

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی مرتبط با نقش

مادری در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

The effectiveness of cognitive behavioral therapy on rumination and psychological distress related to the maternal role in women with postpartum depression

Saman Mohammadamini

Master's student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Salahaldin Salimi

Master's student in Psychology of Exceptional Children, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Mohammad Narimani*

Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Narimani@uma.ac.ir

Hamidreza Zarei

Master's student in Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

سامان محمدامینی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

صلاح الدین سلیمی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

محمد نریمانی

استاد ممتاز گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

حمیدرضا زارعی

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of cognitive behavioral therapy on rumination and psychological distress related to the maternal role in women with postpartum depression. This quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design and a control group with a 3-month follow-up period. The statistical population of the study included women referring to health counseling centers in Urmia in 2024, from whom 32 people were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups (16 participants in each group). Data were collected using the Rumination Questionnaire (RRS, Nolen-Hoeksma & Maro, 1991) and the Kessler Psychological Distress Questionnaire (DTQ, 2002). The cognitive behavioral therapy intervention was carried out in 8 90-minute sessions (one session per week) for two months for the experimental group. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The findings showed that there was a significant difference between the pre-test and post-test in the variables of rumination and psychological distress ($P < 0.05$). There was also a significant difference between the pre-test and follow-up ($P < 0.05$). Based on the findings of the study, the effects of cognitive behavioral therapy on reducing levels of rumination and psychological distress were both significant and lasting.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Rumination, Psychological Distress, Postpartum Depression.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی مرتبط با نقش مادری در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بهداشت شهر ارومیه در سال ۱۴۰۳ بود که از بین آنها تعداد ۳۲ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۶ نفر) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از مقیاس نشخوار فکری (RRS، نولن-هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) و پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (DTQ، ۲۰۰۲) جمع‌آوری شد. مداخله درمان شناختی رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) در دو ماه برگزار شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد تفاوت معناداری بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین بین مرحله پیش‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0.05$). نتایج پژوهش نشان داد که مداخله درمان شناختی رفتاری به‌طور معنادار و پایدار موجب کاهش نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی شده است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، نشخوار فکری، پریشانی روان‌شناختی، افسردگی پس از زایمان.

مادر شدن سفری دگرگون‌کننده، سرشار از پیچیدگی‌ها، شادی‌ها و چالش‌هایی است که نه تنها زندگی مادران، بلکه دنیای اطراف آنها را نیز شکل می‌دهد. این نقشی است که پیوندهای عاطفی عمیق، انعطاف‌پذیری و رشد را به هم پیوند می‌دهد (حسینی و همکاران، ۲۰۲۴). در حالی که مادر شدن یک سفر دگرگون‌کننده پر از شادی‌ها و چالش‌های عمیق است، مادران را نیز در معرض آسیب‌هایی مانند افسردگی پس از زایمان قرار می‌دهد. این کشمکش عاطفی که با تغییرات فیزیکی و روانی مادری درهم‌آمیخته است، انعطاف‌پذیری لازم برای پذیرش این نقش تغییردهنده زندگی را در حین عبور از پیچیدگی‌های آن برجسته می‌کند. افسردگی پس از زایمان^۱ یک اختلال خلقی جدی است که معمولاً در هفته‌های اول پس از زایمان بروز می‌کند و با علائمی مانند غم شدید، خستگی، اضطراب و افکار خودکشی همراه است. در یک مطالعه در ایران که شامل ۱۰۸۹۵۲ شرکت‌کننده بود، میزان شیوع افسردگی پس از زایمان ۳/۰۳ درصد گزارش کردند (مرادی و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین شیوع آن در جهان نیز براساس پژوهش چندملیتی دیگری که در شش کشور (مصر، یمن، عراق، هند، غنا و سوریه) انجام شد شیوع کلی را ۱۳/۶ درصد گزارش کردند (آمر^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). افسردگی پس از زایمان می‌تواند ماه‌ها طول بکشد و به طور قابل توجهی بر توانایی مادر در مراقبت از خود و فرزندش تأثیر بگذارد. این وضعیت می‌تواند بر سلامت مادر و نوزاد تأثیر منفی بگذارد و نیازمند تشخیص و درمان سریع است (خامیدولینا^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی پس از زایمان یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی در دوران بارداری و پس از آن است (رفع^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). از نظر بیولوژیکی، نوسانات هورمونی پس از زایمان نقش کلیدی در تحریک افسردگی پس از زایمان دارند (ژانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که تغییرات در سطح استروژن و پروژسترون می‌تواند بر تنظیم خلق و خو تأثیر بگذارد و برخی از مادران را آسیب‌پذیرتر کند. از نظر روان‌شناختی، عواملی مانند سابقه افسردگی، اضطراب یا تروما خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهند. از نظر اجتماعی، عدم حمایت خانواده و دوستان، استرس مالی و فشارهای اجتماعی برای "بازگشت" پس از زایمان می‌تواند این بیماری را تشدید کند (تامبلی^۶ و همکاران، ۲۰۲۵). عامل مهمی که در ایجاد و حفظ افسردگی پس از زایمان نقش مهمی دارد نشخوار فکری^۷ است (دنيس^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). نشخوار فکری به تمرکز مکرر و غیرفعال بر افکار، احساسات یا تجربیات منفی اشاره دارد که می‌تواند احساس غم، گناه و ناامیدی را تشدید کند (بایک و نیومن^۹، ۲۰۲۵). این یک سبک پاسخ ناسازگار در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند پریشانی روان‌شناختی را تشدید کند و به حفظ و ایجاد افسردگی و اضطراب کمک کند (تینوکو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵). نشخوار فکری می‌تواند توانایی‌های حل مسئله را مختل کند و مشارکت در فعالیت‌های مثبت را کاهش دهد و چرخه منفی‌گرایی را تداوم بخشد. مطالعات نشان داده‌اند که مادرانی که درگیر نشخوار فکری می‌شوند، بیشتر احتمال دارد که دوره‌های طولانی‌مدت افسردگی پس از زایمان را تجربه کنند، زیرا این الگوی شناختی از حل مسئله و تنظیم هیجانی مؤثر جلوگیری می‌کند (خامیدولینا و همکاران، ۲۰۲۵). تحقیقات همچنین نشان داده است که نشخوار فکری می‌تواند تأثیر عوامل استرس‌زا مانند کمبود خواب، تغییرات هورمونی و فشارهای اجتماعی را تقویت کند و سازگاری مادران با چالش‌های زندگی پس از زایمان را دشوارتر کند (کیوی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۵). از سویی دیگر، مداخلاتی که نشخوار فکری را هدف قرار می‌دهند، مانند درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی پس از زایمان و بهبود سلامت روان مادر اثربخش بوده‌اند.

مادرانی که افسردگی پس از زایمان را تجربه می‌کنند ممکن است با احساس بی‌کفایتی، گناه و ترس شدید از شکست در نقش مادری خود دست‌وپنجه نرم کنند. به همین دلیل اختلالات شناختی، مانند مشکل در تمرکز و تصمیم‌گیری و به‌خصوص پریشانی روان‌شناختی^{۱۲} در این دوره رایج است که مسئولیت‌های روزانه را پیچیده‌تر می‌کند (هونگ^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۵). پریشانی روان‌شناختی به حالتی از رنج عاطفی اشاره دارد که اغلب با علائمی مانند اضطراب، افسردگی و احساس ناامیدی مشخص می‌شود. این می‌تواند از عوامل مختلفی از جمله

1 Postpartum Depression (PPD)

2 Amer

3 Khamidullina

4 Rafat

5 Zhang

6 Tambelli

7 Rumination

8 Dennis

9 Baik & Newman

10 Tinoco

11 Qi

12 Psychological distress

13 Hong

حوادث آسیب‌زای، استرس مزمن یا تغییرات قابل توجه زندگی ناشی شود (بلوک^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). مادران ممکن است احساس گناه، شک و تردید نسبت به خود و ترس از بی‌کفایتی در نقش‌های مادری خود را تجربه کنند که می‌تواند منجر به کناره‌گیری اجتماعی و مشکل در برقراری ارتباط با نوزاد شود (کامونی^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). کارونا^۳ و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که رضایت کم از رابطه با پریشانی روان‌شناختی بیشتر مرتبط است که به نوبه خود خطر افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد. بنابراین در پاسخ به چنین الگوهای ناسازگار شناختی و هیجانی، درمان شناختی رفتاری جایگاهی کلیدی در بازسازی و ارتقا عملکرد ذهن ایفا می‌کند.

درمان شناختی رفتاری^۴ رویکردی علمی، ساختارمند و کوتاه مدت است که با هدف تغییر الگوهای ناسازگار فکری و رفتاری طراحی شده است. این درمان بر این فرض استوار است که افکار، احساسات و رفتارها در ارتباطی تنگاتنگ با یکدیگر قرار دارند؛ بنابراین، با شناسایی و اصلاح افکار تحریف‌شده یا ناکارآمد می‌توان الگوهای رفتاری مخرب را نیز تغییر داد (هافمن^۵، ۲۰۲۱). درمان شناختی رفتاری به طور گسترده‌ای به عنوان یک درمان مؤثر برای پریشانی روان‌شناختی شناخته شده است و رویکردی ساختاریافته برای شناسایی و اصلاح الگوها و رفتارهای فکری منفی ارائه می‌دهد. یک بررسی جامع نشان داد که چگونه درمان شناختی رفتاری تنظیم هیجانی و مکانیسم‌های مقابله را از طریق تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی و فعال‌سازی رفتاری افزایش می‌دهد و پریشانی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد (هولدگارد^۶ و همکاران، ۲۰۲۳؛ ناکائو^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). درمان شناختی رفتاری همچنین با کمک به افراد در شناسایی و به چالش کشیدن فرایندهای فکری ناسازگار و جایگزینی آنها با الگوهای شناختی سالم‌تر، نشخوار فکری را هدف قرار می‌دهد (استنزل^۸ و همکاران، ۲۰۲۵؛ لانجنکر^۹ و همکاران، ۲۰۲۴؛ اومگاکي^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲؛ انصاری و همکاران، ۱۴۰۰؛ حیدری و همکاران، ۱۳۹۷). به عنوان مثال، یک بررسی سیستماتیک در سال ۲۰۲۴ نشان داد که درمان شناختی رفتاری علائم افسردگی را با پرداختن مستقیم به نشخوار فکری به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد (لی و تانگ^{۱۱}، ۲۰۲۴). علاوه بر این، یک متاآنالیز در سال ۲۰۲۵ نشان داد که مداخلات درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر تفکر منفی تکراری از جمله نشخوار فکری، باعث بهبود متوسط تا قوی در نتایج سلامت روان شد (استنزل^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۵).

به طور کلی، با توجه به پیچیدگی‌های روان‌شناختی ناشی از تغییرات هورمونی و فشارهای عاطفی در دوران پس‌زایمان، به‌کارگیری مداخلات درمان شناختی رفتاری به عنوان روشی علمی و ساختارمند، می‌تواند ابزاری مؤثر در کاهش بار روانی و بهبود عملکرد مادرانه به شمار رود. در این راستا، نتایج به‌دست‌آمده نه‌تنها می‌تواند به تقویت مبانی نظری و عملی درمان‌های روان‌شناختی کمک نماید، بلکه نقش قابل توجهی در بهبود تعاملات اجتماعی و کیفیت زندگی مادران و فرزندان ایشان داشته باشد. در نتیجه پژوهش حاضر با رویکردی مبتنی بر شواهد تجربی و تحلیل‌های آماری دقیق، به تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی مرتبط با نقش مادری در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در شهر ارومیه پرداخت.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بهداشت شهر ارومیه در سال ۱۴۰۳ بود که تشخیص اختلال افسردگی پس از زایمان دریافت کرده بودند. همچنین، به‌منظور افزایش دقت و اطمینان از وجود این اختلال، از پرسش‌نامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS، ۲۰۰۳)، نیز استفاده شد. از بین افراد نمونه تعداد ۳۲ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی، ۱۶ نفر در گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) و ۱۶ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. نظر متخصصان بر این است که در استفاده از روش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی حجم نمونه مناسب ۱۵ نفر برای هر گروه است (دلاور، ۱۴۰۱). درمان شناختی رفتاری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر

1 Blok
 2 Camoni
 3 Carona
 4 Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
 5 Hofmann
 6 Holdgaard
 7 Nakao
 8 Stenzel
 9 Langenecker
 10 Umegaki
 11 Li, Tang
 12 Stenzel

هفته یک جلسه) در دو ماه برای گروه آزمایش انجام شد. در این زمان گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مادرانی بود که در دو ماه گذشته صاحب فرزند شدند و به مراکز مشاوره اداره بهداشت مراجعه کردند. بعلاوه کسب حداقل نمره ۱۳ و بالاتر در پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ و عدم وجود علائم سایکوتیک و همچنین علاقه و رضایت برای شرکت در پژوهش از جمله این ملاک‌ها بودند. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از عدم تمایل به شرکت در پژوهش، غیبت بیش از سه جلسه در جریان درمان، عدم انجام تکالیف درمانی و همچنین عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. قبل از آغاز جلسات درمان اعضای هر دو گروه به پیش‌آزمون که شامل پرسشنامه نشخوار فکری نولن-هوکسما و پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر بود، پاسخ دادند. سپس درمان شناختی رفتاری برای گروه آزمایش اجرا شد. بعد از پایان جلسات، اعضای هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. همچنین در مرحله پیگیری بعد از گذشت ۳ ماه از مداخله نیز پرسشنامه‌ها در اختیار هر دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت تا آنها را تکمیل کنند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه است، اطلاعات آن‌ها به‌صورت محرمانه نگهداری می‌شود و در هر مرحله می‌توانند بدون هیچ‌گونه پیامد منفی از ادامه‌ی همکاری انصراف دهند. همچنین فرم رضایت‌نامه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و نحوه تکمیل مقیاس‌ها به‌صورت دقیق برای آنان شرح داده شد. در نهایت، داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و روش تحلیل آماری واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس نشخوار فکری^۱ (RRS): این ابزار توسط نولن-هوکسما و مارو^۲ در سال ۱۹۹۱ طراحی شد و شامل ۲۲ گویه است که در یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (از ۱ تا ۴) سنجیده می‌شود. دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد؛ به‌طوری که نمرات بالاتر، سطح بیشتری از نشخوار فکری را در فرد نشان می‌دهند. این مقیاس همچنین دارای سه خرده مقیاس بروز دادن^۳، در فکر فرورفتن^۴ و افسردگی^۵ است. تحلیل عاملی برای بررسی روایی سازه، مقدار ۰/۸۲ و پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ را نشان داد (نولن-هوکسما و مارو، ۱۹۹۱). در ایران، باقری‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کردند. همچنین، ضریب روایی همزمان آن با سیاهه افسردگی بک و کلارک برابر با ۰/۷۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر میزان پایایی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر^۶ (DTQ): این پرسشنامه نسخه ۱۰ سؤالی مقیاس کسلر^۷ (K10) است که توسط کسلر و همکاران (۲۰۰۲) با هدف ارزیابی نشانگان روان‌شناختی مرتبط با اختلالات روانی طراحی و تدوین شده است. آیت‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای شامل "هیچ‌وقت" (نمره ۰)، "به‌ندرت" (۱)، "گاهی اوقات" (۲)، "اغلب" (۳) و "همیشه" (۴) نمره‌گذاری می‌شوند و مجموع امتیازات در دامنه ۰ تا ۴۰ محاسبه می‌شود؛ به‌گونه‌ای که نمرات بالاتر بیانگر سطح بالاتری از ناراحتی روانی هستند. روایی همگرای این ابزار بر اساس همبستگی آن با مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان^۸ و مقیاس افسردگی همیلتون^۹ به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۴۹ گزارش شده است. میزان پایایی نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ به‌دست آمده است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران نیز یعقوبی (۱۳۹۴) و فرازمنند و ابراهیمی (۱۳۹۷) پایایی ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. روایی ملاکی پرسشنامه نیز از طریق تعیین نقطه برش و مقایسه آن با فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب بررسی شد؛ به‌طوری که در نقطه برش ۸، ضریب همبستگی برای پیش‌بینی مثبت برابر با ۷۶/۴۹ و برای پیش‌بینی منفی برابر با ۸۴/۴۹ به دست آمد (یعقوبی، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

مداخله درمان شناختی رفتاری: گروه آزمایش در یک دوره درمان شناختی رفتاری گروهی شرکت کرد که شامل ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای بود. این مداخله بر اساس پروتکل درمانی لیهی و همکاران (۲۰۰۹) طراحی و توسط پژوهشگر در مرکز بهداشت ارومیه اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

1 Rumination Response Scale
 2 Nolen-Hoeksema, Morrow
 3 Express
 4 Being lost in thought
 5 Depression
 6 Kessler Psychological Distress Scale (K-10)
 7 Kessler
 8 Hospital anxiety and depression scale
 9 Hamilton depression scale

جدول ۱. شرح جلسات مداخله شناختی رفتاری

جلسه	اهداف
اول	آشنایی با اعضای گروه، شرح قوانین و ساختار جلسات، معرفی مفهوم افسردگی پس از زایمان، پریشانی روان‌شناختی و نشخوار فکری، تشریح ارتباط میان افکار، احساسات و رفتارها (مدل A-B-C)، ارائه تمرین نوشتاری روزانه خلق.
دوم	مرور تکالیف جلسه قبل، شناسایی افکار خودکار منفی، معرفی نشخوار فکری به‌عنوان یک الگوی ذهنی ناسازگار، آموزش تمایز میان نشخوار فکری و بازاندیشی، تمرین تشخیص موقعیت‌های تحریک‌گر نشخوار.
سوم	معرفی تحریف‌های شناختی رایج در دوره پس از زایمان (مثل فاجعه‌سازی، شخصی‌سازی، ذهن‌خوانی)، تمرین عملی شناسایی و ثبت تحریف‌ها، آموزش تکنیک توقف فکر، ارائه تمرین ثبت افکار و تحریف‌ها.
چهارم	آشنایی با باورهای بنیادین و طرح‌واره‌های فعال شده پس از زایمان (مثلاً ناکارآمد بودن، احساس گناه یا بی‌کفایتی)، معرفی ابزار پیکان عمودی، تمرین کشف باورهای زیربنایی، طراحی جملات مقابله‌ای.
پنجم	آموزش تکنیک بازسازی شناختی، تمرین جایگزینی افکار خودکار منفی با افکار متوازن، آشنایی با مفهوم ذهن‌آگاهی اولیه، تمرین آگاهی از افکار بدون داوری، ارائه تمرین تن‌آرامی و تنظیم تنفس.
ششم	تمرین عملی ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره (مثلاً هنگام شیردهی یا مراقبت از نوزاد)، شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، تمرین پذیرش تجربه‌های هیجانی بدون اجتناب.
هفتم	مرور الگوی نشخوار فکری مزمن، طراحی مواجهه ذهنی با افکار ترسناک یا گناه‌آور (ERP ذهنی) تمرین رودررویی با افکار بدون درگیری، معرفی تکنیک زمان‌بندی نگرانی و تمرین مدیریت زمان نشخوار.
هشتم	مرور کلی جلسات، تهیه نقشه شناختی فردی از عوامل افسردگی، پریشانی و نشخوار، آموزش راهبردهای پیشگیری از عود، برنامه‌ریزی برای پیگیری فردی، دریافت بازخورد اعضا، اجرای پس‌آزمون و خداحافظی.

یافته‌ها

در اطلاعات مربوط به آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار سن افراد، گروه گواه برابر با $27/06 \pm 3/81$ و میانگین سن گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) برابر با $29/07 \pm 3/42$ بود. همچنین، در گروه آزمایش، ۱۳ نفر (۸۱/۲۵ درصد) بارداری خواسته و ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) ناخواسته داشتند، در حالی که در گروه گواه، ۱۱ نفر (۶۸/۷۵ درصد) بارداری خواسته و ۵ نفر (۳۱/۲۵ درصد) ناخواسته گزارش شد. از نظر نوع زایمان، ۱۲ نفر (۷۵ درصد) از گروه آزمایش زایمان طبیعی و ۴ نفر (۲۵ درصد) سزارین داشتند، در مقابل ۱۰ نفر (۶۲/۵ درصد) از گروه گواه زایمان طبیعی و ۶ نفر (۳۷/۵ درصد) سزارین بودند. همچنین، سابقه افسردگی در ۵ نفر (۳۱/۲۵ درصد) از گروه آزمایش و ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) از گروه گواه مشاهده شد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی در گروه‌های پژوهش به تفکیک مراحل آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مرحله پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پریشانی روان-شناختی	آزمایش	۲۳/۶۲	۲/۱۸	۱۹/۱۸	۱/۷۵	۱۹/۵۰
	کنترل	۲۴/۱۲	۲/۲۱	۲۲/۹۳	۲/۴۸	۲۳/۱۸
نشخوار فکری	آزمایش	۶۲/۵۰	۱۱/۱۰	۵۴/۰۶	۱۱/۳۴	۵۴/۲۵
	کنترل	۶۳/۲۵	۸/۷۸	۶۳/۱۸	۷/۸۹	۶۲/۶۲
بروز دادن	آزمایش	۱۲/۲۵	۱/۳۹	۹/۶۸	۱/۴۰	۱۰/۲۵
	کنترل	۱۲/۴۳	۱/۹۹	۱۲/۱۸	۱/۹۷	۱۲/۱۲
در فکر	آزمایش	۱۵/۱۶۸	۳/۰۷	۱۲/۵۶	۳/۱۱	۱۲/۶۸
	کنترل	۱۵/۳۱	۲/۱۸	۱۴/۷۵	۱/۵۲	۱۴/۶۲
فرورفتن	آزمایش	۳۵/۰۶	۷/۵۷	۳۲/۰۶	۷/۵۳	۳۲/۳۷
	کنترل	۳۵/۰۶	۷/۵۷	۳۲/۰۶	۷/۵۳	۳۲/۳۷

افسردگی	کنترل	۳۵/۱۲	۶/۶۲	۳۵/۵۶	۵/۹۷	۳۵/۸۱	۵/۷۹
---------	-------	-------	------	-------	------	-------	------

در جدول ۲ امار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی به تفکیک برای افراد گروه‌های گواه و درمان شناختی رفتاری، در سه مرحله نشان داده شده است. برای بررسی پیش فرض‌ها مقادیر آماره شاپیرو ویلکز در نمرات پیش‌آزمون (۰/۹۳۴ و $p \geq 0/05$)، پس‌آزمون نشخوار فکری (۰/۹۶۵ و $p \geq 0/05$) و پیگیری (۰/۹۷۴ و $p \geq 0/05$) و نمرات پیش‌آزمون پریشانی روان‌شناختی (۰/۹۳۵ و $p \geq 0/05$)، پس‌آزمون (۰/۹۴۰ و $p \geq 0/05$) و پیگیری (۰/۹۴۴ و $p \geq 0/05$) به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار نمی‌باشد که بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است. با توجه به نتایج آزمون لوین برای متغیر پیش‌آزمون نشخوار فکری ($F=2/360$ و $p=0/135$)، پس‌آزمون نشخوار فکری ($F=1/809$ و $p=0/189$) و پیگیری نشخوار فکری ($F=1/809$ و $p=0/189$) و برای متغیر پیش‌آزمون پریشانی روان‌شناختی ($F=0/22$ و $p=0/882$)، پس‌آزمون پریشانی روان‌شناختی ($F=0/803$ و $p=0/377$) و پیگیری پریشانی روان‌شناختی ($F=0/296$ و $p=0/590$)، سطح معناداری به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین می‌توان گفت پیش فرض همگنی واریانس در گروه‌ها از تجانس برخوردار است ($p \geq 0/05$). آزمون کرویت ماچلی به لحاظ آماری معنی‌دار نشد که نشان‌دهنده عدم تخطی از مفروضه کرویت است ($M=1/12$ و $p \leq 0/125$). در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس

متغیر وابسته	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
پریشانی روان-شناختی	مراحل آزمون	۴۳/۰۸	۱/۵۱	۲۶۶/۸۶	۸۳/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶
	تعامل مراحل و گروه	۳۴۳/۵۸	۱/۵۱	۲۲۷/۴۷	۷۱/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵
	عضویت گروهی	۱۴۴/۶۶	۴۵/۳۱	۳/۱۹			
نشخوار فکری	مراحل آزمون	۱۵۳/۵۶	۱/۳۵	۱۱۳/۱۹	۱۰۳/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۴
	تعامل مراحل و گروه	۵۵/۲۷	۱/۳۵	۴۰/۷۴	۳۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵۴
	عضویت گروهی	۴۴/۵۰	۴۰/۶۹	۱/۰۹			
بروز دادن	مراحل آزمون	۳۶/۰۲	۱/۱۰	۳۲/۶۵	۱۱/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵
	تعامل مراحل و گروه	۲۲/۸۹	۱/۱۰	۲۰/۷۵	۷/۵۹	۰/۰۰۸	۰/۲۰۲
	عضویت گروهی	۹۰/۴۱	۳۳/۰۹	۲/۷۳			
در فکر فرو رفتن	مراحل آزمون	۷۲/۵۲	۱/۳۶	۵۳/۱۶	۴۳/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۱
	تعامل مراحل و گروه	۳۱/۹۳	۱/۳۶	۲۳/۴۱	۱۹/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹
	عضویت گروهی	۵۰/۲۰	۴۰/۹۲	۱/۲۲			
افسردگی	مراحل آزمون	۲۹/۰۲	۱/۴۴	۲۰/۱۱	۲۱/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸
	تعامل مراحل و گروه	۶۱/۸۹	۱/۴۴	۴۲/۸۹	۴۵/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰۵
عضویت گروهی		۴۰/۴۱	۴۳/۲۸	۰/۹۳			

در جدول ۳ نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی برای مقایسه پریشانی روان‌شناختی و نشخوار فکری گروه‌های گواه و درمان شناختی رفتاری، نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۴ مقادیر F مربوط به اثرات تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری)، برای هر دو متغیر نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد ($p \leq 0/01$). معنی‌داری اثرات تعاملی نشان‌دهنده وجود تفاوت بین روند تغییرات نمرات نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی گروه‌های گواه و درمان شناختی رفتاری در طی مراحل اندازه‌گیری است. به منظور مقایسه زوجی میانگین نمرات در طی مراحل اندازه‌گیری، از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت تعیین تفاوت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	زمان (I)	زمان (J)	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
پیشانی روان -	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۲۵*	۰/۴۳۶	۰/۰۰۱
شناختی	پیش آزمون	پیگیری	۴/۴۳*	۰/۳۶۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	-۰/۱۸۷	۰/۲۷۵	۱
نشخوار فکری	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۸۱*	۰/۲۳۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۲/۵۳*	۰/۲۶۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۰/۲۸۱	۰/۱۲۳	۰/۰۸۷
	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۴۰*	۰/۰۹۶	۰/۰۰۱
روز دادن	پیگیری	پیگیری	۱/۱۵*	۰/۳۷۳	۰/۰۱۳
	پیگیری	پس آزمون	-۰/۲۵۰	۰/۳۶۶	۱
در فکر فرو رفتن	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۸۴*	۰/۲۴۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۱/۸۴*	۰/۲۸۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۰/۴۳۸	۰/۱۳۵	۱
	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۲۸*	۰/۲۱۹	۰/۰۰۱
افسردگی	پیگیری	پیگیری	۲/۸۱*	۰/۲۴۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	-۰/۲۸۱	۰/۱۳۱	۰/۱۱۹

در جدول ۴ مقایسه های زوجی جهت بررسی تفاوت بین نمرات نشخوار فکری و پیشانی روان شناختی در طی مراحل درمان، برای هر یک از گروه های گواه و درمان شناختی رفتاری آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده در گروه های گواه و درمان شناختی رفتاری تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری معنی دار می باشد ($p \leq 0.05$). با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می شود که میانگین نمرات نشخوار فکری و پیشانی روان شناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طور معنی داری کاهش یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پیگیری با پس آزمون معنی دار نیست ($p \geq 0.05$).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری و پیشانی روان شناختی مرتبط با نقش مادری در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مؤثر بوده است. این یافته با نتایج استنزل و همکاران (۲۰۲۵)، لانجنکر و همکاران (۲۰۲۴) و یومگاک و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. در ایران نیز همسو با این نتیجه، غضنفری و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهش خود نشان دادند که درمان رفتاری شناختی بر نشخوار فکری و کیفیت تعاملی بانوان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان مؤثر می باشد. همچنین یافته حاصل با پژوهش های انصاری و همکاران (۱۴۰۰) و حیدری و همکاران (۱۳۹۷) در یک راستاست. این یافته را می توان در چارچوب نظریه های شناختی افسردگی و نقش نشخوار فکری در تداوم این اختلال بررسی و تبیین کرد. نشخوار فکری، به عنوان یک سبک پردازش شناختی منفی، شامل افکار مکرر، منفعل و غیرقابل کنترل درباره ناکامی ها، تهدیدها یا کاستی های فردی است. این افکار نه تنها بر خلق اثر منفی می گذارند، بلکه با ایجاد یک چرخه معیوب شناختی - هیجانی، منجر به کاهش انگیزش، تمرکز و خودکارآمدی روانی می شوند. مطالعات نشان داده اند که نشخوار فکری به عنوان یک عامل تداومی برای افسردگی پس از زایمان عمل می کند و به شدت با احساس بی کفایتی مادرانه، اضطراب و پیشانی روان - شناختی در ارتباط است (غضنفری و همکاران، ۱۴۰۲). درمان شناختی رفتاری موجب می گردد تا افراد با افکار منفی خود آشنا شده و روش های مقابله با این افکار منفی را فراگیرند. بیان افکار توسط زنانی که به تازگی زایمان کرده اند باعث می گردد تا از دغدغه های مادران دیگر نیز آگاه شده و حس همکاری مشترک بهبود یابد و در کنار آن روش های فعال و کارآمدی برای کاهش استرس ها را فراگیرند (لانجنکر و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع درمان شناختی رفتاری از طریق تغییر سبک تفکر انتزاعی و غیرانطباقی به سبک تفکر سازنده و اختصاصی به فرد می آموزد چگونه تله های تفکر غیرسازنده را شناسایی کند و در دام آنها گرفتار نشود، همچنین این مدل درمانی با درگیر کردن فرد در

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی مرتبط با نقش مادری در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان
The effectiveness of cognitive behavioral therapy on rumination and psychological distress related to the maternal role ...

یک زندگی ارزشمند، فرایند اجتناب از گیر افتادن در تله‌های نشخوار فکری را تسهیل می‌نماید (استنزل و همکاران، ۲۰۲۵). در تبیین دیگر می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری، نخست با فنون توجه‌برگردانی و ذهن‌آگاهی سعی در برگرداندن کانون توجه فرد و در عین حال آموزش مهارت روانی زندگی در زمان حال دارد (بومگاکو و همکاران، ۲۰۲۲).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مؤثر است. این یافته با پژوهش هولدگارد و همکاران (۲۰۲۳)، ناکائو و همکاران (۲۰۲۱)، آقابالازاده و همکاران (۱۴۰۴) و احمدی و همکاران (۱۴۰۳) همسو می‌باشد. این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که مداخله شناختی رفتاری به زنان کمک می‌کند تا بتوانند افکار منفی خود را شناسایی کنند و آنها را مورد بررسی قرار دهند. این توانمندی در آنها بر اساس ظرفیت خودیاری استوار است و باعث می‌شود آنها بتوانند مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسائل جاری، بلکه مسائل مشابه در آینده رشد دهند، در نتیجه کسب این مهارت و کارآمد قلمداد کردن راه‌حل‌ها به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌های نامعین یا مبهم را کمتر فشارآور و آشفتنه‌کننده درک کنند (احمدی و همکاران، ۱۴۰۳). پریشانی روان‌شناختی که به مجموعه‌ای از حالات هیجانی ناخوشایند نظیر افسردگی، اضطراب، استرس و نارضایتی روان‌شناختی اطلاق می‌شود، در دوران پس از زایمان با شدت بیشتری تجربه می‌شود (آقابالازاده و همکاران، ۱۴۰۴). در این شرایط، درمان شناختی رفتاری با تأکید بر بازسازی شناختی، شناسایی و اصلاح افکار خودکار منفی و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان، می‌تواند به بهبود معنادار در این شاخص‌ها منجر می‌شود (هولدگارد و همکاران، ۲۰۲۳).

از سوی دیگر، علاوه بر کاهش مستقیم نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی، تداوم این اثرات در مرحله پیگیری در پژوهش حاضر نیز حائز اهمیت است. این یافته با نتایج ویس و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود که در فرا تحلیل خود، پایداری اثرات درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی را در طول زمان گزارش کرده‌اند. درواقع، درمان شناختی رفتاری از طریق آموزش راهبردهای شناختی و رفتاری مؤثر، به مراجعان امکان می‌دهد که در موقعیت‌های تنش‌زا و برانگیزاننده پس از درمان نیز بتوانند از مهارت‌های آموخته‌شده استفاده کنند؛ امری که به پایداری اثرات و کاهش احتمال بازگشت نشانه‌ها می‌انجامد (ویس و همکاران، ۲۰۱۶).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری به‌طور معناداری در کاهش نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مؤثر است. این مداخله با ارتقاء مهارت‌های شناختی و تنظیم هیجانی، زمینه‌ساز بهبود پایدار در شاخص‌های روان‌شناختی مرتبط با نقش مادری می‌گردد. همچنین، تداوم اثرات درمان در مرحله پیگیری، مؤید کارآمدی بلندمدت این رویکرد مداخله‌ای است. بر این اساس، بهره‌گیری از درمان شناختی رفتاری می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد بالینی مؤثر در برنامه‌های حمایتی و درمانی زنان در دوران پس از زایمان مدنظر قرار گیرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از نمونه‌ای محدود به زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و روش نمونه‌گیری در دسترس بود که ممکن است قابلیت تعمیم نتایج را به کل جمعیت کاهش دهد. همچنین، استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و نمونه‌های متنوع‌تری از جمله زنان در بسترهای غیر کلینیکی استفاده شود. علاوه بر این، عدم کنترل عوامل مخدوش‌کننده مثل وضعیت اقتصادی و تفاوت‌های قومی و حمایت اجتماعی که از این افراد می‌شود، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود که پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آینده به این محدودیت‌ها توجه داشته باشند.

منابع

- احمدی کانی گلزار، ا. و قلی‌زاده، ز. (۱۳۹۴). اعتبارسنجی ایرانی آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبرگ برای غربالگری افسردگی پس از زایمان. *روان پرستاری* ۳ (۳): ۱۰-۱. <http://ijpn.ir/article-1-611-fa.html>
- احمدی محلی، س.، باغبانیان، س.، فندرسکی، ا.، باقری، م. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری، تحمل پریشانی و ارتقای کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس در مرحله ی فاز حاد؛ مطالعه کارآزمایی بالینی. *طلوع بهداشت*. ۲۳ (۶): ۱۵-۱. <http://dx.doi.org/10.18502/tbj.v23i6.18189>
- آقابالازاده، ل.، فرشایف مانی صفت، ف.، خادمی، ع. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری کنشی و پریشانی روان‌شناختی زنان آسیب دیده از خیانت همسر. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ۱۲ (۱): ۱۷-۱. <http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.12.1.1>

- باقری نژاد، م.، صالحی فدردی، ج. و طباطبایی، س.م. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌های از دانشجویان ایرانی. *پژوهشهای روانشناسی بالینی و مشاوره*. ۱۱ (۱)، ۲۱-۳۸. <https://doi.org/10.22067/ijap.v11i1.6910>
- حیدری، ف.، عسگری، پ.، حیدری، ع.، پاشا، ر.، مکوندی، ب. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری بیماران با درد غیرقلبی قفسه سینه سلامت جامعه، ۱۲(۱). ۳۰-۴۰. <https://doi.org/10.22123/chj.2018.127159.1119>
- غضنفری، ن.، خادمی، ع.، محمود علیلو، م.، اعتمادی نیا، م.، دوستی، ر. (۲۰۲۳). تاثیر کارگاه یک روزه مبتنی بر درمان رفتاری-شناختی بر نشخوار فکری و کیفیت تعاملی بانوان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان. *مجله سلامت و مراقبت*. ۲۵(۱)، ۷-۱۸. <http://dx.doi.org/10.61186/jhc.25.1.7>
- گودرزی، م.، غلامرضایی، س.، امرایی، ا. (۲۰۲۱). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه با مداخله تدوینی مبتنی بر آموزش ذهن‌آگاهی، تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر مولفه‌های فراهیجان مثبت و منفی در زنان باردار مبتلا به پریشانی روان‌شناختی: یک مطالعه آنلاین. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۱۲(۴۴)، ۱۰۴-۱۳۹. <https://doi.org/10.22054/jcps.2022.57940.2491>
- یعقوبی، ح. (۱۳۹۴). و یژگیهای روانسنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (K-۱۰). *فصلنامه پژوهشهای کاربردی روانشناختی*. ۴(۴)، ۴۵-۵۷. <https://doi.org/10.22059/japr.2016.57963>
- Amer, S. A., Zaitoun, N. A., Abdelsalam, H. A., Abbas, A., Ramadan, M. S., Ayal, H. M., ... & Al-Shroby, W. A. (2024). Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health*, 24(1), 1308. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18502-0>
- Baik, S. Y., & Newman, M. G. (2025). Why Do Individuals with Generalized Anxiety Disorder and Depression Engage in Worry and Rumination? A Momentary Assessment Study of Positive Contrast Enhancement. *Journal of Anxiety Disorders*, 102982. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2025.102982>
- Blok, A. C., Gauntlett, L., Jayaram, M., & Krein, S. L. (2025). Caregiver and care team perspectives of caregiver psychological distress and well-being during critical care hospitalization: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 25, 167. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05769-0>
- Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2022). A Blended Cognitive-Behavioral Intervention for the Treatment of Postpartum Depression: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 21(5), 438-456. <https://doi.org/10.1177/15346501221082616>
- Camoni, L., Gigantesco, A., Guzzini, G., Pellegrini, E., & Mirabella, F. (2023). Epidemiology of perinatal depression in Italy: systematic review and meta-analysis. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 59(2), 139-148. <https://doi.org/10.4415/ANN-23-02-07>
- Carona, C., Monteiro, F., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2024). Cascading effects of partner relationship satisfaction on complete perinatal mental health: An exploratory serial mediation analysis. *Current Psychology*, 43(3), 2315-2326. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04442-2>
- de Macedo Tinôco, H. G. B., de Sousa, G. M., Ribeiro, E. B. A., de Mendonça Maciel, J. E., Tavares, V. D. D. O., de Morais, M. L., ... & Galvão-Coelho, N. L. (2025). Comparative Effectiveness of Mindfulness and Physical Exercise on Rumination in Patients with Major Depression: An Integrated Evaluation of an Open Label Randomized Trial. *Mental Health and Physical Activity*, 100679. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2025.100679>
- Dennis, C. L., Singla, D. R., Brown, H. K., Savel, K., Clark, C. T., Grigoriadis, S., & Vigod, S. N. (2024). Postpartum depression: A clinical review of impact and current treatment solutions. *Drugs*, 84(6), 645-659. <https://doi.org/10.1007/s40265-024-02038-z>
- Hofmann, S. G. (2021). The future of cognitive behavioral therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 45(3), 383-384. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10232-6>
- Holdgaard, A., Eckhardt-Hansen, C., Lassen, C. F., Kjesbu, I. E., Dall, C. H., Michaelsen, K. L., ... & Rasmussen, H. K. (2023). Cognitive-behavioural therapy reduces psychological distress in younger patients with cardiac disease: a randomized trial. *European heart journal*, 44(11), 986-996. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac792>
- Hong, H., Chen, Q., Lin, Y., Li, Y., Zheng, J., Gao, P., ... & Huang, F. (2025). Effects of psychosocial factors on postpartum depression: a half-longitudinal mediation analysis of cognitive reactivity. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 296. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07364-y>
- Hoseini, A. S. S., Maleki, M., Mardani, A., & Abbasi, S. (2024). Developing the concept of maternal in teenage mothers: a hybrid model. *Frontiers in Psychology*, 14, 1246882. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1246882>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ... & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Khamidullina, Z., Marat, A., Muratbekova, S., Mustapayeva, N. M., Chingayeva, G. N., Shepetov, A. M., ... & Aimagambetova, G. (2025). Postpartum Depression Epidemiology, Risk Factors, Diagnosis, and Management: An Appraisal of the Current Knowledge and Future Perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, 14(7), 2418. <https://doi.org/10.3390/jcm14072418>
- Langenecker, S. A., Schreiner, M. W., Bessette, K. L., Roberts, H., Thomas, L., Dillahun, A., ... & Watkins, E. R. (2024). Rumination-focused cognitive behavioral therapy reduces rumination and targeted cross-network connectivity in youth

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری و پریشانی روان‌شناختی مرتبط با نقش مادری در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان
The effectiveness of cognitive behavioral therapy on rumination and psychological distress related to the maternal role ...

- with a history of depression: replication in a preregistered randomized clinical trial. *Biological Psychiatry Global Open Science*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2023.08.012>
- Li, Y., & Tang, C. (2024). A systematic review of the effects of rumination-focused cognitive behavioral therapy in reducing depressive symptoms. *Frontiers in Psychology*, 15, 1447207. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1447207>
- Nabaei, M., & Birjandi, Z. A. (2024). Investigating the Effectiveness of Integrated Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) with Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) on Reducing Psychological Distress and Reducing Mental Fatigue in Nurses with Burnout Symptoms in Imam Reza Hospital, Mashhad. *The Journal of Toloobehdasht*. <https://doi.org/10.18502/tbj.v23i3.16480>
- Nakao, M., Shirotaki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial medicine*, 15(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w>
- Nikandish, Z., & Sajjadian, I. (2024). The effectiveness of behavioral activation therapy on the symptoms of depression, rumination, and social-occupational functioning impairment among women with postpartum depression. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 17. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1783_22
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Pan, J., Luo, W., Zhang, H., Wang, Y., Lu, H., Wang, C., ... & Shen, M. (2025, March). The Effects of Online Cognitive Behavioral Therapy on Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 7, p. 696). <https://doi.org/10.3390/healthcare13070696>
- Qi, W., Wang, Y., Wang, Y., Huang, S., Li, C., Jin, H., ... & Hu, J. (2025). Prediction of postpartum depression in women: development and validation of multiple machine learning models. *Journal of Translational Medicine*, 23(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12967-025-06289-6>
- Rafat, N., Bakouei, F., Delavar, M. A., & Nikbakht, H. A. (2025). Preventing postpartum depression in pregnant women using an app-based health-promoting behaviors program (Pender's health promotion model): a randomized Controlled Trial. *BMC psychology*, 13(1), 243. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02547-w>
- Rostami, F., Mojtabaei, M., & Avakh Kismy, F. (2023). A comparison of the effects of repetitive transcranial magnetic stimulation and cognitive behavioral therapy on rumination and cognitive impairment in individuals with depression. *Nursing Management Quarterly*, 13(1), 49-61. <https://doi.org/10.18502/tbj.v23i3.16480>
- Stenzel, K. L., Keller, J., Kirchner, L., Rief, W., & Berg, M. (2025). Efficacy of cognitive behavioral therapy in treating repetitive negative thinking, rumination, and worry—a transdiagnostic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 55, e31. <https://doi.org/10.1017/S0033291725000017>
- Suchan, V., Peynenburg, V., Thiessen, D., Nugent, M., Dear, B., Titov, N., & Hadjistavropoulos, H. (2022). Transdiagnostic Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Symptoms of Postpartum Anxiety and Depression: Feasibility Randomized Controlled Trial. *JMIR Formative Research*, 6(9), e37216. <https://doi.org/10.2196/37216>
- Talebi, M. (2022). Pregnancy depression and insomnia in pregnant women: The predictive role of nocturnal rumination and mindfulness. *Quarterly Journal of Women and Society*, 13(49), 171-184. <https://doi.org/10.30495/jzvj.2022.25953.3355>
- Tambelli, R., Tosto, S., & Favieri, F. (2025). Psychiatric Risk Factors for Postpartum Depression: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 15(2), 173. <https://doi.org/10.3390/bs15020173>
- Umegaki, Y., Nakagawa, A., Watkins, E., & Mullan, E. (2022). A rumination-focused cognitive-behavioral therapy self-help program to reduce depressive rumination in high-ruminating Japanese female university students: A case series study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(2), 468-484. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.01.003>
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS one*, 11(6), e0158092. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092>
- Zhang, Y., Cheng, Y., Carrillo-Larco, R. M., Zhou, Y., Wang, H., & Xu, X. (2025). Postpartum depression in relation to chronic diseases and multimorbidity in women's mid-late life: a prospective cohort study of UK Biobank. *BMC medicine*, 23(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-03853-1>