

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انفصالی بر افسردگی پس‌از زایمان*

آزاده بختیاری¹ و احمد عابدی²

دریافت مقاله: 90/7/23؛ دریافت نسخه نهایی: 91/6/14؛ پذیرش مقاله: 91/6/21

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انفصالی بر افسردگی پس‌از زایمان بود. روش: روش پژوهشی از نوع آزمایشی بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری 2 ماهه همراه با گروه آزمایش و گروه گواه از دی‌ماه 1389 تا اردیبهشت ماه 1390 انجام شد. به منظور انجام این پژوهش، 30 بیمار زن مبتلا به افسردگی پس‌از زایمان به شیوه تصادفی ساده و از بین 121 بیماری که در سال 1389 پس‌از زایمان به بیمارستان درمانگاه اصفهان مراجعه و پس‌از پرکردن پرسشنامه افسردگی بک تشخیص افسردگی گرفتند (حداقل نمره 7-5 از پرسشنامه افسردگی بک) انتخاب شدند و به صورت تصادفی در 2 گروه آزمایشی (15 نفر) و گواه (15 نفر) قرار داده شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت از پرسشنامه افسردگی بک (1996) بود. پرسشنامه در سه مرحله قبل، بعد و دو ماه پس‌از مداخله (مرحله پیگیری)، در دو گروه مورد استفاده قرار گرفت. گروه آزمایش طی 8 جلسه هفتگی یک‌ساعته تحت درمان گروهی مبتنی بر الگو فراشناختی ذهن‌آگاهی انفصالی قرار گرفتند. داده‌های حاصل با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج به دست آمده از مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان داد درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انفصالی می‌تواند افسردگی پس‌از زایمان را کاهش دهد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش، استفاده از درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انفصالی به منظور کاهش افسردگی پس‌از زایمان پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی پس‌از زایمان، الگوی فراشناختی، درمان گروهی، ذهن‌آگاهی انفصالی

* مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با هزینه شخصی

1. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان

Email: bakhtiari_azadeh@yahoo.com

2. استاد گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه اصفهان.

مقدمه

حاملگی و دوره پس از زایمان، مادر و خانواده‌اش را با انواع تقاضاها روبه‌رو می‌کند. معمولاً مادران به‌خوبی از عهده مراقبت از کودک برآمده و با تاثیرهای خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن سازش می‌یابند (دکوستر، بوکووسکی، بارتنت، کولی و وایتهد، 2007). اما این دوران می‌تواند به‌حدی تنش‌زا باشد که سبب بیماری‌های روانی گردد (گانینگهام، ویلیامز و ویلیامز، 2005).

این مشکل یک مشکل جدی شایع و قابل‌درمان با تاثیرهای گسترده بر مادر و خانواده بوده و به‌صورت شایعی کم‌تر از حد واقعی تخمین زده می‌شود (کاستانون و پینتو، 2008). افسردگی پس از زایمان یک اختلال روانی جدی (رک، استهل، رینینگ، مونت، 2009) و فراوان‌ترین عارضه شایع در این دوره با شیوع 10 تا 15 درصد است (ویسنر، هانوسا، پرل، پیندل، پیانتهک، سیت و همکاران، 2006). افسردگی پس از زایمان با احساس غمگینی، ناتوانی از لذت‌بردن، تحریک‌پذیری، عصبانیت و کاهش اعتمادبه‌نفس مشخص می‌گردد (تانوس، ژینگانته، فوکس و باسنلو، 2008). شروع این اختلال عموماً در 12 هفته اول بارداری است (سادوک و سادوک، 2007).

مطابق معیارهای چهارمین ویراست راهنمای روش‌های تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی¹، افسردگی پس از زایمان عبارت است از افسردگی عمده و وجود همزمان پنج مورد از علائم برهم‌خوردن نظم جسمانی و مشخصه افسردگی که حداقل یکی از آن‌ها خلق افسرده یا کاهش علاقه و لذت در فعالیت‌ها باشد. این علائم حداقل باید به‌مدت 2 هفته تداوم داشته و حداکثر ظرف 4 هفته پس از زایمان آغاز گردد (تانوس، ژینگانته، فوجز و باسنلو، 2008).

افسردگی پس از زایمان با شیوع 5 تا 40 درصد در جوامع متفاوت، بیش از 12/5 درصد پذیرش‌های زنان به‌دلیل مشکلات روانی را به‌خود اختصاص می‌دهد و در زمانی که مادر بعد از به‌دنیا آوردن نوزاد تجارب لذت‌بخشی را انتظار می‌کشد، وی را با حالت‌های ناشناخته و ناخوشایندی نظیر نگرانی، احساس از دست‌دادن توانایی، اعتمادبه‌نفس پایین و اضطراب دست‌به‌گریبان می‌کند (هارینگتون و هارینگتون، 2007).

این اختلال اثرات سوئی بر روابط مرتبط با همسر و کودک دارد و رشد و خصوصاً تکامل شیرخوار را به‌طور زیانباری تحت‌تاثیر قرار می‌دهد (آنا، کلادیو، کلادیو، تاملارا و کلادیو، 2008). مطالعات اخیر در دانشگاه میشیگان به وجود رابطه بین علائم افسردگی مادر و تغییرات عصبی هورمونی و اختلال در سازگاری در جنبه‌های مختلف خواب، تغذیه، خلق‌وخو و وابستگی در نوزاد تاکید می‌کند (مارکوس، 2009).

1. diagnostic & statistical manual of mental disorder (DSM-IV)

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی

مادران افسرده احساس مسئولیت و پاسخگویی کمتری در قبال نوزاد داشته و در تعامل با نوزاد دچار مشکلات پیچیده‌ای می‌شوند (پوزمونیتز¹، 2008). دوره پس از زایمان به‌حدی پراسترس است که سبب تحریک اختلال‌های روانی می‌شود. این اختلال‌های ممکن است به‌شدت عود یا تشدید یک اختلال روانی جدید به‌وجود آید (سیمبر، احمدی، ازگلی، پازنده، جانثاری، خداکرمی و همکاران، 1385).

اختلال‌های روانی پس از زایمان به سه دسته طبقه‌بندی می‌گردند. اندوه پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان و سایکوز پس از زایمان (کاپلان و سادوک، 2005) اما در برخی موارد ممکن است این زنان به افسردگی پس از زایمان مبتلا شوند (مک‌کینی، رومن، اسمیت و میلر، 2005). در برخی موارد در صورت شدیدبودن این اختلال، کشتن نوزاد توسط مادر افسرده گزارش شده است (استو، هاستتر و تیوپورت، 2005).

این اختلال با علائم خلق افسرده، عدم احساس لذت از زندگی، تحریک‌پذیری، بی‌خوابی، سرگیجه مکرر، علائم جسمی، دوگانگی روانی، احساس منفی نسبت به شیرخوار، عدم توانایی در مراقبت از او و وجود افکار خودکشی مشخص می‌گردد (کاپلان و سادوک، 2005). اختلال افسردگی پس از زایمان یک مشکل بهداشتی مهم و شایع است که میزان شیوع آن به‌علت نقش عوامل محیطی بسیار متفاوت گزارش شده است. طوری که در کشورهای توسعه‌یافته میزان شیوع آن 10 تا 15 درصد گزارش گردیده است (تاملینسون، کوپر، استین، سوارتز و مولتنو، 2006). در ایران نیز طبق مطالعه‌های به‌عمل‌آمده، شیوع آن را حدود 39/4 درصد گزارش کرده‌اند (جعفرپور، 1385). هرچند در منابع دیگری شیوع آن در ایران 27/3 درصد نیز گزارش شده است (اکبری، اصل توقیری، کریمان و علوی مجد، 2007).

عوامل روانی اجتماعی بسیاری در این زمینه مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که شامل سن کم مادر، مصرف سیگار، سابقه افسردگی، استفراغ شدید بارداری، افسردگی طی بارداری، بیماری‌های جسمی، اعتمادبه‌نفس ضعیف، سطح استرس بالا، حمایت اجتماعی ضعیف، وضعیت اقتصادی و اجتماعی نامناسب، اتفاقات ناگوار زندگی، مشکلات سلامت فیزیکی، مشکلات روابط زناشویی، بارداری ناخواسته، عوارض بارداری و زایمان، زایمان زودرس، چندقلویی و نگرانی از مراقبت کودک است (یک، 2006؛ لیگ و میلگروم، 2008؛ گانینگهام، لونو، بلوم و همکاران، 2005؛ رابرتسون، ویکبرگ گوستاوسون و رdstارد، 2005). میزان پایین شناسایی و درمان افسردگی پس از زایمان و اختلال‌های اضطراب آن‌را به‌عنوان یک مشکل مداوم درآورده است (آستین، تولی و پارکر، 2007). علاوه‌بر تاثیرهای زیان‌بخش در رابطه مادر و کودک، ارتباط با همسر را

نیز مختل می‌کند و همسران زنان افسرده اغلب دچار افسردگی می‌شوند و در صورتی که افسردگی پس از زایمان برطرف نشود، ممکن است به طلاق و جدایی منجر شود (ایسیمین و سادوک¹، 2005). زنان با افسردگی پس از زایمان ممکن است افکار وسواس گونه، خودکشی و فرزندکشی داشته باشند (نوبل²، 2005).

پژوهش ولز (2006) نشان داده است که فنون مبتنی بر الگو فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی تاثیر به سزایی بر اختلال های هیجانی مخصوصاً اضطراب و افسردگی داشته است. یکی از مهم ترین و تاثیرگذارترین الگوهای تبیین اختلال های روانی در سال های اخیر، الگو عملکرد اجرایی خودتنظیمی³ ولز و متیوز (1994) بوده است. در الگو عملکرد اجرایی خودتنظیمی، همه اختلال های روانی می توانند با فعالیت الگویی ناکارآمد از شناخت مرتبط باشند که نشانگان توجهی-شناختی⁴ نامیده می شود. این نشانگان الگویی از فعالیت پردازش راهبردی است که به وسیله دانش فراشناختی ذخیره شده در حافظه درازمدت، راه اندازی می شود (ولز، 2006). نشانگان توجهی-شناختی به دلیل تمرکز بر ارزیابی تهدید، ایفای نقش ناکارآمد در فراهم سازی اطلاعاتی که می توانند ارزیابی ها و باورهای اشتباه را اصلاح کنند و یافتن منابع توجهی جدید به منظور ارائه پاسخ های سازگار، ایجاد سوگیری در پردازش های خودکار سطح پایین تر نظام شناختی و در پی داشتن پیامدهای محیطی-بین فردی مشکل زا، به عنوان مانعی در راه آرام بخشی روان شناختی مورد توجه قرار گرفته است. براساس این تحلیل نظری، تعدیل شناختی در درمان نباید فقط بر چالش با اعتبار نگرانی و افکار منفی (مانند آنچه در شناخت درمانی سنتی انجام می شود) تمرکز کند، بلکه باید مستقیماً بر تعدیل نشانگان توجهی-شناختی و تغییر در سبک شناخت نیز متمرکز شود. یکی از بااهمیت ترین راهکارها برای انجام این مهم، ایجاد و گسترش حالتی از ذهن آگاهی انفصالی⁵ است. ولز و متیوز (1994)، ذهن آگاهی انفصالی را حالتی خوشایند برای بیماران تحت درمان روان شناختی و نقطه مقابل و ناسازگار با نشانگان توجهی-شناختی می دانند. به طور کلی، ذهن آگاهی انفصالی شامل حالتی است که در آن با وجود آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی، هیچ گونه پاسخ دهی تلاش گرانه شناختی (ارزیابی تاییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای کنترل یا سرکوب) و یا رفتاری صورت نمی گیرد.

