

Effectiveness of Reality Therapy on Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Women with Normal Childbirth

Aghae, *H., Nasery-Fadafan, M., Sanei, A.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the effectiveness of reality therapy on postpartum depression and post-traumatic stress symptoms in women with Natural childbirth.

Method: The present study was a quasi-experimental study using pre-test and post-test design with experimental and control groups. The statistical population of this study was women of Health Center No. 2 in Mashhad who experienced natural childbirth and subsequently had symptoms of post-traumatic stress and postpartum depression. Among these people, 30 people were selected by purposive sampling and assigned to experimental and control groups.

The experimental group underwent reality therapy intervention for 8 sessions. After the intervention, both groups completed the post-traumatic stress and postpartum depression questionnaires. Data were analyzed using SPSS software version 24 and analysis of covariance.

Results: Findings showed that reality therapy has a significant effect on reducing postpartum depression and post-traumatic stress symptoms.

Conclusion: Considering the prevalence of postpartum depression and stress and the results of the present study on reducing depression and post-traumatic stress, it is suggested that reality therapy be used as an effective intervention in medical centers and health centers.

Keywords: Reality therapy, postpartum depression, post-traumatic stress.

اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افسردگی پس از زایمان و علائم استرس پس از سانحه در زنان با زایمان طبیعی

حکیمه آقایی^۱، ملکه ناصری‌فدافان^۲، امین صانعی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۱۵

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افسردگی پس از زایمان و علائم استرس پس از سانحه در زنان با زایمان طبیعی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش زنان تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۲ مشهد که دارای تجربه زایمان طبیعی و در پی آن علائم استرس پس از سانحه و افسردگی پس از زایمان داشتند، بودند. از بین این افراد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت مداخله واقعیت‌درمانی قرار گرفت. بعد از مداخله هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های استرس پس از سانحه و افسردگی پس از زایمان را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد واقعیت‌درمانی بر برکاهش افسردگی پس از زایمان و علائم استرس پس از سانحه تأثیر معناداری دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع افسردگی و استرس پس از زایمان و نتایج پژوهش حاضر در کاهش افسردگی و استرس پس از سانحه پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی و خانه‌های بهداشت از واقعیت‌درمانی به عنوان مداخله‌ای اثربخش استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: واقعیت‌درمانی، افسردگی پس از زایمان، استرس پس از سانحه.

مقدمه

شود که زنان بیشتر به سمت سزارین گرایش یابند (۶). در مطالعه فنویک و همکاران ترس از ناشناخته‌ها، فقدان اطمینان به زایمان، برونی‌سازی روایت‌های منفی و درد زایمان در زنانی که یک بار تجربه زایمان داشته‌اند باعث به وجود آمدن ترس از زایمان می‌شوند. بنابراین، زنان جوان و باردار جامعه نیاز به آموزش بیشتر، افزایش آگاهی و تغییر نگرش نسبت به روش‌های زایمان دارند (۷).

برخی مطالعات در ایران نشان می‌دهد آگاهی اکثر زنان باردار نسبت به نوع زایمان در حد ضعیف و متوسط بوده و اکثر آنان نیز در خصوص نگرش نسبت به نوع زایمان نظری ندارند (۸). با توجه به نکات ذکر شده، می‌توان دریافت که ترس از زایمان و اجتناب از آن برای زنان باردار و نوزادان مشکلات عدیده‌ای ایجاد می‌کند. میزان بالای ترس و اضطراب زایمان پیش‌بینی کننده افسردگی پس از زایمان است. افسردگی پس از زایمان یکی از مشکلات اصلی بهداشتی به شمار می‌رود که عوارض سوئی بر مادر، نوزاد و خانواده به‌جای می‌گذارد (۹). افسردگی پس از زایمان^۴ با اختلال در نزدیکی مادر و نوزاد تأثیر منفی بر تکامل نوزاد دارد و باعث ایجاد مشکلات رفتاری، اجتماعی و احساسی در نوزادان می‌شود. در بعضی موارد در صورت شدید بودن این اختلال کشتن نوزاد به دست مادر افسرده گزارش شده است. تا ۵ سال بعد از بهبودی، احتمال افسردگی در این بیماران دو برابر جمعیت عادی است. از طرفی این بیماری باعث ایجاد تأثیرات منفی بر دیگر اعضای خانواده به‌خصوص همسر شده و در کل باعث کاهش کیفیت زندگی زنان و خانواده می‌شود (۱۰). علت افسردگی در زنان را می‌توان به وجود عوامل مختلف از جمله تغییر هورمونی مرتبط با چرخه باروری و فشارهای مختلف عصبی از بارداری و زایمان نسبت داد (۱۱). با توجه به محدودیت استفاده از دارو در دوران بارداری، مطالعات محدودی در خارج و داخل کشور سعی داشته‌اند تا با آموزش روانی و آرمیدگی، ترس از زایمان و متعاقب آن تعداد سزارین‌های انتخابی را کاهش دهند (۱۲). اما محققینی مانند گاسکوگا در مطالعه خود نشان دادند که مداخلات آموزشی تنها زمانی مؤثر است که زنان آموزش دیده، فاقد چنین اطلاعاتی باشند (۱۳). در این راستا السوالمه و الصمادی

اختلال استرس پس از سانحه^۱ شامل تجربه فرد از یک رویداد آسیب‌رسان می‌باشد که با احساس خطر مرگ یا صدمه جدی همراه بوده و یا تهدیدی برای تمامیت جسمی خود یا دیگران محسوب می‌شود. نشانه‌های آن گستره‌ای از پاسخ‌ها شامل تجربه مجدد رویداد در ذهن (افکار مزاحم، کابوس‌ها و احساس وقوع مجدد حادثه)، اجتناب از برجای‌مانده‌های رویداد و واکنش‌های انگیزشی (تحریک پذیری، خشم، اشکال در تمرکز و خواب، گوش‌به‌زنگی شدید)، می‌باشند. این علائم حداقل باید یک ماه طول کشیده باشند (۱). زایمان^۲ موجب برانگیختن قدرتمند احساسات و هیجانات به‌گونه‌ای می‌شود که ممکن است در بعضی از زنان علائم روانی ناشی از سانحه را ایجاد نماید. در مطالعات مختلف زایمان به‌عنوان یک حادثه آسیب‌زا شناخته شده است. حدود ۱/۵ تا ۶ درصد از زنان به استرس بعد از زایمان دچار می‌شوند. استرس زایمان^۳ شامل تجارب آسیب‌زایی می‌باشد که طی هر مرحله‌ای از زایمان احتمال رخ دادن آن وجود دارد. در بعضی از زنان وقایع آسیب‌زا زایمان، ممکن است بر زندگی و روابط آنها با فرزند و همسرشان تأثیر بگذارد (۲).

وضعیت روانی زنان و استرس‌های دوران حاملگی به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، سلامت مادر یا جنین را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ترس از زایمان‌های بعدی که در بارداری نخست ایجاد شده است، یکی از مسائل پرسترس دوران بارداری است (۳). در صورتی که مادر، بارداری‌های قبلی را بدون هیچ مشکلی پشت سر گذاشته باشد در بارداری بعدی مشکل خاصی نخواهد داشت و در گروه بارداری کم‌خطر دسته‌بندی می‌شود (۴). ترس، اضطراب و درد سه عاملی مهم در هنگام زایمان هستند. زن بارداری که ترس از زایمان را بیان می‌کند، نیاز به مراقبت‌های ویژه دارد تا قادر به اداره بارداری و تجربه خوشایند از زایمان باشد (۵). ترس از ناشناخته‌ها و عدم آگاهی سبب شدت درد می‌شود. زنان باردار به دلایلی از جمله رها شدن از دردهای زایمانی و یا به دلیل ترس بی‌پایه‌ای که در بین جمعیت عمومی به خاطر عدم آگاهی از روند زایمان وجود دارد، ممکن است باعث

1. Post Traumatic Stress Disorder
2. Giving Birth
3. Childbirth Stress

4. Postpartum Depression

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، داشتن تجربه زایمان طبیعی در سه ماه گذشته، کسب نمره برش در مقیاس استرس پس از سانحه و افسردگی پس از زایمان و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود.

وجود علائم شدید اختلال یا دیگر بیماری‌های عصب شناختی، وجود نشانه‌های روان‌گسستگی، وجود افکار جدی خودکشی و عدم تمایل به ادامه درمان، شرکت در سایر مداخلات روانشناختی و مصرف مواد و داروهای روانگردان منجر به خروج آزمودنی از پژوهش می‌شد.

در ابتدای طرح، در یک جلسه مقدماتی اهداف طرح و همچنین محرمانه بودن اطلاعات شخصی و امکان خروج از پژوهش در هر زمان که بخواهند، به افراد ارائه گردید و از آزمودنی‌ها رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش اخذ گردید. سپس برنامه واقعیت‌درمانی بر روی گروه آزمایش به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. در انتها نیز مجدداً پرسشنامه‌های ذکر شده در بالا در بین آزمودنی‌ها توزیع شد. از روش تحلیل کواریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS-۲۴ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ابزار

۱. مقیاس علائم اختلال استرس پس از سانحه: این مقیاس توسط ویدرز (۱۸) طراحی شد که حاوی ۱۷ سؤال است که دقیقاً تمامی ملاک‌های پنجمین کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه را، پوشش می‌دهد و با استفاده از مقیاس لیکرت، شدت علائم هر ملاک را درجه بندی می‌کند. علائم این اختلال شامل علائم مربوط به تجربه مجدد (۴ سؤال)، علائم مربوط به پرهیز (۷ سؤال)، علائم مربوط به واکنش‌های انگیزشی (۶ سؤال) می‌باشد. در صورت داشتن ۱ مورد یا بیشتر از علائم تجربه مجدد، ۳ مورد یا بیشتر از علائم مربوط به پرهیز، ۲ مورد یا بیشتر از علائم مربوط به واکنش‌های انگیزشی، اختلال استرس پس از سانحه تشخیص داده می‌شود (۱۸). روایی و پایایی این ابزار توسط ویدرز و همکاران (۱۸) بررسی و ضریب پایایی برای آن ۰/۹۷ محاسبه گردید.

در پژوهشی به بررسی تأثیر واقعیت‌درمانی^۱ گروهی بر استرس و اضطراب در زنان باردار پرداختند (۱۴). یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد واقعیت‌درمانی باعث کاهش استرس و اضطراب زنان باردار می‌شود. واقعیت‌درمانی روشی است مبتنی بر عقل سلیم و درگیری‌های عاطفی که در آن بر واقعیت، قبول مسئولیت و شناخت امور درست و نادرست و ارتباط آن‌ها با زندگی روزمره فرد تأکید می‌شود (۱۵). واقعیت‌درمانی، نظریه‌ی انتخاب را به فرد آموزش می‌دهد. نظریه انتخاب، روانشناسی کنترل درونی است و توضیح می‌دهد که چرا و چگونه ما به این انتخاب‌های ناکارآمد و رنج‌آور دست می‌زنیم و چطور می‌توانیم انتخاب‌های بهتر و کارآمدتری بکنیم (۱۶). هدف اصلی واقعیت‌درمانی ایجاد رفتار مسئولانه در فرد است زیرا رفتار غیرمسئولانه است که موجب ناراحتی و اضطراب انسان می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که واقعیت‌درمانی در کاهش اضطراب و افزایش مسئولیت‌پذیری افراد مؤثر است (۱۷). با توجه به مطالب گفته شده در پژوهش حاضر هدف بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افسردگی پس از زایمان و علائم اختلال استرس پس از سانحه اثربخش در زنان با تجربه زایمان طبیعی است.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی است با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش زنان دارای تجربه زایمان طبیعی که به وسیله مقیاس علائم اختلال استرس پس از سانحه، تشخیص اختلال استرس پس از زایمان و افسردگی پس از زایمان داشته و تحت پوشش مرکز بهداشت شماره دو مشهد در سال ۱۳۹۸ بودند، می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود. بدین صورت که ابتدا بین زنان مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت که دارای تجربه زایمان طبیعی بودند، مقیاس علائم اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی پس از زایمان توزیع شد و پس از مشخص شدن زنان مبتلا، و انجام مصاحبه بالینی با روش تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند.

1. Reality Therapy

است، به صورت درمان گروهی استفاده شد. مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد. توضیح مختصری از جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

روند اجرای پژوهش: پس از هماهنگی با مسئولان مرکز بهداشت شماره دو مشهد و همچنین در نظر گرفتن اصول اخلاق پژوهشی، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، از بین ۳۹ نفر افرادی که براساس ملاک‌های پژوهش واجد شرایط بودند ۳۰ نفر انتخاب و به روش تصادفی ساده (قرعه کشی) ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت واقعیت‌درمانی قرار گرفتند، در پایان دوره درمان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۲. پرسشنامه افسردگی ادینبرگ: این پرسشنامه برای سنجش افسردگی پس از زایمان توسط کوکس و هولدن (۱۹) طراحی شد که شامل ۱۰ گویه است که نمره این مقیاس، بین صفر تا ۳۰ است و کسب نمره ۱۲ و بیشتر، به‌عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود. هرچه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان افسردگی بالاتر فرد خواهد بود. روایی مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ و با روش باز آزمایی، ۰/۸ تعیین شد. پایایی پرسشنامه ادینبرگ با روش سنجش ثبات درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲ محاسبه شد. در ایران احمدی کانی گلزار و قلی‌زاده (۲۴) مقدار آلفای کرونباخ برای آزمون ادینبرگ برابر ۰/۷ و روایی آزمون ادینبرگ با مقیاس بک برابر با ۰/۴۴ به دست آوردند.

۳. بسته مداخله‌ای واقعیت‌درمانی: در این پژوهش از مدل درمان واقعیت‌درمانی که توسط ویلیام گلاسر (۱۶) ارائه شده

جدول ۱) ساختار جلسات درمانی

جلسه	محتوای جلسات
۱	معرفی برنامه درمانی، منطق زیربنایی آن، اخذ پیش‌آزمون معرفی درمانگر و درمان‌جو، قواعد گروه و تنظیم اهداف.
۲	معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما؛ ما چرا رفتار می‌کنیم؟ ما چگونه رفتار می‌کنیم؟ شناخت نیازهای خود و چگونگی برآورده کردن آنها.
۳	ارزیابی ادراک و برداشت از درد و ترس از زایمان. معرفی زایمان به زبان ساده، اینکه زایمان چیست؟ چه می‌کند و چگونه احساسات، هیجانات و ناسازگاری‌های رفتاری توأم با آن از آن متأثر بوده ولی زاده مستقیم آن نیستند. ارزیابی و ادراک و برداشت زنان از زایمان
۴	معرفی رفتار کلی و آشناسازی فرد با مؤلفه رفتار کلی فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی اینکه ما همواره برد و مؤلفه فکر و عمل به‌طور مستقیم و بر مؤلفه‌های احساس و فیزیولوژی بطور غیرمستقیم و فقط از طریق بکارگیری و دستکاری چرخ‌های جلوی ماشین، یعنی فکر و عمل کنترل و مدیریت داریم.
۵	آشنایی اعضاء با چگونگی طرح‌ریزی حل مشکل استرس و برنامه‌ریزی برای زندگی فعلی خود
۶	معرفی هفت رفتار تخریب‌گر (انتقاد، غرغر، شکایت و...) تشخیص الگوی استفاده از عوامل در تعاملات اصلی زندگی، معرفی هفت رفتار سازنده رفتار (گوش دادن، تشویق و...)، آشنایی با شیوه تعهد نسبت به انجام‌دادن و عمل کردن طرح و برنامه‌های انجام شده
۷	معرفی و بحث پیرامون کنترل درونی در صورت یادآوری تجربه آسیب‌زا با آموزش اصول ده گانه تئوری انتخاب توضیح مبسوط، درخواست از آنها برای ارائه مثال‌های شخصی.
۸	کمک به فرد در جهت تدوین یک طرح عینی برای اجتناب از بکارگیری و تن دادن به کنترل بیرونی (قرارگرفتن در شرایطی که تجربه آسیب‌زا یادآوری می‌شود) و همچنین انجام پس‌آزمون.

شده است. چنانچه مشاهده می‌شود به عنوان مثال میانگین افسردگی پس از زایمان در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۶/۵ و ۱۲/۶ است و برای گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۷/۷ و ۱۷/۱ است.

برای بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افسردگی پس از زایمان و استرس پس از سانحه، از تحلیل کواریانس

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در دو بخش توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیره) ارائه شده است.

در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای پژوهش ارائه

از سانحه از آزمون کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در این آزمون، زیر مقیاس‌های استرس پس از سانحه در پس آزمون به عنوان متغیر وابسته و گروه (کنترل، آزمایشی) به عنوان متغیر مستقل و نمرات استرس پس از سانحه به دست آمده در پیش‌آزمون، به عنوان متغیر همپراش استفاده می‌شود. همچنین با توجه به نمره F در اثر پیلاپی که برابر با $۷۱/۴$ به دست آمد که در سطح $(P < ۰/۰۰۱)$ معنادار می‌باشد می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تفاوت ترکیب خطی زیر مقیاس‌های استرس پس از سانحه در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون معنادار است.

چندمتغیری استفاده شد. برای این منظور ابتدا پیش‌فرض‌های انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری شامل بهنجار بودن توزیع متغیرها، همسانی واریانس‌ها و همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس بررسی شدند. آزمون کلموگروف - اسمیرنوف نشان داد که توزیع همه متغیرها در هر دو گروه نرمال است. آزمون لون نشان‌دهنده همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش بود که مقدار آن برای افسردگی پس از زایمان ($F=۱/۷$)، تجربه مجدد ($F=۲/۲$)، پرهیز ($F=۰/۸۱$) و واکنش‌های انگیزشی ($F=۱/۸$) به دست آمد. نتایج آزمون ام باکس نیز نشان‌دهنده همسانی کوواریانس‌ها بود. همچنین در بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر استرس پس

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر		گروه آزمایش				گروه کنترل	
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی پس از زایمان		۱۶/۵	۳/۴	۱۲/۶	۳/۲	۱۷/۷	۳/۶
استرس پس از سانحه		۱۱/۱	۲/۲	۷/۷	۲/۵	۱۰/۵	۲/۳
تجربه مجدد		۲۰/۳	۳/۴	۱۳/۶	۳/۲	۱۹/۶	۳/۴
پرهیز		۱۸/۶	۳/۲	۱۳/۷	۲/۹	۱۷/۷	۳/۱
واکنش‌های انگیزشی		۱۸/۶	۳/۲	۱۳/۷	۲/۹	۱۷/۷	۳/۱

جدول ۳) آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	درجه‌آزادی	سطح معناداری	μ^2
افسردگی پس از زایمان	۵۳/۷	۵۳/۷	۱۱/۷	۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳
تجربه مجدد	۷۹/۴	۷۹/۴	۲۷/۳۸	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۶
پرهیز	۵۱/۱۱	۵۱/۱۱	۱۰/۴	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷
واکنش‌های انگیزشی	۸۰/۱	۸۰/۱	۲۶/۴	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷

می‌کند زندگی خود را مؤثرتر کنترل کنند. در این درمان عمدتاً به افراد آموزش داده می‌شود تا در رابطه برقرار کردن با افراد، تصمیمات مؤثرتری بگیرند (۲۰). در رویکرد واقعیت‌درمانی اعتقاد بر این است که راهبردهای کنترل‌کننده افسردگی ممکن است به واسطه یا بر اثر خودارزیابی‌های منفی پس از انجام یک رفتار غیرمسئولانه وارد عمل شوند. از سوی دیگر، چون رویدادهای محیطی، شرایط زندگی و آینه فرد در شکل‌گیری افکار ناسالم و افسرده‌ساز مؤثر هستند، استفاده از راهبردهای رفتاری نیز در دیدگاه واقعیت‌درمانی مفید و مناسب تلقی می‌شود. اعتقاد بر این است که افسردگی پس از زایمان مختل‌کننده عملکرد و تفکر است و سبب می‌شود فرد قادر به برقراری

چنانچه جدول ۳ و نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره متغیره نشان می‌دهد در متغیرهای افسردگی پس از زایمان و هر یک از زیرمقیاس‌های استرس پس از سانحه بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده بهبود قابل توجه آزمودنی‌ها در نمره کلی افسردگی پس از زایمان در مقایسه با ابتدای مطالعه بود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های صداقت، صاحبی و شهبابی‌مقدم (۲۰)، بارگاو (۲۱) و ریدر (۲۲) به طور ضمنی همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت واقعیت‌درمانی، نظامی را ارائه می‌دهد که به افراد کمک

موارد نادرست برنیاید، نیازهای اساسی او برآورده نخواهد شد و در نتیجه احساس ارزش و دوستی نخواهد کرد و دچار نگرانی و اضطراب خواهد شد. همچنین فرد برای آن که احساس ارزش کند، باید به کسب و تقویت یک‌رشته مهارت‌ها اقدام کند. گلاسر (۱۶) خاطر نشان کرد «آنچه به عنوان بیماری روانی خوانده می‌شود در حقیقت شامل صدها راهی است که انسان‌ها هنگام عاجز ماندن در ارضای نیازهای اساسی ژنتیکی خود، انتخاب می‌کنند تا رفتار کنند (۲۳). پذیرش مسئولیت رفتار، نشانه‌ای از سلامت روانی است. انسان مسئول، منطبق با واقعیت رفتار می‌کند، ناکامی را به دلیل نیل به احساس ارزش متحمل می‌شود، نیازهایش را طوری برآورده می‌کند که مانع ارضای نیازهای دیگران نشود و به وعده‌هایش وفادار است (۲۳). از آنجاکه تمرکز بر بعد مسئولیت، هسته اصلی کار در واقعیت درمانی است. بنابراین، واقعیت درمانی می‌تواند در یادگیری رفتارهای مسئولانه در فرد مؤثر باشد و در نتیجه از بروز آسیب در فرد جلوگیری کند. به‌طور خاص، واقعیت درمانگر تمام تلاش خود را بر رفتار متمرکز می‌کند، به ایجاد یک رابطه خصوصی و فعال، به شیوه‌های مسئولانه اقدام می‌کند و زمان حال، به‌خصوص رفتار کنونی مراجع را برای نیل به موفقیت همواره در نظر دارد. درمانگر به‌هیچ‌وجه وقت خود را صرف آن نمی‌کند که نقش کارآگاه و جستجوگر را ایفا کند و به عذر و بهانه‌های مراجع گوش دهد، بلکه سعی می‌کند از راه توجه دقیق به رفتار کنونی فرد و احتراز از موارد تهدیدآمیز، مقدمات تشکیل رفتار مسئولانه و هویت موفق را در او پایه‌گذاری کند و بدین‌وسیله با کاستن اضطراب و نگرانی مقدمات شخصیت سالم را در او تقویت کند (۲۳).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نبود شرایط انجام مرحله پیگیری در پژوهش حاضر و همچنین محدود بودن پژوهش به شهر مشهد که امکان تعمیم نتایج را به سایر شهرها با محدودیت مواجه می‌سازد، اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی دوره‌های پیگیری جهت سنجش اثر بلندمدت مداخله در نظر بگیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود این شیوه درمانی با سایر روش‌های درمان روانشناختی دیگر بر روی زنان دارای اختلال استرس پس از

ارتباط سالم با دیگران نبوده و مسئولیتی نیز در قبال دیگران برای خود قائل نباشد (افسردگی دلایل متفاوتی دارد و زایمان یکی از دلایل آن می‌باشد). در واقعیت درمانی فرض بر این است که عدم ارزشیابی رفتار و اصلاح موارد نادرست سبب می‌شود که نیازهای اساسی فرد مانند احساس ارزشمندی و دوستی برآورده نشود و در نتیجه دچار افسردگی و کاهش خلق گردد. همچنین، رفتار غیرمسئولانه افراد موجب افسردگی می‌شود، نه این که افسردگی و کاهش خلق باعث غیرمسئول بودن فرد گردد. از آنجا که تمرکز بر بعد مسؤولیت و رفتار مسئولانه هسته اصلی روان‌درمانی به شیوه واقعیت درمانیست، بنابراین واقعیت درمانی می‌تواند در یادگیری رفتارهای مسئولانه مؤثر باشد و در نتیجه از بروز افسردگی و کاهش خلق در فرد جلوگیری نماید. همچنین، برخورد با مشکلات به صورت گروهی به فرد کمک می‌کند تا راحت‌تر با آنها مقابله کنند و تصور نکنند که تنها او است که دچار چنین مشکلی گردیده است. علاوه بر این، افراد گروه تجربیات و دیدگاه‌های خود را با یکدیگر در میان می‌گذارند و از طریق این تعاملات به درک صحیحی از خود در جهات مختلف می‌رسند و در نهایت رفتار مسئولانه خود را پذیرفته و انجام می‌دهند (۲۱).

همچنین نتایج این مطالعه نشان‌دهنده بهبود قابل‌توجه آزمون‌های در استرس پس از زایمان در مقایسه با ابتدای مطالعه و گروه کنترل بود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های مخلص و همکاران (۸)، قضایی و همکاران (۲۳)، السوالمه و الصمادی (۱۴) به طور ضمنی همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت استرس پس از زایمان به‌عنوان پدیده مختل‌کننده عملکرد شناخته‌شده است که سبب می‌شود فرد قادر به برقراری ارتباط سالم با دیگران و مراقبت از فرزند خود نبوده و مسئولیتی نیز در قبال فرزند خود قائل نباشد. در واقعیت درمانی، انسان دو نیاز اساسی دارد یکی دوست داشتن و دوست داشته شدن و دیگری احساس ارزش برای خود و دیگران. برای حصول این نیازها، فرد باید به‌گونه‌ای مطلوب و مقبول رفتار کند تا دیگران او را دوست بدارند. معیارهای رفتار مطلوب و معقول، متنوع و متعدد هستند و درستی یا نادرستی اعمال به هنجارهایی بستگی دارد که از عوامل فرهنگی و اجتماعی و اخلاقی و ارزش‌ها نشئت می‌گیرند. اگر فرد رفتارش را ارزشیابی نکند و درصدد اصلاح

12. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*. 2009;116(1):167-73.

13. Guskowska M. The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety Stress Coping*. 2014;27(2):176-89.

14. Alsavalemah A, Alsamadi A. The impact of group reality therapy to reduce stress and anxiety in pregnant women. *J EducSci Jordan*. 2012;8(4):365-76.

15. Prochaska J, Norcross G. [Psychotherapy systems]. Tehran: Ravan; 2010.

16. Glasser W. [Reality therapy, introduction to the new reality therapy based on choice theory]. Tehran: SayeSokhan; 2014.

17. Mousaviasl J. The training effectiveness of group therapy on self-responsibility and student teacher training center of Hazrat Khadija Zahra University: Dissertation. Khuzestan; 2010.

18. Weathers FW, Litz BT, Herman D. The PTSD checklist (PCL). Reliability, Validity & diagnostic utility. Presented at the 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. Pennsylvania 1993.

19. Cox J, Holden J. Prenatal psychiatry use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. New York: Gasell; 1996.

20. Sedaghat M, Sahebi A, Shahabimoghadam S. The effectiveness of case-based reality therapy on people with major depression with a history of suicide attempt. *Forensic Medicine*. 2016;5(5):371-8.

21. Bhargava R. The Use of Reality Therapy With a Depressed Deaf Adult. *Clinical Case Studies*. 2013;12(5):378-96.

22. Reader SD. Choice theory: an investigation of the treatment effects of a choice therapy protocols students identified as having a behavioral, emotional disability on measures of anxiety, depression, and locus of control and self-esteem: North Carolina University; 2011.

23. Ghazaie M, Davoodi I, Neisi A, Mehrabizade honarmand M, Basaknejad S. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Fear of Labor, Fear of Pain, Labor Self-efficacy and Tendency to Cesarean Section in Primiparous Women. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016;19(31):1-12.

24. Ahmadi KaniGolzar A, Gholizade Z. Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. *IJPN*. 2015;3(3):1-10.

زایمان مقایسه شود تا اثربخشی و کارایی آن در مقایسه با دیگر رویکردها مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

1. Vije M, Kazemnejad A, Afrasiabi S, Rouhi M, Hasan M, Habibzade S. Prevalence of Post Traumatic Stress Disorder in Southern Cities of West Azarbaijan Province and Investigation of its Predisposing Factors. *Hormozgan Medical Journal*. 2012;16(14):309-14.

2. Tanya A, Paul B. Prevalence of Posttraumatic Stress Symptoms After Childbirth: Does Ethnicity Have an Impact. *J of Perinat Educ*. 2009;17:17-26.

3. Khorsandi M, Vakilian K, NasirZadeh M. Investigating different factors of fear in normal delivery among pregnant women, in Arak-A cross sectional study. *J FasaUni Med Sci*. 2014;4(2):161-4.

4. Mohamadirizi M, Mohebidehnavi Z, Torabi F, Mohamadirizi S. The relationship between spiritual intelligence and fear of childbirth in low risk pregnant mothers. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2017;19(9):26-31.

5. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei M. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery*. 2011;16(169-73).

6. Etghaie M, Nouhi E, Khajepour M. Attitude toward labor pain and choosing the type of delivery in pregnant women referring to Kerman health centers. *Journal of Razi School of Nursing and Midwifery*. 2011;10(9):36-42.

7. Fenwick J, Gamble J, Creedy D, Buist A, Turkstra E, Sneddon A. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:190.

8. Mokhlesi S, Mohebi S, Momenzade F. The Effect of Birth Preparation Classes on Knowledge and Attitude towards the Type of Delivery in Pregnant Women in Qom. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2017;11(12):35-42.

9. Rock P, Roiser J, Riedel W, Blackwell A. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014;44(10):2029-40.

10. Momeni M, Ghorban K, Dadmanesh M, Khodadadi H, Bidaki R, KazemiArababadi M, et al. ASC provides a potential link between depression and inflammatory disorders: A clinical study of depressed Iranian medical students. *Nord J Psychiatry*. 2016;70(40):280-4.

11. Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevari S. Association between maternal anaemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in Iran. *J Health PopulNutr* 2013;31(3):398-402.