

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشکده پرستاری مامایی

بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر افسردگی دوران بارداری

استاد راهنما: دکتر زیبا تقی زاده

اساتید مشاور: دکتر محمد اربابی، دکتر کیارش ساعتچی

مشاور آمار: حمید حقانی

دانشجو: زهره احمدی

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد مامایی

چکیده

بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر افسردگی دوران بارداری

زمینه: افسردگی یکی از شایعترین اختلالات عاطفی در بارداری است که با پیامدهای نامطلوب قابل توجهی در این دوران همراه است. درمان های دارویی جدید و متعددی برای درمان اختلال افسردگی معرفی شده اند ولی با توجه به عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی در بارداری و محدودیت های این دوران و نیز تمایل بیشتر مادران باردار برای استفاده از روش های غیر دارویی نسبت به داروهای شیمیایی، این تحقیق با هدف بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر اختلال افسردگی خفیف دوران بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه یک کارآزمایی کنترل شده ی تصادفی بود که بر روی ۷۰ زن باردار مبتلا به افسردگی خفیف انجام گرفت. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و مامایی و پرسشنامه افسردگی بک بود. در ابتدا افسردگی با استفاده از مقیاس افسردگی بک تشخیص داده می شد سپس آن دسته از زنان باردار مبتلا به افسردگی خفیف (کسب نمره ۱۰-۱۷ از مقیاس افسردگی بک) که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، وارد پژوهش شده و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار می گرفتند. در گروه مداخله ماساژ پشت به روش استروکینگ سطحی به مدت ۳ هفته (۲ جلسه در هفته) و هر جلسه به مدت ۲۰ دقیقه انجام می شد در حالی که برای گروه کنترل اقدام خاصی انجام نشد. قبل، بلافاصله و ۴ هفته پس از مداخله نمرات افسردگی آزمودنی ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک ارزیابی گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای مجذور کای، آزمون دقیق فیشر و آزمون تی مستقل انجام گردید.

یافته ها: بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر خصوصیات دموگرافیک . مامایی اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد. میانگین نمرات افسردگی دو گروه مداخله و کنترل قبل از شروع مداخله اختلاف آماری معناداری نداشت در حالی که پس از مداخله و در پیگیری ۲ نوبته بین میانگین نمرات افسردگی بلافاصله پس از مداخله ($p < 0/001$) و ۴ هفته پس از مداخله ($p = 0/02$) دو گروه تفاوت آماری معناداری مشاهده شد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که ماساژ درمانی نقش به سزایی در بهبود علایم افسردگی خفیف در زنان باردار ایفا می کند.

واژه های کلیدی: افسردگی، بارداری، ماساژ

Abstract

The effect of massage therapy on depression during pregnancy

Background: Depression is a common psychological disorder with significant adverse consequences in pregnancy. Several new drug therapies for treatment of depression have been introduced, however, due to side effects and restrictions in antidepressants through pregnancy and greater tendency to use non pharmacologic approaches towards synthetic drugs by pregnant women; this study aimed to evaluate the effect of therapeutic massage on mild depression during pregnancy in women referred to Elam health centers, was conducted in 1392.

Methods: This study was a randomized controlled trial that was conducted on 70 pregnant women with mild depression. Data collection included mothers' demographic and Gynecologic characteristics and the Beck Depression Inventory. Initially diagnostic evaluations were made by using Beck Depression Inventory, then those pregnant women with mild depression (Beck Depression Inventory score of 10 - 17) who meets all other requirements for inclusion were entered into the study and were randomized into experimental and control groups. In the experimental group using surface stroking/back massage 3 weeks (2 sessions per week) and each session was performed for 20 minutes while the control group did not perform any action. Before, immediately and 4 weeks after intervention depression scores of the participants was assessed using the Beck Depression Inventory. Data analysis using SPSS software and chi-square tests, Fisher's exact test and t-test was performed.

Results: There was no significant difference between the intervention group and control group in the demographic and obstetric characteristics. The mean depression scores between intervention and control groups before intervention was no statistically significant difference. While the post-intervention and at follow-up 2's between depression scores after the intervention ($0.001 > p$) and 4 weeks after the intervention ($0.02 = p$), the significant differences were observed between the two groups.

Conclusion: The results showed that stroking/massage therapy plays a significant role in improving mild depressive symptoms among pregnant women.

Keywords: Depression, Pregnancy, stroking Massage

فهرست

فصل اول: معرفی پژوهش.....	۱
زمینه و اهمیت پژوهش.....	۲
هدف کلی.....	۷
اهداف فرعی.....	۷
اهداف کاربردی طرح.....	۸
فرضیات پژوهش.....	۸
تعاریف و اژه ها.....	۸
فصل دوم: دانستنی های موجود در زمینه پژوهش.....	۱۰
چارچوب پنداشتی.....	۱۱
مروری بر متون.....	۴۵
فصل سوم: روش پژوهش.....	۵۵
نوع پژوهش.....	۵۶
جامعه پژوهش:.....	۵۶
نمونه پژوهش.....	۵۶
روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن.....	۵۶
روش نمونه گیری.....	۵۶
مشخصات واحدهای پژوهش.....	۵۷
محیط پژوهش.....	۵۷
ابزار گردآوری داده ها و روش استفاده از آن:.....	۵۸
روش تعیین اعتبار و اعتماد ابزار.....	۵۸
روایی و پایایی پرسشنامه بک.....	۵۹
روش اجرای پژوهش.....	۵۹
روش تجزیه و تحلیل داده ها.....	۶۱
ملاحظات اخلاقی.....	۶۱
محدودیتهای اجرایی طرح و روش کاهش آنها.....	۶۲
فصل چهارم: نتایج پژوهش.....	۶۳
جداول و نمودارها.....	۶۴
فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری.....	۸۰
بحث و تفسیر یافته های پژوهش.....	۸۱
نتیجه گیری نهایی.....	۹۰

۹۱.....	پیام پژوهش.....
۹۱.....	کاربرد یافته ها.....
۹۴.....	منابع و مآخذ.....
۹۵.....	منابع فارسی.....
۹۷.....	منابع انگلیسی.....
۱۰۹.....	پیوست ها.....

فهرست جداول

- جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن در زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل.....۶۲
- جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی قومیت در زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل.....۶۳
- جدول شماره ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطح تحصیلات در زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل.....۶۴
- جدول شماره ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطح تحصیلات همسر در زنان باردار واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل.....۶۵
- جدول شماره ۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت اشتغال در زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل.....۶۶
- جدول شماره ۶- توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت اشتغال همسر در زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل.....۶۷
- جدول شماره ۷- توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت اقتصادی در زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل.....۶۸
- جدول شماره ۸- توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت سکونت در زنان باردار واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل.....۶۹
- جدول شماره ۹- توزیع فراوانی مطلق و نسبی تعداد حاملگی در زنان باردار واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل.....۷۰
- جدول شماره ۱۰- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن حاملگی در زنان باردار واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل.....۷۱
- جدول شماره ۱۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت حاملگی از نظر خواسته یا ناخواسته بودن آن در زنان باردار واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل.....۷۲
- جدول شماره ۱۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی رضایت از جنسیت جنین در زنان باردار واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل.....۷۳
- جدول شماره ۱۳- تعیین و مقایسه نمرات افسردگی قبل، بلافاصله و چهار هفته پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل.....۷۴
- جدول شماره ۱۴- مقایسه علایم افسردگی قبل و بلافاصله پس از مداخله به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل.....۷۵

جدول شماره ۱۵- مقایسه علایم افسردگی قبل و چهار هفته پس از مداخله به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل.....۷۶

فصل اول: معرفی پژوهش

زمینه و اهمیت پژوهش

سازمان جهانی بهداشت افسردگی را عامل بیشترین بار بیماری در میان زنان سراسر جهان معرفی می کند. به ویژه سنین باروری، آسیب پذیرترین زمان برای شروع افسردگی ماژور در زنان است و متأسفانه، این آسیب پذیری حتی در دوران بارداری نیز از بین نمی رود (Gentile and Bellantuono., 2009). دوران بارداری یکی از مهم ترین مراحل زندگی یک زن است که با تغییرات قابل توجه جسمانی، روانی و اجتماعی همراه است، اگر چه اکثر زنان از بارداری به عنوان یک تجربه ی مثبت یاد می کنند اما این دوره اغلب یک دوره پر استرس محسوب می شود. حاملگی در بعضی از زنان به حدی استرس زا است که سبب برانگیختن بیماری های روانی می شود (Golbasi et al., 2010). به طوری که زنان در این دوران با چالش های قابل توجه جسمی و عاطفی روبه رو شده و نسبت به مشکلات عاطفی مثل افسردگی آسیب پذیر تر می شوند (Wloohouse et al., 2009). با اینکه در حوزه ی سلامت روان در طب زایمان در مورد غم و افسردگی پس از زایمان به طور عام تحقیقات و مطالعات مفصلی انجام شده است، افسردگی حین بارداری چندان مورد توجه قرار نگرفته است، در حالی که طبق آخرین بررسی ها شیوع اختلالات روانی در بارداری بسیار بالا است و این شیوع مشابه شیوع اختلالات روانی در دوره ی پس از زایمان می باشد (Giardinelli et al., 2012) و حتی برخی از مطالعات نشان می دهند که زنان در دوران بارداری بیش از دوران پس از زایمان مستعد ابتلا به افسردگی هستند (Edwards et al., 2008).

افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانی در بارداری است، شیوع افسردگی در بارداری از ۱۰ تا ۴۹٪ متغیر است (Field et al., 2012) مدبر نیا و همکاران بر اساس مطالعه خود در ایران شیوع آن را ۲۵٪ گزارش کرده اند (مدبر نیا و همکاران، ۱۳۸۸).

قوی ترین عامل خطرزا برای افسردگی دوران بارداری وجود سابقه قبلی افسردگی است (Dietz et al., 2007) سایر عوامل خطرزا شامل سابقه خانوادگی افسردگی یا اختلال دوقطبی، بدرفتاری در دوران کودکی، تنها بودن مادر، داشتن بیش از ۳ فرزند، سیگار کشیدن، درآمد پایین، سن زیر ۲۰ سال، ناکافی بودن منابع حمایت کننده ی اجتماعی و خشونت های خانگی هستند (Dietz et al., 2007), (Yonkers et al., 2009).

افسردگی اغلب ماهیتی عود کننده دارد (Stewart., 2011). مسیر طبیعی افسردگی ماژور (مرتبط یا غیر مرتبط با بارداری) متغیر است، داده های طولی مربوط به بیماران غیرباردار نشان داده اند که احتمال بهبود بدون درمان در هفته اول پس از تکمیل معیارهای تشخیص معادل ۲۰٪ است در حالی که با طولانی شدن مدت ابتلا این میزان کاهش پیدا می کند (به عنوان مثال پس از ۶ ماه احتمال بهبود طی هفته بعدی به کمتر از ۱٪ می رسد) (Patten., 2006). با گذشت زمان احتمال تشدید یا مقاوم شدن افسردگی نسبت به درمان افزایش می یابد و خطر آسیب زدن به خود یا خودکشی به عنوان یک ملاحظه بسیار مهم مطرح می شود (Stewart., 2011).

پیامدهای افسردگی حین بارداری شامل اشکال در انجام فعالیت‌های معمول و ناتوانی در انجام مراقبت‌های بارداری، داشتن رژیم غذایی ناکافی، استفاده از سیگار، الکل و سایر مواد زیانبار و خطر آسیب زدن به خود یا خودکشی هستند (Yonkers et al., 2009). افسردگی می‌تواند بر میزان رشد جنین و نیز خلق و خو و رفتار بعدی وی در دوران کودکی موثر باشد (Field et al., 2006, Davis et al., 2007). افسردگی پس از زایمان در زنان مبتلا به افسردگی حین بارداری در مقایسه با زنان غیر افسرده بیشتر است و می‌تواند باعث اختلال در مراقبت از نوزاد، ارتباط مادر و فرزند، مراقبت از سایر فرزندان و ارتباط با همسر گردد (Stewart., 2011).

عدم درمان افسردگی در بارداری با افزایش خطر سقط، پایین بودن وزن هنگام تولد و زایمان پیش از موعد همراهی دارد (Grote et al., 2010). در نوزادان مادران افسرده در مقایسه با نوزادان مادران غیر افسرده موارد بیشتری از تحریک پذیری، کم بودن حرکات عضلات صورت، بالاتر بودن سطوح کورتیزول افسرده (Field et al., 2006) و احتمال بروز تاخیر نموی گزارش شده است (Deave et al., 2008).

روش‌های متعدد برای درمان افسردگی وجود دارد. دارو درمانی با داروهای ضد افسردگی رایجترین روش درمان افسردگی است (Sadock et al., 2012)، اما داروهای ضد افسردگی به راحتی می‌توانند از جفت عبور کنند و مصرف آنها در دوران بارداری با پیامدهای نامطلوب متعددی همراه است (Gonsalves and Schuermeyer., 2006). داده‌های حاصل از کارآزمایی‌های شاهددار تصادفی شده درباره ارزیابی خطرات داروهای ضد افسردگی حین بارداری وجود ندارند، از این رو اطلاعات مربوط به تاثیرات بالقوه داروهای ضد افسردگی بر روی جنین تا حد زیادی مربوط به مطالعات همگروهی آینده نگر یا گذشته نگر یا مطالعات مورد - شاهدی، فرابرسی‌ها و پایگاه‌های ثبت داده‌های جمعیتی زنان باردار هستند. دسته‌های داروی ضد افسردگی مورد استفاده در بارداری شامل داروهای سه حلقه‌ای، مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین (SSRI)¹ و مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین - نوراپی نفرین (SNRI)² هستند، اگر چه بی‌خطری مطلق هیچ‌یک از این داروها در زنان باردار به اثبات نرسیده است اما داده‌های اطمینان بخش بیشتری درباره داروهای SSRI در مقایسه با دو دسته دارویی دیگر وجود دارد (Stewart., 2011).

احتمال بروز عوارض مادری متعددی از جمله دیابت بارداری، پره اکلامپسی، مشکلات جفتی، پارگی پیش از موعد پرده‌های جنینی، خونریزی، زایمان القا شده و لزوم انجام سزارین در زنان دریافت‌کننده داروهای ضد افسردگی در دوران بارداری اندکی بیشتر گزارش شده است (Reis and Kallen., 2010)، دو فرابرسی حاکی از افزایش مختصر خطر سقط خود به خود در همراهی با مصرف داروهای ضد افسردگی مختلف در زنان مبتلا به افسردگی در مقایسه با زنان جمعیت عمومی بوده‌اند (Rahimi et

¹ Selective serotonin reuptake inhibitors

² selective serotonin norepinephrine reuptake inhibitors

Hemels et al., 2005al., 2006), احتمال بروز اختلالات مادرزادی جنینی عمده در جمعیت عمومی معادل ۲-۴٪ است (Yonkers et al., 2009) بیشتر مطالعات حاکی از عدم افزایش معنی دار احتمال کلی بروز ناهنجاریهای ساختمانی مادرزادی با مصرف داروهای ضد افسردگی در ابتدای بارداری بوده اند (Alwan et al., 2007Simon et al., 2002), با این حال بررسی داده های پایگاه اطلاعات پزشکی تولدهای سوئد که مشتمل بر بیش از ۱۵۰۰۰ جنین دارای سابقه مواجهه با داروهای ضد افسردگی بوده است نشان دهنده افزایش معنی دار اما اندک در احتمال بروز ناهنجاری های مادرزادی نسبتاً شدید در این بیماران بوده است بیشتر این ناهنجاریها شامل نقایص سپتوم قلبی بوده اند که با استفاده مادر از داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای (خصوصاً کلومی پرامین^۱) همراهی داشته اند (Reis and Kallen., 2010) اما این همراهی در مورد استفاده از داروهای SSRI یا SNRI مشاهده نشده است. برخی مطالعات از جمله یک فرابرسی بر روی ۷ مطالعه نشان دهنده (Bar-oz et al., 2007) همراهی بین استفاده از پاروکستین^۲ و نقایص مادرزادی قلب بوده اند (Reis and Kallen., 2010), Malm et al., 2005). یک مطالعه جمعیتی در دانمارک این یافته را تایید نکرده است با این حال نتایج این مطالعه نشان دهنده افزایش معنی دار خطر نقایص مادر زادی سپتوم قلب به دنبال مواجهه داخل رحمی با بیش از یک SSRI بوده است (Pedersen et al., 2009). مطالعات متعددهحاکی از وجود ارتباط بین مصرف سرتالین^۳، سیتالوپرام^۴ و فلوکستین^۵ با افزایش جزئی در احتمال بروز نقایص قلبی در نوزادان بوده اند (Pedersen et al., 2009), Malm et al., , Reis and Kallen., 2010), 2005) برخی مطالعات اما نه همه آنها (Louik et al., 2007) حاکی از افزایش جزئی در احتمال بروز آنانسفالی^۶ (Alwan et al., 2007) کرانیوسینوستوز^۷ (Alwan et al., 2007) أمفالوسل^۸ (Alwan et al., 2007) و هیپوسپادیاس^۹ (Reis and Kallen., 2010) به دنبال استفاده از داروهای SSRI در زنان باردار بوده اند. سیتالوپرام با افزایش خطر اندکی در میزان بروز نقایص لوله عصبی همراهی داشته است (Malm et al., 2005) در یک فرابرسی روی ۹ مطالعه، استفاده از داروهای ضد افسردگی طی دوره بارداری با افزایش جزئی در احتمال وقوع زایمان پیش از هفته ۳۷ بارداری همراه بوده است (Lattimore et al., 2005) این همراهی ها در مورد ضد افسردگی های سه حلقه ای در مقایسه با داروهای SSRI یا SNRI بیشتر بوده است (Reis and Kallen., 2010). افزایش احتمال وقوع

¹ Clomipramine

² Paroxetine

³ Sertraline

⁴ Citalopram

⁵ Fluoxetine

⁶ Anancefalia

⁷ Craniosynostosis

⁸ Omphalocele

⁹ Hypospadias

زایمان پیش از موعد و کم بودن وزن تولد در همراهی با مصرف داروهای SSRI در مطالعات مختلف معنی دار است (Oberlander et al., 2006; Suri et al., 2007).

بر اساس داده های پایگاه اطلاعات پزشکی تولدهای سوئد، میزان هیپوگلیسمی، زردی، مشکلات تنفسی و نمره آپگار پایین در نوزادان مواجهه یافته با داروهای ضد افسردگی مختصری بیشتر بوده اند (Reis and Kallen., 2010; Grote et al., 2010). و بالاترین میزان همراهی در ارتباط با مواجهه با ضد افسردگی های سه حلقه ای و داروهای SNRI و SSRI بوده است (Reis and Kallen., 2010). یک سندرم به نام "سندرم تطابق ضعیف نوزادی"^۱ در ۱۵-۳۰٪ از نوزادان مواجهه یافته با داروهای SSRI در اواخر بارداری توصیف شده است (Udechuku et al., 2010). علائم و نشانه های این سندرم شامل تحریک پذیری، گریه ضعیف یا فقدان گریه، تاکی پنه، ناپایداری دمای بدن، هیپوگلیسمی و گاهی اوقات تشنج هستند؛ این علائم و نشانه ها معمولاً ظرف ۲ هفته پس از تولد برطرف می شوند. مکانیسم های احتمالی می توانند شامل تاثیرات ناشی از محرومیت از دارو (withdrawal)، توکسیسیتی دارویی و تغییر در کارکرد مغز باشند (Yonkers et al., 2009). علائم و نشانه های مشابهی در شیرخواران مواجهه یافته با ضد افسردگی های سه حلقه ای طی دوره بارداری مشاهده می شود (Udechuku et al., 2010; Alwan et al., 2007a). در یک فرابرسی روی ۹ مطالعه، احتمال بستری در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان در شیرخواران مواجهه یافته با داروهای SSRI در مقایسه با شیرخواران بدون مواجهه بیشتر بوده است (Lattimore et al., 2005)، طبق شواهد موجود مواجهه جنینی با داروهای SSRI پس از هفته ۲۰ بارداری (و نه پیش از آن) با افزایش احتمال بروز پرفشاری خون ریوی پایدار در نوزادان که یک بیماری بسیار نادر اما خطرناک است همراهی داشته است (Chambers et al., 2006). در مطالعه پایگاه اطلاعات سوئد این بیماری با مواجهه با داروهای SSRI هم در اوایل و هم در اواخر بارداری همراهی داشته است اما میزان خطر مطلق پایین بوده (۰/۵۶ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد) است (Malm et al., 2005). یک مطالعه مورد - شاهدهی جمعیتی نشان دهنده افزایش جزئی در احتمال بروز اختلالات طیف اوتیسم^۲ پس از مواجهه جنینی با هریک از داروهای ضد افسردگی در سه ماهه اول بارداری بوده است (Croen et al., 2011).

بنابراین با توجه به آنچه که در بالا به آن اشاره شد به نظر می رسد مصرف این داروها در دوران بارداری با محدودیت هایی مواجه است. روان درمانی نیز یکی از دیگر روش های موثر برای درمان افسردگی در بارداری است که با عوارض شایع مصرف داروهای ضد افسردگی در بارداری همراه نیست، اما این روش درمانی برای تمام زنان باردار به خصوص زنان با وضعیت اجتماعی-اقتصادی ضعیف در دسترس نیست، علاوه بر این استفاده از این روش درمانی در بارداری نیازمند وجود افراد متخصص و مجرب در این زمینه

¹ Poor neonatal adaptation

² Autism

و صرف وقت و هزینه زیاد است (Field et al., 2009). در زمینه تاثیر مکمل های گیاهی بر افسردگی دوران بارداری اطلاعات ضد و نقیضی وجود دارد. نتایج تعدادی از مطالعات نشان دهنده ی اثربخشی تعدادی از داروهای مکمل گیاهی از قبیل عصاره علف چای بر افسردگی است اما تا کنون در مورد اثرات درمانی این مکمل های گیاهی بر افسردگی دوران بارداری مطالعه ای انجام نشده است (Raudzusa and Misri., 2008). در حال حاضر به این دلیل که تاکنون در مورد مصرف این مکمل های گیاهی بر افسردگی دوران بارداری هیچ مطالعه ی انسانی انجام نشده است، مصرف این دسته از مکمل های گیاهی دارویی در بارداری توصیه نمی شود، علاوه بر این مصرف این مکمل های گیاهی در بارداری توسط سازمان غذا و داروی آمریکا مورد تایید قرار نگرفته است (Gonsalves and Schuermeyer., 2006) در سال های اخیر پژوهش های فراوانی اثربخشی انواع مختلف روش های طب مکمل و جایگزین را در درمان افسردگی نشان می دهند، هم اکنون بسیاری از مردم از درمان های مکمل و جایگزین برای درمان اختلا افسردگی استفاده می کنند و در واقع بیشترین استفاده کننده گان از درمان های مکمل، بیماران با اختلالات افسردگی و اضطراب هستند. بررسی ها نشان داده، ۵۳/۶٪ از مبتلایان به افسردگی شدید و ۲۲/۴٪ از مبتلایان به افسردگی ماژور از یکی از انواع روش های طب مکمل و یا جایگزین برای درمان افسردگی خود در طی یکسال گذشته استفاده کرده اند (Coelho et al., 2008).

علاوه بر این استفاده از انواع مختلف روش های طب مکمل و یا جایگزین برای درمان اختلال افسردگی در زنان بیشتر از سایر گروه ها است. سازمان جهانی بهداشت از حدود ۳۰ سال پیش به منظور جامه عمل پوشاندن به شعار خود "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰" توسعه این نوع طب را مورد توجه قرار داده است. این تصمیم بر دو پایه استوار است، اول عدم دسترسی بسیاری از افراد به خدمات اولیه بهداشتی درمانی و دوم عدم رضایت از درمان های طب جدید به خصوص در رابطه با بیماری های مزمن و عوارض جانبی داروهای شیمیایی (ناصری، ۱۳۸۳). از روش های مختلف طب مکمل از قبیل رایحه درمانی، طب فشاری، طب سوزنی، آرام سازی و ماساژ درمانی برای درمان افسردگی استفاده می شود. ماساژ درمانی یکی از رایج ترین روش های طب مکمل برای درمان افسردگی است به گونه ای که ۲/۱٪ مبتلایان به افسردگی شدید از ماساژ درمانی برای درمان اختلال افسردگی شان استفاده می کنند (Coelho et al., 2008) لمس یکی از نیاز های اساسی بشر است و در حقیقت چنانچه به طریق ملایم و آرام بخش صورت بگیرد می تواند علاوه بر ایجاد رضایت حالت درمانی نیز داشته باشد. ماساژ به کاهش استرس، افزایش تحرک، تثبیت علایم حیاتی و توانایی بدن جهت بهبود کمک می کند همچنین ماساژ درمانی سبب ارتقای عملکرد سیستم ایمنی و افزایش مقاومت در برابر بیماری ها می شود (Jacqueline et al., 2008). ماساژ درمانی موجب برقراری ارتباط موثر تر، ابراز محبت و شرکت دادن بیمار در فرآیند بهبودی

می شود. اکثر بیماران ابراز می دارند که ماساژ درمانی احساس مراقبت و حمایت را در آنان تقویت می کند و موجب ارتباط صمیمانه تر آنها و مراقبین بهداشتی می شود (یگانه خواه و همکاران، ۱۳۸۶).
از نتایج انجام شده در زمینه ی ماساژ درمانی به مواردی مانند کاهش افسردگی و اضطراب در بارداری (Field et al., 2012)، کاهش کورتیزول^۱، افزایش دوپامین^۲ و سروتونین^۳ می توان اشاره کرد (Field et al., 2005). به نظر می رسد مکانیسم اثر ماساژ در درمان افسردگی نیز، کاهش کورتیزول، افزایش سروتونین و دوپامین (Field et al., 2005) و افزایش فعالیت عصب واگ می باشد (Coelho et al., 2008). نتایج تعدادی از مطالعات موجود حاکی از اثرات مثبت ماساژ درمانی در بهبود علائم افسردگی در گروه های مختلف و از جمله در مادران باردار است (Field et al., 2004، Field et al., 2012)، این در حالی است که نتایج تعداد اندکی از مطالعات انجام شده در این زمینه نشان دهنده ی اثرات مثبت ماساژ درمانی در بهبود علائم افسردگی نیست بنابراین نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه تا حدودی ضد و نقیض است (Albert et al., 2009، Field et al., 1999).

یکی از نقش های مهم ماما، مراقبت و حمایت از مادران در دوران بارداری می باشد، مدیریت و نقش ماما در استفاده از طب مکمل در سرویس های مراقبت مادری باعث ایجاد دید مثبت و کاهش مداخلات پزشکی می گردد (Williams and Mitchell., 2007) امروزه استفاده از طب مکمل و جایگزین به عنوان درمان کم خطر، مقرون به صرفه، آسان با عوارض جانبی محدود در مراقبت های مامایی بسیاری از کشورها رو به گسترش است (Spencer and Joseph., 2008). در نتیجه با توجه به شیوع بالای افسردگی حین بارداری در ایران و پیامدهای قابل توجه آن و با توجه به ضد و نقیض بودن نتایج مطالعات مختلف در این زمینه و نیز به منظور اقدام جهت درمان این اختلال با استفاده از روش بی خطر و مقرون به صرفه و نیز با توجه به اینکه به نظر می رسد، تا کنون در این زمینه در ایران مطالعه ای انجام نشده، ضرورت انجام این پژوهش از سوی پژوهشگر احساس می شود.

اهداف پژوهش

هدف کلی:

تعیین تاثیر ماساژ درمانی بر افسردگی دوران بارداری

اهداف فرعی:

۱. مقایسه نمره افسردگی زنان باردار قبل از ماساژ درمانی در دو گروه مداخله و کنترل
۲. مقایسه نمره افسردگی زنان باردار بلافاصله پس از اتمام دوره ی ماساژ درمانی در دو گروه مداخله و کنترل

¹ Cortisol

² Dopamine

³ Serotonin

۳. مقایسه نمره ی افسردگی زنان باردار چهار هفته پس از اتمام دوره ی ماساژ درمانی در دو گروه مداخله و کنترل
۴. مقایسه نمرات افسردگی قبل و بلافاصله پس از اتمام دوره ی ماساژ درمانی به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل
۵. مقایسه ی نمرات افسردگی قبل و چهار هفته پس از اتمام دوره ی ماساژ درمانی به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل

اهداف کاربردی طرح :

چنانچه نتایج این مطالعه حاکی از اثرات مثبت و مورد انتظار باشد، می توان از ماساژ درمانی به عنوان یک روش درمانی بی خطر، مقرون به صرفه و در دسترس به منظور بهبود علایم افسردگی در بارداری استفاده کرد.

فرضیات پژوهش:

۱. نمره ی افسردگی بلافاصله پس از اتمام دوره ی مداخله در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت دارد.
۲. نمره ی افسردگی چهار هفته پس از اتمام دوره ی مداخله در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت دارد.

تعاریف واژه ها :

۱-افسردگی

تعریف نظری :

وجود خلق افسرده یا کاهش لذت که با حداقل ۴ علامت کاهش وزن ، بی خوابی یا پر خوابی ، بی قراری ، احساس گناه ، کاهش تمرکز و افکار تکرار شونده ی مرگ و خودکشی طی یک دوره ی ۲ هفته ای همراه باشد (Kaplan and Sadock., 2012).

تعریف عملی :

در این پژوهش افسردگی از طریق پرسشنامه افسردگی بک تهیه شده توسط Beck و همکاران (۱۹۶۱)، سنجیده می شود. این پرسشنامه حاوی ۲۱ سؤال می باشد که در طیف چهار گزینه ای لیکرت از صفر تا سه سنجیده می شود. سوالات در ارتباط با علایمی مانند احساس خستگی ، بی اشتهاپی ، احساس شرم و گناه ، گریستن و اختلال خواب می باشد. بر اساس امتیازی که نمونه ها از پاسخ سوالات کسب می کنند به چهار گروه طبقه بندی می شوند. در طبقه بندی افسردگی بر اساس پرسش نامه بک نمره کمتر از ۱۰ مبین فقدان افسردگی، نمره ۱۰-۱۷ افسردگی خفیف، نمره ی ۱۸-۲۹ افسردگی متوسط و نمرات ۳۰-۶۳ به عنوان افسردگی شدید طبقه بندی می شود.

۲- ماساژ درمانی

تعریف نظری :

ماساژ عبارت است از دستکاری عضله و بافت همبند به منظور ارتقاء عملکرد این بافتها و پیش برد آرامش و راحتی ، ماساژ درمانی می تواند باعث کاهش اضطراب ، افسردگی . کاهش درد شود (lynn., 2008).

تعریف عملی :

منظور از ماساژ درمانی در این پژوهش ماساژ پشت به روش ضربه ای سطحی و با روغن بدون بوی وازلین می باشد که به مدت ۳ هفته ی متوالی ، هر هفته به مدت ۲ روز متوالی و هر بار به مدت ۲۰ دقیقه، توسط پژوهشگر در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش انجام شده است.

فصل دوم: دانستی های موجود در زمینه پژوهش

چارچوب پنداشتی

چارچوب این پژوهش از نوع پنداشتی بوده که بر پایه مفهوم افسردگی دوران بارداری استوار است که در قالب این مفهوم تعریف افسردگی، علایم، شیوع، عوامل خطر، عوارض، غربالگری، تشخیص و راه های درمانی افسردگی در دوران بارداری از جمله ماساژ درمانی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

خلق احساس درونی نافذ و پایداری است که درک و نگرش فرد نسبت به خود، دیگران و محیط را عمیقاً تحت تاثیر قرار می دهد. خلق ممکن است طبیعی، بالا و یا افسرده باشد. افراد سالم طیف وسیعی از خلق را تجربه می کنند، این افراد قادر به کنترل خلق و هیجان خود هستند. افسردگی به صورت وجود خلق افسرده یا کاهش لذت که حداقل با ۴ علامت کاهش وزن، بی خوابی یا پر خوابی، بی قراری، احساس گناه، کاهش تمرکز و افکار تکرار شونده ی مرگ و خودکشی طی یک دوره ی ۲ هفته ای همراه باشد تعریف می شود (Sadock et al., 2012). افسردگی یکی از اختلالات ذهنی شایع و قابل درمان و یکی از علل عمده ی ناتوانی به شمار می رود (Stewart., 2011). در بررسی های پیمایشی جمعیتی، تقریباً ۷٪ بزرگسالان افسردگی را در ۱۲ ماه پیش از بررسی گزارش کرده اند. در بررسی هایی که در ایران انجام شده است شیوع مقطعی آن در جمعیت عمومی حدوداً ۷٪ بر آورد شده است. در تمام پژوهش های انجام شده چه در ایران و چه در سایر کشورها تعداد مبتلایان زن تقریباً ۲ برابر مردان و در شهرها اندکی بیشتر از روستاها است. همانطور که قبلاً نیز اشاره شد، افسردگی یکی از علل عمده ی ناتوانی در سراسر جهان محسوب می شود، به گونه ای که در سال ۱۹۹۰، در فهرست بیماری هایی که بیشترین "میزان ناتوانی" را باعث شده بودند و در میان ۱۰ بیماری اول، چهار بیماری مربوط به اختلالات روانپزشکی بوده و افسردگی عمده ی تک قطبی در راس آن قرار داشته است. در فهرست "بار کلی بیمارها"، افسردگی عمده تک قطبی مقام چهارم را پس از عفونت های ریوی، بیماری های اسهالی و بیماری های دوران بارداری وزایمان اشغال می کند، حایز اهمیت است که طبق همین ارزیابی، در سال ۲۰۲۰ افسردگی به مقام دوم و بیماریهای قلبی به مقام اول صعود خواهند کرد (داویدیان، ۱۳۹۱).

اختلال افسردگی بر حسب شدت به سه نوع خفیف، متوسط و شدید تقسیم می شود. اختلال افسردگی خفیف اختلالی شایع است و علی رغم نام آن اختلالی مداوم، نا خوشایند و ناتوان کننده است. در افسردگی خفیف خلق، رفتار و سایر علایم بیمار هم از نظر خود او و هم از نظر دیگران، کاملاً با شخصیت و رفتار معمولی او متفاوت است. ویژگی اختلال افسردگی خفیف شامل خلق پایین است که این خلق و رفتار بیمار از نظر دیگران با منش و رفتار طبیعی وی متفاوت است. سایر علایم شامل فقدان انرژی یا عدم لذت بردن، علایم اضطراب، اختلالات خواب، اختلال خلق که ممکن است غروب ها شدید تر شود و بدبینی بدون افکار خود کشی هستند. تظاهرات اصلی اختلال افسردگی با شدت متوسط عبارتند از ظاهر غمگین، کندی روانی - حرکتی، احساس بدبختی و فقدان خوشحالی، اضطراب، تحریک پذیری، بی قراری کاهش انرژی، ضعف تمرکز و حافظه، افکار بدبینانه، احساس گناه، اعتقاد به شکست و ناکامی شخصی، نا

امیدی، سرزنش خود، عقاید خود بیمار انگارانه، سحر خیزی و سایر اختلالات خواب، کاهش وزن، کاهش اشتها، کاهش میل جنسی، علائم وسواس و ... است. هنگامی که اختلالات افسردگی شدید تر می شود تمام تظاهرات مربوط به اختلال افسردگی متوسط با شدت بیشتری بروز می کنند، به علاوه ممکن است علائم دیگری نیز رخ دهند که در اختلال افسردگی متوسط دیده نمی شوند این علائم شامل هذیانها و توهم هستند (Gelder et al., 2005).

دو مشخصه اصلی افسردگی شدید عبارتند از خلق افسرده و احساس عدم لذت، اما به طور کلی معیارهای^۱ DSM-IV-TR در مورد اپیزود شدید افسردگی عبارتند از: الف- وجود ۵ مورد (یا بیشتر) از نشانه های زیر در طی یک دوره ۲ هفته ای که نشان دهنده تغییر در کارکرد قبلی است، همراه با حداقل یکی از نشانه های خلق افسرده یا فقدان علاقه یا لذت.

تذکر: نشانه هایی را که به طور آشکار ناشی از بیماری های جسمی، یا هذیانها یا توهم های نا همخوان با خلق هستند را منظور نکنید.

(۱) وجود خلق افسرده در بخش عمده روز و تقریباً همه روزه، به طوری که گزارش بیمار (مانند احساس غمگینی یا پوچی می کنم) یا مشاهدات سایرین (مانند گریان به نظر می رسد) نشان می دهد.

تذکر: در مورد کودکان و نوجوانان خلق ممکن است تحریک پذیر باشد.

(۲) کاهش قابل ملاحظه علاقه یا لذت نسبت به همه یا تقریباً همه فعالیت ها در بخش عمده روز، تقریباً همه روزه.

(۳) کاهش قابل ملاحظه وزن بدن بدون پرهیز یا رژیم غذایی خاص یا افزایش قابل ملاحظه وزن (برای مثال، تغییر بیش از ۵٪ وزن در عرض ۱ ماه) یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز.

(۴) بی خوابی یا خواب زدگی تقریباً همه روزه

(۵) بی قراری یا کندی روانی- حرکتی تقریباً همه روزه (که صرفاً به صورت احساس ذهنی بی قراری یا کندی نبوده و از سوی دیگران قابل مشاهده است).

(۶) خستگی یا از دست دادن انرژی تقریباً همه روزه.

(۷) احساس بی ارزشی یا احساس گناه افراطی یا بی مورد (که ممکن است هذیانی باشد) تقریباً همه روزه (که صرفاً شامل خود ملامت گری یا احساس گناه در باره بیمار بودن نمی شود).

(۸) کاهش توانایی تمرکز یا تفکر، یا بی تصمیمی تقریباً همه روزه (که یا به صورت گزارش بیمار و یا مشاهده از سوی دیگران است).

(۹) افکار عود کننده راجع به مرگ (نه به صورت ترس از مرگ)، اندیشه پردازی خودکشی مکرر بدون نقشه خاص، یا اقدام به خودکشی یا طرح نقشه ی خاص برای خودکشی.

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ب- این نشانه‌ها با ملاک‌های تشخیصی دوره‌ی مختلط مطابقت ندارد.

ج- نشانه‌ها موجب پریشانی یا اختلال قابل ملاحظه‌ی بالینی در زمینه کارکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم می‌شوند.

د- نشانه‌ها از اثرات فیزیولوژیکی مستقیم مواد (مانند سوء مصرف دارو، دارو درمانی) یا یک بیماری جسمی مانند (کم کاری تیروئید نیستند).

ه- نشانه‌ها بر حسب داغدیدگی توجیه بهتری ندارند، یعنی در پی از دست دادن یک فرد مورد علاقه نشانه‌ها بیش از ۲ ماه دوام می‌یابند، یا برحسب اختلال آشکار در کارکرد با اشتغال ذهنی بیمارگون، با احساس بی‌ارزشی، اندیشه‌پردازی در مورد خودکشی، نشانه‌های روان‌پریشی، یا کندی روانی-حرکتی مشخص می‌شوند (DSM-IV-TR., 2000).

یکی از مباحث جالب در علم روانپزشکی، تفاوت‌های وابسته به جنس در ابتلا به اختلالات روانی می‌باشد. همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شده ابتلا به افسردگی در شکل‌های مختلف در زنان شایع‌تر از مردان است. حوادث مربوط به سیکل باروری تا حد زیادی مسؤل مشکلات عاطفی زنان شناخته شده است (Nonacs and LCohen., 2003). طبق فرضیه‌های ارائه شده دلایل این تفاوت عبارت است از تفاوت‌های هورمونی، تفاوت فشارهای روانی - اجتماعی در مردان و زنان، الگوهای رفتاری آموخته شده مربوط به درماندگی و در نهایت اثرات مرتبط با بارداری و زایمان است (Kaplan and Sadock., 2007). در واقع اگر چه حاملگی شادی بخش‌ترین مرحله‌ی زندگی است ولی دوره‌ی سرشار از استرس است. تغییرات اندوکراین، جسمی و روانشناختی در ایجاد استرس دوران حاملگی و بعد از زایمان نقش دارد (پازنده و همکاران، ۱۳۸۶). در گذشته تصور می‌شد که در بارداری به علت افزایش سطح استروژن و پروژسترون، خطر ابتلا به افسردگی کاهش پیدا می‌کند (kulkarni., 2005)، اما امروزه شواهد نشان می‌دهند که شیوع اختلالات روانپزشکی و به ویژه اختلال افسردگی و اضطراب در دوران بارداری در حال افزایش است (Nasreen et al., 2011, Hartley et al., 2011). علل افزایش شیوع اختلالات افسردگی و اضطراب در بارداری هنوز مشخص نیست ولی تصور می‌شود که اختلالات هورمونی، مختل شدن فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز - آدرنال و عوامل ژنتیکی در افزایش بروز این اختلالات در بارداری مؤثرند (Meltzer-brody., 2011). به طور کلی شیوع اختلال افسردگی در بارداری از ۱۴-۲۳٪ متغیر است (Yonkers et al., 2009). در حال حاضر این نگرانی وجود دارد که علی‌رغم وجود شواهد فراوانی که نشان دهنده‌ی شیوع بالای اختلال افسردگی در بارداری است، اما باز هم موارد کمی از اختلالات افسردگی در دوران بارداری مورد تشخیص و درمان قرار می‌گیرند (Raudzusa and Misri., 2008). به طور مثال مارکوس و همکاران در مطالعه‌ی خود در سال ۲۰۰۳ نشان دادند که ۸۶٪ از زنان باردار افسرده‌ای که در مراکز مراقبت‌های مامایی از نظر افسردگی مورد غربالگری قرار گرفته

بودند، از هیچ روش درمانی برای افسردگی شان بهره مند نشده بودند (Marcus and Heringhausen., 2008).

علی رغم اینکه کرایتریاهای تشخیص افسردگی در افراد باردار و غیر باردار مشابه است اما تشخیص افسردگی در بارداری در مقایسه با سایر مقاطع زندگی دشوارتر است به این دلیل که بسیاری از علائم افسردگی از قبیل خستگی، اختلال خواب، تغییرات اشتها و وزن را می توان در یک حاملگی نرمال نیز تجربه کرد و این علائم الزاما نشان دهنده ی اختلال افسردگی در بارداری نیستند (Raudzusa and Misri., 2008). علائم و نشانه های اختلال افسردگی در دوران بارداری مشابه علائم آن در جمعیت عمومی است که شامل علائمی است از قبیل خلق افسرده ، از دست دادن علاقه یا احساس لذت، احساس گناه، اعتماد به نفس پایین، اختلال خواب و اشتها، کاهش سطح انرژی و میزان تمرکز. تاکنون برای تشخیص افسردگی در دوران بارداری معیارهای جداگانه ای مطرح نشده است و تشخیص افسردگی در این دوره نیز مانند سایر مقاطع زندگی بر مبنای ویژگی های تشخیصی DSM-IV می باشد (Leung and Kaplan., 2009).

غربالگری افسردگی در بارداری به ویژه در صورت وجود عوامل خطرزایی از قبیل سابقه قبلی ابتلا به افسردگی، پایین بودن وضعیت اقتصادی- اجتماعی، مراجعه ی دیر هنگام جهت دریافت مراقبت های پره ناتال و... بسیار حایز اهمیت است. اگر چه شیوع بالای این اختلال در بارداری نشان می دهد که بایستی تمام زنان باردار در سراسر جهان از نظر ابتلا به این اختلال مورد غربالگری قرار بگیرند (Bowen and Muhajarine., 2006). ویژگی های پره ناتال فرصت منحصر به فردی را در اختیار درمانگران قرار می دهند تا بتوانند اختلال افسردگی را در دوران بارداری مورد غربالگری قرار دهند (Marcus and Heringhausen., 2008). از ابزارهای غربالگری مختلفی می توان برای غربالگری اختلال افسردگی در دوران بارداری استفاده کرد. مقیاس افسردگی بک^۱ و مقیاس افسردگی^۲ CESD دو مقیاس افسردگی رایج جهت غربالگری افسردگی در دوران بارداری هستند. مقیاس افسردگی ادینبرگ^۳ نیز یک ابزار غربالگری مناسب برای تشخیص افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان است. این ابزارهای غربالگری نمی توانند طول مدت ابتلا، شدت علائم و یا سایر اختلالات روانپزشکی همراه را تشخیص دهند، بنابراین در صورتی که به کمک ابزارهای فوق اختلال افسردگی مورد غربالگری قرار گرفت، به منظور تایید تشخیص و رد سایر اختلالات روانپزشکی همراه، انجام مصاحبه ی بالینی ساختار یافته الزامی است (Marcus and Heringhausen., 2008).

¹ Beck

² Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

³ Edinburgh

افسردگی به عنوان یک بیماری منفرد در نظر گرفته نمی شود بلکه مانند سندرمی می باشد که طیفی از علایم خلقی را در بر گرفته و علل و مکانیسم های گوناگونی در ایجاد آن دخیل می باشند (Nestler et al., 2002). از عوامل خطر افسردگی در دوران بارداری می توان به عوامل ژنتیکی و فاکتور های محیطی اشاره کرد (Craddock et al., 2006). مبنای ژنتیکی اختلالات خلقی به طور گسترده ای مورد مطالعه قرار گرفته است و بین افسردگی با عوامل ژنتیکی ارتباط معنی داری مشاهده شده است (Craddock et al., 2006). البته در مورد میزان تاثیر عوامل ژنتیکی و اینکه چه ژنهایی به طور اختصاصی خطر ابتلا به افسردگی را افزایش می دهند و یا الگوی وراثت این ژن ها ، اطلاعات دقیقی در دسترس نیست. ماهیت پیچیده و چند عاملی اختلال افسردگی سبب شده است تا در این زمینه اطلاعات دقیقی در دسترس نباشد (Leung and Kaplan., 2009).

نتایج مطالعات نشان میدهد که علاوه بر عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی نیز در بروز اختلال افسردگی موثرند. عوامل خطر محیطی مرتبط با افسردگی مادران در دوران پری ناتال شامل عواملی است از قبیل: استرس (شامل تنش های فیزیکی، ذهنی ، روحی و روانی)، عفونت های ویروسی، اختلالات هورمونی، بیماری های مزمن (Nestler et al., 2002)، مصرف داروهایی نظیر قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری و داروهای آرام بخش (Leung and Kaplan., 2009).

فاکتورهای محیطی به تنهایی عامل افسردگی نیستند ولی سبب افزایش خطر افسردگی در افراد مستعد می شوند. فاکتورهای اجتماعی که می توانند سبب افزایش خطر افسردگی در دوران پری ناتال شوند شامل نداشتن همسر، اختلافات زناشویی (Burcusa and Iacono., 2007)، پایین بودن وضعیت اقتصادی - اجتماعی (Lorant et al., 2003)، عدم وجود منابع حمایت کننده ی اجتماعی (Faisal-Cury and Menezes., 2007)، خشونت های خانگی، تجربه ی حوادث استرس زا در زندگی (Leigh and Milgrom, 2008)، سابقه ی تجارب منفی در بارداری های قبلی از قبیل سابقه سقط یا مرده زایی در طی بارداری های قبلی، جوان تر بودن (Nasreen et al., 2011)، داشتن تعداد فرزندان بیشتر (Elsenbruch et al., 2007)، حاملگی ناخواسته (Ryan et al., 2005) و سوء مصرف مواد مخدر و مصرف سیگار (Bowen and Muhajarine., 2006) می باشند. عوامل روانی که ممکن است با افسردگی مادری همراه باشند شامل اضطراب و افسردگی مداوم، سابقه قبلی ابتلا به افسردگی و سابقه ابتلا به سایر اختلالات روانپزشکی می باشد (Milgrom et al., 2008). ویژگی های شخصیتی ناسازگارانه از قبیل اضطراب مزمن و پایین بودن اعتماد به نفس نیز ممکن است خطر افسردگی دوران بارداری را افزایش دهد (Robertas et al., 2009). از میان عوامل خطر فوق سابقه قبلی ابتلا به اختلال افسردگی به ویژه در دوران بارداری و پس از زایمان ، مهمترین عامل خطر افسردگی در دوران بارداری است (Stowe., 2005). از عوامل زیستی مرتبط با افسردگی مادر در دوران پری ناتال می توان

به عواملی از قبیل تاثیر هورمونها (Talge et al., 2007) و عملکرد ناقلین عصبی (Dunlop and Nemeroff., 2007) و کمبود مواد مغذی (Bodnar and Wisner., 2005) اشاره کرد. هورمونها ممکن بر افسردگی دوران بارداری موثر باشند. این هورمونها شامل پروژسترون، استرادیول، پرولاکتین، هورمون محرک غده تیروئید (TSH¹)، تیروکسین و تری یدو تیرونین می باشد. از دیگر عواملی که می توانند بر افسردگی دوران بارداری مؤثر باشند، عملکرد ناقلین عصبی تک آمینی از قبیل سروتونین، نوراپی نفرین و دوپامین است ظاهراً تغییر یا کاهش در میزان فعالیت این نروترانسمیترها در مغز سبب افسردگی می شوند (Leung and Kaplan., 2009). از دیگر عوامل زیستی مهم مرتبط با افسردگی دوران بارداری عدم مصرف مواد غذایی به میزان کافی می باشد. مواد غذایی که ممکن است کمبود آنها روی خلق افراد موثر باشند شامل فولات (Abou-Saleh and Copen., 2006)، ویتامین B12 ، Ca ، Pick et al., 2005 Fe)، سلنیم، روی و اسید های چرب سه گانه می باشد (Bodnar and Wisner., 2005). بسیاری از تحقیقات گزارش کرده اند که بین سطح پایین اسیدهای چرب سه گانه و شیوع بالای اختلال افسردگی در بارداری ارتباط وجود دارد همچنین تعدادی از مطالعات مطرح کرده اند که مطرف ناکافی فولات، ویتامین های گروه B ، Fe ، Ca در زنان باردار می تواند با افزایش احتمال خطر افسردگی در دوران بارداری همراه باشد (Leung and Kaplan., 2009).

در زمینه عوارض افسردگی در بارداری باید گفت که در حالی که افسردگی در جمعیت های عمومی می تواند برای خانواده و جامعه پیامد های نامطلوبی را به دنبال داشته باشد اما افسردگی مادر در دوران بارداری با پیامد ها و عوارض جدی تری همراه است، زیرا علاوه بر خانواده و جامعه بر نحوه ی رشد و تکامل کودکان در آینده نیز تاثیر گذار است (Lusskin et al., Bodnar and Wisner., 2005). در نتیجه افسردگی مادر در دوران بارداری یکی از جدی ترین مشکلات حوزه ی سلامت است که می تواند با پیامدهای نامطلوب جدی همراه باشد. به اثرات زیانبار افسردگی مادر بر عملکرد شناختی-اجتماعی و نحوه ی رشد و تکامل کودک در مطالعات مختلف اشاره شده است (Leung and Kaplan., 2009, Stein et al., 2008, Boyd et al., 2005).

مادران باردار افسرده اغلب به خوبی از خود مراقبت نمی کنند آنها در مقایسه با مادران باردار غیر افسرده به دفعات کمتر و به صورت نامنظم تر جهت انجام مراقبت های پره ناتال حضور پیدا می کنند، همچنین خطر سوء تغذیه در مادران باردار افسرده بیشتر از مادران باردار غیر افسرده است. حتی در صورتی که این افراد برای انجام مراقبت های پره ناتال مراجعه کنند توصیه های مراقبتی و بهداشتی دوران پره ناتال را جدی نمی گیرند، به عنوان مثال مصرف مکمل های رایج دوران بارداری از قبیل آهن و اسید فولیک در مادران باردار افسرده در مقایسه با مادران باردار غیر افسرده کمتر است. خطر رفتارهای پرخطری نظیر

¹ Thyroid-stimulating hormone

سوء مصرف مواد مخدر و الکل و استعمال دخانیات در مادران باردار افسرده بیشتر از مادران باردار غیر افسرده است (Bonari et al., 2004).

میزان شکایات شایع حاملگی از قبیل تهوع و استفراغ، تنگی نفس، درد شکم و... در مادران باردار افسرده بیشتر از مادران باردار غیر افسرده است (Marcus and Heringhausen., 2008). گاه افسردگی شدید درمان نشده در بارداری با پیامدهای فاجعه باری از قبیل رفتارهای سایکوتیک و تکانشی و یا حتی خطر آسیب به خود و دیگران و از جمله جنین همراه است. خودکشی فاجعه بارترین پیامد افسردگی درمان نشده در بارداری است بنابراین در صورتی که مادران باردار افسرده از پذیرش درمان افسردگی در بارداری خودداری کنند باید به دقت از نظر علایم خطری از قبیل وجود افکار خودکشی یا تلاش برای خودکشی مورد پایش و کنترل قرار بگیرند (Bonari et al., 2004).

افسردگی درمان نشده در بارداری با افزایش خطر پیامدهای نامطلوبی از قبیل سقط خود به خود، زایمان پره ترم، محدودیت رشد داخل رحمی، پره اگلامپسی یا هایپر تانسیون القا شده، کوچکتر بودن اندازه ی دور سر در هنگام تولد، کمتر بودن نمره ی آپگار هنگام تولد، افزایش احتمال انتقال نوزاد به بخش مراقبت های ویژه، افزایش میزان نیاز به سزارین برنامه ریزی شده و افزایش آنستزی اپیدورال همراه است (Bonari et al., 2006; Bowen and Muhajarine., 2004).

نوزادان مادران باردار افسرده دارای سطوح بالاتری از کورتیزول و کاتکول آمین ها در هنگام تولد هستند. این کودکان اغلب بیشتر گریه می کنند و آرام کردن آنها دشوار تر است. الگوهای خواب در این دسته از نوزادان نامنظم تر است و آنها مدت طولانی تری را قبل از خواب در رختخواب بیدار باقی می مانند (Marcus and Heringhausen., 2008). نتیجه مطالعه ی مروری Stewart نشان داد که افسردگی مادر در دوران بارداری با تأخیر رشد فیزیکی کودک و افزایش بروز مشکلاتی از قبیل سوء تغذیه، بیماری های اسهالی و دیسترسهای تنفسی در دوران کودکی همراه است (Stewart., 2007). معمولاً کودکان مادران افسرده در مقایسه با همسالان خود از مقیاسهای تکامل رفتاری نمرات کمتری را کسب می کنند، میزان فعالیت فیزیکی و تون حرکتی در این دسته از کودکان کمتر است (Talge et al., 2007) و خطر بروز مشکلات رفتاری از قبیل اختلال خواب و بی قراری در این دسته از کودکان بیشتر است (Bowen and Muhajarine., 2006). نتیجه ی یک مطالعه بر روی تعدادی از نوجوانان ۱۶ ساله نشان داد که نوجوانان متولد شده از مادران باردار افسرده در مقایسه با نوجوانان متولد شده از مادران باردار غیر افسرده تقریباً ۵ برابر بیشتر در معرض خطر افسردگی در دوران نوجوانی هستند (Pawlby et al., 2009).

خطرات افسردگی درمان نشده در بارداری با زایمان خاتمه پیدا نمی کند بلکه افسردگی درمان نشده در بارداری با خطرانی نیز در دوره ی پس از زایمان همراه است. به طور مثال اختلال افسردگی در دوران

بارداری خطر افسردگی پس از زایمان را به میزان ۶/۵ برابر افزایش می دهد، در واقع افسردگی دوران بارداری قویترین و مهمترین عامل پیشگویی کننده ی افسردگی در دوران پس از زایمان است (Heron et al., 2004). به طور کلی شیوع افسردگی پس از زایمان ۱۰-۱۵٪ است و ۰/۲٪ از افراد مبتلا به افسردگی پس از زایمان دچار سایکوز پس از زایمان می شوند، سایکوز پس از زایمان نیز می تواند با پیامد های فاجعه باری از قبیل خودکشی و نوزادکشی همراه باشد (Bowen and Muhajarine., 2006). علاوه بر این مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان ، توانایی کمتری برای وظایف مادری خود دارند و میزان دلبستگی آنها به فرزندانشان نیز کمتر است (Bonari et al., 2004). بنابراین جهت پیشگیری از چنین پیامد های فاجعه باری تشخیص و درمان اختلال افسردگی در دوران بارداری حایز اهمیت است.

به طور کلی می توان عوارض افسردگی درمان نشده در بارداری را به ۴ دسته ی عوارض مامایی - جنینی، نوزادی، مادری و اثرات طولانی مدت این اختلال بر نحوه ی رشد و تکامل کودک اشاره کرد. در جدول شماره ۱ به تعدادی از این عوارض بر اساس تقسیم بندی فوق اشاره شده است (Fishell., 2010).

جدول ۱: عوارض اختلال افسردگی در بارداری

<ul style="list-style-type: none"> ▪ افزایش خطر سقط خود به خود ▪ افزایش خطر زایمان پره ترم ▪ افزایش خطر محدودیت رشد جنین ▪ افزایش خطر پره اگلامپسی ▪ افزایش خطر وزن کم هنگام تولد (LBW¹) ▪ افزایش خطر دیسترس جنینی ▪ افزایش خطر زایمان ابزاری یا سزارین ▪ کاهش دلبستگی مادر و جنین 	<p>عوارض جنینی و زایمانی اختلال افسردگی در دوران بارداری</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ کاهش میزان سازگاری یا تطابق با تغییرات فیزیولوژیک دوران نوزادی در نوزادان مادران افسرده در مقایسه با نوزادان مادران غیر افسرده ▪ افزایش احتمال انتقال نوزاد به NICU² ▪ کاهش نمره ی آپگار هنگام تولد ▪ کوچکتر بودن اندازه ی دور سر در هنگام تولد ▪ تاخیر رشد فیزیکی و تکامل ذهنی ▪ گریه شدید ، بی قراری و الگوهای نا منظم خواب در دوران نوزادی 	<p>عوارض نوزادی اختلال افسردگی در بارداری</p>

¹ Low birth weight

² Neonatal intensive care unit

<ul style="list-style-type: none"> ▪ کاهش میزان دلبستگی مادر و کودک ▪ تاخیر رشد شناختی و افزایش خطر بروز مشکلات رفتاری ، عاطفی و تعاملات ناسازگارانه ی اجتماعی ▪ افزایش خطر اختلالاتی نظیر ترس و اضطراب در این دسته از کودکان (این دسته از کودکان از نظر روانشناسی متزلزل بوده و دارای سبک های دلبستگی نا متعادلی هستند) ▪ افزایش خطر رفتارهای تکانشی و سندرم بیش فعالی ▪ کاهش میزان ضریب هوشی در سن ۱۴-۱۵ سالگی در این دسته از کودکان در مقایسه با همسالان 	<p>اثرات طولانی مدت اختلال افسردگی در بارداری بر نحوه رشد و تکامل کودک در مراحل بعدی</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ افزایش خطر سوء تغذیه یا تغذیه نا مناسب در دوران بارداری ▪ عدم رعایت توصیه های پزشکی و مراقبتی و عدم مراقبت بهینه از خود در دوران بارداری ▪ افزایش خطر سوء مصرف الکل و سیگار ▪ افزایش خطر افسردگی پس از زایمان 	<p>عوارض مادری اختلال افسردگی در بارداری</p>

مکانیسم ایجاد این عوارض هنوز ناشناخته است اما نتایج تعدادی از مطالعات نشان می دهد که افسردگی در دوران بارداری سبب مختل شدن فعالیت محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال و افزایش سطح کورتیزول و سایر کاتکول آمین ها می شود. افزایش سطح کورتیزول و سایر کاتکول آمین ها نیز سبب افزایش خطر زایمان پره ترم می شود. علاوه بر این افزایش سطح کورتیزول و سایر کاتکول آمین ها سبب افزایش مقاومت شریان رحمی و کاهش خونرسانی به رحم می شود که به دنبال کاهش خونرسانی به رحم، میزان تامین اکسیژن و غذا برای جنین کاهش می یابد و در نتیجه خطر محدودیت رشد جنین و وزن کم هنگام تولد افزایش می یابد (Field et al., 2010).

با توجه به عوارض فوق ارزیابی و درمان افسردگی در بارداری بسیار با اهمیت است لذا تمام زنان باردار یا زنانی که قصد باردار شدن دارند باید از نظر سابقه فردی و خانوادگی اختلالات روانی و درمان آنها مورد غربالگری قرار گیرند. در زنانی که نتایج آزمونهای غربالگری افسردگی آنها مثبت است یا بیمارانی که مشکوک ابتلا به افسردگی هستند ارزیابی کامل از نظر موارد ذیل ضروری است؛ مدت و شدت علائم فعلی، تاثیر آن بر کارکرد و کیفیت زندگی بیماران، افکار یا طرحهای بیماران درباره خود آسیبی یا خودکشی، سطح اضطراب، علائم سایکوتیک، حمایتهای اجتماعی، ارتباط با همسر، نگرش درباره

بارداری، تامین مالی، سابقه کاری و امنیت فرد (به عنوان مثال احتمال سوء استفاده فیزیکی)، همچنین باید از بیمار درباره نحوه تطابق وی با حوادث استرس زای قبلی و سابقه روانپزشکی وی (مانند دوره های افسردگی و طول مدت آنها، اضطراب، وسواس، اختلالات جبری، مانیا، اقدام به خودکشی یا علایم سایکوتیک و پاسخ آنها به درمان) پرس و جو کرد (Stewart., 2011).

سابقه مانیا^۱ یا هیپومانیا^۲ نشان دهنده ابتلا به اختلال دوقطبی است که یک عامل خطرزای عمده برای افسردگی شدید پس از زایمان و سایکوز پس از زایمان به شمار می روند (Yonkers et al., 2009). پرس و جو درباره سابقه خانوادگی باید به طور خاص مشتمل بر اختلال دوقطبی و سایر اختلالات خلق (خصوصاً اختلالات مرتبط با بارداری)، سایر تشخیصهای روانپزشکی و خودکشی باشد. گرفتن شرح حال باید شامل پرسش درباره سایر اختلالات طبی، داروها (از جمله داروهای بدون نسخه)، استفاده از الکل، سیگار و داروهای غیر مجاز را شامل شود. معاینه بیمار باید ارزیابی وضعیت ذهنی وی را نیز شامل شود. ارزیابی وضعیتهای طبی ایجاد کننده افسردگی باید با توجه به وضعیت بالینی بیمار انجام گردد (Stewart., 2011).

روش های در مان افسردگی در بارداری به دو دسته ی روش های درمان دارویی و روش های درمان غیر دارویی دسته بندی می شود. اگر چه نتایج تعدادی از مطالعات تجربی نشان دهنده ی اثربخشی تعدادی از روش های درمان غیر دارویی از قبیل روان درمانی ، نور درمانی ، ماساژ درمانی و بر درمان افسردگی دوران بارداری هستند اما در زنان باردار مبتلا به افسردگی شدید بایستی از درمان دارویی به عنوان خط اول درمان استفاده کرد (Raudzusa and Misri., 2008).

از انواع مختلفی از داروهای ضد افسردگی از قبیل مهار کننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI)، مهار کننده های انتخابی باز جذب سروتونین و نوراپی نفرین و سایر گروه های دارویی از قبیل بنزودیازپین ها و داروهای سایکوتیک غیر رایج و می توان برای درمان افسردگی در بارداری استفاده کرد (Nikfar et al., 2012). تقریباً تمام داروهای ضد افسردگی از جفت عبور می کنند و سپس وارد مایع آمنیون می شوند. بنابراین تقریباً در تمام موارد در صورت مصرف این داروها در بارداری خطر مواجهه ی جنین با این داروها وجود دارد (Gonsalves and Schuermeyer., 2006).

مصرف این داروها در بارداری می تواند با ۳ دسته از عوارض جنینی همراه باشد :

۱. خطر بروز ناهنجاری های مادرزادی که به دلیل اثرات تراتوژنیک تعدادی از این داروها ایجاد می شود و معمولاً در صورت مواجهه ی جنین با این داروها در طی سه ماهه ی اول حاملگی محتمل تر است.
۲. علایم توکسیسیته نوزادی یا علایم ناشی از قطع مصرف که عمدتاً در صورت مواجهه ی طولانی مدت در سه ماهه ی سوم رخ می دهد

¹ Mania

² Hypomania

۳. اثرات طولانی مدتی که این داروها بر نحوه ی رشد و تکامل کودکان در آینده خواهند داشت (Marcusa et al., 2001).

به دنبال گزارش چنین عوارضی سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA^۱) داروهای سایکوتروپیک را بر اساس میزان خطر در گروه های A ، B ، C ، D و X طبقه بندی کرده است. داروهایی که در دسته ی A قرار دارند فاقد هر گونه خطر یا عارضه برای جنین هستند. داروهایی نظیر بوپروپیون^۲، کلوزاپین^۳ و بوسپرون^۴ در دسته B قرار می گیرند، داروهایی این دسته فاقد عوارض جانبی برای جنین انسان هستند، البته با این هشدار که در این زمینه اطلاعات محدودی وجود دارد. داروهایی نظیر داروهای مهار کننده ی انتخابی بازجذب سروتونین (فلوکستین ، سرتالین ، پاروکستین)، دسیپرامین^۵، ونلافاکسین^۶، میرتازاپین^۷، نفازودون^۸، کلونازپام^۹ و اغلب داروهای مرسوم و غیر مرسوم ضد افسردگی در دسته ی C قرار می گیرند، داروهای این دسته را نمی توان به طور کامل عاری از هر گونه خطر برای جنین انسان دانست، زیرا در مورد این داروها مطالعات انسانی به اندازه کافی انجام نشده است و علاوه بر این در این زمینه مطالعات حیوانی یا وجود ندارد و یا در بعضی از مطالعات حیوانی خطراتی برای جنین دیده شده است. در دسته ی D داروهایی نظیر لیتیوم^{۱۰}، کاربامازپین^{۱۱}، والپرات سدیم^{۱۲} و اغلب داروهای ضد افسردگی و سایر بنزودیازپین ها به غیر از کلونازپام وجود دارد. داروهای این دسته با خطراتی برای جنین همراه هستند ولی مصرف آنها در بارداری کاملاً کنترااندیکه نیست. بنزودیازپین هایی نظیر تیریزولام^{۱۳}، تمازپام^{۱۴}، فلورازپام^{۱۵} در دسته ی X قرار دارند که مصرف آنها در بارداری منع مصرف مطلق دارد (Marcusa et al., 2001).

داروهای مهار کننده ی انتخابی باز جذب سروتونین، رایجترین داروهای ضد افسردگی مورد استفاده در بارداری هستند (Mann., 2005) و در واقع این داروها اولین خط درمان دارویی افسردگی در بارداری هستند (Moses-Kolko et al., 2005). سروتونین یکی از مهمترین نوروترانسمیترهای عصبی است

¹ Food and Drug Administration

² Bupropion

³ Clozapine

⁴ Buspirone

⁵ Desipramine

⁶ Venlafaxine

⁷ Mirtazapine

⁸ Nefazodone

⁹ Clonazepam

¹⁰ Lithium

¹¹ Carbamazepine

¹² Sodium valproate

¹³ Triazolam

¹⁴ Temazepam

¹⁵ Flurazepam

که بر تعداد زیادی از سیستم های فیزیولوژیک بدن از جمله خواب، اشتها، درک درد، خلق و خو، تنظیم دما، عملکرد گوارشی و عملکرد جنسی تاثیر می گذارد، به همین دلیل از این داروها علاوه بر افسردگی در درمان انواع اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواس جبری و اختلالات خوردن نیز استفاده می شود. از این دسته از داروها از داروهایی نظیر فلوکستین و سرتالین به طور رایج استفاده می شود. داروهای مهار کننده ی انتخابی باز جذب سروتونین از جذب سروتونین در فضای سیناپسی جلوگیری می کنند و سبب افزایش این نوروترانسمیتر در فضای سیناپسی می شوند. تعدادی از عوارض جانبی این داروها نظیر سردرد و علائم گوارشی به طور خود به خود و در طی ۴ هفته ی اول درمان بهبود پیدا می کنند در حالی که سایر عوارض جانبی این داروها از قبیل اثرات آرام بخشی این داروها و اختلال عملکرد جنسی در طول درمان ادامه پیدا می کنند. در زنان مبتلا به اختلالات کبدی از جمله زنان مبتلا به اختلالات هایپر تانسیون القاء شده در حاملگی و نیز در زنان مبتلا به بیماری های کلیوی، بایستی سطح پلاسمایی دارو هایی نظیر پاروکستین به دقت مورد پایش قرار بگیرد به این دلیل که در مبتلایان به این بیماری ها به دنبال متابولیسم ناقص دارو ممکن است سطح پلاسمایی دارو تا ۴ برابر مقدار نرمال افزایش پیدا کند (Fleschle and Peskin., 2008). در صورت مصرف همزمان داروهای مهار کننده ی بازجذب سروتونین و داروهای مهار کننده ی مونوآمین اکسیداز (MAO¹)، مصرف این داروها می تواند کشنده باشد (Gillman., 2005).

به دلیل ایمنی نسبتا خوب داروهای SSRI در بارداری این داروها رایجترین داروهای ضد افسردگی مورد استفاده در بارداری هستند تا اینکه نتایج مطالعه ی اپیدمیولوژیک GlaxoSmithKline (سازنده ی داروی پاروکستین) در سال ۲۰۰۵ نشان داد که مصرف داروی پاروکستین در اوایل حاملگی با افزایش خطر نقایص قلبی مادرزادی همراه است و در این زمان بود که ایمن بودن مصرف این داروها در بارداری زیر سؤال رفت (Zuccotti et al., 2012). مطالعه ی کالن^۲ و همکاران نیز نشان داد که به دنبال درمان تک دارویی با پاروکستین در بارداری خطر نقایص قلبی به میزان ۱/۶۳ برابر افزایش پیدا می کند (Ka'lle'n and Olausson., 2007). نتایج تعدادی از مطالعات بعدی و نیز نتیجه ی یک مطالعه ی متآنالیز از ارتباط بین مصرف پاروکستین در حاملگی و افزایش خطر نقایص قلبی مادرزادی حمایت کردند در حالی که نتایج سایر مطالعات از ارتباط فوق حمایت نکردند. به طور کلی نتیجه گیری قطعی در این زمینه به علت وجود نتایج ضد و نقیض و وجود مشکلات متدولوژیک متعدد در مطالعات مختلف دشوار است، اما در حال حاضر هشدارها و نگرانی هایی در مورد افزایش خطر نقایص قلبی به دنبال مصرف پاروکستین در حاملگی مطرح است (Zuccotti et al., 2012).

¹ Monoamine oxidase inhibitor

² Ka'lle'n

نتایج تعدادی از مطالعات نشان می دهند که مصرف داروهای SSRI در بارداری با افزایش خطر تعدادی از نقایص مادرزادی از قبیل آنانسفالی ، امفالوسل و کرانیوسینوسیتوز همراه است (Alwan et al., 2007) اما اخیراً نتیجه ی یک مطالعه ی مروری نشان می دهد که در قسمت عمده مطالعات انجام شده ارتباط بین مصرف داروهای ضد افسردگی در بارداری با افزایش خطر نقایص قلبی مادرزادی از نظر آماری معنی دار نبوده است (Udechuku et al., 2010). نتیجه ی مطالعه ای نشان داد که در آن دسته از مادران بارداری که همزمان با داروهای SSRI از بنزودیازپین ها نیز استفاده می کنند در مقایسه با کسانی که فقط از داروهای SSRI استفاده می کنند خطر نقایص قلبی مادرزادی افزایش پیدا می کند (Oberlander et al., 2008). در حال حاضر شواهد موجود نشان می دهد که در صورت استفاده از رژیم های چند دارویی خطر نقایص مادرزادی به دنبال مصرف این داروها افزایش پیدا می کند. به طور خلاصه می توان گفت که نتایج مطالعات در مورد ارتباط مصرف داروهای SSRI با افزایش خطر ناهنجاری های مادرزادی ضد و نقیض است و شواهد موجود نمی توانند به طور قطعی از اثرات تراژونیسیته ی این داروها حمایت کنند، علاوه بر این مطالعاتی که در این زمینه انجام شده است به دلیل وجود متغیرهای مخدوش کننده ی مختلف دارای مشکلات متدولوژیک متعددی هستند و در نتیجه نمی توانند در این زمینه نتایج قطعی بیان کرد (Yonkers et al., 2009).

تعدادی از شواهد موجود نشان می دهند که مصرف داروهای ضد افسردگی از قبیل SSRI و داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای به طور قابل توجهی خطر زایمان پره ترم را افزایش می دهد (Costei et al., 2002, Kallen and Olausson., 2008). در حالی که سایر مطالعات از ارتباط فوق حمایت نمی کنند (Sivojelezova et al., 2005, Malm et al., 2005). به طور کلی میزان بروز زایمان پره ترم در ایالات متحده ی آمریکا ۱۲/۷٪ است و زایمان پره ترم یکی از مهمترین علل موربیدیت و مورتالیتته نوزادی در سراسر دنیا است، بنابراین بایستی به سرعت در این زمینه (ارتباط بین مصرف داروهای ضد افسردگی در بارداری با افزایش خطر زایمان پره ترم) نتایج قطعی مطرح شود (Hamilton et al., 2007). نتایج مطالعات بیشتر نشان می دهد که اثرات داروهای SSRI بر طول مدت حاملگی به میزان مواجهه با این داروها بستگی دارد و هر چه قدر که میزان مواجهه بیشتر باشد خطر زایمان پره ترم نیز بیشتر خواهد شد (Oberlander et al., 2008). همچنین نتایج تعدادی از مطالعات نیز نشان می دهند که مصرف داروهای SSRI در بارداری سبب کاهش رشد جنین و افزایش خطر LBW (وزن کم هنگام تولد) و ¹SGA (کوچک بودن برای سن حاملگی) می شود (Simon et al., 2002). نتیجه ی یک مطالعه بزرگ در کشور سوئد نشان داد که مصرف داروهای

¹ small for gestational age

SSRI خطر وزن کم هنگام تولد را افزایش می دهد ولی خطر کوچک بودن برای سن حاملگی را افزایش نمی دهد (Kallen and Olausson., 2008).

در نوزادان متولد شده از مادران مصرف کننده ی داروهای SSRI در بارداری و به خصوص در صورت مصرف این داروها در اواخر بارداری ممکن است مجموعه ای از علایم نوزادی تحت عنوان " سندرم تطابق ضعیف نوزادی"^۱ در طی روز های اول پس از تولد رخ دهد این عارضه با علایمی از قبیل تاکی پنه، هیپوگلیسمی، ناپایداری دمای بدن، بی قراری، گریه ی ضعیف و بالعکس گریه ی شدید و آرام نشدنی و تشنج همراه است این عارضه در ۱۵-۳۰٪ از نوزادان مادران درمان شده با SSRI در بارداری دیده می شود. این علایم گذرا هستند و در طی ۲ هفته و یا کمتر و به طور خودبه خود بهبود می یابند. مکانیسم بروز این عوارض دقیقاً مشخص نیست (Yonkers et al., 2009).

نتایج تعدادی از مطالعات نیز نشان می دهند مصرف داروهای SSRI در اواخر بارداری با افزایش خطر هایپر تانسیون مقاوم شریان ریوی در نوزادان همراه است (Kallen and Chambers et al., 2006), (Olausson., 2008)، این عارضه گاه مزمن شده و شدت پیدا می کند که در این صورت می تواند به نارسایی سمت راست قلب منجر شود. میزان پایه ی این خطر در جمعیت عمومی ۰/۵-۰/۲٪ است که در ۱۰٪ موارد کشنده است (Greenough and Khetriwal., 2005). در صورت مصرف داروهای SSRI در بارداری و به ویژه در صورت مصرف این داروها در اواخر بارداری خطر بروز این عارضه به میزان ۰/۳-۰/۶٪ افزایش پیدا می کند (Kallen and Olausson., 2008). خطر بروز این عارضه در نوزادان مبتلا به مشکلات تنفسی و در صورت مواجهه ی طولانی مدت تر افزایش بیشتری پیدا می کند (Oberlander et al., 2008).

در مورد اثرات طولانی مدت مصرف این داروها بر روند رشد و تکامل کودک در مراحل بعدی اطلاعات محدودی در دست است و در این زمینه تاکنون مطالعات اندکی انجام شده است. نتیجه ی یک مطالعه ی کوچک بر روی تعدادی از کودکان ۶-۹ ماهه متولد شده از مادران باردار مصرف کننده ی داروهای SSRI در بارداری نشان داد که مصرف این داروها در بارداری با افزایش خطر مشکلات رفتاری یا شناختی در این دسته از کودکان همراه نیست (Yonkers et al., 2009).

داروهای SSRI علاوه بر مهار گیرنده های بازجذب سروتونین در سیستم عصبی مرکزی، می توانند سبب مهار این گیرنده ها در سطح پلاکت ها نیز شوند، مهار گیرنده های بازجذب سروتونین در سطح پلاکت ها منجر به کاهش تجمع پلاکتی و افزایش خطر خونریزی می شود. به همین دلیل نتایج تعداد اندکی از مطالعات نشان می دهند که مصرف SSRI در بارداری با افزایش خطر خونریزی داخل بطنی و خونریزی ساب آراکنوئید در نوزادان همراه است، اما در حال حاضر شواهد کافی در حمایت از این فرضیه وجود

¹ poor neonatal adaptation

ندارد (Zuccotti et al., 2012). به دلیل احتمال وقوع این عوارض جدی به دنبال مصرف SSRI در بارداری، کالچ زنان و مامایی آمریکا توصیه می کند که برای درمان افسردگی با داروهای ضد افسردگی در بارداری بایستی برای هر فرد به صورت مجزا و جداگانه تصمیم گیری شود و بایستی در طول بارداری و به ویژه در اوایل بارداری از مصرف پاروکستین تا حد امکان اجتناب شود (Yonkers et al., 2009). مهار کننده های مونوآمین اکسیداز (MAO) نیز از دیگر دسته های دارویی مورد استفاده در درمان افسردگی است. مصرف داروهای مهارکننده ی مونوآمین اکسیداز در بارداری با محدودیت رشد جنینی، آنومالی های مادرزادی و مرگ جنین در مطالعات انسانی و حیوانی همراه بوده است و مصرف آن در بارداری کنتراندیکه است.

بنزودیازپین ها نیز از دیگر دسته های دارویی مورد استفاده در درمان افسردگی است. مطالعات اولیه نشان می دهد که مصرف این داروها در سه ماهه ی اول حاملگی خطر شکاف کام را افزایش می دهد، اگرچه میزان این افزایش خطر دقیقا مشخص نیست. خطر شکاف کام در جمعیت عمومی ۰/۰۶۴٪ است، در زنانی که در سه ماهه ی اول حاملگی از بنزودیازپین ها استفاده می کنند میزان این خطر افزایش می یابد ولی باز هم میزان آن کمتر از ۰/۰۱٪ است.

از داروهای تثبیت کننده ی خلق همانند لیتیوم بیشتر برای درمان اختلالات دو قطبی مورد استفاده قرار می گیرد. اثرات مصرف لیتیوم در حاملگی به خوبی مورد مطالعه قرار گرفته است. تقریبا در ۷٪ از جنین های مادران مبتلا به اختلالات دو قطبی که در دوران حاملگی لیتیوم مصرف کرده بودند، ناهنجاری های قلبی مادرزادی دیده شده است. این میزان خطر از میزان خطر ناهنجاری های قلبی به دنبال مواجهه با ویروس ابستن بار نیز بیشتر است. مصرف لیتیوم در بارداری با عوارض نوزادی از قبیل هیپوتونی^۱، لتارژی^۲، سیانوز^۳، هایپوتیروئیدیسم^۴ و رفلکسهای غیر نرمال همراه است. مصرف والپرات سدیم در بارداری خطر نقایص قلبی را به میزان ۵-۱٪ افزایش می دهد. نقایص لوله ی عصبی به دنبال مصرف کاربامازپین تا ۵٪ افزایش می یابد علاوه بر این مصرف کاربامازپین در بارداری با افزایش خطر ناهنجاری های کرانیوفاسیال نیز همراه است (Marcusa et al., 2001).

در خصوص درمان دارویی افسردگی در بارداری می توان به رهنمود های کلی زیر اشاره کرد:

۱. در ابتدا اینکه بایستی به تمام زنان بارور مبتلا به افسردگی توصیه کنیم تا قبل از اقدام برای

بارداری افسردگی شان را درمان کنند (Gonsalves and Schuermeyer., 2006).

¹ Hypothyroidism

² Lethargy

^۳ Cyanosis

^۴ Hypothyroidism

۲. در گام نخست درمان افسردگی در بارداری، تشخیص قطعی افسردگی الزامی است. در صورت تشخیص قطعی افسردگی غربالگری از نظر سایر شرایط طبی مرتبط با افسردگی از قبیل اختلالات تیروئید ضروری است (Marcusa et al., 2001).
۳. در گام دوم بایستی شدت علائم افسردگی تعیین شود، زیرا بسیاری از زنان باردار تمایل دارند تا در صورت عدم ابتلا به افسردگی شدید از روشهای درمان غیر دارویی به جای روش های درمان دارویی استفاده کنند (Marcusa et al., 2001).
۴. بعضی از زنان مبتلا به افسردگی تمایل دارند تا چند ماه قبل از تلاش برای بارداری میزان مصرف داروهای ضد افسردگی شان را کاهش دهند و یا حتی مصرف آنها را در بارداری قطع کنند، در این صورت باید این افراد را به دقت از نظر عود علائم مورد پایش قرار دهیم. همچنین باید به این افراد توصیه کنیم تا مصرف این داروها را به تدریج کاهش دهند. اما در زنان مبتلا به افسردگی شدید و در صورتی که فرد سابقه ی عود مکرر علائم افسردگی را داشته باشد، توصیه می شود تا مصرف داروهای ضد افسردگی در بارداری همچنان ادامه یابد (Gonsalves and Schuermeyer., 2006)، زیرا اخیراً نتیجه ی یک مطالعه نشان داده که ۶۸٪ از زنانی که مصرف داروهای ضد افسردگی را در بارداری قطع می کنند دچار عود علائم افسردگی می شوند، در حالی که این رقم در زنانی که مصرف این داروها را در بارداری ادامه می دهند ۲۶٪ است و ۹۰٪ از موارد عود علائم افسردگی نیز در سه ماهه ی دوم رخ می دهد (Cohen et al., 2006).
۵. در صورتی که مصرف داروهای ضد افسردگی در بارداری قطع شده باشد، بهترین زمان برای شروع مجدد مصرف این داروها در بارداری، سه ماهه ی دوم حاملگی است زیرا تا این زمان اغلب ارگانوژنز^۱ کامل شده است و در نتیجه عوارض جنینی ناشی از مصرف این داروها به کمترین حد ممکن می رسد و از سوی دیگر طبق شواهد موجود، بیشترین خطر عود علائم افسردگی در سه ماهه ی دوم بارداری است (Gonsalves and Schuermeyer., 2006).
۶. به منظور به حداقل رساندن خطرات جنینی، باید از داروهایی استفاده کنیم که طبق شواهد موجود با کمترین میزان خطر همراه باشند. شواهد نشان می دهند که سرتالین و فلوکستین داروهای نسبتاً ایمنی در بارداری هستند، همچنین طبق شواهد موجود بایستی تا حد امکان از

^۱ organogenesis

- مصرف بوپروپیون و پاروکستین در حاملگی خودداری شود. علاوه بر این باید از حداقل دوز درمانی این داروها در بارداری استفاده شود (Gonsalves and Schuermeyer., 2006).
۷. برای به حداقل رساندن میزان مواجهه ی جنین با این داروها باید به جای استفاده از رژیم های ترکیبی و چند دارویی از رژیم های ساده و تک دارویی استفاده شود (Gonsalves and Schuermeyer., 2006).
۸. در یک مطالعه که به منظور تعیین دوز مورد نیاز داروهای SSRIs برای درمان افسردگی در بارداری انجام شده بود، دیده شد که برای حفظ اثرات درمانی و جلوگیری از عود علائم افسردگی در بارداری، تقریباً دو سوم زنان باردار از هفته ی ۲۷ حاملگی به بعد به افزایش دوز داروی مورد نظر نیاز دارند، به همین دلیل پیشنهاد می شود که در طی نیمه ی دوم حاملگی علائم عود افسردگی به دقت مورد پایش قرار بگیرد تا در صورت نیاز دوز داروی مورد نظر افزایش یابد (Raudzusa and Misri., 2008).
۹. در صورت عدم پاسخ مناسب مادران باردار به داروهای ضد افسردگی توصیه می شود که به جای استفاده از رژیم های چند دارویی دوز داروی مورد نظر افزایش یابد (Raudzusa and Misri., 2008).
۱۰. استفاده از دوز های درمانی داروهای ضد افسردگی در بارداری بسیار حایز اهمیت است زیرا در صورتی که به جای استفاده از دوز های درمانی از دوز های کمتر از حد بهینه استفاده شود علاوه بر خطرات ناشی از مواجهه ی جنین با داروهای ضد افسردگی، خطرات افسردگی درمان نشده نیز وجود دارد (Raudzusa and Misri., 2008).
۱۱. سرترالین بهترین انتخاب درمانی در شرایطی است که برای اولین بار درمان دارویی افسردگی در بارداری آغاز می شود ، زیرا بر اساس شواهد موجود این دارو نسبت به سایر داروهای ضد افسردگی به میزان کمتری از جفت عبور می کند و مصرف آن در دوران بارداری و شیردهی دارای ایمنی نسبتاً مناسبی است (Fishell., 2010).
۱۲. درمانگران نبایستی ایمنی مصرف داروهای ضد افسردگی را به طور کامل در بارداری تضمین کنند بلکه بایستی در مورد خطرات جنینی و نوزادی احتمالی و همچنین روش های درمان غیر دارویی در دسترس اطلاعاتی در اختیار بیماران قرار دهند (Raudzusa and Misri., 2008).

در صورت وجود رفتارهای سایکوتیک یا در صورت وجود افکار خودکشی و نیز در صورتی که اپیزودهای شدید افسردگی به درمان دارویی مقاوم باشند می توان برای درمان افسردگی در بارداری از الکتروشوک درمانی نیز استفاده کرد. در سال ۲۰۰۹ کالج روانپزشکی آمریکا به اتفاق کالج زنان و مامایی آمریکا برای درمان افسردگی در دوران بارداری رهنمودی را منتشر کردند، در این رهنمود از الکتروشوک درمانی به عنوان یک روش درمانی ایمن و مؤثر برای افسردگی شدید مقاوم به درمان و یا تهدید کننده ی حیات در بارداری یاد شده است (Yonkers et al., 2009). همچنین در سال ۲۰۰۱ سازمان روانپزشکی آمریکا رهنمودی را در مورد الکتروشوک درمانی در بارداری منتشر کرد. در واقع الکتروشوک درمانی یک روش مؤثر برای درمان افسردگی در بارداری است، اما هنوز در مورد استفاده از این روش به خصوص در بارداری استیگما وجود دارد. به نظر می رسد که الکتروشوک درمانی در بارداری با خطرات اندکی همراه است، از دست دادن حافظه، سردرد و سرگیجه از مهمترین عوارض مادری الکتروشوک درمانی در بارداری است (Kim and P.Oreardon., 2011).

عوارض جنینی الکتروشوک درمانی در بارداری شامل ۵ دسته از عوارض زیر است:

۱. برادی کاردی جنین
۲. زایمان زودرس
۳. خطرات مرتبط با آنستزی و بی هوشی
۴. خطرات مرتبط با آسپیراسیون مادر
۵. تشنج مادر

مهمترین عارضه ی جنینی الکتروشوک درمانی در بارداری برادی کاردی جنین است، به همین دلیل توصیه می شود که در صورتی که سن حاملگی بیش از ۱۴ هفته باشد ضربان قلب جنین قبل و بعد از الکتروشوک درمانی مورد مانیتورینگ قرار بگیرد. همچنین توصیه می شود که بعد از الکتروشوک درمانی انقباضات رحمی مانیتورینگ شود. خطر ریفلاکس معده در طول الکتروشوک درمانی در سه ماهه ی دوم و سوم حاملگی افزایش می یابد که این امر می تواند منجر به آسپیراسیون شود، در نتیجه تجویز یک داروی آنتی اسید قبل از این کار الزامی است. به علت خطر بالای آسپیراسیون در سه ماهه ی سوم حاملگی توصیه می شود که در این سن از حاملگی قبل از الکتروشوک درمانی لوله گذاری داخل تراشه مد نظر قرار بگیرد (Kim and P.Oreardon., 2011).

در تعدادی از مبتلایان به افسردگی خفیف و متوسط می توان به جای استفاده از روشهای درمان دارویی از روشهای درمان غیر دارویی افسردگی از قبیل روان درمانی، نور درمانی و انواع مختلف روشهای طب مکمل و جایگزین استفاده کرد (Raudzusa and Misri., 2008).

روان درمانی یکی از روشهای درمانی غیر دارویی موثر برای تعدادی از زنان باردار مبتلا به افسردگی است. درمان شناختی - رفتاری و روان درمانی بین فردی دو شکل از رایجترین روشهای روان درمانی موثر بر افسردگی هستند (Ryan et al., 2005). هدف درمان شناختی - رفتاری تغییر در نگرشها و رفتارهای مرتبط با افسردگی است. هدف از روان درمانی بین فردی بهبود در عوامل بین فردی مانند فقدان مهارت های اجتماعی است که با افسردگی ارتباط دارند. هم درمان شناختی - رفتاری و هم روان درمانی بین فردی که در جلسات ۱ ساعته هفتگی به مدت ۶-۱۲ هفته انجام می شوند در درمان افسردگی موثر نشان داده شده اند (Stewart., 2011). اگرچه داده های حاصل از کارآزمایی های تصادفی شده مشتمل بر زنان باردار محدود هستند (Dennis et al., 2007)، اما راهکارهای تخصصی این درمان ها را برای افسردگی دوران بارداری توصیه کرده اند (Yonkers et al., 2009). نتایج چندین مطالعه نشان می دهد که نور درمانی نیز در درمان افسردگی در دوران بارداری موثر است (Raudzusa and Misri., 2008) ، به طور مثال نتیجه ی مطالعه ی Oren و همکاران نشان داد که نور درمانی به مدت ۳-۵ هفته سبب بهبود معنی دار علائم افسردگی در بارداری می شود (Oren et al., 2002). بسیاری از درمانگران در جست و جوی استفاده از روشهای طب مکمل و جایگزین برای درمان اختلالات خلقی از قبیل اضطراب و افسردگی در بارداری هستند. از روشهای طب مکمل و جایگزین موثر بر افسردگی دوران بارداری می توان به ورزش، طب سوزنی، ماساژ درمانی و بعضی از انواع مکمل های گیاهی اشاره کرد. از مدت ها قبل ورزش به عنوان یک روش درمانی موثر و بسیار مهم در درمان افسردگی شناخته شده است. نتایج مطالعه ای نشان داد، زنان بارداری که در طی سه ماهه ی دوم و سوم حاملگی ورزش می کنند در مقایسه با کسانی که ورزش نمی کنند به میزان کمتری به اختلالات افسردگی و اضطراب مبتلا می شوند.

در زمینه ی تاثیر مکمل های گیاهی بر افسردگی دوران بارداری اطلاعات ضد و نقیضی وجود دارد. نتایج تعدادی از مطالعات نشان می دهد که مصرف عصاره ی علف چای در بهبود علائم افسردگی موثر است (Raudzusa and Misri., 2008). اما تاکنون در زمینه ی تاثیر این مکمل گیاهی بر اختلال افسردگی دوران بارداری مطالعه ای انجام نشده است. نتایج تعدادی از مطالعات نشان می دهند که مصرف امگا ۳ در درمان اختلال افسردگی در دوران بارداری موثر است (Rees et al., 2008). در حال حاضر مصرف مکمل هایی گیاهی در بارداری توصیه نمی شود، به این دلیل که تاکنون در این زمینه هیچ مطالعه ی انسانی انجام نشده است و مصرف این داروها در بارداری توسط سازمان غذا و داروی آمریکا مورد تایید قرار نگرفته است (Raudzusa and Misri., 2008). طب سوزنی نیز از روش های درمانی مؤثر بر افسردگی دوران بارداری است. البته در زمینه ی تاثیر طب سوزنی بر افسردگی دوران بارداری تعداد اندکی مطالعه ی کنترل شده ی تصادفی انجام شده است (Manber et al., 2004). مطالعات

انجام شده نشان می دهند که روش های تحریکی از قبیل ماساژ در مانی نیز در درمان اختلال افسردگی در دوران بارداری مؤثر هستند (Field et al., 2004). ماساژ درمانی به طور قابل توجهی سطح کورتیزول سرم را کاهش می دهد، علاوه بر این ماساژ درمانی سبب افزایش سطح سروتونین و دوپامین می شود و از این طریق سبب بهبود علائم افسردگی و پیامدهای پری ناتال می شود (Field et al., 2005). در واقع اغلب مادران باردار مبتلا به افسردگی تمایل دارند تا در صورت عدم ابتلا به افسردگی شدید از روش های درمان غیر دارویی به جای روش های درمان دارویی استفاده شود (Marcusa et al., 2001). از سوی دیگر اغلب مبتلایان به اختلالات افسردگی و اضطراب تمایل دارند تا به جای استفاده از درمان های دارویی رایج از انواع مختلف روشهای طب مکمل و جایگزین استفاده کنند (Watt et al., 2008) به گونه ای که میزان استفاده از انواع مختلف روشهای طب مکمل و جایگزین در مبتلایان به اختلال افسردگی بسیار بیشتر از جمعیت عمومی است. به طور مثال نتیجه ی یک مطالعه در سال ۱۹۹۷ نشان داد که ۵۳/۶٪ از افراد مبتلا به افسردگی شدید از انواع مختلف روشهای طب مکمل یا جایگزین برای درمان افسردگیشان استفاده کرده بودند (Ping et al., 2007).

همچنین نتیجه ی یک مطالعه ی بزرگ نشان داد که بی خوابی، اضطراب و افسردگی ۳ علت مهم استفاده از روش های طب مکمل و جایگزین هستند در واقع افسردگی یکی از ۱۰ علل رایج استفاده از روش های طب مکمل و جایگزین در سراسر دنیا است (Watt et al., 2008). ماساژ درمانی از رایجترین روشهای طب مکمل در درمان افسردگی است (Coelho et al., 2008).

ماساژ روشی از لمس می باشد که سبب دستکاری بافت های نرم بدن می شود و در راستای حصول اهداف درمانی همانند برطرف کردن درد، بهبود وضعیت سلامت افراد، افزایش وزن در نوزادان کم وزن، کاهش تنش، اضطراب و افسردگی و..... مؤثر است (Cassileth and Vickers., 2004). مورخان ثابت کردند که ماساژ، قدیمی ترین فرم فیزیکی شناخته شده برای انسانها است. منشا کلمه ی « ماساژ » واضح نیست ولی به نظر می رسد که از کلمه ای عربی به عنوان ماش به معنای « فشار نرم » گرفته شده است. نظریه ی دیگر این است که از کلمه ی یونانی ماسین به مالیدن و ورزیدن مشتق شده است (دنیس ویچلو براون، ۱۳۷۹).

یکی از خاستگاه های ماساژ طبیبی کشور چین است ماساژ در این کشور به نام های آنمو به معنای فشار شناخته می شود. بقراط اولین پزشک یونانی بود که در سال ۱۳۹۷ میلادی، ماساژ را در یونان گسترش داد و آن را همراه با روغن به عنوان یک روش مفید درمانی اجرا نمود. ماساژ در قرون وسطی در کشورهای اروپایی و شرقی، به صورت کاملاً متفاوت اجرا می شد. در کشورهای اسلامی نیز این روش کاربرد زیاد داشت. در قرن نوزده میلادی، نمونه ای از ماساژ تحت عنوان ماساژ سوئدی ایجاد شد (Braun and Simonson., 2007).

ماساژ دارای فواید زیادی برای سیستم های مختلف بدن است، سیستم عصبی سیستمی است که عمیقا با ماساژ تحت تاثیر قرار می گیرد. ماساژ می تواند آرام بخش، مسکن و کاهنده ی تحریک پذیری سیستم عصبی باشد. بیماری هایی نظیر بی خوابی، تنش، سردرد و دیگر مشکلات مرتبط با استرس، به نیروی شفابخش لمس به عنوان عامل آرامش و هماهنگی پاسخ می دهند (دنيس ویچلو براون، ۱۳۸۹). تاثیر متقابل سیستم عصبی روی سیستم غددی و بالعکس غیر قابل انکار است. مواد شیمیایی موجود در سیستم عصبی - غددی، ناقلین ارتباطی این سیستم های کنترلی هستند، این مواد شیمیایی ناقلین عصبی نامیده می شوند. یک ناقل عصبی که در گردش خون جابه جا می شود هورمون نامیده می شود. بعضی از ناقلین عصبی و هورمون ها روی خلق، توجه و انگیزش، هوشیاری، آرامش، خواب، پاسخ به لمس، خشم، افسردگی، گرسنگی، عشق و ارتباطات تاثیر می گذارند که بعضی از آنها از قبیل دوپامین، سروتونین، اپی نفرین، نوراپی نفرین و کورتیزول تحت تاثیر ماساژ قرار می گیرند (Fritz., 2004).

هورمون دوپامین: این هورمون روی فعالیت های حرکتی از جمله جابه جایی (حرکات ظریف ، نوشتن با دست) و یا آگاهی (تمرکز و توجه)، خلق و احساس شادی تاثیر می گذارد. کاهش سطح این هورمون منجر به فقدان توانایی کنترل حرکتی، عدم توجه و تمرکز و خستگی می گردد. همچنین کاهش سطح این هورمون در تعدادی از مبتلایان به افسردگی دیده شده است (DSM-IV-TR.,2000) ماساژ سطح دوپامین را افزایش می دهد (Field et al., 2005).

هورمون سروتونین: این هورمون به شخص اجازه می دهد که رفتاری مناسب را داشته باشد و کارها را به طور مناسب و در زمان مناسب انجام دهد. این هورمون تنظیم کننده ی خلق، عاطفه، توجه، آرامش و خشونت می باشد. کاهش آن سبب افسردگی، اختلالات خوردن و اختلالات درد می گردد (Fritz.,2004) ماساژ سطح سروتونین را نیز افزایش می دهد (Field et al., 2005).

هورمون اپی نفرین^۱ و نوراپی نفرین^۲: اپی نفرین سبب برانگیختن مکانیسم هایی در بدن می شود. عملکرد نوراپی نفرین بیشتر در مغز است. این دو هورمون روی فعالیت، هوشیاری و پاسخ جنگ و گریز و همه ی عملکردهای تحریکی سیستم عصبی سمپاتیک تاثیر دارند. در صورت افزایش این دو هورمون، اختلال در الگوی خواب ایجاد می شود (Fritz.,2004). همچنین ممکن است در پاتوفیزیولوژی اختلال افسردگی بی نظمی در تعدادی از ناقلین عصبی از جمله نور اپی نفرین و اپی نفرین دیده شود (DSM-IV-TR.,2000) ماساژ سبب تنظیم این دو هورمون از طریق تحریک یا مهار سیستم عصبی پاراسمپاتیک می شود. در شروع ماساژ، سیستم عصبی سمپاتیک تحریک می شود در صورتی که ۱۵

¹ Epinephrine

² Norepinephrine

دقیقه تا یک ساعت بعد از ماساژ، سیستم عصبی پاراسمپاتیک تحریک می شود. ماساژ سبب کاهش سطح هورمون های اپی نفرین و نوراپی نفرین می گردد (Fritz.,2004).

هورمون کورتیزول: هورمون کورتیزول هورمونی تنشی است که توسط غدد فوق کلیه در طول تنش های شدید ترشح می گردد. تحریک سیستم عصبی سمپاتیک موجب افزایش سطح این هورمون می شود. هورمون کورتیزول در سرکوب سیستم ایمنی، اختلالات خواب و افزایش سطح ماده ی پی موثر است (Fritz.,2004). همچنین در بعضی از افراد افسرده اختلالات هورمونی از جمله افزایش ترشح گلوکوکورتیکوئیدها و کورتیزول دیده می شود (DSM-IV-TR.,2000). ماساژ سبب کاهش هورمون کورتیزول می شود (Field et al., 2005). بنابراین ماساژ از طریق افزایش سطح دوپامین و سروتونین و کاهش سطح کورتیزول، نوراپی نفرین و اپی نفرین موجب بهبود علائم افسردگی می شود. در بعضی شرایط انجام ماساژ درمانی کنتراندیکه است. کنتراندیکاسیون های ماساژ به دو دسته ی کنتراندیکاسیون های موضعی و عمومی تقسیم می شود (Gourange., 2010).

کنتراندیکاسیون های عمومی ماساژ:

- تب بالا
- نارسایی شدید قلبی و کلیوی
- پرتو درمانی با اشعه ی ایکس
- پوکی استخوان
- اسپاسم عضلانی شدید و
- نارضایتی بیمار

در شرایط فوق انجام هر گونه ماساژ درمانی در هر قسمتی از بدن کاملاً کنتراندیکه است.

کنتراندیکاسیونهای موضعی ماساژ

- التهاب حاد
- بیماری های پوستی
- شکستگی های اخیر
- واریس عروقی
- ترومبوز عروقی
- بد خیمی
- زخم باز

در شرایط فوق انجام ماساژ در برخی از بخش های بدن از جمله مناطقی که تحت التهاب یا شکستگی قرار دارند کنتراندیکه است در حالی که سایر بخشهای بدن را می توان تحت ماساژ قرار داد. از تکنیک های مختلفی برای ماساژ استفاده می شود در زیر به شرح تعدادی از این تکنیک ها پرداخته شده است.

استروکینگ یا افلوراژ^۱: استروکینگ و افلوراژ لغاتی هستند که مترادف هم به کار می روند، در حقیقت حرکت استروک به شکلی که دست روی پوست بلغزد بدون اینکه عضلات عمقی را به حرکت درآورد افلوراژ نامیده می شود. تکنیک افلوراژ معمولاً بیشتر از سایر تکنیک های ماساژ و نیز در شروع و خاتمه ی هر درمانی به کار می رود. استروکینگ ممکن است سطحی یا عمقی باشد. دراستروکینگ سطحی حرکت به طور سطحی و با فشار ملایم از قسمت کف دست اعمال می گردد. در استروکینگ سطحی فشار باید به پوست و لایه های آن وارد گردد، به همین جهت در انجام این کار نیاز به درمانگر ماهر برای به دست آوردن یک اثر آرام بخش، تسکین دهنده و در عین حال موثر می باشند. در استروکینگ عمقی فشار بیشتر از استروکینگ سطحی است، به طوری که علاوه بر پوست به عضلات، فاشیا و بافت همبند نیز فشار وارد می گردد و اثر مکانیکی آن به بهتر شدن جریان وریدی و لنفاتیک کمک می کند (نپاوندی نژاد، ۱۳۸۵). در طول افلوراژ از باید از کل دست استفاده شود نه فقط از نوک انگشتان، همچنین بایستی از هر گونه حرکات پرشی و ناگهانی اجتناب شود و حرکات بایستی آرام و ریتمیک باشند.

فواید افلوراژ

به دنبال این تکنیک ماساژ گیرنده خیلی زود احساس آرامش می کند و یک ارتباط سرشار از اعتماد بین ماساژ دهنده و ماساژ گیرنده ایجاد خواهد شد.

- افلوراژ پیوندی میان تکنیک های مختلف ماساژ درمانی است.
- هنگامی که افلوراژ به آرامی انجام شود، اثری تحریک کننده دارد و برای آرامش اعصاب مفید است و سردرد های فشاری را برطرف کرده و بیخوابی را از بین می برد.
- افلوراژ سریع موجب تحریک سیستم عصبی مرکزی می شود.
- جریان لنف با افلوراژ افزایش پیدا می کند که موجب رهایی بدن از مواد سمی و زاید می شود (دنيس ويچلو براون، ۱۳۸۹).

فریکشن^۲: حرکات فریکشن با استفاده از انگشت شست و سایر انگشتان انجام می شود، اگرچه از مشت، پنجه و آرنج هم می توان استفاده کرد. حرکات فریکشن کاملاً عمقی بوده و انگشتان نباید روی پوست

¹ Effleurage

² Friction

بلغزد بلکه باید بافت زیر آن را به حرکت درآورد. این نوع ماساژ نیازمند اعمال فشار عمیق به صورت مداوم و پیوسته است. با توجه به جهت حرکات اعمال شده در تکنیک فریکشن، این تکنیک به دو نوع چرخشی و عرضی تقسیم بندی می شود، در فریکشن چرخشی جهت حرکات اعمال شده به صورت چرخشی است در حالی که در فریکشن عرضی جهت حرکات اعمال شده رو به جلو یا عقب بوده است (Gourange., 2010). "جیمز سیریاکس" معتقد است که: فریکشن مهمترین تکنیک ماساژ بوده و اساس سایر استروک ها را تشکیل می دهد (نهامندی نژاد، ۱۳۸۵).

فواید فریکشن:

- این تکنیک مخصوصا برای رفع اسپاسم هایی که روزانه به علت استرس و تنش در بدن ایجاد می شوند، مفید است.
- هر نوع ماده زائدی که امکان انباشته شدن آن باشد، به کمک این حرکات از بین می رود
- عمل فریکشن کمک می کند تا چربی ها شکسته شوند بنابراین برای افراد چاق بسیار مفید است.
- فریکشن عمل بسیار موثری در جهت درمان بافت اسکار است و چسپندگی ها را جدا می کند، به همین دلیل در ماساژ مناطق استخوانی مثل کشکک استفاده می شود (دنيس ويچلو براون، ۱۳۸۹).

پتريساژ^۱: پتريساژ به معنای مشت و مال و زور دادن است و مجموعه ای از حرکات چنگ زدن، چلانیدن، فشردن و غلاطندن را شامل می شود. در این روش ماساژ حرکات با قدرت و فشار زیاد و بر روی بافت ماهیچه ای نه بر روی پوست و بافت های سطحی اعمال می شوند. این روش برای عضلات بزرگ مانند اندام های تحتانی و کمر و بازوها مناسب است (Cassar and Maxwell-Hudson., 2004).

فواید پتريساژ:

- پتريساژ گردش خون پوست و بافت های زیر پوست را افزایش می دهد.
- پتريساژ از طریق آرام سازی عضلات، افزایش جریان خون بافتی و کشش فیبرها درد را کاهش می دهد.
- پتريساژ ترشح و درناژ لنف را از عضلات و بافت های سطحی افزایش می دهد.
- حرکات پتريساژ به درناژ و از بین رفتن رسوب چربی در اطراف ران ها، شانه ها و باسن کمک می کند (Cassar and Maxwell-Hudson., 2004)

¹ Petrissage

حرکات پرکاشن^۱ یا تاپوتمنت^۲ : حرکات پرکاشن یا تاپوتمنت شامل یک سری از فعالیت های ملایم، زنده و مؤثر است که با حرکات سریع و متناوب دست ها انجام می شوند. در این نوع تکنیک تماس دستها با پوست و بافتهای زیرین به صورت مداوم نیست، در واقع در این نوع تکنیک حرکات اعمال شده به صورت ضربه ای بوده و بین ضربات اعمال شده نیز فواصل منظمی وجود دارد، بنابراین در این نوع تکنیک لمس و فشار اعمال شده نه به صورت مداوم بلکه به صورت متناوب بوده. ۴ نوع ضربه پرکاشن وجود دارد:

۱. هکینگ^۳: ضربه ی ملایم انگشتان می باشد که با انگشتان صاف یا خمیده انجام می شود.

۲. پوندینگ^۴ : حرکات ضربه ای می باشد که با کف دست انجام می شود در حالی که انگشتان خمیده شده باشند.

۳. کاپینگ^۵ : توسط انگشتان کمی خم شده و به هم فشار داده شده انجام می شود. در حرکات کاپینگ یا بادکشی نباید ضربه ها با صدای سیلی به گوش برسند و کف دست ها حتما باید گود باشد.

۴. فلیکینگ^۶ : حرکات ساطوری مچ دست که با کنار انگشتان ضربه زده می شود (Gourange., 2010)

فواید پرکاشن

- حرکات پرکاشن بسیار تحریک کننده هستند، بنابراین قبل از ورزش کردن بسیار مفید هستند.
- به دلیل ورود خون به سطح بدن ، گردش خون را به صورت ممتد بهبود می بخشند
- ضربات فنجاننی وقتی روی نواحی بالا و میانی پشت انجام می شوند، باعث خروج موکوس و خلطهای جمع شده در ریه می شود
- همچنین این حرکات در کاهش چربی های جمع شده و ماهیچه های شل شده مفیدند و بر روی باسن و رانها استفاده می شوند
- حرکات ملایم روی شکم باعث افزایش حرکات دودی روده ها و بهبود شرایطی مثل یبوست می شود(دنيس ويچلو براون،۱۳۸۹)

¹ percussion

² Tapotement

³ Hacking

⁴ pounding

⁵ Cupping

⁶ Feliking

حرکات ارتعاشی^۱ : ویبریشن یا ارتعاش، حرکات لرزشی آرام ملایم و ارتعاش بافت ها است که توسط دست و انگشتان انجام می شود (دنیس ویچلو براون، ۱۳۸۹). تکنیک های ارتعاشی را با توجه به جهت و فرکانس حرکات اعمال شده به دو دسته ی شیکینگ و ویبریشن تقسیم بندی می کنند. در ویبریشن حرکات لرزشی بسیار آرام و ملایم می باشد و جهت حرکات اعمال شده به صورت دو طرفه و به سمت بالا و پایین می باشد در حالی که در شیکینگ حرکات قوی تر هستند و با نیروی بیشتری انجام می شوند و جهت حرکات به صورت یک طرفه و به طرف بالا یا پایین می باشد (Gourange., 2010).

فواید ویبریشن

- ویبریشن در طول مسیر اعصاب ، برای احیا و نگه داری عملکرد اعصاب و ماهیچه ها مفید است و تغذیه آنها را بهبود می بخشد. به خصوص در موارد فلج یا کاهش قدرت اعصاب مفید است.
- ویبریشن و شیکینگ می توانند بر روی شکم انجام شوند تا به هضم و بهبود نفخ شکم کمک می کنند. این حرکات می توانند در حفظ تونوسیتنه ی کولون و رفع یبوست استفاده می شوند.
- ویبریشن و شیکینگ بر روی قفسه سینه برای مشکلات تنفسی مثل آسم مفید بوده و گاهی در ترکیب با حرکات پرکاشن انجام می شوند (دنیس ویچلو براون، ۱۳۸۹).

اگر ماساژ پشت به روش لمسی به مدت حداقل ۶ دقیقه ادامه داشته باشد ، تحریک سیستم اعصاب خودکار سمپاتیک را کاهش می دهد. ماساژ طولانی مدت سبب کاهش تحریک سیستم عصبی سوماتیک و بهبود وضعیت روانی - عاطفی می شود (Fritz., 2004). در ماساژ پشت ابتدا از ماساژ سطحی و سپس از ماساژ عمقی استفاده می شود ولی با توجه به این که عضلات و بافت همبند در ناحیه ی پشت حجم زیادی ندارند ، بهتر است در ناحیه ی پشت از ماساژ سطحی استفاده شود (نهادندی نژاد، ۱۳۸۵).

جهت انجام ماساژ می توان از میزان کمی روغن استفاده کرد. روغن سبب کاهش اصطکاک بین پوست بیمار و درمانگر در حین ماساژ می شود. روغن در برابر هوا ، گرما و آفتاب خاصیت خود را از دست می دهد. بنابراین بایستی در مکان سرد و نسبتا تاریک نگه داری شود. از ریختن مستقیم روغن سرد روی پوست باید خودداری کرد. دست های فرد ماساژ دهنده قبل از ماساژ بایستی تمیز شود . روشنایی محیط بایستی کم باشد. معمولا از یک موسیقی ملایم در حین اجرای ماساژ استفاده می شود (Braun and Simonson., 2007). جهت اجرای ماساژ بهتر است دمای اتاق بین ۷۲ تا ۷۵ درجه فارنهایت باشد. اتاق مخصوص ماساژ باید به هوای تازه دسترسی داشته باشد. ۱۰ تا ۲۰ دقیقه برای ماساژ موضعی و ۳۰ تا ۴۵ دقیقه برای ماساژ عمومی باید در نظر گرفت. در تهیه وسایل ماساژ به یک تخت محکم که ارتفاع آن قابل تنظیم باشد نیاز است، به یک بالش که دارای سوراخی در وسط برای قرار گرفتن صورت و بینی داخل آن زمانی که بیمار در وضعیت دمر، می خوابد نیاز است. حوله های کوچک برای پاک کردن روغن

¹ Vibration

یا کرم اضافی از روی پوست و حوله های بزرگ برای پوشاندن قسمت هایی از بدن مورد نیاز است. قبل و بعد از ماساژ رعایت بهداشت فردی بی نهایت اهمیت دارد. ناخن های درمانگر برای اجتناب از هر گونه خراشیدگی و یا فرو رفتن آنها در بدن بایستی کوتاه باشند. در طول درمان صحبت باید به حداقل برسد. حواس درمانگر باید متوجه حالات غیر طبیعی در مددجو باشد و در حین انجام ماساژ نفس عمیق بکشد (نهامندی نژاد ، ۱۳۸۵).

ماساژ در جمعیت های خاص

- ماساژ در افراد مبتلا به اختلالات سایکولوژیک
- ماساژ در دوران بارداری

ماساژ در افراد مبتلا به اختلالات سایکولوژیک: نکته ی مهمی که هنگام کارکردن با افراد مبتلا به اختلالات سایکولوژیک وجود دارد این است که بایستی برای این افراد سعی شود از رویکردهایی استفاده کرد که به کمک آن بتوان سطح استرس عمومی را در این افراد کاهش داد. ماساژ از طریق اثراتی که بر ناقلین شیمیایی سیستم عصبی از قبیل سروتونین، دوپامین، اندروفین و نیز از طریق اثراتی که بر سیستم عصبی خود کار اعمال می کند، سبب بهبود وضعیت خلق می شود و در نتیجه می تواند یک روش حمایتی مناسب برای افراد مبتلا به اختلالات سایکولوژیک باشد (Fritz., 2004).

ماساژ در دوران بارداری: برای مادری که در انتظار تولد کودک خود به سر می برد ماساژ تاثیر شگفت انگیزی دارد و می تواند او را با تغییرات آرام بدنش بیشتر همراه کند. دست نوازشگر ماساژور ، هم به او احساس خوشایندی را منتقل می کند و هم جنینی را که در رحم او در حال رشد است ، تحت تاثیر قرار می دهد (طهوری و همکاران، ۱۳۹۱). به طور شگفت انگیزی ، ماساژورها در حین لمس پوست مادر، به طور همزمان جنین وی را نیز تحت تاثیر قرار می دهند. هر زمان که مادر باردار ماساژ داده می شود ، جنین نیز در داخل رحم از نظر جسمی و انرژی تحت تاثیر قرار می گیرد. در واقع در سرتاسر جهان از لمس جهت بهبود و ارتقاء تجربه ی زنان از بارداری و زایمان استفاده می شود. مطالعات مداوم از مزایای روانشناختی و فیزیولوژیکی ماساژ برای همه و خصوصاً در دوره ی باروری حمایت می کنند (استگر لسل، ۱۳۹۱).

از مزایای ماساژ در بارداری می توان به موارد زیر اشاره کرد :

- اثر بهبود وضعیت فیزیولوژیکی: ماساژ جریان خون عروق و پرفوزیون اکسیژن را بهبود می بخشد و همزمان سبب افزایش دفع مواد زاید سلولی و افزایش جریان لنفاتیک می گردد و در بارداری این مزیت سبب کاهش ادم غیر پاتولوژیک ، کاهش فشار خون و بر طرف شدن سردرد می شود. با بهتر شدن جریان خون به ویژه در عروق بزرگ ناحیه ی اینگوئینال ، ادم و اسپاسم عضلانی مرتبط با جریان خون ضعیف کاهش می یابد

- کاهش درد عضلانی- اسکلتی: ماساژ فشار ناشی از اضافه وزن بارداری را کم کرده و لذا سبب کاهش کشش عضلات و کمر درد می شود.
- وضعیت مادر : جلسات ماساژ درمانی فرصتی برای آموزش تصحیح وضعیت مادر هستند که خود سبب کم شدن شکایت های عضلانی – اسکلتی از قبیل سردرد ، کمر درد ، درد ناحیه گردن و شانه ها ، مشکلات پا و درد سیاتیک می شود.
- بهبود سلامت عاطفی مادر: نتایج مطالعات حاکی از این است که ماساژ سطح هورمون استرس ، افسردگی و اضطراب را کاهش می دهد و سطح هورمون سروتونین را بالا برده و لذا احساس خوب بودن را افزایش می دهد. این مزایا سبب بهتر شدن پیامد های جنینی در رحم می شود.
- افزایش سطح ایمنی و کاهش استرس داخل رحمی: ماساژ سبب کم کردن استرس و بهتر شدن عملکرد سیستم ایمنی می شود، کم شدن استرس مادر به معنای کاهش اثرات استرس بر جنین داخل رحم است
- افزایش انرژی: ماساژ می تواند برخی شکایات شایع بارداری از قبیل خستگی، استرس، بیخوابی را کم کرده و یا از بین ببرد که این موارد سبب افزایش انرژی مادر می شود.
- افزایش توانایی لمس دیگران : ماساژ یک نوع لمس درمانی است و لمس های التیام بخش توانایی زن را برای برقراری ارتباط با نوزادش افزایش می دهد (استگرلسلی، ۱۳۹۱)
- خستگی کمتر و تقویت سطوح انرژی
- سیستم های گردش خون یا لنفاوی تحریک شده
- رگ های واریس کوچک شده یا از بین رفته
- تعداد سردردها کاسته می شود و حرکات روده تنظیم می شود
- کشش در اندام های مختلف از بین می رود (دنيس ویچلو براون، ۱۳۸۹)
- اصلاح (بهبود الگوی خواب)
- کاهش درد کمر
- کاهش کرامپ ها و گرفتگی عضلات
- کاهش حساسیت سینه ها
- کاهش ادم فیزیولوژیک در بارداری (Stillerman., 2008)

قسمت اعظم زنان بارداری که برای دریافت ماساژ حین بارداری مراجعه می کنند ، سالم هستند. اگر چه بارداری به عنوان یک موقعیت فیزیولوژی در زندگی بسیاری از زنان در نظر گرفته می شود اما در تمام بارداری ها خطراتی نیز وجود دارد. ماساژورها باید از موارد احتیاط و موارد منع مصرف ماساژ در بارداری آگاه باشند، آنها بایستی آموزش های لازم را ببینند تا بتوانند بین وضعیت های نرمال و علائم

و وضعیت هایی که نیازمند ارجاع بیمار به مسئول ارایه دهنده ی مراقبت های دوران بارداری است آگاه باشند. در جدول شماره ۲ می توانید این علائم را مشاهده کنید (استگرلسلی، ۱۳۹۱).
 جدول شماره ۲ : علائمی که در صورت وجود بایستی فرد سریعا به مراکز بهداشتی درمانی ارجاع داده شود

علائمی که در صورت وجود بایستی فرد سریعا به مراکز بهداشتی درمانی ارجاع داده شود
درد نامشخص در ناحیه پا ادم حساسیت یا حرارت در ناحیه پا انقباضات رحمی خونریزی واژینال ریزش ناگهانی یا نشت مداوم مایع از واژن هر درد غیر قابل توجهی که شدید، ناگهانی، آزاردهنده یا نگران کننده باشد

سایر موارد منع مصرف ماساژ در بارداری به شرح زیر است (Stillerman., 2008) :

- داشتن سابقه ی ابتلا به بیماری هایی مزمن زمینه ای از قبیل دیابت، هایپرتانسیون، آسم، بیماری های قلبی، ریوی، کلیوی و ...
- وجود عوارضی از قبیل پره اگلامپسی، دیابت، هایپرتانسیون و ... در بارداری فعلی
- حاملگی های چندقلویی

بسیاری از ماساژورها از فرم استاندارد شرح حال در اولین ویزیت در مراجعین خود استفاده می کنند، به دلیل اینکه با پیشرفت بارداری ممکن است اختلالاتی در روند بارداری به وجود آید، گرفتن شرح حالی که کلیه موارد را پوشش دهد بسیار مهم است. به همان اندازه به روز آوردن شرح حال در هر ویزیت نیز بسیار مهم است چرا که ممکن است با پیشرفت بارداری موقعیتی پدید آید که نیازمند احتیاطات خاص در انجام کارهای بدنی است. شرح حال باید شامل سوال در مورد سن بارداری، تعداد بارداری، سابقه عوارض خاص در طی بارداری های قبل نظیر زایمان پره ترم، جدا شدن زودرس جفت و یا سابقه ی ترومبوزهای عمقی و خطرات بالقوه و شکایات فعلی باشد (استگرلسلی، ۱۳۹۱).

برای انجام ماساژ درمانی در بارداری بایستی به توصیه های زیر توجه کرد :

- ماساژی که برای زنان باردار انجام می شود بایستی به صورت عمومی و ژنرالیزه انجام شود مگر در صورت وجود عوارض خاص و یا در موقعیت های خاص
- در بارداری ماساژ نباید با قدرت زیاد، با فشار قوی و یا با کشش بیش از حد همراه باشد بلکه باید به صورت سطحی و با ضربات کاملا آرام انجام شود.
- از ماساژ قوزک داخلی پا در بارداری اجتناب کنید ، به این دلیل که در این ناحیه نقاط رفلکسی وجود دارد که ممکن است سبب تحریک انقباضات رحمی شود (yates., 2010)
- ماساژ شکم در بارداری ممنوع است مگر به صورت ضربات کاملا سطحی و آرام
- مادر را از نظر وجود تب ، ادم و ورید های واریسی در هر جلسه بررسی کنید (Fritz., 2004).
- ماساژ پستان در طی بارداری نرمال و کم خطر به رفع احتقان بیش از حد پستان ها کمک می کند اما در بارداری های پر خطر و در صورت خطر زایمان زودرس به دلیل اینکه خاصیت تحریک کننده گی رحم را دارد ممنوع است.
- استفاده از پتوهای الکتریکی و وسایل الکترومغناطیسی برای مادران باردار مضر است و استفاده از آنها در بارداری ممنوع است.
- استفاده از یک لیوان بزرگ آب بعد از هر ماساژ به دفع مواد زاید داخل سلولی که در طول ماساژ ترشح می شود، کمک می کند و احتمالا از کم آبی بدن نیز پیشگیری می کند که این به ویژه در دوران بارداری حایز اهمیت است. زیرا از دست دادن آب بدن می تواند منجر به تحریک زودرس رحم و شروع انقباضات شود
- مادران باردار را تشویق نمایید که حداقل ۲ ساعت پس از خوردن هر وعده غذا برای انجام ماساژ درمانی مراجعه کنند. سوزش سر دل یک شکایت شایع در اواخر بارداری است.
- به طور کلی زنان باردار معمولا احساس گرما می کنند که ناشی از تغییرات هورمونی ، افزایش وزن بدن و افزایش حجم خون است. در نظر داشته باشید که درجه حرارت محیط کار باید کمی خنک تر باشد
- زنان باردار اغلب به بوها حساسیت دارند . از روغن های عطری شدید استفاده نکنید. از عطر یا بخور بدون اطلاع مددجو استفاده نکنید، زیرا ابتدا او باید بتواند این رایحه را تحمل کند. بسیاری از روغن های اساسی در طی بارداری و دوران پس از زایمان منع استفاده ی مطلق دارند (استگرلسلی، ۱۳۹۱) اگرچه استفاده از اسانس هایی نظیر اسانس لیمو، پرتقال، بهار نارنج و اسطوخدوس در بارداری ایمن است (Stillerman., 2008)

ملاحظات ویژه ی ماساژ در هر یک از سه ماهه های بارداری

سه ماهه ی اول

در این سن از حاملگی ماساژهای آرام بخش اغلب نسبت به لمس های عمیق مناسب تر هستند. خطر سقط در این سه ماهه بالا است، بنابراین باید از ماساژ عمیق شکم در این سن از بارداری اجتناب شود و در هر جلسه وضعیت سلامت مادر مورد بررسی قرار بگیرد (استگرلسلی، ۱۳۹۱). به طور کلی در این سن از حاملگی زنان می توانند با توجه به میل خود در وضعیت خوابیده به پشت و یا خوابیده روی شکم قرار بگیرند، در غیر این صورت وضعیت نیمه نشسته و یا خوابیده به پهلو را مد نظر قرار دهید، به ویژه اگر تندرست در ناحیه ی پستانها و یا حالت تهوع وجود داشته باشد. به طور کلی از نظر نوع پوزیشن هیچ نگرانی در سه ماهه ی اول حاملگی وجود ندارد (yates., 2010).

سه ماهه ی دوم حاملگی

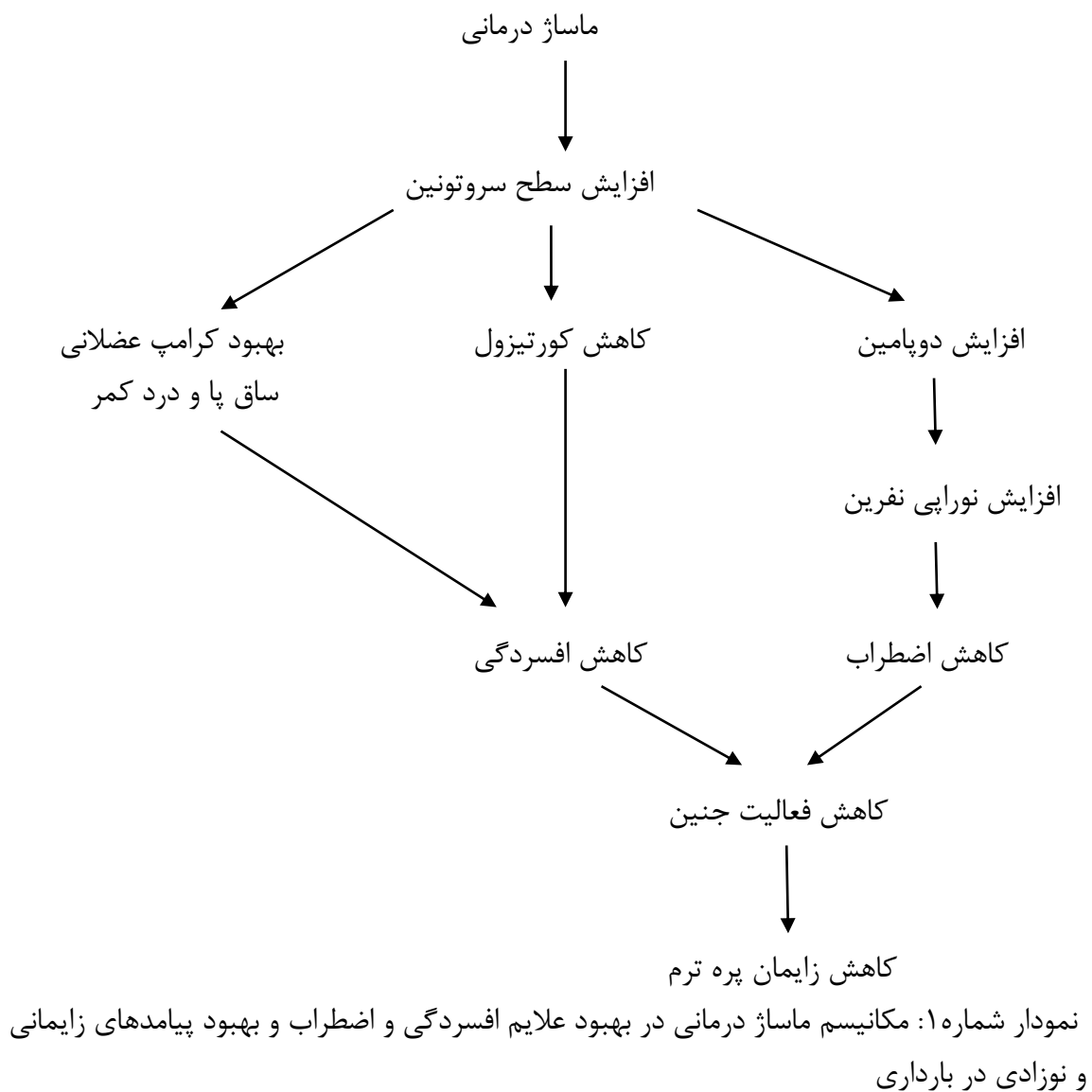
در سه ماهه ی دوم با رشد بیشتر جنین، شکم بیشتر ظاهر می شود. در این زمان از حاملگی تا حدود زیادی خطر سقط پشت سر گذاشته شده است. بعد از هفته ی ۲۲ بارداری، استفاده از وضعیت خوابیده به پشت فقط در صورت نیاز آن هم فقط برای مدت کوتاهی قابل استفاده است (استگرلسلی، ۱۳۹۱). در این سن از حاملگی از وضعیت خوابیده به پهلو و یا نیمه نشسته می توان استفاده کرد (Stillerman., 2008). وضعیت قرارگیری مادر باردار بایستی به گونه ای حفظ شود که سر وی در راستای ستون فقراتش قرار بگیرد، به منظور راحتی بیشتر مادر باردار می توان از بالشک های حمایتی زیر شانه ها و بازوها و یا بین دو زانو استفاده کرد. در این سن از حاملگی نیز باید از اعمال ضربات عمیق به شکم جلو گیری شود (Fritz., 2004).

سه ماهه ی سوم حاملگی

در این سن از حاملگی با قریب الوقوع شدن زایمان، میزان شکایات شایع بارداری افزایش پیدا می کند، بنابراین این زمان از حاملگی بهترین زمان برای دریافت ماساژ است و در واقع اغلب زنان باردار در این سن از حاملگی جهت دریافت ماساژ مراجعه می کنند (استگرلسلی، ۱۳۹۱). در این ترمیستر باید مادران باردار تنها در وضعیت خوابیده به پهلو و یا نیمه نشسته قرار بگیرند (yates., 2010). در این زمان از حاملگی ماساژ سبب آرامش و راحتی بیشتر می شود و به بهبود جریان خون نیز کمک می کند. انجام ماساژ عمومی و کلی در این سن از حاملگی به مادران باردار کمک می کند تا احساس راحتی بیشتری داشته باشند و به بهبود وضعیت خواب آنها نیز کمک می کند (Fritz., 2004).

نتایج مطالعات متعددی نشان می دهند که ماساژ درمانی در بارداری سبب بهبود علائم افسردگی، اضطراب و همچنین بهبود تعدادی از پیامدهای پری ناتال می شود. مکانیسم دقیق ماساژ درمانی در بهبود

علایم افسردگی و پیامدهای پری ناتال هنوز دقیقاً مشخص نیست. تصور می شود که مکانیسم ماساژ درمانی در بهبود علایم افسردگی و پیامدهای پری ناتال از طریق افزایش سطح سروتونین و دوپامین و کاهش سطح کورتیزول است، در واقع افزایش سطح سروتونین به دنبال ماساژ درمانی سبب بهبود علایم افسردگی و کاهش سطح کورتیزول می شود (Field et al., 2005)، به دنبال بهبود علایم افسردگی از یک سو و کاهش سطح کورتیزول از سوی دیگر میزان بروز زایمان پره ترم کاهش پیدا می کند، افزایش سطح سروتونین و کاهش سطح کورتیزول سبب بهبود پیامدهای نوزادی نیز می شود، افزایش سطح سروتونین از طریق کاهش سطح ماده پی و سایر مواد شیمیایی ایجاد کننده ی درد سبب بهبود کرامپ های عضلانی ساق پا و درد کمر در دوران بارداری می شود، از سوی دیگر به دنبال ماساژ درمانی سطح دوپامین افزایش پیدا می کند، افزایش سطح دوپامین سبب کاهش سطح نوراپی نفرین و بهبود علایم اضطراب می شود. در نهایت باید گفت که ماساژ درمانی از طریق کاهش سطح هورمون های مرتبط با استرس از قبیل کورتیزول و افزایش سطح سروتونین و دوپامین سبب بهبود علایم افسردگی و اضطراب و پیامدهای زایمانی و نوزادی می شود. نمودار شماره یک به طور خلاصه مکانیسم ماساژ درمانی در بهبود علایم افسردگی و اضطراب و بهبود پیامدهای زایمانی و نوزادی نشان می دهد (Field et al., 2007).



مروری بر متون

با توجه به اهمیت افسردگی دوران بارداری و تبعات ناشی از آن و استفاده از ماساژ درمانی به عنوان یک راهکار مناسب در این راستا، مطالعاتی در این زمینه صورت گرفته است. بر اساس مرور مطالعاتی که با کلید واژه های تحقیق از پایگاه های داده ای و بانک های اطلاعاتی Science Direct, Pubmed, SID, Google Scholar و Magiran توسط پژوهشگر صورت گرفته است تحقیقات مربوط از بین مقالات، که از نظر ماهیت و محتوا به لحاظ موضوعی با تحقیق حاضر مرتبط بوده، انتخاب شده اند که به ترتیب نزدیکی به زمان ۱۰ تحقیق مرتبط تر در ذیل ذکر می گردد:

۱. Feild و همکاران به منظور بررسی اثرات ماساژ در مانی و یوگا بر نشانه های روانی و پیامد های نوزادی در زنان باردار افسره پژوهشی در سال ۲۰۱۲ انجام دادند. نمونه ها متشکل از ۸۴ زن باردار افسرده بود که به صورت تصادفی در سه گروه ماساژ، یوگا و گروه کنترل قرار گرفتند. معیار های ورود به پژوهش شامل: (۱) دارا بودن سن بیشتر از ۱۸ سال (۲) حاملگی تک قلو (۳) حاملگی بدون عارضه (۴) تشخیص ابتلا به افسردگی بر اساس معیارهای DSM-IV-TR از طریق مصاحبه ی بالینی ساختار یافته بود. معیار های خروج نیز شامل (۱) ابتلا به بیماری های طبی از قبیل دیابت و ایدز (۲) داشتن سن ۴۰ سال یا بیشتر (۳) ابتلا به سایر اختلالات روانپزشکی از قبیل اختلال دوقطبی (۴) و مصرف همزمان داروهای ضد افسردگی بود. جلسات ماساژ درمانی و یوگا در هفته ۲۰ حاملگی شروع و تا هفته ی ۳۲ حاملگی تداوم می یافت. جلسات مداخله توسط افراد آموزش دیده انجام می شد و این جلسات دو بار در هفته انجام می شد و هر بار به مدت ۲۰ دقیقه به طول می انجامید. در گروه ماساژ درمانی مداخله شامل ماساژ کل بدن می شد که در وضعیت خوابیده به پهلو انجام می شد. نمونه های پرسشنامه شامل ۴ ابزار استاندارد افسردگی (CESD)، اضطراب (STAI^۱)، خشم (STAXI^۲) و پرسشنامه ی وضعیت ارتباط با همسر بود که قبل و بعد از اتمام کلیه ی جلسات مداخله توسط نمونه های پژوهش در دو گروه تکمیل می شد. همچنین جهت بررسی اثر مداخلات درمانی بر بر پیامد های نوزادی، وزن و سن هنگام تولد نوزادان نمونه های پژوهش در دو گروه مورد بررسی قرار می گرفت. در این پژوهش از آزمون آماری ANOVA برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شده است. نتایج این مطالعه نشان داد که دو گروه از نظر یافته های دموگرافیک با یکدیگر تفاوت معنی داری نداشتند و مقایسه ی نمرات قبل و بعد از مداخلات درمانی نشان داد که در هر دو گروه مداخله (ماساژ درمانی و یوگا) در مقایسه با گروه کنترل نمرات افسردگی و اضطراب و وضعیت ارتباط با همسر بهبود معنی داری یافته بود. همچنین در هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل میانگین وزن و سن هنگام تولد بیشتر بود. نتایج نهایی این مطالعه حاکی از این است که هم یوگا و هم ماساژ درمانی مداخلاتی موثر جهت بهبود وضعیت روانی و پیامد های نوزادی مادران باردار

¹State anxiety inventory

²State anger inventory

افسرده هستند. محقق از این مطالعه جهت تنظیم بیان مساله، معیار های ورود و خروج و تعیین بخشی از روش کار استفاده کرده است.

۲. Albert و همکاران به منظور بررسی اثرات ماساژ درمانی بر علائم افسردگی، اضطراب، درد، شاخص های فیزیولوژیک و طول مدت بستری در بیمارانی که به تازگی تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، پژوهشی در سال ۲۰۰۹ انجام دادند. در این پژوهش نمونه ها متشکل از ۲۵۲ فرد بزرگسالی بود که به تازگی تحت عمل جراحی باز قلب قرار گرفته بودند و به طور تصادفی در دو گروه مراقبت های معمولی پس از عمل (۱۲۶ نفر) و گروه مراقبت های معمولی پس از عمل و ماساژ درمانی (۱۲۶ نفر) قرار گرفته بودند. معیار های ورود به مطالعه شامل: (۱) انجام عمل جراحی باز قلب و یا انجام اعمال جراحی و یا جایگزینی بر روی دریچه های قلب و یا بای پس عروق کرونر (۲) دارا بودن سن ۱۸-۸۵ سال (۳) داشتن هوشیاری ذهنی و آگاهی نسبت به زمان و مکان (۴) داشتن توانایی صحبت کردن به زبان انگلیسی و معیارهای خروج شامل: (۱) داشتن نقایص شناختی یا ابتلا به بیماری های ذهنی از قبیل توهم و هذیان (۲) اختلال در عملکرد سیستمی بطن چپ. در گروه ماساژ درمانی مداخله شامل ۲ جلسه ماساژ به روش افلوراژ^۱ بود که توسط پرستار آموزش دیده و در روزهای ۲ یا ۳ و ۴ یا ۵ بعد از عمل جراحی قلب و در بیمارستان انجام می شد. هر جلسه ماساژ درمانی ۳۰ دقیقه به طول می انجامید و ماساژ در نواحی ساقها (هر ساق پا به مدت ۵ دقیقه) و بازوها (هر بازو به مدت ۵ دقیقه) و پشت (به مدت ۱۰ دقیقه) انجام می شد. پرسشنامه ها شامل ۲ ابزار استاندارد اضطراب بک (BAI) و افسردگی بک (BDI) بود که قبل و بلافاصله پس از مداخله توسط نمونه های پژوهش در دو گروه تکمیل می شد. در این پژوهش به منظور بررسی تاثیر مداخله بر شاخصهای فیزیولوژیک، تعداد ضربان قلب و میزان فشار خون توسط پرستار آموزش دیده و از طریق تجهیزات استاندارد خودکار اندازه گیری می شد، همچنین به منظور بررسی تاثیر مداخله بر میزان درد پس از عمل جراحی از مقیاس بصری سنجش درد استفاده شده است. مقایسه نمرات قبل و بعد از مداخله در این پژوهش نشان داد که در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل نمرات افسردگی، اضطراب و درد کاهش یافته بود ولی این کاهش از نظر آماری معنی دار نبود ($P=0/11-0/94$) همچنین نتایج این مطالعه نشان می دهد که در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل میزان فشار خون به طور معنی داری بهبود یافته بود ($P=0/01$) در حالی که از نظر تعداد ضربان قلب ($P=0/6$) و طول مدت بستری در بیمارستان ($P=0/4$) تفاوت آماری معنی داری در دو گروه وجود نداشت. پژوهشگر از این پژوهش جهت تنظیم بیان مساله، بحث و تعیین بخشی از روش کار استفاده نموده است.

۳. در تحقیقی که Field و همکاران در سال ۲۰۰۹ تحت عنوان " ماساژ درمانی در بارداری میزان زایمان پره ترم، وزن کم هنگام تولد و افسردگی پس از زایمان را کاهش می دهد" انجام داده بودند

¹ Effleurage

اهداف شامل ۱- بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر پیامدهای باردادی شامل: افسردگی، اضطراب، خشم، اختلال خواب و درد کمر ۲- بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر افسردگی پس از زایمان ۳- بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر پیامد های نوزادی شامل: سن هنگام تولد، وزن هنگام تولد، میزان کورتیزول بزاق و شاخص های تکامل رفتار نوزاد بود. این پژوهش یک کارآزمایی بالینی کنترل شده ی تصادفی می باشد و نمونه ها متشکل از ۱۴۹ مادر باردار مبتلا به افسردگی بود که به طور تصادفی در یکی از دو گروه ماساژ درمانی (۸۸ نفر) و گروه مراقبت های استاندارد (۶۱ نفر) قرار گرفته بودند. معیار های ورود شامل ۱- سن حاملگی ۱۶-۲۰ هفته ۲ بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی و یا سونوگرافی زیر ۲۰ هفته در کسانی که تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خود را نمی دانند ۲- دارا بودن سن ۱۸-۳۰ سال ۳- حاملگی تک قلو ۴- حاملگی بدون عارضه ۵- تشخیص ابتلا به افسردگی ماژور در طول بارداری از طریق مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته (SCID^۱) و ۶- زندگی با همسر بود. معیار های خروج شامل: ۱- مثبت بودن نتیجه ی آزمایش HIV^۲ و یا ابتلا به هر نوع بیماری عفونی دیگر ۲- وجود اختلالات هایپر تانسیون در حاملگی فعلی ۳- سابقه ی هر گونه عارضه ی طبی یا مامایی از قبیل دیابت حاملگی، حاملگی خارج رحمی، آنمی، جفت سرراهی، دکلمان جفت یا پره اگلامپسی در حاملگی های قبلی ۴- ابتلا به اختلالات متابولیک یا خوردن از قبیل بی اشتها ی عصبی یا پر خوری عصبی ۵- استفاده از روشهای ماساژ درمانی یا آرام سازی در طول جلسات مداخله و ۶- استعمال دخانیات یا سوء مصرف مواد مخدر. مداخله شامل ماساژ سر، گردن، پشت، بازوها، دستها، ساق ها و پاها بود که به مدت ۱۲ هفته (از هفته ی ۲۰-۳۲) و هر هفته به مدت ۲ روز و هر بار به مدت ۲۰ دقیقه انجام می شد. پس از آموزش یکی از اعضای خانواده بیمار به عنوان همراه مادران باردار توسط ماساژ درمانگر آموزش دیده و ارایه DVD آموزشی به این افراد، ماساژ توسط همراه مادران باردار و در منزل انجام می شد. برای ارزیابی پیامدهای بارداری، ۵ ابزار استاندارد افسردگی (CES-D)، اضطراب (STAI)، خشم (STAXI)، مقیاس بصری سنجش اختلال خواب (Sleep Disturbance Scale) و مقیاس بصری سنجش درد (VITAS)، جهت سنجش میزان درد کمر قبل و بعد از اتمام جلسات مداخله توسط نمونه های پژوهش در دو گروه تکمیل می شدند. جهت بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر افسردگی پس از زایمان، پرسشنامه ی استاندارد افسردگی (CES-D) طی ۲ روز اول پس از زایمان توسط نمونه های پژوهش در دو گروه تکمیل می شد. برای ارزیابی پیامد های نوزادی طی ۲ روز اول بعد از تولد سن و وزن هنگام تولد در نوزادان نمونه های پژوهش محاسبه می شد، همچنین در همین زمان نمونه ی کورتیزول بزاق نوزاد گرفته می شد و آزمون عصبی- رفتاری برازلتون (BNBAS^۳) که آزمونی جهت بررسی شاخص های تکاملی نوزاد است تکمیل می شد.

¹ Structured clinical interview

² Human immunodeficiency virus

³ Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات افسردگی در دوران بارداری ($P=0/007$) و پس از زایمان ($P=0/01$) و همچنین میانگین نمرات درد کمر در گروه ماساژ درمانی بهبود معنی داری یافته بود در حالی که این تغییرات برای اضطراب، خشم و اختلال خواب در گروه ماساژ درمانی معنی دار نبود. در مورد پیامد های نوزادی نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین سن هنگام تولد در گروه ماساژ درمانی بیشتر بود در حالی که میانگین وزن هنگام تولد در دو گروه یکسان بود همچنین میزان زایمان پره ترم و وزن کم هنگام تولد در گروه ماساژ درمانی در مقایسه با گروه مرقبت های استاندارد کمتر بود. میانگین نمرات آزمون عصبی - رفتاری برازلتون در نوزادان گروه ماساژ درمانی بیشتر بود. علاوه بر این سطح کورتیزول بزاق نوزادان در گروه ماساژ درمانی مقادیر کمتری را نشان می داد. از این مطالعه جهت تنظیم بیان مساله و تعیین معیارهای ورود و خروج استفاده شده است.

۴. Feild و همکاران به منظور بررسی تاثیر ماساژ درمانی توسط همسران مادران باردار افسرده بر نشانه های روانی آنها و نیز بهبود روابط بین زوجین پژوهشی تحت عنوان "ماساژ درمانی سبب کاهش درد زنان باردار، کاهش افسردگی زوجین و بهبود روابط بین آنها می شود" در سال ۲۰۰۸ انجام دادند. نمونه ها متشکل از ۴۷ زن باردار مبتلا به افسردگی به همراه همسران این افراد بود که به صورت تصادفی در دو گروه ماساژ درمانی و گروه کنترل قرار گرفته بودند. در این پژوهش از مصاحبه ی نیمه ساختار یافته ی بالینی (SCID) برای تشخیص افسردگی در مادران باردار استفاده شده است. معیار های خروج شامل: ۱- سن کمتر از ۱۸ سال ۲- حاملگی چند قلوپی ۳- وجود هرگونه عارضه ی طبی یا مامایی در حاملگی فعلی. ماساژ درمانی توسط ماساژ درمانگر آموزش دیده به همسران مادران باردار آموزش داده می شد و از آنها خواسته می شد تا این مداخله را به مدت ۱۶ هفته، هر هفته به مدت ۲ روز و هر روز به مدت ۲۰ دقیقه انجام دهند. مداخله شامل ماساژ کل بدن می شد. پرسشنامه ها حاوی ۴ ابزار استاندارد افسردگی (CES-D)، اضطراب (STAI)، خشم (STAXI) و پرسشنامه ی بررسی وضعیت ارتباط زوجین بود که قبل و بعد از جلسات ماساژ درمانی توسط هر یک از زوجین به صورت جداگانه تکمیل می شد. همچنین جهت بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر درد کمر و ساق پا، مقیاس بصری سنجش درد (VITAS) قبل و بعد از جلسات ماساژ درمانی در اختیار مادران باردار قرار داده می شد. نتایج این مطالعه نشان داد که در زنان گروه ماساژ درمانی در مقایسه با زنان گروه کنترل میانگین نمرات درد کمر و ساق پا، افسردگی ($p=0/001$)، اضطراب و خشم کاهش معنی دار یافته بود همچنین میانگین نمرات ارتباط با همسر در این گروه بهبود معنی دار یافته بود. در همسران گروه ماساژ درمانی در مقایسه با همسران گروه کنترل میانگین نمرات افسردگی ($p=0/05$) و اضطراب کاهش معنی دار یافته بود و میانگین نمرات ارتباط با همسر نیز در این گروه بهبود معنی دار پیدا کرده بود. از این پژوهش جهت تعیین معیارهای ورود و خروج و تنظیم بخشی از روش کار استفاده شده است.

۵. Field و همکاران به منظور بررسی اثرات ماساژ درمانی و آرام سازی بر مادران باردار مبتلا به افسردگی پژوهشی در سال ۲۰۰۴ انجام دادند. نمونه ها شامل ۸۴ مادر باردار مبتلا به افسردگی بود که در هنگام ورود به پژوهش دارای سن حاملگی ۱۸-۲۴ هفته بودند. این افراد به صورت تصادفی در سه گروه ماساژ درمانی (۲۸ نفر)، آرام سازی (۲۸ نفر)، و گروه کنترل (۲۸ نفر) قرار گرفته بودند. همچنین یک گروه ۲۸ نفره، متشکل از افراد غیر افسرده جهت مقایسه ی نتایج گروه ها با هم در نظر گرفته شد. زمان شروع جلسات ماساژ درمانی از سه ماهه ی دوم حاملگی بود. ماساژ درمانی توسط ماساژ درمانگر آموزش دیده به فردی که به عنوان همراه مادر باردار در نظر گرفته می شد، آموزش داده می شد و از وی خواسته می شد تا جلسات ماساژ درمانی را به مدت ۱۶ هفته (هر هفته به مدت ۲ روز و هر روز به مدت ۲۰ دقیقه) انجام دهد. در گروه آرام سازی مداخله شامل آرام سازی پیشرونده ی عضلانی بود که توسط پژوهشگر به نمونه های پژوهش آموزش داده می شد و از آنها خواسته می شد تا این مداخله را به مدت ۱۶ هفته (هر هفته به مدت ۲ روز و هر روز به مدت ۲۰ دقیقه) انجام دهند. جهت بررسی اثرات فوری مداخلات درمانی بر اضطراب، افسردگی و درد کمر و ساق پا پرسشنامه ی استاندارد اضطراب (STAI)، خرده مقیاس افسردگی از مقیاس نیمرخ وضعیت خلق و خو (POMS) و مقیاس بصری سنجش درد (VITAS) قبل و بعد از اولین و آخرین جلسات درمانی توسط نمونه های پژوهش تکمیل می شد. جهت بررسی اثرات طولانی مدت تر مداخلات درمانی، در اولین و آخرین روز درمان، مقیاس افسردگی CES-D (که بیان کننده ی احساس فرد در طی یک هفته ی گذشته است) توسط واحد های پژوهش تکمیل می شد، نمونه ی ادرار جهت بررسی از نظر میزان کورتیزول، کاتکول آمین و سروتونین جمع آوری می شد، و میزان فعالیت جنین (که به طور قابل توجهی در مادران مبتلا به افسردگی افزایش می یابد) به وسیله ی سونوگرافی *real time* بررسی می شد. همچنین جهت بررسی تاثیر مداخلات درمانی بر عوارض زایمانی و پیامد های پری ناتال نوزادی دو پرسشنامه ی استاندارد عوارض زایمانی (OCS^۱) و پیامد های پری ناتال نوزادی (PNF^۲)، بعد از زایمان برای هر یک از واحدهای پژوهش تکمیل می شد. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات افسردگی (بر اساس هر دو مقیاس سنجش افسردگی CES-D و POMS^۳) و اضطراب در گروه ماساژ درمانی در مقایسه با سایر گروه ها بهبود بیشتری یافته بود. میانگین نمره ی درد پشت و ساق پا در گروه ماساژ درمانی در هر دو جلسه ی اول و آخر ماساژ درمانی کاهش معنی داری یافته بود در حالی که در گروه آرام سازی فقط در اولین جلسه ی مداخله این کاهش معنی دار بود. نتایج آنالیز نمونه های ادرار نشان داد که فقط در گروه ماساژ درمانی بعد از اتمام جلسات مداخله، سطح هورمون های سروتونین و دوپامین افزایش و کورتیزول و نوراپی نفرین کاهش

¹ Obstetric Complications scale

² Post natal factor

³ Profile of mood-scale

یافته بود. میزان فعالیت جنین در همه ی گروه ها کاهش یافته بود ولی این کاهش در گروه ماساژ درمانی بیشتر مشهود بود. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که عوارض زایمانی در گروه ماساژ درمانی و عوارض پس از زایمان در هر دو گروه ماساژ درمانی و آرام سازی بهبود معنی دار یافته بود. پژوهشگر از این مطالعه جهت تنظیم بیان مساله و تنظیم بخشی از روش کار استفاده کرده است. بدین صورت که قرار است محقق در پژوهش خود همانند این مطالعه ، اثرات طولانی مدت ماساژ بر علایم افسردگی را مورد بررسی قرار دهد با این تفاوت که در این مطالعه از ابزار CES-D برای سنجش اثرات طولانی مدت ماساژ استفاده شده است در حالی که پژوهشگر قصد دارد در پژوهش خود از مقیاس افسردگی بک برای سنجش اثرات طولانی مدت ماساژ استفاده کند.

۶. Masimura و همکاران به منظور تاثیر رایحه درمانی توام با ماساژ بر نشانه های روانی پس از زایمان پژوهشی نیمه تجربی در شهر توکیو کشور ژاپن در سال ۲۰۰۲-۲۰۰۴ انجام دادند نمونه ها متشکل از ۳۶ زن نخست زا بودند که در گروه مداخله (۱۶ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل سن ۲۰-۴۰ سال، متاهل بودن، عدم داشتن سابقه ی بیماری خاص، نژاد ژاپنی، سن حاملگی کامل و تولد نوزاد سالم بود. مداخله شامل ماساژ کامل بدن با روغن های اسطوخدوس و نارنج بود که در طی یک جلسه ی ۳۰ دقیقه ای در روز ۲ پس از زایمان توسط پژوهشگر و ۴ پرستار ماما انجام شد. نمونه های پرسش نامه شامل ۴ ابزار استاندارد غم پس از زایمان^۱ BMS، بررسی خلق و خو POMS، ابزار اضطراب STAI، ابزار سنجش احساس مادر نسبت به نوزاد قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. یافته های مطالعه نشان داد که دو گروه از نظر یافته های دموگرافیک تفاوت معنی داری نداشتند در مقایسه ی قبل و بعد از مداخله، میانگین نمره ی اضطراب ، نمره ی غم مادران و افسردگی کاهش معنی داری یافته بود، میانگین نمره ی برقراری ارتباط با نوزاد و ۳ بخش از ۴ بخش نمره ی خلق و خو افزایش معنی داری یافته بود. نتیجه ی نهایی این مطالعه حاکی از آن بود که رایحه درمانی توام با ماساژ درمانی می تواند یک مداخله ی موثر در جهت بهبود وضعیت جسمی و روانی مادر باشد. محقق از این مطالعه جهت تنظیم بیان مساله استفاده کرده است.

۷. Feild و همکاران به منظور بررسی اثرات ماساژ درمانی و آرام سازی بر نشانه های روانی، جسمانی و پیامد های زایمانی و نوزادی مادران پژوهشی در سال ۱۹۹۹ انجام دادند. نمونه ها متشکل از ۲۶ مادر باردار بود که در هنگام ورود به پژوهش دارای سن حاملگی ۱۴-۳۰ هفته بودند این افراد به صورت تصادفی در دو گروه ماساژ درمانی و آرام سازی قرار گرفتند. جلسات مداخله از سه ماهه ی دوم شروع می شد. در گروه ماساژ درمانی مداخله شامل ماساژ کل بدن بوده که توسط ماساژ درمانگر آموزش دیده و به مدت ۵ هفته (هر هفته به مدت ۲ روز و هر روز به مدت ۲۰ دقیقه) انجام می شد. در گروه آرام سازی

¹ Blue maternal scale

مداخله شامل آرام سازی پیشرونده ی عضلانی بود که توسط پژوهشگر به نمونه های پژوهش آموزش داده می شد و از آنها خواسته می شد تا این مداخله را به مدت ۵ هفته (۲ بار در هفته و هر بار به مدت ۲۰ دقیقه) انجام دهند. جهت بررسی اثرات فوری مداخلات درمانی بر افسردگی، اضطراب، درد کمر و ساق پا، پرسشنامه اضطراب (STAI) و خرده مقیاس افسردگی از از نیمرخ وضعیت خلق و خو (POMS) و مقیاس بصری سنجش درد VITAS قبل و بلافاصله پس از اولین و آخرین جلسات مداخله توسط نمونه های پژوهش در دو گروه تکمیل می شد. جهت بررسی اثرات طولانی مدت تر مداخلات درمانی مقیاس افسردگی CESD و مقیاس خواب Sleep scale و مقیاس دلبستگی مادر و جنین قبل و بعد از اتمام کلیه جلسات مداخله توسط نمونه های پژوهش در دو گروه تکمیل می شد، همچنین جهت بررسی اثرات مداخلات درمانی بر سطح هورمون های مرتبط با استرس (از قبیل دوپامین و نور اپی نفرین) موجود در ادرار، نمونه ی ادرار واحد های پژوهش در هر دو گروه قبل و بلافاصله پس از اتمام کلیه ی کلیه جلسات مداخله جمع آوری شده است. در زمینه ی اثرات فوری مداخلات درمانی (مقایسه نمرات قبل و بلافاصله پس از اولین و آخرین جلسات مداخله) نتایج این مطالعه نشان داد که هم ماساژ درمانی و هم آرام سازی سبب بهبود فوری اضطراب بلافاصله بعد از اولین و آخرین جلسات مداخله شده بودند. بهبود فوری علائم افسردگی بلافاصله بعد از اولین و آخرین جلسات مداخله ، فقط در گروه ماساژ درمانی دیده شده بود و در گروه آرام سازی بهبود فوری این علامت فقط بلافاصله پس از اولین جلسه ی مداخله دیده شده بود. هر دو مداخله سبب بهبود فوری درد ساق پا در طی جلسات اول و آخر مداخله شده بودند. همچنین ماساژ درمانی سبب بهبود فوری درد کمر در طی جلسات اول و آخر مداخله شده بود. در زمینه ی اثرات طولانی مدت مداخلات درمانی (مقایسه نمرات قبل و پس از اتمام کلیه جلسات مداخله) نتایج این پژوهش نشان داد که هیچ از یک از مداخلات درمانی سبب بهبود طولانی مدت علائم افسردگی در طی جلسات مداخله نشده بودند ولی ماساژ درمانی سبب بهبود اختلال خواب و افزایش میزان دلبستگی مادر و جنین در طول جلسات مداخله شده بود. نتایج آنالیز نمونه های ادرار نشان داد که در گروه ماساژ درمانی سطح نوراپی نفرین موجود در ادرار کاهش و سطح دوپامین آن افزایش یافته بود در حالی که در گروه آرام سازی فقط سطح دوپامین ادرار افزایش یافته بود. هر دو مداخله سبب بهبود پیامد های نوزادی و زایمانی در دوران پری ناتال شده بود. محقق از این پژوهش جهت تنظیم بیان مساله و تعیین بخشی از روش کار استفاده کرده است.

۸. Feild و همکاران به منظور بررسی تاثیر ماساژ بر میزان درد لیبر پژوهشی نیمه تجربی در سال ۱۹۹۷ انجام دادند. در این پژوهش نمونه ها متشکل از ۲۸ مادر باردار بود که به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. مداخله شامل ماساژ سر، شانه ها، پشت، دست ها و پاها بود که توسط همسران واحدهای پژوهش و در طول لیبر انجام می شد. در این پژوهش توالی جلسات ماساژ بدین صورت بود که

ابتدا ماساژ در دیلاتاسیون ۳-۵ سانتی متر انجام می شد و سپس در صورت تداوم لیبر ماساژ هر ۱ ساعت تا حداکثر ۵ ساعت تکرار می شد. لازم به ذکر است که در این پژوهش در گروه کنترل نیز همسران واحدهای پژوهش در کنار آنها حضور داشتند ولی هیچ مداخله خاصی توسط آنها در طول لیبر انجام نمی شد. در این پژوهش به منظور بررسی تاثیر مداخله بر علائم افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان به ترتیب از پرسشنامه ی نیمرخ وضعیت خلق و خو (POMS) و مقیاس افسردگی CESD استفاده شده است، همچنین به منظور بررسی تاثیر مداخله بر میزان درد لیبر از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت استفاده شده است. در نهایت اینکه در این پژوهش طول مدت لیبر، طول مدت بستری در بیمارستان و پیامدهای نوزادی شامل سن هنگام تولد، وزن هنگام تولد، اندازه دور سر و قد در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفته است. نتایج این پژوهش نشان داد که ماساژ موجب کاهش علائم افسردگی و میزان درد در طول لیبر شده بود. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که در گروه ماساژ در مقایسه با گروه کنترل میانگین طول مدت لیبر، طول مدت بستری در بیمارستان و میزان علائم افسردگی در دوره پس از زایمان به طور معنی داری کاهش یافته بود. پژوهشگر از این پژوهش جهت تعیین بخشی از روش کار استفاده کرده است.

۹. *Platania* و همکاران به منظور بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر نشانه های روانی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی یا اختلالات سازگاری پژوهشی در سال ۱۹۹۲ انجام دادند. نمونه ها متشکل از ۷۲ کودک و نوجوان مبتلا به اختلالات افسردگی یا سازگاری بود که به صورت تصادفی در دو گروه ماساژ (متشکل از ۲۶ فرد مبتلا به اختلال افسردگی و ۲۶ فرد مبتلا به اختلال سازگاری) و گروه آرام سازی (متشکل از ۱۰ فرد مبتلا به اختلال سازگاری و ۱۰ فرد مبتلا به اختلال افسردگی) قرار گرفتند. در این مطالعه جهت تشخیص اختلالات افسردگی یا سازگاری از مصاحبه ی بالینی بر اساس معیار های DSM-III-R استفاده شده است. در گروه ماساژ درمانی، مداخله شامل ۵ جلسه ماساژ پشت به روش ضربه ای (استروکینگ) بود که به مدت ۳۰ دقیقه و توسط فرد آموزش دیده انجام می شد. در گروه آرام سازی نیز مداخله به مدت ۵ جلسه، هر جلسه به مدت ۳۰ دقیقه و از طریق مشاهده ی فیلم آموزشی انجام می شد. در این مطالعه جهت بررسی اثرات ماساژ بر علائم افسردگی، خرده مقیاس افسردگی از مقیاس نیمرخ وضعیت خلق و خو (POMS) ۳۰ دقیقه قبل و بلافاصله پس از اولین و آخرین جلسات مداخله توسط نمونه های پژوهش در دو گروه تکمیل می شد. نتایج این مطالعه نشان داد که ماساژ موجب بهبود کوتاه مدت علائم افسردگی در اولین روز مداخله و همچنین بهبود طولانی مدت علائم افسردگی در طول جلسات مداخله می شود ($p=0/001$) از این مطالعه جهت تنظیم تعداد جلسات مداخله، تعیین نوع ماساژ و شیوه ی انجام آن استفاده شده است.

۱۰. در پژوهشی که وفامند و همکاران به منظور بررسی تاثیر ماساژ بر علائم افسردگی و اضطراب زنان معتاد زندان مرکزی در اصفهان انجام داده بودند نمونه های پژوهش متشکل از ۳۰ نفر از زنان معتاد زندان

مرکزی اصفهان بودند که به طور تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. نمونه های پژوهش در گروه مداخله به مدت ۸ هفته (۳ بار در هفته) و هر جلسه به مدت ۳۰ دقیقه ماساژ سوئدی با روغن خنثی دریافت می کردند. ماساژ در ناحیه پشت، شانه ها و پاها، در وضعیت خوابیده به پهلو و به ترتیب به صورت نوازشی، فشاری، مالشی، ضربه ای و لرزشی و توسط ماساژ درمانگر آموزش دیده شده انجام می شد. در این پژوهش در ابتدا و پایان دوره مداخله، نمرات اضطراب و افسردگی آزمودنی ها با استفاده از پرسشنامه بک مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفت، که با ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر مشابهت دارد. مقایسه نمرات بعد از مداخله در دو گروه نشان داد که ماساژ اثر معنی داری در کاهش سطح اضطراب ($P=0/001$) و افسردگی ($P=0/001$) زنان معتاد در مقایسه با گروه شاهد داشت. پژوهشگر از این پژوهش جهت تعیین ابزار پژوهش و بخشی از روش کار استفاده نموده است.

۱۱. در پژوهشی که قاعدی و همکاران به منظور بررسی تاثیر ماساژ بر علایم سندرم پیش از قاعدگی در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۸ انجام داده بودند نمونه های پژوهش متشکل از ۳۰ دانشجوی داوطلب مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بود که به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفته بودند. در این پژوهش به منظور تشخیص سندرم پیش از قاعدگی از فرم تشخیص موقت PMS^۱ و به منظور بررسی تاثیر مداخله بر علایم سندرم پیش از قاعدگی از فرم ثبت وضعیت روزانه که شامل ۱۰ علامت روانی و ۸ علامت جسمانی PMS می باشد استفاده شده است. معیار های ورود شامل مجرد بودن، داشتن سیکل های قاعدگی منظم با فواصل ۲۱-۳۵ روز و طول مدت ۳-۱۰ روز بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به بیماری های جسمی یا روانی شناخته شده یا تحت درمان، مصرف دارو، ورزشکار بودن و استرس شدید نظیر فوت نزدیکان، یا عمل جراحی در سه ماهه ی اخیر بود. در این پژوهش پروتکل ماساژ طی ۸ هفته و هر هفته طی ۳ روز انجام می شد. مقایسه نمرات قبل و بعد از مداخله در این پژوهش نشان داد که ماساژ به طور معنی داری موجب کاهش میانگین علایم روانی ($0/64/8$) و علایم جسمانی ($0/56/7$) شد ($P<0/001$) در گروه کنترل تنها کاهش در میانگین علایم جسمانی (به طور متوسط $0/21/2$) معنی دار بود ($P=0/02$). در مقایسه بعد از ۸ هفته بین میانگین علایم جسمانی دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود نداشت، ولی میانگین علایم روانی در گروه ماساژ به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل بود ($P=0/01$). پژوهشگر از این پژوهش جهت تعیین تعدادی از معیار های ورود و خروج و تعیین بخشی از روش کار استفاده نموده است.

طبق آنچه که تاکنون شرح داده شد در کلیه مطالعاتی که در آنها تاثیر ماساژ درمانی بر علایم افسردگی دوران بارداری مورد بررسی قرار گرفته، تعداد جلسات مداخله حداقل ۱۰ جلسه بوده و ناحیه تحت ماساژ نیز شامل کل بدن بوده که به نظر می رسد انجام چنین مداخلاتی نیازمند صرف وقت و هزینه زیادی

است و از نظر پژوهشگر با توجه به شرایط موجود در جامعه ی ما امکان عملیاتی شدن چنین مداخلاتی در مراکز بهداشتی درمانی دور از انتظار است، همین مساله پژوهشگر را بر آن داشت تا به منظور دسترسی آسانتر به این مداخله ی درمانی در بارداری پژوهش خود را به گونه ای طراحی کند که در آن تعداد جلسات مداخله به حداکثر ۴-۶ جلسه و ناحیه ی تحت ماساژ به فقط ناحیه پشت محدود شود، به این امید که در صورت دستیابی به نتایج مثبت بتوان این مداخله درمانی را با سهولت بیشتری در مراکز بهداشتی درمانی انجام داد.

همچنین در هیچ یک از مطالعات فوق اثرات طولانی مدت تر ماساژ بر علایم افسردگی مورد بررسی قرار نگرفته در حالی که در پژوهش حاضر اثرات طولانی مدت تر این مداخله طی ۴ هفته پس از اتمام جلسات مداخله نیز مورد بررسی قرار گرفته به این امید که بتوان در این زمینه به نتایج جدید و منحصر به فردی دست یافت. علاوه بر این با توجه به ضد و نقیض بودن نتایج مطالعات موجود در این زمینه، پژوهش حاضر می تواند به قطعی تر شدن نتایج در این زمینه کمک کند.

فصل سوم: روش پژوهش

نوع پژوهش :

این پژوهش از نوع کار آزمایشی بالینی کنترل شده ی تصادفی^۱ بوده است.

جامعه پژوهش :

جامعه پژوهش متشکل از کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر ایلام بود که به اختلال افسردگی خفیف مبتلا بودند و واجد سایر شرایط نمونه های پژوهش نیز بودند.

نمونه پژوهش:

نمونه های این پژوهش متشکل از ۷۰ زن باردار مبتلا به افسردگی خفیف بود که دارای شرایط ورود به مطالعه نیز بودند.

روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن:

برای تعیین حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با فرض اینکه اندازه تأثیر ماساژ برنمره افسردگی زنان باردار حداقل $d=۳/۶$ نمره باشد تا اثر مداخله از نظر اماری معنی دار تلقی گردد، پس از مقدار گذاری در فرمول زیر حجم نمونه لازم هر گروه ۳۰ نفر برآورد گردید. که با احتساب افت نمونه حجم نمونه لازم ۳۵ نفر در هر گروه برآورد می شود، لازم به ذکر است که در مطالعات مشابه (Field et al., 2004) انحراف معیار متغیر نمره افسردگی در هر کدام از دو گروه به ترتیب ۴/۲ و ۵/۸ برآورد گردید

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}\right)^2 (s_1^2 + s_2^2)}{d^2} = 35$$

روش نمونه گیری:

نمونه گیری به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انجام شد، بدین صورت که کلیه مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام که معیار های ورود به پژوهش را داشتند و نیز مایل به شرکت در پژوهش بودند وارد پژوهش شده و به صورت تصادفی در یکی از دو گروه مداخله یا کنترل قرار می گرفتند. نحوه ی تخصیص تصادفی در گروه ها به روش قرعه کشی ساده بود و به این صورت که ۳۵ عدد از اعداد ۱-۷۰ به صورت تصادفی انتخاب و در گروه مداخله قرار گرفت و بقیه اعداد در گروه کنترل قرار گرفت، سپس نمونه ها به ترتیب ورود به مطالعه شماره گذاری می شدند و با توجه به شماره های مربوطه در یکی از دو گروه قرار می گرفتند. لازم به ذکر است که نمونه گیری در مراکز منتخب ۶ ماه به طول انجامید (از ابتدای تیر ماه تا پایان آذر ماه سال هزار و سیصد و نود و دو).

¹ Randomized clinical trial

مشخصات واحدهای پژوهش

معیارهای ورود به مطالعه

۱. سن حاملگی کمتر از ۳۲ هفته براساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی و یا سونوگرافی زیر ۲۰ هفته در کسانی که تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خود را نمی دانستند
۲. کسب نمره ی ۱۰-۱۷ (افسردگی خفیف) از مقیاس افسردگی بک
۳. نداشتن سابقه ی ابتلا به بیماری های مزمن شناخته شده و سیستمیک
۴. نداشتن سابقه شخصی و خانوادگی (در اعضا ء درجه اول خانواده) ابتلا به مشکلات روانی شناخته شده و یا بستری در بیمارستان به علت مشکلات روانی
۵. نبود هرگونه عارضه ی طبیی یا مامایی در حاملگی فعلی
۶. عدم وجود سابقه ی سقط و زایمان پره ترم در حاملگی های قبلی
۷. نداشتن اعتیاد به مواد مخدر، روانگردان و الکل
۸. حاملگی تک قلو
۹. حاملگی خود به خودی
۱۰. عدم وقوع هرگونه حادثه ی ناگوار در طی ۶ ماهه ی اخیر
۱۱. نداشتن زخم، عفونت، یا هر ضایعه ی دیگر در محل ماساژ

معیارهای خروج از مطالعه:

۱. وقوع هرگونه عارضه ی جانبی طی انجام مداخله از جمله بروز حساسیت به روغن مورد استفاده
۲. عدم مراجعه جهت انجام ماساژ درمانی به مدت بیش از ۲ جلسه
۳. وقوع هرگونه حادثه ی ناگوار در طول جلسات مداخله
۴. استفاده از داروهای آرام بخش و یا تکنیک های آرام سازی همزمان با انجام مداخله

محیط پژوهش:

محیط این پژوهش شامل کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام بود که دلیل انتخاب این مراکز دسترسی راحت تر پژوهشگر به نمونه های واجد شرایط بود.

ابزار گردآوری داده ها و روش استفاده از آن:

در این پژوهش از روش خود گزارش دهی برای کسب اطلاعات دموگرافیک و سنجش افسردگی ، با استفاده از ابزار ۲ قسمتی زیر استفاده شده است.

فرم مشخصات دموگرافیک و مامایی : این فرم شامل اطلاعاتی در مورد سن ، قومیت ، میزان تحصیلات زن ، میزان تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال زن ، وضعیت اشتغال همسر، وضعیت اقتصادی ، وضعیت سکونت ، تعداد حاملگی و در نهایت سن حاملگی بود که کلیه اطلاعات فوق به جز سن حاملگی به روش خود گزارش دهی و توسط نمونه های پژوهش تکمیل می شد، سن حاملگی نیز توسط خود پژوهشگر از طریق تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی و یا به کمک سونوگرافی های زیر ۲۰ هفته محاسبه و در پرسشنامه ها ثبت می شد.

پرسشنامه افسردگی بک: در این پژوهش از پرسشنامه ی افسردگی بک برای سنجش افسردگی استفاده شده است. پرسشنامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. این پرسشنامه که شامل ۲۱ سوال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده های آن اساسا بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش ها و نشانه های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده اند. محتوای این پرسشنامه، به طور جامع نشانه شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد. پرسشنامه افسردگی بک از نوع آزمون های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می شود. ماده های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه های مختلف تشکیل می شود که آزمودنی ها باید روی یک مقیاس چهار درجه ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده ها در زمینه هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بیزاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه های جسمانی و ۱ ماده به نشانه شناسی میان فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است (Beck et al., 1988) در پژوهش حاضر نمره کمتر از ۱۰ مبین فقدان افسردگی ، نمره ی ۱۰-۱۷ افسردگی خفیف، نمره ی ۱۸-۲۹ افسردگی متوسط و نمرات ۳۰-۶۳ به عنوان افسردگی شدید طبقه بندی می شود (کاوایی و همکاران، ۱۳۸۱).

روش تعیین اعتبار و اعتماد ابزار:

جهت تعیین اعتبار پرسشنامه دموگرافیک و افسردگی بک ، از اعتبار ظاهری و محتوا استفاده گردید. بدین صورت که پس از انجام مطالعات کتابخانه ای و مطالعه ی منابع معتبر علمی موجود در این زمینه و جست و جوی منابع اینترنتی مرتبط با موضوع تحقیق ابزارهای مورد نظر تهیه شد و سپس در اختیار ۱۰ نفر از اساتید صاحب نظر قرار داده شد تا نظرات اصلاحی و پیشنهادی خود را ارایه دهند. پس از جمع آوری نظرات مختلف ، پیشنهادات با تایید اساتید محترم راهنما و مشاور اعمال و نهایتا ابزار اصلاح شده

مورد استفاده قرار گرفت و روایی و پایایی پرسشنامه افسردگی بک در مطالعات مختلف بررسی شده بنابراین این پرسشنامه ها نیاز به پایایی مجدد نداشتند.

روایی و پایایی پرسشنامه بک: به علت اهمیت این ابزار در تشخیص مداخله بالینی، پژوهش‌های روان‌سنجی فراوانی درباره ویژگی‌های روان‌سنجی آن انجام شده است. از مهمترین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهشی اشاره کرد که در سال ۱۹۸۸ توسط بک و همکاران انجام شد. بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار این آزمون را ۰/۹۳ به دست آوردند. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسش‌نامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (ازخوش، ۱۳۸۷).

روش اجرای پژوهش:

روش کار به این صورت بود که پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و دریافت معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی ایلام و ارایه آن به محیط پژوهش به مراکز بهداشتی درمانی منتخب مراجعه کرد و ضمن معرفی خود به مسئولین مراکز بهداشتی درمانی، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای مسئولین ذیربط بیان کرد. پس از کسب موافقت مسئولین ذیربط، پژوهشگر به محیط پژوهش وارد شده و نمونه‌گیری آغاز شد. در ابتدا پژوهشگر با استفاده از دفاتر ثبت موجود لیستی از اسامی و شماره‌های تلفن مادرانی که دارای سن حاملگی کمتر از ۳۲ هفته بودند را تهیه می‌کرد و با آنها تماس تلفنی برقرار می‌کرد، در طی تماس تلفنی محقق خود را معرفی می‌کرد و اهداف پژوهش را شرح می‌داد و از آنها در صورت تمایل دعوت به همکاری می‌کرد.

پس از مراجعه‌ی این افراد چنانچه که مادر مشخصات واحدهای پژوهش را دارا می‌بود از نظر ابتلا به افسردگی از طریق مقیاس افسردگی بک مورد غربالگری قرار می‌گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی و به دنبال پیشنهاد کمیته‌ی محترم اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران، معیار ورود به پژوهش کسب نمره‌ی ۱۰-۱۷ (افسردگی خفیف) از مقیاس افسردگی بک بود و کسانی که از این مقیاس نمره‌ی بیشتر از ۱۷ را کسب می‌کردند مبتلا به افسردگی متوسط یا شدید شناخته شده و از پژوهش خارج می‌شدند و به روانپزشک ارجاع داده می‌شدند. در این مرحله رضایت‌نامه‌ی کتبی از افراد اخذ شده و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و مامایی نیز توسط نمونه‌های پژوهش در همین مرحله تکمیل می‌شد سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار می‌گرفتند. قبل از قرعه‌کشی به کلیه

ی نمونه ها اطلاع داده می شد که ممکن است هر یک از نمونه ها به طور تصادفی در یکی از گروه های مداخله یا کنترل قرار بگیرند که در افراد گروه کنترل طی مراحل مداخله اقدام خاصی صورت نمی گرفت اما پس از پایان فرایند پژوهش و در صورت تمایل افراد برنامه ای شامل یک جلسه آموزش و تمرین ماساژ درمانی به صورت رایگان به آنها ارایه می شد. در گروه مداخله با توافق نمونه های پژوهش زمان مناسب (روز و ساعت) برای انجام جلسات ماساژ تعیین می شد و درچک لیست ثبت مداخلات ثبت می شد. همچنین در گروه کنترل با توافق نمونه های پژوهش زمان مناسب برای مراجعه جهت تکمیل پرسشنامه ها تعیین می شد.

پژوهشگر به منظور یادآوری زمان های مراجعه و جهت اطمینان از حضور به موقع نمونه ها ، نمونه های پژوهش را از طریق تماس تلفنی مورد پیگیری قرار می داد. مداخله شامل ماساژ پشت از نوع استروکینگ سطحی بوده که توسط خود پژوهشگر (پس از گذراندن دوره ی آموزشی تحت نظر متخصص طب سنتی و کسب گواهی برای انجام این کار) و در وضعیت خوابیده به پهلو انجام می شد. ماساژ با روغن بدون بوی وازلین و در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش انجام می شد. این مداخله به مدت ۶ جلسه (۳ هفته ی متوالی، طی ۲ روز متوالی و هر بار به مدت ۲۰ دقیقه) ادامه می یافت. روش ماساژ بدین صورت بود که در ۱۰ دقیقه ی اول هر جلسه ماساژ به روش استروکینگ سطحی ، در ۲ ناحیه به شرح زیر و به مدت ۵ دقیقه در هر ناحیه انجام می شد:

۱. بالا و پایین گردن از محاذات اولین مهره ی گردنی تا هفتمین مهره ی گردنی به فاصله ی ۳-۵

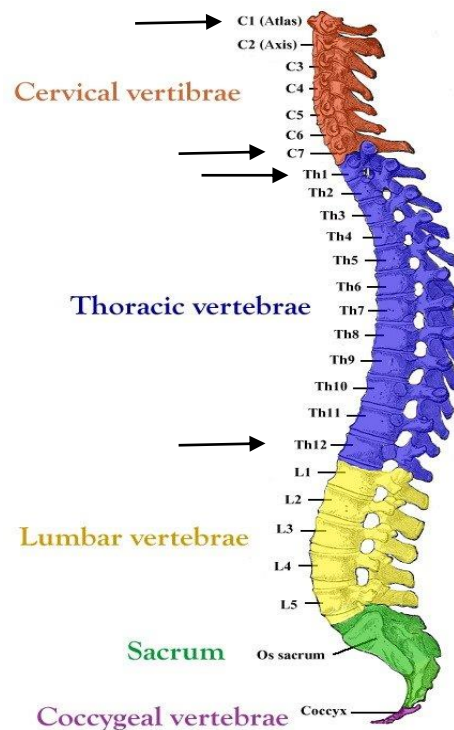
سانتی متر از خط وسط در دو طرف در محدوده ی عضلات پاراورتبرال

۲. از گردن به سمت کمر در طول ستون مهره ها از محاذات اولین مهره ی توراسیک تا آخرین مهره

ی توراسیک و به فاصله ی ۳-۵ سانتی متر از خط وسط در دو طرف در محدوده ی عضلات

پاراورتبرال(تصویر شماره ۱)

هر دوره ی ۵ دقیقه ای ماساژ در هر ناحیه متشکل از ۳۰ ضربه ی روبه جلو و عقب بوده که هر یک به مدت ۱۰ ثانیه به طول می انجامید. در ۱۰ دقیقه باقیمانده، مجدداً ماساژ به همان روشی که ذکر شد تکرار می شد که در نهایت هر جلسه ی ماساژ ۲۰ دقیقه به طول می انجامید (Platania-Solazzo et al., 1992) جهت بررسی اثرات ماساژ درمانی بر علائم افسردگی مقیاس افسردگی بک قبل ، بلافاصله پس از مداخله و نیز ۴ هفته پس از مداخله توسط نمونه های پژوهش در دو گروه تکمیل می شد .



تصویر شماره ۱: ستون مهره ها

روش تجزیه و تحلیل داده ها: در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده ها در راستای رسیدن به اهداف پژوهش و آزمون فرضیه های پژوهش ، با استفاده از نرم افزار SPSS از آزمون t مستقل و t زوج استفاده شده است. جهت سنجش همگن بودن نمونه ها در دو گروه از آزمون کای دو ، t مستقل و آزمون دقیق فیشر استفاده شده است. استخراج نتایج با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی

۱. کسب مجوز از کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی وزارت بهداشت به شماره ثبت 2013021112440N1
۳. دریافت معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی ایلام و ارایه آن به محیط پژوهش
۴. توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت آنها برای شرکت آزادانه در پژوهش
۵. اطمینان به واحدهای مورد پژوهش درباره محرمانه ماندن کلیه اطلاعات کسب شده از آنان
۶. اخذ رضایت نامه کتبی از واحدهای پژوهش برای شرکت در مطالعه
۷. آزاد بودن واحدهای پژوهش برای شرکت یا انصراف از شرکت در پژوهش در هر مرحله از آن
۸. ارائه نتایج پژوهش به مسئولین مراکز بهداشت و واحدهای پژوهش در صورت تمایل ایشان

۹. ارائه جلسات آموزشی ماساژ درمانی به همراه تمرین عملی به گروه کنترل در صورت تمایل ایشان پس از اتمام پژوهش

۱۰. ارجاع کلیه مادران باردار مبتلا به افسردگی متوسط و شدید به روانپزشک

۱۱. رعایت صداقت علمی در کلیه مراحل پژوهش

محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آنها :

استفاده از روش های دارویی و غیر دارویی درمان ضد افسردگی همزمان با انجام مداخله و عدم گزارش آن توسط نمونه های پژوهش که تلاش می شد با برقراری ارتباط مناسب و ایجاد حس اعتماد در نمونه ها تا حدودی از بروز آن پیشگیری کرد.

فصل چهارم: نتایج پژوهش

جداول و نمودارها

پس از گردآوری داده ها با نرم افزار SPSS ۱۶ داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش جهت توصیف داده ها از روش آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار، جدول توزیع فراوانی و جهت دستیابی به اهداف پژوهش از آزمون های تی مستقل، تی زوج، کای دو و آزمون دقیق فیشر استفاده شده است. نتایج حاصل از این مطالعه با توجه به اهداف پژوهش در قالب ۱۵ جداول ارائه شده است. جداول ۱ تا ۱۲ برای توصیف و مقایسه مشخصات فردی و مامایی نمونه های پژوهش تنظیم شده است. جدول شماره ۱۳ در پاسخ به اهداف ویژه اول تا سوم (تعیین و مقایسه نمرات افسردگی قبل ، بلافاصله و چهار هفته پس از کلیه جلسات مداخله) تنظیم شده است. جدول شماره ۱۴ در پاسخ به هدف ویژه چهارم تنظیم شده است. جدول شماره ۱۵ در پاسخ به هدف ویژه پنجم تنظیم شده است.

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن در زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون تی مستقل	کنترل		مداخله		گروه سن (سال)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$t = ۰/۳۸۸$ $df = ۶۲$ $P = ۰/۴۶۱$	۱۲/۹	۴	۱۲/۵	۵	زیر ۲۰ سال
	۶۷/۷	۲۱	۵۱/۵	۱۷	۲۰-۳۰ سال
	۱۹/۴	۶	۳۶	۱۱	بالای ۳۰ سال
	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۳۳	جمع
	۲۷/۹۰۶ ± ۴/۷۶۳		۲۷/۶۳ ± ۶/۲۱۳		میانگین ± انحراف معیار

جدول فوق نشان می دهد که بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۵۱/۵٪) و در گروه کنترل (۶۷/۷٪) در محدوده ی سنی ۲۰-۳۰ سال قرار داشتند. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که دو گروه از نظرمیانگین سنی دارای اختلاف آماری معنا داری نبوده و همگن بودند.

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی مطلق و نسبی قومیت در زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون دقیق فیشر	کنترل		مداخله		گروه قومیت
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P = ۰/۳	۱۰۰	۳۱	۹۷	۳۲	کرد
	۰	۰	۳	۱	فارس
	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۳۳	جمع

جدول فوق نشان می دهد که بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۹۷٪) و در گروه کنترل (۱۰۰٪) دارای قومیت کرد بودند. نتیجه آزمون دقیق فیشر نشان داد که دو گروه از نظر قومیت دارای اختلاف آماری معنا داری نبوده و همگن بودند

جدول شماره ۳ توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطح تحصیلات در زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون کای دو	کنترل		مداخله		گروه سطح تحصیلات
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2=4/22$ $df=4$ $P=0/377$	۰	۰	۹/۲	۳	بی سواد
	۱۶/۱	۵	۲۴/۲	۸	ابتدایی
	۲۲/۶	۷	۲۱/۲	۷	راهنمایی
	۳۲/۳	۱۰	۲۱/۲	۷	دیپلم
	۲۹	۹	۲۴/۲	۸	دانشگاهی
	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۳۳	جمع

جدول فوق نشان می دهد که بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۲۴/۲٪) دارای تحصیلاتی در سطح ابتدایی و دانشگاهی بودند و در گروه کنترل بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۳۲/۳٪) دارای تحصیلاتی در سطح دیپلم بودند. نتیجه آزمون آماری کای دو نشان داد که دو گروه از نظر سطح تحصیلات دارای اختلاف آماری معنا داری نبوده و همگن بودند

جدول شماره ۴ توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطح تحصیلات همسر در زنان باردار واحدهای پژوهش در دو مداخله و کنترل

نتایج آزمون کا دو	کنترل		مداخله		گروه سطح تحصیلات همسر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$x^2 = 4/2$ $df = 4$ $P = 0/376$	۳/۳	۱	۹/۱	۳	بی سواد
	۱۲/۹	۴	۱۵/۲	۵	ابتدایی
	۲۵/۸	۸	۳۹/۴	۱۳	راهنمایی
	۲۹	۹	۲۴/۲	۸	دیپلم
	۲۹	۹	۱۲/۱	۴	دانشگاهی
	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۳۳	جمع

جدول فوق نشان می دهد که بیشترین درصد همسران واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۳۹/۴٪) دارای تحصیلات راهنمایی و در گروه کنترل بیشترین درصد همسران واحدهای پژوهش (۲۹٪) دارای تحصیلات در سطح دیپلم و دانشگاهی بودند. نتیجه آزمون کای دو نشان داد که دو گروه از نظر سطح تحصیلات همسر دارای اختلاف آماری معنا داری نبوده و همگن بودند

جدول شماره ۵ توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت اشتغال در زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون دقیق فیشر	کنترل		مداخله		گروه شغل زن
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P=۰/۰۹۹	۸۳/۹	۲۶	۹۷	۳۲	خانه دار
	۱۶/۱	۵	۳	۱	شاغل
	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۳۳	جمع

جدول فوق نشان می دهد که بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۹۷٪) و در گروه کنترل (۸۳/۹٪) خانه دار بودند.

نتیجه آزمون دقیق فیشر نشان داد که دو گروه از نظرووضعیت اشتغال دارای اختلاف آماری معنا داری نبوده و همگن بودند

جدول شماره ۶ توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت اشتغال همسر در زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون دقیق فیشر	کنترل		مداخله		گروه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	شغل همسر
P=۰/۳۱۵	۶۷/۷	۲۱	۷۸/۷	۲۶	آزاد
	۲۲/۶	۷	۶/۱	۲	کارمند
	۶/۵	۲	۹/۱	۳	کارگر
	۳/۲	۱	۶/۱	۲	بیکار
	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۳۳	جمع

جدول فوق نشان می دهد که بیشترین درصد همسران زنان باردار پژوهش در گروه مداخله (۷۸/۸٪) و در گروه کنترل (۶۷/۷٪) دارای شغل آزاد بودند. نتیجه آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین دو گروه مورد مطالعه از نظروضعیت اشتغال همسر تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت لذا دو گروه از نظر وضعیت اشتغال همسرهمگن بودند

جدول شماره ۷ توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت اقتصادی در زنان باردار مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون دقیق فیشر	کنترل		مداخله		گروه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	وضعیت اقتصادی
P=۰/۳۲۷	۶/۴	۲	۱۸/۲	۶	ضعیف
	۸۳/۹	۲۶	۶۹/۷	۲۳	متوسط
	۹/۷	۳	۱۲/۱	۴	خوب
	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۳۳	جمع

جدول فوق نشان می دهد که بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۶۹/۷٪) و در گروه کنترل (۸۳/۹٪) دارای وضعیت اقتصادی متوسط بودند
 نتیجه آزمون دقیق فیشر نشان داد که دو گروه از نظرووضعیت اقتصادی دارای اختلاف آماری معنا داری نبوده و همگن بودند

جدول شماره ۸ توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت سکونت در زنان باردار واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون کای دو	کنترل		مداخله		گروه وضعیت سکونت
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2 = 0.104$ $df = 1$ $P = 0.747$	۳۵/۵	۱۱	۳۹/۴	۱۳	شخصی
	۶۴/۵	۲۰	۶۰/۶	۲۰	استیجاری
	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۳۳	جمع

جدول فوق نشان می دهد که بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۶۰/۶٪) و در گروه کنترل (۶۴/۵٪) مستاجر بودند
 نتیجه آزمون کای دو نشان داد که دو گروه از نظروضعیت سکونت دارای اختلاف آماری معنا داری نبوده و همگن بودند

جدول شماره ۹ توزیع فراوانی مطلق و نسبی تعداد حاملگی در زنان باردار واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون تی مستقل	کنترل		مداخله		گروه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	تعداد حاملگی
$t = ۱/۲۷۵$ $df = ۶۲$ $P = ۰/۲۰۷$	۳۸/۷	۱۲	۳۹/۴	۱۳	۱
	۴۵/۲	۱۴	۲۴/۲	۸	۲
	۱۶/۱	۵	۳۶/۴	۱۲	≥ ۳
	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۳۳	جمع
	۲۰/۶۱۲ \pm ۷/۸۱۳		۲۰/۴۸۴ \pm ۷/۶۵۸		میانگین \pm انحراف معیار

جدول فوق نشان می دهد که بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۳۹/۴٪) دارای سابقه ی یک بار حاملگی بودند در حالی که در گروه کنترل بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۴۵/۲٪) دارای سابقه ۲ بار حاملگی بودند نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که دو گروه از نظر تعداد حاملگی دارای اختلاف آماری معنا داری نبوده و همگن بودند

جدول شماره ۱۰ توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن حاملگی در زنان باردار واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون تی مستقل	کنترل		مداخله		گروه سن حاملگی (هفته)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$t = -.0/0.66$	۲۵/۸	۸	۳۰/۳	۱۰	زیر ۱۴
$df = 62$	۵۴/۸	۱۷	۵۴/۵	۱۸	۲۸-۱۴
$P = 0/948$	۱۹/۴	۶	۱۵/۲	۵	بالای ۲۸
	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۳۳	جمع
	$20,612 \pm 7,813$		$20,484 \pm 7,658$		انحراف معیار \pm میانگین

جدول فوق نشان می دهد که بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۵۴/۵٪) و در گروه کنترل (۵۴/۸٪) دارای سن حاملگی ۲۸-۱۴ هفته بودند. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که دو گروه از نظرمیانگین سن حاملگی دارای اختلاف آماری معنا داری نبوده و همگن بودند.

جدول شماره ۱۱ توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت حاملگی از نظر خواسته یا ناخواسته بودن آن در زنان باردار واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون کای دو	کنترل		مداخله		وضعیت حاملگی از نظر خواسته یا ناخواسته بودن آن
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2 = 0.223$ $df = 1$ $P = 0.636$	۷۵/۵	۲۵	۸۰/۶	۲۵	خواسته
	۲۴/۵	۶	۱۹/۴	۸	ناخواسته
	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۳۳	جمع

جدول فوق نشان می دهد که بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۸۰/۶٪) و در گروه کنترل (۷۵/۵٪) دارای حاملگی خواسته بودند نتیجه آزمون کای دو نشان داد که دو گروه از نظر خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی دارای اختلاف آماری معنا داری نبوده و همگن بودند

جدول شماره ۱۲ توزیع فراوانی مطلق و نسبی رضایت از جنسیت جنین در زنان باردار واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون دقیق فیشر	کنترل		مداخله		رضایت از جنسیت جنین
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P=۰/۹۰۲	۸۰/۶	۲۵	۸۱/۸	۲۷	راضی
	۶/۵	۲	۹/۱	۳	نا راضی
	۱۲/۹	۴	۹/۱	۳	نا مشخص
	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۳۳	جمع

جدول فوق نشان می دهد که بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۸۱/۸٪) و در گروه کنترل (۸۰/۶٪) از جنسیت جنین خود راضی بودند.

نتیجه آزمون دقیق فیشر نشان داد که دو گروه از نظر رضایت از جنسیت جنین دارای اختلاف آماری معنا داری نبوده و همگن بودند

جدول شماره ۱۳ تعیین و مقایسه نمرات افسردگی قبل، بلافاصله و چهار هفته پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون تی مستقل	کنترل		مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P = ۰/۹۷۷$ $t = ۰/۰۲۹$ $df = ۶۲$	۲/۹۴۸	۱۳/۱۹	۲/۱۳	۱۳/۲۱	قبل از مداخله
$* P < ۰/۰۰۱$ $t = -۳/۹۴۵$ $df = ۶۲$	۳/۸۲	۱۳/۳۲	۵/۲۶	۸/۷۵	بلافاصله پس از مداخله
$* P = ۰/۰۲$ $t = -۲/۳۳۷$ $df = ۶۲$	۳/۵۴	۱۲/۴۸	۴/۷۲	۱۰/۰۳	چهار هفته پس از مداخله

P^* به دست آمده معنی دار است

طبق جدول فوق بین میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل، از نظر آماری تفاوت معنا دار وجود نداشت ($p=۰/۹۷۷$)

طبق جدول فوق بین میانگین نمرات افسردگی بلافاصله پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنادار وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$) بنابراین می توان بیان کرد که بلافاصله پس از مداخله میانگین علایم افسردگی در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود.

طبق جدول فوق بین میانگین نمرات افسردگی ۴ هفته پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنادار وجود داشت ($p = ۰/۰۲$) بنابراین می توان بیان کرد که ۴ هفته پس از مداخله میانگین علایم افسردگی در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود.

جدول شماره ۱۴ مقایسه علایم افسردگی قبل و بلافاصله پس از مداخله به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون تی زوج	بلافاصله پس از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P < 0.001^*$ $t = 5.379$ $df = 32$	۵/۲۶	۸/۷۵	۲/۱۳	۱۳/۲۱	مداخله
$P = 0.85$ $t = -0.191$ $df = 30$	۳/۸۲	۱۲/۳۲	۲/۹۴	۱۳/۱۹	کنترل

P^* به دست آمده معنی دار است

طبق جدول فوق بین میانگین نمره افسردگی بلافاصله پس از مداخله در مقایسه با قبل از آن در گروه مداخله تفاوت آماری معنا داری وجود داشت در حالی که این تفاوت در گروه کنترل از نظر آماری معنی دار نبود.

جدول شماره ۱۵ مقایسه علایم افسردگی قبل و چهار هفته پس از مداخله به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون تی زوج	چهار هفته پس از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P < .001^*$ $t = 4.218$ $df = 32$	۴/۷۲	۱۰/۰۳	۲/۱۳	۱۳/۲۱	مداخله
$P = .313$ $t = 1.027$ $df = 30$	۳/۵۴	۱۲/۴۸	۲/۹۴	۱۳/۱۹	کنترل

P^* به دست آمده معنی دار است

طبق جدول فوق بین میانگین نمره افسردگی ۴ هفته پس از مداخله در مقایسه با قبل از آن در گروه مداخله تفاوت آماری معنا داری وجود داشت در حالی که این تفاوت در گروه کنترل از نظر آماری معنی دار نبود.

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

بحث و تفسیر یافته های پژوهش

در این فصل یافته های پژوهش حاضر براساس اهداف و فرضیات پژوهش مورد بحث و بررسی قرار می گیرد. این فصل شامل ۳ بخش ۱. بحث و بررسی یافته ها ۲. پیام پژوهش و ۳. پیشنهادات می باشد. بحث و بررسی یافته ها شامل دو قسمت تجزیه و تحلیل یافته ها و نتیجه گیری نهایی است. پژوهش حاضر به منظور بررسی تاثیر ماساژ بر افسردگی دوران بارداری طراحی شده است و نتایج آن در قالب ۱۵ جدول تهیه و تنظیم شده است.

از آنجایی که شاخص های دموگرافیک وضعیت روحی و روانی افراد را تحت تاثیر قرار می دهند در اغلب مطالعات مربوط به افسردگی مورد ارزیابی قرار می گیرد. اطلاعات دموگرافیک جزء متغیرهای زمینه ای پژوهش بوده و مشتمل بر مشخصات واحدهای پژوهش هستند. جداول ۱ تا ۱۲ متغیرهای دموگرافیک مربوط به مشخصات توصیفی نمونه های پژوهش را تحت پوشش قرار می دهند.

مطابق جدول ۱، بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۵۱/۵٪) و در گروه کنترل (۶۷/۷٪) در محدوده ی سنی ۲۰-۳۰ سال قرار داشتند. آزمون آماری تی مستقل ($t = ۰/۳۸۸$ و $p = ۰/۴۸۱$) اختلاف آماری معنی داری را از جهت گروه های سنی در دو گروه نشان نداد و دو گروه از این جهت همگن بودند.

مطابق بعضی از مطالعات زنان بارداری که در سنین نوجوانی قرار دارند در مقایسه با سایر گروه های سنی بیشتر در معرض خطر افسردگی دوران بارداری قرار دارند، این افزایش خطر به علت افزایش فشار روحی در مادران نوجوان می باشد که هنوز آمادگی کامل برای پذیرش این مسؤلیت بزرگ را کسب نکرده اند (فروزنده و همکاران، ۱۳۷۸). نتایج برخی از مطالعات نشان می دهد که خطر ابتلا به افسردگی در دوران بارداری در زنان زیر ۲۵ سال بیشتر از سایر گروه های سنی است، این مطالعات سن مادر را از عوامل مؤثر در بروز اختلال افسردگی در دوران بارداری می دانند اما پازنده و همکاران (۱۳۸۱) در مطالعه خود ارتباطی بین سن مادر و افسردگی دوران بارداری نیافتند (پازنده و همکاران، ۱۳۸۹).

مطابق جدول ۲ بیشترین درصد واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله (۹۷٪) و در گروه کنترل (۱۰۰٪) دارای قومیت کرد بودند و آزمون دقیق فیشر اختلاف آماری معنا داری ($P = ۰/۳$) را از جهت قومیت در دو گروه نشان نداد و دو گروه از این جهت همگن بودند.

مطابق جدول ۳، بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۲۴/۲٪) دارای تحصیلاتی در سطح ابتدایی و دانشگاهی بودند و در گروه کنترل بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۳۲/۳٪) دارای تحصیلاتی در سطح دیپلم بودند. آزمون آماری کای دو ($\chi^2 = ۴/۲۲$ و $p = ۰/۳۷۷$) اختلاف آماری معنا داری را از جهت سطح تحصیلات در دو گروه نشان نداد و دو گروه از این جهت همگن بودند.

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱) یکی از عوامل موثر در ایجاد اختلالات خلقی به خصوص افسردگی را پایین بودن سطح تحصیلات می داند، نتایج برخی از مطالعات نیز نشان می دهد که پایین بودن سطح

تحصیلات خطر ابتلا به افسردگی را در دوران بارداری افزایش می دهد (Jesse et al., 2005) اما احمد زاده و همکاران (۱۳۸۵) در مطالعه خود ارتباطی بین سطح تحصیلات مادر و افسردگی در دوران بارداری مشاهده نکردند (احمد زاده و همکاران، ۱۳۸۵).

مطابق جدول ۴، بیشترین درصد همسران واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۳۹/۴٪) دارای تحصیلاتی در سطح راهنمایی بودند و در گروه کنترل بیشترین درصد همسران واحدهای پژوهش (۲۹٪) دارای تحصیلاتی در سطح دیپلم و دانشگاهی بودند. آزمون آماری کای دو ($X^2 = 4/2$, $p = 0/37$) اختلاف معنی دار آماری را از جهت سطح تحصیلات همسران واحدهای پژوهش در دو گروه نشان نداد و دو گروه از این جهت همگن بودند. نتایج مطالعه حسینی سازی و همکاران (۱۳۸۴) نشان داد که سطح تحصیلات همسر یکی از عوامل مؤثر در ایجاد اختلال افسردگی در دوران بارداری است، آنان در مطالعه خود نشان دادند که سطح تحصیلات همسر یکی از قوی ترین متغیرهای مؤثر در بروز این اختلال در بارداری است (حسینی سازی و همکاران، ۱۳۸۴).

مطابق جدول ۵، اکثریت واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۹۷٪) و در گروه کنترل (۸۳/۹٪) خانه دار بودند و آزمون دقیق فیشر ($P = 0/099$) اختلاف آماری معنی داری را از جهت وضعیت شغل نشان نداد و دو گروه از این جهت همگن بودند. Rubertsson و همکاران در یک مطالعه بر روی ۲۴۳۰ زن سوئدی گزارش کردند که عدم اشتغال زنان (در خارج از خانه) می تواند زنان را در معرض خطر افسردگی قرار دهد (Rubertsson et al., 2005)، در عین حال مطالعه ی دیگر نشان داد که شغل و افسردگی در مادران باردار ارتباطی با هم ندارد (پازنده و همکاران، ۱۳۷۸).

مطابق جدول ۶، بیشترین درصد همسران واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله (۷۷/۸٪) و در گروه کنترل (۶۷/۷٪) دارای شغل آزاد بودند. آزمون دقیق فیشر ($p = 0/315$) اختلاف آماری معناداری را از جهت وضعیت شغلی همسران واحدهای مورد پژوهش در دو گروه نشان نداد و دو گروه از این جهت همگن بودند. برخی مطالعات شغل همسر را از عوامل مؤثر در ایجاد اختلال افسردگی دوران بارداری می دانند (حسینی سازی و همکاران، ۱۳۸۴). حسینی سازی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که در آن دسته از زنان بارداری که شغل همسرانشان تامین کننده امنیت اقتصادی آنان نبوده خطر افسردگی دوران بارداری افزایش یافته بود.

مطابق جدول ۷، اکثریت واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۶۹/۷٪) و در گروه کنترل (۸۳/۹٪) دارای وضعیت اقتصادی متوسط بودند. آزمون دقیق فیشر ($p = 0/327$) اختلاف آماری معناداری را از جهت وضعیت اقتصادی در دو گروه نشان نداد و دو گروه از این جهت همگن بودند. پایین بودن سطح اقتصادی را می توان از مهمترین عوامل خطر ساز افسردگی در دوران بارداری دانست (فروزنده و همکاران، ۱۳۷۸).

نتایج مطالعات انجام شده نیز نشان می دهد پایین بودن وضعیت اقتصادی خطر افسردگی را در دوران بارداری را افزایش می دهد (Lorant et al., 2003).

مطابق جدول ۸، بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۰/۶۰/۶) و در گروه کنترل (۰/۶۴/۵) مستأجر بودند. آزمون آماری کای دو ($\chi^2 = 0/104$ و $p = 0/744$) اختلاف معنا دار آماری از جهت وضعیت سکونت در دو گروه نشان نداد و دو گروه از این جهت همگن بودند. نتیجه مطالعه حسینی سازی و همکاران نشان داد که آن دسته از زنان بارداری که در منازل استیجاری ساکن هستند در مقایسه با آن دسته از زنان بارداری که در منازل شخصی ساکن هستند بیشتر در معرض خطر افسردگی دوران بارداری قرار دارند (حسینی سازی و همکاران، ۱۳۸۴).

مطابق جدول ۹ بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۰/۳۹/۴) دارای سابقه یکبار حاملگی بودند در حالی که در گروه کنترل بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۰/۴۵/۲) دارای سابقه دو بار حاملگی بودند. نتیجه آزمون آماری تی مستقل ($t = 1/275$ و $p = 0/207$) اختلاف آماری معناداری را از جهت تعداد حاملگی در دو گروه نشان نداد و دو گروه از این جهت همگن بودند. نتایج مطالعات متعدد نشان می دهد که داشتن سابقه حاملگی های متعدد و همچنین داشتن تعداد فرزندان زیاد خطر ابتلا به افسردگی را در دوران بارداری افزایش می دهد (حسینی سازی و همکاران، ۱۳۸۴ و پازنده و همکاران، ۱۳۸۱).

مطابق جدول ۱۰ بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۰/۵۴/۵) و در گروه کنترل (۰/۵۴/۸) دارای سن حاملگی ۱۴-۲۸ هفته بودند. آزمون تی مستقل ($t = 0/066$ و $p = 0/948$) اختلاف آماری معناداری را از جهت سن حاملگی در دو گروه نشان نداد و دو گروه از این جهت همگن بودند. مطالعه ما نشان داد که افسردگی در سه ماهه ی دوم از فراوانی بیشتری در مقایسه با سه ماهه اول و سوم برخوردار است این نتیجه با مطالعه مروری Bennet و همکاران همخوانی داشت (Bennett et al., 2004).

در پژوهش حاضر علت شیوع کمتر افسردگی در سه ماهه ی اول را می توان به عدم مواجهه با عوارض و مشکلات مرتبط با حاملگی در سه ماهه ی اول نسبت داد که به دنبال پیشرفت حاملگی در سه ماهه ی دوم و سوم مواجهه با عوارض و مشکلات مرتبط با بارداری و زایمان افزایش پیدا می کند و بنابراین انتظار می رود که شیوع افسردگی در سه ماهه ی دوم و سوم بیشتر از سه ماهه ی اول حاملگی باشد این در حالی است که در پژوهش حاضر شیوع افسردگی در سه ماهه ی دوم بیشتر از سه ماهه ی سوم حاملگی بوده است که علت آن را می توان به معیارهای ورود به پژوهش نسبت داد، به این دلیل که در پژوهش حاضر یکی از معیارهای ورود به پژوهش دارا بودن سن حاملگی کمتر از ۳۲ است، بنابراین تعداد قابل توجهی از زنان بارداری که در سه ماهه ی سوم حاملگی قرار داشتند و دارای سن حاملگی بیشتر از ۳۲ هفته بودند قادر به ورود به پژوهش نبوده و از پژوهش خارج می شدند، بنابراین با توجه به این که در پژوهش حاضر تعداد آن دسته از نمونه های پژوهش که در سه ماهه ی دوم حاملگی قرار داشتند در

مقایسه با این تعداد از نمونه ها که در سه ماهه ی سوم حاملگی قرار داشتند به طور قابل توجهی بیشتر بوده، می توان انتظار داشت که شیوع افسردگی در سه ماهه ی دوم حاملگی بیشتر از سه ماهه ی سوم حاملگی باشد.

مطابق جدول ۱۱ ، بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۸۰/۶٪) و در گروه کنترل (۷۵/۵٪) تمایل به بارداری داشته و به صورت خواسته باردار شده بودند. آزمون آماری کای دو ($\chi^2 = 0/223$) و $p = 0/636$) اختلاف آماری معناداری را از این جهت نشان نداد. محققین حاملگی ناخواسته را عامل مؤثری در ایجاد افسردگی در دوران بارداری می دانند (Ryan et al., 2005).

مطابق جدول ۱۲ ، بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۸۱/۸٪) و در گروه کنترل (۸۰/۶٪) از جنسیت جنین خود راضی بودند. آزمون دقیقر فیشر ($p = 0/315$) اختلاف آماری معناداری را از جهت رضایت از جنسیت جنین در دو گروه نشان نداد. مطالعات انجام شده در جوامع غربی ارتباطی بین جنسیت نوزاد و افسردگی مشاهده نکرده اند، اما نتیجه تحقیقات در جوامع شرقی مانند چین و هند نشان داده که نارضایتی از جنسیت نوزاد، بخصوص زمانی که نوزاد دختر باشد در ایجاد افسردگی نقش دارد (Goyal et al., 2006). بنابراین نارضایتی از جنسیت نوزاد ، از عوامل خطر بالقوه برای ایجاد افسردگی در بعضی از فرهنگ ها است.

جدول شماره ۱۳ جهت نشان دادن یافته های مربوط به هدف اول تا سوم پژوهش " تعیین و مقایسه نمره افسردگی قبل، بلافاصله و ۴ هفته پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل " طراحی شده است. با توجه به نتایج جدول فوق میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در بدو ورود به مطالعه در گروه مداخله ($13/21 \pm 2/13$) و در گروه کنترل ($13/19 \pm 2/94$) بود که هر دو در سطح افسردگی خفیف قرار دارند. آزمون آماری تی مستقل تفاوت معناداری بین نمره افسردگی دو گروه قبل از مداخله نشان نداد ($p = 0/97$).

با توجه به نتایج جدول فوق میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی بلافاصله پس از اتمام کلیه جلسات مداخله در گروه مداخله ($8/75 \pm 5/26$) و در گروه کنترل ($13/32 \pm 3/82$) بود که آزمون آماری تی مستقل تفاوت آماری معناداری را نشان داد ، به عبارتی می توان این گونه اظهار داشت که ماساژ درمانی سبب بهبود علائم افسردگی پس از مداخله شده است. یافته ی فوق با نتایج تعداد زیادی از مطالعاتی که در این زمینه انجام شده همخوانی دارد (Field et al., 2009, Field et al., 2012, Field et al., 2004, 2008).

اگر چه کلیه مطالعات فوق از نظر ابزار تشخیص افسردگی، تعداد جلسات مداخله و ناحیه تحت ماساژ با پژوهش حاضر متفاوت هستند، به طوری که در تمام مطالعات فوق از مصاحبه ی بالینی نیمه ساختار یافته بر اساس معیار های تشخیصی DSM-IV برای تشخیص افسردگی استفاده شده است در حالی که

پژوهشگر در پژوهش حاضر از معیار تشخیص افسردگی بک برای تشخیص ابتلا به افسردگی استفاده نموده است، در واقع در کلیه پژوهش های فوق جامعه ی پژوهش متشکل از زنان باردار مبتلا به افسردگی مازور است در حالی که در پژوهش حاضر جامعه ی پژوهش متشکل از زنان باردار مبتلا به افسردگی خفیف است، در نتیجه نتایج به دست آمده از مطالعات فوق نشان می دهد که قدرت تاثیر ماساژ درمانی در بهبود علایم افسردگی آن چنان زیاد است که نه تنها در مبتلایان به افسردگی خفیف بلکه در مبتلایان به افسردگی مازور نیز سبب بهبود علایم افسردگی می شود.

علاوه بر این در تمام پژوهش های فوق بعد از مسجل شدن تشخیص ابتلا به افسردگی مازور از طریق مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته ، از مقیاس افسردگی CESD برای تعیین و مقایسه این علایم قبل و بعد از جلسات مداخله استفاده شده است ، در حالی که پژوهشگر در پژوهش خود برای مقایسه این علایم در فواصل زمانی مختلف از مقیاس افسردگی بک استفاده نموده است. مقیاس افسردگی CESD به بررسی علایم افسردگی فرد در طی یک هفته گذشته می پردازد بنابراین همانند مقیاس افسردگی بک (که مطرح کننده ی علایم افسردگی در طی ۲ هفته گذشته است) به بررسی اثرات طولانی مدت ماساژ درمانی در بهبود علایم افسردگی می پردازد که از این نظر می توان پژوهش حاضر را با پژوهش های فوق مشابه دانست.

در کلیه مطالعات فوق تعداد جلسات مداخله در مقایسه با پژوهش حاضر به مراتب بیشتر است، به طوری که در مطالعه ای که Field و همکاران به منظور بررسی اثرات ماساژ در مانی و یوگا بر نشانه های روانی و تعدادی از پیامدهای نوزادی زنان باردار افسرده در سال ۲۰۱۲ انجام داده بودند (Field et al., 2012) و نیز در مطالعه ای که Field و همکاران به منظور بررسی اثرات ماساژ در مانی بر افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان و تعدادی از پیامدهای زایمانی و نوزادی زنان باردار افسرده در سال ۲۰۰۹ انجام داده بودند (Field et al., 2009) مداخله به مدت ۱۲ هفته و هر هفته به مدت ۲ روز انجام شده بود ، علاوه بر این در مطالعه ای که توسط Field و همکاران به منظور بررسی اثرات ماساژ در مانی توسط همسران مادران باردار افسرده بر نشانه های روانی زوجین و بهبود روابط آنها در سال ۲۰۰۸ انجام شده است (Field et al., 2008) مداخله به مدت ۱۶ هفته و هر هفته به مدت ۲ روز انجام شده است . در واقع اگر چه در مطالعه حاضر تعداد جلسات مداخله در مقایسه با پژوهش های فوق به مراتب کمتر بوده است اما یافته های به دست آمده از مطالعه ی ما حتی با مطالعاتی که در آنها این مداخله درمانی به تعداد دفعات بیشتری انجام شده همخوانی دارد، بنابراین می توان اظهار داشت که همخوانی نتایج ما با مطالعات مذکور نشان دهنده ی قدرت شگفت انگیز ماساژ در مانی در بهبود علایم افسردگی است به نحوی که حتی در صورت کاهش تعداد جلسات مداخله باز هم می تواند سبب بهبود علایم افسردگی شود. در واقع هدف پژوهشگر از کاهش تعداد جلسات مداخله در پژوهش حاضر در مقایسه با پژوهش های فوق پاسخ به

این سوال بوده که آیا می توان با کاهش تعداد جلسات ماساژ درمانی باز هم به همان نتایج مطلوب ناشی از این مداخله در بهبود علایم افسردگی در بارداری دست یافت یا خیر . یافته فوق در پژوهش حاضر می تواند به صرف بیشتر وقت و هزینه و دسترسی آسانتر به این مداخله درمانی در بهبود علایم افسردگی در طول بارداری کمک کند.

در تمام مطالعات فوق ناحیه تحت ماساژ شامل سر و گردن ، پشت ، دست ها ، ساق ها و پاها بوده است در حالی که پژوهشگر در پژوهش حاضر به منظور صرف وقت ، هزینه و دسترسی آسانتر به این مداخله درمانی در طول بارداری ناحیه تحت ماساژ را فقط به پشت محدود کرده است. اما در تمام پژوهش های فوق همانند پژوهش حاضر مدت زمان انجام هر جلسه ی مداخله به مدت ۲۰ دقیقه بوده و توالی جلسات مداخله به صورت هفتگی و طی ۲ بار در هفته بوده ، علاوه بر این در تمام پژوهش ها ی فوق همانند پژوهش حاضر ماساژ درمانی به شکل استروکینگ انجام شده که این عوامل را می توان در همسو بودن نتایج مرتبط دانست.

از طرف دیگر در پژوهش Feild و همکاران در سال های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۲ (Field et al., 2009) , (et al., 2012) نیز مانند پژوهش حاضر مداخله توسط یک شخص واحد یعنی ماساژ درمانگر آموزش دیده انجام شده است که این عامل را می توان در همسو بودن نتایج مطالعه حاضر با مطالعات فوق مرتبط دانست این در حالی است که در تعدادی از مطالعات این مداخله توسط یکی از اعضای خانواده واحدهای پژوهش انجام شده است، به طور مثال در مطالعه ای که توسط Field و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام شده بود (Field et al., 2008) ماساژ درمانی توسط همسران واحدهای پژوهش انجام شده بود. پژوهشگر تصور می کند که شاید در چنین شرایطی بهبود علایم افسردگی در واحدهای پژوهش نه به علت اثرات واقعی ناشی از ماساژ بلکه به علت بهبود یافتن روابط واحدهای پژوهش با اعضای خانواده ایجاد شده که این مساله می تواند منجر به مخدوش شدن نتایج شود، چنانچه Field در مطالعه خود در سال ۲۰۰۸ نیز نشان داد که در صورت انجام این مداخله توسط همسران واحدهای پژوهش علاوه بر بهبود علایم افسردگی در زوجین، روابط بین آنها نیز بهبود می یابد. همین مساله پژوهشگر را بر آن داشت تا مطالعه خود را به گونه ای طراحی کند که در آن مداخله توسط یک شخص واحد یعنی خود پژوهشگر انجام شود.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج مطالعه ای که توسط platania و همکاران در سال ۱۹۹۲ (Platania-Solazzo et al., 1992) با هدف بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر نشانه های روانی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی یا سازگاری انجام شده بود و یافته های آن حاکی از موثر بودن ماساژ در مانی در بهبود علایم افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی یا سازگاری بوده است، همخوانی دارد. جامعه ی پژوهش، ابزارهای مورد استفاده، شدت ابتلا به افسردگی،

تعداد و زمان جلسات مداخله در پژوهش مذکور با پژوهش حاضر متفاوت است. به طوری که در پژوهش مذکور جامعه ی پژوهش متشکل از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی ماژور بوده که در مقایسه با واحدهای پژوهش حاضر به مراتب به درجات شدید تری از افسردگی مبتلا هستند. همچنین در این پژوهش مداخله به مدت ۵ جلسه و هر جلسه به مدت ۳۰ دقیقه انجام شده است، اما پژوهش فوق از نظر روش اجرای ماساژ، ناحیه تحت ماساژ و نوع ماساژ بیشترین مشابهت را با پژوهش حاضر دارد و همین عوامل را می توان در همسو بودن نتایج مرتبط دانست.

در پژوهشی که Masimura و همکاران به منظور بررسی تاثیر ماساژ درمانی توأم با رایحه درمانی بر نشانه های روانی پس از زایمان در شهر توکیو در سالهای ۲۰۰۲-۲۰۰۴ دادند (Masumi et al., 2006)، فقط اثرات فوری ماساژ درمانی بر علایم افسردگی مورد بررسی قرار گرفته در حالی که پژوهشگر در پژوهش خود به بررسی اثرات کوتاه و طولانی مدت ماساژ درمانی بر علایم افسردگی پرداخته است. در این پژوهش مداخله فقط شامل یک جلسه ماساژ ۳۰ دقیقه ای است که در روز ۲ پس از زایمان انجام شده است در حالی که پژوهشگر در پژوهش خود به منظور دستیابی به اثرات طولانی مدت تر ماساژ درمانی، تعداد جلسات مداخله را به ۶ جلسه افزایش داده است. در نهایت اینکه در این پژوهش بهبود علایم افسردگی پس از مداخله را نمی توان منحصر به اثرات ماساژ درمانی نسبت داد به این دلیل که در این پژوهش از رایحه درمانی نیز در کنار ماساژ درمانی به منظور دست یابی به اثرات درمانی استفاده شده است.

نتایج به دست آمده از تمام مطالعاتی که در بالا به آنها اشاره و نیز یافته های به دست آمده از مطالعه ی حاضر نشان می دهند که ماساژ درمانی سبب بهبود علایم افسردگی پس از اتمام جلسات مداخله در گروه آزمون می شود این در حالی است که نتایج مطالعه ای که توسط Field و همکاران به منظور بررسی اثرات ماساژ درمانی و آرام سازی بر نشانه های روانی، جسمانی و پیامدهای زایمانی و نوزادی مادران باردار در سال ۱۹۹۹ انجام شده با یافته ی فوق متناقض بوده (Field et al., 1999). نتایج این پژوهش تفاوت معنی داری را بین میزان افسردگی در بیماران بعد از مداخله نشان نداد، در واقع یافته های به دست آمده از پژوهش فوق نشان داد که ماساژ درمانی سبب بهبود علایم افسردگی پس از اتمام جلسات مداخله نشده بود. یکی از دلایل این تناقض را می توان متفاوت بودن جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش با پژوهش حاضر دانست، به طوری که در پژوهش حاضر و در تمام پژوهش هایی که حاکی از اثرات مثبت ماساژ درمانی در بهبود علایم افسردگی پس از اتمام جلسات مداخله هستند جامعه ی پژوهش متشکل از زنان باردار افسرده می باشد در حالی که در پژوهش فوق جامعه ی پژوهش متشکل از زنان باردار غیر افسرده می باشد. تفاوت در نوع ابزار مورد استفاده، تعداد و مدت زمان جلسات مداخله، ناحیه تحت ماساژ

و در نهایت کوچک بودن حجم نمونه در مطالعه فوق در مقایسه با پژوهش حاضر را می توان در غیر همسو بودن نتایج مرتبط دانست.

نتایج مطالعه ای که توسط Albert و همکاران به منظور بررسی اثرات ماساژ درمانی بر علایم افسردگی، اضطراب، درد، شاخص های فیزیولوژیک و طول مدت بستری در بیمارانی که تحت عمل جراحی قلب قرار گرفته بودند، انجام شده بود تفاوت معنی داری را بین میزان افسردگی در بیماران قبل و بعد از مداخله نشان نداد، در واقع یافته های به دست آمده از پژوهش فوق نشان داد که ماساژ درمانی سبب بهبود علایم افسردگی پس از اتمام جلسات مداخله نشده بود. تفاوت در جامعه ی پژوهش، روش ماساژ، ناحیه تحت ماساژ و کمتر بودن تعداد جلسات مداخله در این پژوهش در مقایسه با پژوهش حاضر را می توان در غیر همسو بودن نتایج مطالعات فوق مرتبط دانست (Albert et al., 2009).

همچنین با توجه به نتایج جدول شماره ۱۳ میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی ۴ هفته پس از اتمام مداخله در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب $(10/03 \pm 4/72)$ و $(12/48 \pm 3/54)$ بود که آزمون آماری تی مستقل تفاوت آماری معنا داری را نشان داد، به عبارتی می توان این گونه اظهار داشت که ماساژ درمانی سبب بهبود طولانی مدت علایم افسردگی طی ۴ هفته پس از اتمام مداخله در گروه مداخله شده است. لازم به ذکر است که یافته فوق را می توان تقریباً یک یافته منحصر به فرد و جدید دانست زیرا در هیچ یک از پژوهش های انجام شده در این زمینه تا کنون چنین یافته ای مورد بررسی قرار نگرفته است، در واقع در هیچ یک از پژوهش های انجام شده در این زمینه یافته ای کاملاً همسو با یافته فوق دیده نشده است.

کاهش نمره افسردگی طی ۴ هفته پس از اتمام جلسات ماساژ درمانی در مقایسه با قبل از مداخله احتمالاً می تواند به علت ماندگاری و تداوم اثرات درمانی حاصل از ماساژ پس از اتمام جلسات مداخله باشد، در واقع یافته فوق حاکی از آن است که تداوم مداخله (به مدت ۳ هفته) می تواند موجب بهبود طولانی مدت تر علایم افسردگی پس از اتمام جلسات مداخله شود، اما همان طور که قبلاً نیز اشاره شد در هیچ یک از پژوهش های انجام شده در این زمینه تا کنون چنین یافته ای مورد بررسی قرار نگرفته است و شواهد بسیار اندکی در حمایت از یافته فوق وجود دارد. به طور مثال نتایج مطالعه ای که Field و همکاران با هدف بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر پیامد های بارداری، نوزادی و پس از زایمان در سال ۲۰۰۹ انجام شده بود (Field et al., 2009) نشان داد که میانگین نمرات افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان در گروه ماساژ درمانی در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری بهبود یافته بود، طبق آنچه که از نتایج این مطالعه به دست آمده است، بهبود علایم افسردگی در دوره پس از زایمان و طی چند هفته پس از اتمام جلسات ماساژ درمانی می تواند حاکی از تداوم اثرات درمانی حاصل از ماساژ درمانی در بهبود علایم افسردگی طی چند هفته پس از اتمام جلسات مداخله باشد. در واقع همانطور که قبلاً نیز اشاره شده در

این پژوهش جلسات مداخله از هفته ۲۰ حاملگی شروع شده و تا هفته ۳۲ حاملگی ادامه یافته است و بنابراین بهبود علائم افسردگی در دوره پس از زایمان طی چند هفته پس از اتمام جلسات مداخله حاصل شده است. این یافته می تواند تا حدودی از نتایج به دست آمده از پژوهش ما در خصوص تداوم اثرات درمانی حاصل از ماساژ درمانی در بهبود علائم افسردگی طی ۴ هفته پس از اتمام جلسات مداخله حمایت کند.

علاوه بر این نتایج مطالعه ای که توسط Field و همکاران در سال ۱۹۹۷ با عنوان "ماساژ درمانی سبب کاهش درد لیبر می شود" انجام شده بود تا حدودی از نتایج به دست آمده از پژوهش ما در خصوص اثرات طولانی مدت ماساژ درمانی در بهبود علائم افسردگی طی ۴ هفته پس از مداخله حمایت می کند (Field et al., 1997). نتایج این مطالعه نشان داد که ماساژ درمانی سبب بهبود علائم افسردگی، اضطراب و درد در طول لیبر می شود، همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که ماساژ درمانی سبب کوتاه شدن طول مدت لیبر، طول مدت بستری در بیمارستان و کاهش افسردگی پس از زایمان شده بود. بهبود علائم افسردگی در دوره پس از زایمان و بعد از اتمام جلسات مداخله در طول لیبر مطرح کننده ی تداوم اثرات درمانی ماساژ در بهبود علائم افسردگی بعد از اتمام جلسات مداخله می باشد، این یافته نیز می تواند تا حدودی از نتایج به دست آمده از پژوهش ما در خصوص تداوم اثرات ماساژ درمانی در بهبود علائم افسردگی طی چند هفته پس از اتمام جلسات مداخله حمایت کند. بنابراین با توجه به اینکه در حمایت از یافته فوق شواهد بسیار اندکی وجود دارد، نمی توان در این زمینه به طور قطعی نتیجه گیری کرد و برای نتیجه گیری قطعی در این زمینه انجام مطالعات بیشتر ضروری به نظر می رسد.

همانطور که اشاره شد در پژوهش حاضر در گروه آزمون بلافاصله و ۴ هفته پس از اتمام جلسات مداخله بهبود علائم افسردگی مشاهده شده است، هر چند که در هفته ۴ روند کاهش بمانند بلافاصله پس از مداخله نبوده و احتمالاً این امر می تواند به علت کاهش اثر بخشی این مداخله پس از ۴ هفته باشد در واقع این یافته با نتایج مطالعه ای که توسط Field و همکاران در سال ۲۰۰۹ انجام شده همخوانی دارد (Field et al., 2009) چنانچه نتایج این مطالعه نیز نشان داد که میزان بهبودی علائم افسردگی در دوره پس از زایمان ($p=0/05$) در مقایسه با بهبودی این علائم در دوره بارداری کمتر بوده است ($p=0/07$).

در رابطه با هدف چهارم پژوهش "مقایسه نمرات افسردگی قبل و بلافاصله پس از مداخله به تفکیک در دو گروه آزمون و کنترل" جدول ۱۴ تنظیم و مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفت. طبق جدول شماره ۱۴ میانگین افسردگی در گروه ماساژ درمانی بلافاصله پس از مداخله در مقایسه با قبل از آن کاهش یافته بود و نتایج آزمون آماری تی زوج نشان داد که این کاهش معنی داری بوده است. بدین معنی که بلافاصله

پس از ماساژ درمانی نمره افسردگی در گروه مداخله کاهش یافته و ماساژ اثر مثبت در بهبود علائم افسردگی در گروه مداخله داشته است.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج مطالعه ای که توسط وفامند و همکاران در سال ۱۳۹۱ به منظور بررسی تاثیر ماساژ بر علائم افسردگی و اضطراب زنان معتاد زندان مرکزی اصفهان انجام شده بود (وفامند و همکاران، ۱۳۹۲) و یافته های آن حاکی از موثر بودن ماساژ درمانی در بهبود علائم افسردگی و اضطراب در زنان معتاد زندانی بود همخوانی دارد. نتایج این مطالعه نشان داد که بین میانگین نمرات افسردگی در گروه مداخله قبل و بعد از ۸ هفته ماساژ درمانی تفاوت آماری معناداری وجود دارد در حالی که در گروه شاهد این تفاوت آماری معنی دار نبود، این یافته با یافته ی به دست آمده از پژوهش ما همخوانی دارد.

علاوه بر این در این راستا نتایج مطالعه حاضر با نتایج به دست آمده از مطالعه قائدی و همکاران که به منظور بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر علائم سندرم پیش از قاعدگی انجام شده همخوانی دارد. در این پژوهش مقایسه نمرات قبل و بعد از مداخله به کمک آزمون آماری تی زوج نشان داد که ماساژ به طور معنی داری موجب کاهش میانگین علائم روانی ($0.64/1$) و علائم جسمانی ($0.57/6$) شده بود ($p=0.001$).

در رابطه با هدف پنجم پژوهش "مقایسه نمرات افسردگی قبل و ۴ هفته پس از مداخله به تفکیک در دو گروه آزمون و کنترل" جدول ۱۵ تنظیم و مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفت. طبق جدول شماره ۱۵ میانگین نمرات افسردگی در گروه ماساژ درمانی ۴ هفته پس از مداخله در مقایسه با قبل از آن کاهش یافته بود و نتایج آزمون آماری تی زوج نشان داد که این کاهش معنی داری بوده است. بدین معنی که ۴ هفته پس از ماساژ درمانی نمره افسردگی در گروه آزمون کاهش یافته و ماساژ اثر مثبت در بهبود علائم افسردگی طی ۴ هفته پس از مداخله در گروه مداخله داشته است. همانطور که قبلا نیز اشاره شد در حمایت از یافته فوق شواهد بسیار اندکی وجود دارد.

بنابراین نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می دهد که ماساژ درمانی سبب بهبود کوتاه و طولانی مدت علائم افسردگی در بارداری می شود اگر چه مکانیسم دقیق ماساژ درمانی در بهبود علائم افسردگی هنوز مشخص نیست ولی به نظر می رسد که ماساژ درمانی از طریق کاهش سطح کورتیزول و افزایش سطح دوپامین و سروتونین و نیز از طریق افزایش فعالیت عصب واگ سبب بهبود علائم افسردگی در بارداری می شود.

نتیجه گیری نهایی:

در این پژوهش تأثیر ماساژ درمانی بر علائم افسردگی دوران بارداری مورد بررسی قرار گرفت که تحلیل داده ها با توجه به فرضیات پژوهش نشان دهنده نتایج زیر می باشد.

در ارتباط با فرضیه اول پژوهش "میانگین نمره افسردگی در دو گروه مداخله و کنترل بلافاصله پس از اتمام جلسات مداخله متفاوت می باشد" نتایج نشان داد میانگین نمره افسردگی در گروه ماساژ کمتر از گروه کنترل می باشد که این تفاوت از نظر آماری نیز معنی دار می باشد.

در ارتباط با فرضیه دوم پژوهش "میانگین نمره افسردگی در دو گروه مداخله و کنترل ۴ هفته پس از مداخله متفاوت می باشد" نتایج نشان داد میانگین نمره افسردگی در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل می باشد که این تفاوت از نظر آماری نیز معنی دار می باشد.

بنابراین در کل می توان نتیجه گرفت که ماساژ درمانی به عنوان یک روش غیر دارویی می تواند در بهبود علائم افسردگی در بارداری موثر باشد و می توان از این روش ساده، ارزان و بی عارضه به عنوان یک روش درمانی مکمل در کنار سایر روش های دارویی استفاده کرد.

به طور خلاصه یافته های این پژوهش نشان می دهد که:

۱. ماساژ سبب بهبود علائم افسردگی پس از اتمام جلسات مداخله می شود
۲. ماساژ سبب بهبود علائم افسردگی ۴ هفته پس از اتمام مداخله می شود

پیام پژوهش

ماساژ درمانی می تواند به عنوان یک رویکرد غیر تهاجمی و مقرون به صرفه سبب بهبود کوتاه و طولانی مدت علائم افسردگی خفیف در دوران بارداری شود.

کاربرد یافته ها

با توجه به گسترش علوم و تکنولوژی و همگام با آن توسعه ی علم مامایی، نیاز به تحقیقات گسترده برای ارتقاء کیفیت مراقبت های مامایی و نیز عملکرد مبتنی بر شواهد در ابعاد مختلف بیش از پیش احساس می شود. در این راستا هر ماما دارای سهم با ارزشی در شکل گیری پژوهش های مامایی و به کار گیری آن دارد و در قبال انجام چنین مشارکت هایی، حرفه ای شدن مامایی به ویژه در ایران می تواند شکل بگیرد. نظر به نقش حیاتی و حساس ماما در تیم بهداشتی، در جهت آموزش به مادران باردار، امید است نتایج این پژوهش بتواند راه را برای انجام هر چه بهتر رویکردهای غیر دارویی از جمله ماساژ درمانی باز کند و از این راه موجب ارتقاء سطح سلامت و بهبود وضعیت بالینی مددجویان گردد. همان طور که اشاره شد، ماساژ درمانی باعث کاهش علائم افسردگی در زنان باردار شده بود که این یافته می تواند نقطه عطفی در جهت کنترل یکی از شایعترین اختلالات روحی- روانی یعنی افسردگی در بارداری باشد. پژوهشگر با امید به اینکه یافته های این پژوهش بتواند در پیشبرد اهداف مامایی مفید واقع شود، موارد استفاده از این یافته ها را در زمینه های مختلف آموزش مامایی، خدمات بالینی مامایی و مدیریت خدمات مامایی به شرح ذیل پیشنهاد می نماید.

آموزش مامایی

طراحان و مجریان برنامه های آموزش مامایی، می توانند با استفاده از یافته های این پژوهش و پژوهش های دیگر در خصوص طب مکمل و جایگزین، برنامه آموزش دانشجویان مامایی را به نحوی تنظیم و اجرا کنند که دانشجویان بتوانند با رویکردهای غیر دارویی و از جمله ماساژ درمانی هر چه بیشتر آشنا شوند. یافته های این پژوهش یک روش غیر تهاجمی و عملی را برای بهبود علائم افسردگی در دوران بارداری ارائه می دهد که آموزش آن به دانشجویان مامایی و نیز اجرای آن در محیط های کارورزی و موقعیت های بالینی، می تواند به ارتقاء خود کارآمدی کارشناسان مامایی و کیفیت مراقبت های دوران بارداری و بهبود سلامت روان مادران باردار بیانجامد. لذا برای استفاده هر چه بیشتر از نتایج این پژوهش در آموزش مامایی، بهتر است اصول کلی ماساژ در بارداری، آموزش داده شود.

خدمات بالینی مامایی

ماماها از بزرگترین گروه های حرفه ای بهداشتی- درمانی هستند که در تماس مستقیم و مداوم با بیماران می باشند و اینکه وظیفه ماما و سایر اعضای تیم درمانی ایجاب می کند حتی الامکان برای راحتی و آسودگی بیمار و کاهش عوارض ناشی از بیماری ها بکوشند. لذا یافته های این پژوهش می تواند به ارائه کننده گان مراقبت های مامایی کمک نماید تا با آموختن روش های مختلف غیر دارویی از جمله ماساژ درمانی، مادران باردار را به مرحله مطلوبی از سلامت عاطفی و روانی در دوران بارداری برسانند.

مدیریت خدمات مامایی

مدیران مامایی می توانند با استفاده از نتایج این پژوهش، دید وسیعتری نسبت به رویکردهای غیر رایج مراقبتی به ویژه در خصوص اختلال افسردگی در دوران بارداری و روشهای پیشگیری و کنترل آن به دست آورده و در جهت آموزش روش ماساژ درمانی در بارداری (به عنوان شاخه ای از طب مکمل و جایگزین) در برنامه های باز آموزی، سمینارها و کارگاه های آموزشی بیمارستانها جهت کارشناسان مامایی تلاش نمایند. مدیران مامایی همچنین می توانند ترتیبی اتخاذ نمایند که وسایل، تجهیزات و امکانات مورد نیاز برای کاربرد این روش که چندان هزینه ای در بر ندارد در مراکز بهداشتی- درمانی فراهم شود. با توجه به اهمیت نقش پژوهش در بهبود فعالیت های مامایی و در راستای قوی تر شدن تعمیم پذیری یافته های پژوهش حاضر، شناخت بیشتر تاثیرات ماساژ درمانی، پژوهش های زیر پیشنهاد می شود.

پیشنهادات بر اساس نتایج پژوهش

با توجه اینکه در پژوهش حاضر مداخله تنها برای دوره ی ۳ هفته ای برای نمونه ها انجام می شد، از این رو توصیه می شود تاثیر این مداخله در مدت زمان طولانی تری بررسی و مقایسه شود.

از آنجایی که در پژوهش اخیر، تاثیر ماساژ درمانی بر اختلال افسردگی خفیف دوران بارداری مورد بررسی قرار گرفته، از این رو توصیه می شود تا تاثیر این مداخله بر درجات متوسط تا شدید این اختلال در دوران بارداری نیز مورد بررسی قرار بگیرد.

در پژوهش حاضر ماساژ توسط پژوهشگر انجام شد، پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی از همسران و یا یکی از اعضای خانواده مادران باردار نیز در اجرای این مداخله کمک گرفته شود. در صورت استفاده از همسران مادران باردار برای انجام این مداخله در پژوهش های بعدی، می توان علاوه بر تاثیر این مداخله بر نشانه های روانی زوجین، تاثیر آن را بر بهبود روابط زوجین نیز مورد بررسی قرار داد.

با توجه به اینکه ماساژ درمانی از طریق کاهش سطح کورتیزول سبب بهبود علائم افسردگی و تعدادی از پیامدهای زایمانی می شود، توصیه می شود در پژوهش های بعدی تاثیر این مداخله بر سطح هورمون کورتیزول مادر نیز مورد بررسی قرار بگیرد.

پیشنهادات جهت پژوهش های بعدی

بررسی تاثیر ماساژ درمانی در بارداری بر شیوع زایمان پره ترم و وزن کم هنگام تولد.

بررسی تاثیر ماساژ درمانی در بارداری بر افسردگی پس از زایمان.

بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر درد کمر و ساق پا در دوران بارداری.

بررسی تاثیر ماساژ درمانی بر اضطراب دوران بارداری.

مقایسه تاثیر ماساژ درمانی و آرام سازی بر افسردگی دوران بارداری.

مقایسه تاثیر ماساژ درمانی و یوگا بر افسردگی دوران بارداری.

منابع و مأخذ

منابع فارسی

- ازخوش، منوچهر. ۱۳۸۷. کاربرد آزمون های روانی و تشخیص های بالینی. چاپ سوم. تهران: انتشارات روان.
- احمدزاده غلامحسین، صادقی زاده عاطفه، امانت سیامک، عمرانی فرد ویکتوریا، افشار حمید. ۱۳۸۵، شیوع افسردگی در زنان باردار و ارتباط آن با بعضی از عوامل اقتصادی - اجتماعی، مجله پزشکی هرمزگان سال دهم شماره چهارم زمستان ۸۵ صفحات ۳۲۹-۳۳۴.
- امیدوار شبنم، خیرخواه فروزان، عظیمی اوریمی حسن. ۱۳۸۶، افسردگی در بارداری و عوامل مرتبط بر آن، مجله پزشکی هرمزگان پاییز ۲۱۳، ۱۳۸۶-۲۱۹.
- استگر لسلوی. ماساژ درمانی در دوران بارداری، ترجمه روشنگ نوری، طیبیه نکویی. مشهد: انتشارات پرستار جوان؛ ۱۳۹۱.
- پازنده فرزانه، طومیانس ژانت، افشار فاطمه، ولایی ناصر. بررسی شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران. ۱۳۷۸، فصلنامه علمی پژوهشی فیض.
- حسینی سازی فریبا، پور رضا ابوالقاسم، حسینی مصطفی، شجاعی زاده داوود، افسردگی حین بارداری: لزوم ادغام بیمار یابی، افزایش مشارکت همسران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، بهار و تابستان ۷، ۱۳۸۴(۱)، ۶۰-۶۵.
- داویدیان هاراطون. افسردگی در فرهنگ ایرانی. چاپ دوم، تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۹۱.
- دنيس ویچلو براون. خودآموز ماساژ درمانی، ترجمه ندا عشایری، مهناز زرافشان. تهران: انتشارات المعی؛ ۱۳۸۹، صفحه ۱۶۴.
- طهوری سیده زهرا. ماساژ درمانی، قم: انتشارات آسمان علم؛ ۱۳۹۱.
- فروزنده نسرین، دل آرام معصومه، دریس فاطمه. ۱۳۸۱، وضعیت سلامت روان دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرکرد، فصلنامه باروری و ناباروری، بهار ۸۲ صفحات ۱۴۶-۱۵۵.
- قاعدی لیلی، مرادی مریم. تاثیر ماساژ بر سندرم پیش از قاعدگ دانشجویان، مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان ۱۳۸۹: ۱۳(۲) ۳۸-۴۲.
- کاربخش مژگان، صداقت مجتبی. ۱۳۸۱، افسردگی حین بارداری لزوم ادغام بیماریابی در مراقبت های خانم های باردار. پایش، فصلنامه پژوهشکده علوم پزشکی جهاد دانشگاهی، پاییز ۱، ۴۹(۴)-۵۵.
- ناصری محسن. ۱۳۸۳، ضرورت احیای طب سنتی ایران. نشریه تخصصی طب سنتی و مکمل درمانگر، صفحه ۱.

نهبانندی نژاد صغری. آموزش روش های عملی ماساژ درمانی ، اصفهان : انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ ۱۳۸۵. علوم پزشکی کاشان، بهار ۱۳۷۸، صفحات ۶۶ تا ۷۰.

یگانه خواه محمدرضا، احمدی شاه بلاغی فرحناز، خانکه حمیدرضا، رهگذر مهدی. ۱۳۸۶، تاثیر ماساژ به روش استروک سطحی پشت بر اضطراب سالمندان، مجله ی توانبخشی پاییز ۱۴، ۱۳۸۶-۲۰.

وفامند عفت السادات، کارگر فرد مهدی، صالحی مهرداد، قاسمی غلامعلی. تاثیر ماساژ درمانی بر کاهش علایم اضطراب و افسردگی زنان معتاد زندان مرکزی اصفهان، مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۲):۸۱-۸۹.

- ABOU-SALEH, M. & COPPEN, A. 2006. Folic acid and the treatment of depression. *J Psychosom Res*, 285-287.
- ALBERT, N. M., GILLINOV, A. M., LYTLE, B. W., FENG, J., CWYNAR, R. & BLACKSTONE, E. H. 2009. A randomized trial of massage therapy after heart surgery. *HEART & LUNG*, 38, 480-490.
- ALWAN, S., REEFHUIS, J., RASMUSSEN, S., OLNEY, R. & FRIEDMAN, J. 2007. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med*, 356, 2648-92.
- BAR-OZ, B., EINARSON, T. & EINARSON, A. 2007. Paroxetine and congenital malformations: meta-analysis and consideration of potential confounding factors. *Clin Ther*.
- BECK, A. T., STEER, R. A. & GARBIN, M. G. 1988. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 77-100.
- BENNETT, H. A., EINARSON, A., KOREN, G. & EINARSON, T. R. 2004. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*, 103, 698-709.
- BODNAR, L. & WISNER, K. 2005. Nutrition and depression: Implications for improving mental health among childbearing-aged women. *Biol Psychiatry*, 679-685.
- BONARI, L., BENNETT, H., EINARSON, A. & KOREN, G. 2004. Risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 50.
- BOWEN, A. & MUHAJARINE, N. 2006. Antenatal Depression. *Canadian nurse*, 102, 27-30.
- BOYD, R., HN, L. & SOMBERG, R. 2005. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Women's Mental Health*, 141-153.

- BRAUN, M. B. & SIMONSON, S. 2007. *Introduction to massage therapy*, Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins Co.
- BURCUSA, S. & IACONO, W. 2007. Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev*, 959-985.
- CASSAR, M. & MAXWELL-HUDSON, C. 2004. *hand book of clinical massage*, edinburgh churcill liring stone.
- CASSILETH, B. & VICKERS, J. 2004. Massage therapy for symptom control : outcome study at a major cancer. *journal of pain and symptom management*, 244-249.
- CHAMBERS, C. D., HERNANDEZ-DIAZ, S., MARTER, L. J. V., WERLER, M. M., LOUIK, C., JONES, K. L. & MITCHELL, A. A. 2006. Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persisitent pulmonary hypertension of the newborn. *N Engl J Med*, 354, 579-87.
- COELHO, H., BODDY, K. & ERNNST, E. 2008. Massage therapy for the treatment of depression:a systematic review. *International Journal of clinical practice*, 62, 325-333.
- COHEN, L., ALTSCHULER, L. & HARLOW, B. 2006. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*, 295, 499-507.
- CRADDOCK, N., FORTY, L. & EUR, J. 2006. Genetics of affective (mood) disorders. *Hum Genet*, 660-668.
- CROEN, L., GREYER, J., YOSHIDA, C., ODOULI, R. & HENDRICK, V. 2011. Antidepressant use during pregnancy and childhood autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*.
- COSTEI, A., KOZER, E., HO, T., ITO, S. & KOREN, G. 2002. Perinatal outcome following third trimester exposure to paroxetine. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156, 1129-32.

- DAVIS, E., GLYNN, L., SCHETTER, C. D., HOBEL, C., CHICZ-DEMET, A. & SANDMAN, C. 2007. Prenatal exposure to prenatal depression and cortisol influences infant temperament. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.
- DEAVE, T., HERON, J., EVANS, J. & EMOND, A. 2008. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG*, 1043-51.
- DENNIS, C., ROSS, L. & GRIGORIADIS, S. 2007. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*.
- DIETZ, P., WILLIAMS, S., CALLAGHAN, W., BACHMAN, D., WHITLOCK, E. & HORN BROOK, M. C. 2007. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry*, 1515-20.
- DUNLOP, B. & NEMEROFF, C. 2007. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 327-337.
- EDWARDS, B., GALLETLY, C., SEMMLER-BOOTH, T. & DEKKER, G. 2008. Does antenatal screening for psychosocial risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 51-55.
- ELSENBRUCH, S., BENSON, S. & RUCKE, M. 2007. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod*, 869-877.
- FAISAL-CURY, A. & MENEZES, P. R. 2007. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*, 25-32.
- FIELD, T., DIEGO, M. & HERNANDEZ-REIF, M. 2006. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev*, 445-55.

- FIELD, T., DIEGO, M. & HERNANDEZ-REIF, M. 2007. Massage therapy research. *Developmental Review*, 75-89.
- FIELD, T., DIEGO, M. & HERNANDEZ-REIF, M. 2010. Prenatal Depression Effects and Interventions: A Review. *Infant Behav Dev*, 33, 409-418.
- FIELD, T., DIEGO, M., HERNANDEZ-REIF, M., DEEDS, O. & FIGUEIREDO, B. 2009. Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behav Dev*, 32.
- FIELD, T., DIEGO, M., HERNANDEZ-REIF, M., MEDINA, L., DELGADO, J. & HERNANDEZ, A. 2012. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *J Bodyw Mov Ther*, 16, 204-209.
- FIELD, T., DIEGO, M., HERNANDEZ-REIF, M., SCHANBERG, S. & KUHN, C. 2004. Massage therapy effect on depressed pregnant women *journal of psychosomatic obstetrics and gynecology* 25, 115-122.
- FIELD, T., FIGUEIREDO, B., HERNANDEZ-REIF, M., DIEGO, M. & DEEDS, O. 2008. Massage therapy reduces pain in pregnant women, alleviates prenatal depression in both parents and improves their relationships. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 12.
- FIELD, T., HERNANDEZ-REIF, M., DIEGO, M., SCHANBERG, S. & KUHN, C. 2005. Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. *International Journal of Neuroscience* 115, 1397-1413.
- FIELD, T., HERNANDEZ-REIF, M., HART, S., THEAKSTON, H., SCHANBERG, S. & KUHN, C. 1999. pregnant women benefit from massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 31-38.
- FIELD, T., HERNANDEZ-REIF, M., TAYLORE, S., QUINTINO, O. & BURMAN, J. 1997. labor pain is reduced by massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 286-291.

- FISHELL, A. 2010. Depression and Anxiety in Pregnancy. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 17, 363-369.
- FLESCHE, R. & PESKIN, M. F. 2008. selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in pregnancy: A Review. *MCN, The American Journal Of Maternal /Child Nursing*, 33, 355-361.
- FRITZ, S. 2004. *Fundamental of therapeutic massage*, St.Louis Mobsy Co.
- GELDER, M., GELDER, M., MAYOU, R. & GEDDES, J. 2005. *psychiatry:An oxford core text*, newyork, oxford university press.
- GENTILE, S. & BELLANTUONO, C. 2009. Selective serotonin reuptake inhibitor exposure during early pregnancy and the risk of fetal major malformations: focus on paroxetine. *J. Clin. Psychiatry*, 70, 414-422.
- GIARDINELLI, L., INNOCENTI, A., BENNI, L., STEFANINI, M. C., LINO, G., LUNARDI, C., SVELTO, V., AFSHAR, S., BOVANI, R. & CASTELLINI, G. 2012. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health* 15, 21-30.
- GILLMAN, P. 2005. Monoamine oxidase inhibitors, opioid analgesics and serotonin toxicity. *British Journal of Anaesthesia*, 434-441.
- GOLBASI, Z., KELLECI, M., KISACIK, G. & CETIN, A. 2010. Prevalence and Correlates of Depression in Pregnancy Among Turkish Women. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 485-491.
- GONSALVES, L. & SCHUERMEYER, I. 2006. Treating depression in pregnancy:Practical suggestions. *CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE*, 73, 1098-1104.
- GOURANGE, S. A. 2010. principles and practice of therapeutic massage. *In: PUBLISHERS, J. B. M. (ed.)*.
- GOYAL, D., MURPHY, S. & COHEN, J. 2006. immigrant asian indian women and postpartum depression. *JOGNN*, 32, 98-104.

- GREENOUGH, A. & KHETRIWAL, B. 2005. Pulmonary hypertension in the newborn. *Paediatr Respir Rev*, 6, 111-116.
- GROTE, N., BRIDGE, J., GAVIN, A., MELVILLE, J., IYENGAR, S. & KATON, W. 2010. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*, 1012-24.
- HAMILTON, B., MARTIN, J. & VENTURA, S. 2007. Births: preliminary data for 2005. National vital statistics report. *National Center for Health Statistics*.
- HARTLEY, M., TOMLINSON, M., GRECO, E., COMULADA, W., STEWART, J., ROUXL, I., MBEVU, N. & ROTHERAM-BORUS, M. 2011. Depressed mood in pregnancy : prevalence and correlates in two cape town peri-urban settlements. *Repor d health*, 8:9.
- HEMELS, M., EINARSON, A., KOREN, G., LANCTOT, K. & EINARSON, T. 2005. Antidepressant use during pregnancy and rates of spontaneous abortion: a meta-analysis. *Ann Pharmacoth*e, 803-9.
- HERON, J., O'CONNOR, T., EVANS, J., GOLDING, J. & GLOVER, V. 2004. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum In a community sample *Journal of Affective Disorders*, 65-73.
- JACQUELINE, M., GRATH, M., LINDSAY, M. & VAN, C. T. 2008. parent delivered infant nursing. 1, 39-40.
- JESSE, D., WALCOTT-MCQUIGG, J., MARIELLA, A. & SWANSON, M. 2005. Risks and protective factors associated with symptoms of depression in lowincome African American and Caucasian women during pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 405-10.
- KA'LLE'N, B. & OLAUSSON, P. O. 2007. Maternal use of selective serotonin re-uptake inhibitors in early pregnancy and infant congenital malformations. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 79, 301-8.

- KALLEN, B. & OLAUSSON, P. 2008. Maternal use of selective serotonin re-uptake inhibitors and persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 17, 801-6.
- KAPLAN, I. & SADOCK, J. 2012. *synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry*, Philadelphia , lippincott williams and wilkins.
- KAPLAN, I. & SADOCK., J. 2007. *synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry*, Philadelphia, Lippincott Willwiams and Wilkins.
- KIM, D. & P.OREARDON, J. 2011. Editorial : The treatment of depression during pregnancy. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 48.
- KULKARNI, S. 2005. pregnancy blues. *new york:Delacorte press*.
- LATTIMORE, K., DONN, S., KACIROTI, N., KEMPER, A., NEAL, C. J. & VAZQUEZ, D. 2005. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn: a meta-analysis. *J Perinatol*, 595-60.
- LEIGH, B. & MILGROM, J. 2008. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 24.
- LEUNG, B. M. Y. & KAPLAN, B. J. 2009. Perinatal Depression: Prevalence, Risks, and the Nutrition Link—A Review of the Literature. *Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION*, 1566-1575.
- LORANT, V., DELIEGE, D., EATON, W., ROBERT, A., PHILIPPOT, P. & ANSSEAU, M. 2003. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *Am J Epidemiol.*, 98-112.
- LOUIK, C., LIN, A., WERLER, M., HERNÁNDEZ-DÍAZ, S. & MITCHELL, A. 2007. First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2675-83.
- LUSSKIN, S., PUNDIAK, T. & HABIB, S. 2007. Perinatal depression: Hiding in plain sight. *Can J Psychiatry*, 479-487.

- LYNN, P. 2008. *Taylor's clinical nursing skills*, lippincott , williams and wilkins.
- MALM, H., KLAUKKA, T. & NEUVONEN, P. 2005. Risks associated with selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy. *Obstet Gynecol*, 106, 1289-96.
- MANBER, R., SCHNYER, R. & ALLEN, J. 2004. Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. *J Affect Disord*, 83, 89-95.
- MANN, J. 2005. The medical management of depression. *N Engl J Med*, 1819-34.
- MARCUS, S. M. & HERINGHAUSEN, J. E. 2008. Depression in Childbearing Women: When Depression Complicates Pregnancy. *Prim Care*, 36, 151-ix.
- MARCUSA, S. M., BARRY, K. L., FLYNNB, H. A., TANDOND & GREDENB, J. F. 2001. Treatment guidelines for depression in pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 72.
- MASUMI, I., HANAKO, M. & HIROSHI, U. 2006. The Psychological Effects of Aromatherapy-Massage in Healthy Postpartum Mothers. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51, 21-27.
- MELTZER-BRODY, S. 2011. New insights into perinatal depression : Pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci*, 13, 89-100.
- MILGROM, J., GEMMILL, A., BILSZTA, J., HAYES, B., BARNETT, B., BROOKS, J., ERICKSEN, J., ELLWOOD, J. & BUIST, A. 2008. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *J Affect Disord*, 147-157.
- MOSES-KOLKO, E., BOGEN, D., PEREL, J., BREGAR, A., UHL, K., LEVIN, B. & WISNER, K. 2005. Neonatal signs after late in utero exposure to serotonin reuptake inhibitors: Literature review and implications for clinical applications. *JAMA*, 2372–2383.

- NASREEN, H., KABIR, Z., FORSELL, Y. & EDHBORG, M. 2011. prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy:a population based study in rural bangladesh. *BMC womens health* 11:22.
- NESTLER, E., BARROT, M., DILEONE, R., EISCH, A., GOLD, S. & MONTEGGIA, L. 2002. Neurobiology of depression. *Neuron*, 13-25.
- NIKFAR, S., RAHIMI, R., HENDOIEE, N. & ABDOLLAHI, M. 2012. Increasing the risk of spontaneous abortion and major malformations in newborns following use of serotonin reuptake inhibitors during pregnancy: A systematic review and updated meta-analysis. *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, 75, 1-10.
- NONACS, R. & LCOHEN 2003. Assessment and treatment of depression during pregnancy. *Psychiar Clin N Am*, 26, 547-562.
- OBERLANDER, T., WARBURTON, W., MISRI, S., AGHAJANIAN, J. & HERTZMAN, C. 2006. Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 898-906.
- OBERLANDER, T., WARBURTON, W., MISRI, S., AGHAJANIAN, J. & HERTZMAN, C. 2008. Effects of timing and duration of gestational exposure to serotonin reuptake inhibitors: population based study. *Br J Psychiatry*, 192, 338–43.
- OREN, D., WISNER, K. & SPINELLI, M. 2002. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *Am J Psychiatry*, 666-669.
- PATTEN, S. 2006. A major depression prognosis calculator based on episode duration. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2.
- PAWLBY, S., HAY, D., SHARP, D., WATERS, C. & O'KEANE, V. 2009. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring:

Prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disord*, 236-243.

PEDERSEN, L., HENRIKSEN, T., VESTERGAARD, M., OLSEN, J. & BECH, B. 2009. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and congenital malformations: population based cohort study. *BMJ*, 339, b3569.

PICK, M., EDWARDS, M., MOREAU, D. & RYAN, E. 2005. Assessment of diet quality in pregnant women using the Healthy Eating Index. *J Am Diet Assoc*, 240-246.

PING, W., CORDELIA, F., XINHUA, L., HSIN-CHIEN, L., BIN, F., CHRISTINA, W. H. & FREDI, K. 2007. Use of complementary and alternative medicine among women with depression: Results of a national survey *Psychiatric services*, 58.

PLATANIA-SOLAZZO, A., FIELD, T. & BLANK, J. 1992. Relaxation therapy reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. *Acta Paedopsychiatr*, 55, 115-120.

RAHIMI, R., NIKFAR, S. & ABDOLLAHI, M. 2006. Pregnancy outcomes following exposure to serotonin reuptake inhibitors: a metaanalysis of clinical trials. *Reprod Toxicol*, 571-5.

RAUDZUSA, J. & MISRI, S. 2008. Managing unipolar depression in pregnancy. *Current Opinion in Psychiatry*.

REES, A., AUSTIN, M. & PARKER, G. 2008. Omega-3 fatty acids as a treatment for perinatal depression: randomized double-blind placebo-controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*, 42.

REIS, M. & KALLEN, B. 2010. Delivery outcome after maternal use of antidepressant drugs in pregnancy: an update using Swedish data. *Psychol Med*, 1723-33.

RUBERTSSON, C., WICKBERG, B., GUSTAVSSON, P. & RADESTAD, I. 2005. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one

year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*, 8, 97-104.

RYAN, D., MILIS, L. & MISRI, N. 2005. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician*, 51.

SADOCK, B., KAPLAN, H. & SADOCK, V. 2012. behavioral science clinical psychiatry , . philadelphia , lippincott williams and wilkins.

SIMON, G., CUNNINGHAM, M. & DAVIS, R. 2002. Outcomes of prenatal anti-depressant exposure. *Am J Psychiatry*, 159, 2055-61.

SIVOJELEZOVA, A., SHUHAIBER, S., SARKISSIAN, L., EINARSON, A. & KOREN, G. 2005. Citalopram use in pregnancy: prospective comparative evaluation of pregnancy and fetal outcome. *J Obstet Gynecol*, 193.

SPENCER, W. & JOSEPH, J. 2008. complementary and alternative medicine:an evidence –based Approach. 20, 33-35.

STEIN, A., MALMBERG, L., SYLVA, K., BARNES, J., LEACH, P. & TEAM, F. 2008. The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development. *Child Care Health Dev*, 603-612.

STEWART, D. 2011. Depression during Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 365, 1605-11.

STEWART, R. 2007. Maternal depression and infant growth—A review of recent evidence. *Matern Child Nutr*, 2, 107.

STILLERMAN, E. 2008. *Prenatal Massage: A Textbook of Pregnancy, Labor, and Postpartum Bodywork, 1e (Mosby's Massage Career Development)*, Elsevier Health Sciences.

STOWE, Z. 2005. The onset of postpartum depression: implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol* 522.

- SURI, R., ALTSHULER, L., HELLEMANN, G., BURT, V., AQUINO, A. & MINTZ, J. 2007. Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth. *Am J Psychiatry*, 1206-13.
- TALGE, N., NEAL, C. & GLOVE, V. 2007. Antenatal maternal stress and longterm effects on child neurodevelopment: How and why? *J Child Psychol Psychiatry*, 254-261.
- UDECHUKU, A., NGUYEN, T., HILL, R. & SZEGO, K. 2010. Antidepressants in pregnancy: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*, 44, 978-96.
- WATT, G. V. D., LAUGHARNE, J. & JANCA, A. 2008. Complementary and alternative medicine in the treatment of anxiety and depression *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 37-42.
- WILLIAMS, J. & MITCHELL, M. 2007. Midwifery manager views about the use of complementary therapies in the maternity services. *complementary therapies in clinical practice* 12, 129-135.
- WLOOHOUSE, H., BROWN, S., KRASSTEV, A., PERLEN, S. & GUNN, J. 2009. Seeking help for anxiety and depression after childbirth: results of the Maternal Health Study. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 75-83.
- YATES, S. 2010. *pregnancy and child birth : a holistic approach to masaage and bodyworkc*, Churchil livingstone elsevier.
- YONKERS, K. A., WISNER, K. L., STEWART, D. E., OBERLANDER, T. F., DELL, D. L., STOTLAND, N., RAMIN, S., CHAUDRON, L. & LOCKWOOD, C. 2009. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*, 114, 703-713.
- ZUCCOTTI, G. V., FABIANO, V. & MANFREDINI, V. 2012. Neonates born to mothers using antidepressant drugs. *Early Human Development* S84-S85.

پیوست ها

بسمه تعالی

پرسشنامه (۱)

کد: تاریخ:/...../۱۳۹۲ نام مرکز بهداشتی درمانی:.....

۱. سن: (سال)

۲. قومیت: بلوچ ترک فارس کرد لر سایر

۳. سطح تحصیلات زن: ابتدایی راهنمایی دیپلم دانشگاهی حوزوی

۴. سطح تحصیلات همسر: ابتدایی راهنمایی دیپلم دانشگاهی حوزوی

۵. وضعیت اشتغال زن: خانه دار شاغل در صورت شاغل بودن شغل شما چیست؟.....

۶. وضعیت اشتغال همسر: آزاد کارمند کارگر بیکار سایر

۷. وضعیت اقتصادی خانواده را چگونه ارزیابی می کنید: ضعیف متوسط خوب

۸. وضعیت سکونت فعلی: شخصی استیجاری سایر

۹. تعداد حاملگی

۱۰. سن حاملگی فعلی شما چند هفته است؟

پاسخگوی محترم!

پرسشنامه ی ذیل دارای ۲۱ گروه می باشد . خواهشمند است جملات هر گروه را به دقت مطالعه بفرمایید و فقط شماره ی جمله ای که بیش از چند جمله ی دیگر حالت کنونی شما را بیان می کند علامت بزنید. لطفا در هر گروه از جملات فقط یکی را انتخاب کنید .

۱

من احساس غمگینی نمی کنم.

غمگین هستم

همیشه دل گرفته و غمگینم و نمی توانم از آن رهایی یابم

به حدی غمگینم که توانایی تحمل آن را ندارم

۲

به آینده امید وارم

نسبت به آینده احساس ناامیدی می کنم

احساس می کنم آینده ی امید بخشی در انتظارم نیست

احساس می کنم که امیدی به آینده ندارم و وضعیت بهتر از این نخواهد شد

۳

ناکام نیستم

بیش از یک شخص عادی احساس ناکامی می کنم

به گذشته که می نگرم هر چه می بینم شکست و ناکامی است

آدم کاملا شکست خورده ای هستم

۴

مثل گذشته از زندگی خود راضی هستم

مثل سابق دیگر از زندگی لذت نمی برم

دیگر از هیچ چیز احساس رضایت نمی کنم

از همه چیز ناراضی ام

۵

احساس گناه ندارم

گاهی اوقات احساس گناه می کنم

اغلب احساس گناه می کنم

همیشه احساس گناه می کنم

۶

احساس نمی کنم که دارم مجازات می شود

احساس می کنم که ممکن است مجازات شوم

احساس می کنم که مستحق مجازات هستم

دلم می خواهد که مجازات شوم

۷

- از خودم راضی هستم
- از خودم راضی نیستم
- از خودم بدم می آید
- از خودم متنفرم

۸

- احساس نمی کنم که بدتر از سایرین باشم
- از خودم به خاطر خطاهایم انتقاد می کنم
- برای هر خطایی که رخ می دهد خودم را سرزنش می کنم
- احساس می کنم که عیب هایم زیاد است

۹

- هرگز به فکر خودکشی نمی افتم
- فکر خودکشی به سرم زده اما اقدامی نکرده ام
- به فکر خودکشی هستم
- اگر بتوانم خودکشی می کنم

۱۰

- بیش از حد معمول گریه نمی کنم
- بیش از گذشته گریه می کنم
- همیشه گریان هستم
- قبلا گریه می کردم اما حالا با اینکه دلم می خواهد نمی تواند گریه کنم

۱۱

- کم حوصله تر از گذشته نیستم
- کم حوصله تر از گذشته هستم
- اغلب کم حوصله هستم
- همیشه کم حوصله هستم

۱۲

- علاقه ام را نسبت به مردم از دست نداده ام
- در حال حاضر علاقه ام نسبت به مردم کمتر شده است
- تا حدود زیادی علاقه ام را به مردم از دست داده ام
- تمام علاقه ای که به مردم داشته ام را از دست داده ام و از آنها قطع امید کرده ام

۱۳

- مثل همیشه می توانم تصمیم گیری کنم
- اکنون اطمینان کمتری به خود دارم
- در تصمیم گیری تعلل می کنم

دیگر بدون کمک دیگران نمی توانم تصمیم بگیرم

۱۴

از نظر ظاهری احساس می کنم نسبت به گذشته بدتر به نظر نمی رسم

نگران هستم پیر یا غیر جذاب به نظر آیم

احساس می کنم جذابیت خود را از دست داده ام

احساس می کنم که زشت هستم

۱۵

به خوبی گذشته می توانم کار کنم

به خوبی گذشته نمی توانم کار کنم

برای انجام هر کاری فشار زیادی به خودم می آورم

دستم به هیچ کاری نمی رود

۱۶

مثل همیشه خوب می خوابم

مثل همیشه خوب نمی خوابم

یکی دو ساعت زودتر از وقت معمول بیدار می شوم و به سختی می خوابم

چند ساعت زودتر از وقت معمول بیدار می شوم و دیگر نمی خوابم

۱۷

بیش از گذشته خسته نمی شوم

زودتر از گذشته خسته می شوم

از انجام هر کاری خسته می شوم

من آنقدر خسته می شوم که نمی توانم کاری انجام دهم

۱۸

اشتهایم تغییری نکرده است

اشتهایم به خوبی گذشته نیست

اشتهایم خیلی کم شده است

به هیچ چیز اشتها ندارم

۱۹

اخیراً وزن کم نکرده ام

وزنم بیش از ۲,۵ کیلوگرم کم شده است

وزنم بیش از ۵ کیلوگرم کم شده است

وزنم بیش از ۷,۵ کیلوگرم کم شده است

۲۰

بیش از گذشته مریض نمی شوم

من در مورد دردها و ناراحتی ها نگران یبوست و سوءهاضمه هستم

- به شدت نگران سلامتی خود هستم
- آنقدر نگران سلامتی خودم هستم که به چیز دیگری نمی توانم فکر کنم

۲۱

- میل جنسی ام تغییر نکرده است
- میل جنسی کمتر شده است
- میل جنسی ام خیلی کم شده است
- من تمام علاقه ام را به امور جنسی از دست داده ام

رضایت نامه شرکت در طرح بررسی تاثیر ماساژ بر افسردگی دوران بارداری

آقای/ خانم محترم

بدین وسیله از شما جهت شرکت در پژوهش فوق الذکر دعوت به عمل می‌آید. اطلاعات مربوط به این پژوهش در این برگه خدمتتان ارائه شده است و شما برای شرکت یا عدم شرکت در این پژوهش آزاد هستید. شما مجبور به تصمیم گیری فوری نیستید و برای تصمیم گیری در این باره می‌توانید سوالات خود را از تیم پژوهشی بپرسید و با هر فردی که مایل باشید مشورت نمایید. قبل از امضای این رضایت نامه مطمئن شوید که متوجه تمامی اطلاعات این فرم شده‌اید و به تمام سوالات شما پاسخ داده شده است.

مجری پژوهش

۱. من می‌دانم که اهداف این پژوهش عبارتند از:
بررسی تاثیر ماساژ بر افسردگی دوران بارداری
۲. من می‌دانم که شرکت من در این پژوهش کاملاً داوطلبانه است و مجبور به شرکت در این پژوهش نیستم.
به من اطمینان داده شد که اگر حاضر به شرکت در این پژوهش نباشم، از مراقبت‌های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهم شد و رابطه درمانی من با مرکز درمانی و پزشک معالجم دچار اشکال نمی‌شود.
۳. من می‌دانم که حتی پس از موافقت با شرکت در پژوهش می‌توانم هر وقت که بخواهم، پس از اطلاع به مجری، از پژوهش خارج شوم و خروج من از پژوهش باعث محرومیت از دریافت خدمات درمانی معمول برای من نخواهد شد.
۴. نحوه همکاری اینجانب در این پژوهش به این صورت است که بعد از تکمیل پرسشنامه ی مربوط به سنجش علایم افسردگی در صورت تشخیص ابتلا به افسردگی و نیز بعد از اعلام رضایت ، فرم مشخصات فردی و اجتماعی را پر می‌کنم سپس با توجه به اینکه مادران باردار افسرده به صورت تصادفی در یکی از دو گروه قرار می‌گیرند ، در صورتی که در گروه ماساژ در مانی قرار بگیرم ماساژ درمانی به مدت ۳ هفته ی متوالی و هر هفته به مدت ۲ روز متوالی و هر روز به مدت ۲۰ دقیقه انجام می‌شود . سپس بلافاصله و ۴ هفته پس از پایان این دوره جهت بررسی اثرات ماساژ درمانی مجدداً پرسشنامه ی مربوط به سنجش علایم افسردگی را پر می‌کنم . در صورت داشتن سوال می‌توانم با شماره و آدرسی که ایشان در اختیارمان قرار داده اند با ایشان تماس بگیریم . در پایان کار ما را از نتیجه کارشان مطلع خواهند کرد.

۵. منافع احتمالی شرکت اینجانب در این مطالعه به این شرح است: شرکت در این مطالعه می تواند به بهبود روش های تشخیصی و درمانی افراد مبتلا به افسردگی دوران بارداری کمک کند.
۶. آسیب ها و عوارض احتمالی شرکت در این مطالعه به این شرح است: هیچ گونه عوارضی تا کنون گزارش نشده است.
۷. در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه روش معمول درمانی برای من ارائه خواهد شد که منافع و عوارض آن به این شرح است: در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه هیچ مشکلی متوجه من نخواهد شد و تمامی مراقبت های لازم دوران بارداری را دریافت خواهم کرد.
۸. من می دانم که دست اندر کاران این پژوهش، کلیه اطلاعات مربوط به من را نزد خود به صورت محرمانه نگه داشته و فقط اجازه دارند فقط نتایج کلی و گروهی این پژوهش را بدون ذکر نام و مشخصات اینجانب منتشر کنند.
۹. می دانم که کمیته اخلاق در پژوهش با هدف نظارت بر رعایت حقوق اینجانب می تواند به اطلاعات من دسترسی داشته باشد.
- من می دانم که هیچ یک از هزینه های انجام مداخلات پژوهشی به شرح ذیل بر عهده من نخواهد بود. به دنبال شرکت در این مطالعه هیچ هزینه ای بابت دریافت جلسات ماساژ درمانی متوجه من نخواهد بود.
۱۰. خانم / آقای زهره احمدی جهت پاسخگویی به اینجانب معرفی شد و به من گفته شد تا هر وقت مشکلی یا سوالی در رابطه با شرکت در پژوهش مذکور پیش آمد با ایشان در میان بگذارم و راهنمایی بخواهم.
- آدرس و شماره تلفن ثابت و همراه ایشان به شرح به من ارائه شد:
- آدرس: ایلام خیابان بعثت کوچه خلیل تابا
- تلفن ثابت: ۰۸۴۱۳۳۴۱۵۲۰
- تلفن همراه: ۰۹۳۶۳۱۸۰۶۱۸
۱۱. من می دانم که اگر در حین و بعد از انجام پژوهش هر مشکلی اعم از جسمی و روحی به علت شرکت در این پژوهش برای من پیش آمد درمان عوارض، و هزینه های آن و غرامت مربوطه بر عهده مجری خواهد بود.
۱۲. من می دانم اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به دست اندرکاران یا روند پژوهش دارم می توانم با کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران به آدرس: تهران، تقاطع بلوار کشاورز و خیابان قدس، ساختمان ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تهران، طبقه پنجم، اتاق ۵۰۱ تماس گرفته و مشکل خود را به صورت شفاهی یا کتبی مطرح نمایم.

۱۳. این فرم اطلاعات و رضایت آگاهانه در دو نسخه تنظیم شده و پس از امضا یک نسخه در اختیار من و نسخه دیگر در اختیار مجری قرار خواهد گرفت.

اینجانب موارد فوق‌الذکر را خواندم و فهمیدم و بر اساس آن رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در این پژوهش اعلام می‌کنم.

امضای شرکت کننده

اینجانب خود را ملزم به اجرای تعهدات مربوط به مجری در مفاد فوق دانسته و متعهد می‌گردم در تأمین حقوق و ایمنی شرکت کننده در این پژوهش تلاش نمایم.

مهر و امضای مجری پژوهش