

اثربخشی درمان فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی پس از زایمان

عزت اله قدم‌پور^۱، امیر عزیزی^{۲*}، جواد محمدی^۲

^۱ دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

* نویسنده مسئول: امیر عزیزی، دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. ایمیل:

amir28144@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۰۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۴/۲۲

چکیده

مقدمه: با توجه به اینکه افسردگی پس از زایمان بر الگوی ارتباطی والد - فرزند تأثیر می‌گذارد؛ هدف پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی پس از زایمان بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی می‌باشد. نمونه آماری پژوهش، شامل ۳۰ بیمار مبتلا به افسردگی پس از زایمان در سال ۱۳۹۲ بود که از میان ۸۹ بیماری که چهار هفته پس از زایمان به کلینیک بزرگمهر شهر تبریز مراجعه کرده بودند و پس از انجام مصاحبه بالینی و تکمیل پرسشنامه افسردگی بک، تشخیص افسردگی بک، تشخیص افسردگی گرفته بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده و در دو گروه آزمایشی و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) قرار گرفتند. بعد از اتمام دوره ۸ جلسه‌های (هفته‌های دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول یک ماه) درمان فراشناختی مبنی بر ذهن آگاهی انفصالی، پرسشنامه افسردگی در هر دو گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که پس از اجرای مداخله، میانگین پس‌آزمون در گروه آزمایش به میزان معناداری کاهش یافت ($P = ۰/۰۲۶$)؛ بنابراین این درمان باعث کاهش میزان افسردگی پس از زایمان در بیماران گروه آزمایش شده است. نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینه به کارگیری درمان مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی، به منظور کاهش افسردگی پس از زایمان به همراه دارد.

کلیدواژه‌ها: فراشناخت، ذهن آگاهی، افسردگی، زایمان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

مطابق معیارهای پنجمین ویراست راهنمای روش‌های تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، افسردگی پس از زایمان عبارت است از افسردگی عمده و وجود همزمان پنج مورد از علائم برهم خوردن نظم جسمانی و مشخصه افسردگی که حداقل یکی از آن‌ها خلق افسرده یا کاهش علاقه و لذت در فعالیت‌ها باشد. این علائم حداقل باید به مدت ۲ هفته تداوم داشته و حداکثر ظرف ۴ هفته پس از زایمان آغاز گردد (۷).

افسردگی پس از زایمان با شیوع ۵ تا ۴۰ درصد در جوامع متفاوت و بیش از ۱۲/۵ درصد پذیرش‌های زنان به دلیل مشکلات روانی را به خود اختصاص می‌دهد، اثرات سوئی بر روابط مرتبط با همسر و کودک دارد و رشد و خصوصاً تکامل شیرخوار را به طور زاینبار تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸، ۹). مطالعات اخیر به وجود رابطه بین علائم افسردگی مادر

حاملگی و دوره پس از زایمان، مادر و خانواده‌اش را با انواع تقاضاها روبه‌رو می‌کند. معمولاً مادران به خوبی از عهده مراقبت از کودک برآمده و با تأثیرهای خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن سازش می‌یابند (۱)؛ اما این دوران می‌تواند به حدی تنش‌زا باشد که سبب بیماری‌های روانی گردد (۲). این مشکل یک مشکل جدی شایع و قابل درمان با تأثیرهای گسترده بر مادر و خانواده بوده و به صورت شایعی کمتر از حد واقعی تخمین زده می‌شود (۳).

افسردگی پس از زایمان یک اختلال روانی جدی و فراوان‌ترین عارضه شایع در این دوره با شیوع ۱۰ تا ۱۵ درصد است (۴). افسردگی پس از زایمان با احساس غمگینی، ناتوانی از لذت بردن، تحریک‌پذیری، عصبانیت و کاهش اعتماد به نفس مشخص می‌گردد (۵). شروع این اختلال عموماً در ۱۲ هفته اول بارداری است (۶).

(۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی می‌پردازد. نتایج حاکی از اثربخشی روش درمانی مبنی بر ذهن‌آگاهی بود. به طوری که در نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش محسوسی دیده شد (۱۳).

