MEJDS. 2018; 8:98.
Published online 2019 March. **Research Article**

Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Marital Satisfaction in Pregnant Women

Mandana Amini[1], Akram Rezvani Zadeh[2], *Rafat Jelokhani Nakaraki[3]

Author Address
1. MA, Department Consultation and guidance, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran;
2. MA, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran;
3. MA, Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Email:** Rafat_jelokhani@yahoo.com

Received: 2017 September 20; **Accepted:** 2017 September 23

Abstract

Background & Objective: Pregnancy is a common occurrence among women of reproductive age and is often considered a time of joy and happiness for pregnant mothers. The mental and psychological state of pregnant women has a direct effect on the well-being of the mother and the infant. However, training of this era is often based on physical changes during pregnancy, childbirth, and after the birth of the baby from the perspective of medical and midwifery. Marital satisfaction and depression in pregnancy, mainly from family counseling point of view have not been addressed. Lack of this attention from the perspective of family counseling has an adverse effect. Therefore, admission and commitment training (acceptance and commitment therapy) as a treatment method has effective criteria for treatment. Therefore, the main objective of this study was to determine the efficacy of acceptance and commitment therapy on depression and marital satisfaction of pregnant women.

Methods: This research was a semi-experimental design with a pretest-posttest design with the control group. The statistical population of this study was all pregnant women referred to the health center of Tehran (the capital city of Iran) second district in the second half of 2015. A total of 30 people were selected using the sampling method they randomly divided into two groups, experimental (n=15) and control (n=15). The instruments used in this study were the Beck Depression Inventory 21 and Enrique's Matrimonial Satisfaction Questions. These questionnaires approved in terms of validity and reliability. Acceptance and commitment treatment sessions conducted in 8 sessions and the health clinic for the experimental group, but no intervention applied to the control group; immediately after the intervention, a test for the experimental group, post-test depression and marital satisfaction performed for both groups Data were collected and analyzed using SPSS version 20 software. After using descriptive statistics (mean and standard deviation), a statistical analysis of covariance was used to compare the mean depression and marital satisfaction of pregnant women between the two groups due to pre-test. The reason for using this test was that in the present research, the researcher used it to control the effect of previous readiness and to modify the impact of this variable as a pre-test as a control variable.

Results: Posttest scores of the experimental group in the depression rate were significantly lower than the pre-test (mean pre-test was 29.936 ± 9.657 posttest, and the satisfaction rate was 20.036 ± 10.526). Marital status increased (mean pre-test: 111.462 ± 25.490 and posttest, 145.869 ± 33.526), but no significant change made in the control group. The result of covariance analysis also showed that the effectiveness of acceptance and commitment treatment on depression ($p<0.001$) and marital satisfaction ($p<0.001$) was significant.

Conclusion: In general, acceptance and commitment therapy, which is one of the non-medical therapeutic methods and based on reducing stress and psychotherapy, has been able to improve the depression of pregnant women by using behavioral and mind-awareness techniques, clarifying values and goals, disrupting and engaging in action. The method could increase the marital satisfaction of pregnant women. According to the findings of this study, it is suggested that during pregnancy, due to the vulnerability of women and the embryo to its drugs and its complications; psychological treatment and pregnancy training should be used to resolve depression problems. To improve the mental and physical health woman and fun and joyful period, training new adaptive skills to prevent the effects of anxiety and depression, this method is suggested.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, ACT, Depression, Marital Satisfaction, Pregnant Women.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.61.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۹۸.

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و رضایت زناشویی زنان باردار

ماندانا امینی[۱]، اکرم رضوانی‌زاده[۲]، *رفعت جلوخانی نیارکی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی ارشد، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران؛

۲. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران؛

۳. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: Rafat_jelokhani@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱ شهریور ۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۹ مهرماه ۱۳۹۶

چکیده

هدف: وضعیت بهداشت روحی و روانی زنان باردار، تأثیر مستقیمی بر بهزیستی مادر و نوزاد دارد؛ بااین‌حال در تحقیقات گذشته از دیدگاه مشاوران خانواده، به موضوع رضایت زناشویی و افسردگی در دوران بارداری کمتر پرداخته شده است؛ بنابراین هدف اصلی این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و رضایت زناشویی زنان باردار بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی زنان باردار مراجعه‌کننده به خانهٔ سلامت منطقهٔ دو شهر تهران در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۴ تشکیل داده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس سی نفر انتخاب شدند و در دو گروه به‌صورت تصادفی جایگزین گردیدند که یک گروه (پانزده نفر)، گروه آزمایشی و گروه دیگر (پانزده نفر) گروه گواه بود. جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد؛ اما برای گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله‌ای اعمال نگردید. داده‌های لازم جمع‌آوری و با استفاده از روش آماری تجزیه‌وتحلیل کوواریانس یافته‌ها تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نمرات پس‌آزمون گروه آزمایشی در میزان افسردگی، درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته (میانگین پیش‌آزمون ۹/۶۵۷±۲۹/۹۳۶، پس‌آزمون ۱۰/۵۲۶±۲۰/۰۳۶) و در میزان رضایت زناشویی افزایش یافته است (میانگین پیش‌آزمون ۲۵/۴۹۰±۱۱۱/۴۲۶ و پس‌آزمون ۳۳/۵۲۶±۱۴۵/۸۶۹)؛ اما در گروه گواه تغییر محسوسی ایجاد نشده است. نتیجهٔ تحلیل کوواریانس نیز نشان داد که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی ($p<۰/۰۰۱$) و رضایت زناشویی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار است.

نتیجه‌گیری: در مجموع، درمان پذیرش و تعهد که یکی از روش‌های درمانی غیرداروییِ مبتنی‌بر کاهش استرس و روان‌درمانی است، با استفاده از تکنیک‌های تغییر رفتار و ذهن‌آگاهی، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف، گسستگی و عمل متعهدانه، توانست افسردگی زنان باردار را بهبود بخشیده و باعث افزایش رضایت زناشویی زنان باردار شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ACT، افسردگی، رضایت زناشویی، زنان باردار.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.61.6]

۱ مقدمه

بارداری اتفاق رایجی در بین زنان در سن باروری است و اغلب زمان شادی و خوش‌حالی برای مادران آبستن در نظر گرفته می‌شود (۱). دورهٔ بارداری با اینکه دوره‌ای لذت‌بخش و خاص است، ممکن است به وضعیتی بحرانی تبدیل شود؛ چراکه موقعیتی بی‌نظیر است که طی آن مادران تغییرات بسیاری را از نظر روان‌شناختی و فیزیولوژیکی تجربه می‌کنند (۲). وضعیت بهداشت روانی و فیزیکی زنان باردار تأثیر مستقیمی بر بهزیستی روانی مادر و خانوادهٔ او دارد (۳)؛ بنابراین برای بسیاری از خانواده‌ها، این دوران همراه با چالش‌های جسمی و روانی گوناگون خواهد بود (۴).

زمانی که زنی باردار است، انواعی از سؤالات منطقی و غیرمنطقی در ذهنش ایجاد می‌شود و متأسفانه این، باعث نگرانی‌ها و دلواپسی‌هایی می‌شود که می‌تواند به اضطراب و افسردگی منجر گردد و روابط خانوادگی را نیز متأثر از خود سازد. یافته‌های پژوهشی گوناگون نیز نشان می‌دهد که اضطراب و نگرانی در دورهٔ بارداری ظاهر می‌شود؛ به‌طوری‌که در سه ماههٔ اول و سوم بارداری، میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد (۵). طوسی و همکاران (۶) بیان می‌کنند که رویدادهای اضطراب‌زا در دوران بارداری، نه‌تنها سلامت روانی کودکان را در دورهٔ کودکی‌شان تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و در طولانی‌مدت باعث بروز افسردگی می‌شود، بلکه با مشکلات سلامت روان در بزرگ‌سالی همراه است و این موضوع، اهمیت مسئله و تأثیر عمیق آن را بر کل زندگی نشان می‌دهد.

بارداری علاوه‌بر ایجاد افسردگی، به‌عنوان دورای گذار در تکالیف رشدی محسوب می‌شود و وضعیت متفاوتی را در روابط خانوادگی باعث می‌گردد که می‌تواند رضایت زناشویی زوجین را تغییر دهد. زوج‌ها در طول بارداری نارضایتی‌هایی دربارهٔ ازدواجشان گزارش می‌کنند که این نارضایتی تا زمان والدینی ادامه می‌یابد (۷). برای دوران بارداری به‌لحاظ برنامه‌های مراقبتی بهداشتی و درمانی، راهبردهای مختلف دارویی و غیردارویی طراحی شده که هرکدام برای برخی از جوانب و چالش‌های این دوره درنظر گرفته شده است. برخی از این برنامه‌ها بر ابعاد روان‌شناختی، همچون افسردگی و اضطراب تمرکز دارد؛ اما تمامی این برنامه‌ها از منظر مراقبت‌های پزشکی و مامایی صورت گرفته و اغلب از نقش روان‌شناسان و مشاوران غفلت گردیده است (۵). درصورتی‌که مطابق با آنچه گفته شد، مادران به‌لحاظ روانی نیز در این دوره با موقعیت و چالش‌های خاصی روبه‌رو هستند و برای مقابله با تغییرات، تکالیف و ویژگی‌های این دوران به آمادگی و آگاهی نیاز دارند؛ لازم است خود را برای تغییرات خلقی و روانی این دوران که می‌تواند منبع تنش عاطفی و خانوادگی شود، آماده سازند. این درحالی‌است که برای افزایش صمیمیت و رضایت زوجین و همچنین بهبود الگوهای ارتباطی خانواده، الگوها و برنامه‌های متعددی وجود دارد؛ هرکدام از این الگوها و برنامه‌ها با توجه به فلسفه و نوع نگرش به انسان و خانواده، روش‌های درمانی و آموزشی ویژه‌ای را به‌کار می‌برند. یکی از این روش‌های درمانی، درمان مبتنی‌بر آموزش پذیرش و تعهد[1] است.

آموزش پذیرش و تعهد یکی از روش‌های درمانی غیردارویی است که مبتنی‌بر کاهش استرس و روان‌درمانی است. در این درمان به‌جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. پذیرش و تعهددرمانی موج سوم درمان شناختی‌رفتاری نامیده می‌شود. پذیرش و تعهددرمانی (درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد) اساساً فرایندمحور است و بر ارتقای پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد، بر افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگارانه و بدون درنظرگرفتن محتوای تجربیات روان شناختی آشکارا تأکید می‌کند و خصیصه‌ای است که در رویکرد شناختی‌رفتاری حضور ندارد (۸).

با توجه به مطالبی که گفته شد، وضعیت بهداشت روحی و روانی زنان باردار تأثیر مستقیمی بر بهزیستی مادر و نوزاد دارد؛ با این حال آن‌چنان که ذکر شد، تحقیقات گذشته دربارهٔ زنان باردار و آموزش‌های این دوران، اغلب بر اساس تغییرات فیزیکی در طی بارداری، حین زایمان و پس از تولد نوزاد از منظر پزشکی و مامایی صورت گرفته است و از دیدگاه مشاوران خانواده به موضوع رضایت زناشویی و افسردگی در دوران بارداری پرداخته نشده است؛ ازاین‌رو نبود چنین پژوهش‌هایی از دیدگاه مشاورهٔ خانواده، چشمگیر است. شایان ذکر است آموزش پذیرش و تعهد (درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد)، به‌عنوان یک روش درمان، معیارهای درمان خوب را دارد؛ اما پژوهشی که تأثیر این روش بر روی زنان باردار را سنجیده باشد، یافت نشد؛ بنابراین هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و رضایت زناشویی زنان باردار بود.

۲ روش بررسی

در این پژوهش از روش شبه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه به‌منظور بررسی تأثیر آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و رضایت زناشویی زنان باردار استفاده شد. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی زنان باردار یک تا سه‌ماههٔ مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت منطقهٔ دو شهر تهران، در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند. ابتدا در فراخوانی از جامعهٔ مذکور با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از زنان باردار دعوت به عمل آمد؛ با توجه به اینکه روش این پژوهش به‌صورت شبه‌آزمایشی بود و بااینکه در تحقیقات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی، حداقل بیست نفر نمونه (هر گروه ده نفر) کفایت می‌کند (۶)، در پژوهش حاضر برای افزایش اعتبار بیرونیِ نتایج تحقیق، حجم نمونهٔ کلی سی نفر در نظر گرفته شد.

روش اجرا بدین‌ترتیب بود که بعد از هماهنگی‌های لازم با خانه‌های سلامت منطقهٔ دو تهران، پژوهش اجرا شد؛ بعد از نصب فراخوان در خانه‌های سلامت و همچنین ارائه در کانال‌ها و گروه‌های تلگرام، ۵۹ زن باردار برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند. از این تعداد، با توجه به هدف پژوهش و وضعیت زنان باردار، سی نفر انتخاب شدند که این سی نفر از نظر افسردگی و رضایت زناشویی دارای ضعف بودند. سی نفرِ انتخاب‌شده در دو گروه آزمایش و گواه به‌صورت تصادفی قرار داده شدند. یعنی اول برای هر دو گروه

[1] Acceptance and Commitment Training

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.61.6]

(آزمایشی و گواه) پیش‌آزمون افسردگی و رضایت زناشویی اجرا شد و بعد با استفاده از تخصیص تصادفی، به دو گروه تقسیم گردیدند. جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه و در کلینیک سلامت برای گروه آزمایش اجرا شد؛ اما برای گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله‌ای اعمال نگردید. بلافاصله بعد از اتمام مداخلهٔ آزمایشی برای گروه آزمایش، پس‌آزمون افسردگی و رضایت زناشویی برای هر دو گروه اجرا شد و داده‌های لازم جمع‌آوری گردید و با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ تحلیل صورت گرفت. بعد از استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، برای مقایسهٔ میانگین افسردگی و رضایت زناشویی زنان باردار بین دو گروه به‌دلیل وجود پیش‌آزمون، از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. دلیل استفاده از این آزمون به این امر برمی‌گردد که در طرح تحقیق حاضر، محقق برای کنترل اثر مربوط به آمادگی قبلی و تعدیل اثر این متغیر، از پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کنترل استفاده کرد. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، باید برخی از پیش‌فرض‌های مهم این آزمون آماری بررسی شود؛ چراکه رعایت‌نکردن این مفروضه‌ها ممکن است نتایج تحقیق را با سوگیری همراه سازد. پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس عبارت‌اند از: نرمال‌بودن توزیع پراکندگی داده‌ها، برابری واریانس‌های خطا و همگن‌بودن خطوط رگرسیون (۵). قبل از تحلیل کوواریانس برای این پژوهش، این سه مفروضه بررسی شد. بعد از بررسی مشخص شد که هر سه مفروضهٔ آزمون تحلیل کوواریانس برقرار است؛ یعنی استفاده از تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌های این پژوهش مناسب بود.

به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، رضایت‌نامه‌ای تهیه شد که در آن به‌صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده شده بود. افراد شرکت‌کننده ابتدا رضایت‌نامه را مطالعه کرده و در صورت تمایل، در پژوهش شرکت داده شدند. یکی از مواردی که به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد، این بود که هیچ‌گونه سوءاستفادهٔ شخصی‌ای در این پژوهش وجود ندارد. همچنین بعضی از شرکت‌کنندگان تمایل داشتند که نتیجهٔ پاسخ‌دهی خود به پرسش‌نامه را بدانند؛ ازاین‌رو گزارش تفسیر پرسش‌نامه‌های افراد به زبانی ساده در اختیار آن‌ها قرار گرفت. همچنین دربارهٔ محرمانه‌بودن پرسش‌نامه‌ها و نتایج آن‌ها به آزمودنی‌ها توضیحات لازم داده شد و در انتها برای گروه گواه نیز بعد از تحلیل نتایج، مداخله اعمال گردید.

ابزارهای پژوهش: ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک[1]: این پرسش‌نامه شدت علائم افسردگی را ارزیابی می‌کند. BDI به‌عنوان آزمون غربالگری افسردگی در بارداری و پس از زایمان اعتباریابی شده است. این پرسش‌نامه ۲۱ سؤال خودگزارشی دارد که شدت علائم افسردگی را در دو هفته قبل ارزیابی می‌کند. BDI هم‌سانی درونی بالا، روایی آزمون بازآزمون خوب و اعتبار افتراقی، هم‌زمان و سازهٔ خوبی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی در طول دورهٔ بارداری دارد (۹). طوسی و همکاران در سال ۱۳۹۰، روایی و پایایی این پرسش‌نامه را در ایران بررسی کردند که این پرسش‌نامه تأیید شد (۶).

ـــ پرسش‌نامهٔ رضایت‌مندی زناشویی انریچ (ENRICH)[2]: یک فرم کوتاه این پرسش‌نامه دربرگیرندهٔ ۴۷ سؤال و ۱۰ مقیاس است (۱۰). پایایی این پرسش‌نامه با روش ضریب آلفا، ۹۲٪ گزارش شده است. متولی و همکاران (۱۰) اعتبار این پرسش‌نامه را ۹۵درصد گزارش کرده‌اند (۱۰). روایی این پرسش‌نامه‌ها در این پژوهش با استفاده از نظرات متخصصان تأیید شد. پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ، به‌ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۹۱ به دست آمد.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر سی زن باردار حضور داشتند. میانگین سنی زنان ۳۲/۱۶ سال با انحراف معیار ۲/۸۰ بود. در جدول ۱ نتیجهٔ آزمون t مستقل برای مقایسهٔ میانگین سن زنان شرکت‌کننده در دو گروه آزمایش و گواه آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری در میانگین سنی دو گروه دیده نمی‌شود.

جدول ۱. آزمون t مستقل برای مقایسهٔ میانگین سن دو گروه

گروه	میانگین	واریانس	مقدار P
گروه آزمایش	۳۱/۹۲۳	۲/۷۶	۰/۰۶۲
گروه گواه	۳۲/۱۲۵	۲/۹۱	

جدول ۲. نتایج توصیفی و تحلیل کوواریانس پس‌آزمون نمرات افسردگی زنان باردار پس از تعدیل پیش‌آزمون

متغیر	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
افسردگی	آزمایش	۲۹/۹۳۶	۹/۶۵۷	۲۰/۰۳۶	۱۰/۵۲۶	۷۳/۷۷۵	<۰/۰۰۱
	گواه	۳۰/۰۶۷	۱۰/۴۹۸	۳۰/۴۰۶	۱۰/۸۵۹		

با توجه به جدول ۲ مشخص است که نمرات گروه آزمایش در مقایسه با نمرات گروه گواه تغییرات محسوسی در هر متغیر افسردگی نشان می‌دهد. به‌طوری‌که میانگین نمرهٔ گروه آزمایش از ۹/۶۵۷ ±۲۹/۹۳۶ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۱۰/۵۲۶±۲۰/۰۳۶ در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش پیدا کرد؛ درحالی‌که برای گروه گواه تقریباً تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجهٔ تحلیل کوواریانس ارائه‌شده در این جدول نشان داد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین نمراتِ پس‌آزمونِ دو گروه، اختلاف آماری معناداری داشتند (p<۰/۰۰۱).

[1] Beck Depression Inventory (BDI)

[2] Enriching, Relationship, Issues, Communication, and Happiness

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.61.6]

جدول ۳. نتایج توصیفی و تحلیل کوواریانس پس‌آزمون نمرات رضایت زناشویی زنان باردار پس از تعدیل پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
رضایت زناشویی	آزمایش	۱۱۱/۴۶۲	۲۵/۴۹۰	۱۴۵/۸۶۹	۳۳/۵۲۶	۴۳/۰۰۲	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۱۳/۲۶۴	۲۳/۴۵۲	۱۱۲/۵۲۶	۲۴/۴۵۲		

با توجه به جدول ۳ مشخص است که نمرات گروه آزمایش درمقایسه با نمرات گروه گواه تغییرات محسوسی در هر متغیر رضایت زناشویی داشته است؛ به‌طوری که میانگین نمرهٔ گروه آزمایش از ۱۱۱/۴۶۲±۲۵/۴۹۰ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۱۴۵/۸۶۹±۳۳/۵۲۶ در مرحلهٔ پس‌آزمون افزایش پیدا کرد؛ درحالی‌که برای گروه گواه تقریباً تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجهٔ تحلیل کوواریانس ارائه‌شده در این جدول نشان داد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه، اختلاف آماری معناداری داشتند (p<۰/۰۰۱).

۴ بحث

نتایج بیانگر این بود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به شیوهٔ گروهی، به کاهش افسردگی زنان باردار گروه آزمایش منجر می‌شود.

از دلایل اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان افسردگی در زنان باردار در این پژوهش می‌تواند این موضوع باشد که الگوهای شناختی و رفتاری ناکارآمد و افسردگی‌زا عمدتاً قبل از دورهٔ بارداری در این افراد وجود دارد و به‌دلیل مسائل دوران بارداری، این مسئله تشدید می‌شود و افراد به‌طور اعم و زنان باردار به‌طور اخص افسردگی را به مسائل مقطعی زندگی خود اسناد می‌دهند (۱۳). اگر مردم صفاتی منفی به خودشان نسبت بدهند و برای رفتارشان عللی منفی بیابند، ممکن است موجبات تخریب و صدمه‌دیدن خویش را فراهم آورند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، الگویی برای بازآموزی مراجعان است. بر این اساس، بازسازی شناختی و ارائهٔ چک‌لیست فعالیت‌های مثبت و سازندهٔ هفتگی و همچنین آموزش چگونگی رو به‌روشدن به نقاط مثبت و منفی خود، افسردگی را به‌میزان چشمگیری در زنان باردار کاهش می‌دهد (۹).

با توجه به بیشتربودن میانگین پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایش درمقایسه با آزمودنی‌های گروه گواه، می‌توان نتیجه گرفت که قرارگرفتن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش، موجب افزایش نمره‌های آن‌ها در پس‌آزمون رضایت زناشویی شده است و به‌عبارتی دیگر، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به شیوهٔ گروهی، باعث افزایش رضایت زناشویی زنان باردار گروه آزمایش می‌گردد.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت از نظر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، توسعه و نگهداری تعارض و فاصلهٔ عاطفی در زنان باردار با همسرانشان، ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایدهٔ هریک از آن‌ها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطهٔ زن و شوهر است (۱۲). واقعی درنظرگرفتن افکار ارزیابانهٔ منفی و عمل بر طبق آن‌ها، چرخهٔ رابطهٔ منفی زوج‌ها را حفظ می‌کند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، به‌دنبال تضعیف این فرایندها و در نتیجه کاهش رنج‌های غیرضروری زوج‌هاست که به‌وسیلهٔ اجتناب‌های تجربی هریک از آن‌ها ناشی می‌شود. هدف اصلی این نوع درمان، کمک به زن و شوهر است تا از فرایندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی خود، چه به‌تنهایی و چه در رابطهٔ دونفره، آگاه شوند و ارزش‌هایی را که باعث نگه‌داشتن رابطه‌شان شده است، روشن کنند و به عمل در روش‌هایی که به‌طور مداوم متناسب با این اهداف هستند، حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته، متعهد گردند (۱۷). زن‌های باردار با توجه به وضعیت جسمی و روحی‌ای که به‌دلیل بارداری پیدا می‌کنند، باید از موقعیت‌های مرتبط با آسیب، طرد یا تعارض اجتناب کنند (۱۶). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به زنان باردار، نزدیک‌شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالت جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را آموزش می‌دهد. به‌طور واضح نشان داده شده که وقتی یکی از زوج‌ها از لحاظ عاطفی احساس آسیب یا ناتوانی و ضعیف‌شدن می‌کند، به فاصلهٔ عاطفی روی می‌آورد، هرچند فاصلهٔ عاطفی از افراد محافظت می‌کند و امکان پریشانی عاطفی در آینده را کاهش می‌دهد؛ اما باید یادگیری مهار این افکار، پذیرش آگاهانهٔ این قبیل افکار و عمل به روش‌هایی که ارتباط و صمیمیت عاطفی زوج‌ها را هدف قرار می‌دهد، تمرین شود. زمانی‌که زوج‌ها شروع به به‌کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها نمایند، بیشتر تمایل و توانایی پیدا می‌کنند که به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آن‌ها فرصت داده می‌شود به شیوه‌ای رفتار کنند که رضایت از رابطه را بهبود بخشیده و صمیمیت بین فردی را افزایش دهند. نزدیک‌شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش‌های رابطهٔ دوطرفه، این فرصت را برای زوج‌ها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری را فراهم کنند (۱۸).

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان اضافه کرد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به زوج‌هایی که زن باردار است، این امکان را می‌دهد که در وهلهٔ اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان و کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند (۱۳). تغییر روابط با تجارب درونی، شامل وسعت‌بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به‌علاوه، بر تقویت یک رابطهٔ غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. گفتنی است خوددلسوزی مفهومی است که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع به افکار و احساساتش دارد، مخالف است. ازاین‌رو اصلاح و تقویت خوددلسوزی، جنبهٔ مهم این درمان محسوب می‌شود؛ به‌گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بیجا کاهش یابد (۱۷). در نهایت هدف این درمان، تجربهٔ افکار و احساسات است، همان‌گونه که به‌طورطبیعی اتفاق می‌افتد. در مجموع می‌توان گفت که مداخلات

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.61.6]

صورت‌گرفته براساس این رویکرد، به زنان باردار کمک کرد تا بتوانند تعارضات خود را با همسرشان حل نمایند و ارتباط جدید و مثبتی را آغاز کنند؛ اجازه داد تا برای ایجاد صمیمیت در رابطهٔ جدید تلاش کنند و به‌این‌ترتیب از میزان مشکلات زناشویی خود بکاهند و در نهایت رضایت زناشویی آن‌ها افزایش یابد.

با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود در دورهٔ بارداری به‌دلیل آسیب‌پذیری زن و جنین به داروها و عوارض ناشناختهٔ آن، برای رفع مشکلات افسردگی از درمان‌های روان‌شناختی و آموزش آمادگی بارداری استفاده گردد تا علاوه بر بهبود وضعیت سلامت روانی و جسمی زن و ایجاد دوره‌ای مفرح و شادی‌بخش، مهارت‌های سازگاری جدید آموزش داده شود تا از تبعات اضطراب و افسردگی نیز جلوگیری نماید. با توجه به اینکه آزمون پیگیری اجرا نشد، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده، بعد از زایمان زنان باردار هم، آزمونی با عنوان آزمون پیگیری صورت گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

در مجموع، درمان پذیرش و تعهد که یکی از روش‌های درمانی غیردارویی مبتنی‌بر کاهش استرس و روان‌درمانی است، با استفاده از تکنیک‌های تغییر رفتار و ذهن‌آگاهی، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف، گسستگی و عمل متعهدانه توانست افسردگی زنان باردار را بهبود بخشیده و باعث افزایش رضایت زناشویی زنان باردار شود.

References

1. Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper LA, Strobino D, Powe NR, et al. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: The Health Status in Pregnancy (HIP) study. Maternal and Child Health Journal. 2009 Sep 1;13(5):577-87. doi:10.1007/s10995-008-0392-7.
2. Smy L, Shaw K, Amstutz U, Smith A, Berger H, Carleton B, et al. Hair cortisol as a hypothalamic-pituitary-adrenal axis biomarker in pregnant women with asthma: a retrospective observational study. BMC pregnancy and childbirth. 2016;16(1):176. doi:10.1186/s12884-016-0962-4
3. Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, Giacomello A, Manzolli P, Camey S, et al. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil. International Journal of Eating Disorders. 2009;42(5):387-93. doi:10.1002/eat.20643
4. Duncan LG, Bardacke N. Mindfulness-based childbirth and parenting education: promoting family mindfulness during the perinatal period. Journal of Child and Family Studies. 2010;19(2):190-202. doi:10.1007/s10826-009-9313-7
5. Sarbandi M, Mohammadkhani S, Moradi A. Effect of mindfulness-based childbirth and parenting programeducation on pregnancy anxiety and marital satisfaction in pregnant women. Journal of Behavioral Sciences. 2015;8(4):17-8. [Persian]
6. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. Effect of attachment training on anxiety and attachment behaviors of first-time mothers. Journal of Hayat. 2011;17(3):69-79. http://hayat.tums.ac.ir/article-1-56-fa.html
7. Snowden LR, Schott TL, Awalt SJ, Gillis-Knox J. Marital satisfaction in pregnancy: Stability and change. Journal of Marriage and the Family. 1988:325-33. doi:10.2307/352000
8. Hayes SC. Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. Clinical Psychology: Science and Practice. 2008;15(4):286-95. doi:10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x
9. Goodman SH, Tully EC. Recurrence of depression during pregnancy: Psychosocial and personal functioning correlates. Depression and anxiety. 2009;26(6):557-67. doi:10.1002/da.20421
10. Motavalli R, Ozgoli G, Bakhtiari M, Alavi Majd H. Marital Satisfaction and Marital Intimacy in Employed and Unemployed Pregnant Women of Ardebil City. J Ardabil Univ Med Sci. 2009;9(4):315-24. [Persian] http://jarums.arums.ac.ir/article-1-244-fa.html
11. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. J Res Behav Sci. 2013;11(2):121-8. http://rbs.mui.ac.ir/index.php/jrbs/article/view/469

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.61.6]

12. Mohammadi Z. Effectiveness of ACT on quality of life and psychological empowerment of female headed households covered by Tehran's Welfare Organization [Master's thesis]. Tehran: Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Allameh Tabatabai Tehran; 2015. [Persian]
13. Garadaghi A. Comparison of the Effect of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) with Interpersonal Therapy (IPT) on Reducing Depression in Pregnancy and Increasing Marital Satisfaction in Pregnant Patients in Vali Asr Reproductive Health Research Center [Doctoral Dissertation]. Tehran: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University; 2014. [Persian]
14. Cho HJ, Kwon JH, Lee JJ. Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: a pilot study. Yonsei Medical Journal. 2008;49(4):553-62. doi:10.3349/ymj.2008.49.4.553
15. Shakeri, Z. Effect of ACT on reducing the marital frustration of married women in Tehran [Master's Thesis]. Tehran: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University; 2015. [Persian]
16. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. Psycho-Oncology. 2013;22(2):459-64. doi:10.1002/pon.2083
17. Field T, Deeds O, Diego M, Hernandez-Reif M, Gauler A, Sullivan S, et al. Benefits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women. Journal of bodywork and movement therapies. 2009;13(4):297-303. doi:10.1016/j.jbmt.2008.10.002
18. Romer L, Orsillo S, Saltears-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalied anxiety disorder: Evaluation in a randomized control trial. J Couns Clin Psychol. 2008;76:1083-9. doi: 10.1037/a0012720

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.61.6]