



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

# اثربخشی کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی بر سوگیری تفسیری و فراهیجانات بانوان مبتلا به اختلال افسردگی پیرازایمان

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران  
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران  
استاد، گروه روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران  
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران  
استادیار، گروه مامایی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

نسیم غضنفری <sup>id</sup>

علی خادمی\* <sup>id</sup>

مجید محمودعلیلو <sup>id</sup>

مهین اعتمادی نیا <sup>id</sup>

ریتا دوستی <sup>id</sup>

dr\_ali\_khademi@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۱

دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۰۴

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰  
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۱ | پیاپی ۱۵ | ۵۳۳-۵۳۴  
بهار ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

## چکیده

**هدف:** هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی سوگیری تفسیری و فراهیجانات مبتلا به اختلال افسردگی پیرازایمان بود. **روش پژوهش:** طرح پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال افسردگی پیرازایمانی شهرستان سلماس بود که در سال ۱۴۰۰ جهت دریافت خدمات روانشناختی به مراکز بهداشت ارجاع داده شده بودند. حجم نمونه شامل ۵۰ نفر (۲۵ نفر گروه آزمایش و ۲۵ نفر گروه گواه) از جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه گواه و آزمایش جایدهی شدند. برای گروه آزمایشی، کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی براساس مدل استارک (۱۹۹۶) اجرا شد در حالی که گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی ادینبرگ کوکس و همکاران (۱۹۹۶)، آزمون سناریوهای مبهم برای افسردگی برنا و همکاران (۲۰۱۱) و مقیاس فراهیجان توسط میتمانسگروبر، بک، هوفر و شولبر (۲۰۰۹) بود. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی بر سوگیری تفسیری (F=۲۵۸/۶۰، P<۰/۰۰۱) و فراهیجان مثبت (F=۱۲۰/۷۰، P<۰/۰۰۱) و فراهیجان منفی (F=۵۶/۷۹، P<۰/۰۰۱) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معنی‌دار داشته است. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش اطلاعات مفیدی را در ارتباط با کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی فراهم می‌کند و مشاوران و روانشناسان می‌توانند برای بهبود سوگیری تفسیری و فراهیجانات مبتلا به اختلال افسردگی پیرازایمان از این مداخله استفاده نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** درمان رفتاری شناختی، سوگیری تفسیری، فراهیجانات، اختلال افسردگی پیرازایمان

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(غضنفری، خادمی، محمودعلیلو، اعتمادی نیا و دوستی، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

غضنفری، نسیم، خادمی، علی، محمودعلیلو، مجید، اعتمادی نیا، مهین، و دوستی، ریتا. (۱۴۰۲). اثربخشی کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی بر سوگیری تفسیری و فراهیجانات بانوان مبتلا به اختلال افسردگی پیرازایمان. *خانواده درمانی کاربردی*، ۴(۱): ۵۳۳-۵۳۴.

## مقدمه

دوره پس از زایمان به عنوان یک دوره پر خطر برای ایجاد اختلالات خلقی مختلف شناخته می‌شود که شامل افسردگی پس از زایمان، افسردگی اساسی و روان‌پریشی پس از زایمان است (تولوسا، فتنسا، ییلما، آبادیگا، واکوما، بیشو و همکاران، ۲۰۲۰). طبق راهنمای استاندارد و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup>، افسردگی پس از زایمان<sup>۲</sup> یکی از انواع اختلالات افسردگی است که می‌تواند در دوران بارداری یا در طول ۴ هفته پس از تولد رخ دهد؛ اما اکثر زنان در سه ماه اول پس از زایمان دچار افسردگی پس از زایمان می‌شوند (سیتو، گورون، موتوک، ساس، بورلیا، سیتو و همکاران، ۲۰۲۲). مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان ممکن است غمگینی شدید، کاهش لذت، انرژی کم، اضطراب، تحریک‌پذیری و افکار مرگ را تجربه کنند؛ موارد شدید افسردگی پس از زایمان می‌تواند به خودکشی مادر منجر شود (هوتچنس و کرنی، ۲۰۲۰). تخمین زده می‌شود که شیوع افسردگی پس از زایمان در کشورهای توسعه یافته حدود ۱۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه تقریباً ۲۰٪ باشد (آزال، فکادو و هانلون، ۲۰۱۸). در ایران نیز شیوع افسردگی پس از زایمان ۲۸٫۷٪ درصد گزارش شده است (شاهی، بنایی، دبیری، کامجو و پورمهر یابنده، ۲۰۱۸). مطالعات نشان داده است که عواملی مانند درآمد ماهانه کم، سن زیر ۲۴ سال، عدم اشتغال به دلیل بارداری، عدم رضایت از شرایط زناشویی و خشونت همسر، عوامل مرتبط با زنان و زایمان مانند بارداری ناخواسته، سابقه سقط جنین / مرده‌زایی و نخست‌زا بودن مادر، با افسردگی پس از زایمان ارتباط دارند (آزاد، فهمی، شرشتا، جوشی، حسن، خان و همکاران، ۲۰۱۹، آبادیگا، ۲۰۱۹). علاوه بر این رویدادهای استرس‌زا در زندگی، عدم حمایت اجتماعی و تعارضات زناشویی به عنوان عوامل خطر احتمالی گزارش شده است (هولم، ولفاهرت، راسموسن و کورن، ۲۰۲۲).

مطابق دیدگاه شناختی، اختلالات خلقی از جمله اختلال افسردگی پس از زایمان، می‌تواند ناشی از فرایندهای شناختی منفی مانند سوگیری تفسیری<sup>۳</sup> باشد که در ایجاد و پایداری این اختلالات نقش مهمی را ایفا می‌کند (هیرش، میتین، کراهی و ریدر، ۲۰۱۶). سوگیری تفسیری به عنوان گرایش به تعبیر و تفسیر موقعیت‌های مبهم به شیوه‌ای کاملاً منفی و تهدیدآمیز، تعریف شده است که دارای دو مولفه خود ارزیابی منفی (سوگیری تفسیر مربوط به خود) و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران (سوگیری تفسیر مربوط به دیگران) می‌باشد (بار-سلا، ریشتر، زیکامانو و اوکون-سینگر، ۲۰۲۲). مشاهدات بالینی، نشان‌دهنده این است که افراد افسرده موارد هماهنگ با خلق افسرده خود را بیشتر ادراک می‌کنند و به‌طور ویژه امور منفی را می‌بینند (اورارت، پودینا و کاستر، ۲۰۱۷). در این زمینه، می‌توان توجه کردن افراد افسرده به انتقادها و سرزنش‌های اطرافیان و یادآوری بیشتر موارد منفی مربوط به خاطرات گذشته را مثال زد (خانجانی، باقری و هاشمی، ۱۳۹۹). بیورس، مولارکی، داینر-بست، استیوارت، لابرادا، آلن و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود گزارش دادند که سوگیری تفسیری در واقع یک ویژگی شناختی کلی مبتلایان به اختلال افسردگی است. مطالعه مروری اورارت، کاستر و درخشان (۲۰۱۲) نشان داد که در افراد افسرده در مراحل مختلف پردازش

1. Standard diagnostic and statistical manual of mental disorders
2. postpartum depression
3. interpretation bias

اطلاعات (توجه، تفسیر، حافظه و کنترل شناختی) سوگیری تفسیری وجود دارد. همچنین، برخی پژوهش‌ها، نشان داده‌اند که سوگیری تفسیری، افسردگی آتی را پیش‌بینی می‌کند (نیک‌بخت، نشاط‌دوست و مهرابی، ۱۳۹۶).

از سوی دیگر در میان تعداد زیادی از مولفه‌های روان‌شناختی موثر در بروز یا بهبودی انواع اختلالات افسردگی، از جمله افسردگی پس از زایمان، می‌توان به هیجان اشاره کرد (کوکاب، بارناس و بلاجدا، ۲۰۲۲). هیجان‌ها بر جنبه‌های مختلف زندگی ما تاثیر گذاشته روابط ما را شکل داده، فعالیت‌های ما را بر می‌انگیزانند و تأثیر قابل توجهی بر فرآیندهای شناختی انسان از جمله ادراک، توجه، یادگیری، حافظه، استدلال و حل مسئله دارد؛ بنابراین یادگیری شناسایی آنها و این که مردم چگونه آنها را پنهان و بیان می‌کنند، مهم است (تیانگ، امین، سعد و مالیک، ۲۰۱۷). از مهم‌ترین متغیرهایی که در مورد هیجان‌ها به کار برده شده است، فراهیجان<sup>۱</sup> است (روین، ۲۰۲۰). فراهیجان به معنای سازماندهی مجموعه‌ای از افکار و احساسات درباره‌ی هیجان‌هاست؛ این که فرد چه هیجانی را در پاسخ به هیجان‌ها خود (برای مثال احساس گناه در مورد خشم) نشان می‌دهد (هاراداولا، ۲۰۱۷). به طور کلی فراهیجان‌ها به دو بخش فراهیجان‌های مثبت (فرا دل‌سوزی و فراعلاقه) و فراهیجان‌های منفی (فراخشم و فراشرم) تقسیم می‌گردند (مبسیلی و کاستلفرانچی، ۲۰۱۹). فراهیجان منفی ناتوانی فرد در پذیرش هیجان‌های خود است، اما فراهیجان مثبت قابلیت و توانایی فرد در پذیرش هیجان‌های خود می‌باشد (سیوسی، بارونسیلی و توسیلی، ۲۰۱۵). شواهد نشان می‌دهد که فراهیجان‌ها منفی در افراد مبتلا به اختلالات خلقی و هیجانی شایع است (ویسکو-کوماندینی، گراگناتی، جیاکومانتونو، رومانو، پتروچی و مانچینی، ۲۰۲۱). در همین راستا کاشدان، برایت، مک نایت (۲۰۱۵) دریافتند که افراد با فراهیجان‌ها منفی برای تنظیم هیجان‌ها بیشتر به استراتژی‌های ناسازگار متوسل می‌شوند و عملکرد هیجانی ضعیفی را تجربه می‌کنند از طرف دیگر، فراهیجان‌ها مثبت با استراتژی‌های انطباقی برای تنظیم هیجان و عملکرد روانی - اجتماعی (رفتار اجتماعی بیشتر، اضطراب و افسردگی کمتر) ارتباط مثبتی دارد (پرداتو، دیوید و مافی، ۲۰۲۰). همچنین فورد و گروس (۲۰۱۸) نشان دادند که واکنش‌های فراهیجانی منفی برای رفاه افراد مضر محسوب می‌شوند و به ایجاد بیشتر علائم افسردگی و اضطراب و استفاده بیشتر از استراتژی‌های تنظیم هیجان مبتنی بر اجتناب منجر می‌شود.

اگرچه درمان دارویی به عنوان یک مداخله مؤثر در افسردگی به شمار می‌رود، تأثیر درمان‌های غیردارویی نیز به عنوان درمان‌های تکمیلی و جایگزین مورد توجه خاصی قرار گرفته است. در میان درمان‌های غیر دارویی، روان‌درمانی به ویژه درمان شناختی رفتاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (وانگ، ژو، یانگ و لیائو، ۲۰۲۲). این درمان یک مداخله روان‌شناختی است که هدف آن کمک به بازسازی تفکرات، احساس‌ها، رفتارها و نشانه‌های فیزیکی درمان‌جویان است (دین، ۲۰۰۸). نتایج تحقیق سلیمانی، محمدخانی، دولتشاهی (۱۳۹۵) نشان داد که شناخت‌درمانی، هیجان‌ها منفی را دانشجویان دارای علائم افسردگی و اضطراب کاهش داده است. همچنین باتلر، مبینی، راپی، مکینتوش، رینولدز (۲۰۱۴) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری سوگیری تفسیری آزمودنی‌ها را کاهش می‌دهد. عده‌ای از پژوهشگران معتقدند که تعداد

کمی از مبتلایان به اختلالات روانی می‌توانند از درمان‌های روان‌شناختی به شکل سنتی بهره‌مند شوند. مهم‌ترین این عوامل عبارتند از تعداد کم درمانگران (واتکینز و کلوم، ۱۹۹۵)، هزینه روان‌درمانی بالا (بوهرمن، اسکوگلدن، هوسل، برگستروم، گروت، هورستی و همکاران، ۲۰۱۳)، عدم دسترسی به درمانگر ناشی از شرایط جغرافیایی و عدم تمایل به درمان حضوری روزانه در برخی از بیماران (مارس، ۱۹۹۵). لذا یکی از راهکارهایی که می‌تواند تا حدی این مشکلات را حل کند ارائه درمان شناختی رفتاری گروهی در مقیاسی بزرگ‌تر است که بتواند به افراد بیشتری دسترسی پیدا کند (براون، الیوت، بوردمن، اندیپان، لاندو و هوای، ۲۰۰۸). این رویکرد به صورت برگزاری کارگاه‌های یک روزه درمان شناختی رفتاری (که به اصطلاح کارگاه نامیده می‌شود) برای بیماران دارای اختلال افسردگی و اضطراب با تعداد بیشتر استفاده شد و نتایج حاکی از اثربخشی کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی بر روی این بیماران بود (هورل، گلداسمیت، تیلی، اشمیت، مورفی، بونین و همکاران، ۲۰۱۴). در همین راستا نتایج روزنبرگ (۲۰۲۲) نشان داد که کارگاه آنلاین یک روزه مبتنی بر درمان شناختی رفتاری، علاوه بر درمان طبق معمول، افسردگی پس از زایمان، اضطراب، حمایت اجتماعی، رابطه مادر و نوزاد و خلق و خوی نوزاد را بهبود می‌بخشد. در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد که کارگاه آنلاین یک روزه مبتنی بر درمان شناختی رفتاری باعث کاهش افسردگی پس از زایمان و اضطراب و همچنین بهبود حمایت اجتماعی، رابطه مادر و نوزاد و عاطفه مثبت در فرزندان می‌شود (وان-لیشوت، لایتون، ساووی، براون، فیرو، استرینر و همکاران، ۲۰۲۱).

در سال‌های اخیر در ایران، پژوهش‌های متعددی در زمینه افسردگی پس از زایمان به‌خصوص در زمینه شیوع‌شناسی و شناسایی عوامل خطر افسردگی پس از زایمان انجام شده است با این وجود در حیطه برنامه‌های مداخله‌ای و درمان محدودیت قابل توجهی مشاهده می‌گردد. علاوه بر این، برخی از مادران با این استنباط که مصرف دارو در دوران شیردهی باعث ایجاد عوارض در نوزاد می‌گردد ممکن است تمایلی به مصرف دارو نداشته باشند (بارلی و اسپیگست، ۲۰۱۱). از این رو، با توجه به اهمیت پیامدهای افسردگی پس از زایمان، تأثیر عوامل روان‌شناختی در پیشگیری و کاهش و درمان این اختلال و همچنین کمبود شواهد تجربی در کشور در زمینه درمان افسردگی پس از زایمان در قالب کارگاه‌های یک روزه (کارگاه)، پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی رفتاری بر سوگیری تفسیری و فراهیجانان در بانوان با اختلال افسردگی پیرازایمان بود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی رفتاری بر سوگیری تفسیری و فراهیجانان در بانوان با اختلال افسردگی پیرازایمان در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی رفتاری بر سوگیری تفسیری و فراهیجانان در بانوان با اختلال افسردگی پیرازایمان در مرحله پیگیری پایدار بود؟

### روش پژوهش

پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال افسردگی پیرازایمانی شهرستان سلماس بود که در سال ۱۴۰۱-

۱۴۰۰ جهت دریافت خدمات روانشناختی به مراکز بهداشت ارجاع داده شده بودند. ۶۰ نفر از این افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه جایدهی شدند (۳۰ نفر آزمایش، ۳۰ نفر گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، کسب نمره برش در مقیاس افسردگی ادینبرگ و تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج وجود اختلال خاص همراه، وجود افکار جدی خودکشی، غیبت بیش از یک جلسه و شرکت در جلسات درمانگری مشابه بود.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی ادینبرگ<sup>۱</sup>. این پرسشنامه برای سنجش افسردگی پس از زایمان توسط کوکس و همکاران (۱۹۹۶) طراحی شد که شامل ۱۳ گویه است که نمره این مقیاس، بین صفر تا ۳۰ است و کسب نمره ۱۲ و بیشتر، به‌عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود. هرچه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان افسردگی بالاتر فرد خواهد بود. روایی مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ و با روش باز آزمایی، ۰/۸ تعیین شد. پایایی پرسشنامه ادینبرگ با روش سنجش ثبات درونی ۰/۹۲ محاسبه شد. در ایران احمدی کانی گلزار و قلیزاده (۲۰۱۵) مقدار آلفای کرونباخ برای آزمون ادینبرگ برابر ۰/۷ و روایی آزمون ادینبرگ با مقیاس بک برابر ۰/۴۴ با به دست آوردند.

۲. آزمون سناریوهای مبهم برای افسردگی<sup>۲</sup>. این آزمون، توسط برنا و همکاران (۲۰۱۱) جهت سنجش سوگیری تفسیری در افراد افسرده، ساخته شد. AST-D دارای ۲۴ سناریوی مبهم است. در این پرسشنامه، از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود، هریک از سناریوها را بخوانند و تصویرسازی ذهنی کنند؛ یعنی تصورکنند، آن سناریوها برای خودشان اتفاق افتاده است. بعد از تصویرسازی ذهنی، آنها باید میزان خوشایندی هر سناریو را براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، از ۱ (خیلی ناخوشایند) تا ۵ (خیلی خوشایند) درجه‌بندی کنند. نمره‌ی بالاتر خوشایندی، نشانگر سوگیری تفسیری مثبت و نمره پایین‌تر نشان دهنده‌ی سوگیری تفسیری منفی است. در پژوهش برنا و همکاران (۲۰۱۱) آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۸۲ بدست آمد که نشانگر همسانی درونی خوب این آزمون است. همچنین، میزان درجه‌بندی خوشایندی سناریوها، به طور منفی و معناداری با نمره پرسشنامه‌ی افسردگی بک، همبستگی (-۰/۴۸) داشت. در پژوهش مذکور، پژوهشگران، شرکت‌کنندگان را براساس نمرات پرسشنامه‌ی افسردگی بک، به دو دسته‌ی دارای اندوه پایین و اندوه بالا تقسیم کردند و نمرات آنها را با هم مقایسه کردند. نتایج مقایسه، نشان داد که گروه دارای اندوه پایین، سناریوها را به طور معناداری خوشایندتر از گروه دارای اندوه بالا، درجه بندی کردند. در نمونه ایرانی آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ و ضریب همبستگی بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۲ به دست آمد. همبستگی بین این پرسشنامه با پرسشنامه افکار ناکارآمد، ۰/۵۷- و ضریب همبستگی بین عضویت گروهی و آزمون سناریوهای مبهم، ۰/۳۸ بدست آمد (نیک‌بخت و همکاران، ۱۳۹۶).

1. Edinburgh Postpartum Depression Scale

2. ambiguous scenarios test-depression (AST-D)

۳. **مقیاس فراهیجان**<sup>۱</sup> (۲۰۰۹). این مقیاس توسط میتمانسگروبر، بک، هوفر و شولبر (۲۰۰۹) تهیه شده است. دارای ۲۸ گویه که بر روی هم دو بعد فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی را می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره‌ی حاصل برای یک فرد با توجه به مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای این پرسشنامه برابر ۲۸ و ۱۴۰ می‌باشد. ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و برای بعد فراهیجان منفی ۰/۸۵ است. همچنین میتمانسگروبر و همکاران جهت بررسی روایی مقیاس از رو تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده نموده‌اند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که این آزمون از دو عامل تشکیل شده است و بار عاملی هر ستوال بر روی عامل مربوطه بالاتر از گزارش شده است. در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس فراهیجان مثبت ۰/۸۷ و در خرده مقیاس فراهیجان منفی ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ بدست آمد؛ همچنین همبستگی خرده مقیاس‌های فراهیجان با خرده مقیاس‌های هوش عاطفی حاکی از روایی همگرایی مقیاس فراهیجان بود (رضایی و همکاران، ۱۳۹۳).

۴. **درمان رفتاری شناختی**. کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی که برگرفته از مدل استارک (۱۹۹۶) می‌باشد. کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی، نوعی درمان شناختی رفتاری است که به جای جلسات هفتگی و طولانی این درمان در طی یک روز و به مدت ۸ ساعت برگزار شد، که شامل آموزش آرمیدگی و تنش زدایی، بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش حل مسئله و... بود.

*جلسه اول*. اولین جلسه ملاقات با بیمار شامل مصاحبه حضوری، پیش آزمون، معرفی برنامه و اخذ رضایت نامه است.

برنامه ورکشاپ ۸ ساعته:

۸ تا ۸:۳۰: معارفه

۸:۳۰ تا ۹: آشنایی با علایم افسردگی پیرازایمان، آموزش چرخه ی افکار، هیجان، رفتار

۹ تا ۹:۱۵: استراحت و فرصت شیردهی

۹:۱۵ تا ۱۱: فرمولبندی مدل شناختی با تاکید بر اینجا و اکنون، شناسایی افکار خودکار منفی و آموزش خودپایی، ارائه تکلیف عملی در کلاس، آموزش اولیه بازسازی شناختی

۱۱ تا ۱۱:۱۵: استراحت

۱۱:۱۵ تا ۱۳: ادامه آموزش بازسازی شناختی، آموزش اولیه تنظیم هیجانی

۱۳ تا ۱۴:۳۰: ناهار - فرصت شیردهی

۱۴:۳۰ تا ۱۵:۳۰: ادامه آموزش تنظیم هیجانی و آشنایی با فراهیجانان

۱۵:۳۰ تا ۱۶: انجام تکلیف عملی در مورد شناسایی هیجان‌ها و فراهیجان‌ها

۱۶ تا ۱۶:۳۰: آموزش مهارت ارتباطی

۱۶:۳۰ تا ۱۷: آموزش حل مسئله

۱۷ تا ۱۷:۱۵: استراحت

۱۷:۱۵ تا ۱۸: آموزش برنامه ریزی فعالیت

۱۸ تا ۱۸:۳۰: آموزش آرمیدگی و تنش زدایی

جلسه دوم و سوم. برر سی تکلیف جلسه قبل، ارائه تکلیف و بازخورد از جلسه قبل  
جلسه چهارم. بررسی تکلیف جلسه قبل، تمرین و مرور آرمیدگی، ارائه تکلیف و بازخورد از جلسه قبل  
اثربخشی درمان شناختی، تمرین و مرور آرمیدگی، ارائه تکلیف و بازخورد از جلسه قبل  
جلسه پنجم. بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه تکلیف و بازخورد از جلسه قبل  
جلسه ششم. بررسی تکلیف جلسه قبل، ادامه آموزش بازسازی شناختی، مرور آموزش مهارت‌های اجتماعی،  
ارائه تکلیف و بازخورد از جلسه قبل  
جلسه هفتم. بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش حل مسئله، مرور آموزش مهارت‌های اجتماعی، ارائه تکلیف  
و بازخورد از جلسه قبل  
جلسه هشتم. مرور کلی جلسه‌های قبل و اجرای پس آزمون در پایان جلسه هشتم برای دو گروه آزمایش  
و کنترل پس آزمون اجرا شد.  
مرحله پیگیری. سرانجام پس از گذشت ۲ ماه از پایان مداخله‌های درمانی، جلسیه پیگیری برگزار گردید  
و در این جلسه آزمون پیگیری بر روی هر دو گروه انجام پذیرفت.

**روش اجرا.** پس از انتخاب افراد براساس اصول اخلاقی، در مورد اهداف پژوهش و موضوع اطلاعاتی به آنها  
ارائه شد، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که آنها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند،  
نتایج پژوهش به صورت نتیجه گیری کلی منتشر می‌شوند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت کنندگان گرفته  
شد. پرسشنامه‌ها ابتدا توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس برای گروه آزمایشی، کارگاه یک روزه مبتنی  
بر درمان رفتاری شناختی بصورت گروهی به مدت ۸ ساعت، توسط درمانگر مجرب برگزار و گروه گواه  
درمانی دریافت نکردند. در پایان جلسات آموزشی، آزمون سناریوهای مبهم برای افسردگی و مقیاس  
فراهیجان به‌عنوان پس آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله ۲ ماه انجام گرفت. در تحلیل آماری داده‌ها، در  
سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها  
از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش فرض کرویت  
از طریق آزمون موچلی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم افزار  
SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی در گروه آزمایش (۶/۳۳±۲۶/۸۴) و گروه گواه (۵/۷۱±۲۷/۲۴) بود. آزمون  
خی دو نشان داد از نظر سنی بین دو گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P>0/05$ ). در گروه  
آزمایش ۱۵ نفر (۶۰ درصد) دارای مدرک دیپلم و ۱۰ نفر (۴۰ درصد) لیسانس و بیشتر بودند و در گروه  
گواه ۱۶ نفر (۶۴ درصد) مدرک دیپلم و ۹ نفر (۳۶ درصد) لیسانس و بیشتر داشتند. داده‌های مربوط به

متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین	میانگین	میانگین
		انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار
سوگیری تفسیری	آزمایش	۳۴/۱۶۰	۲۸/۶۰۰	۲۷/۸۸۰
	گواه	۱/۷۷۲	۱/۵۲۷	۱/۵۸۸
فراهیجان مثبت	آزمایش	۳۲/۳۲۰	۳۳/۴۰۰	۳۲/۴۴۰
	گواه	۱/۴۰۵	۱/۶۰۷	۱/۸۵۰
فراهیجان منفی	آزمایش	۴۰/۴۴۰	۴۷/۴۸۰	۴۷/۳۶۰
	گواه	۳/۹۴۸	۴۰/۵۶۰	۲/۶۷۵
سوگیری تفسیری	آزمایش	۴۱/۸۰۰	۳/۸۷۲	۳۹/۹۶۰
	گواه	۲/۹۲۲	۲/۴۰۴	۲/۹۲۲
فراهیجان مثبت	آزمایش	۶۲/۵۶۰	۵۷/۲۸۰	۵۷/۶۴۰
	گواه	۲/۹۷۳	۲/۹۹۳	۳/۴۱۴
فراهیجان منفی	آزمایش	۶۱/۰۰۰	۲/۶۱۴	۶۱/۵۲۰
	گواه	۱/۵۳۵	۲/۲۳۳	۱/۵۳۵

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد مقدار  $F$  اثر تعامل مراحل و گروه برای مؤلفه‌های سوگیری تفسیری (۲۵۸/۶۰۲)، فراهیجان مثبت (۱۲۰/۷۰۹) و فراهیجان منفی (۵۶/۷۹۸) معنی‌دار است ( $P < 0.001$ ). در شکل ۱ و شکل ۲ نمودار میانگین متغیرها در گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمایش داده شده است. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف	آزمون لوین	موخلی
		درجه آزادی	درجه آزادی	معناداری
سوگیری تفسیری	آزمایش	۱۵	۲۸	۰/۳۰
	گواه	۱۵	۲۸	۰/۹۳
فراهیجان مثبت	آزمایش	۱۵	۲۸	۰/۳۳
	گواه	۱۵	۲۸	۰/۸۰
فراهیجان منفی	آزمایش	۱۵	۲۸	۰/۳۶
	گواه	۱۵	۲۸	۰/۸۹

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای پردازش هیجانی و تمایز یافتگی خود نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای پردازش هیجانی و تمایز یافتگی خود تفاوت

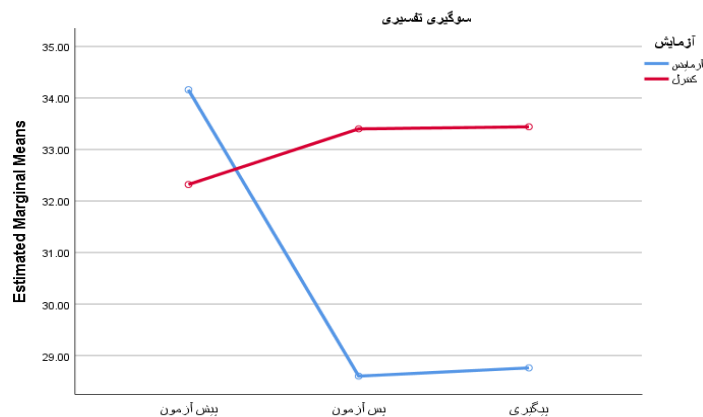


دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است؛ از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه رد نشد ( $P > 0/05$ ). از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد برابری واریانس مولفه‌های سوگیری تفسیری ( $F=2/115, P > 0/05$ )، فراهیجان مثبت ( $F=0/737, P > 0/05$ ) و فراهیجان منفی ( $F=0/925, P > 0/05$ ) در گروه‌ها رد نشد. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس- گایزر در مدل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کواریانس برقرار است.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین‌گروهی

مؤلفه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
سوگیری	۱۶۰/۱۲۰	۱/۷۲۵	۹۲/۸۱۵	۱۱۴/۹۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰۵
تفسیری	۳۶۰/۸۹۳	۱/۷۲۵	۲۰۹/۱۹۴	۲۵۸/۶۰۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴۳
فراهیجان	۲۴۹/۸۵۳	۱/۲۳۹	۲۰۱/۷۱۳	۴۹/۷۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰۹
مثبت	۶۰۶/۳۶۰	۱/۲۳۹	۴۸۹/۵۳۱	۱۲۰/۷۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۵
فراهیجان	۱۷۰/۶۱۳	۱/۷۳۹	۹۸/۱۰۵	۳۵/۸۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸
منفی	۲۷۰/۲۹۳	۱/۷۳۹	۱۵۵/۴۲۲	۵۶/۷۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴۲

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مداخله مبتنی بر درمان رفتاری شناختی بر نمره سوگیری تفسیری ( $F=258/602, P=0/001$ ) با اندازه اثر ۰/۸۴، فراهیجان مثبت ( $F=120/709, P=0/001$ ) با اندازه اثر ۰/۷۱ و فراهیجان منفی ( $F=56/798, P=0/001$ ) با اندازه اثر ۰/۵۴ مؤثر بوده است.



شکل ۱. نمودار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله (سوگیری تفسیری)



شکل ۲. نمودار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله (فراهیجانان)

با توجه به جدول ۱ و شکل ۱، در متغیر سوگیری تفسیری میانگین گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری به صورت معنی‌داری کمتر از مرحله پیش‌آزمون است ( $P < 0/01$ )، در حالی که تفاوت بین پس آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ( $P > 0/01$ ). اما در گروه گواه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ( $P > 0/01$ ). همچنین با توجه به جدول ۱ و شکل‌های ۲، در مؤلفه فراهیجان مثبت میانگین گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری به صورت معنی‌داری بیشتر و در مؤلفه فراهیجان منفی کمتر از مرحله پیش‌آزمون است ( $P < 0/01$ )، در حالی که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ( $P > 0/01$ ). اما در گروه گواه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ( $P > 0/01$ ). این یافته بدان معنی است که کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی نه تنها منجر به بهبود سوگیری تفسیری و فراهیجانان بانوان مبتلا به اختلال افسردگی پیرازایمان در گروه آزمایش شده است، بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی بر سوگیری تفسیری و فراهیجانان در بانوان با اختلال افسردگی پیرازایمان انجام شد. نتایج نشان داد که کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی بر سوگیری تفسیری بانوان با اختلال افسردگی پیرازایمان اثربخش است. این یافته با نتایج باتلر و همکاران (۲۰۱۴)، داداش‌زاده، دوستکام، پورحیدری، کریمی صدر و حسینی (۱۴۰۰)، قدم‌پور و باوزین (۱۴۰۰) و یزداندوست، غرابی، اصغرنژاد فرید (۱۳۹۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که افراد مبتلا به اختلالات خلقی، دارای تعبیر و تفسیر منفی از موقعیت‌ها، خود و اطرافیان‌شان هستند، و این از پردازش عینی اطلاعات در موقعیت‌های اجتماعی جلوگیری به عمل می‌آورد و باعث می‌شود که افراد به عیب‌گیری و انتقاد، سوگیری منفی و تعبیر و تفسیرهای اشتباه از خود، دیگران و موقعیت‌های مختلف بپردازند که نتیجه آن عملکرد نامناسب است و این فرایند متمرکز بر خود، به عنوان یک موضوع اجتماعی، منجر به تحریف‌های شناختی در این اختلال می‌شود و در عوض، عملکرد فرد را در موقعیت‌های

اجتماعی کاهش می‌دهد و به تبع آن، باورهای تحریف شده درباره خود در موقعیت‌های اجتماعی را تقویت می‌کنند (هیرش و همکاران، ۲۰۱۶)؛ اما درمان شناختی رفتاری، با بازسازی شناختی، به چالش کشیدن و جایگزین کردن سوگیری‌های منفی در پردازش اطلاعات، خودسنجی‌های منفی از عملکرد اجتماعی، سوگیری منفی متمرکز بر خود و دیگران را کاهش می‌دهد (یزداندوست و همکاران، ۱۳۹۱). بازسازی شناختی نقش مهمی در شکستن چرخه شناخت‌های ناکارآمد و سوگیری‌های منفی بازی می‌کند و از طریق چالش بین درمانگر و مراجعان در طی جلسات گروه به افراد کمک می‌کند که باورهای منفی ناکارآمد خود را تغییر دهند. همچنین از اجتناب و اضطراب مراجعین می‌کاهد و بر توانایی آنها برای تقویت مثبت از دیگران و تفکر سازگارانۀ درباره تجربیات خودشان (به جای تبدیل کردن موفقیت‌ها به شکست) می‌افزاید. از این رو درمان شناختی رفتاری با مواجهه مکرر و طولانی فرد با محرک برانگیزاننده شکاکیت و بی‌اعتمادی، افراد را تشویق می‌کند که خود را در معرض موقعیت‌های اجتماعی زندگی واقعی قرار دهند و تکرار این فرآیند با بازسازی شناختی افکار ناکارآمد آنها باعث کاهش علائم اختلال می‌شود (قدم‌پور و باوزین، ۱۴۰۰). از این رو درمان کارآمد، درمانی است که هدف آن تغییر شناخت‌های ناکارآمد به کمک مداخله‌های شناختی باشد. بنابراین، کاهش آن در روند درمان می‌تواند یکی از نشانگرهای خوب برای میزان بهبود فرد مبتلا به اختلال افسردگی پیرایمان و به تبع آن کاهش سوگیری منفی متمرکز بر خود و افزایش سوگیری مثبت باشد. همچنین درمان شناختی رفتاری باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که با عواطف مثبت و اثرات سودمند کارکرد ایمن‌سازی مرتبط است و ترس از ارزیابی منفی و سوگیری منفی را کاهش می‌دهد و تکنیک‌هایی را به کار می‌برد تا دیدگاه فرد در مورد مفیدبودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و خلق‌شان را تغییر دهند و او را به سمت تجربه اصلاحی افکار و خلق ناخوشایند و پذیرش آنها سوق دهد تا بیمار در مقابله با افکار و احساساتش، حس خودکنترلی و تسلط بیشتری داشته باشد (داداش‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰)؛ لذا می‌توان ادعان داشت که درمان شناختی رفتاری بر سوگیری تفسیری در بانوان با اختلال افسردگی پیرایمان مؤثر است.

یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد که کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری شناختی بر فراهیجانات در بانوان با اختلال افسردگی پیرایمان اثربخش بود. این یافته با نتایج سلیمانی و همکاران (۱۳۹۵)، میکاییلی، مولوی، عینی و تقوی (۱۳۹۶)، باقری‌نیا، یمینی، جوادی علمی و نورادی (۱۳۹۴)، علوی و جبل‌آملی (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلالات خلقی از طریق افکار بازانجامی همچون نشخوار فکری، به‌عنوان ساز و کار جدید کنارآمدن با ناامنی درونی، دست به اجتناب از رویارویی با هیجانات منفی می‌زنند. نشخوار فکری موجب می‌شود که خلق فرد منفی شده و این روند، آنها را به تجربه کردن هر چه بیشتر نشانگان افسردگی و اضطراب می‌کشاند. توالی این رویدادها یعنی توالی راهبردهای تنظیم هیجانی غیرانطباقی منجر به افزایش هیجان‌های منفی و در نتیجه منجر به چرخه‌ای دوسویه از بدتنظیمی هیجانی و عاطفه منفی می‌شود (گرینبرگ و فورستر، ۱۹۹۶). بنابراین در جلسات درمان شناختی رفتاری پس از آنکه بانوان با اختلال افسردگی پیرایمان هیجانات خود را بدون اجتناب در محیط امن درمان، درک، پردازش و تنظیم می‌کنند، در نهایت کمتر از افکار بازانجامی همچون نشخوار فکری به‌منظور اجتناب از آنها استفاده می‌نمایند و در توالی این مسیر، افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد و در مسیر

طی شده، عزت نفس بیمار در یک هم‌کنشی، به تقویت خلق و عاطفه طبیعی کمک می‌کند. در واقع توانایی مقابله با هیجان‌ها طی درمان برای افراد این امکان را فراهم می‌کند تا هیجانات‌شان را در خودشان و دیگران تشخیص دهند و نحوه هم‌کنشی آن را بر رفتار درک کنند تا کنش مناسب به هیجانات را بروز دهند (میکاییلی و همکاران، ۱۳۹۶). علاوه بر این استفاده از راهکارهای تنظیم سازگار هیجان مانند: پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و کنار آمدن با دیدگاه بر عملکرد اجتماعی فرد تاثیر مثبت خواهد داشت و موجب بازسازی شناختی مسئله و در نتیجه ارتقاء سلامت روان خواهد شد و از آن‌جا که درمان شناختی رفتاری افکار منفی همچون مقصر دانستن خود و سرزنش خود را مورد چالش قرار می‌دهد و افکار منطقی از جمله ارزیابی مجدد مثبت را جایگزین می‌کند و در این روش از افراد خواسته می‌شود که بر این امر تأکید و آن را مورد تمرین و تعمیق قرار دهند، بنابراین روش شناختی رفتاری می‌تواند در بهبود مدیریت و کنترل هیجان تأثیر معنی‌داری داشته باشد (باقری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش، تعمیم یافته‌های آن باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله-گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. با توجه به اثربخش بودن و مقرون به صرفه بودن ورکشاپ یک‌روزه مبتنی بر درمان شناختی رفتاری پیشنهاد می‌گردد این روش درمانی با سایر روش‌های درمان روانشناختی بر روی بانوان با اختلال افسردگی پیرزایمان مقایسه شود تا اثربخشی و کارایی آن در مقایسه با دیگر رویکردها مورد بررسی قرار گیرد.

### موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

### سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید.

### مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش-نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

- احمدی، کانی، گلزار، ارسلان، و قلی‌زاده، زلیخا. (۱۳۹۴). اعتبار سنجی ایرانی آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبرگ برای غربالگری افسردگی پس از زایمان. روان پرستاری، ۳ (۳): ۱۰-۱.
- باقری‌نیا، حسن، یمینی، محمد، جوادی علمی، لیلیا، و نورادی، طیبه. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در اختلال افسردگی اساسی. ارمغان دانش، ۲۰ (۳): ۲۱۹-۲۱۰.
- خانجانی، زینب، باقری، فاطمه، و هاشمی، تورج. (۱۳۹۹). مقایسه سوگیری توجه نسبت به تهدید در پسران دارای نشانه‌های اختلالات افسردگی و پرخاشگری. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۱ (۳): ۱۰۷-۹۳.
- داداش‌زاده، حسین، یزداندوست، رخساره، غرابی، بنفشه، و اصغرنژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه‌درمانی بر میزان سوگیری تعبیر و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۸ (۱): ۵۱-۴۰.
- دوستکام، محسن، پورحیدری، سپیده، کریمی صدر، فائزه، و حسینی، سید ابوالفضل. (۱۴۰۰). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری واحد‌پدازه‌ای بر سوگیری تعبیر چهره و ترس از ارزیابی منفی در دانشجویان دارای خصیصه پارانوئید. مجله دست‌آوردهای روان شناختی، ۲۸ (۱): ۱۱۰-۹۱.
- رضایی، نورمحمد، پارسایی، ایمان، نجاتی، عصمت، نیک‌آمال، میترا، و هاشمی رزینی، سعداله. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس فراهیجان دانشجویان. فصلنامه تحقیقات روانشناختی، ۶ (۲۳): ۱۲۴-۱۱۱.
- سلیمانی، مهدی، محمدخانی، پروانه، و دولتشاهی، بهروز (۱۳۹۵). مقایسه اثر درمان فعال سازی رفتاری گروهی و شناخت درمانی گروهی بر هیجانهای مثبت و منفی و فرایندهای تنظیم هیجان. نشریه پژوهش‌های روان شناختی، ۱۹ (۲): ۷.
- قدم پور، عزت‌اله، و باوزین، فاطمه. (۱۴۰۰). اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی - رفتاری بر سوگیری توجه در دانش‌آموزان نوجوان دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۷ (۴): ۷۷-۵۷.
- میکاییلی، نیلوفر، مولوی، پرویز، عینی، ساناز، و تقوی، رامین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس سانحه. طب جانباز، ۹ (۳): ۱۱۱-۱۱۷.
- نیک بخت، علی، نشاط دوست، حمیدطاهر، و مهرابی، حسینعلی. (۱۳۹۶). بررسی ویژگی‌های روان سنجی مقیاس سوگیری تفسیری برای خلق افسرده (AST-D) در جامعه ایرانی: آزمون سناریوهای مبهم. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۷ (۲۸): ۱۷۹-۱۵.

## References

- Abadiga, M. (2019). Magnitude and associated factors of postpartum depression among women in Nekemte town, EastWollega zone, west Ethiopia, 2019: A community-based study. PLoS One, 14(11).
- Ahmadi, K., Golzar, A., & Qolizadeh, Z. (2015). Iranian validation of the Edinburgh postpartum depression test for postpartum depression screening. Psychiatric Nursing, 3 (3): 1-10.

- Alavi, M. S., Jabal Ameli, S.(2018). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Control of MS Patients in the City of Isfahan. *Jorjani Biomed J.* 6 (1):44-54
- Azad, R., Fahmi, R., Shrestha, S., Joshi, H., Hasan, M., Khan, A.N., Chowdhury, M.A, El Arifeen, S., Billah, S.M.(2019). Prevalence and riskfactors of postpartum depression within one year after birth in urban slums of Dhaka, Bangladesh. *PLoS One.*14(5):e0215735.
- Azale, T., Fekadu, A., Hanlon, C.(2018). Postpartum depressive symptoms in the context of high social adversity and reproductivehealth threats: a population-based study. *Int J Ment Heal Syst.*12(1):42.
- Bagherinia, H., Yamini, M., Javadi Elmi, L., & Noradi, T. (2015). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and presence of mind therapy on improving cognitive regulation of emotion in major depressive disorder. *Armaghane knowledge.* 20 (3): 210-219.
- Bar-Sella, A., Richter, T., Zilcha-Mano, S., Okon-Singer, H. (2022). How Social Experiences Affect Interpretation Bias Among Individuals With Non-clinical Depression: The Role of Ostracism. *Front. Psychiatry.* 13:819143.
- Beevers, C. G., Mullarkey, M. C., Dainer-Best, J., Stewart, R. A., Labrada, J., Allen, J. J. B., McGeary, J. E., & Shumake, J. (2019). Association between negative cognitive bias and depression: A symptom-level approach. *Journal of Abnormal Psychology,* 128(3), 212–227
- Berle, J.O., Spigset, O.(2011). Antidepressant UseDuring Breastfeeding. *Curr Womens HealthRev.*7(1):28-34
- Berna, C., Lang, T. J., Goodwin, G. M., & Holmes, E. A. (2011). Developing a measure of interpretation bias for depressed mood: An ambiguous scenarios test. *Personality and Individual Differences,* 51(3), 349-354.
- Brown, J.S.L., Elliott, S.A., Boardman, J., Andiappan, M., Landau, S., Howay, E. (2008).Can the effects of a 1-day CBT psychoeducational workshop on self-confidence be maintained after 2 years? A naturalistic study. *Depress Anxiety.* 25: 632–40
- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., et al. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy.* 51(6):307-15.
- Butler, E., Mobini, S., Rapee, R.M., Mackintosh, B., Reynolds, S.A. (2015) Enhanced effects of combined cognitive bias modification and computerised cognitive behaviour therapy on social anxiety. *Cogent Psychology,* 2:1.
- Citu, C., Gorun, F., Motoc, A., Sas, I., Burlea, B., Citu, I.M., Biris, M., Forga, M., Neagoe, O., Gorun, O.M.(2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Romanian Women during Two Periods of COVID-19 Pandemic. *J. Clin. Med.* 11, 1628.
- Ciucci, E., Baroncelli, A., & Toselli, M. (2015). Meta-emotion philosophy in early childhood teachers: Psychometric properties of the crèche educator emotional styles questionnaire. *Early Childhood Research Quarterly.* 33(4), 1-11.
- Cox, J. L., Chapman, G., Murray, D., & Jones, P. (1996). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of affective disorders,* 39(3), 185-189.
- Dadashzadeh, H., Yazdandoost, R., Gharai, B., & Asgharanjad Farid, A. A. (2012). The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy and exposure therapy on interpretation bias and fear of negative evaluation in social anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 18 (1): 51-40.

- Dein, S. (2008). Cognitive behavioral therapy in the palliative care setting. *European Journal Palliative Care*, 12, 174-176.
- Doostkam, M., Pourheidari, S., Karimi Sadr, F., & Hosseini, S. A. (2021). The effectiveness of single-process cognitive behavioral therapy on face interpretation bias and fear of negative evaluation in paranoid students. *Journal of Psychological Achievement*, 28(1): 110-91.
- Everaert, J., Koster, E. H. W., & Derakhshan, N. (2012). The combined cognitive bias hypothesis in depression. *Journal of Clinical Psychology Review*, 32(5): 413-424.
- Everaert, J., Podina, I.R., Koster, E.H. (2017). A comprehensive meta-analysis of interpretation biases in depression. *Clin Psychol Rev*, 58:33-48.
- Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2018). Emotion regulation: Why beliefs matter. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 59(1): 1-14.
- Ghadampour, E., & Bavazin, F. (2021). The effectiveness of cognitive-behavioral analysis psychotherapy system on attention bias in adolescent students with symptoms of social anxiety. *Psychological studies*, 17(4): 57-77.
- Greenberg, L.S., Foerster, F. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *J Cons Clin Psychol*, 64(3):439-46.
- Haradhvala, N. (2017). Meta-emotions in daily life: associations with emotional awareness and depression, Master thesis in Psychology, Washington University.
- Hirsch, C.R., Meeten, F., Krahe, C., Reeder, C. (2016). Resolving ambiguity in emotional disorders: the nature and role of interpretation biases. *Annu Rev Clin Psychol*, 12:281-305
- Holm, D.M.L., Wohlfahrt, J., Rasmussen, M.L.H. Corn. G.(2022). A quantitative comparison of two measures of postpartum depression. *BMC Psychiatry*, 22, 202 (2022).
- Horrell, L., Goldsmith, K., Tylee, A., Schmidt, U., Murphy, C., Bonin, E.,... Brown, J. (2014). One-day cognitive-behavioural therapy self-confidence workshops for people with depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 204(3), 222-233.
- Hutchens, B.F.; Kearney, J.(2020). Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J. Midwifery Women's Health*, 65, 96-108.
- Kashdan, T. B., Barrett, L. F., & McKnight, P. E. (2015). Unpacking emotion differentiation: Transforming unpleasant experience by perceiving distinctions in negativity. *Current Directions in Psychological Science*, 24(1): 10-16.
- Khanjani, Z., Bagheri, F., & Hashemi, T. (2020). Comparison of attention bias towards threat in boys with symptoms of depression and aggression disorders. *Quarterly Journal of Applied Psychological Research*, 11(3): 107-93.
- Kucab, A., Barnas, E., Błajda, J. (2022). Assessment of the Postpartum Emotional Wellbeing among Women Participating and Not Participating in Antenatal Classes. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 4476.
- Marrs, R.W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American journal of community psychology*, 23(6):843-70.
- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2019). Meta-emotions and the complexity of human emotional experience. *New Ideas in Psychology*, 55: 42-49.
- Mikaeili, N., Molavi, P., Eini, S., & Taghavi, R. (2017). The effectiveness of emotion-focused therapy on emotional dysregulation, suicidal thoughts and hopelessness in veterans with post-traumatic stress disorder. *veteran medicine* 9(3): 111-117.

- Mitmansgruber, H., Beck, T. N., Höfer, S., & Schübler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 448-453.
- Nik Bakht, A., Neshat Dost, H. T., & Mehrabi, H. A. (2017). Examining the psychometric properties of the Interpretive Bias Scale for Depressed Mood (AST-D) in Iranian society: testing ambiguous scenarios. *Educational Measurement Quarterly*. 7(28): 15-179.
- Predatu, R., David, D. O., & Maffei, A. (2020). Beliefs about emotions, negative meta-emotions, and perceived emotional control during an emotionally salient situation in individuals with emotional disorders. *Cognitive Therapy and Research*. 44(2): 287–299
- Rezaei, N. M., Parsai, I., Nejati, E., Nik Amal, M., & Hashemi Razini, S. (2014). Psychometric properties of students' overexcitement scale. *Psychological Research Quarterly*, 6(23):111-124.
- Rosenberg K. (2022). One-Day Workshop Beneficial for Postpartum Depression. *The American journal of nursing*, 122(2), 49–50.
- Royeen, C. B. (2020). Meta-emotion of Occupation with Wissen (MeOW): Feeling about feeling while doing with meaning. *Journal of Occupational Science*, 27:4, 460-473.
- Shahi, A., Banaei, M., Dabiri, F., Kamjoo, A., Pormehr-Yabandeh, A. (2018). Postpartum Depression and Its Associated Factors among Women in Bandar Abbas City. *Int Electron J Med*. 7(1):1-6
- Soleimani, M., Mohammadkhani, P., & Dolatshahi, B. (2016). Comparing the effects of group behavioral activation therapy and group cognitive therapy on positive and negative emotions and emotion regulation processes. *Journal of psychological research*. 19(2): 7.
- Tolossa, T., Fetensa, G., Yilma, M.T. Abadiga, M., Wakuma, B., Besho, M., et al. (2020). Postpartum depression and associated factors among postpartum women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Rev*. 41(21): 1-20
- Tyng, C.M., Amin, H.U., Saad, M.N.M., Malik, A.S. (2017). The Influences of Emotion on Learning and Memory. *Front. Psychol*. 8:1454.
- Van Lieshout, R. J., Layton, H., Savoy, C. D., Brown, J., Ferro, M. A., Streiner, D. L., Bieling, P. J., Feller, A., & Hanna, S. (2021). Effect of Online 1-Day Cognitive Behavioral Therapy-Based Workshops Plus Usual Care vs Usual Care Alone for Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 78(11), 1200–1207.
- Visco-Comandini, F., Gagnani, A., Giacomantonio, M., Romano, G., Petrucci, M., Mancini, F. (2021). Depression in the Mirror: Depression Severity and Its Link to Negative Judgments of Symptoms. *Front. Psychiatry*. 12:621282.
- Wang, F., Zhu, H., Yang, X., & Liao, F. (2022). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy on postpartum depression: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 101(9), e28964.
- Watkins, P.L., Clum, G.A. (1995). *Handbook of selfhelp therapies*: Taylor & Francis.



\*\*\*

### تست سوگیری تفسیری (AST\_D)

**دستور العمل:** یک تصویر ذهنی از هر یک از سناریوهای که در هر سوال بیان شده، در ذهن خود ایجاد کنید. تصور کنید هر یک از این سناریوها برای خود شما اتفاق افتاده است. اولین تصویری که به ذهن شما می‌رسد را دنبال کنید، خیلی به آنها فکر نکنید. سپس میزان خوشایندی هر تصویر ذهنی را بر اساس یک مقیاس ۹ درجه‌ای از خیلی ناخوشایند (۱) تا (۹) خیلی خوشایند، درجه بندی کنید.

۱- همکاران (دوستان) به دلیل مشغله زیاد، از شما می‌خواهد برای جشن تولد خواهرش هدیه‌ای بگیرید. وقتی که خواهرش بسته را باز می‌کند شما در چهره‌اش احساس او را می‌بینید.

خیلی ناخوشایند ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ خیلی خوشایند

۲- بهترین دوستان شما را متقاعد می‌کند بر سر قرار با فردی بروید که او را نمی‌شناسید. وقتی که در کافی شاپ منتظر او نشسته اید، فکر می‌کنید این قرار ملاقات چگونه پیش خواهد رفت.

۳- در مراسم جشن فارغ التحصیلی به عنوان مجری برنامه انتخاب شده‌اید. وقتی که برنامه تمام شد واکنش مخاطبان را مشاهده می‌کنید.

۴- از خواب بیدار می‌شوید و از رختخواب بیرون می‌آیید، بدنتان را کش می‌دهید و واقعاً متوجه می‌شوید که امروز چه احساسی دارید.

۵- به جایی می‌روید که قبلاً در زمان کودکی آنجا را دیده بودید. قدم زدن در آنجا باعث می‌شود احساس هیجان کنید.

۶- قصد دارید با همسرتان (خانواده) به خانه جدید نقل مکان کنید. شما در مورد زندگی کردن در آنجا فکر می‌کنید.

۷- قصد دارید تا بازی خواهرتان (برادران) در تئاتر مدرسه را تماشا کنید، در لحظات آخر آماده می‌شوید که به آنجا بروید. در حال رانندگی به سمت مدرسه و دیدن فضای پارک، مدت زمانی که طول می‌کشد به آنجا برسید را پیش بینی می‌کنید

۸- در قسمتی از یک شهر بزرگ که آنجا را به خوبی نمی‌شناسید، گم شده‌اید. از فردی که در خیابان است آدرس را می‌پرسید که ناگهان او چیزی را از جیبش بیرون می‌آورد.

۹- شما به عضویت یک باشگاه ورزشی درمی‌آید و طولی نمی‌کشد که از شما می‌خواهند در یک مسابقه رفت و برگشت بازی کنید. بازی دشواری است و بعد از بازی با دوستان در مورد عملکردتان در بازی بحث می‌کنید.

۱۰- اخیراً در آزمون بسیار مهمی شرکت کرده‌اید. نتایج با یک نامه غیر منتظره درباره نمرات شما به دستتان رسیده است.

۱۱- با ورود به اتاق مصاحبه هیأت مصاحبه کننده به شما خوش آمد می‌گویند اما سوالات دشواری از شما می‌پرسند. در پایان مصاحبه شما نتیجه مصاحبه را می‌دانید.

۱۲- شغل جدیدی را شروع کرده‌اید که خیلی دنبال آن بوده‌اید. در مورد اینکه این کار چطور خواهد بود، فکر می‌کنید.

۱۳- به مراسم عروسی‌ای دعوت شده‌اید که تعداد کمی از مهمان‌ها را می‌شناسید. بعد از عروسی به چگونگی رفتار مهمان‌ها واکنش نشان می‌دهید.

۱۴- با مقدار پول کمی که داشتید، همکارانتان (همکلاسی‌ها) را به مهمانی دعوت کرده‌اید. در شب مراسم نگاه می‌کنید تا ببینید آیا مهمان‌ها از مراسم لذت می‌برند.

۱۵- قصد دارید دوست بسیار خوبی را در ایستگاه ببینید. مدت‌هاست که او را ندیده‌اید، احساس هیجان دارید. به این فکر می‌کنید که او چقدر تغییر کرده است.

### ۱۶- شب عید سال جدید است و درباره سال پیش رو فکر می‌کنید

۱۷- در مورد موفقیت‌ها و شکست‌هایی که در گذشته در طول زندگی تجربه کرده‌اید فکر می‌کنید. به طور کلی احساسات عمده شما در مورد زندگیتان تا اینجا ظاهر شده‌اند.

۱۸- هوا ابری است و شما در ساحل نشسته‌اید. به آسمان نگاه می‌کنید تا ببینید که هوا واقعاً در حال تغییر کردن است.

۱۹- همسایه شما به تازگی بچه‌دار شده است. صدای گریه بچه را می‌شنوید. از پنجره می‌بینید که شوهر چطور بچه را ننگه داشته است.

۲۰- در جنگل (کوهستان) چادر زده‌اید و بسیار سردتان شده است. تصمیم می‌گیرید که آتش روشن کنید. شعله‌های آتش بسیار سریعتر از آنچه که تصورش را می‌کردید، شعله‌ور شده‌اند.

- ۲۱- دوستان خیلی به اسکیت علاقه دارد و شما را متقاعد می کند که یکبار آن را امتحان کنید. شما در میدان، اسکیت را می پوشید و روی یخ می روید. ابتدا به آرامی به سمت جلو متمایل می شوید و سپس سریعتر حرکت می کنید.
- ۲۲- شرکتی که برای آن کار می کنید با تعدیل نیرو مواجه است. یک روز رئیس، شمار را به اتاقش دعوت می کند. وقتی وارد اتاق می شوید می بینید که چهره رئیس خسته است.
- ۲۳- به شغلی علاقه دارید ولی فکر می کنید که دست کم گرفته شوید و بدنبال جزئیات آن هستید. وقتی با دیگران صحبت کردید، به میزان شانس خود برای گرفتن آن شغل پی می برید.
- ۲۴- افراد مهمی، در حال بازدید از اداره‌ی (دانشگاه) شما هستند و در دقایق آخر از شما می خواهند که پروژه‌ای را برای آنها شرح دهید. بعد از آن بازخورد آنها از عملکردتان را دریافت می کنید.

\*\*\*

### پرسشنامه تشخیص افسردگی پس از زایمان ادینبورگ

شما به تازگی مادر شده اید و ما تصمیم داریم روحیات شما را بیش تر بشناسیم به این دلیل از شما درخواست داریم شرایط روحی خود را طی هفت روز گذشته با دقت و بدون شتاب از بین پاسخ‌های ارائه شده انتخاب نمایید. پاسخ‌های انتخابی شما نمایانگر شرایط روحی تان در طول مدت پس از زایمان است.

۱. من هم چنان تجربه خندیدن و شاد بودن را دارم.

الف) بله، بیش تر اوقات

ب) گاهی اوقات

ج) نه چندان زیاد

د) به هیچ وجه

۲. من از زندگی لذت می برم.

الف) بله، مانند همیشه

ب) گاهی اوقات

ج) نه چندان زیاد

د) به هیچ وجه

۳. هر اتفاقی که بیفتد من بدون دلیل خودم را مقصر می دانم.

الف) بله، بیش تر اوقات

ب) گاهی اوقات

ج) نه چندان زیاد

د) به هیچ وجه

۴. من بدون دلیل دچار تشویش و هیجان می گردم.

الف) به هیچ وجه

ب) نه چندان زیاد

ج) گاهی اوقات

د) بله، در بیش تر اوقات

۵. من بدون دلیل دچار ترسیده و به هراس می افتم.

الف) بله، در بیش تر اوقات

ب) گاهی اوقات

ج) نه چندان زیاد

د) به هیچ وجه

۶. از دست من هیچ کاری بر نمی آید.

الف) بله، بیش تر اوقات حس می کنم که هیچ نمی دانم و بی مصرفم.

ب) بله، گاهی اوقات از عهده انجام کارهای خودم بر نمی آیم.

ج) خیر، بیش تر اوقات در صورت نیاز، از عهده کارهای خودم بر نمی آیم.

- (د) خیر، من از عهده کارهای خودم بر می‌آیم.
۷. من خودم را غمگین و افسرده احساس می‌کنم.
- (الف) بله بیش تر اوقات  
(ب) گاهی اوقات  
(ج) نه چندان زیاد  
(د) به هیچ وجه
۸. من خودم را به حدی افسرده احساس می‌کنم که حتی نمی‌توانم به خواب بروم.
- (الف) بله بیش تر اوقات  
(ب) گاهی اوقات  
(ج) نه چندان زیاد  
(د) به هیچ وجه
۹. احساس افسردگی، من را وادار به گریه می‌کند.
- (الف) بله بیش تر اوقات  
(ب) گاهی اوقات  
(ج) نه چندان زیاد  
(د) به هیچ وجه
۱۰. به فکر آسیب رساندن به خودم هستم.
- (الف) بله بیش تر اوقات  
(ب) گاهی اوقات  
(ج) نه چندان زیاد  
(د) به هیچ وجه

\*\*\*

### پرسشنامه فراهیجان

کاملاً	اکثراً	کمی	بی	اغلب	اصلاً صدق نمی‌کند
صدق می‌کند	صدق می‌کند	صدق می‌کند	نظرم	صدق نمی‌کند	صدق نمی‌کند
۱	وقتی ناراحت یا مضطربم، نسبت به خودم سخت گیر می‌شوم.				
۲	وقتی احساس تنش می‌کنم و هیجانهای منفی را تجربه می‌کنم، با خودم مهربان هستم.				
۳	مکرراً در مورد واکنش‌های هیجانی ام خشمگین می‌شوم.				
۴	وقتی تجربه فرسودگی عاطفی می‌کنم قربان صدقه خودم می‌روم.				
۵	گاهی واقعا دیوانه می‌شوم از واکنش هیجانی ام.				
۶	مکرراً به خودم فشار می‌آورم که خودم را جمع و جور کنم.				
۷	در شرایط تنش زا با خودم شبیه زمانی که نزدیکانم را مراقبت می‌کنم رفتار می‌کنم.				
۸	وقتی می‌بینم هیجان‌هایم نامناسب است، نسبت به خودم سخت گیر می‌شوم.				
۹	وقتی ناراحت یا مضطربم، کار مطلوبی را انجام می‌دهم تا موقعیت را برای خودم آسانتر کنم.				
۱۰	با قدرت در برابر هیجان‌هایم مقابله می‌کنم.				

- ۱۱ وقتی احساس بدی دارم با خودم شوخی می‌کنم.
- ۱۲ وقتی در مورد واکنش‌های هیجانی‌ام خشمگین می‌شوم، به سختی می‌توانم در مورد چیز دیگری فکر کنم.
- ۱۳ مکرراً اشکال جدیدی از تجارب را در خودم کشف می‌کنم.
- ۱۴ موقعیت‌هایی وجود دارد که من مکرراً و شدیداً خود را مورد خطاب قرار می‌دهم.
- ۱۵ اغلب فکر می‌کنم واکنش هیجانی‌ام اشتباه است
- ۱۶ افکار و احساساتم منبع پایداری از اطلاعاتم درباره خودم هستند.
- ۱۷ وقتی احساس گناه می‌کنم بخاطر اشتباهم، خودم را کاملاً نمی‌بخشم.
- ۱۸ هیجان‌های منفی‌ام اطلاعات جالبی در مورد خودم برایم فراهم می‌کنند.
- ۱۹ وقتی در مورد افکارم با خودم صحبت می‌کنم، اغلب از خودم خشمگین می‌شوم.
- ۲۰ وقتی نمی‌توانم انتظاراتم را برآورده سازم، خودم را خوار نمی‌شمارم.
- ۲۱ نمی‌توانم خودم را برای طولانی مدت ببخشم وقتی چیزی را اشتباه انجام دادم.
- ۲۲ وقتی به واسطه هیجان‌هایم احساس فرسودگی می‌کنم با خودم مهربان هستم.
- ۲۳ من از طریق احساساتم یاد می‌گیرم.
- ۲۴ وقتی هیجان‌های منفی شدیدی را تجربه می‌کنم، راحت می‌گیرم و به خودم قوت قلب می‌دهم.
- ۲۵ من نمی‌توانم عمیقاً درگیر هیجان‌هایم شوم.
- ۲۶ من خودم را جهت کنترل یافتن بر احساساتم تخت فشار قرار می‌دهم.
- ۲۷ مکرراً از واکنش‌های هیجانی‌ام اشتباهم خشمگین می‌شوم.
- ۲۸ بارها افکار و هیجان‌هایم برایم جذاب و مهم بوده است.
-

## The effectiveness of a one-day workshop based on cognitive behavioral therapy interpretation bias and meta-Emotions of women with postpartum depressive disorder

Nasim. Ghazanfari<sup>1</sup>, *Ali. Khademi*<sup>2\*</sup>, Majid. Mahmoud Alilou<sup>3</sup>,  
Mahin. Etemadnia<sup>4</sup> & Rita. Dousti<sup>5</sup>

### Abstract

**Aim:** The purpose of this research was to investigate the effectiveness of a one-day workshop based on cognitive behavioral therapy of interpretation bias and hyperexcitability in patients with postpartum depression. **Methods:** It was a quasi-experimental research design of pre-test, post-test and follow-up type with a control group. The statistical population of this study included all women with perinatal depression in Selmas city who were referred to health centers in 2021 to receive psychological services. The sample size includes 50 people (25 people in the experimental group and 25 people in the control group) from the statistical population were selected by available sampling method and divided into two control and experimental groups. For the experimental group, a one-day workshop based on cognitive behavioral therapy based on the Stark model (1996) was implemented, while the control group did not receive any training. The research tools included the Edinburgh Depression Questionnaire by Cox et al. (1996), the Ambiguous Scenarios Test for Depression by Brena et al. The data was analyzed using descriptive statistics and analysis of variance test with repeated measurements. **Results:** The results showed that the one-day workshop based on cognitive behavioral therapy on interpretation bias ( $F=258.60$ ,  $P<0.001$ ) and positive euphoria ( $F=120.70$ ,  $P<0.001$ ) and negative excitement ( $F=56.79$ ,  $P<0.001$ ) had a significant effect in the post-test and follow-up stages. **Conclusion:** The findings of this research provide useful information regarding a one-day workshop based on cognitive behavioral therapy, and counselors and psychologists can use this intervention to improve interpretation bias and hyperexcitement in postpartum depression.

**Keywords:** *cognitive behavioral therapy, interpretation bias, hyperexcited, postpartum depression disorder.*

---

1. Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

2. \***Corresponding author:** Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran  
Email: *dr\_ali\_khademi@yahoo.com*

3. Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

4. Assistant professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

5. Assistant professor, Department of Midwifery, Faculty of Midwifery, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran