MEJDS. 2022; 12:46.

Published online 2022 Jul. **Original Article**

Studying the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Body Image and Depression of Women with Postpartum Depression Living in Isfahan City, Iran

Moosavi M[1], *Aghaei A[2]

Author Address
1. MS student in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran;
2. Department of Psychology, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** aghaeipsy@gmail.com

Received: 2020 August 23; **Accepted:** 2020 October 17

Abstract

Background & Objectives: Postpartum depression is a kind of mood disorder. Postpartum depression has many adverse effects on women and their children. Negative body image in mothers after childbirth creates negative emotions for the mother. This discomfort and negative emotions caused by body image are pronounced in mothers with postpartum depression. One of the therapies that can be used for postpartum depression is dialectical behavior therapy. In dialectical behavior therapy, treatment bias is first achieved by controlling and mastering the client's performance, teaching behavioral skills, and finally helping empower the client to feel better about individual and social life and solve life problems, helping the client gain pleasure and satisfaction, and a sense of self–confidence in life. Dialectical behavioral therapy teaches mothers with postpartum depression to recognize these disturbing emotions, accept them, and instead of avoiding these emotions, face them with behavioral goals such as walking and proper diet. This study aimed to evaluate the effectiveness of dialectical behavior therapy on body image and depression in women with postpartum depression.

Methods: This research was a quasi–experimental study with a pretest–posttest design with a control group and a 60–day follow–up. The statistical population consisted of women with postpartum depression who were referred to Isfahan medical centers, Isfahan City, Iran, in February and March 2016. To collect information after obtaining the necessary permits, a statistical sample was selected by using the available sampling method. The inclusion criteria included a score of more than 12 on the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) (Cox et al., 1987), being between six weeks and three months postpartum, the age range of 20 to 30 years, first pregnancy, no acute psychiatric disorder (self–reported), and not receiving concomitant psychotherapy or medication. The exclusion criteria for the experimental group were a lack of interest in continuing to participate in treatment sessions and the absence of more than one of the nine treatment sessions. A total of 28 women interested in participating in the study met the parameters of postpartum depression based on the score of the Edinburgh Postpartum Depression Scale (Cox et al., 1987). They were divided into two groups of dialectical behavior therapy training (14 people) and control (14 people) randomly. The study data were collected in pretest, posttest and follow–up stages in two groups via the Satisfaction with Body Image Scale (SWBIS) (Suoto and Garcia, 2002) and Beck Depression Inventory–II (Beck et al., 1996). The experimental group received dialectical behavior therapy as a group in nine 90–minute sessions. Data analysis was performed in SPSS software version 23 using descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency and percentage) and inferential statistics (analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test). The significance level for all tests was equal to or less than 0.05.

Results: The results showed that depression ($p<0.001$) and body image ($p=0.042$) were significantly different between the experimental and control groups. The variables of body image ($p<0.001$) and depression ($p<0.001$) had a significant difference from the posttest stage to follow–up. The interaction of the test stages with the group also shows that body image ($p<0.001$), and depression ($p<0.001$) had a significant difference. In the experimental group, there was a significant difference in the variables of depression ($p<0.001$) and body image ($p<0.001$) between pretest and posttest and also between pretest and follow–up stages. Also, in the experimental group, there was no significant difference between the posttest and follow–up stages in the depression variable ($p=0.063$), which indicated the stability of the effectiveness of dialectical behavior therapy in the follow–up stage on the mentioned variable. However, there was a significant difference between the posttest and follow–up stages in the body image variable ($p<0.001$), indicating that the effectiveness of dialectical behavior therapy in the follow–up stage for the body image variable was not stable.

Conclusion: According to the research findings, dialectical behavior therapy is effective in improving body image and reducing depression in women with postpartum depression.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Body image, Postpartum depression, Women.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۴۶.

انتشار برخط خرداد ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تصویر بدنی و افسردگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شهر اصفهان

سیده‌مرضیه موسوی[۱]، *اصغر آقایی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** aghaeipsy@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲ شهریور ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۶ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی پس از زایمان تأثیرات منفی زیادی بر زنان و فرزندان آنان دارد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تصویر بدنی و افسردگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شصت‌روزه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. تعداد ۲۸ زن به‌روش دردسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه چهارده نفر). برای جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (کاکس و همکاران، ۱۹۸۷)، *مقیاس* استاندارد رضایت از تصویر *تن* (سوئوتو و گارسیا، ۲۰۰۲) و پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ‌ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶) استفاده شد. صرفاً گروه آزمایش مداخلهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک را به‌شکل گروهی، در نُه جلسهٔ نوددقیقه‌ای دریافت کرد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها (α=۰/۰۵) لحاظ شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، افسردگی (p<۰/۰۰۱) و تصویر بدنی (p=۰/۰۴۲) بین گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری داشتند. متغیرهای مذکور از مرحلهٔ پس‌آزمون تا مرحلهٔ پیگیری دارای تفاوت معناداری بودند (p<۰/۰۰۱). اثر متقابل مراحل آزمون با گروه مشخص کرد، افسردگی و تصویر بدنی تفاوت معناداری داشتند (p<۰/۰۰۱). همچنین در گروه آزمایش، بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیر افسردگی تفاوت معنادار مشاهده نشد که حاکی‌از پایداری اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در مرحلهٔ پیگیری بر متغیر مذکور بود (p=۰/۰۶۳)؛ اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیر تصویر بدنی تفاوت معنادار مشاهده شد که حاکی‌از پایدارنبودن اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در مرحلهٔ پیگیری بر متغیر مذکور بود (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: برطبق یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود تصویر بدنی و کاهش افسردگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیک، تصویر بدنی، افسردگی پس از زایمان، زنان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ‌غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

۱ مقدمه

افسردگی پس از زایمان[1] در طیف اختلالات خُلقی[2] قرار دارد. این اختلال در فاصلهٔ کوتاهی پس از زایمان در ۵تا۱۰ درصد از زنان ظاهر می‌شود. اختلال خواب به‌صورت بی‌خوابی، خُلق ناپایدار و خستگی مفرط از علائم این اختلال است. همچنین به‌دلیل تفکرات هذیان و فکر خودکشی و فرزندکشی، از نمونه‌های اورژانس پزشکی شمرده می‌شود (۱). طبق ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[3]، افسردگی پس از زایمان ترکیب پیچیده‌ای از تغییرات جسمی، عاطفی و رفتاری است که امکان دارد بعد از زایمان اتفاق بیفتد. افسردگی پس از زایمان شکل رایجی از افسردگی است که در طی چهار هفته پس از زایمان آغاز می‌شود (۲). میانگین جهانی ابتلا به افسردگی پس از زایمان چیزی حدود ۱۲/۵ درصد است. ازطرفی این اعداد طی مطالعات داخلی بین ۱۶تا۴۰ درصد برآورد شده است (۳). این اختلال تغییراتی در تصویرها، نگرش‌ها و رفتار مبتلایان خواهد داشت. به بیان دیگر، وقوع این اختلال، اثرات جدی بر جنبه‌های مختلف روابط فرد با محیط اطرافش دارد (۴). اغلب مطالعات نشان می‌دهد، افسردگی پس از زایمان در دومین و سومین ماه پس از زایمان ایجاد می‌شود؛ اما پژوهش‌ها وقوع آن را در روزهای اولیهٔ پس از زایمان گزارش کرده‌اند (۱،۵،۶).

تصویر بدنی منفی[4] در مادران، پس از زایمان هیجانات منفی ناراحت‌کننده‌ای را برای مادر به‌وجود می‌آورد. این ناراحتی و هیجانات منفی[5] ناشی‌از تصویر بدنی در مادران دچار افسردگی پس از زایمان پررنگ‌تر است (۷). رفتاردرمانی دیالکتیک[6] به مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان می‌آموزد، ضمن شناخت این هیجانات آشفته‌ساز، آن‌ها را بپذیرند و درعوض اجتناب از این هیجانات با آن‌ها مواجه شوند؛ همچنین برای مقابله با آن‌ها اهداف رفتاری مثل پیاده‌روی و رژیم غذایی مناسب و غیره را دنبال کنند (۸). تصویر بدنی را می‌توان جزئی از شخصیت انسان به‌شمار آورد که در مسیر تکاملی قرار دارد. فردی که دارای بدشکلی و بدریختی بدنی مانند نقایص خلقتی و نقایص باقی‌مانده از تصادفات است، دچار شرم[7] ، نقص[8] و اختلالات روان‌شناختی ازجمله افسردگی می‌شود. تصویر بدنی مثبت و منفی معمولاً، رضایتمندی[9] و خشنودی یا نارضایتی و ناخشنودی فرد را از ظاهر بدنی و جسمانی خود در پی دارد (۹). تغییر مشهود و محسوس و ناگهانی در بدن افراد موجب تغییر تصویر بدنی ناخوشایند می‌شود که این تغییرات، نگرش منفی و هیجان ناخوشایند و رفتار غیرمتعارف را به‌دنبال دارد (۱۰). پژوهشگران در مطالعات خود خاطرنشان کردند، نگرش و احساس ناخوشایند دربارهٔ اندام با عاطفهٔ[10] منفی، نداشتن عزت‌نفس و مقاومت‌نکردن دربرابر افسردگی مرتبط است (۱۱،۱۲).

امروزه افسردگی از اختلالات بسیار شایع روان‌پزشکی و معضل عمومی زندگی بشر، به‌شمار می‌آید و در همهٔ اقوام و فرهنگ‌ها گزارش می‌شود. مطالعات مختلف نشان می‌دهد، زنان دوبرابر بیشتر از مردان افسردگی می‌گیرند. عوامل تنش‌زایی چون زایمان، عادت ماهیانه، درماندگی آموخته‌شده، تفاوت‌های هورمونی، مهارت‌های ناکافی اجتماعی و تفاوت فشارهای روانی‌اجتماعی در شیوع آن تأثیرگذار است (۱).

یکی از درمان‌هایی که می‌توان برای افسردگی پس از زایمان استفاده کرد، رفتاردرمانی دیالکتیک است (۸). رفتاردرمانی دیالکتیک برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی[11] درمعرض خودکشی، توسط لینهان[12] در سال ۱۹۹۳ شکل گرفت (به نقل از ۱۳). این رویکرد بر پایه‌های فنون رفتاری، فلسفهٔ دیالکتیکال و آیین ذن[13] ابداع شد و سعی دارد بین عوامل بدنی و اجتماعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تعامل متقابلی را به‌وجود آورد؛ بدین‌گونه که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از نظر فیزیولوژی- هیجانی آسیب‌پذیری بیشتری را تجربه می‌کنند و زندگی آن‌ها در محیط‌هایی است که تجربیات درونی و رفتارهای فرد را به‌گونهٔ تکراری بی‌اعتبار می‌کند. هیجان آسیب‌دیده همراه با پرورش در محیط بی‌اعتبارساز سبب می‌شود که شخص با نقص در توانمندی، انگیزش[14] و تنظیم هیجان[15]ها و مسائل حل‌نشدنی در زندگی فردی، روبه‌رو شود (۱۳). در رفتاردرمانی دیالکتیک، سوگیری[16] درمان در ابتدا با کنترل و تسلط بر عملکرد فرد مُراجع، آموزش مهارت‌های رفتاری و درنهایت کمک به توانمندشدن فرد برای احساس بهتر داشتن از زندگی فردی و اجتماعی و حل مشکلات در زندگی، کمک به فرد مُراجع به‌منظور کسب لذت و رضایت و حس اعتمادبه‌نفس در زندگی است (۱۴).

درمجموع و به‌طورخلاصه باتوجه به پژوهش‌های بیان‌شده، می‌توان گفت که درمان در حیطهٔ اختلال روانی افسردگی پس از زایمان، کمتر انجام شده است. مقاومت بیمار و رد درمان و بی‌توجهی به نقش بهداشت روان در سلامت روانی و ارتباط بین مادر و کودک، منجربه بروز مشکلات خانوادگی و زناشویی در این افراد می‌شود. طبق مباحث عنوان‌شده در مقدمه یکی از درمان‌هایی که می‌توان برای افسردگی پس از زایمان استفاده کرد، رفتاردرمانی دیالکتیک است؛ بنابراین، در راستای چالش مذکور و باتوجه به وجود نقص‌هایی در زمینهٔ روابط بین‌فردی و درون‌فردی در این بیماران، به‌نظر می‌رسد آموزشی که بتواند متغیر افسردگی را هدف درمان قرار دهد، شاید کارایی لازم را در افزایش بهبود سلامت روانی زندگی افراد داشته باشد؛ ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تصویر بدنی

1. Postpartum depression
2. Mood Disorder
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)
4. Negative body image
5. Negative emotions
6. Dialectical Behavioral Therapy
7. Shame
8. Defect
9. Satisfaction
10. Affection
11. Borderline Personality Disorder
12. Lienhan
13. Zen
14. Motivation
15. Excitation
16. Bias

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

و افسردگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شهر اصفهان انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری شصت‌روزه بود. جامعهٔ آماری را زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان، در بهمن و اسفند ۱۳۹۷ تشکیل دادند. به‌منظور گردآوری داده‌ها، بعد از کسب مجوزهای لازم، اقدام به انتخاب نمونهٔ آماری شد. نمونه‌گیری به‌روش دردسترس بود. بر این اساس ابتدا فرم‌هایی به‌منظور اعلام شرکت داوطلبانه در مراکز درمانی بین جامعهٔ آماری پخش شد و پس از جمع‌آوری این فرم‌ها، مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ[1] (۱۵) بین داوطلبان توزیع شد. معیارهای ورود نمونه‌ها به پژوهش شامل کسب نمرهٔ بیش از ۱۲ از مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ، قرارداشتن در بازهٔ زمانی بین شش هفته تا سه ماه بعد از زایمان، حیطهٔ سنی ۲۰تا۳۰ سال، بارداری اول، نداشتن اختلال حاد روان‌پزشکی (به‌استناد خود فرد) و دریافت‌نکردن هم‌زمان روان‌درمانی یا دارودرمانی بود. شرایط خروج نمونه‌های گروه آزمایش از پژوهش، علاقه‌مندنبودن افراد به ادامهٔ شرکت در جلسات درمانی و غیبت بیش از یک جلسه از نُه جلسهٔ درمانی در نظر گرفته شد. برای بررسی اثربخشی پژوهش، تحلیل سری زمانی به‌کار رفت. براساس ماهیت موضوع امکان دسترسی به کل جامعه محدود بود و شناسایی و ارتباط با افراد نمونه با کمک پزشکان زنان و زایمان و چند مرکز درمانی صورت پذیرفت. درنهایت تعداد ۲۸ نفر از افراد دردسترس علاقه‌مند به شرکت در پژوهش، حائز پارامترهای افسردگی پس از زایمان براساس نمرهٔ مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (۱۵)، به‌عنوان نمونه در دو گروه آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک (چهارده نفر) و گواه (چهارده نفر) به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. طبق نظر کاپلان و سادوک[2] (۱۹۹۸)، شرکت‌کنندگان در گروه می‌توانند از ۳تا۱۵ نفر باشند؛ اما اکثر درمانگران ۸تا۱۲ نفر را برای شرکت در گروه‌های مورد بررسی کافی می‌دانند (به نقل از ۱۴).

برای هر دو گروه در مرحلهٔ پیش‌آزمون به‌وسیلهٔ مقیاس استاندارد رضایت از تصویر تن[3] (۱۶) و پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم[4] (۱۷) سنجش صورت گرفت. گروه آزمایش مداخلهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک را به‌شکل گروهی، در نُه جلسهٔ نوددقیقه‌ای دریافت کرد. در پایان جلسات درمانی با بازآزمایی مجدد از هر دو گروه توسط دو پرسش‌نامهٔ مذکور، تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر دو متغیر پژوهش در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بررسی شد. بعد از گذشت شصت روز به‌منظور سنجش پایابودن اثر درمانی، تمامی آزمودنی‌ها با همان دو ابزار پژوهشی، ارزیابی شدند.

در این پژوهش رعایت ملاحظات اخلاقی زیر صورت گرفت: رضایت شرکت‌کنندگان؛ حفظ محرمانگی اطلاعات هویتی؛ اطلاع از موضوع و هدف پژوهش؛ تفسیر نتایج در صورت تمایل شرکت‌کنندگان؛ وجودنداشتن بار مالی برای شرکت‌کنندگان. این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ: این مقیاس توسط کاکس و همکاران در سال ۱۹۸۷، در ده آیتم برای تشخیص افسردگی پس از زایمان تهیه شد (۱۵). این مقیاس به‌گونه‌ای ساخته شده است که امکان تشخیص افسردگی را از شش هفته بعد از زایمان فراهم می‌کند. نمرهٔ مقیاس ادینبورگ بین صفر تا ۳۰ است و کسب نمرهٔ ۱۲ و بیشتر به‌عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود. سؤال‌های ۱، ۲، ۴ از صفر تا ۳ و سؤال‌های ۳، ۵ تا ۱۰ از ۳ تا صفر نمره‌گذاری می‌شود (۱۵). بررسی اعتبار همگرای این مقیاس با کل مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس[5] نشان داد که این مقیاس می‌تواند ۶۶درصد از واریانس مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ را پیش‌بینی کند. همچنین در بعد افسردگی مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس توانست ۵۹درصد از واریانس مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ را پیش‌بینی کند (۱۸). احمدی کانی گلزار و قلی‌زاده این ابزار را در ایران اعتبارسنجی کردند و مقدار آلفای کرونباخ را برای مقیاس ادینبورگ برابر ۰/۷۰ به‌دست آوردند. روایی مقیاس ادینبورگ با مقیاس بک برابر با ۰/۴۴ بود (۱۹).

ـ مقیاس استاندارد رضایت از تصویر تن: این مقیاس در سال ۲۰۰۲ توسط سوئوتو و گارسیا ساخته شد (۱۶). نسخهٔ اولیهٔ این مقیاس ۸۱ ماده داشت که بعد از بازنگری‌های متعدد، تعداد گویه‌ها به تعداد ۲۲ ماده رسید. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (هرگز=۵ تا همیشه=۱) درجه‌بندی شده است. مؤلفه‌های پرسش‌نامه شامل رضایت از تن‌انگاره و نارضایتی از تن‌انگاره می‌شود (۱۶). روایی افتراقی این مقیاس (قدرت تفکیک‌کنندگی افراد به دو گروه سطح بالا و سطح پایین) توسط سازندگان به تأیید رسید. پایایی این مقیاس به‌روش بازآزمایی و ضریب همبستگی بین دو بار اجرا ۰/۷۱، توسط سازندگان گزارش شد (۱۶). پایایی این مقیاس در مطالعهٔ طاهری تربتی و همکاران به‌روش بازآزمایی به‌دست آمد که ضریب همبستگی بین دو بار اجرا ۰/۹۱ بود (۲۰).

ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم: پرسش‌نامهٔ افسردگی بک را بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ تجدیدنظر کردند (۱۷). این پرسش‌نامه ۲۱ سؤال دارد و به‌منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شد. ماده‌های آن اساساً برمبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده است. این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنهٔ نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است (۱۷). روایی ملاک پرسش‌نامه ازطریق همبستگی ابزار با مقیاس‌های مشابه (مانند پرسش‌نامه‌های افسردگی همیلتون و زانگ) به‌عنوان معیار بیرونی، در چند مرحله اجرا در دامنهٔ ۰/۸۲تا۰/۹۴ و

[1]. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS)
[2]. Kaplan & Sadok
[3]. Satisfaction with Body Image Scale (SWBIS)
[4]. Beck Depression Inventory-II
[5]. Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

پایایی ابزار ۰/۹۳ توسط سازندگان آن گزارش شد (۱۷). آقاگدی و همکاران اعتبار پرسش‌نامه را محاسبه کردند و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶، ضریب ثبات درونی ۰/۹۳ و ضریب پایایی ۰/۹۴ به‌دست آمد (۲۱).

ـ رفتاردرمانی دیالکتیک[1] : در این پژوهش، پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیک لینهان و همکاران به‌کار رفت (۲۲) که روایی محتوای آن در ایران توسط نریمانی و همکاران بررسی و قبول شد (۱۴). پروتکل اجرایی در این پژوهش نیز براساس یافته‌های پژوهش‌های پیشین (۸،۲۳) و تأیید اساتید و متخصصان انتخاب شد و توسط متخصص رفتاردرمانی دیالکتیک به مرحلهٔ اجرا رسید. بیماران در نُه جلسهٔ نوددقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه به‌شکل گروهی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک را دریافت کردند. در جدول ۱ محتوای جلسات ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات درمان رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسه	محتوای جلسات آموزش
اول	آشنایی با اهداف و قوانین گروه، ارائهٔ تعریف دیالکتیک و آشنایی با سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن خردگرا، ذهن هیجانی) و نقش آن‌ها در تفسیرها و پاسخ‌های هیجانی
دوم	آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و هوشیاری فراگیر
سوم	ارائهٔ راهبردهای بقا در بحران به‌منظور جلوگیری از اقدامات تکانشی هنگام وقوع بحران
چهارم	تحمل پریشانی و آموزش تکنیک‌های خودآرام‌سازی به‌وسیلهٔ حواس پنج‌گانه
پنجم	کمک به اتخاذ تصمیم و حل بحران‌های ناشی‌از تصمیم‌گیری‌های دشوار با یادگیری کاربرد فنون بهسازی لحظات
ششم	آگاهی هیجانی و ایجاد نگرشی رضایتمندانه دربارهٔ واقعیات جهان و مشارکت فعالانه در آن، یادگیری مهارت‌های پذیرش واقعیت
هفتم	آموزش شناسایی الگوی هیجانات و یادگیری مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری دربرابر هیجانات منفی
هشتم	آموزش مهارت‌های ایجاد هیجان مثبت و ارتقای لحظه
نهم	مرور جلسات پیشین و جمع‌بندی، برنامه‌ریزی برای به‌کاربردن مهارت‌های آموخته‌شده در زندگی واقعی

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آمار استنباطی انجام شد. در سطح آمار استنباطی، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از آزمون توزیع نرمال (آزمون کولموگروف‌اسمیرنف)، آزمون برابری ماتریس واریانس‌ها (آزمون ام‌باکس)، فرض برابری خطای واریانس (آزمون لون)، فرض کرویت داده‌ها (آزمون کرویت ماچلی) بررسی شد. سطح معناداری برای تمامی آزمون‌ها برابر با (α=۰/۰۵) بود.

۳ یافته‌ها

سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان در پژوهش در گروه آزمایش و گروه گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. تحصیلات در گروه‌های آزمایش و گواه

ردیف	سطح تحصیلات	گروه	فراوانی	درصد فراوانی
۱	دیپلم	رفتاردرمانی دیالکتیک	۴	۲۸/۶
		گواه	۴	۲۸/۶
۲	کاردانی	رفتاردرمانی دیالکتیک	۲	۱۴/۳
		گواه	۵	۳۵/۷
۳	لیسانس و فوق‌لیسانس	رفتاردرمانی دیالکتیک	۸	۵۷/۱
		گواه	۵	۳۵/۷

جدول ۳. سن در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه	میانگین سن	انحراف معیار
رفتاردرمانی دیالکتیک	۲۶/۵۰	۳/۳۵
گواه	۲۵/۰۷	۲/۹۲

براساس جدول ۲، در گروه آزمایش و گروه گواه ۴ نفر (۲۸/۶ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۴/۳درصد) و در گروه گواه ۵ نفر (۳۵/۷درصد) دارای تحصیلات کاردانی و در گروه آزمایش ۸ نفر (۵۷/۱درصد) و در گروه گواه ۵ نفر (۳۵/۷درصد)،

[1]. Dialectical Behavioral Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

دارای تحصیلات لیسانس و فوق‌لیسانس بودند.
باتوجه به جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۳/۳۵±۲۶/۵۰ سال و در گروه گواه ۲/۹۲ ± ۲۵/۰۷ سال بود.

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق در گروه آزمایش و گروه گواه در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تصویر بدنی	رفتاردرمانی دیالکتیک	۱۴	۷۰/۵۰۰	۱۷/۶۴۹	۵۰/۵۰۰	۱۳/۳۱۷	۵۴/۲۱۴	۱۲/۴۷۸
	گواه	۱۴	۷۲/۶۴۰	۱۶/۷۵۹	۶۹/۲۷۲	۱۴/۸۳۳	۷۱/۰۹۱	۱۳/۰۴۹
افسردگی	رفتاردرمانی دیالکتیک	۱۴	۴۷/۴۳۰	۸/۱۶۹	۲۲/۱۴۰	۴/۴۸۷	۲۲/۲۹۰	۳/۰۹۹
	گواه	۱۴	۴۳/۹۱۰	۷/۸۹۲	۴۲/۵۵۰	۷/۲۷۱	۳۹/۰۰۰	۵/۲۵۴

براساس نتایج توصیفی به‌دست‌آمده از جدول ۴ در مرحلهٔ پیش‌آزمون میانگین نمرات افراد نمونه در گروه‌های درمان دیالکتیک و گواه تقریباً نزدیک به هم بود؛ درحالی‌که در مرحلهٔ پس‌آزمون میانگین نمرات آزمودنی‌ها در گروه آزمایش تغییر درخورتوجهی ایجاد شد.
برای بررسی معناداری این تغییرات، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. قبل از انجام آن، پیش‌فرض‌های این آزمون ارزیابی شد. بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، نشان‌دهندهٔ توزیع نرمال داده‌ها بود ($p>۰/۰۵$). همچنین آزمون ام‌باکس مشخص کرد، ماتریس کوواریانس‌های مشاهده‌شدهٔ تصویر بدنی و افسردگی در بین گروه‌ها برابر بود ($p>۰/۰۵$). بررسی آزمون لون برای برابری فرض خطای واریانس‌ها نشان داد، هر دو متغیر تصویر بدنی و افسردگی در پیش‌آزمون در بین گروه‌ها برابر بود ($p>۰/۰۵$). باتوجه به معنادارشدن آزمون کرویت ماچلی و برقرارنبودن فرض کرویت داده‌ها برای تصویر بدنی و افسردگی ($p<۰/۰۵$)، از تصحیح گرین‌هاوس ـ گیزر استفاده شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر تصویر بدنی و افسردگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در مرحلهٔ پس‌آزمون

متغیر		منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان
افسردگی	درون‌گروهی	زمان	۳۳۳۶/۴۳۱	۱/۴۹۱	۲۲۳۸/۱۰۲	۱۲۰/۱۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۹	۱/۰۰۰
		اثر متقابل زمان و گروه	۲۰۴۳/۶۳۱	۱/۴۹۱	۱۳۷۰/۸۸۲	۷۳/۵۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۶۲	۱/۰۰۰
		خطا درون‌گروهی	۶۳۸/۸۲۳	۳۴/۲۸۷	۱۸/۶۳۲				
	بین‌گروهی	گروه	۲۳۱۷/۷۷۳	۱	۲۳۱۷/۷۷۳	۲۶/۰۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۲	۰/۹۹۸
		خطا بین‌گروهی	۲۰۴۲/۸۱۴	۲۳	۸۸/۸۱۸				
تصویر بدنی	درون‌گروهی	زمان	۱۸۳۶/۵۳۹	۱/۳۶۹	۱۳۴۱/۰۴۱	۷۰/۸۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۵	۱/۰۰۰
		اثر متقابل زمان و گروه	۱۰۲۱/۸۱۹	۱/۳۹۶	۷۴۶/۱۳۲	۳۹/۴۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۲	۱/۰۰۰
		خطا درون‌گروهی	۵۹۶/۲۰۸	۳۱/۴۹۸	۱۸/۹۲۸				
	بین‌گروهی	گروه	۲۹۳۱/۶۶۸	۱	۲۹۳۱/۶۶۸	۴/۶۵۲	۰/۰۴۲	۰/۱۶۸	۱/۰۰۰
		خطا بین‌گروهی	۱۴۴۹۴/۷۸۶	۲۳	۶۳۰/۲۰۸				

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی‌بر مقایسهٔ زوجی متغیرها در سه مرحله در گروه آزمایش

	تصویر بدنی			افسردگی		
	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پیش‌آزمون*پس‌آزمون	۱۱/۶۸۲	۱/۱۲۱	<۰/۰۰۱	۱۳/۳۲۵	۱/۱۸۹	<۰/۰۰۱
پیش‌آزمون*پیگیری	۸/۹۱۶	۲/۲۴۲	<۰/۰۰۱	۱۵/۰۲۶	۱/۲۲۴	<۰/۰۰۱
پس‌آزمون*پیگیری	ـ۲/۷۶۶	۰/۵۹۸	<۰/۰۰۱	۱/۷۰۱	۰/۶۸۶	۰/۰۶۳

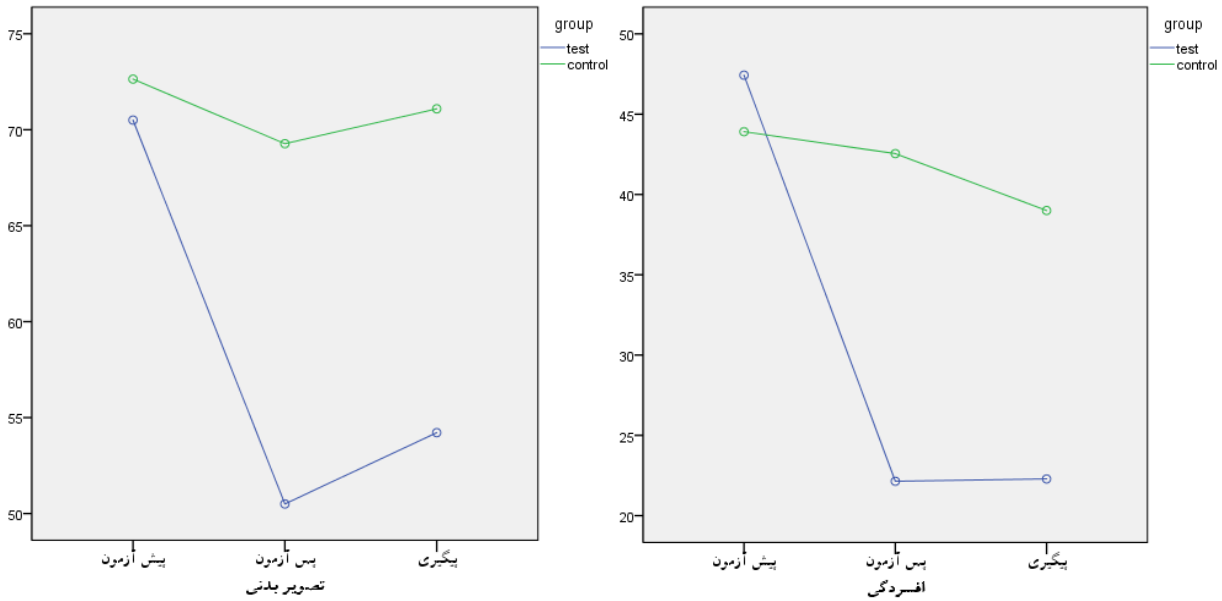
یافته‌ها نشان داد که افسردگی ($p<۰/۰۰۱$) و تصویر بدنی ($p=۰/۰۴۲$) بین گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری داشت. تصویر بدنی ($p<۰/۰۰۱$) و افسردگی ($p<۰/۰۰۱$) از مرحلهٔ پس‌آزمون تا مرحلهٔ پیگیری دارای تفاوت معناداری بودند. اثر متقابل مراحل آزمون با گروه نیز مشخص کرد، تصویر بدنی ($p<۰/۰۰۱$) و افسردگی ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری داشتند؛ بنابراین درمان دیالکتیک تأثیر

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

معناداری بر بهبود میزان تصویر بدنی و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان داشت.

مطابق یافته‌های جدول ۶، در گروه آزمایش، در متغیرهای افسردگی و تصویر بدنی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری، تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). در گروه آزمایش، تفاوت معنادار بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای مذکور نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود تصویر بدنی و کاهش افسردگی اثربخش بود؛ همچنین در گروه آزمایش، بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیر افسردگی تفاوت معنادار مشاهده نشد که حاکی‌از پایداری اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در مرحلهٔ پیگیری بر متغیر افسردگی بود ($p=۰/۰۶۳$)؛ اما در گروه آزمایش بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیر تصویر بدنی تفاوت معنادار مشاهده شد که براساس میانگین نمرات این متغیر، حاکی‌از پایدارنبودن اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در مرحلهٔ پیگیری بر متغیر تصویر بدنی بود ($p<۰/۰۰۱$).

در ادامه نمودارهای پراکنش دو متغیر تصویر بدنی و افسردگی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.



شکل ۱. نمودارهای پراکنش دو متغیر تصویر بدنی و افسردگی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تصویر بدنی و افسردگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شهر اصفهان صورت پذیرفت. نتایج نشان داد، بین گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای تصویر بدنی و افسردگی تفاوت معنادار وجود داشت؛ یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود تصویر بدنی و کاهش افسردگی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان اثربخشی داشت؛ همچنین نتایج مشخص کرد، این روند در طول زمان (پیگیری شصت‌روزه) برای متغیر افسردگی پایدار بود؛ اما برای متغیر تصویر بدنی پایدار نبود.

نتایج به‌دست‌آمده مبنی‌بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود تصویر بدنی، با نتایج پژوهش ابوالقاسمی و جعفری همسوست. آن‌ها به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تصویر بدن و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پرخوری عصبی پرداختند و دریافتند، رفتاردرمانی دیالکتیک تصویر بدنی منفی را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد که حاکی‌از تأثیر مثبت رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتار محیط خانه است (۲۴). در رفتاردرمانی دیالکتیک از شیوه‌های شناختی برای بهبود تحریف‌های شناختی و باورهای مربوط به تصویر بدن، خطاهای شناختی و نحوهٔ مقابله با این شناخت‌ها، فنون مقابله با استرس نظیر تن‌آرامی و آموزش تنظیم هیجان استفاده می‌شود. همچنین در این درمان، تکنیک‌های رفتاری مانند مواجههٔ خیالی و واقعی برای تعدیل تصویر بدنی منفی به‌کار می‌رود. در به‌کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت‌زدایی منظم به مُراجع آموزش داده می‌شود، به‌صورت تدریجی با قسمت‌هایی از بدن خودکه موجب ناراحتی‌اش است، همراه با فن تن‌آرامی مواجه شود و به‌مرور تنش، ناراحتی و اضطراب راکاهش دهد و درنتیجه به احساس رضایت دست یابد؛ بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیک ازطریق راهبردهای شناختی و هیجانی سبب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی می‌شود (۲۵).

از دیگر عواملی که می‌تواند باعث تشدید تصویر بدنی منفی در مادران پس از زایمان شود، نگرانی از نگرش اطرافیان به‌خصوص همسر به تغییرات بدنی آن‌ها بعد از زایمان است. مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان به‌دلیل افسردگی دچار تخریب در کارکرد اجتماعی و روابط بین‌فردی می‌شوند. این افراد در تعاملات اجتماعی کارکرد مناسبی ندارند و دارای درک ضعیفی از روابط هستند (۸). رفتاردرمانی دیالکتیک به افراد آموزش می‌دهد، باوجود داشتن تفاوت‌های فردی با همسر و باوجود تمام احساسات و هیجانات به‌وجودآمده برای فرد به‌دلیل تداخل‌های هورمونی بعد از ازدواج، روش‌هایی را برای مدیریت تعارضات خود و نزدیک‌شدن به همسر بیاموزند (۸).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد، رفتاردرمانی دیالکتیک باعث کاهش

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

افسردگی گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون شد. نتایج با یافته‌های تحقیقات علیزاده و همکاران (۲۳)، امانی و ابوالقاسمی (۲۵)، خانی و همکاران (۲۶) و آنتونی (۲۷) همسوست. بدین‌ترتیب که ترکیب درمان دارویی و آموزش فردی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند به کاهش افسردگی و افکار خودکشی منجر شود (۲۳)؛ به‌علاوه براساس پژوهش خانی و همکاران، رفتاردرمانی دیالکتیک در بهبود نگرش به زندگی زنان افسرده مؤثر است. آن‌ها تأثیر معنادار رفتاردرمانی دیالکتیک را بر افسردگی بررسی کردند (۲۶). همچنین آنتونی مطالعه‌ای فراتحلیل از پژوهش‌های صورت‌گرفته در زمینهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک تا سال ۲۰۰۶ انجام داد. نتایج فراتحلیل‌های این پژوهش از اندازهٔ اثر یازده مطالعه در این زمینه مشخص کرد که درمان مذکور نه‌تنها اثرات بزرگی بر افسردگی و اثرات متوسطی بر شاخص‌های مرتبط با آن، بعد از درمان درمقایسه با قبل از آن نشان می‌دهد، بلکه این اثرات را طی دوران پیگیری حفظ می‌کند (۲۷).

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند به این دلیل باشد که درمان بیان‌شده دارای ساختار روشنی است و از تکنیک‌های رفتاری استفاده می‌کند (۲۲). یکی از ویژگی‌های افراد دارای افسردگی و همچنین افراد مبتلا به افسردگی پس از زایمان این است که در ایجاد فاصله با تجارب درونی و بیرون‌آمدن از آن‌ها عملکرد خوبی ندارند. در این درمان با روش دیالکتیک ازطریق ترکیب‌کردن تمرینات ذهن‌آگاهی با تمرینات رفتاری، مادران دارای افسردگی در حالتی بدون قضاوت به مشاهدهٔ خُلق افسردهٔ خود و پیامدهای فیزیولوژیک، ذهنی، رفتاری و احساسی آن می‌پردازند و علاوه‌بر سعی در پذیرش وجود این حالت، روش‌های گذر از این وضعیت را یاد می‌گیرند؛ همچنین با تکرار و تمرین این یادگیری‌ها، آن را به سبک خودکار ذهن خود تبدیل می‌کنند. این تمرینات درنهایت باعث رهایی و فاصله‌گرفتن از هیجاناتی مثل خُلق افسرده و ایجاد هیجانات مثبت می‌شود (۱۳). ازطرفی رفتاردرمانی دیالکتیک ابتدا به مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان می‌آموزد که بتوانند هیجان‌های خود را شناسایی کرده و آن را اول برای خودشان توصیف کنند؛ در مرحلهٔ بعد بتوانند هیجان‌های طرف مقابل را بشناسند و از دیدگاه همسرشان موضوع را ببینند (۸)؛ همچنین به آن‌ها مهارت‌های رفتاری و گفت‌وگوی مبتنی‌بر هدف را می‌آموزد. وقتی که این افراد یاد می‌گیرند درعوض گیرکردن در هیجاناتشان، نگرانی‌های خود را با همسرشان در میان بگذارند، این تعامل و گفت‌وگو می‌تواند شدت هیجانات آشفته‌ساز آن‌ها را کاهش دهد (۸). به همین منظور پیشنهاد می‌شود ازطریق متخصصان، این بیماران به روان‌شناسان ارجاع داده شوند تا ازطریق رفتاردرمانی دیالکتیک، تحت درمان قرار گیرند.

پژوهش حاضر با محدودیت فقدان مرحلهٔ پیگیری طولانی‌مدت مواجه بود که بر این اساس یافته‌های به‌دست‌آمده باید با احتیاط ارزیابی و تعمیم شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی در بازهٔ زمانی طولانی‌تر پیگیری تکرار شود. به‌علاوه در سایر مشکلات مربوط به پس از زایمان و شهرها و قومیت‌های مختلف و سایر رویکردهای روان‌درمانی، اثربخشی این درمان‌ها مطالعه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج این پژوهش، رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود تصویر بدنی و کاهش افسردگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مؤثر است. بر همین اساس نتیجه گرفته می‌شود که این درمان، درمان مفیدی برای افراد مبتلا به افسردگی پس از زایمان در راستای غلبه بر مشکلات مربوط به تصویر بدنی و افسردگی آنان است.

۶ تشکر و قدردانی

از تمام عزیزانی که به‌نحوی در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش رعایت این ملاحظات اخلاقی رعایت شد: رضایت شرکت‌کنندگان؛ حفظ محرمانگی اطلاعات هویتی؛ اطلاع از موضوع و هدف پژوهش؛ تفسیر نتایج در صورت تمایل شرکت‌کنندگان؛ وجودنداشتن بار مالی برای شرکت‌کنندگان. این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

به‌منظور تطبیق و بازسازی نتایج پژوهش و دسترسی‌های بیشتر، داده‌های تحلیل‌شده ازطریق ارسال ایمیل به نویسنده دردسترس است.

تضاد منافع

این مقاله بخشی از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) است. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

مشارکت نویسندگان

در این پژوهش نویسندهٔ اول، جمع‌آوری اطلاعات، اجرای پروتکل درمان، انجام تحلیل‌های آماری و تفسیر آن‌ها را انجام داد. نویسندهٔ دوم بررسی و اجرای پروتکل پژوهش و مشاوره و هدایت بخش‌های مختلف پژوهش و همچنین جمع‌بندی نهایی را بر عهده داشت. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Sadock BJ, Sadock VJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry-behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Kim S, Soeken TA, Cromer SJ, Martinez SR, Hardy LR, Strathearn L. Oxytocin and postpartum depression: delivering on what's known and what's not. Brain Res. 2014;1580:219–32. https://dx.doi.org/10.1016/j.brainres.2013.11.009

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

3. Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenberg R, Epperson CN, Deligiannidis KM, Rubinow DR, et al. Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. Lancet. 2018;392(10152):1058–70. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31551-4
4. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. Annu Rev Med. 2019;70(1):183–96. https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106
5. Salary P, Banafshe E, Hebrani P, Jabbari Nooghabi H. On the relationship between maternal fatigue and postpartum depression. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010;11(4):302–11. [Persian] https://jfmh.mums.ac.ir/article_1214.html?lang=en
6. Lee DTS, Yip ASK, Chan SSM, Tsui MHY, Wong WS, Chung TKH. Postdelivery screening for postpartum depression. Psychosom Med. 2003;65(3):357–61. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000035718.37593.87
7. Hartley E, Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H, Hill B. A qualitative insight into the relationship between postpartum depression and body image. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2021;39(3):288-300. https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1710119
8. Miri N, Nayyeri M. Comparison the effectiveness of dialectical behavior therapy, drug therapy and their combination methods on depression and irrational beliefs in women with postpartum depression. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2019;7(2):1–9. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-1335-en.html
9. Allen M, Walter E. Personality and body image: a systematic review. Body Image. 2016;19:79-88. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.08.012
10. Silveira ML, Ertel KA, Dole N, Chasan-Taber L. The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. Arch Womens Ment Health. 2015;18(3):409–21. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0525-0
11. Gupta MA, Gupta AK. Cutaneous body image dissatisfaction in eating disorders. In: Strumia R; editor. Eating disorders and the skin. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2013. https://doi.org/10.1007/978-3-642-29136-4_19
12. Manaf NA. The prevalence and inter-relationship of negative body image perception, depression and susceptibility to eating disorders among female medical undergraduate students. J Clin Diagn Res. 2016;10(3):VC01–VC04. https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/16678.7341
13. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: a practitioner's guide. Mansouri Rad. (Persian translator). Tehran: Arjmand; 2014.
14. Narimani M, Bagiyan-Kulemarez MJ, Bavand-Poouri AR, Bakhti M. The effectiveness of group psychotherapy based on dialectical behavior therapy (DBT) on the degree of craving and difficulty in emotional self-regulation of methamphetamine users. Clinical Psychology 2015;6(4):85–101. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/index.php/article_2185.html?lang=en
15. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150(6):782–6. https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782
16. Souto CMRM, Garcia TR. Construction and validation of a Body Image Rating Scale: a preliminary study. Int J Nursing Term Class. 2002;13(4):117–26. https://doi.org/10.1111/j.1744-618x.2002.tb00415.x
17. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
18. Lydsdottir LB, Howard LM, Olafsdottir H, Thome M, Tyrfingsson P, Sigurdsson JF. The psychometric properties of the Icelandic version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) when used prenatal. Midwifery. 2019;69:45-51. doi: https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.009.
19. Ahmadi Kani Golzar A, Goli Zadeh Z. Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2015;3(3):1–10. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-611-en.html
20. Taheri Torbati H, Bolghan-Abadi M, Ghoddosi Tabar M. Preliminary psychometric properties of Satisfaction with Body Image Scale. Journal of Research Behavioural Sciences. 2014;11(6):522-31. https://rbs.mui.ac.ir/article-1-344-en.html
21. Aghagedi P, Golparvar M, Aghaei A, Khayatan F. The effects of forgiveness-based mindfulness therapy and emotionally focused therapy on depression and resiliency in women affected by their husbands' infidelity. Community Health. 2018;1(35):1–11. [Persian] http://chj.rums.ac.ir/article_76550.html?lang=en
22. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug Alcohol Depend. 2002;67(1):13–26. https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00011-x
23. Alizadeh A, Alizadeh E, Mohamadi A. Effectiveness of individual dialectical behavior therapy skills training on major depression. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2013;1(2):62–9. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-73-en.html

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

24. Abolghasemi A, Jafary E. Asar bakhshi rafter darmani dialectici bar tasvir badani va khodkaramadi dar dokhtaran mobtala be porkhori asabi [The effectiveness of dialectical behavior therapy on body image and self-efficacy in girls with bulimia nervosa]. Clinical Psychology 2012;4(2):29–37. [Persian]
25. Amani M, Abolghasemi A. The effectiveness of group training of dialectical behavior therapy concepts on improvement of emotional recognition strategies and decrease of obsessive-compulsive disorder (OCD). Clinical Psychology and Personality. 2020;14(2):125–34. [Persian] http://cpap.shahed.ac.ir/article_2787.html?lang=en
26. Khani H, Belir S, Zamani S, Zamani N. Efficacy of dialectical behavior therapy on depression. J Mazandaran Univ Med Sci. 2015;25(127):113–18. [Persian] http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-5942-en.html
27. Anthony C. A qualitative and quantitative review of the published research on dialectical behavior therapy: An update on Scheel [PhD dissertation]. USA: College of psychology, Sam Houston State University; 2007.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]