1. Eycimen & saduck

2. Nobel

3. self-regulatory executive function model

4. cognitive - attention syndrome

5. detached mindfulness

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی

هدف از آموزش و تمرین این گروه از فنون شناختی را می توان تسهیل موارد زیر دانست: رشد شیوه فراشناختی، افزایش کنترل انعطاف پذیری در انتخاب راهبردهای شناختی رفتاری، رشد طرح های جدید برای تنظیم فعالیت عملکرد اجرایی خودتنظیمی، افزایش پردازش های عدم تاییدی و معطوف به اصلاح باورهای ناکارآمد و ممانعت از فعالیت نشانگان توجهی- شناختی در پاسخ به راه اندازها (ولز، 2006). سطوح الگو فراشناختی ذهن آگاهی انحصالی شامل این موارد است (شکل 1):

سطح اول: سطح پایین تر است که براساس محرک ها برانگیخته می شود و خارج از دانش آگاهانه است، اما تولیدهای آن ممکن است به آگاهی راه پیدا کنند. پردازش این سطح، خیلی وابسته به منابع شناختی نبوده و به مقدار قابل توجهی انعکاسی است. سطح دوم: یک سطح پردازشی کنترل شده پیوسته¹ است که شامل ارزیابی آگاهانه از وقایع، کنترل فکر و عمل است.

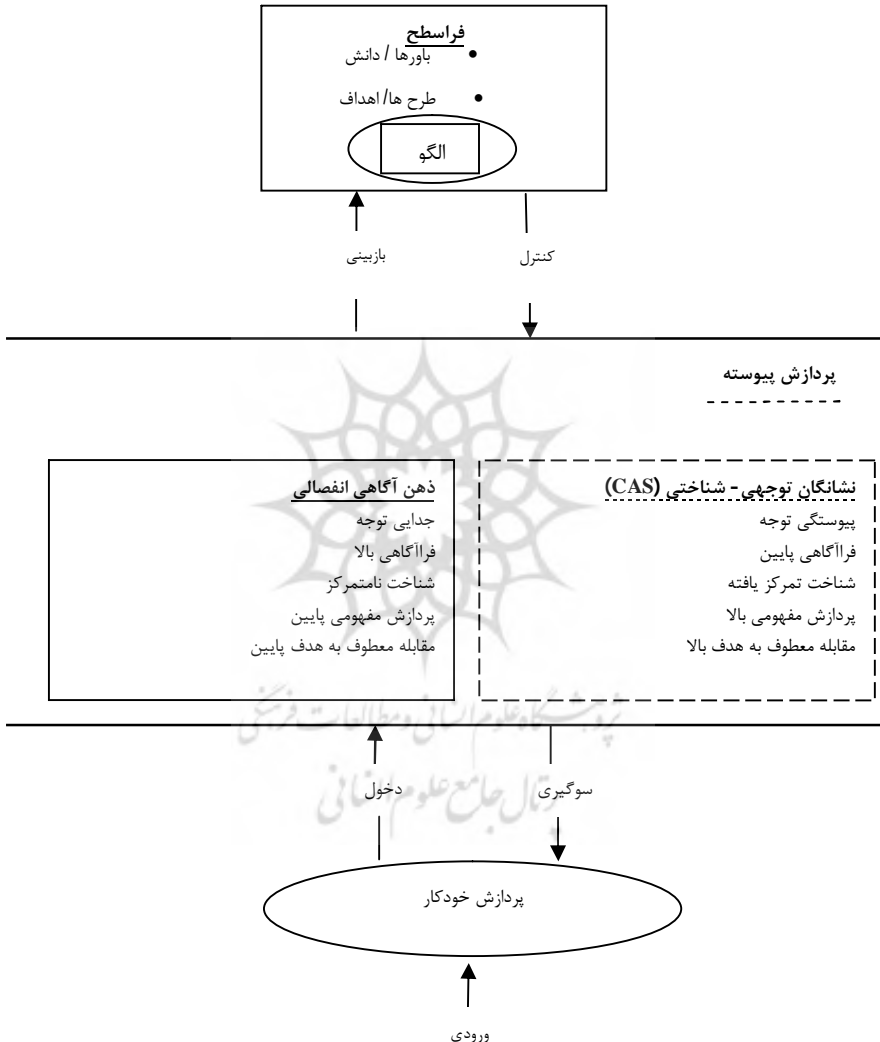
سطح سوم: منبع دانش خود (باورها) در حافظه بلندمدت است. این باورها عوامل فراشناختی هستند و حداقل شامل بخشی از طرح های پردازش هستند.

منابع مورد نیاز سطح پایین تر و سطح پیوسته از یکدیگر متفاوت هستند. فعالیت سطح پایین عمدتاً اتوماتیک است. به این معنی که نیازهای توجهی، حداقل هستند و پردازش عمدتاً خارج از دانش آگاهانه انجام می گیرد. سطح پیوسته وابسته به منابع توجهی برای اجرای پردازش است و فعالیت های آن تابع درجه های متفاوتی از دانش آگاهانه است. پردازش انجام گرفته در این سطح، ارادی است و فرد به طور طبیعی از کنترل ارادی خود آگاه است، اگرچه در بسیاری از اختلال های بالینی، این آگاهی ممکن است کاهش یابد. اجزای پردازش پیوسته مستلزم دستیابی به دانش خود (باورها) است. این سطح نمی تواند مستقل عمل کند و جهت گیری آن متکی بر دانش خود یا باورهای موجود در حافظه است (ولز، ترجمه بهرامی و رضوان، 1385).

در ترکیب ذهن آگاهی با این الگو فراشناختی در مرحله پردازش پیوسته فرد باید بیاموزد که به جای نشانگان توجهی- شناختی، از ذهن آگاهی انحصالی استفاده کند و در واقع هیچ گونه فعالیت تلاشگرانه برای کنترل و سرکوبی از خود نشان ندهد (ولز، 2006).

دو پژوهش اشاره شده در زیر از جمله پژوهش های مرتبط با این پژوهش هستند: در پژوهشی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کیفیت زندگی افراد افسرده غیربیمار بررسی گردید. یافته های این پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی را کاهش می دهد (کاوایانی، حاتمی و شفیع آبادی، 1387).

در پژوهشی نیز به بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی می‌پردازد نتایج حاکی از اثربخشی روش درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بود. به‌طوری‌که نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش محسوسی دیده شد (آذرگون، 1386).



شکل 1. الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انفصالی

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی

با توجه به شیوع این اختلال، عدم شناسایی آن و تاثیرات زیادی که بر مادر، نوزاد، روابط مادر و فرزند و حتی روابط زن و شوهر می‌گذارد و همچنین به دلیل سهم زیاد عوامل روانی بر این اختلال ضرورت زیادی برای پیشگیری و درمان آن احساس می‌شود. هدف از انجام این پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انفصالی بر افسردگی پس از زایمان در هر کدام از مراحل پس‌آزمون و پیگیری است. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت است از:

1. گروه درمانی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انفصالی، افسردگی پس از زایمان را در مقایسه با گروه گواه، کاهش می‌دهد.
2. تاثیر گروه درمانی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انفصالی بر کاهش افسردگی پس از زایمان در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

روش پژوهشی از نوع آزمایشی بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری 2 ماهه همراه با گروه آزمایش و گروه گواه انجام گرفت و هر دو گروه سه نوبت مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. جامعه آماری شامل 121 بیماری بودند که در سال 1389 پس از زایمان به بیمارستان کلینیک اصفهان مراجعه و پس از پرکردن پرسشنامه افسردگی بک تشخیص افسردگی گرفتند (حداقل نمره 5-7 از پرسشنامه افسردگی بک). دیگر ضوابط ورود سنین 20 تا 30 سال و تحصیلات دیپلم به بالا بود. از میان این بیماران 30 نفر به طور تصادفی (قرعه‌کشی) انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. کفایت حجم نمونه با روش مقدماتی آماری بررسی شد. در ادامه پس از گرفتن رضایت‌نامه کتبی، ارزیابی‌های پیش‌آزمون اجرا شد.

ابزار پژوهش

1. پرسشنامه افسردگی بک. این پرسشنامه برای اولین بار در سال 1961 توسط ای. تی. بک¹، وارد مندلسون²، موک³ و ارباف تدوین شد. در سال 1996، بک و همکارانش برای تحت پوشش قراردادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، یک تجدیدنظر اساسی در

1. A. T. Beck
2. Ward Mendelson
3. Mock
15

آن انجام دادند. مقایسه بین فرم یک و دو نشان می‌دهد که اولاً مراجعان در پاسخ‌دادن به فرم دو، یک یا دو نشانه را بیش از فرم اولیه تایید می‌کنند و ثانیاً آزمون‌های سطوح بالاتر افسردگی بیش از افسرده‌های سطوح پایین‌تر، نشانه‌ها یا ماده‌ها را تایید می‌کنند (شریفی و نیکخو، 1386؛ به‌نقل از منصور، 1389). محتوای این پرسشنامه، به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد. پرسشنامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در 5 تا 10 دقیقه تکمیل می‌شود و درجه‌های مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمره‌های آن از حداقل صفر تا حداکثر 63 است (بک و استیر¹، 1988؛ به‌نقل از منصور، 1389). به‌علت اهمیت این ابزار در تشخیص مداخله بالینی، پژوهش‌های روان‌سنجی فراوانی درباره ویژگی‌های روان‌سنجی آن انجام شده است. بک و همکاران در سال 1996 ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک‌هفته‌ای را 0/93 به‌دست آوردند. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار در سال 1373 اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را 0/78 به‌دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال 1354، وهاب‌زاده در سال 1352 و چگینی در سال 1381، اعتبار پرسشنامه بک، بالا گزارش شده و از 0/70 تا 0/90 متغیر بوده است (منصور، 1389). ضریب پایایی این آزمون در این پژوهش 0/83 محاسبه گردید.

2. درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی. درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی توسط آدریان ولز و در سال 2006 ارائه گردید که طی هشت جلسه هفتگی یک‌ساعته اجرا شد. این برنامه شامل 10 راهکار به‌شرح زیر است: 1. کنترل توجه 2. هدایت فراشناختی 3. آزمایش ضدمنع بازداری 4. تداعی آزاد 5. تجویز ذهن سرگردان 6. تکلیف ببر 7. کودک متمرّد 8. تصویرسازی ابرها 9. حلقه کلامی 10. تمثیل ایستگاه قطار.

جلسه اول. خوش‌آمدگویی، بحث راجع به مکان برگزاری، تعداد جلسات، طول دوره و مدت زمان هر جلسه، مطرح‌کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشناسازی اعضاء گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه‌ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، انجام پیش‌آزمون.

جلسه دوم. بیان خلاصه محتوای جلسه قبل با کمک اعضاء، توضیح راجع به این‌که الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی چیست و ارائه نمودار آن، بحث راجع به الگو، آموزش فن کنترل توجه² و تمرین آن، ارائه تکلیف و تاکید بر انجام تکلیف، دریافت بازخورد.

1. Steer

2. attention training technique (ATT)

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی

جلسه سوم. دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تمرین و تکلیف جلسه قبل، آموزش و تمرین فن هدایت فراشناختی، آموزش و تمرین آزمایش ضد منع بازداری، ارائه تکلیف خانگی. جلسه چهارم. دریافت بازخورد از جلسه قبل، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش و تمرین فن تداعی آزاد، ارائه تکلیف خانگی، دریافت بازخورد.

جلسه پنجم. دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن تجویز ذهن سرگردان، آموزش تمرین تکلیف ببر، ارائه تکلیف، دریافت بازخورد.

جلسه ششم. دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن حلقه کلامی، آموزش و تمرین فن کودک متمرّد، ارائه تکلیف خانگی، دریافت بازخورد.

جلسه هفتم. دریافت بازخورد جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین روش تصویرسازی ابرها، آموزش و تمرین روش تمثیل ایستگاه قطار، ارائه تکلیف خانگی، دریافت بازخورد.

جلسه هشتم. دریافت بازخورد از جلسه‌های درمانی و تاثیر آن بر اعضاء گروه، مرور تکالیف و پاسخگویی به سؤال‌ها و اشکال‌ها، تمرین تکنیک‌های آموخته‌شده در جلسه‌های قبل با مشارکت اعضاء، بیان ضرورت و لزوم به‌کارگیری فنون آموخته‌شده جهت کاهش نشانه‌های بیماری و افزایش بهبود کلی، بحث راجع به وضعیت روانی فعلی اعضاء، پاسخ به سؤال‌های مطرح‌شده توسط اعضاء، تعیین جلسه پیگیری با موافقت اعضاء، انجام پس‌آزمون.

شیوه اجرا. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش در حین پژوهش و گروه گواه نیز به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، تحت‌درمان گروهی قرار گرفتند. جلسه پیگیری 2 ماه بعد از اتمام جلسه‌های روان‌درمانی انجام شد. داده‌های مطالعه با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش 24 و گروه گواه 26 سال بود. تحصیلات هر دو گروه در سطح دیپلم، همگی خانه‌دار و متاهل بودند. میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول 2 آمده است.

جدول 1. میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه گواه		گروه آزمایش			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
3/41	22/93	2/78	22/73	پیش‌آزمون	افسردگی پس از زایمان
4/05	23/20	3/24	16/40	پس‌آزمون	
4/15	23/33	4/12	16/20	پیگیری	

در این پژوهش، نمره پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همگام شناخته شد و تاثیر آن بر نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد.

جدول 2. تحلیل کوواریانس تاثیر گروهی بر نمره‌های افسردگی مرحله پس‌آزمون و پیگیری

توان	مجذور اتا	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص متغیر	مراحل	زیرمقیاس‌ها
0/96	0/35	14/81**	133/90	1	133/90	پیش‌آزمون		
1/00	0/57	36/75**	332/26	1	332/26	عضویت گروهی	پس آزمون	
0/45	0/11	3/61**	56/67	1	56/67	پیش‌آزمون		
0/99	0/46	23/71**	371/51	1	371/51	عضویت گروهی	پیگیری	افسردگی

** P < 0/01

یافته‌های فوق نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده‌شده بین نمره‌های افسردگی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار است. بنابراین درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی در بهبود افسردگی شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی تاثیر داشته است. توان آماری بالای 0/8 حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول است.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های فرضیه اول حاکی از اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی بر افسردگی پس از زایمان در مرحله پس‌آزمون بود. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش‌های

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی

مشابه دیگر از جمله پاپاجوجیو و ولز (2000)، ایوانز و همکاران (2008)، کاویانی و همکاران (1387) و آذرگون (1386) همخوانی دارد. در این پژوهش‌ها، تاثیر درمان‌های ذهن‌آگاهی و فراشناختی بر کاهش افسردگی و سایر پریشانی‌های روان‌شناختی بیماران دچار فشارخون به اثبات رسیده است. اثربخشی درمان مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی بر کاهش افسردگی پس از زایمان را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که بیماران با استفاده از فن‌هایی مثل حلقه کلامی مثبت‌اندیشی و فکرکردن به کلمه‌ها و مسائل مثبت را می‌آموزند و تاثیر افکار خوب یا بد را در وضعیت روانی خود درک می‌کنند.

اثرات روش آموزش توجه از طریق یک سری مطالعه‌های موردی اندازه‌گیری شده است. این مطالعه‌ها به‌طور همخوان نشان داده‌اند که این رویکرد در کاهش اضطراب و خلق افسرده و همچنین در اصلاح باورهای ناسازگارانه در اختلال پانیک، فوبیای اجتماعی، بیمارانگاری و عود اختلال افسردگی اساسی، مؤثر بوده است (ولز، 1990؛ ولز و همکاران، 1997؛ پاپاجوجیو و ولز، 1998؛ به‌نقل از ولز، 1385). اثر آموزش توجه بر باورها به‌طور واضحی همخوان با این عقیده است که اصلاح مستقیم پردازش‌های توجهی می‌توانند منجر به تغییرات همزمان در باورهای ناکارآمد شوند. این اثر به‌طور روشنی به دیدگاه پویای شناخت در اختلال‌های روان‌شناختی مربوط می‌شود. چندین مکانیسم می‌تواند زیربنای اثربخشی بالینی آموزش کنترل توجه شود که شامل کم‌رنگ‌شدن توجه متمرکز بر خود، قطع راهبردهای پردازشی مبتنی بر نگرانی و نشخوار فکری، افزایش کنترل اجرایی بر پردازش و توجه و تقویت شیوه فراشناختی پردازش هستند.

کم‌شدن توجه متمرکز بر خود در اختلال‌های هیجانی احتمالاً به این دلیل مفید خواهد بود که شدت پاسخ‌های جسمانی و عاطفی درک‌شده را کاهش می‌دهد. استفاده از رویکردهای توجهی مثل آموزش کنترل توجه نشان می‌دهد که چنین پاسخ‌هایی بدون خطر هستند و بایستی نادیده گرفته شوند. این رویکرد نه تنها توجه را از حالت جسمانی و هیجانی دور می‌سازد، بلکه در حالت‌های هیجانی، توجه انتخابی به افکار منفی را کاهش می‌دهد. آموزش کنترل توجه اثرات درمانی خود را از طریق قطع فعالیت‌های پردازشی مقاوم مانند گرانی و نشخوار فکر اعمال می‌کند. قطع این پردازش‌های مداوم فوایدی را دربردارد: اولاً نگرانی و نشخوار فکری ممکن است با حفظ الگوهای ناکارآمد توجه و بازیابی حافظه ارتباط داشته باشند و موجب حفظ ارزیابی‌های تهدید و باورهای منفی شوند. نشخوار فکری در مورد جنبه‌های ناتمام موقعیت فعلی فرد ممکن است با بازیابی و یادآوری شکست‌ها و ناکامی‌های گذشته همراه شود. بنابراین پردازش‌های مبتنی بر نشخوار فکری و نگرانی ممکن است موجب گیرافتادن فرد در درون شکل‌بندی‌های پردازش منفی شوند که باورها و تعبیر و تفسیرهای منفی را حفظ می‌کنند. ثانیاً

قطع پردازش مداوم توسط آموزش کنترل توجه، فرایند چرخه‌ای این پردازش‌ها را از بین می‌برد و باعث آزادسازی ظرفیت توجهی برای دیگر عملیات پردازشی می‌گردد که برای شکل‌گیری پردازش‌های کنترل اجرایی، ایجاد اطلاعات عدم تاییدی بالقوه و جدید لازم هستند. احتمالاً تحت چنین شرایطی توجه، انعطاف‌پذیرتر می‌شود و کمتر به الگوهای خاص دانش ناکارآمد محدود می‌گردد. کنترل بهبودیافته به شخص اجازه می‌دهد که دانش ناکارآمد خود را اصلاح کند و محرک‌های بالقوه تهدیدکننده را پردازش کند، بدون آن که شکل‌گیری ناکارآمد شناختی و یا پردازش‌های شناختی سوگیرانه ایجاد شود (ولز، 1385).

بیماران می‌آموزند که رویدادهای استرس‌زای زندگی را فاجعه‌آمیز تلقی نکنند و در مقابل آن‌ها هیچ‌گونه پاسخ‌دهی تلاش‌گرانه شناختی یا رفتاری نشان ندهند که این خود باعث کاهش افسردگی در این افراد گردید که این آموزه‌ها با استفاده از تکنیک‌های تکلیف ببر، تصویرسازی ابرها، تمثیل ایستگاه قطار، تمثیل کودک متمرّد و تجویز ذهن سرگردان فراهم شد.

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به فرضیه دوم نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های پیگیری افسردگی بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است. لذا فرضیه دوم تایید می‌شود. در تبیین این‌که چرا نتایج درمانی در مرحله پیگیری استمرار داشته است می‌توان گفت که در طول جلسات مدام بر استمرار تمرین‌ها به بیماران تاکید می‌شد و به نقش تمرین‌ها در درازمدت برای ماندگاری تاثیر آن‌ها تاکید شده بود و بیماران به‌قول خود در این زمینه عمل نموده بودند و این باعث استمرار بهبود آن‌ها شده بود.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی می‌تواند بر درمان افسردگی پس از زایمان تاثیر داشته و آن را کاهش دهد.

منابع

- آذرگون، حسن. (1386). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه اصفهان.
- جعفرپور، مهدی. (1385). بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان و ارتباط آن با رویدادهای استرس‌زای زندگی در مراجعین به مراکز بهداشتی، درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال 1384. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. 73-75.

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی

کاوایانی، حسین، حاتمی، ندا، و شفیع‌آبادی، عبدالله. (1387). اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده. *مجله تازه‌های علوم شناختی*. 10(4): 39-48.

منصوری، روح‌الله. (1389). پرسشنامه افسردگی بک. وبلاگ جامع روان‌شناسی صنعتی و سازمانی. ولز، آدرین. (1385). *اختلال‌های هیجانی و فراشناخت (بدعت در درمان‌های شناختی)*. ترجمه فاطمه بهرامی و شیوا رضوان. اصفهان: انتشارات مانی. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، 2000).

ویلیامز. (1385). *بارداری و زایمان*. ترجمه ازگلی، گیتی، دولتیان، ماهرخ، ناهیدی، فاطمه، سیمبر، معصومه، خداکرمی، ناهید و همکاران. جلد سوم، تهران: نشر خسروی. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، 2001).

- Ana, M. P. F., Claudio, ES., Claudia, GP., Gualda de la, M., Tamara, HO., & Claudia, PH. (2008). Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. *Revista Medica De Chile*, 136(1): 44-52.
- Akbari, A.A., Tooghiri, A., Kariman, N., & Alavi Majd, H. (2007). Relation between gestational anemia and postpartum depression. *Journal of Faculty of Nursing & Midwifery of Shahid Beheshti University of Medical Sciences And Health Services*, 16(56):19-26.
- Austin, M.P., Tully, L., & Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affect Disorder*, 101:169-74.
- Beck, C.T. (2006). Postpartum depression: it isn't just the blues. *American Journal of Nursing*, 106(5):40-50.
- Caplan, H., & Sadok, B. (2005). *Comprehensive Text Book of psychiatry*, 6th edit. Philadelphia; Lippincott; 2: 276-82.
- Castanon, S. C., & Pinto, L.J. (2008). Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to detect postpartum depression. *Rev Med Chill*, 136(7): 851-8.
- Cunningham, F. G., Iveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap, L. C., & Wenstrom, KD. (2005). *Williams Obstetrics*. 21th ed. NewYork: McGraw Hill.
- Cunningham, F. G., Williams, J. W. (2005). *Williams obstetrics*. 22th ed. NewYork: McGraw Hill.
- Decoster, E. C., Bukowski, T., Bartnett, K., Colley, B., & White head, N. (2007). Depression after delivery among Oklahoma mothers. *Journal of oklahoma state medical association*. 89(7): 244-8.
- Harrington, A. R., & Harrington, C. C. G. (2007). Healthy start screens for depression among urban pregnant, postpartum and inter conceptional women. *National Medical Association*. 99(3): 226-31.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*. 8: 24.

- McKinney, E. S., Romen, S. J., Smith, M., & Meiler, A.J. (2005). *Maternal child nursing*. 2nd ed. St. Louis: Elsevier Saunders. 494.
- Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Canadian Journal Clinical Pharmacology*. 16(1): 15-22.
- Posmontier, B. (2008). Sleep quality in women with and without postpartum depression. *Journal Of obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing*. 37(6): 722-38.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affect Disorder*. 113:77-87.
- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P., & R?destad, I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archive of Women Mental Health*. 8: 97-104.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Kaplan, H. I. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2308.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral science clinical psychiatry*. 10th ed. Philadelphia Lippincott Williams and wilkins. 864.
- Stowe, Z. N., Hostetter, A. L., & Newport, D. J. (2005). The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *American Journal of obstetric & Gynecology*. 192: 522-6.
- Tannous, L., Gigante, L. P., Fuchs, B. S., & Busnello, E. D. A. (2008). Postnatal depression in southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*. 8(1): 22-32.
- Tomlinson, M., Cooper, P. J., Stein, A., Swarts, L., & Molteno, C. (2006). post-partum depression and infant growth in a South African peri-urban settlement. *Blackwell publishing Ltd, child: Care, Health & Development*. 32(1): 81-86.
- Webster, J., Hall, L., & Somville, T. (2006). Prospective testing of the brisbane postnatal depression index. *Birth*, 33(1):56-63.
- Wells, A. (2006). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational- Emotional & Cognitive-Behavioral Therapy*, 23(4):337-355.
- Wisner, K. L., Hanusa, B. H., Perel, J. M., Peindl, K. S., Piontek, C. M., & Sit, D. K. (2006). Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 26: 353-60.

پرسشنامه افسردگی بک

در هر بند تعدادی جمله ارائه شده است. همه جمله‌های هر بند را به دقت بخوانید و جمله‌ای را که احساس فعلی شما را بهتر منعکس می‌کند، با علامت‌زدن مشخص کنید.

1. الف. غمگین نیستم. ب. غمگین هستم. ج. غم دست‌بردار نیست. د. تحملم را از دست داده‌ام.
2. الف. به آینده امیدوارم. ب. به آینده آمیدی ندارم. ج. احساس می‌کنم آینده امیدبخشی در انتظارم نیست. د. کمترین روزنه آمیدی ندارم.
3. الف. ناکام نیستم. ب. ناکام‌تر از دیگرانم. ج. به زندگی گذشته‌ام که نگاه می‌کنم، هر چه می‌بینم شکست و ناکامی است. د. آدم کاملاً شکست‌خورده‌ای هستم.
4. الف. مثل گذشته از زندگی‌ام راضی هستم. ب. مثل سابق از زندگی لذت نمی‌برم. ج. از زندگی رضایت واقعی ندارم. د. از هر کس و هر چیز که بگویی ناراضی هستم.
5. الف. احساس تقصیر نمی‌کنم. ب. گاهی اوقات احساس تقصیر می‌کنم. ج. اغلب احساس تقصیر می‌کنم. د. همیشه احساس تقصیر می‌کنم.
6. الف. انتظار مجازات ندارم. ب. احساس می‌کنم ممکن است مجازات شوم. ج. انتظار مجازات دارم. د. احساس می‌کنم مجازات می‌شوم.
7. الف. از خودم راضی هستم. ب. از خودم ناراضی‌ام. ج. از خودم بدم می‌آید. د. از خودم، متنفرم.
8. الف. بدتر از سایرین نیستم. ب. از خودم به‌خاطر خطاهایم انتقاد می‌کنم. ج. همیشه خودم را به‌خاطر خطاهایم سرزنش می‌کنم. د. برای هر اتفاق بدی، خودم را سرزنش می‌کنم.
9. الف. هرگز به فکر خودکشی نمی‌افتم. ب. فکر خودکشی به‌سرم زده اما اقدامی نکرده‌ام. ج. به فکر خودکشی هستم. د. اگر بتوانم خودکشی می‌کنم.
10. الف. بیش‌ازحد معمول‌گریه نمی‌کنم. ب. بیش از گذشته گریه می‌کنم. ج. همیشه گریانم. د. قبلاً گریه می‌کردم اما حالا با آن‌که دلم می‌خواهد، نمی‌توانم گریه کنم.
11. الف. کم‌حوصله‌تر از گذشته نیستم. ب. کم‌حوصله‌تر از گذشته هستم. ج. اغلب کم‌حوصله هستم. د. همیشه کم‌حوصله هستم.
12. الف. مثل همیشه مردم را دوست دارم. ب. نسبت به گذشته کمتر از مردم خوشم می‌آید. ج. تا حدود زیادی علاقه‌ام را به مردم از دست داده‌ام. د. از مردم قطع‌امید کرده‌ام، به آن‌ها علاقه‌ای ندارم.
13. الف. مانند گذشته تصمیم می‌گیرم. ب. کمتر از گذشته تصمیم می‌گیرم. ج. نسبت به گذشته قدرت تصمیم‌گیری‌ام را از دست داده‌ام. د. قدرت تصمیم‌گیری‌ام را از دست داده‌ام.
14. الف. جذابیت گذشته‌ها را دارم. ب. نگران هستم که جذابیتم را از دست بدهم. ج. احساس می‌کنم هر روز که می‌گذرد، جذابیتم را بیشتر از دست می‌دهم. د. زشت هستم.
15. الف. به‌خوبی گذشته کار می‌کنم. ب. به‌خوبی گذشته کار نمی‌کنم. ج. برای این‌که کاری بکنم

- به خودم فشار زیادی وارد می‌آورم. د. دستم به هیچ کاری نمی‌رود.
16. الف. مثل همیشه خوب می‌خوابم. ب. مثل گذشته خوابم نمی‌برد. ج. یکی دو ساعت زودتر از معمول بیدار می‌شوم، خوابیدن دوباره برایم مشکل است. د. چند ساعت زودتر از معمول از خواب بیدار می‌شوم و دیگر خوابم نمی‌برد.
17. الف. بیشتر از گذشته خسته نمی‌شوم. ب. بیشتر از گذشته خسته می‌شوم. ج. انجام هر کاری خسته‌ام می‌کند. د. از شدت خستگی هیچ کاری از عهده‌ام ساخته نیست.
18. الف. اشتهایم تغییری نکرده است. ب. اشتهایم به خوبی گذشته نیست.
- ج. اشتهایم خیلی کم شده است. د. به هیچ چیز اشتها ندارم.
19. الف. اخیراً وزن کم نکرده‌ام. ب. بیش از دو کیلو و نیم وزن کم نکرده‌ام.
- ج. بیش از پنج کیلو از وزن بدنم کم شده است. د. بیش از هفت کیلو وزن کم کرده‌ام.
20. الف. بیش از گذشته بیمار نمی‌شوم. ب. از سردرد و دل درد و یبوست کمی ناراحتم. ج. به شدت نگران سلامتی خود هستم. د. آنقدر نگران سلامتی خود هستم که دستم به هیچ کاری نمی‌رود.
21. الف. میل جنسی‌ام تغییری نکرده است. ب. میل جنسی‌ام کمتر شده است.
- ج. میل جنسی‌ام خیلی کم شده است. د. کمترین میل جنسی در من نیست.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی