



Effect of Cognitive Rehabilitation Training on Anxiety, Depression and Emotion Regulation in Women with Postpartum Depression

Masoud Sayadi ^{1,2}, Zahra Eftekhar Saadi ^{2,*}, Behnam Makvandi ², Fariba Hafezie ²

¹ Department of Psychology, Khuzestan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

² Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

* **Corresponding author:** Zahra Eftekhar Saadi, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. E-mail: eftekarsaadi@yahoo.com

Received: 11 Aug 2018

Accepted: 13 Nov 2018

Abstract

Introduction: Women with postpartum depression have problems such as anxiety, depression and emotion regulation that cognitive rehabilitation training can be effective in them. As a result, this research aimed to investigate the effect of cognitive rehabilitation training on anxiety, depression and emotion regulation in women with postpartum depression.

Methods: Present study was a semi-experimental with a pre-test and post-test design with a test and control groups. Research population was included all women with postpartum depression that referring to health care centers of Bushehr city in 2017 year that 40 person were selected by available sampling method and randomly divided into two equal groups. The test group 10 sessions of 45 minutes trained by cognitive rehabilitation. Groups were evaluated in terms of anxiety, depression and emotion regulation in pre-test and post-test stages. The data were analyzed with using of SPSS-19 software and by multivariate analysis of covariance method.

Results: The results showed that cognitive rehabilitation training significantly led to decrease anxiety and depression and increase emotion regulation in women with postpartum depression ($P < 0.001$).

Conclusions: The results indicate the cognitive rehabilitation training on anxiety, depression and emotion regulation in women with postpartum depression, so it is suggested to counselors and therapists that use from the cognitive rehabilitation training method to improve these characteristics.

Keywords: Cognitive Rehabilitation Training, Anxiety, Depression, Emotion, Postpartum Depression



تأثیر آموزش توانبخشی شناختی بر اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

مسعود صیادی^{۱،۲}، زهرا افتخار صعادی^{۳*}، بهنام مکوندی^۲، فریبا حافظی^۲

^۱ گروه روانشناسی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۲ گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

* نویسنده مسئول: زهرا افتخار صعادی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. ایمیل:

eftekharsaadi@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۲۰

چکیده

مقدمه: زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان دارای مشکلاتی مانند اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجانی هستند که آموزش توانبخشی شناختی می‌تواند در بهبود آن‌ها مؤثر باشد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش توانبخشی شناختی بر اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمون و کنترل بود. جامعه پژوهش زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۶ بودند که ۴۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شدند. گروه آزمون ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای با روش توانبخشی شناختی آموزش دید. گروه‌ها از نظر اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شدند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-19 و با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که آموزش توانبخشی شناختی باعث کاهش معنادار اضطراب و افسردگی و افزایش معنادار تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از تأثیر آموزش توانبخشی شناختی بر اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود، پس به مشاوران و درمانگران پیشنهاد می‌شود که از روش آموزش توانبخشی شناختی برای بهبود ویژگی‌های مذکور استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: آموزش توانبخشی شناختی، اضطراب، افسردگی، هیجان، افسردگی پس از زایمان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بارداری و زایمان یکی از حساس‌ترین مراحل رشد زندگی زنان است که در این مرحله یک بحران فیزیولوژیک روحی، روانی و هیجانی رخ می‌دهد [۱]. افسردگی پس از زایمان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی پس از زایمان است که حداکثر طی چهار هفته پس از زایمان شروع می‌شود. این اختلال با علائمی نظیر احساس تنهایی شدید، تحریک‌پذیری، ترس، عدم اعتماد به نفس، تغییر در اشتها، احساس گناه، کاهش تمرکز و در موارد شدید با افکار خودکشی همراه است [۲].

میانگین فراوانی افسردگی پس از زایمان حدود ۱۳ درصد است، اما برخی مطالعات در کشور ایران میزان آن را تا ۴۲/۱۳ درصد نیز گزارش کردند [۳]. افسردگی پس از زایمان یک اختلال چندعاملی است که از عوامل مهم آن می‌توان به تغییرات هورمونی پس از زایمان، تطبیق روانشناختی لازم پس از تولد، کمبود خواب و مراقبت از نوزاد اشاره کرد [۴]. افسردگی پس از زایمان بر کیفیت ارتباط عاطفی مادر و کودک،

روابط درون خانوادگی، بهداشت روان خانواده و جنبه‌های مختلف رابطه با همسر تأثیر منفی می‌گذارد [۵].

افسردگی پس از زایمان باعث ایجاد مشکلات روانشناختی فراوانی از جمله افزایش اضطراب و افسردگی می‌شود [۶]. اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی با وقوع بین ۷ تا ۲۵ درصد است [۷]. اضطراب یک پاسخ سازشی است و همه افراد تا حدی آن را تجربه می‌کنند، اما اگر از حد متعادل فراتر رود باعث درماندگی می‌شود [۸]. از ویژگی‌های اصلی اختلال اضطراب می‌توان نگرانی مستمر حداقل به مدت شش ماه، اختلال در عملکرد اجتماعی، تحصیلی و یا شغلی و دشواری در کنترل نگرانی را نام برد [۹]. افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های خلقی با وقوع حدود ۱۵ درصد است [۱۰]. ویژگی‌های اصلی افسردگی یک دوره زمانی حداقل دو هفته‌ای است که در ضمن آن خلق افسرده، بی‌علاقگی و فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد. همچنین فرد باید چند نشانه دیگر مثل تغییر در اشتها، وزن، خواب، کاهش نیرو، احساس گناه، احساس بی‌ارزشی، مشکل در تفکر، تمرکز و تصمیم‌گیری، افکار خودکننده خودکشی و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد [۱۱]. افراد مبتلا به افسردگی معمولاً یک دیدگاه منفی و بدبینانه نسبت به خود، جامعه و آینده دارند [۱۲]. یکی دیگر از مشکلاتی که پس از زایمان ایجاد می‌شود، دشواری در تنظیم هیجان است [۱۳]. تنظیم هیجان مجموعه‌ای از راهبردهای متمایز و هدفمندی است که افراد برای کنترل و چگونگی ابراز هیجان‌های خود به کار می‌گیرند [۱۴]. این سازه شامل آگاهی، درک و پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق اهداف مطلوب است [۱۵]. نقص در تنظیم هیجان باعث مشکلاتی در سلامت، تعاملات اجتماعی و کیفیت زندگی می‌شود و عزت نفس را کاهش می‌دهد [۱۶].

یکی از روش‌های بهبود ویژگی‌های روانشناختی، روش آموزش توانبخشی شناختی است [۱۷]. این روش به مجموعه آموزش‌هایی اطلاق می‌شود که مبتنی بر ادغام یافته‌های علوم اعصاب شناختی و فناوری اطلاعات با تکیه بر اصل انعطاف‌پذیری مغز و غالباً به شکل بازی است [۱۸]. در دهه‌های اخیر تمایل برای استفاده از رایانه در زمینه مشکلات شناختی باعث گسترش برنامه‌های توانبخشی شناختی مبتنی بر رایانه شده است و این برنامه‌ها قابلیت تنظیم سطح دشواری تکلیف از ساده به مشکل را دارند [۱۹]. توانبخشی شناختی روشی جهت بازگرداندن ظرفیت‌های شناختی از دست رفته است که توسط تمرینات و ارائه محرک‌های هدفمند صورت می‌پذیرد و هدف آن بهبود عملکرد فرد در اجرای فعالیت‌ها از طریق بهبود ادراک، توجه، حافظه، حل مساله، هوشیاری، انعطاف‌پذیری و مفهومی‌سازی است [۲۰]. در این روش درمانگر اطلاعات حاصل از ارزیابی جلسات را در نظر گرفته و بر اساس آن تکالیفی برای تقویت کارکردهای شناختی مغز طراحی می‌کند [۲۱]. با اینکه پژوهش‌های اندکی درباره تأثیر آموزش توانبخشی شناختی انجام شده، اما نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر آن بر اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان بودند. Driediger و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که برنامه توانبخشی باعث بهبود خودبیان‌گری و اضطراب زنان شد [۲۲]. همچنین Olukolade & Osinowo ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان توانبخشی شناختی باعث کاهش افسردگی پس از زایمان شد [۲۳]. در پژوهشی دیگر

Stuifbergen و همکاران گزارش کردند که توانبخشی شناختی مبتنی بر رایانه باعث کاهش افسردگی افراد دچار مولتیپل اسکروزیس شد [۲۴]. علاوه بر آن باشی عبدل‌آبادی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که توانبخشی شناختی باعث بهبود کارکردهای اجرایی، حافظه، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس شد [۲۵]. در پژوهشی دیگر شیرازی و همکاران گزارش کردند که آموزش توانبخشی روانی به شیوه دوسا باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران همودیالیزی شد [۲۶]. رحمانیان و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش بازتوانی شناختی باعث کاهش معنادار نمره اضطراب کودکان شد [۲۷]. آبادی و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که برنامه توانبخشی شناختی باعث بهبود توانایی بازشناسی حالات هیجانی در کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم شد [۲۸]. در پژوهشی دیگر شیری و همکاران گزارش کردند که توانبخشی شناختی باعث بهبود تشخیص حالات هیجانی کودکان اوتیسم شد [۲۹].

افسردگی پس از زایمان عارضه‌ای بسیار شایع است که میانگین فراوانی آن حدود ۱۳ درصد و برخی مطالعات در کشور ایران فراوان آن را تا ۴۲/۱۳ درصد نیز گزارش کردند [۳]. افسردگی پس از زایمان باعث مشکلاتی در زمینه اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان می‌شود، لذا انجام مداخله با هدف کاهش مشکلات آنان الزامی است. همچنین پژوهش‌های اندکی با هدف بررسی تأثیر آموزش توانبخشی شناختی انجام شده و هیچ پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش توانبخشی بر بهبود اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان نپرداخته است. در نتیجه با توجه به پیشینه پژوهشی اندک و مشکلاتی که افسردگی پس از زایمان برای زنان، کودکانشان و حتی خانواده آنان ایجاد می‌کند، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزشی توانبخشی شناختی بر اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمون و کنترل بود. جامعه پژوهش زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۶ بودند که ۴۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. در روش نمونه‌گیری در دسترس پس از هماهنگی با مسئولان مراکز بهداشتی درمانی از میان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تعداد ۴۰ نفر که تمایل به شرکت در دوره آموزشی را داشتند، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی به دو گروه مساوی (۲۰ نفر گروه آزمون و ۲۰ نفر گروه کنترل) تقسیم شدند و سپس به‌صورت تصادفی با کمک قرعه‌کشی یکی از گروه‌ها به‌عنوان گروه آزمون و دیگری به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شد. مهم‌ترین ملاک‌های ورود به مطالعه شامل گذشتن حداقل دو هفته از زایمان، داشتن سن ۲۰ تا ۳۵ سال، داشتن افسردگی پس از زایمان بر اساس مصاحبه بالینی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از یک جلسه در کلاس‌های آموزشی، مصرف داروهای روانپزشکی، استفاده از روش‌های درمانی دیگر به‌طور همزمان، عدم تمایل به همکاری و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت نامعتبر بود.

۰/۹۲ گزارش کردند [۳۲]. در این مطالعه پایایی در مرحله پس‌آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. پرسشنامه افسردگی: این ابزار توسط Beck و همکاران طراحی شد که دارای ۲۱ گویه است. گویه‌ها با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند، لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ است و نمره بالاتر به معنای افسردگی بیشتر است. آنان روایی ابزار را تأیید و پایایی آن را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیربیمار ۰/۸۱ و برای بیماران سرپایی ۰/۹۳ گزارش کردند [۳۳]. همچنین زر و همکاران روایی صوری و محتوایی ابزار را با نظر اساتید تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند [۳۴]. در این مطالعه پایایی در مرحله پس‌آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

پرسشنامه تنظیم هیجان: این ابزار توسط Gratz & Roemer طراحی شد که دارای ۳۶ گویه است. گویه‌ها با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شوند، لذا دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ است و نمره بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. آنان روایی ابزار را تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و با روش بازآزمایی ۰/۸۸ گزارش کردند [۳۵]. همچنین علوی و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند [۳۶]. در این مطالعه پایایی در مرحله پس‌آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

رعایت نکات اخلاقی از جمله اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، دریافت امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و غیره توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با کد اخلاق IR.IAUHVZ.REC.1395.47 تأیید و داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کمک نرم‌افزار SPSS-19 تحلیل شدند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۴۰ زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان بودند که در گروه آزمون ۵ نفر شاغل (۲۵٪) و ۱۵ نفر خانه‌دار (۷۵٪) و در گروه کنترل ۶ نفر شاغل (۳۰٪) و ۱۴ نفر خانه‌دار (۷۰٪) بودند. همچنین از لحاظ نوع زایمان در گروه آزمون ۹ نفر طبیعی (۴۵٪) و ۱۱ نفر سزارین (۵۵٪) و در گروه کنترل ۱۳ نفر طبیعی (۶۵٪) و ۷ نفر سزارین (۳۵٪) بودند. نتایج آزمون خی‌دو نشان داد که دو گروه از لحاظ وضعیت اشتغال ($P \leq 0/72$, $X^2 = 0/13$) و نوع زایمان ($P \leq 0/34$, $P = 1/62$) تفاوت معناداری نداشتند. شاخص‌های میانگین و انحراف معیار اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان گروه‌های آزمون و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شد (جدول ۱).

نحوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه، گروه آزمون ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به‌صورت انفرادی با روش توانبخشی شناختی آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. محتوی مداخله توسط Sohlberg & Mateer طراحی و توسط عباسی و همکاران مورد استفاده و تأیید قرار گرفت که به شرح زیر است [۳۰]. جلسه اول پس از آشنایی و برقراری اتحاد درمانی، بیماران با روش‌ها و تمرین‌های شناختی آشنا و خط پایه کارکردهای شناختی آنان اندازه‌گیری شد. جلسه دوم به تمرین‌های توجیهی شامل گوش به زنگی با محرک‌های شنیداری (اعداد، کلمات، جملات و غیره) و بررسی و تهیه رویدادهای استرس‌زای زندگی اختصاص یافت. جلسه سوم کاربرگ مرتبط با توضیحات توانبخشی ارائه و افزایش مهارت عناصر توجیهی (خواندن یک متن و پیدا کردن حروف و کلمات تعیین شده) و تمرین‌های توجیهی شامل حفظ توجه آموزش داده شد. جلسه چهارم به تمرین‌های توجیهی دیداری و شنیداری و تمرین‌های حافظه (توجه انتخابی و پردازش توجیهی) اختصاص یافت. جلسه پنجم تمرین‌های مربوط به تغییر توجه، درک مطلب و بسط شناختی آموزش داده شد. جلسه ششم تمرین‌های رعایت نظم نزولی و صعودی جهت حفظ توجه و خواندن برای درک مطلب و جستجوی همزمان حروف و کلمات از قبل تعیین شده انجام شد. جلسه هفتم حافظه منطقی، دیداری و شنیداری به کمک اعداد، حروف، اشکال، کلمات و جملات آموزش داده شد. جلسه هشتم به بهبود حافظه کلامی و تصویری، سازماندهی کلامی و ساخت تداعی‌های زوجی اختصاص داده شد. جلسه نهم تمرین‌های عملکرد اجرایی شامل بیان طرح مربوط به یک تکلیف ساده، طبقه‌بندی، تمایز قائل شدن، حل مساله و خود دستوردهی آموزش داده شد. جلسه دهم به تمرین‌های حافظه به‌ویژه حافظه حرکتی، تمرین‌های شناختی توجه و جمع‌بندی و خلاصه کردن جلسات قبل اختصاص یافت. گروه‌ها از نظر اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (چهار روز پس از مداخله) به کمک ابزارهای زیر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه اضطراب: این ابزار توسط Beck و همکاران طراحی شد که دارای ۲۱ گویه است. گویه‌ها با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند، لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ است و نمره بالاتر به معنای اضطراب بیشتر است. همبستگی گویه‌ها بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۱ است که حاکی از روایی مطلوب بود و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد [۳۱]. همچنین رفیعی و سیفی روایی ابزار را با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ

جدول ۱: شاخص‌های میانگین و انحراف معیار اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها/گروه‌ها	آموزش توانبخشی شناختی		کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	SD ± M	SD ± M	SD ± M	SD ± M
اضطراب	۳۸/۵۰ ± ۱۰/۱۷	۳۱/۲۴ ± ۷/۱۱	۴۱/۱۶ ± ۱۰/۵۳	۴۱/۳۵ ± ۱۰/۴۹
افسردگی	۲۸/۱۰ ± ۴/۲۱	۲۳/۰۵ ± ۳/۶۷	۲۷/۴۰ ± ۴/۴۲	۲۸/۹۴ ± ۴/۶۳
تنظیم هیجان	۱۲۴/۲۰ ± ۱۸/۰۹	۱۰۷/۶۲ ± ۱۱/۶۶	۱۱۸/۷۵ ± ۱۷/۸۵	۱۲۰/۳۱ ± ۱۷/۷۹

($P > 0/05$). نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف معنادار نبود که این یافته حاکی برقراری فرض نرمال بودن است. همچنین نتایج آزمون M

نتایج آزمون تی نشان داد که گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون از نظر اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان تفاوت معناداری نداشتند

دارد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی تأثیر آموزش توانبخشی شناختی بر متغیرهای اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان گزارش شد (جدول ۲).

باکس و آزمون لوین معنادار نبودند، که ایسن یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها است. بنابراین شرایط استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری وجود

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی تأثیر آموزش توانبخشی شناختی بر متغیرهای اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

آزمون‌ها	مقدار	آماره F	معناداری	مجذور اِتا
اثر پیلایی	۰/۹۱۰	۵۸/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹
لامبدای ویلکز	۰/۰۹۰	۵۸/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹
اثر هاتلینگ	۱۰/۰۵۵	۵۸/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۰/۰۵۵	۵۸/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹

بررسی تأثیر آموزش توانبخشی شناختی بر هر یک از متغیرهای اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان گزارش شد (جدول ۳).

نتایج نشان داد که آموزش توانبخشی شناختی حداقل باعث بهبود یکی از متغیرهای اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شد ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول ۲). نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی تأثیر آموزش توانبخشی شناختی بر هر یک از متغیرهای اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اِتا
اضطراب	گروه	۱۳۲/۳۴۵	۱	۱۳۲/۳۴۵	۱۶/۷۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸۳
افسردگی	گروه	۱۵۴/۸۳۵	۱	۱۵۴/۸۳۵	۲۱/۲۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
تنظیم هیجان	گروه	۴۳۸/۶۶۵	۱	۴۳۸/۶۶۵	۱۷/۳۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶

اختلال‌های اضطرابی، برنامه آموزش توانبخشی شناختی می‌تواند در بهبود نشانه‌های اضطراب مؤثر باشند و باعث کاهش اضطراب شوند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش توانبخشی شناختی باعث کاهش افسردگی شد. این نتیجه با نتیجه پژوهش‌های Olukolade & Osinowo [۲۳]، Stuifbergen و همکاران [۲۴]، باشی عبدل‌آبادی و همکاران [۲۵] و شیرازی و همکاران [۲۶] همسو بود.

نتایج نشان داد که آموزش توانبخشی شناختی باعث بهبود هر سه متغیر اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شد. به عبارت دیگر آموزش توانبخشی شناختی باعث کاهش معنادار اضطراب ($F = ۱۶/۷۲۹, P < ۰/۰۰۱$)، افسردگی ($F = ۲۱/۲۲۷, P < ۰/۰۰۱$) و تنظیم هیجان ($F = ۱۷/۳۳۲, P < ۰/۰۰۱$) در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شد (جدول ۳).

بحث

زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان دارای مشکلات فراوانی به‌ویژه در زمینه اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان هستند که این مشکلات بر سلامت مادر، کودک و حتی کل خانواده آنان تأثیر منفی می‌گذارد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزشی توانبخشی شناختی بر اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش توانبخشی شناختی باعث کاهش اضطراب شد. این نتیجه با نتیجه پژوهش‌های Driediger و همکاران [۲۲]، باشی عبدل‌آبادی و همکاران [۲۵]، شیرازی و همکاران [۲۶] و رحمانیان و همکاران [۲۷] همسو بود. در تبیین این یافته بر مبنای Rabipour & Raz [۳۷] نظر می‌توان گفت که برنامه توانبخشی شناختی به طور قابل توجهی سرعت پردازش، انعطاف‌پذیری شناختی و حافظه را افزایش می‌دهد و بر روی افزایش فعالیت قشر پیش‌پیشانی نقش قابل توجهی دارد. همچنین این شیوه آموزشی یکی از انواع آموزش‌های مغزی است که از برنامه ویژه و خاصی استفاده می‌کند که هدف آن افزایش مهارت‌های شناختی یا ایجاد توانایی شناختی با انجام تمرین‌هایی است که می‌تواند موجب تغییرات قابل توجه در سطوح رفتاری، توجه، حافظه و سایر کنش‌های اجرایی مغز شوند. با توجه به ارتباط تنگاتنگ کنش‌های اجرایی و

در تبیین این یافته بر مبنای نظر Shavi & Finlayson [۳۸] می‌توان گفت که بیماران مبتلا به افسردگی با بدکارکردی لوب پیشانی مواجه هستند و این بخش از مغز مسئول کارکردهای اجرایی مغز است. پس دور از انتظار نیست که این افراد دچار کاهش توجه، تمرکز، حافظه کاری و کندی پردازش اطلاعات و به طور کلی دچار عملکردهای شناختی سطح پایین شوند که پایین بودن این عملکردها خود باعث کاهش افسردگی می‌شود. در نتیجه برنامه آموزش توانبخشی شناختی از طریق بهبود عملکردهای شناختی علاوه بر بهبود توجه، تمرکز و پردازش اطلاعات، باعث کاهش افسردگی نیز می‌شود. دیگر نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش توانبخشی شناختی باعث کاهش اضطراب شد. این نتیجه در زمینه کاهش اضطراب با نتیجه پژوهش‌های آبادی و همکاران [۲۸] و شیرازی و همکاران [۲۹] همسو بود. در تبیین این یافته بر مبنای نظر Dibilio و همکاران [۲۱] می‌توان گفت مطالعات تصویربرداری مغز انسان نشان می‌دهد که آموزش عملکردهای شناختی و مهارت‌های اساسی می‌تواند تغییراتی در مقادیر ماده خاکستری و فعالیت سیناپسی بوجود آورد. این ترمیم سیناپسی برای بهبود یادگیری و انجام فعالیت‌های شناختی و هیجانی مفید است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که توانبخشی شناختی باعث بهبود اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شد برنامه آموزش توانبخشی شناختی به دلیل ادغام یافته‌های علوم اعصاب شناختی و فناوری اطلاعات با تکیه بر اصل انعطاف‌پذیری مغز یکی از روش‌های آموزشی کارآمد است. بنابراین می‌توان گفت که روش آموزش توانبخشی شناختی قابلیت کاربرد در مراکز آموزشی و درمانی را دارد و جزء روش‌های درمانی مؤثر در بهبود ویژگی‌های روانشناختی به‌ویژه اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان است. در نتیجه به مسئولان و برنامه‌ریزان فراهم کردن اقدامات برای استفاده از برنامه توانبخشی شناختی و به مشاوران و درمانگران استفاده از برنامه توانبخشی شناختی برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری

در مقاله حاضر تضاد منافی وجود ندارد و مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است که با کد ۹۵۱۷۳۲۱۸۹ در دانشگاه مذکور ثبت شد. در پایان از مدیران و مسئولان مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر و شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Sharma V, Al-Farayedhi M, Doobay M, Baczynski C. Should all women with postpartum depression be screened for bipolar disorder? Med Hypotheses. 2018;118:26-8. doi: 10.1016/j.mehy.2018.06.016 pmid: 30037609
- Redulla R. Commentary on a Cochrane Review of Antidepressants for Postpartum Depression. Nurs Womens Health. 2017;21(3):155-7. doi: 10.1016/j.nwh.2017.04.007 pmid: 28599737
- Sharifi K, Sooky Z, Akbari H, Sharifi S. [Assessment of the relationship between the method of delivery and postpartum depression]. Feyz. 2008;12(1):50-5.
- Roberts TA, Hansen S. Association of Hormonal Contraception with depression in the postpartum period. Contraception. 2017;96(6):446-52. doi: 10.1016/j.contraception.2017.08.010 pmid: 28867443
- Hawes K, McGowan E, O'Donnell M, Tucker R, Vohr B. Social Emotional Factors Increase Risk of Postpartum Depression in Mothers of Preterm Infants. J Pediatr. 2016;179:61-7. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.07.008 pmid: 27502105
- Roomruangwong C, Kanchanatawan B, Sirivichayakul S, Maes M. Antenatal depression and hematocrit levels as predictors of postpartum depression and anxiety symptoms. Psychiatry Res. 2016;238:211-7. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.039 pmid: 27086235
- Niles AN, Dour HJ, Stanton AL, Roy-Byrne PP, Stein MB, Sullivan G, et al. Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. J Psychosom Res. 2015;78(2):109-15. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.018 pmid: 25510186
- McDonnell GA, Salley CG, Barnett M, DeRosa AP, Werk RS, Hourani A, et al. Anxiety Among Adolescent Survivors of Pediatric Cancer. J Adolesc Health. 2017;61(4):409-23. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.04.004 pmid: 28729145
- Ivan MC, Amspoker AB, Nadorff MR, Kunik ME, Cully JA, Wilson N, et al. Alcohol use, anxiety, and insomnia in older adults with generalized anxiety disorder. Am J Geriatr Psychiatry. 2014;22(9):875-83. doi: 10.1016/j.jagp.2013.04.001 pmid: 23973253
- Lueck JA. Respecting the 'stages' of depression: Considering depression severity and readiness to seek help. Patient Educ Couns. 2018;101(7):1276-82. doi: 10.1016/j.pec.2018.02.007 pmid: 29475726
- Bajracharya P, Summers L, Amatya AK, DeBlicke C. Implementation of a Depression Screening Protocol and Tools to Improve Screening for Depression in Patients With Diabetes in the Primary Care Setting. J Nurse Pract. 2016;12(10):690-6. doi: 10.1016/j.nurpra.2016.08.009
- Davoodi E, Wen A, Dobson KS, Noorbala AA, Mohammadi A, Farahmand Z. Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. J Affect Disord. 2018;235:82-9. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.017 pmid: 29655079
- England-Mason G, Kimber M, Khoury J, Atkinson L, MacMillan H, Gonzalez A. Difficulties with emotion regulation moderate the association between childhood history of maltreatment and cortisol

- reactivity to psychosocial challenge in postpartum women. *Horm Behav.* 2017;95:44-56. doi: [10.1016/j.yhbeh.2017.07.007](https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2017.07.007) pmid: 28739247
14. Seibert GS, Bauer KN, May RW, Fincham FD. Emotion regulation and academic underperformance: The role of school burnout. *Learn Individ Differ.* 2017;60:1-9. doi: [10.1016/j.lindif.2017.10.001](https://doi.org/10.1016/j.lindif.2017.10.001)
15. Fiess J, Rockstroh B, Schmidt R, Steffen A. Emotion regulation and functional neurological symptoms: Does emotion processing convert into sensorimotor activity? *J Psychosom Res.* 2015;79(6):477-83. doi: [10.1016/j.jpsychores.2015.10.009](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.009) pmid: 26652591
16. Del Palacio-Gonzalez A, Berntsen D. Emotion Regulation of Events Central to Identity and Their Relationship With Concurrent and Prospective Depressive Symptoms. *Behav Ther.* 2018;49(4):604-16. doi: [10.1016/j.beth.2017.11.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.11.002) pmid: 29937261
17. Lee WH, Lee WK. Cognitive rehabilitation for patients with schizophrenia in Korea. *Asian J Psychiatr.* 2017;25:109-17. doi: [10.1016/j.ajp.2016.10.010](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.10.010) pmid: 28262129
18. Gagliardi C, Brenna V, Romaniello R, Arrigoni F, Tavano A, Romani M, et al. Cognitive rehabilitation in a child with Joubert Syndrome: Developmental trends and adaptive changes in a single case report. *Res Dev Disabil.* 2015;47:375-84. doi: [10.1016/j.ridd.2015.09.013](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.09.013) pmid: 26489806
19. Pena J, Ibarretxe-Bilbao N, Sanchez P, Uriarte JJ, Elizagarate E, Gutierrez M, et al. Mechanisms of functional improvement through cognitive rehabilitation in schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 2018;101:21-7. doi: [10.1016/j.jpsychires.2018.03.002](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.03.002) pmid: 29525739
20. Pepping M, Brunings J, Goldberg M. Cognition, cognitive dysfunction, and cognitive rehabilitation in multiple sclerosis. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2013;24(4):663-72. doi: [10.1016/j.pmr.2013.06.009](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2013.06.009) pmid: 24314684
21. Dilibio V, Nicoletti A, Mostile G, Portaro G, Luca A, Patti F, et al. Computer-assisted cognitive rehabilitation on freezing of gait in Parkinson's disease: A pilot study. *Neurosci Lett.* 2017;654:38-41. doi: [10.1016/j.neulet.2017.06.006](https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.06.006) pmid: 28606769
22. Driediger MV, McKay CD, Hall CR, Echlin PS. A qualitative examination of women's self-presentation and social physique anxiety during injury rehabilitation. *Physiotherapy.* 2016;102(4):371-6. doi: [10.1016/j.physio.2015.10.001](https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.10.001) pmid: 26608591
23. Olukolade O, Osinowo HO. Efficacy of Cognitive Rehabilitation Therapy on Poststroke Depression among Survivors of First Stroke Attack in Ibadan, Nigeria. *Behav Neurol.* 2017;2017:4058124. doi: [10.1155/2017/4058124](https://doi.org/10.1155/2017/4058124) pmid: 28720980
24. Stuifbergen AK, Becker H, Perez F, Morrison J, Brown A, Kullberg V, et al. Computer-assisted cognitive rehabilitation in persons with multiple sclerosis: Results of a multi-site randomized controlled trial with six month follow-up. *Disabil Health J.* 2018;11(3):427-34. doi: [10.1016/j.dhjo.2018.02.001](https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.02.001) pmid: 29477372
25. Bashi Abdolabadi H, Pilevar S, Saram AA. The Effect of Cognitive Rehabilitation on Cognitive Function, Memory, Depression, and Anxiety in Patients with Multiple Sclerosis. *Neurosci J Shefaye Khatam.* 2016;4(3):28-40. doi: [10.18869/acadpub.shefa.4.3.28](https://doi.org/10.18869/acadpub.shefa.4.3.28)
26. Shirazi M, Koohkan Azim H, Khosravani E. [Effectiveness of psychological rehabilitation, using Dohsa-Hou, on hemodialysis patients' depression, anxiety, and stress in Zahdan city]. *Birjand Univ Med Sci.* 2016;23(2):130-40.
27. Rahmanian M, Mohtarami S, Dehestani M. [The effect of cognitive rehabilitation training on improving anxiety symptoms in children]. *J Child Ment* 2018;5(1):45-58.
28. Abadi F, Nejati V, Pouretamad H. [The effect of PARIA rehabilitation program on improving the ability of emotion recognition in children with high functioning autism disorder]. *J Urmia Univ Med Sci.* 2016;27(7):570-5.
29. Shiri E, Nejati V, Poue Etemad H. [Investigation of the effectiveness of cognitive rehabilitation on improving the distinguishing of emotional states in children with high functioning autism disorder]. *JOEC.* 2013;13(3):5-14.
30. Abbasi M, Ayadi N, Pirani Z, Montazeri Z. The Effect of Cognitive Rehabilitation on Social Well-Being, Quality of Life and Marital Satisfaction of Nurses. *Iran J Health Educ Health Promot* 2017;05(03):231-9. doi: [10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.231](https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.231)
31. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-7. pmid: 3204199
32. Rafiei M, Seifi A. [An investigation into the reliability and validity of beck anxiety inventory among the university students]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2013;7(27):37-46.
33. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988;8(1):77-100. doi: [10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
34. Zar A, Alavi S, Hosseini SA, Jafari M. [Effect of sport activities on the quality of life, mental health, and depression of the individuals with disabilities]. *Iran J Res Nurs.* 2018;4(3):31-9.
35. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004;26(1):41-54. doi: [10.1023/b:joba.0000007455.08539.94](https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94)
36. Alavi K, Amin-Yazdi A, Modarres Gharavi M, Salehi Fadardi J. [Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive

- symptoms in university students]. *Fundam Ment Health*. 2011;13(2):124-35.
37. Rabipour S, Raz A. Training the brain: fact and fad in cognitive and behavioral remediation. *Brain Cogn*. 2012;79(2):159-79. doi: 10.1016/j.bandc.2012.02.006 pmid: 22463872
38. Shevil E, Finlayson M. Process evaluation of a self-management cognitive program for persons with multiple sclerosis. *Patient Educ Couns*. 2009;76(1):77-83. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.007 pmid: 19118971