

The effectiveness of meta-emotion combined therapy on reducing anxiety sensitivity and experiential avoidance in women with postpartum depression

Seyed Javad Daryadel¹, Niloufar Mikaeili², Parviz Molavi³

1-Ph.D Student of Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran (Corresponding Author).
E-mail: Nmikaeili@uma.ac.ir

3- Professor, Department of Psychiatry, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

Received: 07/05/2021

Accepted: 20/07/2021

Abstract

Introduction: Postpartum depression has an effect on reducing maternal attachment and family relationships and can be a threat to the safety and well-being of mother, infant and other children.

Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of meta-emotion combined therapy on anxiety sensitivity and experiential avoidance in women with postpartum depression.

Method: The present study was a quasi-experimental study with two-group pretest-posttest method. The statistical population of the study was all women referring to Golestan Health Center in Ardabil in the years 2018-19. Sampling method was available. Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale, 40 subjects (20 in the experimental group and 20 in the control group) were selected. Then, for the experimental group, meta-emotion combined therapy protocol was performed during 12 sessions and the results were analyzed based on experimental avoidance and anxiety sensitivity scales using covariance statistical method using SPSS software version 18.

Results: The results showed that the mean scores of post-test anxiety sensitivity and experiential avoidance in the experimental group were lower than the control group. In other words, meta-emotion combined therapy on reducing anxiety sensitivity ($F=129.89$, $P=0.001<0.05$) and experiential avoidance ($F=229.10$, $P=0.001<0.05$) is effective.

Conclusion: The results of this study showed that the meta-emotion combined therapy, through emotion regulation and reduction of negative emotions, is an effective therapeutic approach in reducing anxiety sensitivity and experiential avoidance in women with postpartum depression.

Keywords: Emotion, Anxiety, Experiential avoidance, Postpartum depression

How to cite this article: Daryadel SJ, Mikaeili N, Molavi P. The effectiveness of meta-emotion combined therapy on reducing anxiety sensitivity and experiential avoidance in women with postpartum depression. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2021; 8 (3): 116-127 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1131-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

اثربخشی درمان تلفیقی فراهیجانی بر کاهش حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

سیدجواد دریادل^۱، نیلوفر میکائیلی^۲، پرویز مولوی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (مؤلف مسئول).
ایمیل: Nmikaeili@uma.ac.ir

۳. استاد، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۴/۲۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۱۷

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان در کاهش دلبستگی مادر و روابط خانوادگی تأثیر دارد و می‌تواند تهدیدی برای امنیت و بهزیستی مادر، نوزاد و سایر فرزندان باشد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان تلفیقی فراهیجانی بر حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی و به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروهی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مراجعه کننده به مرکز سلامت گلستان شهر اردبیل در سال‌های ۹۸-۱۳۹۷ بودند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. با استفاده از مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) انتخاب شدند. سپس برای گروه آزمایشی، پروتکل درمان تلفیقی فراهیجانی در طول ۱۲ جلسه اجرا و نتایج براساس مقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای و حساسیت اضطرابی به روش آماری کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات پس‌آزمون حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه پایین بود. به بیان دیگر درمان تلفیقی فراهیجانی بر کاهش حساسیت اضطرابی ($F=129/89$ و $P=0/001 < 0/05$) و اجتناب تجربه‌ای ($F=229/10$ و $P=0/001 < 0/05$) موثر است.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان داد که درمان تلفیقی فراهیجانی، از طریق تنظیم هیجان و کاهش هیجانات منفی، رویکرد درمانی اثربخشی در کاهش حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان است.

کلیدواژه‌ها: هیجان، اضطراب، اجتناب تجربه‌ای، افسردگی پس از زایمان

مقدمه

اجتماعی تجارب اضطرابی به عنوان اموری آزار دهنده و وحشتناک است که به صورت یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها و تغییرهای بدنی وجود دارد و فرد را نسبت به نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب در حالت گوش به زنگ نگه می‌دارد (بهاری، توزنده جانی و طاهری، ۱۳۹۹). همچنین حساسیت اضطرابی یکی از عوامل خطر احتمالی مستعدساز افراد برای اضطراب و افسردگی است و می‌تواند در روشن کردن رابطه آن‌ها با یکدیگر کمک کننده باشد (نور، آلبانس، اوگلسبی، آلان و اسمیت^۶، ۲۰۱۵).

متغیر دیگری که با افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد اجتناب تجربه‌ای^۷ است. اجتناب تجربه‌ای فرایندی است که شامل ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته بوده و فقدان تمایل به تجربه کردن این رویدادهای خصوصی و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها را در بر می‌گیرد. به عبارت دیگر هر رفتاری که انجام می‌دهیم تا از هیجانات و حس‌های منفی درونی رها شویم به عنوان اجتناب تجربه‌ای محسوب می‌شود (حسن‌پور، آقاییوسفی، ضمیر و علیپور، ۱۳۹۸). اجتناب تجربی تلاش‌هایی انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی یا روانشناختی، سرکوب یا مهار تجربه‌های هیجانی یا روانشناختی تعریف شده است (هرشنبگ، موندادی، ورایت و تاس^۸، ۲۰۱۷). یکی از روش‌های درمانی اختلال افسردگی، رویکردهای مبتنی بر تنظیم هیجان^۹ می‌باشد. گاتمن، فراهیجان^{۱۰} را به عنوان سازماندهی مجموعه‌ای از افکار و احساسات درباره هیجانات تعریف کرده است. به سخن دیگر واکنش‌های

یکی از اختلالات روانی شایع بعد از زایمان، افسردگی پس از زایمان^۱ می‌باشد که حداکثر بین دو تا شش هفته بعد از زایمان شروع می‌شود و علائم آن شامل: گریه کردن، دلسردی، خلق ناپایدار، احساس عدم کفایت و ناتوانی در نقش مادری است (فریتز، ولیامز، دیستلبرگ و فاکس گالیستر^۲، ۲۰۱۶). تغییرات عاطفی این دوران می‌تواند در دامنه‌ای از خوشحالی شدید تا غمگینی بسیار قرارگیرد (اوهارا و ویسنر^۳، ۲۰۱۴). افسردگی پس از زایمان با خلق افسرده، تحریک‌پذیری، احساس عدم لذت از زندگی، ناامیدی، اضطراب، خستگی مفرط، احساس گناه یا احساس بی‌کفایتی خصوصاً در ارتباط با توانایی مراقبت از نوزاد مشخص می‌گردد (قراچه، رنجبر و آزادی، ۱۳۹۶). افسردگی پس از زایمان کیفیت ارتباط عاطفی مادر و کودک را تغییر می‌دهد و علاوه بر آن روابط درون خانواده، بهداشت روان خانواده و جنبه‌های مختلف رابطه با همسر را تحت تاثیر قرار داده و مشکلات فراوانی بوجود می‌آورد (هاوز، مکگان، دونل، توکر و ووهر^۴، ۲۰۱۶). میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در جوامع مختلف بین ۵ تا ۴۰ درصد می‌باشد (ویسانی و سایه میری، ۱۳۹۱). همچنین میزان شیوع این اختلال در کشورهای آسیایی بین ۳/۳-۶۳/۳ گزارش شده و میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در زنان ایرانی ۲۸/۷ درصد گزارش شده است (مهدوی و خیرآبادی، ۱۳۹۹).

یکی از متغیرهای مرتبط با افسردگی پس از زایمان، حساسیت اضطرابی^۵ می‌باشد. حساسیت اضطرابی نشان دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روانشناختی و

^۶- Norr, Albanese, Oglesby, Allan, & Schimidt

^۷- Experiential Avoidance

^۸- Hershenberg, Mavandadi, Wright, & Thase

^۹- Emotion Regulation

^{۱۰}- Meta-Emotion

^۱- Postpartum Depression

^۲- Freitas, Williams, Distelberg, Fox CA, & Lister

^۳- Ohara, & Wisner

^۴- Hawes, Mc Gowan, O'Donnell, Tucker, & Vohr

^۵- Anxiety Sensitivity

روانی در گروه مورد مطالعه می‌باشد. از آنجایی که افسردگی پس از زایمان بر کیفیت ارتباط با همسر و کودک تاثیرگذار است و تعامل ضعیف بین مادر و کودک به رشد و تکامل شناختی کودک آسیب جدی وارد می‌کند و از سویی دیگر این اختلال باعث افزایش حملات افسردگی شدید در آینده و بازگشت اختلالات خلقی پس از زایمان‌های دیگر می‌شود (قراچه، رنجبر و آزادی، ۱۳۹۶)، درمان و آموزش به موقع با در نظر گرفتن سازه‌های مرتبط، می‌تواند منجر به کاهش تبعات و عوارض خطرناک این اختلال شود. هدف از اجرای این پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان تلفیقی فراهیجانی بر کاهش حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود.

روش

تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر نوع داده‌ها از نوع مطالعات پارامتریک، از نظر نحوه اجرا مداخله‌ای، نیمه آزمایشی و به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروهی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مرکز سلامت شهری گلستان شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷، جهت غربالگری سلامت روانی و جسمانی بعد از زایمان بود. کلیه افراد مراجعه کننده، پس از غربالگری اولیه سلامت روان توسط مراقبین سلامت، که در صورت غربال مثبت، فرد مورد نظر به پزشک مرکز ارجاع داده شده و پزشک مرکز پس از انجام معاینه جسمانی و تشخیص احتمالی اختلال خلقی روانی، بیمار را به کارشناس بهداشت روان مرکز سلامت ارجاع داده است. کارشناس بهداشت روان پس از انجام مصاحبه و اجرای تست افسردگی پس از زایمان ادینبورگ، براساس نمره برش ۱۲ به بالا، زنان

عاطفی افراد نسبت به عواطفی که تجربه می‌کنند، فراهیجان نامیده می‌شود. فراهیجان را می‌توان هیجان بعد از تجربه هیجان توصیف کرد. درمان متمرکز بر هیجان شامل سه مرحله آگاهی هیجانی، تنظیم هیجان و تبدیل (تغییر) هیجانی است که بنا بر راهنماهای درمانی در جلسات می‌تواند در جلسات مختلفی اجرا شود. در رویکرد درمانی فراهیجانی مبتنی بر نظریه گاتمن، درمان با تکیه بر هفت سامانه فراهیجانی و تعدیل هیجان‌ات منفی و مثبت در طول تعارض شروع می‌شود و پس از ارتباط دادن این هیجان‌ات با تناقضات فراهیجانی و سوق دادن افراد به سوی ایجاد معنای مشترک پایان می‌یابد (فتوحی، میکائیلی، عطادخت و حاجلو، ۱۳۹۶).

توانایی تنظیم و مدیریت هیجان، فرد را قادر می‌سازد تا هیجان را در خود و دیگران تشخیص دهد. برخورد نامناسب با هیجان‌اتی که معمولاً از آن‌ها به عنوان هیجان منفی یاد می‌شود مانند: غم، خشم و اضطراب می‌تواند اثرات ناخوشایندی بر سلامت جسم و خلق و خوی افراد داشته باشد (فولادچنگ و حسن نیا، ۱۳۹۳). صالحی، باغبان، بهرامی و احمدی (۱۳۹۰) در پژوهشی با هدف بررسی میزان اثربخشی دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش علائم مشکلات هیجانی افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی و خصومت دانشجویان به این نتیجه رسیدند که روش فوق در کاهش علائم اضطراب، افسردگی و کاهش حساسیت بین فردی موثرند.

هدف از تلفیق دو رویکرد درمانی (تنظیم هیجان و فراهیجان) در این پژوهش، رفع خلاءهای موجود در هریک از رویکردها و اثرگذاری هرچه بیشتر و عمیق‌تر در جهت بهبودی و سازگاری و افزایش انعطاف‌پذیری

آزمایشی حداقل برای هر گروه ۱۵ نفر مورد نیاز است، به منظور افزایش اعتبار بیرونی و با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی، در پژوهش حاضر ۲۰ نفر برای گروه آزمایشی و ۲۰ نفر برای گروه گواه (کنترل) به روش تصادفی ساده در هر گروه جایگزین شد. جلسات درمانی براساس پروتکل آموزشی (گراس، ۲۰۰۲؛ فتوحی و همکاران، ۱۳۹۶) در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، توسط پژوهشگر در مرکز سلامت گلستان اردبیل، به شرح زیر برگزار گردید و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون براساس مقیاس‌های حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای با گروه گواه به روش کوواریانس مقایسه و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸، تجزیه و تحلیل شد. در جدول ۱، خلاصه پروتکل آموزشی درمان تلفیقی فراهیجانی مبتنی بر مدل گراس و مدل گاتمن، به صورت ۱۲ جلسه یک ساعته، گزارش شده است.

مبتلا به افسردگی پس از زایمان را شناسایی کرده و با کسب رضایت بیمار و با توجه به معیارهای ورود: سن ۱۸ تا ۳۵، عدم دریافت داروهای روانپزشکی در طول مداخله، نبود اختلالات روانی دیگر مثل وسواس فکری-عملی و سایر اختلالات روانی و معیارهای خروج: غیبت بیش از دو جلسه، عدم انجام تکالیف مربوط به منزل و ابتلا به یک بیماری جسمانی در طول جلسات آموزشی، برای شرکت در کارگاه‌های درمانی، به جلسات درمانی دعوت کرده بود. بعد از دعوت و توضیح به افراد در مورد شیوه مداخله و نحوه اجرای ملاحظات اخلاقی و محرمانه بودن تمام اطلاعات دریافتی از مراجعین و رعایت اصل رازداری در طول جلسات مداخله و عدم انتشار اسامی شرکت‌کنندگان، در نهایت ۴۰ زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. با توجه به اینکه برای تحقیقات

جدول ۱ خلاصه محتوای جلسات آموزش تلفیقی تنظیم هیجانی مبتنی بر مدل گراس (۲۰۰۲) و رویکرد فراهیجانی مبتنی بر نظریه گاتمن

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل، بیان اهداف اصلی و فرعی گروه، توضیح منطق درمان و اهمیت اجرا و میزان ضرورت آن، بیان مراحل انجام مداخله، بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه و اجرای پیش‌آزمون
دوم	معرفی فراهیجان، شناخت هیجان و تناقض‌های فراهیجانی و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، توضیح در مورد اثرات کوتاه مدت و بلند مدت انواع هیجان‌ها و اهمیت عواطف منفی و مثبت
سوم	ارزیابی تاریخچه زندگی اعضای گروه، تاریخچه روابط با والدین، بررسی احساسات، نگرانی‌ها و تعارض‌ها، ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا و ایجاد طرح کلی آشکار با اهداف درمانی پس از بررسی ارزیابی‌ها
چهارم	اصلاح موقعیت، هدف: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان: الف) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب ب) آموزش راهبرد حل مسأله ج) آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)
پنجم	بازسازی و پردازش تعارض و حوادث تأسف بار، آگاه‌سازی از تسکین دهنده‌های فیزیولوژیکی در طول بازسازی، شناخت محرک‌ها و درک چرایی این محرک‌ها، آگاهی و کاهش چهار کار فاجعه‌آمیز (انتقاد، دفاعی بودن، تحقیر و کارشکنی)
ششم	آموزش گسترش و تغییر توجه، متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی
هفتم	اجرای طرح راپورت برای گوینده و شنونده، ترغیب و سازش و حل مسأله، طرحی برای تعارضات غیر قابل حل و دائمی، آرزوهای درون تعارض و کاهش تدریجی عواطف منفی با تسکین دهنده‌های فیزیولوژیکی
هشتم	تغییر ارزیابی‌های شناختی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و تاثیر آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، آموزش راهبرد بازارزیابی
نهم	آموزش ارتباط هیجانی به طور روزمره، مدیریت احساسات، ساخت فرهنگ تحسین و احترام، گفتگوی روزمره برای کاهش

دهم	تنش و ساخت صمیمیت شور و عشق و پردازش پیشنهادهای شکست خورده برای ارتباط هیجانی شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبردهای بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تقویت کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس
یازدهم	پل کردن تناقض‌های هیجانی با مدیریت هیجانات و بازسازی تناقض‌های هیجانی، ایجاد معنای مشترک با ایجاد اهداف و ارزش‌ها و ساخت آداب ارتباط هیجانی به صورت هدفمند
دوازدهم	ارزیابی و کاربرد هدف: ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد، ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی، کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکلیف، اجرای پس آزمون

ابزار

مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS): مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ یکی از ابزارهای معتبر و قابل قبول در سراسر جهان برای تشخیص افسردگی پس از زایمان است (دنیس، ۲۰۰۴). این مقیاس ۱۰ گویه دارد. نمره این مقیاس، بین صفر تا ۳۰ می‌باشد. کسب نمره ۱۲ تا ۶ به عنوان افسردگی متوسط و کسب نمره ۱۳ و بیشتر نشان دهنده خطر بالای افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود (سالرنوالز، سابو، باتلر، کامپلین، سیمپسون و کاسترو^۲، ۲۰۱۹). پایایی این مقیاس در مطالعه منتظری، ترکان و امیدوار (۱۳۸۶) با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و با روش بازآزمایی ۰/۸ تعیین شد. احمدی‌کانی و قلی‌زاده (۱۳۹۴) مقدار آلفای کرونباخ برای آزمون ادینبرگ برابر ۰/۷۰ و روایی آزمون ادینبرگ با مقیاس بک، برابر با ۰/۴۴ تعیین کرده‌اند. در خارج از کشور برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای ۰/۸۷ بدست آمده است (نیاموکو، منگری، ماریه، ورهی و چیپاندا^۳، ۲۰۱۹).

مقیاس اجتناب تجربه‌ای بوند و همکاران (II-AAQ): این پرسشنامه را بوند، هیز، بیر، کارپنتر، گیونول، آرکوت

و زیتل^۴ (۲۰۱۱) ساخته‌اند. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی است که هیز (۲۰۰۴) ساخته است. این پرسشنامه پذیرش، اجتناب تجربه‌ای و عدم انعطاف‌پذیری روانی را اندازه‌گیری می‌کند و آخرین نسخه این ابزار، حاوی ۱۰ سؤال با مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت که طیف نمرات حاصل از این پرسشنامه بین ۷۰-۱۰ بوده و نمره بالاتر تمایل بیشتر به اجتناب تجربه‌ای و گرایش به انعطاف‌پذیری پایین و نمره پایین‌تر تمایل کمتر به اجتناب تجربه‌ای و گرایش بیشتر به انعطاف‌پذیری را نشان می‌دهد (ایمانی، دهقان و شرفی زادگان، ۱۳۹۹). کفایت روانسنجی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۹ می‌باشد (اسماعیان دهقانی، اکبری و حسونند، ۱۳۹۵). پرسشنامه (اجتناب تجربه‌ای) پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه زیربنایی آن است. این ابزار همچنین اعتبار تمیزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد نسخه دوم مقیاس اجتناب تجربه‌ای ساخته بوند و همکاران (۲۰۱۱) مفهوم مشابه با نسخه اولیه مقیاس

¹- Edinburgh Postpartum Depression Scale

²- Salerno Valdez, Sabo, Butler, Camplain, Simpson, & Castro

³- Nyamukoho, Mangezi, Marimbe, Verhey, & Chibanda,

⁴- Experiential Avoidance Questionnaire

⁵- Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, & Zettle

با استناد به یافته‌های توصیفی دو گروه آزمایشی و گروه گواه که هر گروه از نظر تعداد ۲۰ نفر با میانگین سنی گروه آزمایشی ۲۳/۵ و میانگین سنی گروه گواه ۲۵/۴ بود. از نظر تحصیلات ۲۵ نفر دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم و ۱۰ نفر لیسانس و بالاتر بودند. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری پیش فرض‌های آن آزمون شد نتایج آزمون ام باکس برابر است با $f=1/57$ که این مقدار در سطح $(p=0/193)$ در سطح $(p=0/05)$ معنی دار نیست. همچنین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها بین متغیرهای وابسته از آزمون لوین استفاده شد و نتایج نشان داد که سطح آماره (f) برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نیست $(p \geq 0/05)$ و این نشان دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی‌ها متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای گروه آزمایشی و گروه گواه گزارش شده است.

اجتناب تجربه‌ای (هیز، ۲۰۰۴) را اندازه می‌گیرد، اما ثبات روانسنجی بهتری دارد (مکوندی و مکوندی، ۱۳۹۴). **مقیاس حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده (ASI-R):** یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است که دارای ۱۶ گویه به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است (ریس، پترسون، گارسکی و مک‌نالی، ۱۹۸۶). هر گویه، این عقیده را که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه شده و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارد، منعکس می‌کند. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، ثبات درونی و اعتبار بازآزمایی بالای آن را نشان داده است. پایایی در نمونه‌ی ایرانی براساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۵، ۰/۹۷ گزارش شده است (مرادی‌منش، میرجعفری، گودرزی و محمدی، ۱۳۸۶). روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش شاهرودی، ساعدی و رازانی (۱۳۹۹) به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸ گزارش شده است.

یافته‌ها

جدول ۲ توصیف میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای برای گروه آزمایشی و گواه

گروه	مقیاس	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایشی	حساسیت اضطرابی	۵۰/۹۰	۳/۹۵	۲۹/۸۵	۶/۵۷
	اجتناب تجربه‌ای	۵۳/۳۰	۴/۶۶	۲۷/۹۵	۸/۲۰
گروه گواه	حساسیت اضطرابی	۵۰/۷۰	۴/۳۹	۴۸/۵۵	۴/۶۹
	اجتناب تجربه‌ای	۵۴/۳۰	۴/۹۲	۵۳/۵۰	۵/۵۰

(۵۳/۳۰) کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. ولی در نمرات پیش آزمون- پس آزمون گروه گواه تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود. در جدول ۳ بررسی معنی‌داری تفاوت بین نتایج پس آزمون دو گروه آزمایشی و گروه

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایشی به ترتیب در پس آزمون (۲۹/۸۵) و (۲۷/۹۵) می‌باشد که نسبت به میانگین نمرات پیش آزمون به ترتیب (۵۰/۹۰) و

گواه بعد از مداخله درمانی و بررسی قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری گزارش شده است.

جدول ۳ تحلیل آنالیز کوواریانس چند متغیره برای بررسی معنی داری اثربخشی درمان تلفیقی هیجانی بر متغیرهای حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای در دو گروه آزمایشی و گواه

آزمون‌ها	مقادیر	آماره F	درجه‌ی آزادی فرضیه	درجه‌ی آزادی خطا	سطح معناداری	مجدور
اثر پیلاپی	۰/۹۰	۱/۶۷	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۹	۱/۶۷	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰
اثر هتلینک	۹/۵۸	۱/۶۷	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰
بزرگترین ریشه روی	۹/۵۸	۱/۶۷	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰

دارد در واقع نتایج جدول نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. در جدول ۴ تفاوت میانگین متغیرهای حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای بعد از مداخله درمانی در گروه آزمایشی گزارش شده است.

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مقدار لامبدای ویلکز برابر ۰/۰۹ است که این مقدار در سطح $(p < 0/05)$ معنی‌دار است. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. هر چقدر لامبدای ویلکز کوچکتر باشد بیانگر این است که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود

جدول ۴ تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین متغیرهای حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه مداخله و گروه گواه

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه‌ی اثر
پیش‌آزمون	حساسیت اضطرابی	۲۶۴/۴۷	۱	۲۶۴/۴۷	۹/۹۳	۰/۰۰۳	۰/۲۱
	اجتناب تجربه‌ای	۹۰۸/۰۹	۱	۹۰۸/۰۹	۳۴/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹
پس‌آزمون	حساسیت اضطرابی	۳۴۵۹/۰۱	۱	۳۴۵۹/۰۱	۱۲۹/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	اجتناب تجربه‌ای	۵۹۵۱/۸۳	۱	۵۹۵۱/۸۳	۲۲۹/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶
میزان خطا	حساسیت اضطرابی	۹۵۸/۶۶	۳۶	۲۶/۶۳			
	اجتناب تجربه‌ای	۹۳۵/۲۵	۳۶	۲۵/۹۷			

میانگین نمرات حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای در بین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بصورت معناداری پایین‌تر از گروه گواه می‌باشد که نشان می‌دهد روش مداخله، اثربخش بوده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات حساسیت اضطرابی $(F=129/89; P < 0/05; P=0/001)$ و میانگین نمرات اجتناب تجربه‌ای $(F=229/10; P < 0/05)$ در بین نمونه‌های آماری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر،

بحث

تنظیم تجارب هیجانی نیز تنظیم حالات زیر بنایی هیجان مانند فعالیت روانشناختی و پردازش‌های اجتماعی رفتاری و شناختی می‌شود شاید بدتنظیمی هیجانی به افراد احساس بیرون از کنترل بودن را بدهد که احساس خطر و آسیب‌پذیری را افزایش می‌دهد در رویکرد درمانی فراهیجانی مبتنی بر نظریه گاتمن، درمان با تکیه بر هفت سامانه فراهیجانی و تعدیل هیجانات منفی و مثبت در طول تعارض شروع می‌شود و پس از ارتباط دادن این هیجانات با تناقضات فراهیجانی و سوق دادن افراد به سوی ایجاد معنای مشترک پایان می‌یابد (فتوحی و همکاران، ۱۳۹۶). توانایی تنظیم و مدیریت هیجان، فرد را قادر می‌سازد تا هیجان را در خود و دیگران تشخیص دهد. برخورد نامناسب با هیجاناتی که معمولاً از آن‌ها به عنوان هیجان منفی یاد می‌شود مانند: غم، خشم و اضطراب می‌تواند اثرات ناخوشایندی بر سلامت جسم و خلق و خوی افراد داشته باشد (فولادچنگ و همکاران، ۱۳۹۳).

همچنین نتایج نشان داد درمان تلفیقی فراهیجانی بر کاهش اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان موثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قدم پور و همکاران (۱۳۹۷)؛ رضایی، غضنفری و رضایی (۱۳۹۵)؛ خالقی، محمدخانی و حسنی (۱۳۹۵) به صورت غیرمستقیم، همسو می‌باشد. در تبیین این مساله می‌توان گفت تنظیم هیجان به عنوان یک توانایی رفتاری و شناختی می‌تواند با هماهنگ کردن فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب تثبیت ارتباط فرد با محیط شده، او را به پاسخ‌های کارآمد و مناسب در برخورد با موقعیت‌ها تجهیز نماید. در واقع تنظیم هیجان می‌تواند احساس کنترل فرد بر امور را بیشتر نموده و باور فرد به اثرگذاری در موقعیت‌ها را تقویت کرده و احساس

هدف از اجرای این پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان تلفیقی فراهیجانی بر کاهش حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود. نتایج این تحقیق نشان داد درمان تلفیقی فراهیجانی بر کاهش حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان موثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های حاتمی، حسنی، ارجمندنیا و ترابی (۱۳۹۴)؛ مرواریدی، مشهدی و سپهری شاملو (۱۳۹۸)؛ قدم پور، حسینی و مرادیانی (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. در تبیین این امر می‌توان گفت افرادی که از لحاظ پردازش هیجانی سبک‌های شناختی ضعیف‌تری مانند نشخوارگری، فاجعه‌انگاری و ملامت خویش استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد بیشتر در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیر می‌باشند؛ در حالی که در افرادی که از سبک‌های مطلوب دیگر مانند ارزیابی مجدد مثبت استفاده می‌کنند، آسیب‌پذیری کمتر است (نریمانی، عباسی، بگیان و رضایی فرد، ۱۳۹۴).

حساسیت اضطرابی نشان‌دهنده فاجعه‌سازی احساسات بدنی است. سوگیری در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب از پیامدهای حساسیت اضطرابی است (بهراری و همکاران، ۱۳۹۹) که خود زمینه را برای ابتلای فرد به اختلالات روانی از جمله افسردگی پس از زایمان فراهم می‌سازد. در این پژوهش، طبق مدل تلفیقی فراهیجانی با آموزش تغییر ارزیابی‌های شناختی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و تاثیر آن‌ها روی حالت‌های هیجانی و آموزش راهبرد بازارزیابی، میزان حساسیت اضطرابی به میزان قابل توجهی کاهش کرد. در واقع آموزش تکنیک تنظیم هیجانی به عنوان سازه گسترده است که شماری از پردازش‌های تنظیمی شامل

پزشکی اردبیل می‌باشد. بدین وسیله از کلیه همکاران واحد بهداشت خانواده و گروه سلامت روان مرکز بهداشت اردبیل، مسئولین و پرسنل مرکز سلامت گلستان و پایگاه‌های سلامت تابعه شهرستان اردبیل و و معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه محقق اردبیلی که در اجرای این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. (2012). Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire. *Psychological Methods and Models*, 2(10), 65-80. (In Persian)
- Ahmadi Kani Golzar A, Golizadeh Z. (2015). Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 3(3), 1-10. (In Persian)
- Bahari S, Toozandehjani H, Taheri E. (2020). Effectiveness of Modular Cognitive Behavioral Therapy on the anxiety sensitivity, cognitive distortions of teen girls who has Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 12(2), 51-62. (In Persian)
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Zettle RD. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Dennis CL. (2004). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331(7507), 15-18.
- Esmailian N, Dehghani M, Akbari F, Hasanvand M. (2016). Evaluation of psychometric and factor structural properties of Experiential Avoidance multidimensional questionnaire (short

کارآمدی او را تقویت کند (فولادچنگ و همکاران، ۱۳۹۳). در این تحقیق، طبق مدل مداخله تلفیقی فراهیجانی با آموزش شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبردهای بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تقویت کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس، اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، به میزان قابل توجهی کاهش پیدا کرد و موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در این بیماران شد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر بیانگر این است که درمان تلفیقی فراهیجانی، به وسیله توانایی تنظیم و مدیریت شناختی هیجان و آموزش ابراز هیجان، رویکرد درمانی اثربخشی در درمان نشانه‌های افسردگی و کاهش حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان است. در واقع روش‌های روان درمانی مبتنی بر هیجان از طریق فرایند یادگیری و تمرین، پایداری بیشتری نیز دارد. از محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری در دسترس و عدم پیگیری بعد از درمان اولیه بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به منظور تعیین میزان پایداری اثربخشی درمان، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده و پیگیری بعد از درمان جهت بررسی میزان پایداری مداخله نیز انجام شود.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکتری مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی، با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1397.184 از دانشگاه علوم

- form). Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 11(39), 57-66. (In Persian)
- Fotohi S, Mikaeili N, Atadokht A, Hajlo N. (2017). The effectiveness of meta emotion-based couple therapy on marital adjustment and boredom in conflicting spouses. The Women and Families Cultural-Educational, 12(39), 45-64. (In Persian)
- Foulad Chang M, Hassan Niya S. (2015). The Effectiveness of Emotional Regulation on Happiness and Self-Efficacy of Female-Headed Households. Quarterly Journal of Women and Society, 5(20), 89-106. (In Persian)
- Freitas CJ, Williams-Read J, Distelberg B, Fox CA, Lister Z. (2016). Paternal depression during pregnancy and postpartum: An international Delphi study. J Affect Disord, 202(4), 128-136.
- Ghadampour E, Hosseini Ramaghani N, Moradi S, Moradiyani Gizeh Rod K, Alipour K. (2018). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Decrease of Post-Event Rumination and Cognitive Avoidance in People with Clinical Symptoms of Social Anxiety. Horizon Med Sci, 24(2), 111-118. (In Persian)
- Ghadampour E, Hosseini Ramaghani N, Moradiani Gizeh Rod S. (2018). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation Strategies in Socially Anxious Students. Armaghane danesh, 23(5), 591-607. (In Persian)
- Gharacheh M, Ranjbar F, Azadi S. (2018). Women's Quality of Life and Postpartum Depression. Iran Journal Of Nursing, 30(110), 68-77. (In Persian)
- Gross JJ. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology, 39(3), 281-91.
- Hassanpoor P, Aghausefi A, Zamir O, Alipour A. (2019). The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Experiential Avoidance and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and its Comparison with Exposure and Prevention Response Therapy. Journal of Clinical Psychology, 11(3), 25-38. (In Persian)
- Hatami M, Hassani J, Arjomandnia N, Torabi Z. (2016). The effects of educating Cognitive Emotion Regulation strategies in anxiety sensitivity in patients with Post-Traumatic Stress Disorder. Journal of military Psychology, 6(24), 13-5. (In Persian)
- Hawes K, Mc Gowan E, O'Donnell M, Tucker R, Vohr B. (2016). Social emotional factors increase risk of postpartum depression in mothers of preterm infants. J Pediat, 179(8), 61-67.
- Hayes SC. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance, and Relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition (pp. 1-29). Guilford Press.
- Hershenberg R, Mavandadi S, Wright E, Thase ME. (2017). Anhedonia in the daily lives of depressed veterans: a pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. Journal of affective disorders, 208(6), 414-417.
- Imani M, Dehghan M, Sharafi Zadehan M. (2020). A comparative analysis of experiential avoidance, mindfulness, body image dissatisfaction, anxiety, depression and stress in applicants and non-applicants of cosmetic surgery. Journal of Psychological Science, 19(88), 421-429. (In Persian)
- Khaleghi M, Mohammadkhani S, Hassani J. (2016). Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety's signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder: Single-Subject Design. J Clinical Psychological, 8(2), 43-55. (In Persian)
- Mahdavy M, Kheirabadi G. (2020). The Prevalence of Postpartum Depression and Its Related Factors among Women in Natanz City in 2018 (Iran). Qom University of Medical Sciences Journal, 14(2), 78-85. (In Persian)

- Makvandi M, Makvandi B. (2016). The Relationship between Experimental Avoidance and Eating Disorders among Students of Ahvaz Jundishapour University of Medical Science, Ahvaz, Iran. *Jundishapur Scientific Medical Journal*, 14(6), 682-689. (In Persian)
- Montazeri A, Torkan B, Omidvar S. (2007). The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*, 7(1) 11-19. (In Persian)
- Moradimanesh F, Mirjafari A, Goudarzi M, Mohammadi N. (2008). Psychometric properties of the Revised Anxiety sensitivity scale. *Journal of Psychology*, 11(4), 426-446. (In Persian)
- Morvaridi M, Mashhadi A, Sepehri Shamloo Z. (2019). The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on decrease of anxiety sensitivity in woman with social anxiety disorder. *J Neyshabur Univ Med Sci*, 7(1), 26-35. (In Persian)
- Narimani M, Abassi M, Bagiyani M, Rezaie A. (2016). The Effectiveness of Impulse Control and Attention Training on Emotional Processing, Impulsiveness and Distractibility in Students with Dyscalculia. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 5(2), 1-22. (In Persian)
- Norr AM, Albanese BJ, Oglesby ME, Allan NB, Schhmidt NB. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. *Journal of Affective Disorders*, 174 (3), 64-69.
- Nyamukoho E, Mangezi W, Marimbe B, Verhey R, Chibanda D. (2019). Depression among HIV positive pregnant women in Zimbabwe: a primary health care based crosssectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 53-62.
- O'Hara MW, Wisner KL. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28 (1) 3-12.
- Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, Mc Nally RJ. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 4(3), 241-248.
- Rezaee M, Ghazanfari F, Rezaee F. (2016). Effectiveness of emotional schema therapy on severity of depression and rumination in people with major depressive disorder. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*, 24(1), 41-54. (In Persian)
- Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi S. (2011). Relationships between Cognitive Emotion Regulations Strategies and Emotional Problems with regard to Personal and Familial Factors. *Family Counseling and Psychotherapy*, 1(1), 1-19. (In Persian)
- Salerno Valdez E, Sabo S, Butler M, Camplain R, Simpson R, Castro Y. (2019). Perinatal depression symptom prevalence on the US-Mexico border. *Journal of Rural Mental Health*, 43(1), 38-48.
- Shahverdi A, Saedi S, Razani M. (2019). The Effectiveness of Life Skills Training on Anxiety Sensitivity, Psychological Empowerment, and Soldiers' Anger. *SALĀMAT-I IJTIMĀĪ (Community Health)*, 7(2), 156-165. (In Persian)
- Veisani Y, Sayehmiri K. (2012). Prevalence of Postpartum Depression in Iran - A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 15(14), 21-29. (In Persian)