

Mindfulness-Based Group Therapy on Marital Satisfaction and Decreasing signs of Postpartum Depression in Women with Postpartum Depression Disorders

Hashempour M¹, * Saeid Manesh M², Gerami MH³

Author Address

1. MA student in Child and adolescence psychology, Yazd branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran;

2. PhD of neurocognitive science, Science and Arts University, Yazd, Iran;

3. PhD of psychology, Farhangian University, Yazd, Iran.

*Corresponding Author's Email: saeidmaeh@sau.ac.ir

Received: 2018 April 20; Accepted: 2018 September 12

Abstract

Background & Objective: Postpartum depression is a form of depression that may appear shortly after childbirth. This depression is seen in 5–25% of women. Severe insomnia, mood instability and tiredness are common symptoms of the disease. Delusional beliefs and suicidal thoughts (as opposed to newborns) may arise. Therefore, based on the danger condition for mother and child's life, it may be considered urgent. Symptoms of childbirth and postpartum depression include: anger, feeling unprofitable, failing or guilty, crying, impatient (sensitive), restlessness, sadness, fatigue, inflammation, mood fluctuation are these symptoms. Other symptoms occur with sadness after delivery (which can be accompanied by a feeling of loneliness, anxiety, confusion and obsessive-compulsive disorder) disappear from a few days to a few weeks. Such symptoms are severe and durable with postpartum depression. It may interfere with patient ability to function and can include different range of symptoms: feelings of numbness or falling, fear of harm to self or to the baby, distracted focus and thinking, lack of pleasure in life, reduced interest to sexual intercourse, increased or no attention to the baby, weight loss, avoid from family or friends, headaches, chest pain, increased breathing may occur, although these are not the main symptoms of depression. Signs and symptoms associated with postpartum insanity are rare. These symptoms are more severe and usually start early. The purpose of this study was investigate the effectiveness of mental-based group therapy on marital satisfaction and decreasing signs of postpartum depression in women with postpartum depression disorders referring to maternal hospital in Yazd.

Methods: This study was a semi-experimental design pretest-posttest with control group. The statistical population was women with postpartum depression disorders referring to maternal hospital in Yazd (Yazd province, center of Iran) at 2017. A total of 30 female were selected using available sampling. Subject were randomly divided to experimental and control group. The subject in experimental group were treated by mindfulness based on cognitive therapy in 9 sessions. The questionnaires of Beck depression (1996) and Enrich marital satisfaction was done in pretest and posttest. The Beck depression inventory (BDI, BDI-1A, BDI-II), created by Beck that is a 21-question multiple-choice self-report and one of the most widely used psychometric tests for measuring the severity of depression. Its development marked a shift among mental health professionals, who had until then, viewed depression from a psychodynamic perspective, instead of it being rooted in the patient's own thoughts. In its current version, the BDI-II is designed for individuals aged 13 and over, and is composed of items relating to symptoms of depression such as hopelessness and irritability, cognitions such as guilt or feelings of being punished, as well as physical symptoms such as fatigue, weight loss, and lack of interest to sex.

Results: The findings of this study indicated that mindfulness-based cognitive group therapy reduced the symptoms of depression (experimental group post-test: 27 ± 5.87 and control: 29.87 ± 6.60 , $p < 0.001$) and increased marital satisfaction in affected women. Postpartum depressive disorder (Experimental group: 97.33 ± 12.23 and control: 86.82 ± 13.38 , $p < 0.001$).

Conclusion: Based on the result of this study use of mindfulness based on cognitive therapy were recommended to psychologist and experts in this area.

Keywords: Mindfulness based on cognitive therapy, Marital satisfaction, Depression, Postpartum depression.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر رضایت زناشویی و نشانه‌های افسردگی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان

مهدی هاشم‌پورا^۱، *محسن سعیدمنش^۲، محمدحسین گرامی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران؛

۲. دکترای علوم اعصاب شناختی، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی، دانشگاه فرهنگیان، یزد، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: saeidmaeh@sau.ac.ir

دریافت مقاله: ۳۱ فروردین ۱۳۹۷؛ پذیرش مقاله: ۲۱ شهریور ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی پس از زایمان به‌طور جدی بر زندگی فرد و خانواده‌اش اثر نامطلوب دارد. ذهن آگاهی برای تصحیح راه‌های غلط تفکر در گذشته است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر رضایت زناشویی و شدت نشانه‌های افسردگی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان بود. **روش بررسی:** پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به بیمارستان مادر شهرستان یزد در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که از بین آنان ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و گواه بررسی شدند. ابزار پژوهش، شامل پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، باعث کاهش نشانه‌های افسردگی (پس‌آزمون گروه آزمایش: $27 \pm 5/87$ و گواه: $6/60 \pm 29/87$ و $p < 0/001$) و افزایش رضایت زناشویی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان می‌شود (پس‌آزمون گروه آزمایش: $97/33 \pm 12/23$ و گواه: $86/82 \pm 13/38$ ، $p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش و اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، استفاده از این روش به متخصصان در این زمینه توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، رضایت زناشویی، نشانه‌های افسردگی، افسردگی پس از زایمان.

دوره بعد از زایمان، از حساس‌ترین دوره‌هاست و احتمال بروز اختلالات خلقی، مثل افسردگی و سایکوز در این دوره وجود دارد. افسردگی پس از زایمان سندرمی بالینی است که از اندوه بعد از زایمان شدت بیشتری دارد و تأثیر زیادی بر خانواده‌ها می‌گذارد و به‌صورت مجموعه‌ناخوشی‌های جسمی و روحی خود را نشان می‌دهد و همچنین شامل تغییرات رفتاری است (۱). این مشکل شایع و درمان‌پذیر، تأثیرات گسترده‌ای بر مادر و خانواده دارد و معمولاً میزان شیوع آن کمتر از حد واقعی تخمین زده می‌شود (۲). شیوع این اختلال در ایران ۳۹/۴ درصد گزارش شده است (۳).

از طرف دیگر، اکثر بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، کارکرد خانوادگی آشفته‌ای دارند و مشکلات زناشویی فراوان‌ترین واقعه گزارش شده قبل از شروع افسردگی است (۴). یکی از مواردی که ممکن است منشأ اختلافات زناشویی شود، تولد فرزند است. بسیاری از زوجین بعد از تولد فرزندشان، با کاهش رضایت‌مندی از زندگی زناشویی خود مواجه می‌شوند (۵). رضایت زناشویی، شامل چهار حیطه جاذبه بدنی، تفاهم، طرز تلقی و سرمایه‌گذاری است. تعارض زناشویی زمانی افزایش می‌یابد که انتظارات زوجین از پدر و مادر شدن برآورده نشود و این نگرش‌های منفی، رضایت افراد از زندگی مشترکشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است افسردگی پس از زایمان را به دنبال داشته باشد (۶).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، رویکردی هدفمند و شناخته‌شده برای درمان افسردگی تلقی می‌شود. ذهن‌آگاهی برگرفته از سنت‌های کهن معنوی است که اساساً از عقاید بوداییسم گرفته شده است. به‌طور خلاصه، به‌صورت یک مسیر منسجم به‌سمت درک، شروع و پایان درد و رنج معطوف می‌شود و نوعی ابزار تلقی می‌شود که انسان برای آزادی از رنج مشکلات به آن متوسل می‌شود (۷).

ذهن‌آگاهی مستلزم استفاده از راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی به‌منظور متمرکز کردن توجه است که هدفش این است انسان‌ها از این چرخه معیوب که افکار منفی باعث ایجاد خلق منفی می‌شود و به‌دنبال آن خلق منفی، افکار منفی بیشتری را به‌دنبال دارد، رهایی یابند و در نتیجه شکستن این چرخه معیوب، در نهایت هیجانات خوشایند پدیدار شوند (۸). این نوع از شناخت درمانی، شامل استفاده از مدیتیشن، یوگا و به‌طور کلی تمریناتی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. در واقع آموزش ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد بر افکار منفی خود تمرکز نکنند و به‌جای آن تمرکز و توجه آن‌ها به موضوعات خنثی، مانند شیوه نفس‌کشیدن یا اتفاقات اطراف باشد. به همین دلیل هدایت توجه به این شیوه، از ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند (۹).

در پژوهش‌های مختلفی، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نمرات افسردگی و اضطراب نوجوانان (۱۰، ۱۱)، کاهش نشانه‌های خلق آسیب‌پذیر و اضطراب (۱۲)، نگرش ناکارآمد و افکار ناخوشایند (۹) و رضایت زناشویی (۱۳) ثابت شده است. همچنین در پژوهشی که ویتین انجام داد، این نتیجه به دست آمد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به کاهش استرس و خلق در طول دوران بارداری کمک

می‌کند (۱۴). همچنین نتایج پژوهش بارنز نیز حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر رضایت از روابط عاشقانه و استرس زوجین است (۱۵)؛ اما پژوهشی که به‌منظور بررسی اثربخشی این روش درمانی بر رضایت زناشویی و نشانه‌های افسردگی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام شده باشد، یافت نشد. بنابراین هدف از انجام دادن این پژوهش، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رضایت زناشویی و نشانگان افسردگی زنان دارای افسردگی پس از زایمان بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر به‌لحاظ هدف، پژوهشی کاربردی بود. طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان بودند که به بیمارستان مادر شهر یزد مراجعه کرده بودند. از بین این افراد، ۳۰ نفر به‌شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیار ورود به پژوهش عبارت بود از: گرفتن نمره بالاتر از ۱۵ در پرسش‌نامه افسردگی بک، دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی و دارویی، قرارداد داشتن در محدوده سنی ۱۸ تا ۴۰ سال. معیار خروج نیز حضورنداشتن در جلسات درمانی بود. همچنین به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگران نظارت دقیقی بر تکمیل پرسش‌نامه‌ها داشتند و توضیحات لازم، مانند حق شرکت کردن در پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات در اختیار شرکت‌کنندگان در پژوهش قرار گرفت. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، در یک جلسه ضمن توضیح اهداف مطالعه، آزمودنی‌ها با پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و رضایت زناشویی انریچ ارزیابی شدند و نمره هریک از آزمودنی‌ها، به‌عنوان نمرات پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. آزمودنی‌های گروه آزمایش، نه جلسه یک‌ساعته، تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند که خلاصه جلسات در جدول ۱ آمده است و پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، به‌منظور تجزیه و تحلیل آن‌ها، از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون لوین، کولموگروف اسمیرنوف، آزمون تحلیل کوواریانس) استفاده شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ در سطح ۹۵ درصد اطمینان تحلیل شدند. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس به‌منظور تعدیل اثر پیش‌آزمون بود.

پرسش‌نامه افسردگی بک: این پرسش‌نامه را بک و براون در سال ۱۹۹۶ طراحی کردند. این پرسش‌نامه یک مقیاس خودگزارشی ۲۱ سؤالی است که هر سؤال در یک طیف لیکرت چهارگزینه‌ای، از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه ارزش تشخیصی دارد و می‌تواند افراد سالم را از افراد افسرده تمییز دهد. مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسش‌نامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به‌طور کلی این پرسش‌نامه جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌شود. بک و همکارانش ضریب پایایی این پرسش‌نامه را از ۰/۷۳ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند (۱۶). پایایی و

دوستان^{۱۰}، نقش‌های مساوات‌طلبی مربوط به زن و مرد^{۱۱}، جهت‌گیری مذهبی^{۱۲}، هم‌بستگی زوج‌ها^{۱۳} و تغییرات زناشویی^{۱۴} می‌شود. السون و فاووز آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (۱۸). پایایی و روایی این پرسش‌نامه در ایران را علیدوستی و همکارانش بررسی کردند که در پژوهش آنان ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۴ به دست آمد (۱۹).

همان‌طور که قبلاً بیان شد، مداخله در این درمان، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بود که آزمودنی‌ها در نه جلسه یک‌ساعته به‌صورت گروهی تحت درمان قرار گرفتند. پروتکل استفاده‌شده در این پژوهش، بر اساس رویکرد تیزدل است (۲۰) که خلاصه جلسات در جدول ۱ آمده است.

روایی این پرسش‌نامه در ایران را رجبی و همکارانش بررسی کردند که در پژوهش آنان، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه را ۰/۸۷، ضریب اعتبار تنصیف ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کرده‌اند (۱۷).

پرسش‌نامه رضایت زناشویی: این مقیاس را السون و فاووز تهیه کردند که برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پربار رابطه زناشویی به کار می‌رود. این مقیاس شامل ۴۷ سؤال است که در یک طیف لیکرت از ۱ تا ۵ از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس رضایت زناشویی یک اندازه‌گیری کلی از روابط زناشویی شامل تحریف آرمانی^۱، رضایت زناشویی^۲، مسائل شخصیتی^۳، ارتباطات^۴، حل تعارض^۵، مدیریت مالی^۶، فعالیت‌های اوقات فراغت^۷، رابطه جنسی^۸، فرزندان و فرزندپروری^۹، خانواده و

جدول ۱. خلاصه جلسات مربوط به بسته آموزشی ذهن‌آگاهی

جلسات	موضوع	شرح جلسات
اول	معارفه	پذیرش مراجع، تعیین هدف‌های جلسه و خط‌مشی کلی قانون گروه، بررسی چشمداشت مراجع از درمان، آشنایی مراجع با علائم جسمی و روان‌شناختی افسردگی، خلاصه‌ای از شیوه آموزشی شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای مراجع.
دوم	هدایت خودکار	پس‌خوراند بحث درباره تمرین واری بدن، کمک به شرکت‌کنندگان برای اینکه مهارت‌های پیشگیری عود یا برگشت افسردگی را یاد بگیرند. آغاز تمرین با تمرکز به تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث درباره واری بدن، تکلیف خانگی، جزوه‌های جلسه اول (تکلیف‌های خانگی، برگه‌های ثبت تکلیف)، اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه دو تا سه دقیقه‌ای.
سوم	رویارویی با موانع	آگاهی بیشتر به احساس‌ها، افکار و حس‌های بدنی لحظه‌به‌لحظه و بودن در لحظه حاضر.
چهارم	پذیرش افکار	توجه به احساس‌ها و افکار خود و گسترش آن‌ها و پذیرش افکار و احساس‌های ناخوشایند.
پنجم	واقف‌بودن به افکار	مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند.
ششم	یادگیری پرداختن به مقوله توجه	جولوگیری از تداوم و تشدید افکار منفی.
هفتم	انجام‌دادن امور روزمره در حین توجه آگاهانه	تغییر عادات قدیمی فکرکردن، مانند شناخت امور روزمره، فرار یا اجتناب از افسردگی یا موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوی فوق‌العاده‌داشتن و مقایسه همیشگی وضعیت موجود خود با وضعیت دل‌خواه.
هشتم	پی‌بردن به ذهن سرگردان با تمرین	آگاه‌شدن از علائم هشداردهنده افسردگی و تمرینات کنترل ذهن سرگردان با تمرین مرور بدن، استفاده از روش آرام‌بخشی عمیق یا مدیتیشن، ذهن‌آگاهی تنفس و ...
نهم		آگاهی از تغییرات کوچک خلق.

۳ یافته‌ها

۴/۷۱±۲۹/۳۰ بود. اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آمده است. شایان ذکر است قبل از انجام‌دادن تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌های

تعداد شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ۳۰ زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود که در فاصله سنی ۱۸ تا ۴۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی برای گروه آزمایش، ۲۸/۵۰±۵/۶۱ سال و برای گروه گواه،

8. Sexual relationship
9. Children and parenting
10. Family and friends
11. Equalitarian roles
12. Religious orientation
13. Marital cohesion
14. Marital change

1. Idealistic distortion
2. Marital satisfaction
3. Personality issues
4. Communication
5. Conflict resolution
6. Financial management
7. Leisure activities

نمرات انجام شد و ملاحظه شد همه پیش فرض ها برقرار بوده است. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نیز نشان داد که مقدار p برای متغیر افسردگی ($p=0/208$) و برای متغیر رضایت زناشویی ($p=0/209$) نیز بیشتر از $0/05$ است که فرض نرمال بودن توزیع نمرات نیز برقرار بود.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به نمره کل نشانگان افسردگی و رضایت زناشویی در گروه آزمایش و گواه به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

حیطه	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		مقایسه پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F مقدار	P مقدار
نشانگان افسردگی	آزمایش	۳۲/۰۷	۶/۳۲	۲۷/۰۰	۵/۸۷	۳۸/۳۹۳	<0/001
	گواه	۳۰/۷۳	۶/۳۱	۲۹/۸۷	۶/۶۰		
رضایت زناشویی	آزمایش	۹۳/۴۰	۱۲/۱۳	۹۷/۳۳	۱۲/۲۳	۲۵/۴۵	<0/001
	گواه	۹۶/۲۰	۱۲/۶۵	۸۶/۸۲	۱۳/۳۸		

می کنند و در نتیجه هریک از زوجین در آن موقعیت با فکر و احساس خود یکی می شوند. در آموزش هایی که در جلسات، پژوهشگر به آزمودنی ها می داد، سعی بر آن بود که هوشیاری شفاف از فکر و احساس بر اساس ذهن آگاهی افزایش یابد که خود این مسئله رضایت زناشویی را افزایش داده است (۱۳).

یافته دیگر این پژوهش این بود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشانه های افسردگی در زنان دارای افسردگی پس از زایمان می شود. نتایج این پژوهش با پژوهش های رجبی و همکارانش (۴)، پیت (۱۰)، شهریاری و همکارانش (۱۱) و تانی (۱۲) که نشان دادند درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود نشانه های افسردگی در افراد افسرده نقش دارد و همچنین پژوهش کاویانی (۹) که نشان داد این درمان به کاهش افکار ناکارآمد و همچنین کاهش اضطراب و افسردگی کمک می کند، هم خوان است. نتایج پژوهش ویتین (۱۴) نیز هم سو با پژوهش حاضر، حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر میزان استرس و بهبود خلق در زنان باردار بود. در تبیین این نتایج می توان گفت افسردگی از تغییرات نظام شناختی ناشی می شود. فرد افسرده تحت تأثیر برخی از عوامل شناختی خود، به تجربه ها و آینده اش با دید «منفی» نگاه می کند (۱۲) که آموزش ها و مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، چون هم به بعد جسمانی و هم ذهنی می پردازد، می تواند اثربخشی زیادی بر روی مشکلات و بیماری های جسمانی و روانی داشته باشد. مهم ترین بخش مربوط به آگاهی داده از طریق ذهن آگاهی این است که فرد بتواند به جای افکار و احساسات منفی را بخشی از خویشتن خود بداند، آن ها را به عنوان وقایعی تجربه کند که در حال گذر از پرده ذهن هستند. هنگامی که وضعیت افسردگی در زمان بارداری یا پس از زایمان پیش می آید، زنانی که آگاهی فراشناختی مطلوبی دارند، می توانند از افسردگی و الگوهای تفکر منفی آسان تر دوری کنند. آگاهی، بر توانایی ادراک افکار و احساسات به عنوان وقایع ناپایدار و قابل مشاهده در ذهن اشاره دارد (۱۸). راهبردهای استفاده شده در این مداخله برای زنان با افسردگی پس از زایمان، بر قدم زدن و تمرین های نشستن، مراقبه و یوگا تأکید داشت. هدف پژوهشگر در جلسات این بود که آزمودنی ها توجه خود را روی یک محرک خاص، همچون تنفس و احساس های بدنی در طول یک دوره

مربوط به این آزمون، مانند همگنی واریانس ها و طبیعی بودن توزیع برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد که ملاحظه شد مقدار احتمال برای متغیر افسردگی ($p=0/718$) و متغیر رضایت زناشویی ($p=0/262$) بیشتر از $0/05$ بوده است؛ بنابراین فرض همگنی واریانس ها برقرار بود. نتایج آزمون کولموگروفسمیرنوف

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش آزمون نشان داد بین گروه آزمایش که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کرده بودند و گروه گواه که هیچ نوع مداخله ای دریافت نکرده بودند، در میانگین رضایت زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد ($p<0/001$)؛ یعنی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود رضایت زناشویی در زنان دارای افسردگی پس از زایمان می شود. همچنین نتایج نشان می دهد این درمان باعث کاهش نشانگان افسردگی در این افراد نیز می شود ($p<0/001$).

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر رضایت زناشویی و نشانگان افسردگی زنان دارای افسردگی پس از زایمان بود. نتایج این پژوهش نشان داد این روش درمانی باعث بهبود رضایت زناشویی در این افراد می شود که این نتیجه با پژوهش بارنز (۱۵) که نشان داد این درمان باعث رضایت افراد از روابط عاشقانه خود می شود و همچنین با پژوهش های حسینی (۱۳) و مدنی و حجتی (۲۱) که نشان داد آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود رضایت زناشویی در مردان و زنان می شود، هم خوان است. در تبیین این یافته می توان گفت فرد ذهن آگاه، کمتر احتمال دارد که نگرش های غیرمنطقی داشته باشد و احتمال بیشتری دارد که فرد در روابط، نظر همسرش را در نظر بگیرد (۲۰)؛ زیرا نارضایتی زوجین معمولاً زمانی شکل می گیرد که وقتی بین آن ها تعارضی شکل می گیرد، خیلی از زوجین به جای اینکه راه حلی دوطرفه پیدا کنند، بیشتر به سمت سرزنش کردن یکدیگر می روند و به نوعی همدیگر را متهم به داشتن مشکل شخصیتی می کنند. این در حالی است که آموزش های ذهن آگاهی باعث می شود افراد کنش ها و واکنش هایی را که از روی عادت فرا گرفته اند، کنترل کنند و رابطه ای را ایجاد می کنند که در آن زوجین توانایی شناخت واقعی افکار و احساسات خود را پیدا کنند و نه اینکه احساسات خود را حذف کنند یا به دلیل تمایل برای کنترل محیط، واکنش های هیجانی شدید از خود نشان دهند (۱۴). وقتی افراد در روابط زناشویی سعی می کنند افکار و احساسات خود را حذف کرده یا واکنش هیجانی شدید از خود نشان دهند، توانایی خود را برای مشاهده درست واقعیت محدود

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و کنترل نکردن برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی اشاره کرد که توصیه می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی به اثربخشی این روش درمانی بر رضایت زناشویی مردان نیز بپردازند و از مصاحبه‌های بالینی به‌منظور ارزیابی معناداری بالینی استفاده کنند.

۵ نتیجه‌گیری

با توجه به اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رضایت زناشویی و نشانگان افسردگی زنان دارای اختلال افسردگی پس از زایمان، استفاده از این روش درمانی به متخصصان در این حیطه توصیه می‌شود.

زمانی خاص متمرکز کنند. همچنین به آن‌ها در رهاسازی از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم که نقش مهمی در تنظیم رفتاری ایفا می‌کند، کمک شد. این تکنیک‌ها و راهبردها توجه و آگاهی فرد را به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دل‌سوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد که می‌تواند باعث شود فرد توانایی‌های خود را بشناسد، با استرس‌های زندگی مقابله کند و از نظر مادر و همسر بودن، خود را فردی مفید و سازنده بداند و افکار پوچ و بیهوده را با گسترش افکار جدید و کاهش هیجان‌های ناخوشایند جایگزین کند. شاید بتوان به تغییرات بیولوژیکی داخل مغز نیز اشاره کرد که به‌واسطه تمرینات مراقبه‌ای نسبت داده می‌شود. این تمرینات باعث می‌شود فرد بهتر از حواس درونی خودآگاه باشد و نشانه‌های افسردگی کاهش یابد.

References

1. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003;24(4):257-66. doi:[10.3109/01674820309074690](https://doi.org/10.3109/01674820309074690)
2. Castañón SC, Pinto LJ. Use of the Edinburgh postnatal depression scale to detect postpartum depression. *Rev Med Chil*. 2008;136(7):851-8. [Spanish] doi:[S0034-98872008000700005](https://doi.org/S0034-98872008000700005)
3. Khodadadi N, Mahmoodi H, Mirhagjoo N. Postpartum depression relationship with some psychosocial effects in mothers. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2008;8(2):142-8. [Persian] <http://jarums.arums.ac.ir/article-1-327-en.html>
4. Rajabi G, Sotodeh Navrodi S. A study of impact of group mindfulness-based cognitive therapy on depression reduction and increase of marital satisfaction in married women. *J Guilan Univ Med Sci*. 2012;20(80):83-91. [Persian] <http://journal.gums.ac.ir/article-1-123-en.html>
5. Cheng CC. A study of inter-cultural marital conflict and satisfaction in Taiwan. *Int J Intercult Relat*. 2010;34(4):354-62. doi:[10.1016/j.ijintrel.2010.04.005](https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2010.04.005)
6. Lawrence E, Nylen K, Cobb RJ. Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *J Fam Psychol*. 2007;21(2):155-64. doi:[10.1037/0893-3200.21.2.155](https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.2.155)
7. Ghadampour E, Gholamrezae S, Radmehr P. The effect of mindfulness-based cognitive training on recovery meta-cognitive beliefs in suffering disorder comorbidity social anxiety and depression. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*. 2016;4(6):38-58. [Persian] doi:[10.22084/J.PSYCHOLOGY.2016.1436](https://doi.org/10.22084/J.PSYCHOLOGY.2016.1436)
8. Fisher C, Hauck Y, Bayes S, Byrne J. Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012;12:126. doi:[10.1186/1471-2393-12-126](https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-126)
9. Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: a sixty day follow-up. *Advances in Cognitive Science*. 2005;7(1):49-59. [Persian] <http://icssjournal.ir/article-1-117-en.html>
10. Piet j, Wurtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptom of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(6):1007-20. doi:[10.1037/a0028329](https://doi.org/10.1037/a0028329)
11. Shahriari V, Mehmandoust M. Effects of based cognitive therapy mindfulness to depression and anxiety in adolescent girls with divorced parents in Bojnord. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2017;8(4):569-79. [Persian] <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-1038-en.html>
12. Tanay G, Lotan G, Bernstein A. Salutary proximal processes and distal mood and anxiety vulnerability outcomes of mindfulness training: a pilot preventive intervention. *Behav The*. 2012;43(3):492-505. doi:[10.1016/j.beth.2011.06.003](https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.06.003)
13. Hoseyni O, Khajooyi Zadeh Z. The relationship between mindfulness and marital satisfaction among married women and men working in the Kurdistan welfare organisation. *Semi-annual Journal of Family Pathology, Counseling & Enrichment*. 2015;1(2):14-24. [Persian] <http://fpcej.ir/article-1-94-en.html>
14. Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Arch Womens Ment Health*. 2008;11(1):67-74. doi:[10.1007/s00737-008-0214-3](https://doi.org/10.1007/s00737-008-0214-3)
15. Barnes S, Brown KW, Krusemark E, Campbell WK, Rogge RD. The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *J Marital Fam Ther*. 2007;33(4):482-500. doi:[10.1111/j.1752-0606.2007.00033.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00033.x)
16. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio, USA: The Psychological Corporation; 1996, pp:490-8.

17. Rajabi GH, Karju Kasmai S. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition. Educational Measurement. 2013;3(10):139-58. [Persian]
18. Fowers B, Olson DH. ENRICH marital satisfaction scale: a brief research and clinical tool. J Fam Psychol. 1993;7(2):176-85. doi:[10.1037/0893-3200.7.2.176](https://doi.org/10.1037/0893-3200.7.2.176)
19. Arab Alidoosti A, Nakhaei N, Khanjani N. Reliability and validity of the Persian versions of the enrich marital satisfaction (brief version) and Kansas marital satisfaction scales. Health Development Journal. 2015;4(2):158. [Persian] <http://jhad.kmu.ac.ir/article-1-101-en.html>
20. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol. 2000; 68(4):615-23. doi:[10.1037/0022-006X.68.4.615](https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615)
21. Madani Y, Hojati S. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on marital satisfaction and quality of life in couples. Applied Psychological Research Quarterly. 2015;6(2):30-60. [Persian] doi:[10.22059/JAPR.2015.54564](https://doi.org/10.22059/JAPR.2015.54564)