



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

## بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان، میزان استرس و ناامیدی زنان دچار افسردگی پس از زایمان

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

فهیمة فرزانه\*<sup>ID</sup>

مریم افضلی<sup>ID</sup>

fahimefarzaneh26@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۴

دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۵

### فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷  
<http://Aftj.ir>  
دوره ۲ | شماره ۴ پیاپی ۸ | ۱۷۶-۱۹۱  
زمستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان، میزان استرس و ناامیدی زنان دچار افسردگی پس از زایمان انجام شد. روش پژوهش: روش پژوهش آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه با پیگیری بود، جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان فردیس می‌باشند که ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند که در ۱۰ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۰) اجرا شد. ابزارهای گردآوری داده‌ها مقیاس ناامیدی بک (۱۹۷۴)، پرسشنامه تنظیم هیجان گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) و پرسشنامه استرس لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) بود. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر از طریق نرم‌افزار SPSS-19 تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج حاکی از تأثیر مداخله فراشناختی نمره استرس ( $F=4/62$ ,  $P=0/040$ )، نمره ناامیدی ( $F=61/94$ ,  $P=0/001$ ) و بر نمره تنظیم هیجانی ( $F=14/65$ ,  $P=0/001$ ) و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود. نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی به عنوان درمانی مؤثر بر تنظیم هیجان، میزان استرس و ناامیدی بیماران دارای افسردگی می‌تواند مورد استفاده روانشناسان و مشاوران قرار گیرد.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(فرزانه و افضلی، ۱۴۰۰)

### در فهرست منابع:

فرزانه، فهیمة، و افضلی، مریم. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان، میزان استرس و ناامیدی زنان دچار افسردگی پس از زایمان، فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۴ پیاپی ۸): ۱۷۶-۱۹۱.

کلیدواژه‌ها: فراشناختی، تنظیم هیجان، استرس، ناامیدی، افسردگی پس از زایمان

## مقدمه

بارداری<sup>۱</sup> و زایمان<sup>۲</sup> با تغییرات شدید هورمونی همراه است که خود این مسئله بر روح و روان مادر اثر می‌گذارد. این که نوزاد شیرخوار را به صورت ۲۴ ساعته نگهداری کند و استرس‌هایی که از او به مادر وارد می‌شود، خود مسئله‌ای است که همه مادران به راحتی به آن تن نمی‌دهند و باعث بروز افسردگی در آن‌ها می‌شود، حتی اگر بچه اول آن‌ها نباشد (آقایی، صانعی و ناصری، ۱۳۹۹). افسردگی پس از زایمان یک اختلال روانی جدی و فراوان‌ترین عارضه شایع در این دوره با شیوع ۱۰ تا ۱۵ درصد است (مهدوی و خیرآبادی، ۱۳۹۷) افسردگی پس از زایمان با احساس غمگینی، ناتوانی از لذت بردن، تحریک‌پذیری، عصبانیت و کاهش اعتماد به نفس مشخص می‌گردد، شروع این اختلال عموماً در ۱۲ هفته اول بارداری است (وریولت کوستا و همکاران، ۲۰۱۴). 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 ۲ هفته پس از زایمان آغاز گردد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). افسردگی پس از زایمان با شیوع ۵ الی 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 زیانبار تحت تأثیر قرار می‌دهد (هرینگتون و هرینگتون، ۲۰۰۷؛ پو و همکاران، ۲۰۰۸). افسردگی می‌تواند دامنه‌ی وسیع داشته باشد، بدبینی نسبت به آینده، کاهش حرمت نفس و احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایت بودن. ناامیدی یعنی دل‌مردگی ناشی از افسردگی که می‌تواند خود را به شکل از دست رفتن امید به آینده نشان دهد. در این شرایط فرد احساس می‌کند نامطبوع خواهد بود و در موارد شدید فرد احساس می‌کند که آینده برایش وجود ندارد (دورن و ویگنر، ۲۰۱۴). ناامیدی بر سلامتی و ابعاد روان‌شناختی افراد اثر منفی داشته و فاکتور خطری برای اختلال در این ابعاد می‌باشد. (۹) ناامیدی از خصوصیات و مظاهر اصلی افسردگی است (گارنفسکی، کرجی و اسپین‌هاون، ۲۰۰۱).

افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا، از راهبردهای متنوع تنظیم هیجان استفاده می‌کنند از جمله این راهبردها: نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگری، فاجعه‌انگاری و تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و برنامه‌ریزی کردن است (اوکسندر و گراس، ۲۰۰۵). در اصل در تنظیم هیجان به تعامل بهینه‌ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز است (گراس، ۱۹۹۸). زیرا انسان‌ها با هرچه مواجه می‌شوند آن را تفسیر می‌کنند و تفسیرهای شناختی تعیین‌کننده واکنش‌های افراد است. تنظیم هیجان بیشتر از دو چهارچوب مهم بررسی می‌شوند که عبارت‌اند از ۱- راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از وقوع حادثه یا در آغاز بروز آن فعال می‌شوند ۲- راهبردهای تنظیم هیجان که پس از بروز حادثه و یا بعد از شکل‌گیری هیجان فعال می‌شوند. راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از وقوع حادثه فعال می‌شوند در

1. Pregnant
2. Giving Birth

کنترل هیجان منفی حوادث نقش مهمی دارند (گراس و جان، ۲۰۰۳). زیرا موجب تفسیر واقعه به نحوی می‌شوند که پاسخ‌های هیجانی منفی را کاهش می‌دهد. پژوهش نشان می‌دهد تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های مختلف تنظیم هیجان شناختی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود چنانکه استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با هیجان‌های مثبت و عملکردهای میان فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد (دیویس و کلارک، ۱۹۹۸). از طرفی بر اساس یافته‌های یک مطالعه سرکوب هیجان در هنگام رویارویی با یک رویداد استرس‌زا باعث پدید آمدن نشخوار فکری بعد از رویداد می‌شود (مارتین و داهلن، ۲۰۱۵). در مطالعه دیگر سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه انگاری و ارزیابی مجدد مثبت از پیش‌بینی کننده‌های قوی هیجان‌های منفی گزارش شده است (ولز، ۲۰۰۹). علیرغم بهره‌گیری از درمان‌های قبلی، امروزه روش جدیدتری نیز به مداخلات درمانی افزوده شده است که درمان فراشناختی<sup>۱</sup> نام دارد. فراشناخت<sup>۲</sup> مفهومی چندوجهی است که دربرگیرنده دانش (باورها)، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند (ولز، ۲۰۰۰). در سال‌های اخیر فراشناخت به‌عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی موردبررسی قرار گرفته است (حسنوندی، مهدی زاده و مهرابی زاده، ۱۳۹۲). رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها در برابر پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی، با الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد. این الگو سندرم شناختی- توجهی (CAS) خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت‌شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌باشد (خوش‌لهجه، ۱۳۹۶). در پژوهش حسنوندی و همکاران (۱۳۹۲) که به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه‌ی گروهی بر علائم افسردگی و نشخوار فکری پرداخته‌اند به این نتیجه رسیدند که به‌کارگیری الگوی فراشناختی ولز در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری دانشجویان دارای این علائم، مؤثر است. در پژوهشی قدم پور و همکاران (۱۳۹۵)، به این نتیجه دست یافتند که به‌کارگیری درمان فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی پس از زایمان تأثیر دارد... و نیز مرتضایی و همکاران (۱۳۹۶). در پژوهش خود مینی به مقایسه درمان فراشناختی و درمان برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، خودارزشیابی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان به این نتیجه دست یافتند که درمان برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به درمان فراشناخت اثربخشی بیشتری داشته است. (۲۲). در پژوهشی خوش‌لهجه صدق (۱۳۹۶) به این نتیجه رسید که درمان فراشناختی با تمرکز بر سندرم شناختی توجهی و چالش با باورهای فراشناختی می‌تواند علائم افسردگی و اضطراب را کاهش دهد. (۲۳) در این پژوهش با توجه به وجود ناامیدی و استرس و نبود تنظیم هیجانی در افراد افسرده و با توجه به شناسایی تحریف‌های شناختی با کمک درمان فراشناختی به تغییر باورهای فراشناختی در این بیماران پرداخته شد؛ در این پژوهش، پژوهشگر جهت کاهش علائم افسردگی پس از زایمان از روش درمانی فراشناختی استفاده کرد. با توجه به مطالب مطرح‌شده پژوهشگر درصدد پاسخگویی به این سؤال است

---

1. metacognitive therapy

2. metacognition

۱. آیا درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان، میزان استرس و ناامیدی بیماران دارای افسردگی پس از زایمان در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد؟
- آیا درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان، میزان استرس و ناامیدی بیماران دارای افسردگی پس از زایمان در مرحله پیگیری پایداری دارد؟

### روش پژوهش

روش پژوهشی حاضر یک مطالعه کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون با یک گروه آزمایش روش (مداخله) و یک گروه گواه و دوره پیگیری بود، جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلابه افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان فردیس در سال ۱۳۹۹ بودند که بر اساس اطلاعات جمع‌آوری‌شده تعداد آن‌ها ۶۷ نفر بود و ۳۰ نفر از بیماران مبتلابه افسردگی پس از زایمان بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. پس از هماهنگی‌های لازم با مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان فردیس از طریق تماس تلفنی، در رابطه با تشکیل جلسات گروهی مشاوره برای زنان دارای افسردگی پس از زایمان اطلاع‌رسانی شده است و از بین افراد داوطلب مراجعه‌کننده واجد شرایط ورود به مطالعه (متاهل و شاغل، زن)، ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از انتخاب افراد، گروه آزمایش در ۱۰ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول یک و ماه نیم در جلسات که در مرکز مشاوره تشکیل شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: زنان مبتلابه افسردگی پس از زایمان، عدم دریافت دوره آموزشی یا روان‌درمانی در طول انجام پژوهش، عدم مصرف داروی روان‌پزشکی، رضایت آگاهانه؛ و معیارهای خراج عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه جلسات، غیبت سه جلسه در جلسات درمانی.

### ابزار پژوهش

۱. **مقیاس ناامیدی بک**<sup>۱</sup>. این پرسشنامه شامل ۲۰ پرسش است که در آن از آزمودنی‌ها خواسته شد تا در مورد درست یا نادرست بودن گزاره‌های پاسخ خود قضاوت نمایند. کلید ۹ پرسش بر مبنای پاسخ نادرست و کلید ۱۱ پرسش دیگر بر مبنای درست تنظیم شده است. نمرات پرسش‌ها بر اساس کلید جمع شد تا یک نمره کلی برای میزان نومیادی به دست آمد. این نمره در دامنه (صفر تا ۲۰) قرار گرفت و نمرات بالاتر نشان‌دهنده نومیادی بیشتر بود. در این مطالعه نمره بین صفر تا ۶ احساس ناامیدی کم. بین ۷ تا ۱۳ احساس ناامیدی متوسط و بین ۱۴ تا ۲۰ احساس ناامیدی زیاد در نظر گرفته شد. اعتبار و روایی این پرسشنامه به منظور کار در ایران توسط گودرزی (۱۳۸۱) مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن ۰/۷۰ گزارش گردید. در بسیاری از مطالعات داخل کشور از ابزار ناامیدی بک به منظور بررسی احساس ناامیدی در نوجوانان استفاده شده و اعتبار و روایی آن تأیید شده است. ضریب همبستگی میان دو گروه ۰/۶۹، ضریب همبستگی برای بررسی پایایی بین پرسش‌نامه ناامیدی و نسبت ناامیدی ۰/۷۴ و ثبات درونی آن ۰/۹۳ تا ۰/۸۲ بود.

**۲. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۱</sup>.** پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، تدوین شده است، این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چندبعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوار گری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. گرانفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره‌ای (از همیشه یا هرگز) می‌باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد قرار می‌دهد و در مجموع نه عامل به‌قرار، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌آمیز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم فارسی این مقیاس به‌وسیله‌ی سامانی و جوکار (۱۳۸۶)، مورد اعتبار یابی قرار گرفته است. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای استرس‌زای زندگی که به‌تازگی تجربه کرده‌اند را به‌وسیله پاسخ به ۵ تا پرسش که تا استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کند مشخص نماید این پرسشنامه دارای فرم ویژه بزرگسالان و فرم ویژه کودکان می‌باشد. از جمله رایج‌ترین این راهکارهای شناختی برای تنظیم هیجان در مواجهه با شرایط ناگوار عبارت‌اند از سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری تلقی فاجعه‌آمیز توسعه چشم‌انداز، تمرکز مجدد مثبت ما ارزیابی مثبت، پذیرش شرایط، برنامه‌ریزی کردن (سامانی و صادقی، ۱۳۸۹)، ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به‌وسیله گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲)، در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. برای بررسی روایی همگرا و اگرایی این پرسشنامه در ایران از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس که شامل ۲۱ پرسش مدرج چهار نمره‌ای (از کاملاً شبیه من تا کاملاً متفاوت از من) است که سه عامل افسردگی، استرس و اضطراب را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، در این مقیاس هر یک پرسش یک عامل اختلال هیجانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. به‌منظور بررسی قابلیت شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ابتدا به روش تحلیل عامل ساختار عاملی (برای بررسی روایی سازه) این پرسشنامه مورد پرسش قرار گرفت پیش از تحلیل عامل ابتدا و شاخص نسبت Kmo و آزمون بارتلت مورد بررسی قرار گرفت. پس از اطمینان از دو شاخص Kmo و ضریب کرویت بارتلت با استفاده از روش تحلیل عامل و به شیوه مؤلفه‌های اصلی پرسش‌های پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان مورد بررسی قرار گرفت.

**۳. پرسشنامه استرس<sup>۲</sup>.** مقیاس استرس، افسردگی و اضطراب (DASS-21) در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است، فرم کوتاه آن دارای ۲۱ عبارت است که هر یک از سازه‌های روانی‌استرس، افسردگی و اضطراب را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هر یک از ۱۴ عبارت، یک عامل یا سازه روانی را اندازه می‌کند. لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) در یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس DASS

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

2. Depression- Anxiety- Stress Scale

( $T=0/4$ ) همبستگی را در نمونه‌های بالینی به دست آوردند. کرافورد و هنری (۲۰۰۳) نیز در نمونه ۱۷۷۱ نفری انگلستان این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه و پایایی این را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰ و استرس ۰/۹۳ و برای نمرات کل ۰/۹۷ گزارش نمود. در ایران نیز توسط مرادی پناه، آلفای کرونباخ در حیطه افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۲ گزارش گردیده است. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران در ۱۳۸۴ برای جمعیت ایرانی اعتبار یابی شده است، همچنین روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است. هریک از خرده مقیاس‌های DASS-21 شامل هفت سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید.

**۴. درمان فراشناخت درمانی.** این پکیج درمانی متعلق به ولز (۲۰۰۰) می‌باشد که محقق به‌طور کامل از آن استفاده کرده است. تعداد جلسات درمانی ۱۰ جلسه بود و مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه برنامه‌ریزی شده بود؛ که هفته‌ای یک‌بار اجرا شد.

**جلسه اول.** تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، استفاده از استعاره‌ی التیام زخم، چالش با باورهای منفی درباره‌ی علائم، تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نگرانی، تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی.

**جلسه دوم.** مرور تکلیف خانگی، ادامه‌ی آماده‌سازی در صورت نیاز، تحلیل مزایا و معایب نگرانی و نشخوار فکری، ادامه‌ی چالش با باورهای منفی درباره‌ی علائم، تکلیف خانگی: ادامه‌ی تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی. **جلسه سوم.** مرور تکلیف خانگی، چالش با باورهای مثبت درباره‌ی نشخوار فکری و نگرانی، مرور به تعویق انداختن نگرانی و گسترش کاربردهای آن، بررسی و متوقف کردن سرکوب فکر، تکلیف خانگی: ادامه‌ی ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی همراه با گسترش کاربردهای آن و متوقف کردن تلاش برای سرکوب فکر.

**جلسه چهارم.** مرور تکلیف خانگی، گسترش کاربردهای به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت باقیمانده درباره‌ی نشخوار فکری و نگرانی و باورهای منفی درباره‌ی علائم، بررسی و شروع حذف سایر راهبردهای مقابله‌ای غیر انطباقی، تکلیف خانگی: ادامه‌ی تعمیم فن به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، متوقف کردن رفتارهای مقابله‌ای غیر انطباقی خاص.

**جلسه پنجم.** مرور تکلیف خانگی، بررسی ماهیت پردازش مفهومی. آیا به نوع دیگری از پردازش تغییر یافته و هم‌چنان در حال پیشرفت است؟ بررسی مقابله‌ای اجتنابی و غیر انطباقی و حذف آن، کاربر روی باورهای باقیمانده درباره‌ی نگرانی و نشخوار فکری، تکلیف خانگی: ادامه‌ی خودداری از نگرانی و نشخوار فکری. حذف مقابله‌ی غیر انطباقی به‌ویژه اجتناب **جلسه ششم.** مرور تکلیف، تحلیل مزایا و معایب پایش (بازبینی) تهدید، چالش با باورهای مثبت درباره‌ی پایش تهدید، متوقف کردن پایش تهدید و ارائه‌ی گزینه‌های جان‌نشین، تکلیف خانگی: ادامه‌ی خودداری از نگرانی و نشخوار فکری. تمرین آگاهی از پایش تهدید و کنار گذاشتن آن.

جلسه هفتم. مرور تکلیف خانگی، آموزش تمرکز مجدد توجه، چاش با باورهای مثبت و منفی باقیمانده، تکلیف خانگی: بازگشت به روند قبل از رویداد آسیب‌زا و به‌کارگیری راهبردهای جدید. مرور مقابله‌ای غیر انطباقی باقیمانده.

جلسه هشتم. مرور تکلیف خانگی، کاربر روی نگرانی، نشخوار فکری، باورها، مقابله و توجه، کاربر روی باورهای باقیمانده، شروع کاربر روی «طرح کلی درمان»، تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه‌ی خلاصه‌ی درمان، ادامه‌ی خودداری از نگرانی، نشخوار فکری و پایش تهدید.

جلسه نهم. مرور تکلیف خانگی کاربر روی موضوعات باقیمانده‌ی مشخص‌شده، تدوین برنامه‌ی جدید برای مقابله با افکار مزاحم و علائم، تکمیل طرح کلی درمان، تکلیف خانگی: تمرین اجرای برنامه‌ی جدید.

جلسه دهم. مرور تکلیف خانگی، تقویت برنامه‌ی جدید و تشریح آن با استفاده از مثال فرضی، واریسی هرگونه باور و پس‌آزمون.

**روش اجرا.** پس از کسب مجوز از مدیر مرکز جامع سلامت شهرستان فردیس و پس از غربالگری، نمونه‌های واجد شرایط حضور در پژوهش انتخاب شدند. پیش از اجرای مداخله درباره طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی از هر دو گروه گرفته شد. جلسه‌های درمان به‌صورت گروهی و هفتگی برای گروه آزمایش برگزار شد. گروه آزمایش به همراه گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحله پیگیری به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز تحت مداخله درمانی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار اس.پی.اس.اس و به روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان گروه آزمایش برابر با ۳۲/۷۸ (۳/۵۶) و زنان گروه گواه برابر با ۳۳/۱۰ (۳/۸۷) بود. در زنان گروه آزمایش ۹ نفر برابر با ۶۰ درصد زایمان اول و ۶ نفر برابر با ۴۰ درصد زایمان دوم و در زنان گروه گواه ۸ نفر ۵۳ درصد زایمان اول و ۷ نفر ۴۷ درصد زایمان دوم بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهشی گروه آزمایش و گواه در سه مرحله

شاخص‌های آماری	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
استرس	آزمایش	۳۰/۸۰	۲/۸۸	۲۲/۸۰	۲/۳۳	۲۳/۰۸	۲/۱۰
	گواه	۳۰/۴۷	۳/۹۶	۳۱/۷۳	۲/۳۷	۳۱/۱۱	۲/۴۱

نامیدی	آزمایش	۱۴/۹۳	۲/۳۴	۴/۷۳	۱/۷۵	۵/۲۱	۱/۸۳
	گواه	۱۴/۶۷	۱/۶۳	۱۴/۸۷	۱/۳۰	۱۴/۵۱	۱/۳۹
تنظیم هیجان	آزمایش	۱۲۴/۷۳	۷/۰۵	۱۶۱/۷۳	۱۲/۵۳	۱۶۰/۱۲	۱۲/۴۲
	گواه	۱۲۴/۸۷	۱۰/۰۶	۱۲۴/۲۰	۹/۸۶	۱۲۴/۰۰	۹/۷۰

اطلاعات جدول ۱ حاکی از کاهش نمره استرس و ناامیدی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و بهبودی تنظیم هیجان در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون مفروضه‌های آماری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	شاپیرو-ویلک	آزمون لوین	موخلی		
		Z	F	معناداری	$\chi^2$	W
		معناداری		معناداری	مقدار	موخلی معناداری
استرس	آزمایش	۰/۹۲	۱/۴۵	۰/۲۳	۱۴/۵۱	۰/۵۸
	گروه	۰/۹۱				
ناامیدی	آزمایش	۰/۹۰	۲/۵۹	۰/۱۱	۳/۰۳	۰/۹۲
	گروه	۰/۸۷				
تنظیم هیجان	آزمایش	۰/۹۲	۱/۵۱	۰/۲۱	۱۱/۶۶	۰/۶۴
	گروه	۰/۹۳				

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (استرس، ناامیدی و تنظیم هیجان) است؛ همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای استرس، ناامیدی و تنظیم هیجان در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به‌صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در این شرایط باید از اصلاح افسیلین گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون‌آزمودنی‌ها برای استرس، ناامیدی و تنظیم هیجان از این آماره استفاده شد.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
استرس	مراحل مداخله	۱۷۶/۰۸	۱/۴۱	۱۲۴/۶۶	۶۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	مراحل × گروه	۱۰۹/۱۵	۱/۴۱	۷۷/۲۷	۴۱/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	گروه	۱۰۰/۲۷	۱	۱۰۰/۲۷	۴/۶۲	۰/۰۴۰	۰/۱۴
	مراحل مداخله	۹۸/۴۲	۱/۸۶	۵۲/۷۸	۵۰/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴



نامیدی	مرحل ۳ × گروه	۱۵۳/۲۶	۱/۸۶	۸۲/۱۹	۷۹/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
تنظیم	مرحل مداخله	۶۶۹/۰۸	۱/۴۸	۴۵۱/۹۲	۳۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸
هیجان	مرحل ۳ × گروه	۴۹۸/۰۲	۱/۴۸	۳۳۶/۳۸	۲۹/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	گروه	۷۶۸/۵۴	۱	۷۶۸/۵۴	۱۴/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره استرس ( $F=۴/۶۲$ ،  $P=۰/۰۴۰$ ) با اندازه اثر ۰/۱۴، نمره ناامیدی ( $F=۶۱/۹۴$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) با اندازه اثر ۰/۶۸ و بر نمره تنظیم هیجانی ( $F=۱۴/۶۵$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) با اندازه اثر ۰/۳۴ مؤثر بوده است.

#### جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون			پیش‌آزمون - پیگیری			پس‌آزمون - پیگیری		
	تفاوت	انحراف	سطح	تفاوت	انحراف	سطح	تفاوت	انحراف	سطح
استرس	۲/۹۳	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۳/۰۰	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۱۸	۰/۹۸
ناامیدی	۲/۱۶	۰/۲۶	۰/۰۰۱	۲/۲۶	۰/۲۱	۰/۰۰۳	۰/۱۰	۰/۲۷	۱/۰۰
تنظیم هیجان	۵/۸۳	۰/۷۴	۰/۰۰۱	۵/۷۳	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۱۰	۰/۵۳	۱/۰۰

در جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات استرس، ناامیدی و تنظیم هیجانی ( $P=۰/۰۰۱$ ) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است؛ اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

#### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش با هدف اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان، میزان استرس و ناامیدی بیماران دارای افسردگی پس از زایمان انجام شد؛ نتایج نشان داد درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان در بیماران دارای افسردگی پس از زایمان تأثیر دارد و نتیجه آنکه با توجه به معنی‌دار شدن میانگین‌ها، تأثیری بین درمان فراشناختی با تنظیم هیجان در بیماران دارای افسردگی پس از زایمان وجود دارد و اثر در طول زمان پایدار بود، این یافته با یافته‌ی پژوهش‌های در مرتضایی و همکاران (۱۳۹۶). خوش‌لهجه صدق (۱۳۹۶)، قدم پور و همکاران (۱۳۹۵) و حسونندی و همکاران (۱۳۹۲)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ما از طریق درمان فراشناختی سعی کردیم مراجع را متوجه کنیم که مشکل اصلی او باورهایش درباره‌ی نگرانی و راهبردهای دردسرساز برای کنترل نگرانی‌هایش است؛ به چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی در

ارتباط با کنترل ناپذیر بودن نگرانی با استفاده از دو روش عمده برای به چالش کشیدن این باورها عبارت بود از: اسناد سازی مجدد کلامی و آزمایش‌های رفتاری؛ همچنین ما از طریق باورهای مربوط به خطرناک بودن نگرانی به اصلاح یا تضعیف باورهای مربوط به خطرناک بودن نگرانی با استفاده از روش اسناد سازی مجدد کلامی و آزمایش‌های رفتاری پرداخته، در درمان فراشناختی بعدازاینکه باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای تغییر پیدا کرد، باورهای فراشناختی مثبت باید مورد توجه قرار گیرد (قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۵)؛ و در نهایت این درمان توانست سطح هیجان، استرس و ناامیدی در بیماران دارای افسردگی پس از زایمان را پایین بیاورد. هیجان‌ها معرف داده‌های درونی هستند که برانگیزش و رفتار اثر می‌گذارند. هیجان‌ها می‌توانند بر طیفی از فرایندهای شناختی از جمله حافظه، قضاوت، تصمیم‌گیری و سوگیری در توجه اثر بگذارد. به نظر می‌رسد که خیلی از آن‌ها از تغییر در موفقیت یا شکست حاصل شده و از یک عمل برنامه‌ریزی‌شده نشایت می‌گیرند؛ هیجان‌های ظاهر شده ممکن است باعث سوگیری در برنامه‌های در دست اقدام شوند؛ از عوامل تأثیرگذار در نگرش بیمار در موقع پرتنش نوع باورهای فراشناختی افراد است (مرتضایی و همکاران، ۱۳۹۶).

نتایج به‌دست‌آمده نشان داد، درمان فراشناختی بر کاهش استرس در بیماران دارای افسردگی پس از زایمان تأثیر دارد. این یافته با یافته‌ی پژوهش‌های در مرتضایی و همکاران (۱۳۹۶). خوش‌لهجه صدق (۱۳۹۶)، قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۵) و حسونندی و همکاران (۱۳۹۲)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اسپادا و همکاران (۲۰۰۸) طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند، باورهای فراشناختی میانجی بین استرس و هیجانات منفی است؛ آن‌ها دریافتند بهترین پیش‌بینی وضعیت سلامت روان با عامل کنترل ناپذیری و خطر است؛ بنابراین فراشناخت با استرس و هیجانات منفی در ارتباط است. بر این اساس، باورهای فراشناختی در استرس نقش مهم و بااهمیتی دارند، این باورها علتی برای تحول و تداوم این مشکلات می‌باشد. فرد به ارزیابی منفی نگرانی می‌پردازد، یعنی دچار نگرانی درباره‌ی نگرانی می‌شود و همین امر موجب افزایش اضطراب و احساس ناتوانی در مقابله می‌شود؛ که بر ارزیابی منفی نگرانی و علائم مرتبط با آن دلالت می‌کند. نمونه‌هایی از فرانگرانی عبارت‌اند از: کنترل خودم را از دست می‌دهم، دارم دیوانه می‌شوم، علائم استرس اغلب به‌عنوان نشانه‌ی اثرات مضر و خطرناک نگرانی تعبیر می‌شوند که باعث تقویت باورهای منفی و افزایش فوری سطح استرس می‌شود. دومین فرایند مهم، ناتوانی فرد در درگیر نشدن در فرایند نگرانی به‌هنگام فعال شدن آن است. این ناتوانی به‌صورت تفکر مداوم در مورد نگرانی، به‌منظور نگرانی با آن و یا تلاش برای اطمینان دادن به خود از طریق خود‌گویی ظاهر می‌شود. این کار نوعی فعالیت مفهومی مداوم است که در آن فرد قادر به متوقف کردن فرایند مقابله‌ی دائمی خود نیست. چندین عامل در این ناتوانی نقش دارد. برای مثال، اغلب فرد بر این باور است که نگران نبودن برابر با عدم تلاش برای مقابله است. برای اینکه نگرانی یک راهبرد مقابله‌ای مهم است. یا فرد با این تصور که مشکل غیرقابل‌کنترل است (برای مثال، نگران بودن بخشی از شخصیت من است) کنترل خودآگاهی ندارد. اغلب فرد تجربه‌ی شخصی محدودی در مورد خودکنترلی فرایند نگرانی دارد که می‌تواند باور او در مورد کنترل ناپذیری آن را به چالش بکشد (مرتضایی و همکاران، ۱۳۹۶).

نتایج تحلیل فرضیه سوم مبنی بر اینکه درمان فراشناختی منجر به کاهش ناامیدی در بیماران دارای افسردگی پس از زایمان می‌شود. نشان داد درمان فراشناختی منجر به کاهش ناامیدی در بیماران دارای افسردگی پس از زایمان می‌شود و نتیجه آنکه با توجه به معنی‌دار شدن میانگین‌ها، تأثیری بین درمان فراشناختی با کاهش ناامیدی در بیماران دارای افسردگی پس از زایمان وجود دارد. این یافته با یافته‌ی پژوهش‌های در مرتضایی و همکاران (۱۳۹۶). خوش‌لهجه صدق (۱۳۹۶)، قدم پور و همکاران (۱۳۹۵) وحسنوندی و همکاران (۱۳۹۲)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که وقتی بیمار دارای افسردگی پس از زایمان به زندگی خود نگاهی می‌اندازد به علت مسائل و مشکلاتش زندگی را بی‌معنا می‌پندارد، دچار سرخوردگی و ناامیدی می‌شود. زندگی را سراسر هراس می‌بیند که به هیچ روشی نمی‌توان بر این هراس خود غلبه کند، خود را موجودی دست‌وپا بسته در مقابل افسردگی می‌بیند. فرد مبتلا به افسردگی فردی است که زندگی را بی‌معنا می‌بیند. یاس به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های ناامیدی زمانی در فرد به وجود می‌آید که فرد بیماری خود را صعب‌العلاج می‌داند، زندگی خود را تمام شدنی تلقی می‌کند و به این نتیجه می‌رسد که دیگر از دست کسی کاری ساخته نیست، به‌خصوص خودش هیچ کاری برای بهبود خود نمی‌تواند انجام دهد. خود را برای رسیدن به آرزوهایش ناتوان می‌بیند، شرکت در جلسات درمانی باهدف کاهش نشخوار فکری، مقابله‌ی ناسازگارانه و کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده و انجام فن آموزش توجه، بررسی و چالش با باورهای منفی درباره‌ی هیجانات دخیل در ناامیدی موجب شد که بیماران بتوانند دید بهتری نسبت به درمان افسردگی داشته باشند و لذا از ناامیدی بیماران کاسته شد. بیماران افسرده بر اثر ناامیدی ایجادشده در زندگی، فاقد مهارت‌های لازم برای تعبیر افکار و احساسات خود می‌شوند، در کشمکش‌های درونی خودبین نحوه‌ی باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان گرفتار شده، نه تنها در درک احساسات خود دچار مشکل می‌شوند، بلکه در تنظیم هیجانات خود از تمایلات خود برای عمل کردن بر اساس هیجاناتشان آگاهی درست و دقیقی ندارند. از محدودیت‌های پژوهش مشکل دسترسی به بیماران دارای افسردگی پس از زایمان برای همکاری و پژوهش بود که موجب گردید از نمونه در دسترس استفاده شود. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود، در مراکز بهداشتی به آموزش و تقویت فراشناخت درمانی پرداخت این امر در مورد بیماران دارای افسردگی پس از زایمان می‌تواند از طریق افزودن برنامه‌های آموزشی یا از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی به‌صورت رایگان در مراکز عمومی تحقق یابد.

### موازن اخلاقی

اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه حضور در پژوهش و اطلاع‌رسانی در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج و آموزش گروه گواه پس از اتمام آموزش دو گروه آزمایش نیز در پژوهش از آغاز تا انتها رعایت شده است

### سیاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش، کارکنان مراکز سلامت شهرستان فردیس کرج که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدرانی به عمل می‌آید

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### منابع

- آقایی، حکیمه، صانعی، امین، و ناصری، ملکه. (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افسردگی پس از زایمان و علائم استرس پس از سانحه در زنان با زایمان طبیعی، *روانشناسی بالینی*، ۱۲(۲): ۸-۱.
- حیدری، محمد، قدوسی، منصوره، و شهبازی، سارا (۱۳۹۴). بررسی ارتباط ارزش‌گذاری به بدن با امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از سانتکتومی. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۴(۵): ۳۳-۵۵
- حسنوندی، صبا، ولی‌زاده، مهدی، و مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر علائم افسردگی و نشخوار فکری. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۵(۱): ۴۴۲-۴۳۲.
- خوش‌لهجه صدق، انیس (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراشناختی با تمرکز بر سندرم شناختی توجهی و چالش با باورهای فراشناختی می‌تواند علائم افسردگی و اضطراب. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۸(۲۱): ۵۳-۴۲.
- قدم‌پور، عزت‌اله، عزیزی، امیر، و محمدی، جواد. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراشناختی ذهن‌آگاهی انفصالی بر افسردگی پس از زایمان. *نشریه آموزش پرستاری*، ۵(۵): ۶۸-۵۲.
- مهدوی، مریم، و خیرآبادی، غلام‌رضا. (۱۳۹۷). شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان در شهرستان نطنز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۴(۲): ۷۸-۸۵.
- مرتضایی، زهره، میرزایی، معصومه، و شمسی، سمیه. (۱۳۹۵). مقایسه درمان فراشناختی و درمان برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، خودارزشیابی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۱(۳): ۶۲-۵۱.

