

اثر بخشی تکنیک آموزش توجه بر علائم افسردگی، اضطراب و باورهای فراشناختی مبتلایان به افسردگی پس از زایمان

زهره هاشمی* علی افشاری*

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به این که اختلال افسردگی پس از زایمان یک اختلال شایع روانی اجتماعی با پیامدهای منفی برای مادر و نوزاد است و از طرفی تکنیک آموزش توجه از جهت مداخله در سندرم شناختی- توجهی می‌تواند نسبت به سایر تکنیک‌ها مؤثرتر باشد، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی تکنیک آموزش توجه بر علائم افسردگی، اضطراب و باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام یافته است.

روش بررسی: این مطالعه تجربی در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چند گانه پلکانی طی ۸ جلسه در مورد دو بیمار از بین مراجعان به واحد روان‌شناسی و روان‌پزشکی هلال‌احمر تبریز، با دوره پیگیری سه و شش ماه در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه افسردگی بک، اضطراب بک و پرسشنامه باورهای فراشناختی بودند. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار Excel به صورت تحلیل نموداری و سپس براساس گزارش درصد بهبودی، اندازه اثر و معناداری بالینی انجام گرفت. **یافته‌ها:** در پایان درمان تغییرات معنادار و قابل توجهی در کاهش علائم افسردگی (۶۱٪ بهبودی)، اضطراب (۴۸٪ بهبودی) و باورهای فراشناختی (۸۳٪ بهبودی) در بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد، تکنیک آموزش توجه می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر در درمان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان مطرح باشد، هرچند نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه است.

ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20171227038096N1

واژه‌های کلیدی: تکنیک آموزش توجه، افسردگی پس از زایمان، اضطراب، باورهای فراشناختی

نویسنده مسؤول: زهره هاشمی؛ دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران

e-mail:
zhashemi1320@gmail.com

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۷ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۸ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۸/۶/۲۰

مقدمه

افسردگی پس از زایمان (postpartum depression) نوعی افسردگی است که به فاصله کوتاهی پس از زایمان ممکن است ظاهر شود. این افسردگی در بین ۵ تا ۲۵٪ از زنان دیده می‌شود. بی‌خوابی شدید، بی‌ثباتی خلق و احساس خستگی از علائم شایع آن است.

همچنین باورهای هذیانی و فکر خودکشی و دیگر کشتی (نسبت به نوزاد) ممکن است پدید آید. به همین جهت با توجه به در خطر انداختن جان مادر و فرزند ممکن است از فوریت‌های پزشکی شمرده شود (۱).

احساس گناه، گریه کردن، بی‌صبری و زود رنجی، بی‌قراری، غمگینی، خستگی، بی‌خوابی یا بدخوابی و نوسانات خلق از علائم و نشانه‌های غم زایمان و افسردگی پس از

* گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران

زایمان است. علایم و نشانه‌های غمگینی پس از زایمان از چند روز تا چند هفته از بین می‌رود. غم پس از زایمان که مدت ۲ هفته پس از زایمان ممکن است به وجود آید، از عواملی است که خطر افسردگی پس از زایمان را بالا می‌برد (۲). بارداری و زایمان با تغییرات شدید هورمونی همراه است که خود این مسأله 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 مسأله‌ای است که همه مادران به راحتی به آن تن نمی‌دهند و باعث بروز افسردگی در آن‌ها می‌شود، حتی اگر بچه اول آن‌ها نباشد (۲).

با توجه به شیوع افسردگی، روی آورده‌های درمانی برای تأثیرگذاری و درمان معرفی شده است. اما در روش‌های مختلف مسأله طول جلسات و احتمال برگشت مکرر نشانه‌ها از بدیهی‌ترین موضوعات مربوط به افسردگی است. به علاوه عدم موفقیت فنون رایج از جمله درمان‌های شناختی- رفتاری سنتی مانند تکنیک حل مسأله، لزوم آزمون روی آورده‌های نوین شناختی- رفتاری برای درمانجویان را به ذهن متبادر می‌سازد. تحقیقات نظری بک و توصیف پدیده اختلال هیجانی در چهارچوب نظریه طرحواره، هنوز هم توضیحات مفید بالینی و غنی در مورد اختلال‌های هیجانی در اختیار ما قرار می‌دهد. با این حال، مشکلات نظریه شناختی کلاسیک توسط چندین نظریه‌پرداز از جمله Wells (۳) مورد توجه واقع شده است. در چنین شرایطی نیاز به پژوهش در مورد اثربخشی شیوه‌های درمانی نوین برای درمان افسردگی در جوامع مختلف ضروری است.

درمان فراشناختی (Metacognitive therapy) به سبک خاصی از تفکر توجه دارد، تاملی که انسان بر روی فرایندهای ذهنی خود می‌کند و اندیشیدن درباره تفکر را فراشناخت می‌نامند. کنترل فراشناختی عبارت است از گسترش کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطاف در بیمار و جلوگیری از پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری. سبک تفکر مورد تأکید درمان فراشناختی، سندرم شناختی- توجهی (cognitive attention syndrome CAS) است. سندرم شناختی- توجهی، شامل پردازش مفهومی افراطی به صورت نگرانی و نشخوار فکری است. علاوه بر این مؤلفه مفهومی، سندرم شناختی- توجهی شامل توجه سوگیرانه به صورت توجه متمرکز بر محرک‌های مرتبط با تهدید نیز می‌باشد. این حالت «پایش تهدید» نامیده می‌شود (۳). تکنیک آموزش توجه (Attention Training Technique) با هدف مداخله در سندرم شناختی- توجهی، در درمان فراشناختی همراه با چالش با باورهای فراشناختی و همچنین به تنهایی در درمان اختلالات روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این جا چند نمونه از پژوهش‌هایی که در آن‌ها تکنیک آموزش توجه در درمان به کار رفته است، مطرح می‌شود.

Papageorgiou و Wells (۴) اثربخشی درمان فراشناختی را در مورد افراد افسرده مورد پژوهش قرار دادند، این بررسی به صورت تک موردی درباره ۴ نفر و با پیگیری ۳ تا ۶ ماه صورت گرفت. درمان با بهبود قابل توجه علایم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بود و نتایج کسب شده در دوره پیگیری

نیز ادامه داشت. همچنین در ایران اثربخشی درمان فراشناختی درباره افراد افسرده مورد بررسی قرار گرفته است، در یک بررسی به روش تک موردی درباره ۳ نفر و با پیگیری ۳ تا ۶ ماه دیده شد این درمان با بهبود قابل توجه علایم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بوده و نتایج کسب شده در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است (۵).

با توجه به نتایج تحقیقات، به نظر می‌رسد مطالعات متعددی در مورد درمان‌های شناختی و حتی فراشناختی انجام یافته است، اما پژوهش‌های معدودی به بررسی تکنیک آموزش توجه به تنهایی پرداخته‌اند، تا تأثیر این آموزش را بر اختلالات هیجانی بررسی کنند. بنابراین با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی و همچنین نقش سوگیری توجه در اختلالاتی مانند افسردگی به‌کارگیری تکنیک‌های درمانی کوتاه مدت برای مداخله در سندرم شناختی توجهی و گسستن زنجیره افکار عود کننده می‌تواند مهم باشد. همچنین با توجه به پژوهش‌های اندک در زمینه افسردگی پس از زایمان، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی تکنیک آموزش توجه بر علایم افسردگی، اضطراب و باورهای فراشناختی مبتلایان به افسردگی پس از زایمان انجام گرفته است.

روش بررسی

این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چند گانه پلکانی و از نوع A-B در سال ۱۳۹۷ انجام گرفته است. دلیل انتخاب این روش فقدان مطالعات قبلی (تکنیک آموزش توجه در

افسردگی پس از زایمان) بوده است. این روش در مورد مداخلات جدید که تجربیات کمی در خصوص آن‌ها وجود دارد، قابل استفاده است. همچنین در مواردی که در یک مطالعه مداخله‌ای گرفتن گروه کنترل غیراخلاقی بوده و یا پژوهش اندک در آن زمینه انجام گرفته باشد، لازم است حداقل در مراحل اولیه، مطالعه‌ای تک نمونه‌ای انجام گیرد. علاوه بر این، آزمایش تک موردی مناسب پژوهش‌های اصلاح رفتار است. اصلاح رفتار روشی در روان‌شناسی است که در جستجوی تغییر رفتار از طریق کاربرد آزمایشی فنون معتبر نظیر تقویت اجتماعی، حذف کردن، حساسیت‌زدایی و آموزش است. در پژوهش حاضر به این دلیل که گرفتن گروه کنترل در شرایط پس از زایمان (بدون درمان) از نظر اخلاقی صحیح نیست و با وجود شیوع افسردگی و افسردگی پس از زایمان، اما مراجعه افراد به کلینیک‌های روان‌شناسی محدود می‌باشد و بسیاری از این بیماران تحت درمان دارویی قرار می‌گیرند، برای پژوهشگران محدودیت دسترسی به نمونه وجود داشت. بنابراین ۲ نفر از مراجعان به واحد روان‌شناسی و روان‌پزشکی هلال‌احمر تبریز، پس از تشخیص افسردگی پس از زایمان (از طریق مصاحبه بالینی) و احراز شرایط پژوهش براساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I اجرا و آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. راهنمای درمانی پژوهش حاضر، بر مبنای روش آموزش توجه از کتاب راهنمای گام به گام درمان فراشناختی راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اختلال

افسردگی (۶)، در قالب ۸ جلسه نیم ساعته توسط پژوهشگر، در واحد روان‌شناسی و روان‌پزشکی هلال احمر تبریز اجرا شد. بسیاری از پژوهشگران در تفسیر نتایج آزمایش‌های تک موردی، انحصاراً بر داده‌های خام و چند آماره توصیفی تکیه می‌کنند. برخی از پژوهشگران همچنین تعیین میزان اثر یک مداخله آزمایشی را از طریق محاسبه درصد داده‌هایی که همپوشی ندارند توصیه کرده‌اند. این درصد از حاصل تقسیم تعداد نقاط داده خط پایه بر مجموع تعداد نقاط داده‌های عمل آزمایشی به دست می‌آید. در این تحقیق میانگین نمرات، تحلیل نموداری و درصد بهبودی برای مشاهده تغییرات درمانی استفاده شد.

به دلیل این که پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای است، بنابراین ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا و ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شد. به طوری که یک رضایت‌نامه آگاهانه کتبی با در نظر گرفتن نکات زیر تدوین گردید: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند درمان نداشته باشند به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود و در صورتی که هر بیمار دچار بحران یا مشکلی شود که به درمان دارویی نیاز داشته باشد، از طرح پژوهش خارج شده و به روان‌پزشک ارجاع داده شود.

الف) ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بودند از:

- دارا بودن ملاک‌های تشخیص افسردگی پس از زایمان به تشخیص روان‌شناس بالینی

- عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش
- در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش
- داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال
- دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم
- موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه آگاهانه کتبی

ب) ملاک‌های عدم ورود عبارت بودند از:

- * داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد

- * دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور II

- * وجود مخاطراتی برای بیمار مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه داشتن آن را ناممکن می‌سازد.

ابزارهای اندازه‌گیری

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I): مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است (۷). Tran و Smith (۸) ضریب کاپای ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID-I گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۹) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، در مورد نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی به دست آمده نیز (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵) خوب بود.

دستورالعمل‌های پایه برای تکنیک آموزش توجه (ATT)

مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها در تکنیک آموزش توجه کاربرد دارند که در زیرارایه شده‌اند. در این دستورالعمل‌ها صداها با S1، S2 و S3 مشخص می‌شوند، اگر چه فقط سه مورد از این صداها مشخص و خاص هستند، برخی از این صداها مکان‌هایی فضایی هستند که هیچ صدای معینی برای آن‌ها وجود ندارد. این دستورالعمل‌ها نسخه مطرح شده از آن چیزی است که محمدخانی (۶) مطرح کرده است:

از شما می‌خواهم که با دقت به نقطه‌ای که من در دیوار مشخص می‌کنم نگاه کنید. در طول تمرین سعی کنید به این نقطه خیره شوید. بعد از شما خواهم خواست تا توجه‌تان را به صداهاى مختلف درون این اتاق و بیرون از آن جلب کنید. از شما خواهم خواست که به شیوه‌های مختلف توجه‌تان را متمرکز کنید. اگر فکر یا احساسی به ذهنتان رسید اهمیتی ندهید. هدف این است که توجه‌تان را متمرکز کنید و لازم نیست به آنچه اتفاق می‌افتد آگاه باشید. برای شروع تمرین، روی صدای من تمرکز کنید S1. حالا توجه‌تان را به صدایی که من با دست بر روی میز ایجاد می‌کنم متمرکز کنید S2. به دقت به این صدا توجه کنید و به صداهاى دیگر اهمیت ندهید. حال به صدای (S3)؛ برای مثال، صدای تیک تاک ساعت توجه کنید. حالا به صدایی که از فاصله نزدیکی از این اتاق به گوش می‌رسد توجه کنید. روی فضای بیرون و پشت سرتان تمرکز کنید S4. دستورالعمل‌های پاراگراف بالا برای صداهاى دیگر S5-S7 و فضاهای دیگر برای مثال، به سمت چپ، راست و فواصل دور تکرار

می‌شود. هم‌اکنون از شما خواهم خواست تا توجه‌تان را به سرعت بین صداها تغییر دهید. باید سعی کنید صداها و مکان‌ها را بشناسید و بر روی آن‌ها تمرکز کنید، در آخر، می‌خواهم دایره توجه خود را گسترش دهید. سعی کنید توجه‌تان وسیع و عمیق باشد. تلاش کنید تا می‌توانید به صداها و مکان‌های اطرافتان توجه کنید، سعی کنید به صداهاى داخل و بیرون از اتاق تمرکز کنید و به صداهایی که هم‌زمان از آن‌ها شنیده می‌شود توجه کنید. به این ترتیب، تکنیک آموزش توجه از سه مؤلفه تشکیل می‌شود: ۱- توجه انتخابی، ۲- تغییر سریع توجه و ۳- توجه پراکنده. هر سه مؤلفه به صورت یکپارچه تمرین می‌شوند. این فرآیند تقریباً ۱۲ دقیقه به طول می‌انجامد و در سه بخش آرایه می‌شود: ۵ دقیقه برای توجه انتخابی، ۵ دقیقه برای تغییر توجه و ۲ دقیقه برای توجه پراکنده (۷). علاوه بر تمرین تکنیک آموزش توجه در جلسه درمان، تکلیف خانگی که شامل تمرین این تکنیک در منزل توسط خود بیمار است، نیز جزء برنامه درمانی بود.

درجه‌بندی توجه به خود

درجه‌بندی توجه به خود شاخص مهمی از اثربخشی این روش در مقابله با سندرم شناختی توجهی (CAS) است.

+۳	+۲	+۱	۰	-۱	-۲	-۳
کاملاً متمرکز بر خود			به میزان مساوی			کاملاً متمرکز بر محیط

درمانگر درجه‌بندی توجه به خود را قبل از انجام تمرین ATT، در جلسه و بلافاصله پس از تمرین انجام می‌دهد. معمولاً، کاهش حداقل ۲ نقطه در این میزان بعد از تمرین جلسه اول دیده می‌شود. در غیر این صورت، لازم

اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار گرفته است (۱۳).

پرسشنامه فراشناختی: پرسشنامه

فراشناختی یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای است و برای سنجش باورهای مثبت و منفی افراد نسبت به نگرانی طراحی شده است. نتایج پژوهش نشان داده است که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی را در طی ۴ ماه ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (۱۴). در ایران شیرین‌زاده دستگیری و همکاران (۱۵) آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است.

علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی، از شاخص تغییر پایا (Reliable Change Index: RCI) برای تعیین درصد بهبودی و معناداری بالینی استفاده شد. معناداری بالینی تغییر به وجود آمده با استفاده از شاخص تغییر پایا سنجیده می‌شود.

فرمول شاخص تغییر پایا به شرح زیر است:

$$\text{نمره پیش‌آزمون} - \text{نمره پس‌آزمون} = \text{تغییر پایا}$$

فرمول درصد بهبودی به قرار زیر می‌باشد:

$$\frac{\text{نمره پیش‌آزمون} - \text{نمره پس‌آزمون}}{\text{خطای استاندارد}} = \text{درصد بهبودی}$$

یافته‌ها

همان‌طور که در بخش قبل توضیح داده شد، این مطالعه به صورت مطالعه موردی انجام گرفت. بیمار اول: خانمی ۲۸ ساله، کارشناس حسابداری و کارمند بانک که بعد از بارداری اول مبتلا به علائم افسردگی بعد از زایمان شده و دارو مصرف نمی‌کرده است. با

است درمانگر دلیل احتمالی نقص این مسأله را بررسی کند (۶). نسخه گفتاری (ضبط شده) فنون آموزش توجه در سایت www.mct-institute.com قابل دسترسی است.

پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم:

این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۱۰). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیش‌تر با DSMIV همخوان است و همانند BDI، BDI-II نیز ۲۱ سؤالی است و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. به طور معمول، نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیر بیمار در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. نتایج پژوهش Beck و همکاران (۱۱) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد. فتی و همکاران (۱۲) نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است.

تست اضطراب بک: تست اضطراب بک

یک پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ آیتمی است که برای انعکاس شدت علائم جسمی و شناختی افراد در یک هفته گذشته است. این مقیاس به صورت سه درجه‌ای از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و بالاترین نمره‌ای که در آن به دست می‌آید ۶۳ است. Beck و همکاران (۱۱) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی محتوا؛ هم‌زمان؛ سازه؛ تشخیصی و عاملی برای هر مقیاس بررسی شده است و کارایی بالای این ابزار در

توجه به این که ملاک‌های ورود به درمان را داشته، بعد از کسب موافقت برای شرکت در پژوهش وارد طرح درمان شده است. در سابقه روان‌پزشکی ایشان اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی وجود داشته است. بیمار دوم نیز خانمی است ۳۰ ساله، خانه‌دار، با تحصیلات کارشناسی میکروبیولوژی که بعد از بارداری اول مراجعه کرده و سابقه اختلال افسردگی و مصرف دارو را در سابقه روان‌پزشکی داشته است.

در جدول شماره ۱ درصد بهبودی هر دو آزمودنی ارزیابی شده است. اگر بخواهیم اثربخشی این درمان را در کاهش افسردگی آزمودنی‌های مبتلا به افسردگی پس از زایمان بررسی کنیم، می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمان موفق به تغییر معنادار بالینی بیماران از نظر کاهش علامت افسردگی بوده است. تکنیک آموزش توجه در پایان درمان، منجر به ۶۱/۵٪ بهبودی در آزمودنی‌ها شد. همچنین با اندازه اثر ۰/۷٪، براساس نقطه برش کوهن می‌توان گفت این تکنیک اثربخشی نزدیک به قوی را نشان داده است. همچنین با استفاده از انحراف معیار نمره‌های بیماران در متغیر افسردگی، قبل و پس از درمان و نیز ضریب بازآزمایی حاصل از دو بار اجرای پرسشنامه، نقطه برشی که بر پایه آن می‌توان معناداری بالینی را تعیین کرد ۲/۴۹ به دست آمد. به سخن دیگر، هر بیماری که نمره افسردگی او پس از درمان، در مقایسه

با قبل از درمان ۲/۴۹ نمره یا بیش‌تر افزایش یافته باشد، می‌توان به عنوان فردی که به لحاظ بالینی پیشرفت معناداری نشان داده است، تلقی کرد. اگر بخواهیم اثربخشی این درمان را در کاهش اضطراب آزمودنی‌های مبتلا به افسردگی پس از زایمان بررسی کنیم، می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمان موفق به تغییر معنادار بالینی بیماران از نظر کاهش علامت اضطراب بوده است (جدول شماره ۲). همچنین اگر بخواهیم اثربخشی این درمان را در کاهش باورهای فراشناختی آزمودنی‌های مبتلا به افسردگی پس از زایمان بررسی کنیم، می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمان موفق به تغییر معنادار بالینی بیماران از نظر کاهش باورهای فراشناختی بوده است (جدول شماره ۳).

در این پژوهش از آزمودنی اول، سه آزمون خط پایه و آزمودنی دوم، دو آزمون خط پایه گرفته شد. همچنین سه بار بین جلسات و یک بار در انتهای جلسات آزمون اجرا گردید. میانگین نمرات هر دو بیمار در مراحل قبل از درمان، بعد از درمان و پیگیری (سه و شش ماهه) برای افسردگی، اضطراب و باورهای فراشناختی در نمودارهای ۱ و ۲ آمده است. در هر مورد نمره‌های بعد از درمان و پیگیری کاهش قابل توجهی نسبت به قبل از درمان نشان می‌دهد. همان‌طور که در نمودار مشاهده می‌شود در مرحله پیگیری کاهش معناداری در متغیرهای پژوهش نسبت به خط پایه وجود داشته است.

جدول ۱- نمرات BDI دو بیمار مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه کننده به واحد روان شناسی و روان پزشکی هلال احمر تبریز در سال ۱۳۹۷ در مراحل (خط پایه، درمان و پیگیری)، درصد بهبودی، اندازه اثر و معناداری بالینی

درصد بهبودی	۶۶/۶ (بیمار اول)	۵۷/۱ (بیمار دوم)
درصد بهبودی کلی	۶۱/۵۸	
معناداری بالینی	۲/۴۹	
اندازه اثر	٪۷۰	

جدول ۲- نمرات BAI دو بیمار مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه کننده به واحد روان شناسی و روان پزشکی هلال احمر تبریز در سال ۱۳۹۷ در مراحل (خط پایه، درمان و پیگیری)، درصد بهبودی، اندازه اثر و معناداری بالینی

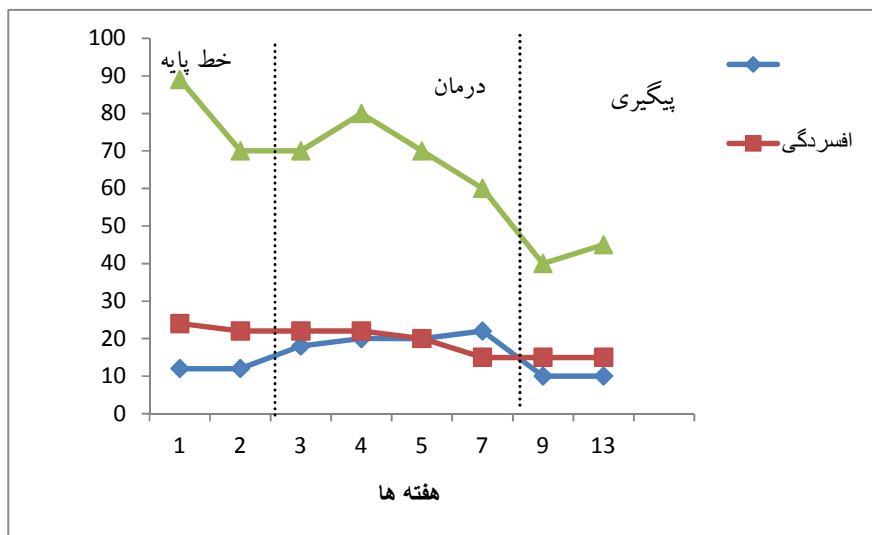
درصد بهبودی	۵۰ (بیمار اول)	۴۶/۶ (بیمار دوم)
درصد بهبودی کلی	۴۸/۳	
معناداری بالینی	۴/۴۶	
اندازه اثر	٪۷۶	

جدول ۳- نمرات MCQ دو بیمار مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه کننده به واحد روان شناسی و روان پزشکی هلال احمر تبریز در سال ۱۳۹۷ در مراحل (خط پایه، درمان و پیگیری)، درصد بهبودی، اندازه اثر و معناداری بالینی

درصد بهبودی	۸۷ (بیمار اول)	۸۰ (بیمار دوم)
درصد بهبودی کلی	۸۳/۳	
معناداری بالینی	۵/۴۶	
اندازه اثر	٪۸۴	



نمودار ۱- تغییرات بیمار اول



نمودار ۲- تغییرات بیمار دوم

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی تکنیک آموزش توجه بر بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود. نتایج نشان داد که نمرات هر دو بیمار در مقیاس باورهای فراشناختی و افسردگی بعد از ارایه درمان کاهش چشمگیری نسبت به خط پایه داشت و هر دو آزمودنی درصد بهبود و اندازه اثر قابل قبولی را بعد از استفاده از این تکنیک نشان دادند. همچنین بررسی معناداری بالینی نشان داد که آزمودنی‌ها بعد از درمان به سطح غیر بیماری رسیدند.

در بررسی پیشینه پژوهشی، تحقیقی که مستقیماً اثربخشی تکنیک آموزش توجه را بر افسردگی پس از زایمان مطالعه کرده باشد، یافت نشد اما در پژوهش‌هایی که درمان فراشناختی را بر علایم افسردگی بررسی کرده‌اند، یافته‌های مشابه و همسویی با پژوهش حاضر وجود دارد.

در واقع نتایج این پژوهش همسو با نتایج سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که با ایجاد تغییر

در سندرم شناختی- توجهی می‌توان خلق افسرده را به صورت معنادار و قابل ملاحظه کاهش داد. به عنوان مثال Wells (۱۶) در پژوهشی به منظور بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در افسردگی مزمن و عودکننده، این درمان را در مورد بیماران افسرده مورد پژوهش قرار داد. این بررسی به صورت single case در مورد ۴ نفر و با پیگیری ۳ تا ۶ ماهه صورت گرفت. درمان همراه با بهبود معنادار گسترده‌ای در علایم افسردگی، نشخوار ذهنی و عقاید فراشناخت بود و این مزیت‌ها در زمان پیگیری نیز باقی ماندند. در پژوهش دیگر، Wells و Papageorgiou (۴) به بررسی تجربی مدل فراشناختی نشخوار ذهنی و افسردگی پرداختند و نقش سندرم شناختی توجهی را در نشخوار فکری و افسردگی نشان دادند. آن‌ها در پژوهش خود کاربرد تکنیک آموزش توجه را برای شناسایی و متوقف کردن سندرم شناختی- توجهی مورد بررسی قرار دادند که نتایج حاکی از اثربخشی این

نیاز به مطالعات بیشتر و به ویژه کارآزمایی بالینی است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش خودگزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی و زمان پیگیری کوتاه مدت را می‌توان یادآور شد. بنابراین در این راستا پیشنهاد می‌شود که این تکنیک را در چارچوب طرح‌های گروهی مورد بررسی قرار دهند و مطالعات پیگیری را در دوره‌های طولانی‌تری (حداقل یک سال) دنبال نمایند و به منظور قابلیت تعمیم یافتن نتایج، حجم نمونه در محدوده‌های سنی مختلف مورد مطالعه، افزایش یابد. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان را در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله دارو درمانی مورد بررسی قرار دهند.

به عنوان نتیجه‌گیری کلی می‌توان احتمال داد که درمان مورد بررسی در این پژوهش با مداخله در سندرم شناختی- توجهی و افزایش انعطاف‌پذیری فراشناختی می‌تواند علایم افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد. از جمله دلایلی که باعث شد علایم بیماران در این پژوهش کاهش یابد ماهیت تکنیک آموزش توجه و ساختار آن بود. همچنین در تبیین نتایج درمان یاد شده و سازوکار اثر آن می‌توان به این نکته اشاره کرد که تکنیک آموزش توجه دارای برنامه ارزیابی و مقیاس‌های دقیق بوده و از این طریق درمانگر را از نتایج درمانی خود مطلع نموده و بازخوردهای مناسبی به بیماران می‌دهد. این تکنیک راهبرد درمانی خاصی است که به منظور تسهیل تغییر شناخت و هیجان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. یکی از مسایل عمده

تکنیک بود. در سایر پژوهش‌ها نیز اثربخشی این تکنیک در درمان فراشناختی در افسردگی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۷ و ۱۸). همچنین Wells و همکاران (۱۹) در پژوهشی به منظور بررسی اثربخشی درمان فراشناخت از این درمان استفاده کرد، در ۶ ماه پیگیری بیماران به طور معناداری بهبود یافتند؛ نرخ بهبود پس از درمان ۸۷/۵٪ و بعد از ۶ و ۱۲ ماه پیگیری ۷۵٪ دیده شد.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که گرچه در این تکنیک مستقیماً به علایم افسردگی پرداخته نشد، اما اعتقاد بر این بود که بتوان با مداخله در توجه افراطی و تمرکز معطوف به خود، موجب افزایش انعطاف‌پذیری فراشناختی شد. با توجه به این که این تکنیک در درمان فراشناختی در درمان بیماران افسرده توسط پژوهشگران مورد استفاده قرار گرفته بود، برای بررسی این نکته که ATT به تنهایی تا چه اندازه در کاهش علایم بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان مؤثر است، در این پژوهش به طور اختصاصی از این تکنیک استفاده شد. همان‌طور که مطرح شد نتایج این پژوهش هماهنگ با یافته‌های Wells و Matthews (۲۰) نشان می‌دهد با ایجاد تغییر در سندرم شناختی- توجهی می‌توان خلق افسرده را به صورت معنادار و قابل ملاحظه کاهش داد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند افسردگی با نشخوار فکری همراه است از این رو مداخله‌هایی از جمله تکنیک آموزش توجه با مداخله در نشخوار فکری می‌تواند علایم افسردگی را کاهش دهد. در هر حال همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر،

زایمان تأثیر داشته و می‌تواند علایم افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد.

در مبتلایان به اختلالات خلقی مشکلات توجهی، عدم کنترل توجه و نشخوار فکری است، بنابراین تمرین توجه می‌تواند در کاهش علایم این بیماران نقش مهمی داشته باشد و افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که تکنیک آموزش توجه بر اختلال افسردگی پس از

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی دوستانی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

- 1 - Pourafkari N. [Translation of Abstract clinical psychiatry]. Kaplan H, Sadoc B (Authors). Tehran: Azadeh Publications; 1997. P. 3,2,99. (Persian)
- 2 - Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res. 2001 Sep-Oct; 50(5): 275-85.
- 3 - Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. 5th ed. New York: The Guilford Press; 2008. P. 407-483.
- 4 - Papageorgiou C, Wells A. Treatment of recurrent major depression with attention training. Cognitive and Behavioral Practice. 2000; 7(4): 407-413. doi: 10.1016/S1077-7229(00)80051-6.
- 5 - Hashemi Z, Mahmood Aliloo M, Hashemi T. [Effectiveness of meta cognitive therapy in reduction of depression symptoms and meta cognitive beliefs in major depression patients: a case report]. Journal of Clinical Psychology. 2010; 2(3): 85-97. doi: 10.22075/JCP.2017.2032. (Persian)
- 6 - Mohamadkhani Sh. [Translation of Metacognitive therapy for anxiety and depression]. Wells A (Author). 2nd ed. Tehran: Varayeh Danesh Publications; 2010. P. 75-80. (Persian)
- 7 - First MB, Williams JBW, Spitzer RL, Gibbon M. Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, Clinical trials version (SCID-CT). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2007.
- 8 - Tran GQ, Smith JP. Behavioral assessment in the measurement of treatment outcomes. In: Haynes SN, Heiby EM. Comprehensive handbook of psychological assessment. 1st ed. New York: Wiley; 2004. P. 269-290.
- 9 - Sharifi V, Asadi M, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. [Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID)]. Journal of Advances in Cognitive Sciences. 2004; 6(1,2): 10-22. (Persian)

- 10 - Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988 Dec; 56(6): 893-7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893.
- 11 - Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun; 4: 561-71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- 12 - Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. [Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology (IJPCP)*. 2005; 11(3): 312-326. (Persian)
- 13 - Salavati M. [Assessment of responsibility attitude in patients with obsessive-compulsive disorder]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology (IJPCP)*. 2002; 8(2): 84. (Persian)
- 14 - Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*. 2004 Apr; 42(4): 385-96. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00147-5.
- 15 - Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Taghavi SMR. [Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology (IJPCP)*. 2008, 14(1): 46-55. (Persian)
- 16 - Wells A. Effects of dispositional self-focus, appraisal, and attention instructions, on responses to a threatening stimulus. *Anxiety Research*. 1991; 3(4): 291-301. doi: 10.1080/08917779108248758.
- 17 - Nolen-Hoeksema S, Morrow J, Fredrickson BL. Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *J Abnorm Psychol*. 1993 Feb; 102(1): 20-8. doi: 10.1037//0021-843x.102.1.20.
- 18 - Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*. 2005 Dec; 23(4): 337-355. doi: 10.1007/s10942-005-0018-6.
- 19 - Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 2009 Jun; 33(3): 291-300. doi: 10.1007/s10608-007-9178-2.
- 20 - Wells A, Matthews G. *Attention and emotion: a clinical perspective*. 1st ed. London: Psychology Press; 2014.

The effectiveness of attention training technique on depression, anxiety and cognitive beliefs in patients with postpartum depression

Zohreh Hashemi¹ Ali Afshari¹

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Mar. 2019
Accepted: May 2019
e-Published: 21 Sep. 2019

Background & Aim: Postpartum depression disorder is a common psychosocial disorder with negative consequences for the mother and child. On the other hand, attention training technique can be more effective than other techniques for intervention in the cognitive-attention syndrome. Therefore, the present study was conducted to determine the effectiveness of attention training technique on the symptoms of depression, anxiety and metacognitive beliefs in patients with postpartum depression.

Methods & Materials: This study was conducted in a single-case experimental design using a multiple baseline design in eight sessions during one-, three- and six-month follow-ups on two patients, referred to the psychology and psychiatry unit of Tabriz Red Crescent in 2018. The Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory and Metacognitive Beliefs Questionnaire were used to collect the data. Data analysis was performed using the Excel software as a graphical analysis and then based on the percentage of improvement, effect size and clinical significance.

Results: At the end of treatment, a significant reduction was observed in the symptoms of depression (61% remission), anxiety (48% remission) and metacognitive beliefs (83% remission) in patients with postpartum depression.

Conclusion: The results of this study showed that attention training technique can be effective in the treatment of patients with postpartum depression. However, further studies are needed in this area.

Clinical trial registry: IRCT20171227038096N1

Corresponding author:
Zohreh Hashemi
e-mail:
zhashemi1320@gmail.
com

Key words: attention, postpartum depression, anxiety, meta-cognition

Please cite this article as:

- Hashemi Z, Afshari A. [The effectiveness of attention training technique on depression, anxiety and cognitive beliefs in patients with postpartum depression]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2019; 25(2): 195-207. (Persian)

¹ Dept. of Psychology, School of Human Sciences, University of Maragheh, Maragheh, Iran