چارچوب الگوی شناختی، مدل‌های نظری و به تبع آن راهکارهای مداخله‌های متعددی جهت درمان افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی، توسعه یافته است. علی‌رغم کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های شناخت‌درمانی در کنترل و یا حداقل کاهش افسردگی، هنوز کاستی‌هایی وجود دارد و به تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری هستند. گرچه قضاوت درباره اندازه اثر و کارآمدی روش‌های مختلف درمانی در چارچوب الگوی شناختی هنوز زود است، با این همه به نظر می‌رسد درمان فراشناختی افسردگی با توجه به تأکیدش بر رابطه متقابل نشخوارهای ذهنی افسردگی و فراشناخت (به ویژه عقاید مثبت و منفی درباره نشخوارها)، در مقایسه با سایر مدل‌های نظری در موقعیت بهتری قرار دارد. از سوی دیگر با توجه به شیوع اختلال افسردگی پس از زایمان، عدم شناسایی آن و تأثیرات زیادی که بر مادر، نوزاد، روابط مادر و فرزند و حتی روابط زن و شوهر می‌گذارد و همچنین به دلیل سهم زیاد عوامل روانی مؤثر بر این اختلال ضرورت زیادی برای پیشگیری و درمان آن احساس می‌شود؛ به همین منظور هدف از انجام این پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی بر افسردگی پس از زایمان بود.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل ۸۹ نفر از افرادی بود که در سال ۱۳۹۳ و پس از گذشت حدوداً چهار هفته پس از زایمان به کلینیک بزرگمهر شهر تبریز مراجعه کرده بودند و از میان آن‌ها تنها ۳۵ نفر مبتلا به افسردگی پس از زایمان بودند. در این میان تعداد ۳ نفر حاضر به شرکت در پژوهش نشدند و به علت ریزش در گروه آزمایش که به دلیل طولانی بودن مدت درمان، لزوم انجام تمرینات و تکالیف خانگی روزانه، عود مکرر بیماری و در نتیجه تشدید وضعیت بیماران، ۲ نفر نیز از مطالعه خارج شدند. در نهایت آزمودنی‌های این پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان بودند که در سطح بالایی از افسردگی (نمره برش ۱۸) قرار داشتند، به وسیله مصاحبه ساختار یافته توسط روانشناس و براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و با نظر روانپزشک شناسایی شدند. بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. یک گروه از این آزمودنی‌ها در معرض درمان فراشناختی مبنی بر ذهن‌آگاهی انحصالی قرار گرفتند و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای بر روی آن‌ها اجرا نشد. برای هر دو گروه پیش‌آزمون و سپس پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک سنجیده شد. همچنین به دلیل محدودیت نمونه‌گیری تنها به کلینیک بزرگمهر مراجعه شد. ملاک‌های ورود بیماران به نمونه پژوهش عبارت بودند از: نداشتن سابقه ابتلاء به افسردگی پس از زایمان، دارا بودن سطح بالایی از افسردگی (نمره برش

و تغییرات عصبی هورمونی و اختلال در سازگاری در جنبه‌های مختلف خواب، تغذیه، خلق و خو و وابستگی در نوزاد تأکید می‌کند (۱۰). فنون مبتنی بر الگو فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی تأثیر به‌سزایی بر اختلال‌های هیجانی مخصوصاً افسردگی داشته است (۱۱). یکی از مهم‌ترین و تأثیرگذارترین الگوهای تبیین اختلال‌های روانی در سال‌های اخیر، الگو عملکرد اجرایی خودتنظیمی Wells و Matthews بوده است. در الگو عملکرد اجرایی خودتنظیمی، همه اختلالات روانی می‌توانند با فعالیت الگویی ناکارآمد از شناخت مرتبط باشند که نشانگان توجهی-شناختی نامیده می‌شود. این نشانگان الگویی از فعالیت پردازش راهبردی است که به وسیله دانش فراشناختی ذخیره شده در حافظه درازمدت، راه‌اندازی می‌شود (۱۲). بر این اساس، تعدیل شناختی در درمان نباید فقط بر چالش با اعتبار نگرانی و افکار منفی تمرکز کند، بلکه باید مستقیماً بر تعدیل نشانگان توجهی-شناختی و تغییر در سبک شناخت نیز متمرکز شود. یکی از با اهمیت‌ترین راه‌کارها برای انجام این مهم، ایجاد و گسترش حالتی از ذهن‌آگاهی انحصالی است (۱۱). Wells و Matthews (۲۰۰۶) ذهن‌آگاهی انحصالی را حالتی خوشایند برای بیماران تحت درمان روانشناختی و نقطه مقابل و ناسازگار با نشانگان توجهی-شناختی می‌دانند (۱۲). به طور کلی، ذهن‌آگاهی انحصالی شامل حالتی است که در آن با وجود آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی، هیچ‌گونه پاسخدهی تلاشگرانه شناختی (ارزیابی تاییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای کنترل یا سرکوب) و یا رفتاری صورت نمی‌گیرد (۱۱).

