

Effect of cognitive rehabilitation training on promotion of emotion regulation in women with postpartum depression

Masoud Sayadi^{1,2}, Zahra Eftekhar Saadi², Behnam Makvandi², Fariba Hafezi²

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

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

Corresponding Author: Zahra Eftekhar Saadi, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Email: eftekharsaadi@yahoo.com

Masoud Sayadi ORCID: 0000-0002-9850-0462

Zahra Eftekhar Saadi ORCID: 0000-0002-9850-0462

Behnam Makvandi ORCID: 0000-0002-6285-3805

Fariba Hafezi ORCID: 0000-0002-7453-8327

Received: 05/03/2019

Accepted: 22/05/2019

Abstract

Introduction: Depression is one of the most common postpartum disturbances. Also, women with postpartum depression have emotional regulation problems.

Aim: The aim of this study was to investigate the effect of cognitive rehabilitation training on emotional regulation of women with postpartum depression.

Method: The research method was based on semi-experimental, pre-test, post-test and follow-up in relation to the control group. The sample consisted of 40 women with postpartum depression who were selected based on available simple random sampling. The groups were matched in terms of age, education, severity of depression, etc. Both groups were evaluated in the stages of pretest and post-test by emotional regulation questionnaire (Garnovskii,2001). For analysis of data, covariance analysis and SPSS19 software was used.

Results: The data analysis indicated that cognitive rehabilitation in the experimental group compared with the control group had a significant change in the emotional regulation scores, and this effect has continued during the follow-up phase ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the findings of this study, cognitive rehabilitation therapy can be used to treatment of emotional regulation in women with postpartum depression

Keywords: Cognitive rehabilitation, Emotional regulation, Women, Postpartum depression

How to cite this article : Sayadi M, Eftekhar Saadi Z, Makvandi B, Hafezi F. Effect of cognitive rehabilitation training on promotion of emotion regulation in women with postpartum depression. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2019; 6 (3): 31-45 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-506-fa.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

بررسی اثربخشی توان بخشی شناختی بر تنظیم هیجانی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شهر بوشهر

مسعود صیادی^۱، زهرا افتخار صعادی^۲، بهنام مکوندی^۲، فریبا حافظی^۲

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

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

نویسنده مسئول: زهرا افتخار صعادی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. ایمیل: eftekharsaadi@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۴

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از اختلالات شایع دوره پس از زایمان است همچنین، زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان دارای مشکلاتی در تنظیم هیجانی هستند.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی توان بخشی شناختی بر تنظیم هیجانی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروهها از لحاظ سن، تحصیلات، شدت افسردگی و ... همتاسازی شدند. گروهها از نظر تنظیم هیجانی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارزیابی شدند. برای تحلیل دادهها از روش تحلیل کواریانس چند متغیری و نرم افزار SPSS ۱۹ استفاده شد.

یافتهها: نتایج حاصل از تحلیل دادهها نشان داد، توان بخشی شناختی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل باعث تغییر معنی دار در نمرات تنظیم هیجانی شده است و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: بنابراین می توان نتیجه گرفت که توان بخشی شناختی می تواند در تنظیم هیجانی افراد مبتلا به افسردگی پس از زایمان مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژهها: توان بخشی شناختی، تنظیم هیجانی، زنان، افسردگی پس از زایمان

مقدمه

یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان^۱ است که حداکثر طی دو تا شش هفته بعد از زایمان شروع می‌شود و علائم آن شامل گریه کردن، دل‌سردی، خلق ناپایدار، احساس عدم کفایت و ناتوانی در نقش مادری است (فریتز^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). میانگین فراوانی افسردگی پس از زایمان حدود ۱۳ درصد است، اما برخی مطالعات در کشور ایران میزان آن را تا ۴۲/۱۳ درصد نیز گزارش کردند (شریفی، ۱۳۸۷). با اینکه علت افسردگی پس از زایمان مشخص نیست، اما این اختلال یک اختلال چندعاملی است که از عوامل مهم آن می‌توان به تغییرات هورمونی پس از زایمان، تطبیق روان‌شناختی لازم پس از تولد، کمبود خواب و مراقبت از نوزاد اشاره کرد (رابرتز و هنسن^۳، ۲۰۱۷). افسردگی پس از زایمان کیفیت ارتباط عاطفی مادر و کودک را تغییر می‌دهد و علاوه بر آن روابط درون خانواده، بهداشت روان خانواده و جنبه‌های مختلف رابطه با همسر را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مشکلات متعددی را به وجود می‌آورد (هاوز^۴ و همکاران، ۲۰۱۶).

تعدادی از محققان به نقش مهم الگوهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی به‌عنوان عاملی میانجی در ابتلاء فرد به افسردگی اشاره نموده‌اند (گروس^۵، ۱۹۹۵ و کرینگ^۶، ۲۰۰۴) برخی از مؤلفان نیز افسردگی را یک اختلال ناشی از تنظیم هیجان می‌دانند و آن را پیامد بدکارکردی های تنظیم هیجان می‌دانند (کامپر^۷، ۲۰۱۴). بر طبق این نظریات، علائم و نشانه‌های افسردگی پیامد نقص فرد در تنظیم هیجان خود به

صورت سازگارانه و صحیح است (اودریسکول^۸، ۲۰۱۴). افسردگی به‌عنوان بخشی از یک سندرم هیجانی (بارلو^۹، ۲۰۰۴)، ارتباطی نسبتاً قوی با برخی از روش‌های تنظیم هیجان دارد (الدئو^{۱۰}، ۲۰۱۰) به گونه‌ای که نه فقط به واسطه تجربه هیجان غیرعادی تعیین می‌شود، بلکه به واسطه تنظیم هیجان، ناهنجار نیز شناخته می‌شود (ماروکوین^{۱۱}، ۲۰۱۱). مشکلات تنظیم هیجان در مواردی همچون اختلال‌های خلقی و اضطرابی، به حدی برجسته است که این اختلالات اساساً بر پایه هیجان‌ات منفی تعریف شده‌اند (لوئن^{۱۲}، ۲۰۱۰).

بر اساس نظر گروس^{۱۳} (۲۰۰۹) و گراتز و رومر^{۱۴} (۲۰۰۴)، تنظیم هیجانی به‌صورت فرایندهای درونی و بیرونی که مسئول ثبت ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی هستند و به‌خصوص الگوهای موقتی در جهت رسیدن به هدف تلقی می‌شوند تعریف می‌شود. راهبردهای نه‌گانه تنظیم شناختی هیجان را به دو نوع راهبرد مجزا تقسیم کرده‌اند: راهبردهای انطباقی یا سازگارانه؛ شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و پذیرش و راهبردهای غیر انطباقی یا ناسازگارانه؛ شامل خود سرزنش‌گری، سرزنش دیگری، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی (گارفنسکی^{۱۵}، ۲۰۰۱). از آنجا که افسردگی پس از زایمان یکی از عوارض شایع پس از زایمان است که می‌تواند بر سلامت مادر و چگونگی ارتباط وی با نوزاد و خانواده تأثیر منفی بگذارد (گلداین^{۱۶}، ۲۰۱۵) همچنین تنظیم هیجانی یکی از

8. O'Driscoll

9. Barlow

10. Aldao

11. Marroquin

12. Sloan

13. Gross JJ

14. Gratz KL, Roemer L

15. Garnefski

16. Goldin

1. Postpartum Depression

2. Freitas

3. Roberts TA, Hansen S

4. Hawes

5. Gross

6. Kring

7. Compare

تنظیم شناختی هیجان می‌تواند علائم اختلال افسردگی را کاهش دهد.

توان بخشی شناختی به مجموعه آموزش‌هایی اطلاق می‌شود که مبتنی بر ادغام یافته‌های علوم اعصاب شناختی و فناوری اطلاعات با تکیه بر اصل انعطاف‌پذیری مغز و غال با به شکل بازی است (گاگیاردی^۴، ۲۰۱۵). توان بخشی شناختی یکی از شیوه‌هاست که روشی جهت بازگرداندن ظرفیت‌های شناختی از دست‌رفته است که توسط تمرینات و ارائه محرک‌های هدفمند صورت می‌پذیرد و هدف آن بهبود عملکرد فرد در اجرای فعالیت‌ها از طریق بهبود ادراک، توجه، حافظه، حل مسئله، هوشیاری، انعطاف‌پذیری، مفهوم‌سازی و غیره است (پیننگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۳).

رویکردی که در اجرای آموزش توان بخشی شناختی این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد و در دهه‌های اخیر نیز تمایل برای استفاده از آن افزایش یافته، استفاده از رایانه در زمینه درمان مشکلات شناختی است که باعث گسترش برنامه‌های آموزش شناختی مبتنی بر رایانه شده است. این برنامه‌ها قابلیت تنظیم سطح دشواری تکلیف از ساده به مشکل بر اساس تفاوت‌های فردی و مشکلات آنان را دارند (گایتان^۶، ۲۰۱۳). در این روش درمانگر اطلاعات حاصل از ارزیابی جلسات را در نظر گرفته و مبتنی بر آن تکالیفی برای تقویت کارکردهای شناختی مغز طراحی می‌کند که با پیشرفت بیماری، درجه دشواری تکلیف را افزایش می‌دهد (لاک وود^۷، ۲۰۱۷).

پژوهش‌های نسبتاً زیادی درباره تأثیر آموزش توان بخشی شناختی بر برخی اختلالات انجام شده، اما

عوامل مهم و اساسی بهزیستی و کنش وری موفق بوده و نقشی مهم در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی دارد و مهارتی مهم در مواجهه با مشکلات فردی و اجتماعی همچنین اختلالات خلقی محسوب می‌گردد (کافتسیوس^۱ و همکاران، ۲۰۱۳)، توجه به فرایندهای شناختی و هیجان در درمان این اختلال از اهمیت و ضرورت فراوانی برخوردار است.

در این راستا، یکی از رویکردهای درمانی که می‌تواند در زمینه درمان افسردگی پس از زایمان مورد استفاده قرار بگیرد آموزش توان بخشی شناختی^۲ است. اثربخشی توان بخشی شناختی در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است برای مثال مرادی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که از میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگری، تمرکز مجدد مثبت و خود سرزنش‌گری به عنوان سازه‌های مرتبط با علائم افسردگی در زنان متأهل است و این متغیرها را به عنوان عواملی مهم در ارتباط با پیشگیری و درمان افسردگی مورد بررسی قرار دادند (مرادی، ۱۳۹۶). در پژوهشی دیگر باقری‌نیا و همکاران گزارش کردند که درمان شناختی رفتاری و درمان حضور ذهن تأثیر معنی‌دار در بهبود تنظیم هیجانی افراد مبتلا به افسردگی اساسی دارد (باقری‌نیا، ۱۳۹۴).

همچنین شیری و همکاران در پژوهشی به بررسی اثربخشی توان بخشی شناختی بر بهبود تشخیص حالات هیجانی در کودکان دارای اتیسم با عملکرد بالا پرداختند. اندازه اثر نشان داد آموزش توان بخشی شناختی بر تشخیص حالات هیجانی مؤثر بوده است (شیری، ۱۳۹۳). نتایج پژوهش برکینگ^۳ و همکاران دیگر (۲۰۱۳)، نشان داد اصلاح راهبردهای ناسازگارانه

4. Gagliardi

5. Pepping

6. Gaitan

7. Lockwood

1. Kafetsios

2. Cognitive Training

3. Berking

پژوهش‌های کمتری درباره تأثیر آموزش توانبخشی شناختی بر تنظیم هیجانی انجام شده و حتی گاهی نتایج آن‌ها نیز متناقض می‌باشند، از طرفی با توجه به تئوری‌های زیاد در پدید آمدن افسردگی، به نظر می‌رسد قبل از اجرای درمان، باید به عوامل میانجی که نقش مهمی در ابتلای فرد به افسردگی دارند، توجه شود بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش توانبخشی شناختی بر تنظیم هیجانی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش

مطالعه حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۶ بودند که از میان آنان ۴۰ زن با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفتند همچنین، گروه‌ها از لحاظ سن، تحصیلات، شدت افسردگی و ... هم‌تاسازی شدند. در روش نمونه‌گیری در دسترس پس از هماهنگی با مسئولان مراکز بهداشتی درمانی از میان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تعداد ۴۰ نفر که تمایل به شرکت در دوره آموزشی را داشتند، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی به دو گروه مساوی (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) تقسیم شدند و سپس به‌صورت تصادفی یکی از گروه‌ها به‌عنوان گروه آزمایش و دیگری به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شد. مهم‌ترین ملاک‌های ورود به مطالعه شامل گذشتن حداقل دو هفته از زایمان، داشتن سن ۲۰ تا ۳۵ سال، داشتن افسردگی پس از زایمان بر اساس مصاحبه

بالینی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم که از طریق بررسی پرونده پزشکی، پرسشنامه تشخیص افسردگی و فرم مصاحبه اولیه مورد ارزیابی قرار گرفت؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: ابتلای هم‌زمان به اختلالات روانی مانند روان‌پریشی توأم با توهم و هذیان، اختلال شناختی مغزی، دوقطبی شدید و اختلال شخصیت همچنین بیماری‌های جسمی خاص از قبیل سرطان، دیابت شدید و ام‌اس که از طریق بررسی پرونده پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفت، غیبت دو جلسه و یا بیشتر از آن، مصرف داروهای روان‌پزشکی، استفاده از روش‌های درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان، عدم تمایل به همکاری، عدم امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و پرسشنامه‌هایی بود که ناقص تکمیل شده بود. نحوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه و انتخاب آزمودنی‌ها، نمونه‌ها به دو گروه ۲۰ نفره تقسیم شدند و گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به‌صورت انفرادی آموزش شناختی دریافت کرد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. محتوی مداخله توسط سولبرگ و ماتیر^۱ (۲۰۰۱) طراحی و توسط عباسی و همکاران مورد استفاده و تأیید قرار گرفت که محتوی به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارائه شد (عباسی، ۱۳۹۶). گروه‌ها از نظر متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به کمک ابزارهای زیر مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی به کمک نرم‌افزار SPSS ۱۹ با خطای ۰/۰۵ تحلیل شدند. در سطح توصیفی برای توصیف توزیع متغیرها از شاخص‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی برای آزمون فرض‌های آماری از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) استفاده شد.

^۱. Sohlberg & Mateer

ابزار

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: این پرسشنامه توسط محقق یا محققین دیگر و به منظور تعیین مشخصات جمعیت شناسی آزمودنی از جمله سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و نیز بررسی ملاک‌های حذف و متغیرهای کنترل (معیارهای ورود و خروج) تهیه و استفاده شد. این آزمون فقط جهت غربال استفاده شده است و برای سنجش متغیرهای ذیل مورد استفاده قرار گرفت:

- وضعیت اشتغال (شاغل/خانه دار)

- رضایت از جنسیت کودک (دارد/ندارد)

- نوع زایمان (خواسته/ناخواسته)

- روش زایمان (طبیعی/سزارین)

نوع تغذیه کودک (شیرخشک/طبیعی)

و سایر معیارهای ورود و خروج پژوهش

مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ^۱: این پرسشنامه برای اندازه‌گیری افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان به کار می‌رود این پرسشنامه توسط کوکس^۲ و همکاران در سال ۱۸۹۷ تدوین شده است (کوکس^۳، ۱۹۸۷). اختلال افسردگی پس از زایمان شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، با استفاده از مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ مشخص شد. مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، توسط محققان بسیاری در شناسایی افراد در معرض خطر برای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان و یا تعیین شدت این اختلال قبل از ارائه برنامه مداخله ای استفاده شده است (مائو^۴، ۲۰۱۲، برنز^۵، ۲۰۱۳). این پرسشنامه ۱۰ سؤالی حالات روان شناختی مادر را بررسی و

سؤال‌های آن در مقیاس لیکرت از صفر تا سه نمره گذاری می‌کند و کسب نمره ۱۳ یا بالاتر به عنوان اختلال افسردگی پس از زایمان محسوب می‌شود (۲۸). ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در پژوهش‌های خارج و داخل کشور تأیید شده است (آدونارد^۶، ۲۰۰۵). پژوهشگران اعتبار نسخه فارسی آزمون مذکور را از طریق بازآزمایی (۰/۸) و آلفای کرونباخ (۰/۷۷) حساسیت آن را ۹۵/۳ و اختصاصی بودن آن را ۸۷/۹ درصد گزارش کرده‌اند (نظری، ۱۳۸۴). شایان ذکر است که در پژوهش حاضر از این مقیاس در کنار انجام مصاحبه بالینی جهت تعیین افسردگی پس از زایمان شرکت‌کنندگان پیش از انجام مداخله استفاده شده است.

مقیاس تنظیم شناختی هیجان^۷: مقیاس تنظیم شناختی هیجان (CERQ) توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) در کشور هلند تهیه شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و دارای ۳۶ ماده است (گرنوسکی، ۲۰۰۱). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، از ۹ خرده مقیاس و ۳۶ ماده تشکیل شده است. پنج خرده مقیاس این پرسشنامه راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و چهار خرده مقیاس دیگر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان هستند. الف) راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار محسوب می‌شوند که عبارت‌اند از ۱. پذیرش، ۲. توجه مجدد مثبت، ۳. توجه مجدد به برنامه‌ریزی، ۴. ارزیابی مجدد مثبت، ۵. اتخاذ دیدگاه. ب) راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان از راهبردهای مقابله‌ای نابهنجار محسوب می‌شوند که عبارت‌اند از: ۱. سرزنش خود ۲. نشخوار ذهنی ۳. فاجعه‌آمیز پنداری ۴. سرزنش

¹. Edinburgh Postnatal Depression Scale

². -Cox JL

³. Cox

⁴. Mao

⁵. Burns

⁶. Adouard

⁷. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

دیگران. دامنه نمرات هر سؤال مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است. نمرات بالا در هر خرده مقیاس، بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است؛ بنابراین هر فرد در این پرسشنامه ۱۱ نمره جداگانه می‌تواند دریافت کند. همچنین از جمع کل نمرات ۳۶ ماده نیز یک نمره کلی به دست می‌آید که بیانگر استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است و می‌تواند در دامنه ایی از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار بگیرد. در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون، گارنفسکی و همکاران، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آوردند و روایی آن با توجه به تحلیل عاملی معتبر بوده است (سامانی، ۱۳۹۰). کفایت روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط سامانی و صادقی مطلوب گزارش شده و ضریب آلفا برای این عوامل ۰/۹۱ تا ۰/۶۲ و ضریب بازآزمایی آن در دامنه

۰/۸۸ تا ۰/۷۹ بوده است (سامانی، ۱۳۹۰). نسخه فارسی تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط حسنی (۲۰۱۰) اعتبار یابی شده است (حسنی، ۱۳۸۹). برای پایایی ابزار داده‌ها در این پژوهش، از روش همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیر مقیاس‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۱، برای راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان ۰/۸۹ و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان ۰/۸۵ به دست آمد.

برنامه توان‌بخشی- شناختی که در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت، مبتنی بر مدل سلسله مراتبی سولبرگ و ماتیر (۲۰۰۱) بود. این مدل بر بهبود فرایندهای شناختی زیربنایی و مولکولی و با تأکید بر بهبود کارکردهای اجرایی تهیه گردیده است. محتوای جلسات درمانی به صورت خلاصه به شرح زیر است (سولبرگ و ماتیر، ۲۰۰۱):

جدول ۱ محتوی مداخله توان‌بخشی شناختی به تفکیک جلسات

جلسات	محتوی
اول	آشنایی و برقراری اتحاد درمانی، آشنایی با روش‌ها و تمرین‌های شناختی و اندازه‌گیری خط پایه کارکردهای شناختی
دوم	انجام تمرین‌های توجهی شامل گوش‌به‌زنگی با محرک‌های شنیداری (اعداد، کلمات، جملات و غیره) و بررسی رویدادهای استرس‌زای زندگی
سوم	ارائه کاربرگ توضیحات آموزش شناختی، آموزش مهارت عناصر توجهی (خواندن متن و پیدا کردن حروف و کلمات از قبل تعیین شده) و انجام تمرین‌های توجهی شامل حفظ توجه
چهارم	آموزش تمرین‌های توجهی دیداری و شنیداری و تمرین‌های حافظه (توجه انتخابی و پردازش توجهی)
پنجم	آموزش تمرین‌های تغییر توجه، درک مطلب و بسط شناختی
ششم	انجام تمرین‌های رعایت نظم نزولی و صعودی جهت حفظ توجه و خواندن برای درک مطلب و جستجوی هم‌زمان حروف یا کلمات از قبل تعیین شده
هفتم	تقویت حافظه منطقی، دیداری و شنیداری به کمک اعداد، حروف، اشکال، کلمات و جملات
هشتم	بهبود حافظه کلامی و تصویری، سازماندهی کلامی و ساخت تداعی‌های زوجی
نهم	انجام تمرین‌های مرتبط با عملکرد اجرایی شامل بیان طرح مربوط به یک تکلیف ساده، طبقه‌بندی، تمایز قائل شدن، حل مسئله و خود دستور دهی
دهم	آموزش و اجرای تمرین‌های حافظه به‌ویژه حافظه حرکتی و تمرین‌های شناختی توجه، جمع‌بندی و خلاصه کردن مطالب جلسات قبل

یافته‌ها

و ۱۱ نفر سزارین (۵۵٪) و در گروه کنترل ۱۳ نفر طبیعی (۶۵٪) و ۷ نفر سزارین (۳۵٪) بودند. نتایج آزمون خی دو نشان داد که دو گروه از لحاظ وضعیت اشتغال ($\chi^2=0/13, P\leq 0/72$) و نوع زایمان (۰/۳۴, $\chi^2=1/62, P\leq 0/72$) تفاوت معناداری نداشتند.

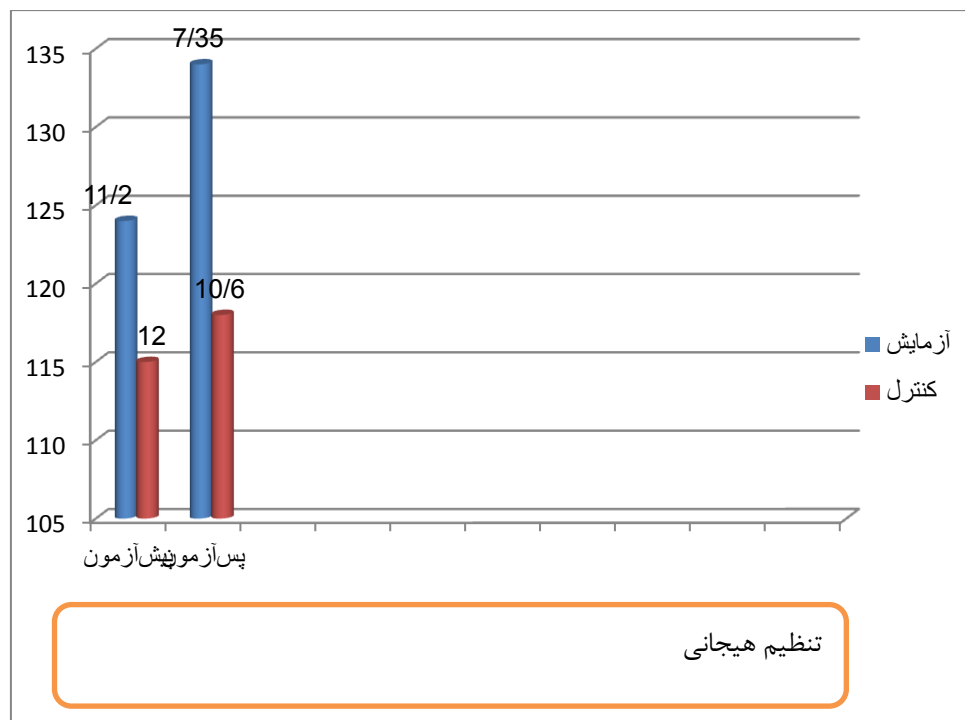
آزمودنی‌ها ۴۰ زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان بودند که ۲۰ نفر در گروه آزمایش (۵۰٪) و ۲۰ نفر در گروه کنترل (۵۰٪) جایگزین شدند. در گروه آزمایش ۵ نفر شاغل (۲۵٪) و ۱۵ نفر خانه‌دار (۷۵٪) و در گروه کنترل ۶ نفر شاغل (۳۰٪) و ۱۴ نفر خانه‌دار (۷۰٪) بودند. همچنین از لحاظ نوع زایمان ۹ نفر طبیعی (۴۵٪)

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
تنظیم هیجان	گروه آزمایش	۱۲۴/۲۰	۱۳۴/۱۰	۱۱/۴۰	
	گروه کنترل	۱۱۵/۷۵	۱۱۸/۵۵	۶/۹۵	

همچنین نمودار ستونی مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل در نمودار ۱ ارائه شد.

در جدول ۲، نتایج میانگین و انحراف معیار تنظیم هیجان به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون قابل مشاهده است.



نمودار ۱ نمودار ستونی مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل ارزیابی

در نمودار ۱ مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مفهوم سازی، انعطاف پذیری ذهنی، آغازگری و طرح پذیری، بازداری و حافظه شنیداری گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون قابل مشاهده است. پیش از انجام تحلیل داده ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش فرض های آن بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند که این یافته ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس های کوواریانس و فرض برابری واریانس ها برقرار است. علاوه بر آن نتایج

آزمون کرویت بارتلت معنادار بود که این یافته حاکی از آن است که همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته وجود دارد؛ بنابراین شرایط استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری وجود دارد. برای بررسی تأثیر آموزش توان بخشی شناختی بر ارتقاء تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان از آزمون چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شد.

نتایج آزمون لون نشان داد که فرض برابری خطای واریانس در متغیر تنظیم هیجانی ($F=0.72, sig=0.40$) تأیید می گردد نتایج تحلیل کوواریانس در جداول ذیل نشان داده شده است:

جدول ۳ تعیین تأثیر عوامل بین آزمودنی ها متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

منابع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	Partial η^2
مدل تصحیح شده	۳۷۹۳/۰۱۰	۲	۱۸۹۶/۵۰۵	۳۴/۸۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳
عرض از مبدأ	۵۳۳۷/۳۴۳	۱	۵۳۳۷/۳۴۳	۹۸/۰۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲۶
پیش آزمون	۱۳۷۴/۹۸۵	۱	۱۳۷۴/۹۸۵	۲۵/۲۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۶
گروه	۱۴۸۵/۲۰۷	۱	۱۴۸۵/۲۰۷	۲۷/۲۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲۴
خطا	۲۰۱۳/۷۶۵	۳۷	۵۴/۴۲۶			
کل	۶۴۴۱۲۷/۰۰	۴۰				

۴۲/۴ درصد واریانس تنظیم هیجانی توسط توان بخشی شناختی تبیین می گردد.

نتایج نشان داد پس از تعدیل اثر پیش آزمون، توان بخشی شناختی در کاهش تنظیم هیجانی آزمودنی ها معنی دار بود. ضریب ها نشان می دهد که

جدول ۴ برآورد اندازه اثر درمان توان بخشی شناختی بر تنظیم هیجانی

پارامتر	B	خطای استاندارد	t	سطح معنی داری	حدود اطمینان ۹۵٪	Partial η^2
عرض از مبدأ	۷۷/۷۷۶	۸/۲۷۸	۹/۳۹۵	۰/۰۰۱	حد پایین ۶۱/۰۰۳ حد بالا ۹۷/۵۴۹	۰/۷۰۵

۰/۴۰۶	۰/۴۹۴	۰/۲۱۰	۰/۰۰۱	۵/۰۲۶	۰/۰۷۰	۰/۳۵۲	پیش‌آزمون
۰/۴۲۴	۱۷/۴۵۰	۷/۶۹۷	۰/۰۰۱	۵/۲۲۴	۲/۴۰۷	۱۲/۵۷۳	گروه آزمایش

اثر توان‌بخشی شناختی بر تنظیم هیجانی بین ۷/۷۰ تا ۱۷/۴۵ واحد بهبود تنظیم هیجانی است.

برآورد پارامتر نشان می‌دهد که اندازه اثر درمان توان‌بخشی شناختی در بهبود تنظیم هیجانی در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار است. برآورد نشان می‌دهد اندازه

جدول ۵ میانگین‌های تعدیل‌شده

حدود اطمینان ۹۵٪		خطای استاندارد	میانگین	
حد بالا	حد پایین			
۱۳۶/۰۰۸	۱۲۹/۲۱۶	۱/۶۷۶	۱۳۲/۶۱۲	گروه آزمایش
۱۲۳/۴۳۴	۱۱۶/۶۴۲	۱/۶۷۶	۱۲۰/۰۳۸	گروه کنترل

نیا و همکاران (۱۳۹۴) گزارش کردند که درمان شناختی رفتاری و درمان حضور ذهن تأثیر معنی‌دار در بهبود تنظیم هیجانی افراد مبتلا به افسردگی اساسی دارد. همچنین نتایج پژوهش برکینگ^۲ و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد اصلاح راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان می‌تواند علائم اختلال افسردگی را کاهش دهد. نتایج پژوهش با یافته‌های پژوهش عالم دیانتی (۱۳۹۶) نیز همسو است وی ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان (سرزنش دیگران، فاجعه انگاری و نشخوارگری) در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری مؤثر است.

برای درک تأثیرگذاری توان‌بخشی شناختی بر تنظیم هیجانی ابتدا باید ماهیت اختلال بررسی شده را مورد توجه قرار داد. اصولاً افراد افسرده در برخورد با شرایط ناگوار، از راهبردهای هیجانی متفاوتی استفاده می‌کنند.

میانگین تعدیل‌شده تنظیم هیجانی گروه آزمایش ۱۳۲/۶۱ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد میانگین بین ۱۲۹/۲۲ تا ۱۳۶/۰۱ بوده است. میانگین تنظیم هیجانی گروه کنترل برابر با ۱۲۰/۰۴ بوده که با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین تنظیم هیجانی آزمودنی‌های گروه کنترل بین ۱۱۶/۶۴ تا ۱۲۳/۴۳ است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش توان‌بخشی شناختی بر ارتقاء تنظیم هیجانی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام شد. یافته‌ها نشان‌دهنده تأثیر معنی‌دار توان‌بخشی شناختی باعث بر تنظیم هیجانی بود. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های مردانی و همکاران (۱۳۹۶)، باقری نیا و همکاران (۱۳۹۴)، شیری و همکاران (۱۳۹۲) و برکینگ^۱ و همکاران (۲۰۱۳)، مؤمنی و همکاران (۱۳۹۶) همسو بود. برای مثال باقری

^۲. Berking

^۱. Berking

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که افسردگی نه تنها به‌وسیله تجربه‌ی هیجانی ناهنجار شناخته می‌شود (مثلاً عاطفه‌ی مثبت پایین و عاطفه‌ی منفی بالا) بلکه همچنین به‌وسیله راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان نیز مشخص می‌شود. در نمونه‌های بالینی استفاده بیشتر از نشخوار فکری در پاسخ به هیجانات منفی، شروع، طول مدت و عود دوره‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین نقص در تنظیم شناختی هیجانات نقش مرکزی را در رشد بر، افسردگی بازی می‌کند (مارکوئین^۱، ۲۰۱۱) همچنین، در خصوص اینکه اختلال افسردگی با تنظیم هیجانی ارتباط دارد (کمبل سیلز^۲، ۲۰۰۷، گروس، ۱۹۹۵ و مینن^۳، ۲۰۰۷) فرض بر این است که اگر افراد قادر به مدیریت مؤثر پاسخ‌های هیجانی در برابر وقایع روزمره نباشند یا دوره‌های شدید و طولانی مدت آشفتگی را تجربه نمایند، ممکن است افسردگی قابل تشخیص را بروز دهند (مینن، ۲۰۰۷). در برنامه توان‌بخشی شناختی بخشی از تکالیف آموزشی مبتنی است بر ابعاد مختلف هیجان، شناخت اجتماعی و پاسخ‌های هیجانی (نجاتی، ۱۳۹۳) بنابراین بهبود تنظیم توانایی شناخت هیجانات، کنترل آن و پاسخ‌های هیجانی متناسب نقشی مهم در درمان افسردگی دارد به طوری که بعضی از متخصصین تنظیم هیجانی را عامل اصلی تأثیرگذاری در بروز افسردگی می‌دانند چرا که پاسخ‌های هیجانی، اطلاعات مهمی درباره تجربه فرد در ارتباط با دیگران فراهم می‌کنند با این اطلاعات، انسان‌ها یاد می‌گیرند که در مواجهه با هیجانات چگونه رفتار کنند، چگونه تجارب هیجانی را به‌صورت کلامی بیان کنند، چه راهکارهایی را در پاسخ به هیجان‌ها به کار برند و در زمینه هیجان‌های خاص، چگونه با دیگران رفتار کنند

(نریمانی، ۱۳۹۰) که این موارد در این پژوهش از طریق پکیج آموزش توان‌بخشی شناختی به آزمودنی‌های گروه مداخله آموزش داده شد. شواهد نشان می‌دهند که تنظیم هیجانی در کاهش نشانه‌های افسردگی با تغییر فرآیندهای هیجانی و شناختی افراد اثرگذار است (گلداین، ۲۰۱۰).

تبیین دیگری که توسط دروزیر^۴ و همکاران (۲۰۱۳)، ارائه شده است نقش چهار راهبرد عدم پذیرش، نگرانی، نشخوار فکری و ارزیابی مجدد در رابطه بین تنظیم هیجانی با افسردگی است. با استناد به نظریه دروزیر و همکاران، نقش تنظیم هیجانی در رابطه مورد پژوهش ممکن است به‌واسطه فرآیند ارزیابی مجدد باشد. ارزیابی مجدد شامل چارچوب‌بندی یا تنظیم مجدد محرک‌های هیجانی فراخوانده شده به شیوه‌ای است که اثر آن تجربه یا محرک اصلاح شود و یا به گونه‌ای اثر مخرب آن محرک هیجانی تغییر داده شود چرا که تحقیقات فراوانی نشان داده‌اند که گرایش به استفاده از این راهبرد تنظیم هیجانی با سطوح کمتر افسردگی و اضطراب مرتبط است (گارلند^۵، ۲۰۱۱) که یکی از اهداف و رئوس برنامه آموزشی توان‌بخشی شناختی به کار گرفته‌شده در این پژوهش نیز آموزش این راهبردها است. ارزیابی مثبت یک راهبرد شناختی تنظیم هیجان است که شامل تغییر روش‌های فکری، به منظور کاهش فشارهای هیجانی، در موقعیت بالقوه برانگیزاننده‌ی هیجان است که هم منجر به کاهش رفتارهای بیانگر و هم تجربه‌های منفی هیجانی می‌شود (سزیگیل^۶ و همکاران، ۲۰۱۲). تبیین دیگر اینکه افراد مبتلا به اختلال افسردگی به هنگام مواجهه‌شدن با رویدادهای ناخوشایند زندگی که منجر به پدیدآیی هیجان‌های ناخوشایند در افراد می‌شود

⁴. Desrosiers
⁵. Garland
⁶. Szczygie

¹. Marroquin
². Campbell-Sills
³. Mennin

نتیجه‌گیری

زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان دارای مشکلات فراوانی به‌ویژه در زمینه تنظیم شناختی هیجان هستند، لذا نیاز به برنامه‌هایی برای ارتقاء تنظیم شناختی هیجان است که آموزش توان‌بخشی شناختی به دلیل ادغام یافته‌های علوم اعصاب شناختی و فناوری اطلاعات با تکیه بر اصل انعطاف‌پذیری مغز و استفاده از بازی یکی از مهم‌ترین این برنامه‌ها است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که توان‌بخشی شناختی باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شد با توجه به تأثیر آموزش شناختی بر کارکردهای اجرایی، این روش قابلیت کاربرد در مراکز آموزشی و درمانی را دارد و جزء روش‌های درمانی مؤثر در ارتقاء تنظیم هیجان است بنابراین به مسئولان و برنامه‌ریزان فراهم کردن اقدامات برای استفاده از برنامه آموزش توان‌بخشی شناختی و به مشاوران و درمانگران استفاده از برنامه آموزش شناختی برای ارتقاء تنظیم شناختی هیجان پیشنهاد می‌شود. در نتیجه استفاده از برنامه آموزش شناختی برای بهبود و اصلاح تنظیم هیجان به‌ویژه در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان روش مؤثری باشد.

مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و نداشتن فرصت کافی برای استفاده از مرحله پیگیری دو یا سه ماهه جهت بررسی تداوم تأثیر آموزش شناختی بود. محدودیت‌های دیگر، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده و محدود شدن نمونه پژوهش به زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شهر بوشهر بود. محدودیت دیگر عدم وجود گروه یا گروه‌های آزمایش دیگر برای مقایسه نتایج آموزش روش‌های دیگر شناختی با آن بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و یا بلندمدت برای بررسی

به‌جای الحاق معانی مثبت به آن رخداد منفی یا نسبی قلمداد کردن رویداد و اندیشیدن درباره نحوه برخورد و مقابله با آن رویداد، به خودسرزنی و مقصر قلمداد کردن خود می‌پردازند و مدام درباره احساسات و افکار وابسته به آن رخداد به تفکر و نشخوار فکری می‌پردازند. همچنین افراد افسرده رویدادها را مصیبت‌بار و فاجعه‌آمیز تلقی کرده و آن‌ها را قطعی و حل‌نشدنی تلقی می‌کنند. در نهایت، برخی از مؤلفان افسردگی را یک اختلال ناشی از تنظیم هیجان مختل دانسته (جوړمن^۱، ۲۰۱۰) و دوره‌های افسرده‌ساز را پیامد بدکارکردی‌های تنظیم هیجان می‌دانند (کامپر، ۲۰۱۴) بر اساس این دیدگاه، علایم افسردگی، پیامد شکست افراد در تنظیم سازگاران هیجان‌هایشان در نظر گرفته شده است.

در تبیینی دیگر بر مبنای نظر دیبیلیو^۲ و همکاران (۲۰۱۷)، می‌توان گفت مطالعات تصویربرداری مغز انسان نشان می‌دهد که آموزش عملکردهای شناختی و مهارت‌های اساسی می‌تواند تغییراتی در مقادیر ماده خاکستری و فعالیت سیناپسی به وجود آورد. این ترمیم سیناپسی برای بهبود یادگیری و انجام فعالیت‌های شناختی مفید است؛ بنابراین نکته تلویحی مهم برای بازتوانی اینکه تغییرات و دگرگونی در تجربه یک شخص آسیب‌دیده جریان معیوب شناختی را متأثر می‌سازد و این خود باعث بهبود آن می‌شود. همچنین آموزش شناختی به شکل سلسله‌مراتبی و با درجات مختلف سختی به افراد ارائه می‌شود. در واقع تسلط فرد بر انجام تکالیف و طی کردن سلسله‌مراتب سختی باعث بهبود و خودتنظیمی و عزت نفس آن‌ها می‌شود که این عوامل خود باعث بهبود آغازگری و طرح‌پذیری می‌شوند.

^۱. Joormann

^۲. Dibilio

- obsessive-compulsive disorder. *Scientific and Research Journal of Education and Evaluation*, 40(2), 64-71. (in Persian).
- Bagherinia H, Yemeni M, Javadi Elmi L, Nordadi T. (2015). Comparison of the Efficacy of Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness-based Therapy in Improving Cognitive Emotion Regulation in Major Depressive Disorder. *Armaghane Danesh*, 20(3), 210-219. (in Persian).
- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S.G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 82(6), 234-245.
- Burns A, O'Mahen H, Baxter H, et al. (2013). A pilot randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for antenatal depression. *BMC psychiatry*, 13(1), 33-45.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. Incorporating emotion regulation (Ed.). (2007). *Handbook of Emotion Regulation*, (pp.). New York: Guilford, 542-559.
- Compare A, Zarbo C, Shonin E, Van Gordon W, Marconi C. Emotional Regulation and Depression: A Potential Mediator between Heart and Mind. (2014). *Cardiovasc Psychiatry Neurol*; 32(43), 25-50.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(21), 782-786.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D.H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and anxiety*, 30(7), 654-661.
- Dibilio V, Nicoletti A, Mostile G, Portaro G, Luca A, et al. (2017). Computer-assisted cognitive rehabilitation on freezing of gait in Parkinson's disease: a pilot study. *Neurosci Lett*, 38(3), 41-65.
- تداوم تأثیر روش آموزش شناختی استفاده شود. پیشنهاد دیگر اینکه می‌توان روش آموزش شناختی را با سایر روش‌های مثل فراشناخت درمانی، درمان شناختی رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، معنویت درمانی و طرحواره درمانی مقایسه کرد. پیشنهاد دیگر انجام این پژوهش در سایر گروه‌ها است تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر روش آموزش شناختی با دقت و اطمینان بیشتری بحث و درباره آن قضاوت کرد.

سپاسگزاری

در این مقاله هیچ تعارض منافی برای نویسندگان وجود ندارد و برگرفته از رساله دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است که با کد ۹۵۱۷۳۲۱۸۹ تصویب شده است. همچنین از شرکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش شرکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Abbasi M, Ayadi N, Pirani Z, Montazeri Z. (۲۰۱۷). The effect of cognitive rehabilitation on social well-being, quality of life and marital satisfaction of nurses. *Iran J Health Educ Health Promot*, 5(3), 231-239. [in Persian].
- Adouard F, Glangeaud-Freudenthal N, Golse B. (2005). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health*, 8(2), 89-95.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion Regulation Strategies across Psychopathology: A Meta-analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 217-237.
- Alemdiantian F, Mohab N. (2017). The effect of cognitive therapy based on mind-awareness on reducing the negative strategies of cognitive emotion regulation in patients with

- Freitas CJ, Williams-Read J, Distelberg B, Fox CA, Lister Z(2016).. Paternal depression during pregnancy and postpartum: An international Delphi study. *J Affec Disord*,202(4),128-136.
- Gagliardi C, Brenna V, Romaniello R, Arrigoni F, Tavano A, et al.(2015). Cognitive rehabilitation in a child with Joubert syndrome: developmental trends and adaptive changes in a single case report. *Res Dev Disabil*, 47(5), 375-384.
- Gaitan A, Garolera M, Cerulla N, Chico G, Rodriguez Querol M, Canela Soler J.(2013). Efficacy of an adjunctive computer based cognitive training program in amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a single blind, randomized clinical trial. *Int J Geriat Psychiatry*, 28(1), 91-9.
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., & Fredrickson, B. L.(2010). Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*, 2(1), 59-67.
- Gamefski N, Kraaij V, Spinhoven P.(2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif* , 30(8), 1311-27.
- Gamefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P.(2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(7), 1311-1327.
- Goldin Evans M, Phillippi S, Gee RE. (2015). Examining the screening practices of physicians for postpartum depression: implications for improving health outcomes. *Womens Health Issues*,25(6), 703-710.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(6), 83-91.
- Gratz KL, Roemer L.(2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*,26(1), 41-54.
- Gross JJ, Muñoz RF.(1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice* , 2(2),151-64.
- Gross JJ. (2009). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In: Gross JJ. Editor. *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press, 3-24.
- Hasani, J.(2010). Reliability and validity of Persian of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of clinical psychology*, 24(5), 139-152. (in Persian).
- Hawes K, McGowan E, O'Donnell M, Tucker R, Vohr B.(2016). Social emotional factors increase risk of postpartum depression in mothers of preterm infants. *J Pediat*, 179(8), 61-67.
- Joomann J, Gotlib IH. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cogn Emot*, 24(2):281-98.
- Kafetsios, K., Athanasiadou, M., & Dimou, N.(2013). Leaders and subordinates attachment orientations, emotion regulation capabilities and affect at work: A multilevel analysis. *The Leadership Quarterly*,20(5), 119-131.
- Kring AM, Werner KH. Emotion regulation and psychopathology.(2004). In: Philippot P, Feldman RS. Editors. *The regulation of emotion*. Abingdon, UK: Taylor & Francis, 359-85.
- Lockwood C.(2017). Cognitive rehabilitation for memory deficits after stroke: a Cochrane review summary. *Int J Nurs Stud*, 76(6),131-132.
- Mao HJ, Li HJ, Chiu H, Chan WC, Chen SL.(2012). Effectiveness of Antenatal Emotional Self- Management Training Program in Prevention of Postnatal Depression in Chinese Women. *Perspect Psychiatr Care*, 48(4), 218-24.
- Mardani S, Mehrabi Kushki HA. (2017). Depression prediction based on cognitive management strategies for excitement and marital satisfaction in women]. *Knowledge and Research in Applied Psychology*,(2), 75-65. (in Persian).
- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 1276-1290.
- Marroquin, B.(2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support

- in depression. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1276-1290.
- Mazhari S, Nakhaee N. (2007). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in an Iranian sample. *Arch Womens Ment Health*, 10(6), 293-97. (in Persian).
- Mennin, D., Holaway, R., Fresco, D., Moore, M., & Heimberg, R. (2007). Delineating components of emotion and its dys regulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(9), 284-302.
- Momeni F. (2016). Effectiveness of Emotion Regulation Training on Depression, Anxiety, and Emotional Dysregulation in Female University Students Living in Dormitories J. *J Res Behav Sci*, 14(1), 64-71. (in Persian).
- Narymani M, Aryapuran S, S.; Abolghasemi A, Ahadi B. (2011). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness and Emotion Regulation Training on General Health of Veterans. *jcps*, 2(14), 93-117. (in Persian).
- Nejati V. (2014). Correlation of Risky Decision Making with Executive Function of Brain in adolescences J. *J Res Behave Sci*, 11(4), 270-278. (in Persian).
- O'Driscoll C, Laing J, Mason O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 34(6), 482-95.
- Pepping M, Brunings J, Goldberg M.(2013). Cognition, cognitive dysfunction, and cognitive rehabilitation in multiple sclerosis. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 24(4), 663-672.
- Roberts TA, Hansen S. (2017). Association of Hormonal Contraception with depression in the postpartum period. *Contraception*, 96(6), 446-452.
- Samani S, Sadeghi L. (2011). Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Psychol Methods Models*, 1(1), 51-62. (in Persian).
- Sharifi K, Sooky Z, Akbari H, Sharifi S M. (2008). Assessment of the relationship between the method of delievery and postpartum depression]. *Feyz*, 12(1), 50-55. [in Persian]
- Shiri E, Nejati V, PoueEtemad H. (2013). Investigation of the Effectiveness of Cognitive Rehabilitation on Improving the Distinguishing of Emotional States in Children with High Functioning Autism Disorder]. *JOEC*, 13 (3), 5-14. (in Persian).
- Sloan, D.M., & Kring, A.M.(2010). Intodaction and overview. *Emotional regulation and psychopatology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 1-9). New York: Guilford Press, 1-9.
- Szczygie, D., Buczny, J., & Bazinska, R. (2012). Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personality and Individual Differences*, 52(9), 433-437.