

## اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر سه عامل پویشی تعارض‌های وابستگی، خشم و مادری در مادران افسرده پس از زایمان

ارسلان احمدی کانی گلزار<sup>1\*</sup>، سحر اصغر نژاد<sup>2</sup> و زلیخا قلی‌زاده<sup>3</sup>

دریافت مقاله: 92/2/30؛ دریافت نسخه نهایی: 92/6/16؛ پذیرش مقاله: 92/6/16

### چکیده

**هدف:** هدف مطالعه تعیین میزان اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر سه عامل پویشی تعارض‌های وابستگی، خشم و مادری در افسردگی پس از زایمان بود. **روش:** روش پژوهش شبه‌تجربی و جامعه آماری شامل 768 مادری بود که در طول یک فصل زایمان کرده بودند و تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سنندج قرار داشتند که با روش نمونه‌گیری تصادفی، 64 نفر از آن‌ها در دو گروه موازی 32 نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند و به پرسشنامه‌های افسردگی بک (بک، استیر و براون، 1996) و افسردگی پس از زایمان ادینبرگ (کوکس، هالند و ساگوفسکی، 1987) و مصاحبه ساختار یافته اختلالات بالینی محور یک (فرست، اسپیتزر، گی‌بن و ویلیامز، 2002) پاسخ دادند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد تغییرات در نمره‌های گروه آزمایش و گواه و حفظ این تغییرات در مرحله پیگیری، 6 ماه بعد از درمان شناختی رفتاری در متغیر تعارض‌های مادری معنادار و برای تعارض‌های خشم و وابستگی معنادار نیست. **نتیجه‌گیری:** هیجان‌های خشم و وابستگی تنها با نشانه گرفتن افکار خودکار منفی تغییری نمی‌کنند و ثبات در هیجانی‌های بنیادین خشم و وابستگی با طول درمان ممکن است بیشتر حاصل شود. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند برای مراکز بهداشتی-درمانی در درمان افسردگی پس از زایمان قابل استفاده باشد.

**کلیدواژه‌ها:** تعارض‌های خشم، درمانگری شناختی رفتاری، مادری، وابستگی

1. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز بهداشت شهرستان سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان  
Email: Arsalankany@gmail.com

2. کارشناس دانشگاه علوم پزشکی کردستان

3. استادیار و مدیر گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه کردستان

## مقدمه

اصطلاح افسردگی پس از زایمان<sup>1</sup>، شرایطی را در زنی شرح می‌دهد که بعد از تولد بچه‌اش، دچار نشانگان افسردگی، اضطراب، فقدان علاقه به بچه و احساس عدم‌صلاحیت و کفایت به-عنوان یک مادر شده است. این عارضه در 10 تا 15 درصد مادران در یک تا 5 هفته بعد از زایمان اتفاق می‌افتد و 6 تا 12 ماه طول می‌کشد. افسردگی بعد از زایمان به‌وسیله افراد حرفه‌ای کمتر برآورد شده و غالباً وجود آن به‌وسیله زنان انکار می‌شود و معمولاً درمان از سوی آن‌ها پیگیری نمی‌شود (مجمولا، میلور، پرون و گولسه، 2005). در مورد نیاز به گروه حرفه‌ای و تلاش‌های هماهنگ آن‌ها در درمان این اختلال تأکید، و نیاز به حمایت همسالان برای بهبود افسردگی پس از زایمان مهم شمرده شده است (دنيس، 2010)؛ اما هنوز فهم ناچیزی در مورد درمان افسردگی پس از زایمان وجود دارد و می‌تواند این نقطه اشتراک متخصصین مامایی<sup>2</sup>، کودکان و سرویس‌های بهداشتی باشد (جونز، کزیدی و گامبل، 2012).

دامنه شیوع افسردگی پس از زایمان در کشورهای آسیایی از 3/5% به 63/3% که در آن مالزی و پاکستان در پایین‌ترین و بالاترین حد هستند. عوامل خطرزا برای افسردگی پس از زایمان به پنج گروه اصلی تقسیم می‌شود. زیستی/ جسمی مانند مصرف ریبوفلاوین<sup>3</sup>، روانی مانند افسردگی قبل از تولد<sup>4</sup>، زایمان/ کودکان مانند حاملگی ناخواسته، اجتماعی، جمعیت-شناختی مانند فقر، و عوامل فرهنگی مانند ترجیح جنس نوزاد. مراسم پس از زایمان سنتی مزایای روانی قابل توجهی برای مادران تازه زایمان کرده ندارد (کلاینین و آرتور، 2009).

درمانگری شناختی رفتاری<sup>5</sup> یک روان‌درمانگری واجدساختار، هدفمند و متمرکز بر زمان حال است که از راهبردهای شناختی و رفتاری، به‌منظور کاهش نشانه‌ها، با هدف قرار دادن ساخت-های شناختی معیوب و فرایندهای نگهدارنده اختلال‌های روانی، بهره می‌گیرد. این درمان برای طیف وسیعی از اختلال‌ها به‌کار رفته است (بک، 2010). این چالش‌ها از یک طرف، فعالیت مجدد موضوع‌هایی از روان‌آزردگی‌های نوزادی زنان جوان به‌عنوان مثال اضطراب اختگی و نمادهای انسان‌گونه پیش ادیپی پیوندخورده به مادر خودش را نشان می‌دهد و از طرف دیگر، ظرفیت ویژه برای برگشت را آن چنان که وینی‌کات (1959) نشان داد به‌دست می‌آورد که او را قادر می‌سازد به کنش‌های روانی که بیشتر هماهنگ با تولد خودش است دست یابد. این نوع افسردگی بعد از زایمان با تحریک‌پذیری، نوسان‌های خلق و حمله‌های گریه، با برطرف شدن

1. postpartum depression
2. obstetrics pediatrics
3. Riboflavin
4. antenatal depression
5. cognitive-behavioral therapy (CBT)

اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر سه عامل پویایی ...

خود به خودی در ظرف 1 تا 10 روز مشخص می‌شود و به‌ویژه اختلالی دیرپا و شدید از اندوه است که ممکن است شاخصی برای پیامد احتمالی افسردگی پس از تولد واقعی باشد (جونز و همکاران، 2012). در همین راستا در پژوهشی با استفاده از درمانگری شناختی رفتاری باورهای زنان دچار افسردگی بعد از زایمان اصلاح شد که به اصلاح زمینه‌های مادری مانند از خودگذشتگی، پشتیبانی بسیار بالا و اسطوره‌های مادر خوب بودن انجامید (اوماهن، فیدوک، هنشو، هیمیل، فورمن و فلاین، 2012). تجربه بالینی و فرضیه‌های ادبیات روان‌پویایی سه عامل را رایج فرض می‌کند. تعارض‌های هیجانی ویژه‌ای که زنان در خلال افسردگی بعد از زایمان از خود نشان می‌دهند به‌طور ساده شامل سه عامل تعارض‌های وابستگی، خشم و تعارض‌های مادری است. تعارض‌های وابستگی شکلی از وابستگی متقابل است، تعارض‌های خشم زیاد به‌طور شخصیتی قسمت عظیمی از گناه و شرم را شامل می‌شود، و همسان‌سازی‌های مشکل‌دار با مادر/ پدر خود شخص با تعارض‌های مادری رابطه دارد (لارنس و بلوم، 2007).

در یک مقاله مروری مشخص شد درمان بین فردی، درمانگری شناختی رفتاری و درمان روان‌پویایی روان‌درمانگری‌های موثری برای افسردگی پس از زایمان هستند (پیرلستین، هوارد، سالیسبری و زلوتیک، 2009)؛ و درمان‌های روان‌شناختی بیشترین اندازه‌های اثر (کیوجپرس، بران مارک، وان، 2008) و درمان دارویی اندازه اثر متوسط دارند (بلدوز و گروت، 2006). با توجه به عوامل زمینه‌ساز افسردگی که می‌تواند شامل سابقه افسردگی در گذشته، مسئولیت نگهداری از نوزاد، بارداری ناخواسته، تغذیه کودک با شیر خشک، نوع زایمان، جنس نوزاد باشد و نیز هدف کلی این پژوهش که تعیین میزان اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر افسردگی پس از زایمان و سه عامل پویایی تعارض‌های وابستگی، خشم و مادری بود، فرضیه پژوهش این بود که عوامل زمینه‌ساز افسردگی در مادران افسرده پس از زایمان و گروه عادی تفاوت دارد.

## روش

این پژوهش یک طرح شبه‌آزمایشی بالینی بود که با انتخاب آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی و به صورت طرح دو گروهی همسان با پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام گرفت. جامعه آماری شامل کلیه مادران به تعداد 768 نفر بود که در طول یک فصل (سه ماه) زایمان کرده و برای اولین مراقبت تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سنندج بودند. نمونه مطالعه شامل 64 نفر بود که به‌روش تصادفی ساده در دو گروه موازی 32 نفری مداخله و گواه گمارده شدند.

## ابزارهای پژوهش

**1. پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم)<sup>1</sup>.** این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک و همکاران، 1996). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش چهارم همخوان است و همانند مقیاس بک، ویرایش دوم این مقیاس نیز 21 سؤالی و تمام عناصر افسردگی نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. در مطالعه‌ای ضریب آلفا 0/91 ضریب همبستگی دو نیمه 0/89 ضریب بازآزمایی آن به فاصله یک هفته 0/94 و ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی 0/87 و اعتبار بازآزمایی آن 0/73 گزارش شده است (دابسون و محمدخانی، 1386). فتی (1382) نیز در نمونه‌ای 94 نفری، ضریب آلفای کرونباخ 0/91 و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته 0/96 گزارش کرده است. در این پژوهش ضریب آلفا کرونباخ برابر 0/86 بود. امتیازدهی سؤال‌ها به صورت 0، 1، 2، 3 است. مجموع نمره‌ها از 0 تا 62 نوسان دارد و یک نمره کلی را به دست می‌دهد.

**2. مقیاس افسردگی پس از تولد ادینبرگ<sup>2</sup>.** پرسشنامه‌ای برای مادران است که توسط کوکس و هالند و ساگوفسکی (1987)، کوکس و هالند (1994) ساخته و اعتباریابی شد. این پرسشنامه به گونه‌ای ساخته شده است که امکان تشخیص افسردگی را از 6 هفته بعد از زایمان می‌دهد. این مقیاس شامل 10 گویه و نمره مقیاس ادینبرگ بین 0 تا 3 است و کسب نمره 12 و بیشتر به عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود (کوکس و همکاران، 1987). سؤال‌های 1، 2، 4 از 0 تا 3 و سؤال‌های 3، 5، 6، 7، 8، 9، 10 از 0 تا 3 نمره‌گذاری می‌شود. روایی مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ در مطالعه خدادوستان (1376) و در مطالعه منتظری، تورکان و امیدواری (2007) با روش آلفای کرونباخ 0/77 و با روش بازآزمایی 0/8 شد. در مطالعه مظهری و نخعی (2004) پرسشنامه ادینبرگ ابزاری پایا و معتبر تشخیص داده شد و حساسیت آن 95/3 و اختصاصی بودن آن 87/9% تعیین شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفا برای پرسشنامه ادینبرگ کرونباخ برابر 0/70 بود.

**3. مقیاس نگرش‌های ناکارآمد<sup>3</sup> (نسخه بلند).** این مقیاس توسط بک و وایسمن در سال 1978 تهیه شد و 40 پرسش دارد و مهم‌ترین آزمون سبک شناختی در پژوهش‌های انجام شده در آمریکا در زمینه شناخت درمانی به شمار می‌رود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که همسانی درونی این مقیاس 0/90 و ثبات آن دارای همبستگی 0/73 است و ضریب آلفای کرونباخ این

1. Beck depression inventory-second edition (BDI-II)
2. Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)
3. dysfunctional attitude scale (DAS)

اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر سه عامل پویایی ...

آزمون را 0/93 گزارش کردند (راجرز، 2009). در ایران ضریب پایایی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد را در فاصله 6 هفته‌ای 90% و ضریب آلفای کرونباخ آن را 0/75 گزارش کرده‌اند (حیدری‌پهلویان، ذوالفقاری و مهرابی، 1376). این مقیاس نسبت به شناخت‌درمانی حساس است و می‌تواند چگونگی پاسخ به درمان را نشان دهد و برای ارزیابی طرحواره‌های افراد افسرده ساخته و بر مبنای نظریه آسیب‌شناسی روانی یک ارایه شده است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت 7 درجه‌ای از کاملاً موافق = 7، خیلی موافق = 6، کمی موافق = 5، بی‌طرف = 4، کمی مخالف = 3، خیلی مخالف = 2، کاملاً مخالف = 1 میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص سازد. سؤال پاسخ داده نشده صفر می‌گیرد. طیف نمره‌ها در دامنه‌ای از 40 تا 280 قرار می‌گیرد. نمره‌های پایین‌تر نشانگر باورهای انطباقی بیشتر و تعریف‌های شناختی کمتر است. عبارات‌های مربوط به هر زیرمقیاس شامل موارد زیر می‌شود. زیرمقیاس کمال‌گرایی با سؤال‌های 26، 23، 22، 21، 20، 15، 14، 13، 11، 10، 9، 8، 4، 3، 1 و زیرمقیاس نیاز به تأیید اجتماعی با سؤال‌های 40، 39، 38، 35، 34، 32، 28، 27، 19، 16، 7؛ اندازه‌گیری می‌شود. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این آزمون حدود 0/65 بود.

**4. مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک<sup>1</sup>** مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک توسط دکتر رابرت، ام، راس در سال 1961 از طریق هر یک نمایندگی‌های پژوهش‌های روان‌شناختی غرب منتشر شد و چارچوبی از نگرش‌های ارجاعی را درباره چگونگی رابطه مادران با فرزندانشان ایجاد و برآوردی عینی از رابطه یک مادر با کودکش را تحت‌عنوان نیمرخ 5 نگرشی لیکرتی از کاملاً موافق = 5، موافق = 4، بی‌طرف = 3، مخالف = 2، تا کاملاً مخالف = 1، فراهم می‌کند. این مقیاس نگرش‌سنج نقطه‌نظر مادران را در مورد کودک در 4 سبک ارزیابی می‌کند و در حیطة آزمون‌های فراقکن قرار می‌گیرد. زیرمقیاس این آزمون شامل پذیرش فرزند<sup>2</sup> سؤال‌های 11، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47، 48؛ پیش‌حمایت‌گری<sup>3</sup> سؤال‌های 1، 3، 5، 6، 9، 12، 16، 22، 25، 26، 28، 33؛ سهل‌گیری<sup>4</sup> سؤال‌های 7، 14، 15، 18، 19، 24، 29، 31، 34، 36، 37، 39 و طرد فرزند<sup>5</sup> سؤال‌های 2، 4، 8، 10، 13، 17، 20، 21، 23، 27، 30، 32، 35، 38 است. نمره‌گذاری بر اساس جدول زیر به چهار زیرمقیاس در قالب دو گروه پذیرش و عدم-پذیرش تقسیم و روابط در طیفی از روابط مخدوش تا روابط همراه با تسلط کامل دسته‌بندی می‌شوند.

1. mother- child relationship evaluation (MCRE)
2. acceptance (A)
3. over protection (OP)
4. over indulgence (OI)
5. rejection (R)

## جدول 1. نیمرخ نمره‌های درصدی مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک

مقیاس‌ها	نمره‌های خام		نمره‌های درصدی
پذیرش	25/20/10/5/1	50/40/30	75/70/60
1. پذیرش	38/37/33/31/29	41/40/39	44/43/42
عدم‌پذیرش	28/28/25/23/20	34/30/29	36/36/34
2. بیش حمایت‌گری	28/28/25/24/21	31/30/29	34/34/33
3. سهل‌گیری	29/28/25/23/19	34/32/30	36/36/35
4. طرد	تسلط	تسلط	تسلط
5. اغتشاش - تسلط	4	3	2
	الف +	الف -	ت -
	1	2	3
	ت +	ت -	ت +

نکته: در جدول 1 اعداد مربوط به نقطه برش مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک، بر رنگ شده است.

با استفاده از جدول 1 نمره‌های خام هر آزمودنی جمع و به نمره‌های درصدی تبدیل و با نیمرخ و نقاط برش درصدی هر زیرمقیاس (1. پذیرش، 2. بیش حمایت‌گری، 3. سهل‌گیری، 4. طرد) تطابق داده می‌شود. پرسشنامه ارزیابی رابطه مادر-کودک دارای 48 گویه و در مدت زمان 30 دقیقه قابل اجرا و نمره‌گذاری است. نظر به وجود ضرایب کافی از پایانی و روایی و طیف وسیعی از اختلاف‌ها در ضرایب توانایی‌های تشخیصی این پرسشنامه، عقیده بر این است که پرسشنامه مذکور ابزاری حساس برای سنجش نگرش‌های توصیف شده است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در پژوهش حاضر برابر 0/71 بود.

**5. درمانگری شناختی رفتاری\*** در این پژوهش برای درمان افسردگی آزمودنی‌ها از پیش نویس درمانی مونز، آگیلار و گازمن (2007) استفاده شد. به‌دین ترتیب که راهنمای درمانی توسط نویسندگان مقاله حاضر ترجمه و ویرایش شد و در قالب یک پیش‌نویس کاری به کار گرفته شد. جلسه‌های درمان به 3 مقوله یا عنوان که هر یک شامل 4 جلسه است تقسیم شده است که به‌طورمختصر به دستور کار و جلسه‌های مندرج در آن اشاره می‌شود.

جلسه‌های اول تا چهارم، زیرموضوع 1 افکار: چطور افکار ما بر خلق ما تأثیر می‌گذارد؟ هدف اصلی این زیر موضوع ارائه اطلاعات درباره چگونگی تأثیر افکار بر خلق بود. جلسه نخست ساختار و هدف جلسه‌های بعدی را تعیین می‌کند. همچنین زمان و تاریخ جلسه‌ها و قوانین درمانی و محدودیت‌های رازداری در این جلسه تعیین شد. جلسه نخست بحث در مورد

\* جهت دریافت پیش‌نویس درمانی با نویسنده مسئول مقاله تماس حاصل فرمایید.

اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر سه عامل پویایی ...

افسردگی و این که شرکت‌کنندگان چگونه آن را تجربه می‌کنند، بود. در جلسه اول افکار تعریف شد. 3 جلسه بعدی در مورد انواع مختلف خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد که مرتبط با افسردگی است و این که چطور اصلاح این خطاها و افکار به بهبود خلق بیماران کمک می‌کند، بود. در این جلسه تمرین‌هایی جهت شناسایی خطاهای تفکر به کار برده شد. چیدمان جلسه سوم شامل آشنا کردن شرکت‌کنندگان با راهبردهایی شامل بالابردن افکار مثبت و کاهش افکار ناکارآمد و منفی و همچنین کاهش نشانگان افسردگی بود.

جلسه‌های پنجم تا هشتم، زیرموضوع 2 فعالیت‌ها: چطور فعالیت‌های ما بر خلق ما تأثیر می‌گذارد؟ در این جلسه‌ها، در مورد این که چطور افسردگی می‌تواند فعالیت‌های لذت بخش را محدود کند و نیز این که با شروع محدود شدن فعالیت‌های لذت بخش نشانگان افسردگی هم افزایش می‌یابد بحث شد. در طول این جلسه‌ها، فعالیت‌های لذت بخش تعریف و موانعی که افراد را درگیر می‌کند مشخص شد. گام‌هایی در تعیین اهداف قابل دستیابی در جلسه آموزش و تمرین شد. هدف اصلی این زیرموضوع این بود که کنترل شرکت‌کننده بر زندگی‌اش افزایش یابد و جایگزین‌هایی را مشخص کند که آزادی و انتخاب بیشتری به او بدهد.

جلسه‌های نهم تا دوازدهم، زیرموضوع 3 روابط: چطور روابط بر خلق ما تأثیر می‌گذارد؟ در این جلسه‌ها حمایت اجتماعی و این که چطور این حمایت‌های اجتماعی در مواجهه با موقعیت‌های سخت به ما کمک می‌کند، بحث شد. شرکت‌کنندگان آموختند شبکه‌های حمایتی-اجتماعی خود را شناسایی و تقویت کنند. تمرین‌ها برای یادگیری مهارت‌های ارتباطی جرأت‌مندان به کار رفت تا به شرکت‌کنندگان کمک کند که روابط رضایت‌بخش سالمی را برقرار کنند. در نهایت فرایند این نوع درمانگری تجدیدنظر و تکمیل مطالب اصلی از هر زیر موضوع است.

جلسه سیزدهم، در طول این جلسه ارزیابی از تجربه درمانی در مورد شرکت‌کنندگان انجام شد تا نقاط قوت و ضعف به دست آمده شناسایی شود. پیشنهادها مرتبط با پیگیری درمان و حوزه‌های کار مستمر با شرکت‌کنندگان و خانواده آن‌ها به بحث گذاشته شد.

**روش اجرای پژوهش.** در غربالگری افرادی که در پرسشنامه افسردگی بک نمره 18 یا بالاتر و در پرسشنامه سنجش افسردگی بعد از زایمان ادینبرگ نمره 16 به دست آورده بودند، با ارجاع به روان‌پزشک جهت تشخیص بالینی و سپس مصاحبه بالینی ساختار یافته<sup>1</sup> جهت تشخیص دقیق‌تر توسط یک نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی غیر از درمانگر، به صورت تصادفی 64 نفر انتخاب و در دو گروه 32 نفری آزمایش و گواه گمارده شدند و هر دو گروه به پرسشنامه-

---

1. structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I)

های پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس از اجرای درمان شناختی رفتاری در مورد گروه آزمایش و 6 ماه بعد در مرحله پیگیری پاسخ دادند. در طی جلسه‌های درمانی 5 نفر از گروه مداخله از شرکت در جلسه‌های درمانی انصراف دادند و 3 نفر در جلسه پس‌آزمون شرکت نکردند. در پس‌آزمون در گروه مداخله 27 نفر و در گروه گواه 29 نفر و در مرحله پیگیری در گروه مداخله 11 نفر و در گروه گواه 9 نفر شرکت داشتند. در پایان کار جهت رعایت اخلاق حرفه‌ای، درمان شناختی رفتاری در مورد گروه گواه صورت گرفت.

### یافته‌ها

در این مطالعه 361 نفر غربالگری شد. میانگین سن مادران در گروه مداخله 27/22 سال و در گروه گواه 26/48 سال بود. در مرحله پیش‌آزمون 8 نفر در گروه مداخله، و 4 نفر در گروه گواه سابقه افسردگی داشتند. در مرحله پیش‌آزمون 29 نفر در گروه مداخله نوزاد را با شیر خود و 3 نفر با شیر خشک تغذیه می‌کردند و در گروه گواه 30 نفر نوزاد را با شیر خود و 2 نفر با شیر خشک تغذیه می‌کردند. در مرحله پیش‌آزمون 22 نفر در گروه مداخله زایمان طبیعی و 10 نفر با سزارین و در گروه گواه 19 نفر زایمان طبیعی و 8 نفر با سزارین زایمان کرده بودند.

### جدول 2. تحلیل کوواریانس مقیاس تعارض‌های وابستگی در آزمودنی‌های گروه مداخله و گواه

منبع واریانس	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	مجذور ای‌تا
تعارض‌های وابستگی	420/86	1	2/85	0/04

\*P<0/05 \*\*P<0/01

نتایج جدول 2 تغییرات دو گروه را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس تعارض‌های وابستگی نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه معنادار نیست. گروه مداخله که درمان شناختی رفتاری در آن اجرا شد در مقایسه با گروه گواه بدون اجرای درمان شناختی رفتاری تفاوت نشان نداده است.

### جدول 3. تحلیل کوواریانس مقیاس تعارض‌های خشم در آزمودنی‌های گروه مداخله و گواه

متغیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	مجذور ای‌تا
تعارض‌های خشم	591/96	1	3/13	0/04

\*P<0/05 \*\*P<0/01

نتایج جدول 3 تغییرات دو گروه را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس تعارض‌های خشم نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه معنادار نیست. یعنی گروه مداخله که درمان شناختی رفتاری در آن اجرا شد در مقایسه با گروه گواه بدون اجرای درمان شناختی رفتاری تفاوت نشان نداده است.



**جدول 4. تحلیل کوواریانس مقیاس تعارض‌های مادری در آزمودنی‌های گروه مداخله و گواه**

منبع واریانس	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	مجذور ایتا
تعارض‌های مادری	202/93	1	10/48*	0/14

\*P<0/05 \*\*P<0/01

نتایج جدول 4 تغییرات دو گروه را با توجه به تغییرات در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس تعارض‌های مادری نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه معنادار است. گروه مداخله که درمان شناختی رفتاری در آن اجرا شد در مقایسه با گروه گواه بدون اجرای درمان شناختی رفتاری تفاوت نشان داده است.

**جدول 5. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر وابسته تعارض‌های مادری**

اثرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ایتای تفکیکی
زمان×گروه	1	564/26	12/22**	0/4
خطا	18	46/15		

\*P<0/05 \*\*P<0/01

با توجه به جدول 5 متغیر وابسته مقیاس تعارض‌های مادری عامل درون گروهی یعنی زمان با سه سطح پیش از مداخله، پس از مداخله و پیگیری با عامل بین گروهی با دو سطح گروه مداخله و گواه تعامل معناداری نشان داد. مقایسه‌های جفتی با روش اصلاح بونفرنی برای سه سطح زمان به تفکیک گروه‌ها انجام شد. گروه مداخله در همه مقایسه‌های جفتی در سه سطح تفاوت معناداری داشتند، یعنی کاهش میزان تعارض‌های مادری در پس از مداخله نسبت به پیش از مداخله و پیگیری نسبت به پس از مداخله معنادار بود. این تغییرات یک روند خطی معنادار داشتند، در حالی که هیچ کدام از این اثرات در مورد گروه گواه معنادار نبود.

**جدول 6. میانگین و خطای استاندارد برای تعارض‌های مادری در گروه مداخله، گواه و پیگیری**

گروه	زمان آزمون	میانگین	خطای استاندارد
پیش آزمون	مداخله	49	6/09
	گواه	43/9	7/95
	جمع	46/45	7/37
پس آزمون	مداخله	36/2	4/05
	گواه	46/5	9/27
	جمع	41/35	8/74
پیگیری	مداخله	35/4	4/22
	گواه	48/6	3/53
	جمع	42	7/75

در جدول 6 میانگین و خطای استاندارد برای متغیر تعارض مادری در گروه مداخله، گواه و پیگیری در گروه مداخله، گواه و پیگیری مشاهده می‌شود.

### جدول 7. نتایج آزمون t مستقل برای متغیر تعارض‌های مادری در گروه مداخله و گروه گواه

تعارض‌های مادری	مداخله و گواه	مداخله و گواه	مداخله و گواه
	پیش آزمون	پس آزمون	گروه پیگیری
	3/21*	-2/55*	-7/58*

\*P<0/05 \*\*P<0/01

در جدول 7 تفاوت معناداری در متغیر تعارض‌های مادری تحت تأثیر درمانگری شناختی رفتاری در گروه مداخله و گواه مشاهده شد.

### جدول 8. نتایج آزمون t وابسته برای متغیر تعارض‌های مادری در گروه مداخله و گروه گواه

تعارض‌های مادری	گروه مداخله	گروه گواه
	پیش آزمون و پس آزمون	پیش آزمون و پس آزمون
	5/01*	-0/508

\*P<0/05 \*\*P<0/01

در جدول 8 تفاوت معناداری در متغیر تعارض‌های مادری تحت تأثیر درمانگری شناختی رفتاری در پیش آزمون و پس آزمون گروه گواه دیده نشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

زمینه اصلی اختلال‌ها در بیماران که در هر دو دیدگاه شناختی-رفتاری و روان‌پویشی مطرح است، مربوط به عوامل هیجانی است. فروید انسان را اساساً موجودی هیجانی و ریشه مشکلات فرد را در ساز و کارهای هیجانی ناهشیاری می‌داند که نشات گرفته از رشد و نیروهای غریزی انسان هستند. هیجان می‌تواند نقش مهمی در عملکرد فرد در جنبه‌های مختلف بازی کند. افراد ممکن است تلاش کنند از تجربه هیجانی ترس به هر اندازه که امکان داشته باشد یا از افکار، خاطره‌ها یا موقعیت‌های که تجربه هیجانی را القا می‌کند بگریزند (تایلور و راجمن، 1991). بسیاری از درمانگران شناختی رفتاری بر این باورند که واکنش‌های هیجانی و رفتاری به‌وسیله فرایندهای شناختی به‌وجود می‌آیند. از این‌رو افکار، باورها و سایر فرایندهای شناختی تعیین‌کننده اصلی خلق و هیجان هستند (تیسدل، 1997).

در این پژوهش تعارض‌های وابستگی که شکلی از وابستگی متقابل است و در ارزیابی‌های مربوط به افسردگی پس از زایمان، در مقیاس فرافکن ارزیابی رابطه مادر و کودک در گروه

اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر سه عامل پویایی ...

مداخله در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با ضریب معناداری 0/096 تفاوت نشان نداد، و پیگیری‌ها حاکی از ماندگاری این وضعیت با ضریب معناداری 0/7 بود که نشان می‌دهد تغییری حاصل نشده است. احتمال‌های مورد بحث در این مورد می‌تواند مربوط به ریشه‌ای بودن این تعارض‌ها باشد و یا مداخله‌های کوتاه‌مدت توان پایداری اثرهای درمانی را در طولانی مدت ندارد (هرون، 2012).

در مورد تاثیر درمانگری شناختی رفتاری بر عامل پویایی تعارض‌های خشم در مادران دارای اختلال افسردگی پس از زایمان در گروه مداخله با ضریب معناداری 0/081 در پس‌آزمون تفاوت معناداری را نشان نداد؛ لذا درمانگری شناختی رفتاری در این پژوهش بر تعارض خشم بی‌تأثیر بود. احتمال‌های مورد بحث در این مورد می‌تواند به ریشه‌ای بودن این تعارض‌ها مربوط باشد. زیرا خشم و افسردگی مدت‌ها است که به هم ربط داده شده و بین آن‌ها پیوند علی فرض شده است (که، کیم، کیم، پارک و هون، 2007). خشم مؤلفه عاطفی است که گویای تجربه‌های هیجانی است. مؤلفه رفتاری خشم به ابراز پرخاشگری و به اصطلاح روان‌پویشی رفتار گذار به عمل است که اغلب در برابر منبعی که حاکی از رفتار نادرست است بروز می‌کند. خشم یکی از بنیادی‌ترین هیجان‌های انسانی است. مؤلفه شناختی خشم، اشاره به ارزیابی شناخت دارد که ارزیابی هیجان ادراک شده را هدایت می‌کند (کوکس و هریسون، 2008). درمانگری شناختی رفتاری بر تعارض‌های خشم که بخش مهمی از احساس گناه و شرم است (لارنس و بلوم، 2007) اثرگذار نبود. در همه موارد شرم و احساس اضطراب در مورد محروم شدن است. به این معنا، نه تنها ترس از محرومیت از محبت، بلکه حتی محروم شدن از هر شکل از علاقه را شامل می‌شود (مجولا و همکاران، 2005) و در ارزیابی‌های مربوط به افسردگی پس از زایمان، در مقیاس فرافکن ارزیابی رابطه مادر و کودک این مقوله به صورت طرد کودک درک می‌شود، و با مداخله‌های کوتاه‌مدت امکان دستکاری آن ضعیف است.

درمانگری شناختی رفتاری بر عامل پویایی تعارض‌های مادری در مادران دارای اختلال افسردگی پس از زایمان در گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری را نشان داد؛ لذا درمانگری شناختی رفتاری در این پژوهش بر تعارض مادری اثربخش بود. درمانگری شناختی رفتاری بر تعارض‌های مادری که بخش زیادی از همسان‌سازی‌های مشکل‌دار با مادر/ پدر خود شخص را (لارنس و بلوم، 2007) و در ارزیابی‌های مربوط به افسردگی پس از زایمان، در مقیاس فرافکن ارزیابی رابطه مادر و کودک به صورت سهل‌گیری بیش از حد در مورد کودک را شامل می‌شود. بیشتر مادرانی که برای اولین بار زایمان می‌کنند به یک دوره کوتاه اندوه دچار می‌شوند و اکثراً با موفقیت بر آن غلبه می‌کنند (بوث، 2001). وضعیت‌های وابسته به جنس همانند احساس‌های مادرانه بیشترین خطر ابتلاء زنان را به اختلال‌های روانی و تعارض‌های مختلف رقم می‌زند

(تیسجرد، فریرکس و بانون، 2004). کوهن (2003) دربارهٔ این‌که مغز زنانه از لحاظ کالبدشناسی مجموعه‌ای است با همدلی‌های مادرانه به بحث پرداخت که بر میزان بزرگ‌تری از قدرت پذیرش زنانه به فرافکنی‌ها دلالت دارد. کلاین (1975) این فرض را مطرح کرد که دوسوگرایی و تعارض به احساس فقدان و بنابراین به افسردگی منجر می‌شود (لیکرم، 2001). این فرضیه که عوامل زمینه‌ساز افسردگی بین دو گروه مادران دارای اختلال افسردگی پس از زایمان و عادی تفاوت دارد می‌تواند فرضیه ثانوی باشد که در پژوهش‌های مختلفی نقش عوامل زمینه‌ساز در انواع اختلال‌ها و همچنین افسردگی پس از زایمان برای درک بهتر از اثرگذاری عوامل دخیل در افسردگی پس از زایمان، بررسی شده است (بریزندین، 2006).

در این پژوهش از بین شاخص‌های جمعیت‌شناختی که بررسی شد جنس نوزاد، میزان درآمد خانواده، سابقهٔ افسردگی قبلی، وضعیت حاملگی خواسته یا ناخواسته، نوع تغذیه نوزاد با شیر مادر یا شیر خشک و وضعیت زایمان به‌صورت طبیعی یا سزارین، دارای رابطهٔ معناداری با افسردگی پس از زایمان دو گروه افسرده و عادی بود. در این بین میزان درآمد خانواده، وضعیت حاملگی خواسته یا ناخواسته از معناداری ضعیف و جنس نوزاد و وضعیت زایمان طبیعی یا سزارین از معناداری متوسط و سابقهٔ افسردگی و نوع تغذیه کودک با شیر مادر یا شیر خشک دارای معناداری مطلوب بودند.

همچنین در این پژوهش سطح سواد و مسئولیت‌نگهداری کودک هیچ‌گونه رابطهٔ معناداری با وضعیت افسردگی پس از زایمان نداشت. در مطالعه‌ای در کشور ترکیه از بین عوامل موثر همچون سطح سواد، اشتغال، مهاجرت، رابطهٔ صمیمانه با همسر و نوع خانواده (هسته‌ای، گسترده)، سطح درآمد و زندگی در مرکز شهر یا حاشیه‌نشینی بر افسردگی بعد از زایمان تنها مهاجرت و ناحیهٔ زندگی در مرکز شهر یا حاشیه‌نشینی با افسردگی پس از زایمان رابطهٔ معنادار داشت (داناسی، دینک، دوپسی، سیف و چلی، 2003).

## منابع

- حیدری‌پهلویان، احمد، ذوالفقاری، فضیله، و مهربانی، فریدون. (1376). مقایسه کارایی درمان مواجهه تجسم طولانی‌مدت با تکنیک شناختی- رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، 4 (3): 4-15.
- خدادوستان، میترا. (1376). *بررسی ارتباط برخی عوامل با افسردگی پس از زایمان در خانم‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته آموزش مامایی، دانشکدهٔ پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر سه عامل پویایی ...

دابسون. ک. س.، محمدخانی، پروانه. (1386). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-2 در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، 29، 82-88.

فتی، لادن. (1382). ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی، رساله دکتری، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

- Beck, A. T. (2010). A social beliefs as predictors of antisocial behavior in schizophrenia. *Journal of psychiatry research*, 177(1): 65-70.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Depression inventory for measuring depression. *Journal of arch gen psycho*, 56(4): 571-585.
- Bledsoe, S. E., & Grote, N. K. (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum: a preliminary meta-analysis. *Journal of res soc work pract*, 16(10): 9-20.
- Boath, E. (2001) 'the treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *Journal of reproductive and infant psychology*, 19(3): 215-48.
- Brizendin, L. (2006). *The female brain. OBGYN management*. Three Rivers Press; Vol. 1. Reprint edition, Broadway Books.
- Cohen, B. S. (2003). *The essential difference; men, women and the extreme male brain*. Vol. 1. Penguin BPPKs, London.
- Cox, D., & Harrison, D. (2008). Models of anger: contributions psychophysiology, neuropsychology and cognitive behavioral perspective. *Journal of brain struct funct*, 212(3): 371-385.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sago sky, R. (1987). Detection of postnatal depression. *Journal of Psychotherapy*, 150, 782-786.
- Cox, J., Holden, J. (1994). *Perinatal psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Vol. 1. London: Gaskell. The Royal College of Psychiatrists.
- Cuijpers, P., Brannmark, J. G., & Van, S. A. (2008). Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis, *Journal of clin psychol*. 64: 103-18.
- Danaci, A. E., Dinç, G., Devenci, A., Seyfe, F. S., & Icelli, I. (2003). Postnatal depression in Turkey: epidemiological and culture aspects. *Journal of social psychiatry epidemiology*, 37(3): 125-129.
- Dennis, C. L. (2010). Postpartum depression peer support: Maternal perceptions from a randomized controlled trial. *International Journal of nursing studies*, 47(5): 560-568.
- First, M. b., Spitzer. R. L., Gibbon. M., & Williams, J. B. W. (2002). *Clinical structured interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders (SCID-I)*. Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute. New York.
- Heron, J. (2012). My early engagement with humanistic psychology. *Journal of self & society*, 40(1): 48-55.

- Jones, C. J., Creedy, D. K., & Gamble, J. A. (2012). Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Journal of women and birth*, 25(1): 8-23.
- Klainin, P. & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10): 13-73.
- Klein, M. (1975). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In The writings of Melanie Klein. *International Journal of Psycho-Analysis*, 16 (2): 14-17.
- Koh, k. B., Kim, D. k., Kim, S. Y., Park. J. k., & Hon, M. (2007). The relation between anger management style, mood and somatic symptoms in anxiety disorders and somatoform disorders. *Journal of Psychiatry Research*, 160 (2): 372-379.
- Lawrence, D. & Blum, L. D. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Journal of Psychoanalytic Psychology*, 24(1): 45-62.
- Likierman, M. (2001). *Not simply a case of uninhibited gratification'-The first child patients*. In Melanie Klein: Her work in context, Chap. 4. London: Continuum Press, pp. 44-64.
- Mazhari, S., & Nakhaee, N. (2004). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Iranian mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *Journal of BMC psychiatry*, 11(42): 346-350.
- Mijolla, D. A., Mijolla-Mellor, S. D., Perron, R., & Golse, B. (2005). *International Dictionary of Psychoanalysis*. Paris. The French Ministry of Culture—National Book Center. Printed in the United States of America
- Montazeri, A., Torkan, B., & Omidvari, S. (2007). The Edinburg postnatal depression scale: Translation and validation study of Iranian version. *Journal of BMC psychiatry*, 7, 11-24.
- Mu?oz, R. F., Aguilar, S. G., & Guzm?n, J. (2007). *Treatment manual for cognitive-behavioral therapy for the treatment of depression. Based on the group therapy manual for cognitive-behavioral treatment of depression*. San Francisco General Hospital, Depression Clinic. Center for Psychological Services and Research University of Puerto Rico, R?o Piedras.
- O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, A. J., Forman, J., & Flynn, A. H. (2012). Modifying CBT for perinatal depression: What do women want? A qualitative study. *Journal of cognitive and behavioral practice*. 19(2): 359–371.
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of obstetrics & gynecology*, 4(1): 357-364.
- Rogers, G. M., Park, J. H., Essex, M. J., Klein, M. H., Silva, S. G., Hoyle, R. H., Curry, J. F., Feeny, N. C., Kennard, B., Kratochvil, C. J., Pathak, S., Reinecke, M. A., Rosenberg, D. R., Weller, E. B., & March, J. S. (2009). The Dysfunctional Attitudes Scale: psychometric properties in depressed adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 38(6): 1-9.

- Taylor, S., & Rachman, S. J. (1991). Fear of sadness. *Journal of anxiety disorders*, 5(4): 375-381.
- Teasdale, J. D. (1997). *The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorder*. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.). *Science and practice cognitive behavioral therapy*. Oxford University Press. (pp. 67-93).
- Tsjeard, B., Frerks, G., & Bannon, I. (2004). *Gender, Conflict, and development*. Vol. 1. Washington, DC: The World Bank.
- Winnicott, D. (1956). *Primary maternal preoccupation. Collected papers, through pediatrics to psychoanalysis* (pp. 300-305). London: Tavistock, 1958.

\*\*\*

### پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ

لطفاً جوابی را که با احساس شما در طی 7 روز گذشته و نه فقط امروز تناسب بیشتری دارد، انتخاب کنید.

1. من توانستم بخندم و به جنبه خوب و شادی آور مسائل نگاه کنم.  
الف. به همان اندازه‌ای که همیشه می‌توانستم ب. نه کاملاً مثل گذشته ج. به‌طور قطع کمتر از گذشته د. اصلاً نتوانستم
2. با شادی و لذت به مسائل می‌نگریستم.  
الف. کاملاً مثل همیشه ب. نسبتاً کمتر از همیشه ج. قطعاً کمتر از همیشه د. به‌ندرت و به سختی
3. وقتی کارها درست پیش نمی‌رفتند، بی‌دلیل خود را سرزنش می‌کردم.  
الف. بله، اکثر اوقات ب. بله، گاهی اوقات ج. نه چندان زیاد د. خیر، هیچ‌گاه
4. به دلایل نامعلوم مضطرب و نگران بودم.  
الف. نه، اصلاً ب. خیلی به ندرت ج. بله، گاهی اوقات د. بله، اکثر اوقات
5. بدون دلیل احساس ترس و وحشت شدید داشتم.  
الف. بله، اکثر اوقات ب. بله، گاهی اوقات ج. نه چندان زیاد د. نه اصلاً
6. مسائل مختلف، باعث نگرانی و مشکل می‌شدند.  
الف. بله، در اکثر مواقع کلاً قادر به تطابق با مسائل نبودم. ب. بله، گاهی نمی‌توانستم مطابق معمول با مسائل تطابق پیدا کنم.
7. ج. نه، اکثر مواقع به خوبی قادر به تطابق بودم. د. نه، مطابق معمول همیشه، قادر به تطابق بودم.  
الف. آن‌قدر غمگین بوده‌ام که به سختی می‌توانستم بخوابم.
8. الف. بله، بیشتر اوقات ب. بله، گاهی اوقات ج. نه، خیلی به ندرت د. نه، اصلاً  
احساس غمگینی و یا بدبختی کرده‌ام.
9. الف. بله، بیشتر اوقات ب. بله، گاهی اوقات ج. نه، خیلی به ندرت د. نه، اصلاً  
من به‌حدی ناراحت و غمگین بودم که گریه می‌کردم.
10. الف. بله، بیشتر اوقات ب. بله، گاهی اوقات ج. نه، خیلی به ندرت د. نه، اصلاً  
فکر آسیب رساندن به خود را داشتم.

### پرسشنامه ارزیابی رابطه مادر و کودک

لطفاً در پاسخنامه جوابی را که با احساس شما تناسب بیشتری دارد، با کاملاً موافقم، موافقم، نمی‌توانم تصمیم بگیرم، مخالفم و کاملاً مخالفم مشخص کنید.

1. تا جایی که امکان دارد یک مادر باید هر چه را که خودش هرگز نداشته به فرزندش بدهد.
2. کودکان مانند حیوانات کوچک هستند و می‌توانند مثل یک حیوان دست‌آموز تربیت شوند.
3. کودکان نمی‌توانند غذای مناسب را برای خودشان انتخاب کنند.
4. برای یک کودک خوب است که گاه‌گاهی از مادرش جدا باشد.
5. اوقات سرگرمی برای یک کودک معمولاً وقت تلف‌کردن است.
6. یک مادر باید از فرزندش در مقابل انتقادهای دفاع کند.
7. وقتی کودک کار اشتباهی انجام می‌دهد، خطاکار نیست.
8. وقتی یک مادر کاری را که فرزندش انجام می‌دهد، تأیید نمی‌کند، باید خطرهای آن را بیش از اندازه جلوه دهد.
9. کودک بدون من نمی‌تواند تنها بماند.
10. کودک آن‌قدر که باید در کنار بچه‌های دیگر باقی نمی‌ماند.
11. یک مادر باید سرنوشت کودکش را بپذیرد.
12. یک مادر باید مراقب باشد که تکالیف کودکش به درستی انجام شده است.
13. برای پرورش مناسب کودک مادر باید بدانند که دوست دارد فرزندش در آینده چه فردی بشود.
14. یک مادر باید در هر فرصتی فرزندش را برجسته و معلوم سازد.
15. آموزش نظم و انضباط درست به کودک، مستلزم صرف انرژی زیادی است.
16. یک مادر هرگز نباید کودکش را به‌حال خودش رها کند.
17. با آموزش مناسب، می‌توان کودکی پرورش داد که تقریباً هر کاری را بتواند انجام دهد.
18. در صورت عدم تمایل کودک برای رفتن به آرایشگاه و اصلاح سر، بهتر است که مادرش این کار را انجام دهد.
19. من اغلب کودکم را تهدید به تنبیه می‌کنم، اما هرگز این کار را عملی نمی‌کنم.
20. وقتی که کودکی در مدرسه فرمان بردار نیست، معلم باید او را تنبیه کند.
21. کودکم را اذیت می‌کند.
22. این مسئولیت بر عهده مادر است تا مراقب باشد که کودکش هرگز دچار ناراحتی نشود.
23. کودک شما مشکل کوچک یک فرد بالغ است.
24. یک مادر نمی‌تواند وقت بسیار زیادی را جهت داستان‌خوانی برای کودکش صرف کند.
25. یک کودک در هر سال به بیش از دو بار معاینه‌های پزشکی احتیاج دارد.
26. نمی‌توان به کودک اطمینان داشت که کارها را خودش به تنهایی انجام دهند.
27. تغذیه با شیر مادر تا آنجا که مسکن است باید سریع‌تر قطع شود.
28. کودکان همیشه باید ساکت و آرام نگه داشته شوند.
29. یک کودک نباید اجازه محدودی داشته باشد.
30. من اغلب با کارهای خنده‌دار با کودکم بازی می‌کنم.
31. در صورتی که کودک نتواند بخوابد مادر باید در کنار او دراز بکشد.



32. کودکان زمانی که مریض نیستند، اغلب خود را به مریضی می‌زنند.
33. کودکان آن‌طور که باید، هرگز نمی‌توانند به‌تنهایی حمام بکنند.
34. یک کودک نباید به‌خاطر برداشتن وسایل، سرزنش شود.
35. وقتی مادر شکلاتی در مورد ارتباط با کودک دارد، باید در مورد درخواست کمک باشد.
36. وقتی کودک گریه می‌کند مادرش باید فوراً به او توجه کند.
37. به دلایلی، نمی‌توانم هیچ کدام از درخواست‌های کودکم را رد کنم.
38. کودکان حقوق مخصوص به‌خود دارند.
39. یک مادر باید همیشه مراقب باشد تا خواسته‌های کودکش برآورده شود.
40. کودک نباید از دست مادرش ناراحت باشد.
41. کودکان خردسال مانند اسباب‌بازی برای سرگرمی والدین‌شان نیستند.
42. به دنیا آوردن کودک، رسالت ازدواج است.
43. صرف‌نظر از چگونگی احساس والدین راه‌های درست و خاص برای پرورش کودکان وجود دارد.
44. کودکان باید دیده شوند، اما سر و صدایی از آن‌ها شنیده نشود.
45. یک مادر باید احساس‌ها و هیجان‌های فرزندش را کنترل کند.
46. از آنجایی که مکیدن شست یک عادت ناسالم است، باید به هر وسیله‌ای متوقف شود.
47. برای مادر چندان سودمند نیست که با فرزندش در مورد افکار و نقشه‌هایش بحث کند.
48. یک کودک باید والدینش را خشنود سازد.

\*\*\*

### پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد

لطفاً در پاسخنامه جویبی را که با احساس شما تناسب بیشتری دارد، با کاملاً غلط، تقریباً غلط، بیشتر درست است تا غلط، اندکی درست، تقریباً درست، کاملاً درست مشخص کنید.

1. کسی را نداشتم که از من حمایت کند، حرف‌هایش را با من بزند و عمیقاً نگران اتفاقاتی باشد که برایم پیش می‌آید.
2. من به افراد نزدیک خودم خیلی وابسته‌ام، چون می‌ترسم مرا ترک کنند.
3. احساس می‌کنم افراد از من سودجویی خواهند کرد.
4. فکر می‌کنم فرد مناسبی برای اجتماع نیستم.
5. هنگامی که مردان یا زنانی که دوست‌شان دارم، نقاط ضعف یا عیب مرا ببینند، دیگر دوستم نخواهند داشت.
6. تقریباً هیچ‌کاری را نمی‌توانم در سر کار یا (در مدرسه، دانشگاه) به‌خوبی دیگران انجام دهم.
7. احساس می‌کنم که به‌تنهایی نمی‌توانم از پس کارهای زندگی روزانه‌ام بر بیایم.
8. نمی‌توانم از شر این احساس رها شوم که ممکن است اتفاق بدی بیفتد.
9. قادر نیستم از والدینم جدا شوم، کاری که هم‌سن و سال‌هایم انجام می‌دهند.
10. فکر می‌کنم اگر کاری را بکنم که دلم می‌خواهد، برای خودم دردسر درست می‌کنم.
11. کار مراقبت از نزدیکانم، شیوه رفتار من است.
12. از اینکه احساس‌های مثبتم (مثل محبت و توجه) را به دیگران نشان بدهم، خیلی خجالت می‌کشم.
13. باید در هر کاری که انجام می‌دهم، بهترین باشم، نمی‌توانم توقعم را کم کنم.
14. وقتی از کسی چیزی می‌خواهم، خیلی برایم سخت است نه بشنوم.
15. نمی‌توانم برای انجام تمام و کمال وظایف روزمره یا خسته‌کننده، نظم و انضباط خاصی داشته باشم.

16. داشتن پول و شناختن افراد مهم در من احساس ارزشمندی ایجاد می کند.
17. حتی مواقعی که چیزها به خوبی جریان می یابند، من احساس می کنم که آن ها موقتی و به زودی پایان می یابند.
18. چنان که اشتباهی مرتکب شوم، سزاوار تنبیه هستم.
19. کسی نداشته ام که به من عاطفه، محبت و صداقت نشان دهد.
20. آن قدر به دیگران نیازمند هستم که نگران از دست دادن آن ها هستم.
21. احساس می کنم باید در حضور دیگران از خودم محافظت کنم، چون فکر می کنم در غیر این صورت به من آسیب می زند.
22. اساساً با بقیه خیلی فرق دارم.
23. اگر کسی که من او را دوست دارم، بداند که من واقعا چه کسی هستم، نمی خواهد در کنار من بماند.
24. وقتی به موفقیت هایم نظر می اندازم، از درون احساس بی کفایتی می کنم.
25. وقتی به عملکرد روزانه ام فکر می کنم، خودم را آدم وابسته ای می بینم.
26. احساس می کنم هر لحظه ممکن است یک فاجعه (طبیعی، جنایی، حقوقی، یا بیماری) برایم اتفاق بیفتد.
27. من و والدینم تمایل داریم خود را بیش از حد در مشکلات زندگی یکدیگر درگیر کنیم.
28. احساس می کنم چاره ای ندارم جز اینکه به خواسته های دیگران تن در بدهم، چون در غیر این صورت مرا ترک می کنند یا درصدد تلافی بر می آیند.
29. آدم خوبی هستم، چون بیش از آنکه به فکر خودم باشم، به فکر دیگران هستم.
30. برای بیان احساس هایم به دیگران، خجالت می کشم.
31. سعی می کنم نهایت تلاش خودم را بکنم، این که کار تا حدودی خوب باشد هیچ گاه راضی ام نمی کند.
32. آدم خاصی هستم و نمی توانم محدودیت هایی که بر سر راه افراد وجود دارد را بپذیرم.
33. اگر به یکی از اهدافم نرسم، زود مایوس می شوم و دست از کار می کشم.
34. اتمام پروژه ها موقعی برای من ارزشمند است که دیگران به من توجه کنند.
35. اگر چیز خوبی اتفاق بیفتد، از این که به دنبال آن احتمال دارد چیز بدی اتفاق بیفتد، نگران می شوم.
36. اگر سخت ترین تلاش را نکنم باید انتظار از دست دادن (سرمایه، وقت) هم داشته باشم.
37. احساس نمی کنم که برای فرد دیگری شخص خاصی به حساب بیایم.
38. نگرانم از این که افرادی که به من نزدیکند، مرا ترک و رها کنند.
39. دیگران دیر یا زود به من خیانت می کنند.
40. به کسی تعلق خاطر ندارم، فرد تنهایی هستم.
41. لیاقت عشق، توجه و احترام از طرف دیگران را ندارم.
42. بسیاری از افراد در زمینه های کاری و حرفه ای خود از من تواناترند.
43. فاقد احساس جمعی و مشترک هستم.
44. نگرانم به وسیله دیگران مورد حمله فیزیکی قرار گیرم.
45. برای من و والدینم بسیار سخت است که بدون داشتن احساس گناه یا خیانت، مسائل جزئی و خصوصی خود را از یکدیگر پنهان نگاه داریم.
46. در روابطم معمولاً به دیگران اجازه می دهم که بالاتر از من باشند.
47. آن قدر سرگرم انجام کارهای دیگران هستم که نمی توانم وقت فراغتی را برای خودم کنار بگذارم.
48. برای من خیلی سخت است که با آزادی خاطر و به صورت خودجوش در جوار دیگران رفتار کنم.
49. باید به تمام مسئولیت هایم عمل کنم.
50. از این که من را محدود کنند یا نگذارند کاری را که می خواهم بکنم، متنفرم.

51. برای من خیلی سخت است که رضایت یا خواسته‌های آنی خود را فدای اهداف بلندمدت کنم.
52. در صورتی که توجه کافی از سوی دیگران دریافت نکنم، احساس کم اهمیت بودن می‌کنم.
53. شما نمی‌توانید کاملاً مراقب باشید زیرا برخی چیزها تقریباً همیشه اشتباه از آب در می‌آیند.
54. اگر شغلم را به‌درستی انجام ندهم، باید از پیامد آن رنج بکشم.
55. کسی را نداشتم که واقعاً به درد دل من گوش کند، مرا بفهمد یا این که احساس‌ها و نیازهای واقعی مرا درک کند.
56. وقتی احساس می‌کنم کسی که برایم مهم است از من دوری می‌کند، احساس یأس می‌کنم.
57. نسبت به انگیزه‌های دیگران سوءظن شدید دارم.
58. احساس می‌کنم که از مردم بیگانه بریده شده‌ام.
59. احساس می‌کنم که دوست داشتنی نیستم.
60. نمی‌توانم مانند اغلب افراد در کارهایم با استعداد باشم.
61. اصلاً به قضاوت‌های خودم در موقعیت‌های روزمره، اعتماد ندارم.
62. می‌ترسم تمام سرمایه خودم را از دست بدهم و بیچاره و خیلی فقیر شوم.
63. اغلب احساس می‌کنم که انگار والدینم در من زندگی می‌کنند، من نمی‌توانم زندگی جداگانه‌ای برای خودم داشته باشم.
64. همیشه به‌دیگران اجازه داده‌ام به جای من تصمیم بگیرند، در نتیجه من واقعاً نمی‌دانم چه می‌خواهم.
65. من همیشه سنگ صبور دیگران بوده‌ام و به مشکلات آن‌ها گوش داده‌ام.
66. آن‌قدر خودم را کنترل می‌کنم که افراد فکر می‌کنند آدمی بدون هیجان و بی‌احساس هستم.
67. احساس می‌کنم برای برای پیشرفت و دستیابی به خواسته‌های خود همواره تحت فشار هستم.
68. احساس می‌کنم نباید از قانون‌ها و قراردادهای بهنجاری که مردم تابع آن‌ها هستند، اطاعت کنم.
69. نمی‌توانم به خود فشار بیاورم که کارهایی را که برایم خوشایند نیستند، انجام دهم، حتی وقتی که می‌دانم نتایج خوبی در بر دارند.
70. اگر در مجالسی اظهار نظر کنم یا در موقعیت‌های اجتماعی آغازگر بحث باشم، برایم مهم است که دیگران مرا بشناسند و تأیید کنند.
71. وقتی کاری می‌کنم، برایم مهم نیست که چقدر سخت است اما نگرانم از لحاظ مالی ورشکست بشوم و همه دارایی‌هایم را از دست بدهم.
72. وقتی کار اشتباهی انجام می‌دهم، برایم مهم نیست که چرا اشتباه می‌کنم، باید تاوان آن را بپردازم.
73. وقتی نمی‌دانستم کاری را چگونه انجام دهم، شخص عاقل یا ماهری را پیدا نمی‌کردم که مرا نصیحت و راهنمایی کند.
74. برخی اوقات نگران آن هستم که نکند افراد مرا ترک کنند که از آن‌ها دوری می‌کنم.
75. به‌طور جدی به انگیزه‌های نهانی مردم فکر می‌کنم.
76. همیشه احساس می‌کنم که در بین افراد گروه جایی ندارم.
77. در بسیاری از موقعیت‌ها برای نشان دادن یا ابراز کردن خودم، از طرف دیگران پذیرفتنی نیستم.
78. در کار یا تحصیل مثل بقیه باهوش نیستم.
79. احساس می‌کنم قادر نیستم به‌تنهایی مسائلی که برایم اتفاق می‌افتد را حل کنم.
80. اغلب نگرانم که دچار یک بیماری جدی شوم، حتی وقتی که دلایل پزشکی کمی برای این احتمال وجود دارد.
81. اغلب احساس می‌کنم که هویت جداگانه‌ای از والدین و همسرم ندارم.
82. خیلی برایم مشکل است از دیگران تقاضا کنم که حقوقم را رعایت و احساس‌هایم را درک کنند.
83. نظر دیگران این است که من برای دیگران خیلی کار می‌کنم، ولی برای خودم کاری انجام نمی‌دهم.
84. مردم نظرتان این است که من از نظر هیجانی ضعیف هستم.

85. وقتی کاری را اشتباه انجام می‌دهم، نمی‌توانم خودم را ببخشم یا برای اشتباهم بهانه تراشی کنم.
86. احساس می‌کنم کاری که برای دیگران انجام می‌دهم؛ بیشتر از کارهایی است که آن‌ها برای من انجام می‌دهند.
87. به ندرت توانسته‌ام به تصمیم خودم پایبند باشم.
88. تحسین زیاد در من این احساس را ایجاد می‌کند که فرد با ارزشی هستم.
89. نگرانم از اینکه تصمیم اشتباهی بگیرم زیرا آن موجب بدبختی می‌شود.
90. فرد بدی هستم و سزاوار تنبیه می‌باشم.

Archive of SID