سطوح الگو فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی را می‌توان شامل موارد زیر دانست: سطح اول: سطح پایین‌تر است که براساس محرک‌ها برانگیخته می‌شود 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 پیوسته 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 طرح‌های پردازش هستند. منابع موردنیاز سطح پایین‌تر 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 می‌گیرد. سطح پیوسته وابسته به منابع توجهی برای اجرای پردازش است و فعالیت‌های آن تابع درجه‌های 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 اختلال‌های بالینی، این آگاهی ممکن است کاهش یابد. اجزای پردازش پیوسته مستلزم دستیابی به دانش خود (باورها) است. این سطح نمی‌تواند مستقل عمل کند و جهت‌گیری آن متکی بر دانش خود یا باورهای موجود در حافظه است. در ترکیب ذهن‌آگاهی با این الگو فراشناختی در مرحله پردازش پیوسته فرد باید بیاموزد که به جای نشانگان توجهی-شناختی، از ذهن‌آگاهی انحصالی استفاده کند و در واقع هیچ‌گونه فعالیت تلاشگرانه برای کنترل و سرکوبی از خود نشان ندهد (۱۱).

امروزه برخی شواهد نشان می‌دهد که درمان فراشناختی مبنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش افسردگی می‌شود؛ به عنوان مثال آذرگون

ضریب اعتماد بین ارزیابان برای SCID گزارش کرده‌اند (۱۵). شریفی و همکاران (۲۰۰۷) این مصاحبه را پس از ترجمه به فارسی بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند (۱۶). توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵) به دست آمده نیز رضایت‌بخش است. برای ارزیابی افسردگی آزمودنی‌ها از پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش دوم (II-BDI) استفاده شد. این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی Beck است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۱۷). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول، همخوانی بیشتری با DSM-IV دارد و همانند BDI-II، BDI نیز ۲۱ سئوالی است و تمام عناصر افسردگی را پوشش می‌دهد و درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید؛ تعیین می‌کند. دامنه نمره کلی افسردگی فرد بین صفر تا ۶۳ و نمره برش آن ۱۸ می‌باشد. نمرات صفر تا ۱۳ نشان‌دهنده افسردگی حداقل، ۱۴ تا ۱۹ نشان‌دهنده افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ نمایانگر افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ نمایانگر افسردگی شدید است (۱۷). در مطالعه‌ای ضریب آلفا ۰/۹۱ و ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش شده است (۱۸). ثبات آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۷۳ گزارش شده است (۱۹). درمان فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی توسط Wells در سال ۲۰۰۵ ارائه گردید (۱۱) که طی هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و در جدول ۱ ارائه شده است.

(۱۸)، نداشتن اختلال سایکوتیک و یا ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور II براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) و تشخیص روانشناس، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی قبل از ورود به پژوهش، در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی. وجود مخاطراتی برای بیمار مثل داشتن افکار جدی درباره خودکشی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه داشتن آن را ناممکن می‌سازد، به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و پژوهشگران به مراجعان این اطمینان را دادند که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات درمانی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. در این پژوهش به منظور گردآوری اطلاعات از دو ابزار استفاده شد: مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I (SCID-I) و پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش دوم (II-BDI). مصاحبه بالینی ساختاریافته که برای اختلالات محور I (SCID-I) به کار می‌رود، ابزاری انعطاف‌پذیر است و توسط First و همکاران در سال ۱۹۹۶ تهیه شد (۱۴). Smith و Tran (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۶۰ را به عنوان

جدول ۱: پروتکل درمانی مبنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی

جلسه اول	معرفه، بحث راجع به تعداد جلسات، طول دوره و مدت زمان هر جلسه، ارائه خلاصه‌ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، انجام پیش‌آزمون.
جلسه دوم	بیان خلاصه محتوای جلسه قبل، توضیح راجع به اینکه الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی چیست و ارائه نمودار آن، بحث راجع به الگو، آموزش فن کنترل توجه و تمرین آن، ارائه تکلیف و تأکید بر انجام تکلیف، دریافت بازخورد.
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 تکلیف 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 متمرده، 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 تأثیر آن بر آزمودنی‌ها، مرور تکلیف و پاسخگویی به سؤال‌ها و اشکال‌ها، تمرین تکنیک‌های آموخته شده در جلسه‌های قبل با مشارکت آزمودنی‌ها، بیان ضرورت و لزوم به کارگیری فنون آموخته شده جهت کاهش نشانه‌های بیماری و افزایش بهبود کلی، بحث راجع به وضعیت روانی فعلی آزمودنی‌ها، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰ نفر از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شرکت داشتند. میانگین سنی آن‌ها ۲۶ سال با انحراف معیار (۶/۱۳) سال بود و تمام آزمودنی‌ها متأهل و خانه‌دار بودند. پس از اجرای درمان

برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های گردآوری شده ابتدا از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی توسط روش آماری تحلیل کواریانس استفاده گردید. به علاوه داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

همان گونه که در **جدول ۲** ملاحظه می‌گردد، نمرات پیش‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل اختلاف معناداری نشان نمی‌دهد؛ اما در پس‌آزمون، نمرات گروه آزمایش کاهش معناداری داشته است.

پیش‌فرض‌های توزیع نرمال نمرات و همسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته که از پیش‌فرض‌های آماری استفاده از آزمون پارامتریک است به وسیله آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون ام باکس با مقادیر $(P > 0/05)$ مورد تأیید قرار گرفته، لذا می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد. نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه افسردگی گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون و پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در **جدول ۳** ارائه شده است. همان گونه که در **جدول ۳** ملاحظه می‌شود، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری در متغیر افسردگی دیده می‌شود؛ به طوری که درمان فراشناختی مبنی بر الگوی ذهن‌آگاهی انحصالی باعث کاهش افسردگی پس از زایمان شده است $(P = 0/026)$.

فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. در **جدول ۲** آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه کنترل و آزمایش در شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون درج شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات افسردگی پس از زایمان در دو گروه آزمایش و کنترل ($n = 15$)

افسردگی پس از زایمان	میانگین \pm انحراف معیار
پیش‌آزمون	-
آزمایش	$3/5146 \pm 22/7333$
کنترل	$4/92032 \pm 24/2667$
پس‌آزمون	۱۵
آزمایش	$5/75523 \pm 18/8667$
کنترل	$5/91366 \pm 23/4000$

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس نمرات افسردگی پس از زایمان

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۵۵/۷۱۰	۱	۵۵/۷۱۰	۱/۶۷۶	۰/۲۰۶
گروه	۱۸۳/۲۵۴	۱	۱۸۳/۲۵۴	۵/۵۱۲	۰/۰۲۶
خطا	۸۹۷/۶۲۴	۲۷	۳۳/۲۴۵	-	-
کل	۱۳۹۵۵/۰۰۰	۳۰	-	-	-

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی مبنی بر الگوی ذهن‌آگاهی انحصالی باعث کاهش افسردگی پس از زایمان شده است، به طوری که درمان در کاهش افسردگی پس از زایمان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر بوده است. این نتایج با یافته‌های برخی از مطالعات پیشین که در این رابطه صورت گرفته مطابقت می‌کند. به عنوان مثال بختیاری و عابدی (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای نشان دادند درمان گروهی مبنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی می‌تواند افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد (۲۰). مطالعه حاضر همچنین با یافته‌های مطالعات کاویانی و همکاران (۲۰۰۹)؛ Wells (۲۰۰۵) همسو می‌باشد. در این پژوهش‌ها، تأثیر درمان‌های ذهن‌آگاهی انحصالی بر کاهش افسردگی و سایر پریشانی‌های روانشناختی تأیید رسیده است (۱۱-۲۱). اثربخشی درمان مبنی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی بر کاهش افسردگی پس از زایمان را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که بیماران با استفاده از تکنیک‌هایی چون حلقه کلامی مثبت‌اندیشی و فکرکردن به کلمه‌ها، مسائل مثبت را می‌آموزند و تأثیر افکار خوب یا بد را در وضعیت روانی خود درک می‌کنند (۲۰). به طوری که بیماران می‌آموزند که رویدادهای استرس‌زای زندگی را فاجعه‌آمیز تلقی نکنند و در مقابل آن‌ها هیچ‌گونه پاسخی تلاشگرانه شناختی یا رفتاری نشان ندهند که این خود باعث کاهش افسردگی در این افراد می‌گردد و این آموزه‌ها با استفاده از تکنیک‌های تکلیف‌ببر، تصویرسازی ابرها، تمثیل ایستگاه قطار، تمثیل کودک متمرّد و تجویز ذهن سرگردان فراهم می‌شود (۲۲). به عبارت دیگر پرورش آگاهی به این شیوه، بیماران را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارتری برانگیخته شدن

واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری تمرکز زدایی کنند و به آنها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنمایی از واقعیت نیستند (۲۳). هدف مدل فراشناختی نشان دادن فراشناخت‌ها و فرآیندهای تداوم‌بخش برهه افسرده‌ساز است به طوری که افسردگی در اثر فعال شدن نشخوار فکری و الگوهای پاسخدهی ناسازگارانه، تداوم یافته و تشدید می‌شود. ولز به عنوان مشهورترین چهره در این حوزه تأکید دارد که تا زمانی که نشخوارهای ذهنی به صورت مستقیم مورد چالش قرار نگیرد و در این میان عقاید فراشناختی مربوط به آن‌ها و به طور اخص عقاید فراشناختی منفی (از قبیل نشخوارها، غیرقابل کنترل هستند) و عقاید فراشناخت مثبت (به عنوان مثال نشخوارها برای یافتن پاسخ مقابله‌ای لازم هستند) تغییر نیابند، درمان افسردگی به صورت مؤثر پیش نخواهد رفت. به طوری که در پژوهش حاضر مشخص شد، همین مسئله منجر به اثربخشی درمان شد.

نتیجه‌گیری

یکی از مهم‌ترین کاستی‌های این پژوهش، به کارگیری صرف درمان فراشناختی ذهن‌آگاهی انحصالی و نادیده گرفتن سایر مداخلات مؤثر در بهبود افسردگی پس از زایمان می‌باشد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش کاهش حجم نمونه در جریان انجام مداخله و عدم پیگیری پس از اجرای پس‌آزمون بود.

یک سال) دنبال نمایند.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش و مسئولین و پرسنل کلینیک بزرگمهر شهر تبریز که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند تشکر نمایند.

References

- Decoster EC, Bukowski T, Battnett K, Colley B, White HN. Depression after delivery among Oklahoma mothers. *J Okla State Med Assoc*. 2007;89(7):244-8.
- Cunningham TV. Nonreductive moral classification and the limits of philosophy. *Am J Bioeth*. 2014;14(2):22-4. DOI: [10.1080/15265161.2013.868956](https://doi.org/10.1080/15265161.2013.868956) PMID: [24521331](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24521331/)
- Castanon SC, Pinto LJ. [Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to detect postpartum depression]. *Mag Med Chile*. 2008;136(7):851-8.
- Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM, Sit DK, et al. Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(4):353-60. DOI: [10.1097/01.jcp.0000227706.56870.dd](https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000227706.56870.dd) PMID: [16855451](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16855451/)
- Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello ED. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*. 2008;8(2):1. DOI: [10.1186/1471-244X-8-1](https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-1) PMID: [18173833](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18173833/)
- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry. 5th ed. USA: Williams & Wilkins Co; 1988.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. USA: American Psychiatric Pub; 2013.
- Harrington AR, Greene-Harrington CC. Healthy Start screens for depression among urban pregnant, postpartum and interconceptional women. *J Natl Med Assoc*. 2007;99(3):226-31. PMID: [17393946](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17393946/)
- Poo FA, Espejo SC, Godoy PC, Gualda de la CM, Hernandez OT, Perez HC. [Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care]. *Rev Med Chil*. 2008;136(1):44-52. DOI: [/S0034-98872008000100006](https://doi.org/10.30034-98872008000100006) PMID: [18483653](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18483653/)
- Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences--Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol*. 2009;16(1):e15-22. PMID: [19164843](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19164843/)
- Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *J Ration Emotive Cogn Behav Ther*. 2005;23(4):337-55.
- Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. 2nd ed. Iran: Arjomand Publications; 2015.
- Azargoon H, Kajbaf MB, Molavi H, Abedi MR. The effect of mindfulness training on mental rumination and depression of the students of Isfahan University. *J Educ Sci*. 2009;25(3):226-31.
- First MB, Spitzer L, Gibbon M, Williams JBW. Structural clinical inter view for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition. Washington DC: Amrican Psychiatry Press; 1996.
- Tran G, Smith GP. Behavioral assessments in the measurement of treatment out-come. In: Haynes SN, Heiby EM, editors. *Comprehensive Hand book of psychological Assessment*. New York: Wiley; 2004. p. 269-90.
- Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID): Persian Translation and Cultural Adaptation. *Iran J Psychiatr*. 2007;2(1):46-8.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71. PMID: [13688369](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13688369/)
- Luheshi LM, Crowther DC, Dobson CM. Protein misfolding and disease: from the test tube to the organism. *Curr Opin Chem Biol*. 2008;12(1):25-31. DOI: [10.1016/j.cbpa.2008.02.011](https://doi.org/10.1016/j.cbpa.2008.02.011) PMID: [18295611](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18295611/)
- Dobson K, Mohammad Khani P. The psychometric characteristics of the BDI-II. *J Rehabil*. 2008;9(3):88-2.
- Bakhtiar A, Abedi A. Effectiveness of group therapy and mindfulness based cognitive model of separation of postpartum depression. *J Appl Psychol*. 2013;2(22):9-24.
- Kaviani H, Hatami N, Shafiabad A. Cognitive effects on the mind the quality of life in depressed patients. *J Cogn Sci Event*. 2009;10(4):39-48.
- Wells A, Colbear JS. Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *J Clin Psychol*. 2012;68(4):373-81. DOI: [10.1002/jclp.20871](https://doi.org/10.1002/jclp.20871) PMID: [24469928](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24469928/)
- Kellett GL, Brot-Laroche E, Mace OJ, Leturque A. Sugar absorption in the intestine: the role of GLUT2. *Annu Rev Nutr*. 2008;28:35-54. DOI: [10.1146/annurev.nutr.28.061807.155518](https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.28.061807.155518) PMID: [18393659](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18393659/)

The Efficacy of Detached Mindfulness in Meta-Cognitive Therapy on Postpartum Depression

Ezatollah Ghadam Pour ¹, Amir Azizi ^{2,*}, Javad Mohamadi ²

¹ Associate Professor of Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

² PhD Student in Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

* **Corresponding author:** Amir Azizi, PhD Student in Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran. E-mail: amir28144@gmail.com

Received: 15 Dec 2015

Accepted: 23 Nov 2016

Abstract

Introduction: Given the influence of postpartum depression on patterns of parent-child relationships, in this study we aimed to determine detached mindfulness in meta-cognitive therapy on postpartum depression.

Methods: In this quasi-experimental study, the study sample included 30 patients among 89 patients referred to Bozorgmehr clinic in Tabriz in 2014, who had postpartum depression. Four weeks after delivery and after clinical interview and completing Beck Depression Inventory, depression was diagnosed. After eight sessions (two sessions a week, 90 minutes per month) of detached mindfulness-based cognitive therapy, depression questionnaire was administered in both groups. The data was analyzed using SPSS version 16 and analysis of covariance.

Results: The results of analysis of covariance showed that after the intervention, the average post-test in the test group decreased significantly ($P = 0.026$). Thus, this treatment reduced the rate of postpartum depression in the patients under study.

Conclusions: These findings may have important implications in the use of detached mindfulness in meta-cognitive therapy on postpartum depression.

Keywords: Metacognition; Mindfulness; Depression; Childbirth