

تصمیم‌گیری و توجه در زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان و هم‌تایان سالم

بهزاد شالچی^۱، رقیه بحری^۲، فاطمه رنجبر^۳، علیرضا شفیعی کندجانی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان، شایع‌ترین عارضه‌ی روان‌پزشکی فرزندآوری است و تأثیرات جدی بر سلامت روانشناختی و جسمانی مادر و کودک دارد و در صورت عدم درمان، تأثیرات ناگواری بر تکامل روانی، شناختی، اجتماعی کودک داشته و موجب اختلال در روابط مادر- شیرخوار خواهد شد. لذا هدف از مطالعه‌ی حاضر، مقایسه‌ی تصمیم‌گیری و توجه در زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان و هم‌تایان سالم بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کیس کنترل و علی-مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری این پژوهش، همه‌ی مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر تبریز بود و از مدت زایمان آن‌ها ۳۰-۴۰ روز می‌گذشت. ۳۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و پس از غربالگری با پاسخ به پرسش‌نامه‌ی افسردگی پس از زایمان، تعداد ۱۶ نفر مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان و ۱۹ نفر هم‌تایان سالم، از لحاظ سن و میزان تحصیلات هم‌تاسازی شده و در دو گروه قرار گرفتند. ابزارهای مورد سنجش عبارت بودند از: آزمون رایانه‌ای قمار آیوآ برای سنجش تصمیم‌گیری و آزمون رایانه‌ای رنگ-واژه‌ای استروپ برای سنجش توجه. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که به صورت کلی در متغیر توجه، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد اما در زیرمقیاس‌های زمان واکنش همخوان و زمان واکنش ناهمخوان، در دو گروه زنان افسرده پس از زایمان و هم‌تایان سالم، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که در متغیر تصمیم‌گیری هر دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته و عملکرد ضعیفی را نشان دادند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که احتمالاً افسردگی پس از زایمان با مشکلاتی در توجه همراه باشد و با شناخت این همبسته می‌توان در جهت پیشگیری و آرایه‌ی خدمات روانشناختی به افراد مبتلا، گام‌های مؤثرتری برداشت.

واژگان کلیدی: توجه؛ تصمیم‌گیری؛ اختلال افسردگی پس از زایمان؛ زنان

ارجاع: شالچی بهزاد، بحری رقیه، رنجبر فاطمه، شفیعی کندجانی علیرضا. تصمیم‌گیری و توجه در زنان مبتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان و هم‌تایان سالم. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۳؛ ۴۲ (۷۶۰): ۱۸۴-۱۹۲.

مادر در اوایل زندگی، در طول رشد رحم، یا در سال‌های اولیه زندگی می‌تواند عواقب طولانی‌مدتی بر کودک داشته باشد (۱). علائم افسردگی پس از زایمان شامل خلق و خوی پایین، کمبود لذت، از دست دادن انرژی و فعالیت، اختلال در عملکرد، کاهش عزت نفس، افکار یا اقدام در مورد خودکشی و نوزادکشی است (۲). افسردگی پس از زایمان برای خود فرد مبتلاء و اطرافیان اختلال غیر متظره‌ای است، برای اینکه باید از این اتفاق خوشحال باشند، اما بسیاری

مقدمه

افسردگی پس از زایمان، یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی سنین باروری در زنان است که مشکل مهم بهداشت عمومی به شمار می‌آید. انتقال به دوران مادری، دوره‌ی سختی است که باعث بوجود آمدن تغییرات قابل توجهی در جنبه‌های روانی، اجتماعی و فیزیولوژیکی می‌شود و آسیب‌پذیری را در برابر ابتلا به بیماری‌های روانی افزایش می‌دهد. قرار گرفتن کودکان در معرض علائم افسردگی

۱- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد علوم تحقیقات آشرقی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران

۳- استاد، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴- استاد، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: رقیه بحری، دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد علوم تحقیقات آشرقی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران

گردیده و خطر خودکشی و نوزادکشی (یا خطر صدمه رساندن به نوزاد) را به همراه دارد (۱۵).

به دلیل اهمیت وافر این امر، سلامت جسمانی- روانشناختی مادر و متعاقباً تأثیر آن بر سلامت جسمانی- روانی نوزاد و همچنین به دلیل پژوهش‌های اندک و متناقض در زمینه‌ی اختلال افسردگی پس از زایمان و تأثیر آن بر بدکارکردی و نقائص کارکردهای اجرایی در مادران که احتمالاً تأثیرات سوئی بر کارکردهای اجرایی نوزاد و کودک خواهد گذاشت، مسأله‌ی پژوهشی این است که آیا بین کارکردهای اجرایی تصمیم‌گیری و توجه در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و همتایان سالم، تفاوتی وجود دارد یا نه؟.

روش‌ها

در این پژوهش، جامعه‌ی آماری، کلیه‌ی زنان در بازه‌ی سنی ۲۰ تا ۳۵ ساله بودند که دوران بارداری و زایمان خود را در فاصله‌ی زمانی ۳۰ تا ۴۰ روز بعد از زایمان، بدون هیچ مشکلی در ارتباط با بارداری و زایمان سپری نموده و نوزاد سالم و زنده به دنیا آورده و جهت بهره‌مندی از هرگونه خدمات بهداشتی-درمانی، به یکی از مراکز سلامت منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز، مراجعه کرده بودند.

برای انجام پژوهش حاضر، از بین جامعه آماری، ۵۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب گردیدند. با ادامه‌ی روند آزمون‌گیری از شرکت‌کنندگان در طرح تحقیقی، فراوانی شرکت‌کنندگان به علت عدم مشارکت آن‌ها به دلیل شرایط خاص مادران در دوران پس از زایمان و نگرانی‌های مادرانه در مورد مراقبت از نوزادان خود، همچنین به دلیل شرایط محیطی و کاری حاکم بر فضای مراکز سلامت، کاهش یافته و تعداد شرکت‌کنندگان به ۳۵ نفر رسید. به علت گسترده بودن توزیع جغرافیایی جامعه‌ی آماری، در ابتدا مراکز سلامت شهر تبریز، بر اساس درجه‌بندی و موقعیت جغرافیایی به ۴ منطقه تقسیم شده و از بین ۸۷ مرکز سلامت در سطح شهر، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ۲۰ مرکز سلامت از بین ۴ منطقه‌ی جغرافیایی جهت انجام پژوهش و نمونه‌گیری انتخاب شدند، سپس بر اساس ویژگی‌ها و ملاک‌های ورود و خروج، آزمودنی‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیده و مورد غربالگری قرار گرفتند.

در شروع کار، پژوهشگر به منظور جمع‌آوری داده‌ها با در دست داشتن معرفی‌نامه به مراکز بهداشت شهر تبریز که واجد شرایط جامعه‌ی پژوهشی بوده، مراجعه و هدف از انجام پژوهش را به مدیریت و مراقبین سلامت مراکز سلامت، بازگویی کرده و پس از کسب رضایت از مدیران مراکز سلامت، در این مراکز حضور یافته و با مراجعه مادران به همراه نوزادانی که در بازه‌ی زمانی ۳۰ تا ۴۰ روز

فراموش می‌کنند که خستگی جسمانی، برنامه‌ریزی‌های جدید در زندگی، سازگاری با فرزندآوری و سایر تغییرات پس از زایمان باعث استرس شدید می‌شود (۳).

میزان شیوع افسردگی پس از زایمان، در طول ۱ ماه پس از زایمان، ناشی از مطالعات در کراچی هند، (۲۲/۳ درصد) گزارش شده است (۴). Lee و همکاران (۵) در کره جنوبی (۴۱/۸ درصد)؛ Dennis و همکاران (۶) در کانادا (۱۴/۸ درصد)؛ Tokumitsu و همکاران در ژاپن (۷) در سال ۲۰۲۰، (۱۳/۷ درصد) گزارش داده‌اند. اخیراً میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در کشورهای غربی بین ۱۳ تا ۱۹ درصد گزارش شده است. قانعی قشلاق و همکاران (۸) در ایران (۴۹/۳ درصد) گزارش کرده‌اند.

افسردگی، باعث نقص در عملکردهای شناختی مهم، کاهش معنای زندگی، ضعف در حل مشکلات اجتماعی و تأخیر در بهبودی از علائم و نشانه‌های اختلالات خلقی می‌شود (۹). کارکردهای اجرایی، یک اصطلاح چتر مانند برای فرایندهای شناختی عالی محسوب می‌شود که هسته‌ی مرکزی رفتار، اهداف، افکار و احساسات را شکل می‌دهد (۱۰). کارکردهای اجرایی یک ساختار کلی است که شامل استدلال، حل مسأله، برنامه‌ریزی، سازماندهی، حافظه‌ی کاری، نظم و انضباط، توانایی توجه پایدار، مقابله با تداخل اطلاعات، تصمیم‌گیری، بازخورد و عملکرد ضعیف در وظایف متعدد است (۱۱).

فرایند تصمیم‌گیری، یکی از عالی‌ترین فرایندهای شناختی است. بنابراین، فرایند تصمیم‌گیری با در نظر گرفتن گزینه‌های موجود و انتخاب گزینه‌ای به دلیل مناسب یا نامناسب بودن آن گزینه‌ها و نیز بر اساس اولویت‌های فردی انجام می‌شود (۱۲).

توجه، فرایندی است که ما به وسیله‌ی آن، به طور فعال مقدار محدودی از اطلاعات را از حجم وسیعی از اطلاعات موجود در حواس، حافظه‌ی ذخیره شده و سایر فرایندهای شناختی خود پردازش می‌کنیم. توجه، شامل فرایندهای خودآگاه و ناخودآگاه است و مطالعه‌ی فرایندهای خودآگاه در بسیاری از موارد نسبتاً آسان می‌باشد، اما مطالعه‌ی فرایندهای ناخودآگاه دشوارتر است، صرفاً به این دلیل که شما از آن‌ها آگاه نیستید، بنابراین محتوای توجه ممکن است از روی آگاهی و یا خارج از آگاهی فرد باشد (۱۳).

در راستای تحقیقات انجام گرفته، افسردگی پس از زایمان به عنوان یک اختلال اساسی و با اهمیت در سلامت روانی مادر محسوب می‌گردد و مشخص شده است که افسردگی شدید می‌تواند منجر به افکار خودکشی شود که میزان آن در پس از زایمان از ۲ تا ۲۲ درصد متغیر است (۱۴). با توجه به تصویر بالینی این اختلال که شامل گریه کردن، ناتوانی عاطفی، تحریک‌پذیری و خصومت در رفتار با کودک، خانواده و همراهان است و باعث ناتوانی مادر در امر مراقبت از نوزاد

همبستگی به این نتیجه رسید که ضریب همبستگی پرسش‌نامه‌ی EPDS با پرسش‌نامه‌ی SCL-90 برابر ۰/۸۳ و با پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک معادل ۰/۶۱ می‌باشد که از درجه‌ی اعتبار نسبتاً بالایی حکایت دارد، اعتبار علمی ۰/۹۰ برای پرسش‌نامه‌ی EPDS بدست آمد (۱۷).

آزمون رایانه‌ی رنگ-واژه‌ی استروپ

آزمون رایانه‌ی رنگ-واژه‌ی استروپ، جهت سنجش عملکرد اجرایی توجه انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی، می‌باشد و اولین بار در سال ۱۹۳۵، توسط ریڈلی استروپ، به منظور اندازه‌گیری توجه انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی از طریق پردازش دیداری ساخته شد. این آزمون همچنین به عنوان ابزاری برای سنجش توانایی بازداری شناختی و تغییرپذیری شناختی نیز به کار می‌رود (۱۸). در این آزمون تعداد ۴۸ کلمه‌ی رنگی همخوان (Congruent) و ۴۸ کلمه‌ی رنگی ناهمخوان (Incongruent) با رنگ‌های قرمز، آبی، زرد و سبز به آزمودنی نمایش داده می‌شود. منظور از کلمات همخوان یک‌سان بودن رنگ کلمه با معنای کلمه است، مثلاً کلمه‌ی سبز که با رنگ سبز نشان داده می‌شود. منظور از کلمات ناهمخوان متفاوت بودن رنگ کلمه با معنای کلمه است، مثلاً کلمه‌ی سبز که با رنگ قرمز، آبی یا زرد نشان داده می‌شود. مجموعه‌ی ۹۶ کلمه‌ی رنگی همخوان و ناهمخوان به صورت تصادفی و متوالی نشان داده می‌شود.

تکلیف آزمودنی این است که صرف‌نظر از معنای کلمات تنها رنگ ظاهری آن‌ها را مشخص کند. زمان ارائه‌ی هر محرک بر روی صفحه‌ی نمایشگر ۲ ثانیه و فاصله‌ی بین ارائه‌ی دو محرک ۸۰۰ هزارم ثانیه است. میزان بازداری یا تداخل با کم کردن نمره‌ی تعداد صحیح ناهمخوان از نمره‌ی تعداد صحیح همخوان به دست می‌آید. همچنین طولانی‌تر بودن میانگین مدت زمان پاسخ به محرک‌های ناهمخوان در مقایسه با محرک‌های همخوان، شاخص دیگری برای ارزیابی تداخل محسوب می‌شود. تعداد خطاهای بیشتر نشان‌دهنده‌ی اختلال بالاتر در توجه و تمرکز می‌باشد. پژوهش‌های انجام شده پیرامون این آزمون، نشانگر پایایی و روایی مناسب آن در سنجش بازداری در بزرگسالان و کودکان است. اعتبار این آزمون از طریق بازآزمایی در دامنه‌ی ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. در ایران نیز، پایایی و روایی این آزمون با نظارت خدادادی و همکاران انجام یافته است (۱۹).

آزمون رایانه‌ی قمار آیوا:

تکلیف قمار آیوا، همان «تکلیف قمار بکارا» است، که اساساً برای ارزیابی تصمیم‌گیری زندگی واقعی در بیماران مبتلا به آسیب در کرکس پرفرونتال شکمی میانی، طراحی شده است. در این آزمون قبل از شروع ۲۰۰۰ امتیاز به آزمودنی قرض داده می‌شود و از آزمودنی خواسته می‌شود در ۱۰۰ کوشش طراحی شده در نرم‌افزار، میزان امتیاز بیشتری جمع کند. تکلیف آیوا شامل ۴ دسته کارت است که انتخاب هر کدام از دسته کارت‌ها میزانی از سود و زیان را به همراه دارد. یعنی با انتخاب هر کدام از

پس از زایمان، قرار داشتند پس از معرفی خود و کسب رضایت آگاهانه از مادران، مصاحبه نموده و پس از اطمینان دادن به آن‌ها در مورد حفظ اسرارشان و اینکه در هر مرحله‌ای از پژوهش که بخواهند می‌توانند از ادامه‌ی همکاری انصراف دهند، پرسش‌نامه‌ها و ابزارها را از طریق مصاحبه و انجام آزمون‌های رایانه‌ای با واحدهای مورد پژوهش تکمیل نمود. به همین منظور، در ابتدا از میزان تحصیلات و آشنایی مادران برای استفاده از رایانه، اطمینان حاصل شد و سپس، در آغاز هر یک از آزمون‌های رایانه‌ای، روش کار و استفاده از دکمه‌ها توضیح داده و برای اطمینان از فهم کامل، یک بار هم به صورت نوشتاری بر روی کاغذ توضیح داده شد، سپس آزمون‌ها اجرا گردید. ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت بود از: قرار داشتن در محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۳۵ سالگی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن (مقطع راهنمایی)، فقدان اختلال روانی بارز دیگر، فقدان ابتلا به اختلال نورولوژیک (مانند: صرع، آسیب مغزی)، آشنایی با روش کار با رایانه.

ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بود از: بروز جدی افکار خودکشی و احتمال خطر خودکشی که نیاز به مداخله فوری دارد، استفاده از مواد اعتیادآور، وجود مشکلات دیداری، شنیداری، حرکتی، ارتباطی.

ابزار پژوهش:

پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی، یک پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته که شامل سؤالاتی در مورد سن آزمودنی‌ها و میزان تحصیلات مادر بود.

پرسش‌نامه‌ی افسردگی پس از زایمان ادینبورگ

این پرسش‌نامه، جهت شناسایی زنان با افسردگی پس از زایمان است و توسط آن واحدهای مورد پژوهش به دو گروه افسرده ($EPDS \leq 12$) و غیر افسرده ($EPDS > 12$) تقسیم می‌شوند. این پرسش‌نامه، اولین بار توسط Cox و همکاران، در سال ۱۹۸۷، تنظیم گردیده که از ۱۰ عبارت کوتاه تشکیل شده است. نمره‌ی مقیاس ادینبورگ، حداقل ۰ و حداکثر ۳۰ می‌باشد، که هر عبارت دارای ۴ پاسخ است و به هر پاسخ بر حسب شدت، نمرات صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد که در مورد سؤالات شماره ۱، ۲، ۴ طبقه‌ی نمره‌گذاری از ۰ تا ۳ و در مورد سؤالات ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، از ۳ به ۱۰ است و سپس با جمع نمرات توسط هر یک از واحدهای مورد پژوهش نمره‌ی کلی فرد محاسبه می‌گردد. کسب نمره‌ی ۱۲ و بیشتر، به عنوان ابتلاء به افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود. این پرسش‌نامه نیازمند حدود ۵ دقیقه زمان جهت تکمیل است (۱۶).

پرسش‌نامه‌ی افسردگی پس از زایمان ادینبورگ، در ارتباط با خلق افسرده، اضطراب، احساس گناه و افکار خودکشی می‌باشد و مطالعات نشان داده است که نمره‌ی ۱۲ حساسیتی برابر ۰/۸۶ و ارزش پیش‌گویی‌کنندگی مثبت ۰/۸۳ و ویژگی ۰/۷۸ برای شناسایی زنان با افسردگی پس از زایمان دارد. در ایران، برای تعیین اعتبار علمی این پرسش‌نامه از مقایسه‌ی آن با پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و پرسش‌نامه‌ی SCL-90 استفاده از ضرایب

(NY) انجام شد. این مقاله با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1396.941 در دانشگاه علوم پزشکی تبریز به تصویب رسیده است.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌های افسرده پس از زایمان، ۲۹/۱۲ و میانگین سنی آزمودنی‌های غیر افسرده، ۲۸ بود. از لحاظ وضعیت تحصیلی در گروه مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان، ۱۸/۸ درصد زیر دیپلم، ۳۷/۵ درصد دیپلم، ۱۸/۸ درصد فوق دیپلم، ۱۸/۸ درصد لیسانس، ۶/۳ درصد دکتری، در گروه مادران غیر افسرده پس از زایمان، ۲۶/۳ درصد زیر دیپلم، ۱۰/۵ درصد دیپلم، ۱۵/۸ درصد فوق دیپلم، ۳۱/۶ درصد لیسانس، ۱۵/۸ درصد فوق لیسانس بودند.

با توجه به گروه‌ها بر اساس شاخص‌ها، نرخ شاخص‌های آمار توصیفی آزمون قمار آیووا در جدول ۱ ارائه شده است. با توجه به گروه‌بندی بر اساس شاخص‌ها، میزان شاخص‌های مورد مطالعه با آزمون استروپ در جدول ۲ آمده است.

دسته کارت‌ها آزمودنی ممکن است میزان خاصی برنده یا برعکس بازنده شود. در این آزمون، دسته کارت‌ها به دو گروه سودآور (C,D) و ضررده (A,B)، تقسیم می‌شوند. انتخاب کارت از دسته‌های سودآور اگرچه برد کمتری به همراه دارد، با توجه به میزان باخت کمتر، در نهایت برد بیشتری عاید فرد انتخاب‌کننده می‌شود. در کل برد خالص در کارت‌های دسته C,D از برد خالص در کارت‌های A,B بیشتر است. همچنین تعداد کارت‌هایی که باخت به همراه دارند در دسته‌ی A بیش از دسته‌ی B است ولی مبلغ باخت هر کارت در دسته A کمتر از کارت B است. کارت‌هایی که در دسته‌ی C قرار می‌گیرند نیز نسبت به کارت‌های D تعداد باخت‌های بیشتر ولی با مبلغ کمتری دارند. در پایان نمره‌ی GT بر اساس مجموع انتخاب‌ها از دسته کارت‌های C و D و منهای مجموع انتخاب‌ها از دسته کارت‌های A و B محاسبه می‌گردد (۲۰).

پس از جمع‌آوری داده‌ها، بررسی آماری با استفاده از آزمون آماری MANOVA به منظور مقایسه‌ی دو متغیر توجه و تصمیم‌گیری در دو گروه زنان افسرده پس از زایمان و همتایان سالم، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ (IBM Corporation, Armonk, version 24) انجام شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات تصمیم‌گیری در آزمون رایانه‌ای قمار آیووا در دو گروه زنان افسرده پس از زایمان و همتایان سالم

| شاخص‌های آماری | مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان n = ۱۶ | مادران سالم n = ۱۹ |
|-----------------------|--|-----------------------|
| امتیاز کل دریافت شده | ۹۵۹۳/۷۵ ± ۴۱۱/۰۴۵ | ۹۶۸۴/۲۱ ± ۵۰۳/۳۳۷ |
| امتیاز کل از دست رفته | ۸۰۹۵/۳۱ ± ۷۷۲/۴۰۰ | ۸۲۲۵/۰۰ ± ۱۰۷۶/۲۹۱ |
| امتیاز کل | ۱۴۹۸/۴۴ ± ۴۷۵/۵۲۳ | ۱۴۵۹/۲۱ ± ۶۶۵/۲۷۰ |
| زمان آزمون (ثانیه) | ۲۳۳/۳۸ ± ۱۱۲/۶۰۹ | ۲۱۴/۶۷ ± ۱۰۶/۷۲۶ |
| نمره‌ی خالص کل | -۳/۷۵ ± ۱۶/۴۴۲ | -۷/۳۷ ± ۲۰/۱۳۳ |

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات توجه در آزمون رایانه‌ای رنگ-واژه استروپ در دو گروه زنان افسرده پس از زایمان و همتایان سالم

| شاخص‌های آماری | مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان n = ۱۶ | مادران سالم n = ۱۹ |
|-----------------------------|--|------------------------|
| | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار |
| زمان واکنش همخوان | ۵۰/۶۹ ± ۷/۸۲۹ | ۴۵/۶۳ ± ۵/۹۵۵ |
| خطای همخوان | ۰/۴۴ ± ۰/۸۱۴ | ۰/۱۶ ± ۰/۶۸۸ |
| بدون پاسخ همخوان | ۱/۰۶ ± ۲/۰۱۶ | ۰/۸۴ ± ۱/۱۱۹ |
| پاسخ صحیح همخوان | ۴۶/۵۰ ± ۲/۶۵۸ | ۴۷/۰۰ ± ۱/۶۶۷ |
| میانگین زمان واکنش همخوان | ۱۰۵۱/۰۰ ± ۱۵۳/۱۵۷ | ۹۴۴/۷۹ ± ۱۱۲/۸۹۹ |
| زمان واکنش ناهمخوان | ۵۴/۴۴ ± ۱۰/۲۵۰ | ۴۷/۷۴ ± ۶/۳۱۴ |
| خطای ناهمخوان | ۳/۰۰ ± ۸/۱۹۸ | ۱/۰۵ ± ۳/۱۸۸ |
| بدون پاسخ ناهمخوان | ۲/۵۶ ± ۴/۵۸۹ | ۰/۴۷ ± ۱/۰۲۰ |
| پاسخ صحیح ناهمخوان | ۴۲/۴۴ ± ۱۰/۷۸۹ | ۴۶/۴۷ ± ۳/۵۶۵ |
| میانگین زمان واکنش ناهمخوان | ۱۰۹۹/۵۰ ± ۱۶۳/۳۲۸ | ۹۹۸/۲۱ ± ۱۲۵/۴۷۴ |
| نمره‌ی تداخل | ۴/۰۶ ± ۱۰/۱۲۲ | ۰/۵۳ ± ۳/۴۵۴ |
| زمان تداخل | ۴۸/۵۰ ± ۶۷/۶۵۷ | ۵۳/۴۲ ± ۳۶/۹۷۵ |

وابسته، تصمیم‌گیری در هیچ یک از زیرمقیاس‌های این متغیر در هر دو گروه زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و هم‌تایان سالم تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. زیرا سطوح معنی‌داری در هم‌مقیاس‌ها از ۰/۰۵ بزرگتر می‌باشند.

بر اساس مندرجات جدول ۵، زیرمقیاس‌های زمان واکنش همخوان، میانگین زمان واکنش همخوان، زمان واکنش ناهمخوان، میانگین زمان واکنش ناهمخوان در متغیر وابسته توجه معنی‌دار بوده و سطوح معنی‌داری این زیرمقیاس‌ها کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشند اما به صورت کلی متغیر توجه در هر دو گروه زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و هم‌تایان سالم تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود به منظور مقایسه‌ی دو گروه متغیرهای کارکردهای اجرایی توجه و تصمیم‌گیری، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شده است. در این تحلیل بررسی‌های لازم جهت اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های انجام تحلیل واریانس چند متغیره انجام یافت. معنی‌دار نبودن آزمون Levene برای هیچ یک از متغیرهای آزمون، برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها در مراحل تحت بررسی را نشان داد.

همچنین برای مفروضه‌ی برابری ماتریس واریانس‌ها، سطح معنی‌داری نشان‌دهنده عدم تخطی از مفروضه‌ی فوق است. همانگونه که نتایج تحلیل چندمتغیری در جدول ۴، نشان می‌دهد در متغیر

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در شاخص آماری تصمیم‌گیری و توجه در دو گروه زنان افسرده پس از زایمان و هم‌تایان سالم

| نام آزمون | متغیر وابسته | مقدار | اندازه‌ی F | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معنی‌داری | مجذور آتا |
|---------------|--------------|-------|------------|------------------|----------------|---------------|-----------|
| لامبدای ویلکز | تصمیم‌گیری | ۰/۹۸۱ | ۰/۲۰۱ | ۳ | ۳۱ | ۰/۸۹۵ | ۰/۰۱۹ |
| لامبدای ویلکز | توجه | ۰/۷۷۱ | ۱/۳۸۹ | ۶ | ۲۸ | ۰/۲۵۳ | ۰/۲۲۹ |

جدول ۴. مقایسه‌ی نتایج حاصل از آزمون قمار آیوا در دو گروه زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و زنان سالم بر اساس آزمون MANOVA

| متغیرهای آزمون | مجموع مجذورات | درجه آزادی | آزمون F | سطح معنی‌داری | اندازه‌ی اثر |
|-----------------------|---------------|------------|---------|---------------|--------------|
| امتیاز کل دریافت شده | ۷۱۰۷۶/۱۲۸ | ۱ | ۰/۳۳۱ | ۰/۵۶۹ | ۰/۰۱۰ |
| امتیاز کل از دست رفته | ۱۴۶۰۸۳/۷۰۵ | ۱ | ۰/۱۶۲ | ۰/۶۹۰ | ۰/۰۰۵ |
| امتیاز کل | ۱۱۳۵۸۳۴۹/۱۰ | ۱ | ۰/۰۳۰ | ۰/۸۴۵ | ۰/۰۰۱ |
| زمان آزمون (ثانیه) | ۳۰۳۹/۷۶۶ | ۱ | ۰/۲۵۴ | ۰/۶۱۸ | ۰/۰۰۸ |
| نمره‌ی خالص کل | ۱۱۳/۷۲۲ | ۱ | ۰/۳۳۱ | ۰/۵۶۹ | ۰/۰۱۰ |

جدول ۵: مقایسه‌ی نتایج حاصل از آزمون استروپ در دو گروه زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان و زنان سالم بر اساس آزمون MANOVA

| متغیرهای آزمون | مجموع مجذورات | درجه آزادی | آزمون F | سطح معنی‌داری | اندازه‌ی اثر |
|-----------------------------|---------------|------------|---------|---------------|--------------|
| زمان واکنش همخوان | ۲۲/۰۷۷ | ۱ | ۴/۷۰۳ | ۰/۰۳۷ | ۰/۱۲۵ |
| پاسخ صحیح همخوان | ۲/۱۷۱ | ۱ | ۰/۴۵۹ | ۰/۵۰۳ | ۰/۰۱۴ |
| میانگین زمان واکنش همخوان | ۹۷۹۸۰/۷۲۸ | ۱ | ۵/۵۶۲ | ۰/۰۲۴ | ۰/۱۴۴ |
| زمان واکنش ناهمخوان | ۳۸۹/۹۷۸ | ۱ | ۵/۶۱۱ | ۰/۰۲۴ | ۰/۱۴۵ |
| پاسخ صحیح ناهمخوان | ۱۴۱/۴۹۷ | ۱ | ۲/۳۶۵ | ۰/۱۳۴ | ۰/۰۶۷ |
| میانگین زمان واکنش ناهمخوان | ۸۹۱۱۱/۵۸۵ | ۱ | ۴/۳۰۲ | ۰/۰۴۶ | ۰/۱۱۵ |
| نمره‌ی تداخل | ۱۰۸/۶۱۱ | ۱ | ۲/۰۴۶ | ۰/۱۶۲ | ۰/۰۵۸ |
| زمان تداخل | ۲۱۰/۳۴۰ | ۱ | ۰/۰۷۴ | ۰/۷۸۷ | ۰/۰۰۲ |

متوسط زمان واکنش کندتری نسبت به محرک‌های همخوان و ناهماهنگ داشتند که این امر باعث می‌شود مادران در مراقبت از نوزاد و فرزندان خود به علائم هشداردهنده دقت نکرده و از کمبود توجه رنج ببرند. بنابراین نیازهای کودک چه از نظر جسمی و چه از نظر عاطفی برآورده نمی‌شود و این امر در رفع نیازها و خواسته‌های نوزاد، مهم و ضروری است. این یافته با نتایج Pearson و همکاران (۲۱)، Maupin و همکاران (۲۲)،

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی کارکردهای اجرایی توجه و تصمیم‌گیری در دو گروه از زنان افسرده پس از زایمان با زنان غیر افسرده پس از زایمان انجام شد. مطالعه‌ی حاضر نشان داد که کارکرد اجرایی توجه در گروه زنان افسرده پس از زایمان با گروه زنان غیر افسرده پس از زایمان متفاوت است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مادران افسرده پس از زایمان به طور

تصمیم‌گیری در هر دو گروه هستیم که بر پاسخ‌دهی آن‌ها در آزمون تأثیر گذاشته است (۳۵).

احتمالاً یکی از دلایل معنی‌دار نبودن برخی از آزمون‌ها تفاوت در ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه و سایر مطالعات است. از آنجایی که تحقیقات بسیار کمی در این زمینه انجام شده است، نمی‌توان با قطعیت درباره‌ی این متغیر و تغییراتی که در مادران ایجاد می‌کند، قضاوت کرد. از سوی دیگر برای اینکه این متغیر با یافته‌های موجود معنادار و مغایرت نداشته باشد، باید بستری که پژوهش در آن انجام شده است به دلیل تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی به عنوان یک عامل کلیدی در نظر گرفته شود، زیرا در کشور ما، مادران تازه‌زایمان کرده‌اند، اغلب توسط اعضای خانواده به ویژه همسر، مادر، خواهر و دوستان حمایت می‌شوند و این تفاوت زمینه‌ای یکی از مهم‌ترین عوامل در تبیین این یافته است.

مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدودیت مطالعه‌ی حاضر به زنان افسرده پس از زایمان در محدوده‌ی سنی ۲۰-۳۵ سال بود. نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌تواند یافته‌های بالینی مهمی داشته باشد. پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سایر گروه‌های سنی و مردان نیز انجام شود و نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه گردد تا بتوان نتایج را با دقت و اطمینان بیشتری مورد بحث و قضاوت قرار داد.

نتیجه‌گیری

اختلال افسردگی پس از زایمان، با پایین بودن نمرات توجه در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان نسبت به همتایان سالم، متفاوت بوده و نشان می‌دهد که احتمالاً افسردگی پس از زایمان با مشکلاتی در توجه همراه با شد به طوری که شناخت این عامل خطر در افسردگی پس از زایمان می‌تواند مبنای نظری مدیریتی و درمانی بیماران را در اختیار پر سنل مراقبت‌های بهداشتی و سلامت قرار دهد. از نظر نمرات متغیر تصمیم‌گیری تفاوتی بین دو گروه مشاهده نگردید.

بر همین اساس می‌توان گفت که افسردگی پس از زایمان می‌تواند شرایط متفاوتی را از نظر عملکردهای شناختی-عصبی در افراد ایجاد کند و به نظر می‌رسد بر اساس مطالعات پیشین، افسردگی پس از زایمان، به صورت یک مجموعه شبکه‌ای بر کارکردهای اجرایی مادر تأثیر می‌گذارد. شناسایی و درک این عوامل در کمک به درک بهتر اختلال و مراقبت و راهکارهای پیشگیری از مخاطرات ابتلاء به این اختلال کمک نماید.

تشکر و قدردانی

برخود لازم می‌دانیم از همه‌ی کارکنان مراکز بهداشت در سطح شهر تبریز و همه‌ی مادرانی که تازه زایمان کرده بودند و در این پژوهش به ما یاری رساندند و نهایت همکاری و مساعدت را با ما داشتند، تقدیر و تشکر نماییم.

Grasso و همکاران (۲۳)، Bick و همکاران (۲۴)، Rutherford و همکاران (۲۰۱۶)، Messinis و همکاران (۲۶) همخوان بود و با یافته‌های Rutherford و همکاران (۲۷)، Thompson-Booth و همکاران (۲۸)، Buckwalter و همکاران (۲۹)، Parsons و همکاران (۳۰) مغایرت داشت.

یافته‌ها نشان داد که کارکرد اجرایی تصمیم‌گیری در زنان افسرده پس از زایمان تفاوت معنی‌داری با گروه زنان غیر افسرده پس از زایمان ندارد. در فرایند تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز، هنگام انتخاب از بین گزینه‌ها، ارزش بالاتری برای پاداش‌ها یا مجازات‌هایی با فواصل زمانی کوتاه‌تر نسبت به پاداش‌ها یا مجازات‌هایی با تأخیر زمانی طولانی‌تر در نظر گرفته می‌شود. به عبارت دیگر، بار ارزشی پاداش یا تنبیه هر گزینه با توجه به تابعی از زمان ارائه این پاداش یا مجازات تحلیل می‌شود (۳۱).

همچنین می‌توان اشاره کرد که مادران پس از تولد نوزاد به دلیل حساسیت سیستم عاطفی خود به نیازهای نوزاد خود (گریه و بی‌قراری)، در این آزمون هر دو گروه، تصمیمات پرخطری برای انتخاب کارت گرفتند، یعنی دریافت پاداش فوری (مراقبت از نوزاد) به همین دلیل تفاوت معنی‌داری در این گروه‌ها مشاهده نشد. همچنین در مورد ارتباط بین آزمون قمار آیوا و تکانشگری در مطالعه‌ی Zermatten و همکاران، نشان داده شده که بین کمبود تعقق قبلی در مقیاس رفتار تکانشی که توسط وایتساید و لینام طراحی شده و انتخاب بیشتر از کارت‌های زیان‌آور ارتباط وجود دارد و بر نتایج اعمال خود قبل از ارتکاب، تفکر و تعمقی ندارند. به نظر می‌رسد بر اثر مشاهدات خود در حین آزمون‌گیری، آموذنی‌های ما نیز در هر دو گروه نمونه در انتخاب کارت‌های آزمون قمار آیوا از این منطبق پیروی نموده‌اند (۳۲).

استرس، تأثیر منفی بر فرایند تصمیم‌گیری دارد و با تغییرات نورویبولوژیکی که به دنبال دارد موجب ضعف عملکرد شناختی و به تبع آن باعث خطرپذیری بیشتر می‌شود (۳۳). زمانی که استرس بر عملکرد فرد غلبه نماید منابع شناختی صرف تنظیم هیجانات گردیده و از بازداری رفتارهای پرخطر باز می‌ماند (۳۴).

Mehta و همکاران، نیز در مطالعات خود نشان دادند که سطح بالای هورمون کورتیزول، که به عنوان مشخصه‌ی بارز استرس شناخته می‌شود، رابطه‌ی مثبتی با خطرپذیری دارد. این موضوع در مطالعات قبلی در شرایط استرس‌زا و تأثیر آن بر تصمیم‌گیری پرخطر بررسی و این ارتباط مورد تأیید قرار گرفته است. بر همین اساس نگرانی‌های مادرانه و آگاهی و گوش‌بزرگی نسبت به علائم و نشانه‌های نگران‌کننده در زمینه‌ی مراقبت کودک، که بر اساس شرایط موجود در حین آزمون‌گیری نوزاد توسط فرد دیگری مراقبت می‌شد و گاهاً گریه‌های نوزاد و بی‌قراری‌های او باعث آشفتگی مادر و به تبع آن موجب افزایش استرس در مادر شده که عملکرد مادران هر دو گروه را تحت تأثیر قرار داده است و شاهد ضعف

References

- Faleschini S, Rifas-Shiman SL, Tiemeier H, Oken E, Hivert MF. Associations of prenatal and postnatal maternal depressive symptoms with offspring cognition and behavior in mid-childhood: a prospective cohort study. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(6): 1007.
- Shitu S, Geda B, Dheresa M. Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19(1): 435.
- Barlow DH, Durand DM. *Psychopathology* [in Persian]. Trans by: Firoozbakht M. Tehran, Iran: Rasa Publications; 2015.
- Tikmani SS, Soomro T, Tikmani P. Prevalence and determinants of postpartum depression in a tertiary care hospital. *Austin J. of Obstetrics and Gynecology* 2016; 3(2): 1-5.
- Lee E, Bae S, Park M. Relationship between postpartum depression and breastfeeding adaptation among lactating mothers. *Int J Bio-Sci Bio-Technol* 2016; 8(3): 183-92.
- Dennis CL, Merry L, Stewart D, Gagnon AJ. Prevalence, continuation, and identification of postpartum depressive symptomatology among refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: results from a prospective cohort study. *Archives of women's mental health* 2016; 19(6): 959-67.
- Tokumitsu K, Sugawara N, Maruo K, Suzuki T, Shimoda K, Yasui-Furukori N. Prevalence of perinatal depression among Japanese women: a meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry* 2020; 19: 41.
- Ghanei Gheshlagh R, Mahmoodi H, Baghi V. A comparison of postpartum depression between fathers and mothers in Saqqez [in Persian]. *Iran J Psychiatry Nurs* 2015; 3(2): 72-9.
- Haddad ADM, Harmer CJ, Williams JMG. Executive dysfunction and autobiographical memory retrieval in recovered depressed women. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2014; 45(2): 260-6.
- Huizinga M, Baeyens D, Burack JA. Editorial: Executive function and education. *Front Psychol*. 2018; 9: 1357.
- Loftis CW. An ecological validity study of executive function measures in children with and without attention deficit hyperactivity disorder [Thesis]. Florida: University of Florida; 2004.
- Doty L. Executive function and memory/cognition changes. Gainesville, Florida: Florida Department of Elder Affairs Alzheimer's Disease Initiative; 2012.
- Sternberg R. *Cognitive psychology* [in Persian]. Trans by: Kharazi SK, Elahe Hejazi E. Tehran, Iran; Samt Publications; 1949.
- Halim N, Beard J, Mesic A, Patel A, Henderson D, Hibberd P. Intimate partner violence during pregnancy and perinatal mental disorders in low and lower middle income countries: A systematic review of literature, 1990–2017. *Clinic Psychol Rev* 2018; 66: 117-35.
- Araújo I S, Aquino K S, Fagundes L, Santos V. Postpartum depression: epidemiological clinical profile of patients attended in a reference Public Maternity in Salvador-BA. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2019; 41: 155-63.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150, 782-6.
- Bahri, R., Shalchi, B., Bafandeh, Garamaleki, H. The comparison of problem solving and working memory of executive functions in postpartum depression women and healthy women [in Persian]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2019; 6(4): 1-12.
- Walcker NS, Kramer JH, Wisniewski A, Delis DC, Kaplan E. Age effects on executive ability. *Neuropsychology* 2000; 14(3): 409-14.
- Khodadadi M, Mashhadi A, Amani H. *Simple Strop software* [in Persian]. Tehran, Iran: Sina Behavioral-Cognitive Research Institute, Tehran, Islamic Republic of Iran 2013.
- Khodadadi M, Saed Omid H, Amani H. *Iowa gambling homework software* [in Persian]. Tehran, Iran: Sina Cognitive Behavioral Sciences Research Institute, Tehran, Islamic Republic of Iran; 2013.
- Pearson RM, Cooper, RM, Penton-Voak IS, Lightman SL, Evans J. Depressive symptoms in early pregnancy disrupt attentional processing of infant emotion. *Psychological medicine* 2010; 40(4): 621-31.
- Maupin AN, Hayes NJ, Mayes LC, Rutherford, HJ. The application of electroencephalography to investigate the neural bases of parenting: A review. *Parent Sci Pract* 2015; 15(1): 9-23.
- Grasso DJ, Mose JS, Dozier M, Simons R. ERP correlates of attention allocation in mothers processing faces of their children. *Biol Psychol* 2009; 81(2): 95-102.
- Bick J, Dozier M, Bernard K, Grasso D, Simons R. Foster mother-infant bonding: associations between foster mothers' oxytocin production, electrophysiological brain activity, feelings of commitment, and caregiving quality. *Child Dev* 2013; 84(3): 826-40.
- Rutherford HJV, Graber KM, Mayes LC. Depression symptomatology and the neural correlates of infant face and cry perception during pregnancy. *Soc Neurosci* 2016; 11(4): 467-74.
- Messinis L, Vlahou CH, Tsapanos V, Tsapanos A, Spilioti D, Papathanasopoulos P. Neuropsychological functioning in postpartum depressed versus nondepressed females and nonpostpartum controls. *J Clin Exp Neuropsychol* 2010; 32(6): 661-6.
- Rutherford HJV, Joormann J. The role of attentional bias in prenatal and postpartum depression. *Women's Health Research* 2017; 1(1): 1-9.
- Thompson-Booth C, Viding E, Mayes LC, Rutherford HJ, Hodsoll S, McCrory EJ. Here's looking at you, kid: attention to infant emotional faces in mothers and non-mothers. *Dev Sci* 2014; 17(1): 35-46.
- Buckwalter JG, Stanczyk FZ, McCleary CA, Bluestein BW, Buckwalter DK, Rankin KP, et al. Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology* 2000; 24(1): 69-84.

30. Parsons TD, Thompson E, Buckwalter DK, Bluestein BW, Stanczyk FZ, Buckwalter JG. Pregnancy history and cognition during and after pregnancy. *Int J Neurosci* 2004; 114(9): 1099-110.
31. Ekhtiar H, Behzadi A, Jannati A, Mokri A. Frequency of losing or the sum lost: which one makes Us more negative? [in Persian]. *Advances in Cognitive Sciences* 2004; 6(3-4): 17-27.
32. Zermatten A, van der Linden M, Acremont M. Impulsivity and decision making. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(10): 647-50.
33. Starcke K, Brand M. Decision making under stress: A selective review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2012; 36(4): 1228-48.
34. Lerner JS, Keltner D. Fear, anger, and risk. *J Pers Soc Psychol* 2011; 81(1): 146-59.
35. Mehta PH, Welker KM, Zilioli S, Carré, JM. Testosterone and cortisol jointly modulate risktaking. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 56: 88-99.

Decision-Making and Attention in Women with Postpartum Depression Disorder and Healthy Peers

Behzad Shalchi¹, Rogayeh Bahri², Fatemeh Ranjbar³, Ali Reza Shafiee- Kandjani⁴

Original Article

Abstract

Background: Postpartum depression is the most common psychiatric complication of childbirth, imposing serious impacts on the psychological and physical health of the mother and child. This study aimed to compare decision-making and attention in women with postpartum depression and their healthy counterparts.

Methods: The current research was conducted using case-control and causal-comparative research designs. The statistical population of this research was all the mothers referred to the health centers of Tabriz, and 30-40 days had passed since their delivery. Purposeful sampling was employed to select 35 individuals, who were screened by the Postpartum Depression Scale and divided into two groups consisting of mothers with postpartum depression (n = 16) and their healthy counterparts (n = 19), matched in terms of age and education level. The research tools included the Iowa gambling and the Stroop color-word computer tests to measure decision-making and attention, respectively. The data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA).

Findings: The results showed that, overall, there is no significant difference between the two groups in the attention variable. Still, there is a significant difference in some of the subscales of congruent reaction time and incongruent reaction time in the two groups of postpartum depressed women and healthy peers. There is (P < 0.05). Also, the research findings indicate that there was no significant difference in the decision-making variable of both groups, and they showed poor performance.

Conclusion: The findings of this research show that postpartum depression is likely to be associated with problems in attention, and by knowing this correlation, more effective steps can be taken to prevent and provide psychological services to affected people.

Keywords: Attention; Decision-making; Postnatal depression; Women

Citation: Shalchi B, Bahri R, Ranjbar F, Shafiee- Kandjani AR. **Decision-Making and Attention in Women with Postpartum Depression Disorder and Healthy Peers.** J Isfahan Med Sch 2024; 42(760): 184-92.

1-Associate Professor, Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2- PhD Student of Psychology, East Azerbaijan Research Sciences Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

3- Professor of Psychiatry, Research Center of Psychiatry And Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

4- Professor of Psychiatry, Research center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Corresponding Author: Rogayeh Bahri, PhD Student of Psychology, East Azerbaijan Research Sciences Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran; Email: rg.bahry@yahoo.com