### References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5th ed. USA: American Psychiatric Pub.
- Davies, M.I. & Clark, D.M. (1998). Thought suppression produces a rebound effect with analogue post-traumatic intrusions. *Behav Res Ther*, 36(6), 571-82.
- Doreen, L. Wiggins, MD. (2014). the impact of reproductive cancers on.
- Garnefski, N. Kreaaji, V. & Spinhoven, P. (2001). "Negative Life events. Cognitive emotion regulation problems". *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J.J. & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.

- Harrington AR, Greene-Harrington CC. (2007). Healthy Start screens for depression among urban pregnant, postpartum and interconceptional women. *J Natl Med Assoc*; 99(3): 31-226
- Martin, R. & Dahlen, E.R. (2015). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger, *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-1260.
- Poo FA, Espejo SC, Godoy PC, Gualda de la CM, Hernandez OT, Perez HC. (2008). [Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care]. *Rev Med Chil*; 136(1): 44-52
- Ochsner, K.N. & Gross, J.J. (2005). The cognitive control of emotion. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 9(5), 242–249.
- Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Dritsa M, Khalifé S. (2014). Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *J Psychosom Obstet Gynecol*; 35(3):84-91.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy For Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

\*\*\*

### پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی

همیشه	اغلب اوقات	برخی اوقات	به ندرت	هرگز	
۵	۴	۳	۲	۱	۱ خودم را مقصر این مسئله می‌دانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲ مجبورم این اتفاق را بپذیرم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳ من اغلب به احساسی که نسبت به این تجربه دارم فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴ به مسائل بهتری فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵ به بهترین کاری که می‌توانم انجام دهم فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۶ می‌توانم از این موقعیت چیزی یاد بگیرم.
۵	۴	۳	۲	۱	۷ شرایط می‌توانست به مراتب بدتر از این باشد.
۵	۴	۳	۲	۱	۸ اغلب فکر می‌کنم چیزی را که من تجربه کرده‌ام در مقایسه با چیزهایی که دیگران تجربه کرده‌اند به مراتب بدتر می‌باشد.
۵	۴	۳	۲	۱	۹ دیگران را مقصر این اتفاق می‌دانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰ من مسئول این اتفاق می‌باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱ مجبورم این موقعیت را قبول کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲ این مسئله ذهن مرا به خود مشغول می‌کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳ به چیزهای خوشایندی فکر می‌کنم که ربطی به این اتفاق ندارند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴ به بهترین شیوهی کنار آمدن با این موقعیت فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵ احساس می‌کنم بر اثر چیزی که برایم اتفاق افتاده است، مقاوم‌تر خواهم شد.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶ فکر می‌کنم سایر مردم شرایط بسیار بدتری را تجربه می‌کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷ من به فکر کردن در مورد وحشتناک بودن تجربه‌ام ادامه می‌دهم.

۵	۴	۳	۲	۱	دیگران مسئول این اتفاق می‌باشند.	۱۸
۵	۴	۳	۲	۱	به اشتباهاتی که در این خصوص مرتکب شده‌ام فکر می‌کنم.	۱۹
۵	۴	۳	۲	۱	قادر به تغییر این وضعیت نمی‌باشم.	۲۰
۵	۴	۳	۲	۱	می‌خواهم بدانم چرا چنین احساسی نسبت به این مسئله دارم.	۲۱
۵	۴	۳	۲	۱	من به جای این اتفاق به چیزهای خوب می‌اندیشم.	۲۲
۵	۴	۳	۲	۱	به تغییر دادن این موقعیت فکر می‌کنم.	۲۳
۵	۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنم این موقعیت دارای جوانب مثبتی هم می‌باشد.	۲۴
۵	۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنم این مسئله در مقایسه با مسائل دیگر خیلی هم بد نبوده است.	۲۵
۵	۴	۳	۲	۱	اغلب فکر می‌کنم چیزی که تجربه کرده‌ام بدترین اتفاقی است که می‌تواند برای یک فرد رخ دهد.	۲۶
۵	۴	۳	۲	۱	به اشتباهاتی که دیگران در این خصوص مرتکب شده‌اند فکر می‌کنم.	۲۷
۵	۴	۳	۲	۱	خود را مسبب اصلی این مسئله می‌دانم.	۲۸
۵	۴	۳	۲	۱	باید یاد بگیرم با این شرایط کنار بیایم.	۲۹
۵	۴	۳	۲	۱	من عمیقاً به احساساتی که این موقعیت در من برانگیخته است فکر می‌کنم.	۳۰
۵	۴	۳	۲	۱	به تجربه‌های خوشایند فکر می‌کنم.	۳۱
۵	۴	۳	۲	۱	برای بهترین کار ممکن برنامه‌ریزی می‌کنم.	۳۲
۵	۴	۳	۲	۱	من به جستجوی جوانب مثبت این مسئله می‌پردازم.	۳۳
۵	۴	۳	۲	۱	من به خودم می‌گویم که در زندگی چیزهای بدتری هم وجود دارد.	۳۴
۵	۴	۳	۲	۱	من همواره به ناگواری آن موقعیت فکر می‌کنم.	۳۵
۵	۴	۳	۲	۱	دیگران را مسبب اصلی این مسئله می‌دانم.	۳۶

\*\*\*

## پرسشنامه ناامیدی

ردیف	سئوالات	درست	غلط
۱	من با امید و شوق در انتظار آینده هستم.	ص	غ
۲	چون برای بهتر کردن امور کاری از دست من بر نمی‌آید، ممکن است از تلاش دست‌بردارم.	ص	غ
۳	وقتی کارها خوب پیش نمی‌روند، دانستن این که همیشه اوضاع برا این منوال نخواهد بود، به من کمک می‌کند.	ص	غ
۴	قادر نیستم تصور کنم که زندگانی من در ده سال آینده چگونه خواهد بود.	ص	غ
۵	برای اتمام رساندن کارهایی که می‌خواهم انجامشان دهم، وقت کافی دارم.	ص	غ
۶	امیدوارم که در آینده در کارهایی که برایم مهم‌تر است، موفق بشوم.	ص	غ
۷	به نظر من آینده تاریک است.	ص	غ
۸	من آدمی خوش‌اقبالی هستم و انتظار دارم بیشتر از مردم متوسط جامعه، چیزهای خوب نصیبم شود.	ص	غ
۹	من تا به حال شانس نیاورده‌ام و دلیلی ندارد که در آینده شانس بیاورم.	ص	غ
۱۰	تجربیات گذشته‌ام به‌خوبی مرا برای آینده آماده کرده است.	ص	غ
۱۱	می‌توانم تصور کنم که در آینده بیشتر با موقعیت‌های ناخوشایندی روبه‌رو هستم تا موقعیت خوشایند.	ص	غ
۱۲	فکر نمی‌کنم آنچه را که واقعاً دلم می‌خواهد بتوانم به دست آورم.	ص	غ
۱۳	وقتی به آینده نگاه می‌کنم، به نظرم می‌رسد که شادتر از الان خواهم بود.	ص	غ
۱۴	کارها آن‌طور که دلم می‌خواهد پیش نمی‌رود.	ص	غ
۱۵	من به آینده بسیار مطمئن هستم.	ص	غ

غ	ص	۱۶	من هرگز آنچه را می‌خواهم به دست نمی‌آورم، پس خواستن، احمقانه است.
غ	ص	۱۷	بعید است در آینده به رضایت واقعی برسم.
غ	ص	۱۸	آینده به نظرم مبهم و نامطمئن است.
غ	ص	۱۹	من امیدوارم در آینده اوقات خوب بیشتری داشته باشم.
غ	ص	۲۰	تلاش برای رسیدن به چیزهای دلخواه واقعاً کار بیهود است؛ زیرا احتمالاً به آن نخواهم رسید.

\*\*\*

### مقیاس استرس، افسردگی و اضطراب (DASS)

ردیف	سوالات	اصلا	کم	متوسط	زیاد
۱	برایم مشکل است آرام بگیرم.	۰	۱	۲	۳
۲	متوجه شده‌ام دهانم خشک می‌شود.	۰	۱	۲	۳
۳	فکر نمی‌کنم بتوانم هیچ نوع احساس خوبی را تجربه کنم.	۰	۱	۲	۳
۴	تنفس کردن برایم مشکل است.	۰	۱	۲	۳
۵	برایم سخت است در انجام کار پیشقدم شوم.	۰	۱	۲	۳
۶	به موقعیت‌هایم به طور افراطی واکنش نشان می‌دهم.	۰	۱	۲	۳
۷	در بدنم احساس لرزش می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۸	احساس می‌کنم انرژی روانی زیادی مصرف می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۹	نگرانم که مبادا در بعضی موقعیت‌ها دچار ترس شوم یا به کار احمقانه‌ای دست بزنم.	۰	۱	۲	۳
۱۰	احساس می‌کنم چیزی ندارم که منتظرش باشم.	۰	۱	۲	۳
۱۱	خودم را پریشان و سردرد گم احساس می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۱۲	آرام بودن و در آرامش به سر بردن برایم مشکل است.	۰	۱	۲	۳
۱۳	احساس دل‌مردگی و دل‌شکستگی دارم.	۰	۱	۲	۳
۱۴	نسبت به هر چیزی که مرا از کار باز دارد بی‌تحمل و نابدبارم (صبر و تحمل ندارم).	۰	۱	۲	۳
۱۵	احساس می‌کنم که هر لحظه ممکن است دچار ترس و وحشت شوم.	۰	۱	۲	۳
۱۶	قادر نیستم درباره چیزها شور و شوق از خود نشان دهم.	۰	۱	۲	۳
۱۷	احساس می‌کنم به عنوان یک فرد ارزش زیادی ندارم.	۰	۱	۲	۳
۱۸	فکر می‌کنم بسیار حساس و زودرنج هستم.	۰	۱	۲	۳
۱۹	بدونه اینکه هیچ‌گونه فعالیت بدنی انجام دهم متوجه شده‌ام که قلبم غیر عادی کار می‌کند (مثلاً ضربان شدید قلب یا از کار افتادن آن برای چند لحظه).	۰	۱	۲	۳
۲۰	بدن هیچ دلیل موجهی احساس ترس می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۲۱	احساس می‌کنم زندگی بی‌معنا است.	۰	۱	۲	۳

\*\*\*

## The examination of the effectiveness of metacognitive therapy on emotion regulation, stress level, and despair among women with postpartum depression

*Fahimeh. Farzaneh*<sup>1</sup> & *Maryam. Afzali*<sup>2</sup>

### Abstract

**Aim:** This study aimed to determine the effectiveness of metacognitive therapy on emotion regulation, level of stress, and despair among women with postpartum depression. **Methods:** The research method was experimental with a pretest-posttest design, a control group, and follow-up. The statistical population included all patients with postpartum depression referred to general health centers in Fardis city. And 30 patients with postpartum depression were selected based on the convenience sampling method and assigned to the experimental group (n = 15) and control group (n = 15). The Metacognitive Therapy of Wells (2000) was performed in 10 sessions of each 90-minute. The data collection tools included the disappointment scale of Beck (1974), the emotion regulation questionnaire of Garnefski et al. (2001), and the depression anxiety stress scale of Lavibond and Lavibond (1995). The data analysis method included descriptive and inferential statistical methods, repeated measures analysis of variance through SPSS-19 software. **Results:** The findings indicated the impact of metacognitive therapy on stress score (F = 4.62, P = 0.040), despair score (F = 61.94, P = 0.001) and on emotion regulation score (F = 14.65, P = 0.001). And the results were stable in the follow-up stage. **Conclusions:** The research findings indicate that metacognitive therapy can be used by psychologists and counselors as an effective treatment for emotion regulation, level of stress, and despair in patients with depression.

**Keywords:** *Metacognitive, Emotion regulation, Stress, Despair, Postpartum depression*

---

1. **\*Corresponding Author:** M.A of General Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

Email: fahimehfarzaneh26@gmail.com

2. M.A of General Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran