

فصلنامه روانشناسی زن

زمستان ۱۴۰۰، دوره ۲، شماره ۴ (پیاپی ۸)، صفحه‌های ۳۰-۴۲

اثربخشی آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند زنان دچار افسردگی پس از زایمان

آرزو برنا^۱

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۳۰

اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۲۶

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند در زنان دچار افسردگی پس از زایمان اجرا شد. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مراجعه شده به بیمارستان آرش رویین تن در بازه زمانی فروردین تا خرداد ۱۴۰۰ است که پس از بررسی جامعه مورد پژوهش، پس از غربالگری به وسیله پرسشنامه‌های نگرش ناکارآمد (DAS) و افکار خودآیند (ATQ) اجرا و زنانی که نمره بالاتری (طبق معیار نقطه برش بالینی) را در این آزمون کسب کردند به عنوان نمونه پژوهشی به حجم ۲۰ زن انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل که تعداد هر گروه ۱۰ زن بود جایگزین شدند. پس از اجرای پرسشنامه‌های نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند روی هر دو گروه کنترل و آزمایش، اعضای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در جلسات آموزش ذهن آگاهی شرکت کردند، هیچ‌یک از اعضای گروه کنترل در جلسات آموزش ذهن آگاهی شرکت نداشتند. داده‌های حاصل از پیش‌آزمون - پس‌آزمون از طریق تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار Spss-23 تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، منجر به کاهش نگرش ناکارآمد ($F=30/30$)، افکار خودآیند ($P=0/001$) و افکار خودآیند ($F=34/21$) در زنان گروه آزمایش شد. به طور کلی یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است، روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را می‌توان مداخله‌ای مؤثر در کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دچار افسردگی پس از زایمان به حساب آورد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک، سبک‌های فرزندپروری، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

مقدمه

افسردگی^۱ یکی از اختلالات شایع و مشکلات خاص دوران بارداری و پس از آن می‌باشد. در طول بارداری و زایمان تغییرات روان‌شناختی در زنان رخ می‌دهد که آن‌ها را نسبت به محرک‌های روانی بسیار حساس ساخته و گاهی سبب بروز مشکلاتی در آن‌ها می‌گردد (ویروالت، دی‌کاستا، مارچاند، ایرلند، دریستا و خلیفه^۲، ۲۰۱۴)؛ این اختلال با علائم خلق افسرده، تحریک‌پذیری، احساس عدم لذت از زندگی، بی‌خوابی، سرگیجه، علائم جسمانی و روان‌پریشی، احساس منفی نسبت به شیرخوار، عدم توانایی در مراقبت از وی و وجود افکار خودکشی مشخص می‌شود (مهدوی و خیرآبادی، ۱۳۹۹). سازمان جهانی بهداشت^۳ (۲۰۲۰) برآورد نموده است که این اختلال دومین عامل منجر به بار جهانی بیماری در سال ۲۰۲۰ میلادی خواهد شد. ماه‌های پس از زایمان دوره‌ای با بیشترین میزان آسیب‌پذیری جسمانی و عاطفی در طول عمر یک زن محسوب می‌شود (استوو، هاستیتر و نیوپورت^۴، ۲۰۱۵)؛ نیمی از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تشخیص داده نشده و کمک درمانی دریافت نمی‌کنند. افسردگی تشخیص داده نشده در این دوران منجر به پیشرفت افسردگی مزمن و موارد شدیدتر آن منجر به خودکشی می‌شود. افسردگی به طور شایع حالت راجعه دارد (ویگود، ویلگاس، دنیس و رز^۵، ۲۰۱۰). میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در کانادا ۲۰ درصد (رابرتسون، گراسی، والینگتون و استوارت^۶، ۲۰۱۴) و در کشورهای آسیایی بین ۳/۶۳-۵/۳ درصد گزارش شده است که بیشترین میزان آن در پاکستان و کمترین آن در مالزی بود (کلاینی و آرتور^۷، ۲۰۱۹). در ایران کمترین شیوع

افسردگی (۱۶ درصد) مربوط به شهر اردبیل بوده و بیشترین آن (۴۳ درصد) مربوط به تهران می‌باشد. به طور کلی شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران ۲۸/۷ درصد گزارش شده است (مهدوی و خیرآبادی، ۱۳۹۹). در این راستا در مطالعه خوشه مهری و همکاران (۱۳۹۰) ۳۰ درصد از زنان دارای درجات مختلف افسردگی پس از زایمان بودند و بین افسردگی پس از زایمان، رتبه بالای زایمان و بارداری ناخواسته رابطه معناداری وجود داشت. بر مبنای نتایج افسردگی پس از زایمان با میزان تحصیلات، اشتغال مادر، سن، نوع زایمان اخیر، جنسیت نوزاد و سابقه ابتلا به افسردگی ارتباط معناداری به دست نیامد. افسردگی پس از زایمان با عوامل فرهنگی و اجتماعی ارتباط تنگاتنگ داشته و به همین دلیل شیوع آن در کشورها و نژادهای مختلف، متفاوت است (وانگ، جیانگ، جان و چن^۸، ۲۰۱۳). براساس پژوهشی که در تبریز انجام شد، ۳۴/۷ درصد از مادران افسردگی پس از زایمان داشتند که این افسردگی با نارضایتی از وضعیت شغلی و محل زندگی، ناخوشایند بودن تجربه بارداری، ناخواسته بودن بارداری، مشکلات شیردهی، میزان بالای استرس و کاهش اعتماد به نفس مادر ارتباط معناداری داشت (صحتی شفایی، رنجبر کوچکسزائی، قوجازاده و محمدرضایی، ۱۳۷۸). مطالعات گسترده‌ای که در زمینه شناسایی ابعاد مختلف اختلالات روان‌پزشکی در مادران تازه زایمان کرده صورت گرفته‌اند، حاکی از آن هستند که افسردگی پس از زایمان بر تمام ابعاد مربوط به کیفیت زندگی مادر به شکل منفی و قابل توجهی تأثیر می‌گذارد. در پژوهشی مشخص شد مادرانی که به افسردگی پس از زایمان مبتلا می‌شوند، در زمینه فعالیت‌های اجتماعی، عملکرد فردی،

5. Vigod, Villegas, Dennis & Ross
6. Robertson, Grace, Wallington & Stewart
7. Klainin & Arthur
8. Wang, Jiang, Jan & Chen

1. Depression
2. Verreault, Da Costa, Marchand, Ireland, Dritsa, & Khalifé
3. World Health Organization
4. Stowe, Hostetter, & Newport

نشانه‌های شناختی اشکال در تمرکز، عدم قدرت در تصمیم‌گیری) و نشانه‌های جسمی (بی‌اشتهایی و بی‌خوابی) با پیشرفت افسردگی، افکار خود-آیند منفی هر چه بیشتر زیاد و شدید می‌گردند و افکار منطقی‌تر هر چه بیشتر ناپدید می‌شوند (کابات-زین، ۲۰۰۳). از این رو بازنمایی ذهنی ناکارآمد و ساختارهای شناختی منفی زمانی رخ می‌دهند که یک واقعه منفی (مثل زایمان) طرح‌واره‌های ناکارآمد را فعال سازد. طرح‌واره‌های منفی بدان سبب تداوم می‌یابند که افراد منطقی نادرست (مانند: من شایستگی تحصیل ندارم) بکار می‌گیرند. برای مثال موارد کوچکی را بیش از حد تعمیم داده یا به نکات منفی توجه بیشتری دارند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). به باور الیس وقتی حادثه فعال‌کننده‌ای (مثل زایمان) برای فرد رخ می‌دهد، او بر اساس تمایلات ذاتی خود ممکن است دو برداشت متفاوت و متضاد از آن حادثه داشته باشد: یکی افکار و باورهای منطقی و عقلانی و دیگری افکار، باورها و برداشت‌های غیرعقلانی و غیرمنطقی. در حالتی که فرد تابع افکار و باورهای منطقی باشد، به پیامدهای منطقی دست خواهد یافت و شخصیت سالمی خواهد داشت. در حالتی که فرد تابع و دستخوش افکار و باورهای غیرمنطقی و غیرعقلانی باشد، با پیامدهای غیرمنطقی مواجه خواهد شد و در این حالت او فردی است مضطرب و غیرعادی و شخصیت ناسالمی دارد. در واقع وقتی که حادثه نامطبوعی رخ می‌دهد و فرد احساس اضطراب و تشویش می‌کند، در نظام باورهایش خود را به دو چیز کاملاً متفاوت و متضاد متقاعد می‌سازد و یکی از آن‌ها را در پیش می‌گیرد که مسلماً همان غیرعقلانی‌اش است (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۹۲).

در سه دهه گذشته، شناخت درمانی و کاربرد فزون‌تر آن در برخورد با مسائل روزافزون روانی و رفتاری، و نابسند بودن صورت‌بندی‌های نظری کلاسیک

و ظایف خانه‌داری و تربیت فرزند دچار اختلال می‌گردند (ویوریونگ، هانینگ، هرس و ونینک^۱، ۲۰۱۶).

افسردگی پس از زایمان در زنان به تشکیل فرض‌ها و یا طرح‌واره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این فرض‌ها یا طرح‌واره‌ها، خود در سازمان‌بندی ادراک در کنترل و ارزیابی رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرند. توانایی پیش‌بینی تجربه‌های فردی و معنی بخشیدن به آن‌ها امری سودمند و در واقع ضروری برای کارکرد بهنجار است؛ اما برخی از فرض‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییرند و در نتیجه ناکارآمد هستند (آذرگون و کجیاف، ۱۳۸۹). این فرض‌ها به مسائلی مربوط می‌شوند درباره این که مثلاً "من شایستگی تحصیل را ندارم" یا "من به درد هیچ کاری نمی‌خورم". از این رو این افراد برای پیدا کردن احساس خوشبختی چه کار باید بکنند (مانند این فرض که اگر کسی افکار خوبی درباره من نداشته باشد، من نمی‌توانم احساس خوشبختی بکنم) و اینکه برای به وجود آوردن احساس ارزشمندی در خویشتن، چه کار بکنند و چگونه باید باشند. وقتی فرض‌های ناکارآمد فعال شدند، افکار خود-آیند منفی را بر می‌انگیزند - از این نظر به این افکار "منفی" می‌گوییم چون با هیجان‌های ناخوشایند مربوط هستند و از این نظر به آن‌ها خود-آیند می‌گوییم چون خودبه‌خود به ذهن افراد می‌آیند و برخاسته از هیچ‌گونه فرایند استدلال آگاهانه‌ای نیستند (بک، ۲۰۰۸). این افکار ممکن است تفسیرهایی از تجارب جاری باشند یا پیش‌بینی‌هایی درباره رویدادهای آینده و یادآوری چیزهایی که در گذشته اتفاق افتاده‌اند و این افکار به نوبه خود سایر نشانه‌های افسردگی را پدید می‌آورند: مانند نشانه‌های رفتاری (کاهش در سطوح فعالیت، کناره‌گیری) نشانه‌های انگیزشی (بی‌علاقگی، رخوت) نشانه‌های هیجانی (اضطراب، احساس گناه)

1. Wewerinke, Honig, Heres & Wennink

شروع می‌شود و ممکن است ما شاهد یک دوره کامل افسردگی باشیم (سینز، ۲۰۰۳). از این رو در سال ۱۹۹۲ تیزدیل از دانشگاه ولز و سگال از دانشگاه تورنتو، برای جلوگیری از عود و بازگشت افسردگی یک رویکرد جدید مطرح کردند. این رویکرد درمانی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^(۲) (MBCT) نام گرفت (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲). آمیزه‌ای مبتکرانه بود از جنبه‌های شناخت درمانی بک (بک و همکاران، ۱۹۷۹) و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^(۳) (MBSR) کابات-زین (۲۰۰۵). ذهن آگاهی به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرا می‌گیرد. برای ذهن دو شیوه اصلی در نظر گرفته می‌شود: یکی "انجام دادن" و دیگری "بودن". در ذهن آگاهی فرا می‌گیریم که ذهن را از یک شیوه به سوی شیوه دیگر حرکت دهیم (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۳). ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از مارپیچ فروکاهنده خلق منفی-فکر منفی-گرایش به پاسخ‌های نگران کننده و رشد و دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (ریتوا^۴، ۲۰۱۳). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی کابات-زین ساخته شده و اصول درمانی شناختی به آن اضافه شده است. این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق،

(عمدتاً مدل‌های خطی) در تبیین و ارائه مداخلات درمانی مناسب، با کاستی‌های فراوان "مسئله" روبه‌رو بوده است. لذا، پس از نقدهای نظری، برای تبیین رابطه شناخت و هیجان مدل‌های خطی به تدریج جای خود را به مدل‌های پیچیده‌تر و چندلایه‌ای دادند. برای مثال، چارچوب نظری "زیرسیستم‌های شناختی متعامل"^(۱) (تیزدیل و برنارد، ۱۹۹۳) نشان دهنده پردازش در دو سطح گزارشی و ضمنی شناخت است. در واقع، تیزدیل سطح گزاره‌ای را همانند ارتباط خطی افکار و احساس در مدل آرون بک می‌بیند و برای فرآیند تغییر، پردازش در سطح ضمنی را ضروری می‌داند؛ پردازش هیجانی که مقدمه تغییر است، در سطح ضمنی شناخت صورت می‌گیرد (ترخان، ۱۳۹۷). مفهوم کلیدی نظریه تیزدیل، مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای است. بازنمایی تجربیات سراسر زندگی در ذهن زمینه‌ای برای شکل‌گیری مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای است. در این نظریه، چنین فرض شده است که هیجان‌ها وقتی به وجود می‌آیند که الگوی مناسب رمزگان ضمنی پردازش شوند. در مدل طرح‌واره‌ای، فرد ممکن است خودش را به صورت انسانی منفی، درمانده و ناامید ببیند. یک موقعیت افسردگی را می‌تواند طرح‌واره متناسبی را راه‌اندازی کند که با سطح معانی برین و فراگیر فرد مرتبط باشد. در مدل‌های طرح‌واره‌ای بین مجموعه ساختارها و عناصر حسی ارتباط متقابل وجود دارد؛ چیزی که این مدل نظری را از مدل‌های قبلی، مانند شبکه‌های هم‌پیوند باور، متمایز می‌سازد (کیم^۱، ۲۰۰۹).

در واقع، عود خلق منفی، به هر دلیل، می‌تواند نشانه‌های افسردگی را در پی داشته باشد. بدان معنا که با ایجاد خلق منفی، عادات قدیمی (فکر منفی) دوباره

3. Mindfulness – Based Stress Reduction
4. Ritvo

1. Kim
2. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

شروع یک انفجار یا سیل قریب الوقوع شود (لانگر، ۲۰۰۶). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه‌ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است. آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراسناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران کننده است و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می‌شود (والش و همکاران، ۲۰۰۹).

تاکنون پژوهش‌های زیادی اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را نشان داده‌اند. برای مثال پژوهشگران ۱۴۵ بیمار افسرده بهبود یافته را آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دادند و بعد از ۶۰ هفته پیگیری، نتایج نشان دادند که احتمال افسردگی مجدد در بیمارانی که ریسک بالای برگشت بیماری را داشتند (برای مثال، افرادی که سه دوره یا بیشتر افسردگی را تجربه کرده بودند) ۴۰ درصد شده است، درحالی که این احتمال در افراد افسرده‌ای که این آموزش را ندیده بودند، ۶۶ درصد بود (نیرنبرگ، پترسون و آلپورت، ۲۰۰۳). ویلیامز و همکاران (۲۰۱۱) به نتایج مشابهی اشاره کردند که نشان می‌داد میزان عود از ۷۸ درصد به ۳۶ درصد کاهش پیدا کرده است. در پژوهش دیگری، اسکلمن (۲۰۰۴) ۲۳۱ دانشجوی دانشگاه پنسیلوانیا را به‌طور تصادفی به دو گروه ۱۰ نفری آزمایشی و کنترل تقسیم کرد و با هدف پیشگیری از اضطراب و افسردگی آن‌ها را تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار داد. پس از یک دوره یک‌ساله پیگیری، شرکت‌کنندگان در دوره آموزشی نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری اضطراب و افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد کمتری داشتند. از این رو در پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر شناخت درمانی

افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در "لحظه حاضر" میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار افسردگی را کاهش می‌دهد (آذرگون و کجیاف، ۱۳۸۹). در حالت‌های "توجه آگاهانه" پخش اطلاعات از چرخه‌های دوطرفه معیوب، به‌طرف تجربه فوری و کنونی چرخش پیدا می‌کند. در اصل، آموزش ذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادت‌ی (واقع در موتور مرکزی) را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به‌طرف اهداف خنثای توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین، به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند. از این دیدگاه، شانس گسترش یا سماجت افسردگی کاهش می‌یابد. در این شیوه منابع حسی، مانند الگوهای معنایی است. تمرین‌های بدنی، باعث تغییر شکل مدل طرح‌واره می‌شود (پورمحمدی و باقری، ۱۳۹۴). در حالت ایستاده، متین، بدون تحرک و با تنفس منظم و آهسته بودن، در واقع الگوهای حسی داخلی گیرنده‌های عضلانی و الگوی کلی رمزها در مدل ذهنی طرح‌واره‌ای (که مربوط به موقعیت سخت است) را تغییر می‌دهند. هنگامی که در ذهن آگاهی، توجه را متمرکز می‌کنیم، تغییر مدل طرح‌واره مشکل‌دار به اوج می‌رسد و تصلب به وجود آمده نرمش پیدا می‌کند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۱). "ذهن آگاهی" بر اساس آموزش یکسری تکالیف به‌صورت هشیار و خودآگاه است. هر تمرین به‌طور هدفمند و آگاهانه می‌تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات، را افزایش دهد. تمرین‌های ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان یک نظام هشدار اولیه مانع

شناختی بر مبنای نظریهٔ بک می‌باشد، بنا شده است. به‌علاوه فرض بر این است که چنین فرضیات و اعتقاداتی بیانگر محتوای نسبتاً ثابت روان بنه‌های شناختی می‌باشند. این مقیاس به‌صورت دو فرم موازی الف و ب می‌باشد که هر کدام دارای ۴۰ سؤال است. که فرض‌های زیربنایی حاکم بر "افسردگی" را اندازه می‌گیرد. این مقیاس یک پرسش‌نامه خود سنجی است که شامل ۴۰ ماده و هر ماده دارای ۷ رتبه از "کاملاً مخالف" تا "کاملاً موافق" می‌باشد که درجه نگرش‌های ناسازگارانه را مورد سنجش قرار می‌دهد. ماده‌هایی که به‌صورت یکی از دو انتهای رتبه‌ها نمره‌گذاری شده است (یعنی نمره‌های ۶ و ۷) بیانگر یک نگرش کاملاً انعطاف‌ناپذیر می‌باشد و می‌تواند مشروحاً مورد بحث قرار گیرد. این مقیاس دارای ضریب اعتبار بالا (۰/۹۰) ثبات معقولی ($r = 0/73$) در مدت بیش از شش هفته (ویسمن، میلر، نورمن و کیتز، ۱۹۹۱ به نقل از جواهری، ۱۳۸۳) می‌باشد. برای ارزیابی روایی این مقیاس توسط پژوهشگر روی ۶۰ دانشجوی دانشگاه اصفهان با میانگین سنی ۲۳ سال انجام گرفت که در نتیجه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۲. پرسشنامه افکار خودآیند (ATQ): این پرسشنامه آزمونی است که برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خودکار در مورد "خود" است. این اظهارنظرهای منفی نا آشکار نقش مهمی در ایجاد، دوام و درمان آسیب‌های روان‌شناختی مختلف از جمله افسردگی ایفا می‌کند. "پرسشنامه افکار خودآیند" چهار جنبه از این افکار خودآیند شامل: "ناسازگاری شخصی و تمایل به تغییر" (PMDC) "خودپنداشت منفی و انتظارات منفی" (NSNE)، "اعتماد به نفس پایین" (LSE)، و "ناامیدی" را می‌سنجید. این پرسشنامه به‌خصوص از این جهت ارزشمند است که

مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افکار منفی در زنان دچار افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش پژوهش

جامعه آماری و نمونه‌های پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان دارای افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیمارستان رویین تن آرش تهران در بازه زمانی فروردین تا خرداد ۱۴۰۰ بودند را در بر گرفت. پس از بررسی جامعه مورد پژوهش، در ابتدا از زنانی که در این بازه زایمان کرده بودند ابتدا پرسش‌نامه‌های ارزیابی نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند اجرا و زنانی که نمره بالاتری (طبق معیار نقطه برش بالینی) را در این آزمون کسب نمودند به عنوان نمونه پژوهش به حجم ۲۰ زن انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی به دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پس از آن برای گروه آزمایش روش مداخله‌ای ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا و برای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس ارزیابی نگرش‌های ناکارآمد (DAS): آسیب‌شناختی بر مبنای الگوی شناختی بک (۱۹۶۷-۱۹۷۶) تأکید فراوانی بر سنجش ساختارهای وابسته به شناخت دارد (بک و همکاران، ۱۹۸۸). یکی از مقیاس‌ها در این زمینه "نگرش‌های ناکارآمد" است که توسط بک و ویسمن به وجود آمد که مهم‌ترین آزمون سبک‌شناختی در پژوهش‌های مراکز گوناگون ایالات متحده آمریکا در زمینه درمان شناختی است. این مقیاس به‌منظور سنجش و ارزیابی "فرضیات"، "اعتقادات" زیربنایی که مشخص‌کننده محتوای

شیوه اجرا. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه، یک‌بار در هفته از روش یادگیری مشارکتی و فنونی چون سخنرانی، بحث و گفتگو، پرسش و پاسخ در معرض آموزش قرار گرفت. فعالیت‌هایی که در هر جلسه انجام شد به این صورت بود که: در هر جلسه ابتدا تکالیفی که در جلسه قبل به آنان داده، بررسی و اشکالاتی را که داشتند برطرف، و اقدامات لازم جهت رفع آن‌ها به عمل آمد، سپس از مطالب جلسه قبل سؤالاتی از شرکت‌کنندگان پرسیده و بعد از این که مشخص شد آزمودنی‌ها مطالب جلسه قبل را به‌خوبی آموخته‌اند مطلب جدید تدریس شد. در ادامه خلاصه‌ای جلسات آموزشی ارائه شده است. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آزمون‌های استنباطی (تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت).

برای سنجش تغییر شناخت‌های مربوط به مداخلات بالینی همین‌طور و به‌منظور ارزیابی شناختی خود افسشایی در افسردگی ساخته شده است. این پرسشنامه روی نمونه‌ای مرکب از ۳۱۲ دانشجوی دانشگاه، هنجار شده است میانگین سنی این نمونه ۲۰-۲۲ سال یا انحراف معیار ۴/۳۴ سال بوده است. این نمونه از آزمودنی‌ها به‌صورت افسرده یا غیر افسرده بر اساس نمرات "سیاهه افسردگی بک" و "MMPI طبقه بندی شده بودند. نمره میانگین "پرسشنامه افکار خودآیند" در نمونه افسرده ۷۹/۶۴ با انحراف معیار ۲۲/۲۹ بود. نمره میانگین در نمونه غیر افسرده ۴۸/۵۷ با انحراف معیار ۱۰/۸۹ بود. اعتبار این پرسشنامه از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای ۰/۹۷ برخوردار است. روایی ۳۰ سؤال آن از یک سری صد سؤالی انتخاب شده است که همگی به‌خوبی از آزمودنی‌های افسرده را از غیر افسرده جدا می‌کند (جوهری، ۱۳۸۳).

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون- توضیح مختصر درمان‌جو در مورد مشکل - سنجش اولیه ارزش‌ها- ناامیدی سازنده - برای رفع مسائلتان تاکنون چه کارهایی انجام داده‌اید؟- کارهایی که انجام داده‌اید چقدر مؤثر واقع شده است؟- تمثیل فرد افتاده در چاه -
جلسه دوم	مروری بر جلسه گذشته- تمرین پوشش سخت - تمرین ذهن آگاهی - تمرین عینیت بخشیدن- تمرین ذهن آگاهی - تمثیل دروغ‌سنج
جلسه سوم	مروری بر جلسه گذشته و تکالیف خانه - تمرین شیر، شیر، شیر - نا هم‌آمیزی شناختی: عینیت بخشیدن به محتوی روان‌شناختی - تمثیل مسافران اتوبوس - تمرین ذهن خود را عابر وراج فرض کنید - افکار کنترلی بر ما ندارند- هر جا که می‌روید، ذهن خود را نیز به همان‌جا می‌برید- تمثیل بافتار انگاشتن خویشتن
جلسه چهارم	مروری بر جلسه قبل و تکالیف گفته‌شده - تمرین ذهن آگاهی - تمرین مربوط به روشن‌سازی ارزش‌ها - تمثیل همسایه مزاحم - تمرین فرونشانی فکر - تمثیل صفحه شطرنج
جلسه پنجم	مروری بر جلسات گذشته- تمرین ذهن آگاهی - تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا - با هیجان مسئله مدار خود، فقط و فقط بمانید - راهبردهای نا هم‌آمیزی
جلسه ششم	مروری بر جلسات گذشته- تمرین ذهن آگاهی - بافتار انگاشتن خویشتن - تمثیل ریگ‌های روان - سؤال‌هایی در خصوص آمال‌ها، آرزوها و رویاها - بیشترین خواسته ای که از زندگی‌تان دارید، چیه؟- چه جور کارهایی را خیلی دوست دارید انجام بدید؟- دلتان می‌خواد چه جور آدمی باشید؟- دوست دارید در روابط بین فردی‌تان چه عملکردی داشته باشید؟- دوست دارید زندگی‌تان چطوری باشه؟- تیشه به ریشه دلیل یابی زدن - نا هم‌آمیزی

جلسه هفتم

مروری بر جلسات گذشته- تمرین ذهن آگاهی - بافتار انگاشتن خویشتن - تمرین رویارویی با آدم آهنی غول پیکر - قطب نمای ارزش ها - تعیین هدف - هدف ها باید بر این اساس انتخاب شود که به چه میزان می توانند درمان جو را در مسیر ارزشمند به حرکت در آورند. - هدف ها باید مشخص و اندازه پذیر باشد، یعنی زمان، مکان و نحوه حصولشان روشن باشد. - هدف ها باید فعال باشد (نه اینکه تلاش های فرد برای اجتناب یا اجرای کمتر فعلیتی را شامل شود). - هدف ها باید عملی و متناسب با سطح توانایی درمان جو باشد. - دادن تعهدی علنی برای عملی کردن ارزش ها، هدف ها و فعالیت ها، مفید خواهد بود. - برنامه ریزی فعالیت

جلسه هشتم

ذهن آگاهی و تمرین مشاهده گر - برگشت به تمثیل های مسافران اتوبوس، همسایه مزاحم، و طناب کشتی با هیولا - خلق الگوهای بزرگ تر عمل متعهدانه - آماده سازی درمان جویان برای مواجه احتمالی با موانع و تمیز دادن موانع بیرونی از موانع درونی - به کارگیری مداخلات مربوط به ذهن آگاهی، پذیرش و نا هم آمیزی - حفظ تمرکز درمان جویان بر فرایند گام نهادن در مسیرهای ارزشمند - انتقال این پیام به درمان جویان که کیفیت عمل متعهدانه در مقایسه با کمیت آن، اهمیت بیشتری دارد - کمک به درمان جویان برای دادن تعهد مجدد، هنگام عهد شکنی یا بروز لغزش - تمرین مشاهده گر - تمرین ذهن آگاهی - اجرای پس آزمون

جلسه پیگیری

پیگیری و اجرای مجدد پرسشنامه ها پس از ۲ ماه

یافته ها

نفر زایمان اول بودند. با استفاده از جدول های میانگین و انحراف معیار، تحلیل توصیفی و برای تجزیه و تحلیل استنباطی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است که نتایج به دست آمده در جدول های (۲ و ۳) آورده شده است.

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان گروه آزمایش برابر با ۳۲/۸۴ (۳/۵۴) و زنان گروه گواه ۳۳/۱۵ (۳/۸۷) بود؛ ۶ نفر از زنان گروه آزمایش زایمان دوم و ۴ نفر زایمان اول بودند؛ همچنین ۷ نفر از زنان گروه گواه زایمان دوم و ۳

جدول ۲. داده های توصیفی نمرات گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	شاخص های آماری		پیش آزمون		پس آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نگرش ناکارآمد	آزمایش	۴۰/۴۴	۳/۱۴	۳۲/۰۰	۲/۰۰	
	گواه	۴۰/۰۶	۲/۸۷	۴۰/۴۳	۲/۸۰	
افکار خودآیند	آزمایش	۴۱/۰۶	۲/۸۰	۳۳/۱۴	۱/۷۷	
	گواه	۴۱/۸۸	۳/۵۱	۴۱/۱۵	۲/۴۰	

متغیرهای مورد مقایسه تفاوت معنی دار وجود دارد ($P = 0/001$ و $T = 18/44$ Hotelling's T). از این رو به منظور مشخص نمودن این امر که تغییرات ایجاد شده در کدام یک از متغیرهای پژوهش است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

با توجه به جدول ۲ میانگین نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند گروه آزمایش، پس از مداخلات در مرحله پس آزمون کاهش معناداری داشته است، در حالی که در گروه گواه کاهش معناداری نشان نداد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد پس از حذف اثر پیش-آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجموع مجذورات	F (df)	سطح معنی داری	مجذورات ای سهمی
گروه‌ها	نگرش ناکارآمد	۲۶۴/۶۱	۲۶۴/۶۱	۳۰/۳۰ (۱, ۱۸)	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	افکار خودآیند	۶۲/۵۶	۶۲/۵۶	۳۴/۲۱ (۱, ۱۸)	۰/۰۰۱	۰/۵۵

با توجه به جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد پس از حذف اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه در میزان نگرش ناکارآمد ($F_{1, 18} = 30/30, P = 0/001$) و افکار خودآیند ($F_{1, 18} = 34/21, P = 0/001$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ این نشان می‌دهد که عدم برابری میانگین نمرات نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند گروه‌ها در پس‌آزمون، تصادفی نیست؛ بلکه تفاوت ایجاد شده، به لحاظ آماری معنی‌دار است؛ به عبارت دیگر به نظر می‌رسد مداخله ذهن آگاهی به گروه نمونه حاضر، باعث کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند به طور معنی‌دار شده است؛ بنابراین فرض صفر رد و فرض خلاف پژوهش حاضر تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر محققان کوشیدند به بررسی تعیین اثربخشی آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند در زنان دچار افسردگی پس از زایمان بپردازند. از همین رو جست‌وجوی پژوهشگران نشان می‌دهد که جلسات هشتگانه "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" توانسته است به‌طور شایان توجهی از میزان افکار ناکارآمد و خودآیند منفی شرکت‌کنندگان در دوره درمانی بکاهد. از این رو، یافته‌ها در این زمینه نشان می‌دهند که احتمالاً تغییر در افکار خودآیند منفی و کسب مهارت‌های شناختی می‌تواند در پیشگیری نگرش‌های منفی در زنان باردار پیش و پس از زایمان دخیل باشد. در اصل، به‌طور نظری MBCT می‌تواند اثر پیشگیرانه درمان را افزایش دهد (سگال و همکاران،

۲۰۰۲). این نکته با نتایج حاضر در مورد تأثیر درمان MBCT بر کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش ناکارآمد، تأیید می‌شود. یافته‌های این بررسی گویای آن است که در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بدون آنکه درمانگر مستقیماً به طرح داده‌ها و نگرش ناکارآمد آزمودنی‌ها درگیر شود نوعی بازسازی شناختی انجام می‌شود (کابات زین، ۲۰۰۵). با توجه به نمرات پس‌آزمون افکار خودآیند منفی، فرضیه پژوهشگران مبتنی بر اثر بخش بودن درمان ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند تأیید می‌شود که این نتایج با یافته‌های تیزدیل و همکاران (۲۰۰۰) همسو می‌باشد. زیرا در این نتایج ذهن آگاهی در مورد حل مشکل نشان داده است که فرد کوشش می‌کند با آن مشکل برخورد نماید یا به‌خوبی آن را بفهمد و به‌طور ضمنی مشکل را برای زمان حاضر و آینده توضیح دهد. همچنین یافته‌های این پژوهش با تحقیق تیزدیل، سگال و ویلیامز (۲۰۰۳) در زمینه کاهش افسردگی و افکار خودآیند منفی همسو می‌باشد. تیزدیل معتقد است که آمایه شناختی ناکارآمد منفی به عنوان حقایق در مورد خود تفسیر می‌شود در حالی که آمایه شناختی کارآمد افکار منفی را به عنوان بخشی از واقعیت تفسیر می‌شوند که ممکن است با واقعیت مطابقت داشته باشد یا اینکه مغایر با آن باشد. ویلیامز و همکاران (۲۰۰۶) تحقیقی تحت عنوان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای پیشگیری از شیوع رفتارهای خودکشی انجام دادند و نشان دادند این روش برای بیماران که

حافظه سرگذشتی می‌شود که به نوبه خود می‌تواند بازخوانی اختصاصی‌تر از حافظه را به همراه داشته باشد. همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که بین میزان کلی‌گرایی در بازخوانی حافظه سرگذشتی و کارایی مسئله‌گشایی یک همبستگی منفی وجود دارد (کاویانی، رحیمی درآباد، کامیار و نقوی، ۲۰۰۳؛ کاویانی و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاویانی و رحیمی، ۱۳۸۱). در اصل، احتمالاً کلی‌گرایی در بازخوانی حافظه، بر قدرت حل مسئله اثر ناتوان ساز دارد. به بیان دیگر، فرد برای حل مسائل زندگی خود از بانک اطلاعاتی شخصی خود سود می‌برد و چنانچه این منبع در پس داد اطلاعات اختصاصی و دقیق دچار اشکال شود و مواد مورد نیاز حل مسئله را در دسترس نداشته باشد، فرد نمی‌تواند فرآیند حل مسئله را به پایان برساند. مک‌لین (۱۹۷۶) مسئله‌گشایی معیوب را نقطه مرکزی ساختار شناختی افسرده‌ها می‌داند. این فرض پیش از مک‌لین و پس از او نیز تأکید شده است (کلرمن، ۱۹۷۴؛ پیکل، پروسف و میرز، ۱۹۷۵؛ بک و همکاران، ۱۹۷۹). در واقع به نظر می‌رسد تمرین‌های MBCT، با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر (مثلاً از طریق تمرکز بر تنفس) و برگرداندن توجه به زمان حاضر، بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات اثر می‌گذارد.

یکی از برتری‌های روش به کار گرفته شده در این تحقیق، "گروهی برگزار شدن" آن است. راهبرد گروهی درمان MBCT بیشتر از درمان‌های فردی مقرون‌به‌صرفه است؛ هم به لحاظ هزینه‌های مادی و هم با توجه به اثربخشی در واحد زمان. با توجه به محدودیت درمان‌های روانی تخصصی در جامعه ما، این شیوه درمان می‌تواند مشکل‌گشا باشد. از دیگر برتری‌های روش مورد استفاده در این تحقیق، کاربردی بودن آن در دوره بهبود است. از آنجاکه در

در گذشته دارای تجربیات خودکشی بودند مؤثر بوده است و با ذکر یک مطالعه موردی نشان دادند که چگونه مهارت‌های ذهن آگاهی با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی رشد می‌کنند و به فرایندهای شناختی که موجب بحران خودکشی هستند مرتبط می‌شوند.

آن‌گونه که در متون قدیمی‌تر آمده است، در واقع به نظر می‌رسد ذهن آگاهی از طریق آموزش کنترل توجه مؤثر واقع شود (تیزدیل و همکاران، ۱۹۹۵). در اصل، فرض این است که آسیب‌پذیری در مقابل نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود-ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (سگال، ویلیامز، تیزدیل و گمار، ۱۹۹۶). به این ترتیب، با وجود الگوی معیوب تفکر، همواره احتمال دارد در اثر گرفتگی خفیف خلق و در نتیجه بازفعالی الگوی تفکر، فرد وارد دوره جدیدی از افسردگی شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. در تحقیق حاضر، نتایج مرحله پیگیری مبنی بر پایدار بودن تأثیر درمان پس از گذشت دو ماه، پشتیبان این توضیح است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش اسکلمن (۲۰۰۴) و همچنین یافته‌های کارلسون، اورسالیاک، گودی، آنگن و اسپکا (۲۰۰۱) همخوانی دارد. برخی مطالعات نشان می‌دهند که MBCT از کلی‌گرایی در بازخوانی حافظه سرگذشتی می‌کاهد (تیزدیل و همکاران، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌های خالی از قضاوت، موجب کدگذاری اختصاصی‌تر اطلاعات در

بودند. به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی به عمل می آوریم.

تعارض منافع

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

منابع

- آذرگون، حسن؛ کجفاف، محمداقبر. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان. مجله روانشناسی ۵۳، سال چهاردهم، شماره ۱؛ ۷۹-۹۳.
- پورمحمدی، سمیه؛ باقری، فریبرز. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر پردازش شناختی خودکار، فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۱۱(۳): ۱۴۳-۱۶۰
- خوشه مهری، گیتی؛ شریعتی فیض آبادی، اعظم؛ ناصرخاکی، وحیده؛ ناصرخاکی، لیلا. (۱۳۹۰). بررسی شیوع افسردگی بعد از زایمان و عوامل موثر بر آن در مراکز بهداشتی و درمانی شمال شهر تهران. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، ۱۹(۱): ۵۹-۶۴
- جوهری، فروزان. (۱۳۸۳). بررسی اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی در پیشگیری از افسردگی در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه اصفهان در پاییز و زمستان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی چاپ شده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف السادات؛ و محیط، احمد. (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمونهای روانی. تهران: [پژوهشکده علوم شناختی
- صحتی شفایی، فهیمه؛ رنجبر کوچکسرائی، فاطمه؛ قوجازاده، مرتضی؛ محمد رضایی، ژیللا. (۱۳۸۷). بررسی ارتباط برخی عوامل مستعد کننده با افسردگی پس از زایمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. ۸(۱): ۶۱-۵۴

روش MBCT بر خلاف رفتار درمانی شناختی، بر تغییر درون مایه و معانی خاص افکار خودآیند منفی آشکارا تأکید نمی شود، آموزش آن همراه با استفاده از تجارب زندگی روزمره می تواند در مرحله بهبود به کار گرفته شود. با توجه به نتایج مثبت این تحقیق، جهت گیری کارهای بعدی می تواند به سوی نمونه های بالینی با تشخیص افسردگی و اضطراب باشد. باید توجه داشت که از روش MBCT قبلاً هم برای گروه های غیر بالینی استفاده شده است (اسکلمن، ۲۰۰۴). اساساً قبل از به کارگیری هر روش جدید، به لحاظ اخلاقی بهتر است اول آن را در نمونه غیر بالینی به کار گرفت و بعد از دستیابی به نتایج مثبت، آن را در نمونه بالینی استفاده کرد. همچنین، با توجه به اینکه پژوهش حاضر به بررسی تعداد محدودی از زنان افسرده پس از زایمان مراجعه کننده به بیمارستان ارش روین تن تهران پرداخته است، انجام پژوهش ها با نمونه های گسترده تر و با کنترل متغیرهای مزاحم بیشتری به نتایج تعمیم پذیرتر می انجامد. آموزش از آنجا که در این تحقیق، گروه کنترل در معرض هیچ مداخله دارای عناصر غیراختصاصی درمان قرار نگرفت، ممکن است این ایراد به تحقیق حاضر وارد شود که در اثر عدم سنجش عوامل غیراختصاصی درمان، شاید آثار درمانی ناشی از عوامل اختصاصی نباشد. بنابراین پیشنهاد می شود در تحقیقات بعدی گروه غیر آزمایشی در معرض عوامل غیراختصاصی درمان قرار گیرند و یا از پژوهش نوع خط پایه استفاده شود؛ همچنین، به دلیل محدودیت های ایجاد شده بخاطر شیوع ویروس کرونا امکان برگزاری و اجرای مرحله پیگیری نبود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار

- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Specia, M. (2001). The effects of a Mindfulness meditation – based stress reduction program on mood and Symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9 (2), 112-23.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kaviani, H., Rahimi – Darabad, & Naghavi, H. R. (2005). Autobiographical memory retrieval and problem-solving deficits of Iranian depressed patients attempting suicide. *Journal of Psychopathology and Behavioural and Assessment*, 27, 39-44.
- Kaviani, H., Rahimi, M., Rahimi-Darabad, P., Kamyar, K., & Naghavi, H. R. (2003). How autobiographical memory deficits affect problem-solving in depressed patients. *Acta Medica Iranica*, 41, 194-198.
- Klarman, G. L. (1974). Depression and adaptation. In R. J. Freidman & M. M. Katz (Eds.). *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. PP. (127-156) New York: Wiley.
- Klainin P, Arthur DG. (2019). Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud*, 46(10):1355-73.
- Kim, Y. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Journal of Depression and Anxiety*, 26(5): 601-606.
- Langer, E. J. (2006). *On becoming an artist: Reinventing yourself through mindful creativity*. New York, NY: Ballantine Books.
- McLean, P. D. (1976). Depression as a specific response to stress. In J. G. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.). *Stress and Anxiety*. Vol 3, PP. (297-323). Washington DC: Hemisphere.
- Nierenberg, A. A., Peterson, T. J. & Alpert, J. (2003). Prevention of relapse and recurrence in depression: The role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64: sup 15.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. (2014). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26(4):289-95.
- Ritvo, P. (2013). Reductions in negative automatic thoughts in students attending mindfulness tutorials predicts increased life
- هزاهونی، سید محمد مهدی؛ فتحی، یدالله. (۱۳۸۴). مقایسه دو روش آموزش مشاوره و راهنمایی بر آگاهی، نگرش و عملکرد اساتید راهنمای دانشگاه علوم پزشکی همدان. *مجله گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان* ۱۳۸۴، سال اول، شماره ۲: ۸۵-۹۳.
- درخشان، اکبر. (۱۳۸۲). بررسی شاخصهای افت تحصیلی و عوامل موثر بر آن در دانشگاه علوم پزشکی مشهد، خلاصه مقالات اولین همایش بین‌المللی اصلاحات و مدیریت تغییر در آموزش پزشکی، تهران ۱۳۸۲: ۱۴۷.
- شفیع‌آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا. (۱۳۹۲). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: انتشارات مرکز نشر دانشگاهی.
- کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بحیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، سال ۷؛ شماره ۱: ۴۹-۵۹.
- قاسم‌زاده، حبیب‌الله. (۱۳۷۸). شناخت و عاطفه، جنبه‌های بالینی و اجتماعی. تهران: انتشارات فرهنگان.
- کاویانی، حسین، و رحیمی، پرویز. (۱۳۸۱). مسئله گشایی در بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴-۲۵-۳۰.
- مهدوی، مریم؛ خیرآبادی، غلام‌رضا. (۱۳۹۹). شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان در شهرستان نطنز در سال ۱۳۹۷. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. ۱۴ (۲): ۷۸-۸۵.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New Yourk: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A.T. (2008). The evaluation of the cognitive model of depression and its neurobiological. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56, 893-897.

- cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-625.
- 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.
- Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG* 2010;117(5):540-50
- Walsh, J.; Balian, M. G.; Smolira S. J. D. R.; Fredericksen, L. K. & Madsen, S. (2009), "Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control", *Personality and Individual differences*, 46,94- 99
- Wang SY, Jiang XY, Jan WC, Chen CH. (2013). A comparative study of postnatal depression and its counseling in Taiwan and Mainland China. *Am J Obstet Gynecol*;189(5):1407-12.
- Wewerinke A, Honig A, Heres MH, Wennink JM. (2016). Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women. *Ned Tijdschr Geneesk*;150(6):294-8
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. V. (2006). Mindfulness-based Cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 6 (2), 201-210.
- Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in attempted suicide patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.
- Williams, M. J. McManus, F. and Muse, K. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety(hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients` experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(3): 379-97.
- World Health Organization. (2020). World report on ageing and health. Geneva: World Health Organizatio
- satisfaction. *International Journal of Educational Psychology*, 2(3): 272-296.
- Paykel, E. S. Prusoff, B. A. & Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32, 273-278.
- Saenz, Z. S. (2003). *Mindfulness- Based Cognitive Therapy (MBCT)* New York: Guilford
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., Teasdale, J. D., & Gemar, M.(1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*, 26, 371-380.
- Schulman, P. (2004). Depression Prevention in adults. Schulman@ psych upenn. Edu.
- Stowe ZN, Hostetter AL, Newport DJ. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(2):522-6.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition, and change: Re-modeling depressive thought*. London, Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Teasdale, J. D., & Segal, Z. V., & Williams, J. M. (1994). How does cognitive therapy prevent depression relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why shuld attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, M. G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 157-160.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based