته باشد (زوکرم<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰). موارد افسردگی ضعیف تا متوسط را باید تحت روان‌درمانی قرار داد و در صورت بروز افسردگی شدید که

خطری متوجه مادر یا جنین شود باید به تجویز دارو پرداخت. گرچه<sup>۴</sup> FDA استفاده از هرگونه داروی ضدافسردگی در دوران بارداری را ممنوع کرده است. به دلیل آن که کلیه داروهای روان‌پزشکی از جفت عبور می‌کنند، ترجیحاً بهتر است در صورت امکان تا پایان سه ماهه اول حاملگی از شروع درمان دارویی خودداری به عمل آید.

تأثیر زوج‌درمانی بر روی افسردگی بر این اساس است که روابط ناسازگارانه منجر به افسردگی می‌گردد و افسردگی هم روابط را تخریب می‌کند. به این دلیل که افسردگی و آشفتگی روابط روی یکدیگر تأثیر متقابل دارند، هدف از درمان تغییر الگوی روابط برای کاهش افسردگی می‌باشد. با توجه به مطالبی که ذکر شد، مناسب‌ترین درمان برای زوجین افسرده و ناهماهنگ، درمانی است که بر روابط زناشویی تمرکز داشته باشد (جاکوبسن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). مطابق مدل لوینسون<sup>۶</sup> (۱۹۷۴) کاهش نسبی در میزان تقویت دریافت شده توسط اعمال و رفتار شخص، به منزله محرکی غیرشرطی برای خلق غمگین و سایر تظاهرات عاطفی و شناختی افسردگی عمل می‌کند. در زوج‌درمانی رفتاری نظر بر این است که فقدان تجارب تقویت‌کننده بیشتر در زمینه روابط زناشویی پیش می‌آید و کمبود تجارب مثبت و زیاد بودن تعارضات و اختلافات در روابط زناشویی منجر به افسردگی می‌گردد. براساس مدل التقاطی لوینسون فاکتورهای محیطی زیادی در میزان افسردگی مؤثرند. با تغییر در عملکرد محیطی، افکار، احساسات یک فرد، افسردگی می‌تواند کاهش یابد. در عین حال که تعداد زیادی عوامل مختلف با هم می‌توانند علت افسردگی باشند، هیچ‌کدام به تنهایی شرط لازم یا کافی برای افسردگی نیستند (لوینسون، ۱۹۹۰).

هدف زوج‌درمانی رفتاری افزایش تعاملات مثبت و کاهش تعاملات منفی در روابط زناشویی می‌باشد و سعی بر درمان افسردگی با تمرکز بر علل آشفتگی در روابط دارد. درمان بر تغییر الگوهای مخرب در جهت ایجاد علائم بهبود در فرد افسرده تمرکز دارد و بر نیازهای روانی زوجین تأکید دارد (جاکوبسن، ۱۹۸۸).

زوج‌درمانی رفتاری در درمان افسردگی تأکید بر پاداش دادن متقابل و حمایت از یکدیگر دارد. زوجین یاد می‌گیرند رفتارهای مثبت یکدیگر را تأیید کنند و نقاط قوتی از یکدیگر که باعث افزایش همبستگی و صمیمیت آن‌ها می‌شود، افزایش دهند. هم‌چنین رفتارهای دفاعی و مهاجمانه را کاهش دهند. زمانی که به این اهداف رسیدند به مداخلاتی مانند آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله می‌پردازند (جاکوبسن، ۲۰۰۱). تکنیک‌های زوج‌درمانی رفتاری شامل تبادل رفتار، مهارت‌های ارتباطی، ابراز احساسات و توجه به نیازها، گوش دادن، حل مسئله و بازسازی شناختی می‌باشد.

بیچ<sup>۷</sup> در سال ۲۰۰۳ در مطالعه‌ای با عنوان «اختلالات عاطفی» به بررسی مطالعات زوج‌درمانی بر روی افسردگی پرداخت و نتیجه گرفت، زوج‌درمانی برای درمان بسیاری از افراد افسرده نه همه آن‌ها مؤثر است. آندره‌دسالوس<sup>۸</sup> و سوزان جانسون<sup>۹</sup> (۲۰۰۳) در تحقیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار<sup>۱۰</sup> و

دارودرمانی را در درمان افسردگی اساسی مقایسه نمودند و این‌طور نتیجه گرفتند که زوج‌درمانی هیجان‌مدار در درمان افسردگی همراه با مشکلات ارتباطی مؤثرتر است. لف<sup>۱۱</sup> و همکاران (۲۰۰۰) در تحقیقی زوج‌درمانی و دارودرمانی را در کاهش افسردگی مقایسه کرده‌اند. افراد گروه زوج‌درمانی پیشرفت بیشتری داشتند. ارجحیت زوج‌درمانی بر دارودرمانی بعد از دو سال پی‌گیری نیز ادامه داشت. امانوئل زوروی<sup>۱۲</sup> و املکامپ<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۶) در تحقیقی زوج‌درمانی متمرکز بر روابط را با درمان شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی فردی مقایسه کردند که از نظر کاهش علائم افسردگی بین دو گروه تفاوتی نبود، اما عملکرد زناشویی در گروه زوج‌درمانی بهتر بوده است. جاکوبسن<sup>۱۴</sup> و همکارانش (۱۹۹۱) در تحقیقی زوج‌درمانی رفتاری<sup>۱۵</sup> و شناخت‌درمانی<sup>۱۶</sup> و هر دو نوع درمان با هم را در مورد ۶۰ زوج زن که تشخیص افسردگی اساسی را داشته مورد بررسی قرار دادند. زوج‌درمانی رفتاری به اندازه شناخت‌درمانی در کاهش افسردگی اثر داشت. اما فقط زوج‌درمانی رفتاری، با افزایش رضایت‌مندی زناشویی و سازگاری زناشویی همراه بود. فلی<sup>۱۷</sup> و همکاران (۱۹۸۹) در تحقیقی درمان بین فردی را به فرمت زوجی تغییر داده و با درمان بین فردی به فرمت فردی، مقایسه نمودند. اسپانیلی (۱۹۹۷)، در تحقیقی تأثیر روان‌درمانی بین فردی را بر افسردگی دوران بارداری سنجید. نتایج نشان داد که در پایان دوره، میزان افسردگی به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش داشته که نشان‌دهنده اثربخشی روان‌درمانی بین فردی می‌باشد. اسپانیلی<sup>۱۸</sup> و اندیکوت<sup>۱۹</sup> (۲۰۰۳)، در پژوهشی با توجه به این‌که افسردگی در دوران بارداری یک عامل خطر آفرین مهم برای افسردگی پس از زایمان نیز می‌باشد، تأثیر روان‌درمانی بین فردی، در مقابل برنامه آموزش والدین برای زنان باردار افسرده را مورد بررسی قرار دادند که نتیجه گرفتند روان‌درمانی بین فردی مثل دارودرمانی برای درمان افسردگی مؤثر است.

وبستر<sup>۲۰</sup> و همکاران (۲۰۰۰)، در تحقیقی تأثیر حمایت اجتماعی در دوران بارداری را در کاهش افسردگی بررسی کردند. هدف از این تحقیق بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی، افسردگی دوران بارداری بود و با تحلیل نتایج مشخص گردید که زنانی با حمایت اجتماعی کمتر بیشتر در معرض افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان بودند و کمتر به مراقبت از خود اهمیت می‌دادند. برنز<sup>۲۱</sup>، سایر<sup>۲۲</sup> و موراس<sup>۲۳</sup> (۱۹۹۳) در تحقیقی رابطه بین افسردگی و روابط صمیمی را بررسی کردند و نتیجه گرفتند که افسردگی مزمن و کم نسبت به سایر انواع افسردگی ارتباط بیشتری با مشکلات و روابط بین فردی دارد.

در تحقیقی در سال ۱۳۸۰ توسط آروند و شفیع‌آبادی، نقش اختلافات خانوادگی در افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان بررسی شد. در این مطالعه دو ابزار پژوهش تست بک و پرسشنامه‌ای جهت بررسی اختلافات خانوادگی استفاده شد. همبستگی بین اختلافات خانوادگی و میزان افسردگی محاسبه گردید. نتایج نشان داد که بین اختلافات خانوادگی و افسردگی پس از زایمان همبستگی

معناداری وجود دارد و نتیجه‌گیری شد با کمک آموزش‌های لازم در زمینه استرس در خانه و اختلافات خانوادگی و بالا بردن بهداشت جسمانی و روانی دوران بارداری، حتی‌الامکان می‌توان از ابتلای مادران به افسردگی پس از زایمان جلوگیری نمود.

مروری بر پژوهش‌های انجام شده در زمینه درمان افسردگی دوران بارداری و افسردگی پس از زایمان نشان می‌دهد که اکثر مطالعات در خارج از کشور از رویکردهای روان‌درمانی بین فردی، درمان شناختی - رفتاری، درمان‌های غیرتخصصی در دوران بارداری استفاده شده (جاکوبسن، ۱۹۹۱؛ اسپانیلی، ۱۹۹۷؛ اسپانیلی و اندیکوت<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۳)، اما رویکرد زوج‌درمانی در مورد درمان افسردگی دوران بارداری بررسی نگردیده است. از زوج‌درمانی رفتاری و همراه کردن همسران در مشکلات روحی و روانی زنان در دوران بارداری در این پژوهش برای اولین بار استفاده شده است. در تحقیقات داخل کشور نیز پژوهش‌هایی که انجام شده به‌صورت ارزیابی علل ایجاد این عارضه بوده است. در اکثر آن‌ها مشخص گردیده چگونگی روابط همسران نقش مهمی در ایجاد افسردگی دوران بارداری داشته است.

با توجه به اهمیت افسردگی دوران بارداری و تأثیر آن بر میزان بروز افسردگی پس از زایمان و این‌که در تحقیقات متعدد مشخص شده یکی از عوامل خطرزا در ایجاد این اختلال نداشتن همسر حمایت‌کننده می‌باشد و نقش روابط زناشویی در میزان بروز افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان، روش زوج‌درمانی رفتاری و تکنیک‌های مربوط به این روش که برای افزایش رضایت‌مندی زناشویی و ایجاد رفتارهای حمایت‌کننده مناسب می‌باشد انتخاب شده است. این پژوهش به دنبال بررسی تأثیر زوج‌درمانی رفتاری در کاهش افسردگی دوران بارداری می‌باشد.

## روش

این تحقیق نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون بوده و در آن از دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است.

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل زنان باردار افسرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان بودند. از بین افراد جامعه به‌طور تصادفی ۱۵ زوج (زن و شوهر) در گروه آزمایش و ۱۵ زوج در گروه گواه قرار گرفتند. به این طریق که آزمون افسردگی ادینبرگ توسط زنان باردار در ماه ششم تا هشتم بارداری که به مراکز بهداشتی درمانی (شرف‌آباد، طاهرآباد، امام حسن، افضل‌پور) مراجعه می‌کردند، تکمیل گردید و براساس نمرات آزمون ۳۰ نفر از زنان افسرده که نمرات بالاتر از ۱۲ داشتند و داوطلب بوده‌اند انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در

گروه گواه قرار گرفتند که به‌صورت زوجی (زن و شوهر) در جلسات مشاوره شرکت نمودند. لازم به ذکر است که در طول پژوهش از هر گروه یک نفر ریزش وجود داشت که دلیل آن عدم دسترسی و پیدا نکردن افراد مورد نظر به علت تغییر محل سکونت بوده، لذا افراد نمونه گروه‌ها ۱۴ زوج در هر گروه می‌باشند.

### ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه افسردگی ادینبرگ استفاده شده است. پرسشنامه ادینبرگ برای اندازه‌گیری افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان در پژوهش‌های بالینی به‌کار رفته است. این پرسشنامه توسط کوکس<sup>۲۵</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۷ تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این ابزار از ده قسمت چهار گزینه‌ای تشکیل شده است که در بعضی از سؤالات، گزینه‌ها از شدت کم به زیاد (مورد ۱، ۲ و ۴) و در بعضی از زیاد به کم (۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰) مرتب شده‌اند. گزینه‌های هر سؤال امتیازی از صفر تا ۳ براساس شدت علامت، به خود اختصاص می‌دهند و امتیازی که فرد کسب می‌کند از جمع امتیازات ده سؤال بدست می‌آید که می‌تواند از صفر تا ۳۰ متغیر باشد. مادرائی که امتیازاتی بالاتر از حد آستانه ۱۲/۵ کسب می‌کنند از افسردگی با شدت‌های متفاوتی رنج می‌برند.

پژوهشی توسط کوکس و همکاران در انگلستان (۱۹۸۷) تحت عنوان تشخیص افسردگی پس از زایمان و ساخت ابزار ده موردی افسردگی پس از زایمان انجام شده است که پایایی به روش دو نیمه کردن معادل ۰/۸۸ بود. در تحقیقی که توسط خدا دوستان (۱۳۷۶) در دانشگاه اصفهان انجام شد، روایی و پایایی این تست معادل ۰/۷۵ تعیین گردید. این پرسشنامه برای استفاده در دوران بارداری نیز مناسب می‌باشد (موری<sup>۲۶</sup>، کوکس، ۱۹۹۰). پرسشنامه افسردگی ادینبرگ در جمعیت زنان باردار و پس از زایمان شهر کرمان نیز توسط نگارنده مورد بررسی قرار گرفت که روایی این آزمون با استفاده از شیوه تعیین ضریب همبستگی همزمان آزمون ادینبرگ، آزمون افسردگی بک معادل ۰/۷۸ محاسبه گردیده و پایایی این آزمون از روش آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن معادل ۰/۷۵ بدست آمد.

### شیوه اجرا

پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گواه، آزمون افسردگی ادینبرگ به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس برای آزمودنی‌های گروه آزمایش جلسات مشاوره به شیوه زوج‌درمانی رفتاری برگزار گردید. برای گروه گواه جلسات مشاوره‌ای تشکیل نشد. بعد از اتمام جلسات، از دو گروه آزمایش و گواه آزمون‌های افسردگی ادینبرگ به‌عنوان پس‌آزمون اول به‌عمل آمد. تعداد

جلسات زوج‌درمانی رفتاری هفت جلسه بود. این جلسات هر هفته یک بار و هر بار به مدت ۲ ساعت تشکیل می‌شد.

### یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک نمونه شامل میانگین سن، تعداد بارداری، تحصیلات، سابقه افسردگی، نوع زایمان و تغذیه نوزاد بود. در بررسی ویژگی‌های توصیفی گروه نمونه مشخص شد اکثریت زنان گروه نمونه سابقه افسردگی نداشتند و در اکثریت مادران، تغذیه نوزادان به طریق شیر مادر بوده است. تعداد زایمان طبیعی در گروه آزمایش بیشتر از سزارین بوده، در حالی که در گروه کنترل تعداد زایمان طبیعی و سزارین برابر بوده است. زوج‌درمانی رفتاری در کاهش میزان افسردگی زنان باردار شهر کرمان مؤثر است.

### مقادیر میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون - پس‌آزمون افسردگی در زنان گروه آزمایش و کنترل

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۵۱/۹۳	۱۰/۴۱	۴۹/۲۹	۱۰/۷۳
کنترل	۴۸/۳۶	۸/۲۷	۴۸/۵۷	۷/۷۰

بررسی میانگین دو گروه نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و هم‌چنین نسبت به گروه کنترل کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است.

### نتایج آزمون F (مانوا) تأثیر آموزش زوج‌درمانی رفتاری در کاهش افسردگی زنان باردار در دو گروه کنترل و آزمایش

منبع	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماري
پیش‌آزمون	۱۹۲/۶۴	۱	۱۹۲/۶۴	۱۴۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
گروه	۵۴/۲۸	۱	۵۴/۲۸	۳۹/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۰/۹۹

به منظور تحلیل آماری داده‌های کمی و با توجه به استفاده از پیش‌آزمون، پس‌آزمون از آزمون F (مانوا) استفاده شد. F مشاهده شده در خصوص دو گروه آزمایش و کنترل در سطح  $P < 0/05$ ، تأثیر زوج‌درمانی رفتاری در کاهش افسردگی زنان باردار را نشان می‌دهد ( $P = 0/001$ ). به عبارت دیگر، زوج‌درمانی رفتاری در کاهش افسردگی زنان باردار تأثیر مثبت داشته است.

### بحث

نتایج تحلیل مانوا مربوط به فرضیه اول نشان داد که میانگین افسردگی زنان باردار گروه آزمایش که از مشاوره زوج‌درمانی رفتاری استفاده کردند، به طور معناداری کمتر از میانگین افسردگی گروه کنترل بود. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مشاوره به شیوه زوج‌درمانی رفتاری، افسردگی زنان باردار را کاهش داده است. این نتیجه با نتایج اسپانیلی (۱۹۹۷، ۲۰۰۳) هم‌خوانی دارد. اسپانیلی (۱۹۹۷)، تأثیر روان‌درمانی بین فردی را بر افسردگی دوران بارداری سنجید و نتیجه گرفت روان‌درمانی بین فردی افسردگی دوران بارداری را کاهش می‌دهد. همچنین در سال ۲۰۰۳ تأثیر روان‌درمانی بین فردی و برنامه آموزش والدین را مقایسه نمود که مشاهده کرد برنامه روان‌درمانی بین فردی باعث کاهش افسردگی دوران بارداری می‌شود. تفاوت این دو تحقیق با تحقیق فعلی در نوع روان‌درمانی بود، در پژوهش حاضر تأثیر زوج‌درمانی رفتاری بر کاهش افسردگی دوران بارداری نشان داده شده است. نتایج این پژوهش با تحقیقات دسالوس (۲۰۰۳)، لف (۲۰۰۰)، امانوئل زورویو و املکامپ (۱۹۹۶)، اولری و بیچ (۱۹۹۰)، فلی (۱۹۸۹)، جاکوبسن (۱۹۹۵) که تأثیر دیگر انواع زوج‌درمانی را در کاهش افسردگی مشخص کردند، همسو می‌باشد.

شبهات پژوهش موجود با تحقیقات ذکر شده در استفاده از زوج‌درمانی بوده است. در این تحقیقات حضور زن و شوهر در جلسات الزامی بوده و اثرات زوج‌درمانی در کاهش میزان افسردگی سنجیده شده است. تفاوت تحقیقات ذکر شده با پژوهش موجود در این بود که نمونه‌ها در پژوهش موجود، زوجین با زنان باردار افسرده بوده‌اند که تأثیر زوج‌درمانی رفتاری در کاهش میزان افسردگی آنان سنجیده شده است، در حالی که در تحقیقات ذکر شده، نمونه‌ها افراد افسرده عادی (زنان افسرده غیرباردار) بوده‌اند. در زمینه دلایل احتمالی تأثیر مشاوره به شیوه زوج‌درمانی رفتاری در کاهش افسردگی زنان باردار می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: زوج‌درمانی رفتاری منجر به بالا رفتن رضایت زناشویی و بالابردن میزان صمیمیت در زوجین می‌گردد و طبق تحقیق برنز، سایر و موراس (۱۹۹۳) افزایش صمیمیت منجر به کاهش افسردگی دوران بارداری می‌شود. بنابراین زوج‌درمانی رفتاری از طریق افزایش صمیمیت سبب کاهش افسردگی می‌شود. زوج‌درمانی رفتاری منجر به افزایش حمایت همسران می‌گردد و طبق تحقیق وبستر (۲۰۰۰)، افزایش میزان حمایت منجر به



کاهش افسردگی می‌گردد. بنابراین زوج درمانی رفتاری از طریق بالا بردن میزان حمایت سبب کاهش افسردگی می‌شود.

#### یادداشت‌ها

- |                                       |                              |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. Gotlib                             | 15. Behavior marital Therapy |
| 2. Whiffen                            | 16. Cognitive Therapy        |
| 3. Zuckerman                          | 17. Foley                    |
| 4. Food and Drug Administration       | 18. Spinelli                 |
| 5. Jacobson                           | 19. Endicott                 |
| 6. Lewinsohn                          | 20. Webster                  |
| 7. Beach                              | 21. Burns                    |
| 8. Andre Dessaulles                   | 22. Sayers                   |
| 9. Susan Johnson                      | 23. Moras                    |
| 10. Emotional focused marital therapy | 24. Edinburg                 |
| 11. Leff                              | 25. Cox                      |
| 12. Emanuels-zurveen                  | 26. Murray                   |
| 13. Emmelkamp                         |                              |
| 14. Jacobson                          |                              |

#### منابع

- آروند، ژ، شفیق‌آبادی، ع. (۱۳۸۰). نقش اختلالات خانوادگی در افسردگی پس از زایمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خاتم.
- جنتی، ی. (۱۳۸۱). درسنامه جامع روان پرستاری. بهداشت روان ۲. تهران: سالمی.
- جنتی، ی. (۱۳۸۴). روان پزشکی در مامایی. تهران: نشر جامعه‌نگر.
- مبینی، س. (۱۳۸۰). افسردگی و درمان شناختی - رفتاری آن، نظریه‌ها، مفاهیم و کاربردهای بالینی. تبریز: انتشارات جیحون.
- مصلی‌نژاد، ل. (۱۳۸۳). مادر شدن و سلامت روانی. تهران: انتشارات روشن کتاب.
- مولوی، ح. (۱۳۷۹). راهنمای عملی SPSS-10 در علوم رفتاری. اصفهان: انتشارات مهر قائم.
- Beach, S. (2003). Affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 247-261.
- Burns, D. Sayers, S., & Moras, k. (1993). Intimate relationships and depression: Is there causal connection? *Journal Consults Clinical Psychology*, 61(3), 516.9.
- Cox, J. Holden, J., & Sagosky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-6.
- Desaulles, A., & Johnson, S. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, 31, 345-353.

- Emanuel-Zuurveen, I., Emmelkamp, P. M. (1996). Individual behavioral-cognitive therapy vs. marital therapy for depression in marital distressed couples. *British Journal of Psychiatry*, 169, 181-188.
- Foley, S., & associates. (1989). Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *International Journal of Family Psychiatry*, 10, 29-42.
- Gotlib, I., & Whiffen, V. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 122-32.
- Jacobson, N., & Gurman, A. (1988). *Clinical handbook of marital therapy*. New York: the Guilford press.
- Jacobson, N., & Gurman, A. (2001). *Couple therapy*. New York: John Wiley, Ltd.
- Leff, J. & associates. (2000). The London depression intervention trial. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Levenson, J. (2000). *Depression*. American collage of physicians- American society of internal medicine.
- Lewinsohn, P., & Amenson, C. (1975). Some relations between pleasant and unpleasant mood-related events and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(6), 646-654.
- Lewinsohn, P., & Clarke, G. (1990). *Leader's manual for adolescent groups* [On-line]. Available: <http://www.Kpchr.org/>
- Spinelli, M. (1997). Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 1028.
- Spinelli, M., & Endicott, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 555-562.
- Webster, J. (2000). Measuring social support in pregnancy: Can it be simple and meaningful? *Birth*, 27, 97.
- Zuckerman, B. (1990). Maternal depressive symptom during pregnancy and newborn irritability. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 94-190.