

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Anxiety, and Stress in Nulliparous Pregnant Women

Hosseinian S¹, *Lotfi Kashani F², Peyman A³

Author Address

1. PhD Student, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran;
 2. Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran;
 3. Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Research Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
- *Corresponding author Email: lotfi.kashani@gmail.com

Received: 2020 October 17; Accepted: 2021 May 29

Abstract

Background & Objectives: Pregnancy is a new and unique situation in which every pregnant mother experiences many psychological and physiologic changes. Pregnancy is somewhat stressful, which can cause mental disorders. Depression and anxiety are among the most common and important complications of pregnancy and have negative effects on the outcome of the pregnancy and the growing fetus. All humans feel depressed at some point in their lives and can usually relate the cause of depression to certain events. Anxiety is often considered a response to an unpredictable and uncertain disturbing consequence. Anxiety states include physiological (arousal) and psychological (worry) components, describing stress as a model of a person's specific and non-specific responses to the stimuli of events that disturb a person's balance as well as excessive pressure that impairs a person's ability to cope. It is necessary to help pregnant women solve pregnancy problems by identifying factors affecting depression, anxiety, and stress. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on depression, anxiety, and stress in nulliparous pregnant women.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of this study included all pregnant women referred to Shahid Taleghani, Hedayat, and Amirmomenin hospitals in Tehran City, in 2019. They included 157 pregnant women who were referred for birth control. Using the convenience sampling method, 51 women were selected and enrolled in the study. The inclusion criteria were obtaining a total score above 30 on the Depression, Anxiety and Stress Scale, gestational age at the time of entering the study 20–25 weeks, age range between 20–35 years, being nulliparous, not having psychological disorders and physical illnesses, not using antidepressants, stress and anxiety. The exclusion criteria were absence in more than two treatment sessions. The first experimental group received CBT in eight sessions of 120 minutes (for two months), and the second experimental group received ACT in eight sessions of 120 minutes (for two months). To describe the data, centrality and dispersion indices such as mean and standard deviation were used. For data analysis, analysis of variance with repeated measures and Tukey and Bonferroni post hoc tests were used. A comparison of three groups in terms of age was made by 1-way analysis of variance. The mentioned statistical analyzes were done using SPSS version 22 software. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The results showed that variance analysis of the depression variable was significant for time effect ($p < 0.001$) and group effect ($p < 0.001$), and the effect size of a group intervention for depression was 0.64. Variance analysis of the anxiety variable was significant for time effect ($p < 0.001$) and group effect ($p < 0.001$) and the effect size of a group intervention for anxiety was 0.17. Also, the variance analysis of the stress variable was significant for the effect of time ($p < 0.001$) and the effect of the group ($p = 0.005$), and the effect size of the group intervention for stress was 0.22. In all three variables of depression ($p = 0.012$), anxiety ($p = 0.015$), and stress ($p = 0.010$), significant differences were observed in the posttest between the averages of the two treatment groups. Also, a significant difference was observed between the averages of the two treatment groups and the averages of the control group in the aforementioned variables ($p < 0.001$). The scores of anxiety ($p < 0.001$), stress ($p < 0.001$), and depression ($p < 0.001$) variables in the ACT group and the CBT group in the posttest and follow-up phases were significantly different from those in the pretest phase. However, no significant difference was observed between the two stages of posttest and follow-up in the variables of anxiety, stress and depression ($p = 0.105$, $p = 0.804$, $p = 0.847$, respectively), which shows the effectiveness of the treatment based on acceptance and commitment and cognitive behavioral therapy in the follow-up stage showed for all three variables.

Conclusion: It can be concluded that CBT and ACT were effective in reducing depression, anxiety, and stress in nulliparous pregnant women, but ACT was more effective than CBT in decreasing depression, anxiety, and stress in nulliparous pregnant women.

Keywords: Nulliparous pregnant women, Stress, Anxiety, Depression, Acceptance and commitment therapy, Cognitive-Behavioral therapy.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار نخست‌زا

سهیلا حسینیان^۱، *فرح لطفی کاشانی^۲، اکرم پیمان^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران؛
 ۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران؛
 ۳. استادیار، دانشکده پرستاری-مامایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: lotfi.kashani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۶ مهر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۸ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: لازمه کمک به زنان باردار برای حل مشکلات مربوط به بارداری شناخت عوامل مؤثر بر افسردگی، اضطراب و استرس است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار نخست‌زا بود.

روش بررسی: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهید طالقانی و هدایت و امیرالمؤمنین شهر تهران در سال ۱۳۹۸، به تعداد ۱۵۷ نفر تشکیل دادند. از بین آن‌ها ۵۱ نفر از داوطلبان واجد شرایط با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه هفده نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش اول طی هشت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری و گروه آزمایش دوم طی هشت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی توکی و بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت.

یافته‌ها: در هر سه متغیر افسردگی ($p=0/012$)، اضطراب ($p=0/015$) و استرس ($p=0/010$) تفاوت معناداری در پس‌آزمون بین میانگین‌های دو گروه درمانی مشاهده شد؛ همچنین بین میانگین‌های دو گروه درمانی با میانگین‌های گروه گواه در متغیرهای مذکور تفاوت معناداری مشاهده شد ($p<0/001$). نمرات متغیرهای مذکور در هر دو گروه درمانی، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری داشت ($p<0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش مشاهده نشد ($p>0/05$) که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری را در مرحله پیگیری نشان داد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار نخست‌زا اثربخش‌تر است.

کلیدواژه‌ها: زنان باردار نخست‌زا، استرس، اضطراب، افسردگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری.

و معیوبی کند که درباره خود و جهان و آینده دارد (۱۴). هدف عمده این درمان، کمک به بیمار است؛ به نحوی که بتواند تغییرات مطلوبی در زندگی خود پدید آورد. این نوع مشاوره بر دو اصل بنیادین استوار است: نخست اینکه طرح‌واره‌های ما اثری کنترل‌کننده بر هیجان و رفتارمان دارد؛ دوم اینکه چگونگی عملکرد یا رفتار ما اثری قوی در الگوهای فکری و هیجان‌هایمان می‌گذارد (۱۵).

به نظر می‌رسد درمان شناختی‌رفتاری در درمان اختلالات مختلف مؤثر است. در آموزش این روش درمانی، به فرد آموخته می‌شود مشکل‌های تعاملی خود را بشناسد. این مشکلات ناشی از نقص‌های شناختی، به‌خصوص نگرش منفی است که بدکارکردی‌های رفتاری را به وجود می‌آورد. روش درمانی مذکور به افراد کمک می‌کند تا افکار منفی خویش را شناسایی کرده و آن‌ها را ارزیابی کنند. رویکرد شناختی‌رفتاری به‌طور عمده بر خودیاری استوار بوده و هدف درمانگر کمک به فرد است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسائل جاری، بلکه مسائل مشابه در آینده رشد دهد (۱۶).

از طرفی، در این تحقیق رویکرد درمانی دیگر به نام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به‌کار رفت که سعی شد پذیرش را در افراد به‌وجود آورد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هوشیاری فراگیر، همراه با گشودگی بر پذیرش تأکید می‌کند (۱۷)؛ به این معنا که فرد بدون تلاش برای کنترل افکار مربوط به مشکل، به افکار مرتبط با مشکل اجازه حضور در ذهن را می‌دهد. هدف اصلی در مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی به‌جای اینکه فقط عملی به‌منظور اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام گیرد یا درحقیقت به فرد تحمیل شود، توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف مناسب‌تر، به‌وجود آید. در این رویکرد، تغییر کارکرد افکار و احساسات به‌جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها پذیرفته می‌شود (۱۸).

درمان‌های موج سوم شناختی‌رفتاری، بیشتر از موج دوم این درمان‌ها، به مؤلفه‌های معنوی توجه دارند و تاحدودی مبتنی بر فرهنگ و مذاهب شرقی هستند؛ از این رو در پژوهش حاضر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از درمان‌های متداول موج سوم و درمان شناختی‌رفتاری به‌منزله یکی از درمان‌های متداول موج دوم، مقایسه شد. این دو درمان در یک چارچوب نظری قرار دارند؛ اما از نظر توجه به موضوعات هیجانی متفاوت‌اند. بوناکوایستی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اختلالات افسردگی و خلقی دوران بارداری مؤثر است (۱۹). همچنین فیضی و همکاران در پژوهشی با بررسی کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان باردار به‌وسیله لقاخ خارج از رحمی نشان دادند، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش اضطراب و افسردگی زنان باردار تحت درمان لقاخ خارج رحمی می‌شود (۲۰). شمس‌آبادی و همکاران در پژوهشی دریافتند، آموزش مدیریت استرس به‌شیوه شناختی‌رفتاری بر اضطراب زنان باردار تأثیر دارد (۱۴). نتایج پژوهش کرمی و همکاران مشخص کرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری بر اضطراب و افسردگی مادران نوزاد نارس اثربخش‌تر است (۲۱). عزیزی و

حاملگی، موقعیتی جدید و منحصر به فرد است که طی آن هر مادر آستنی تغییرات بسیاری از نظر روان‌شناختی و فیزیولوژیک تجربه می‌کند (۱). افسردگی و اضطراب از عوارض شایع‌تر و مهم‌تر بارداری است و اثرات منفی بر نتیجه بارداری و جنین در حال رشد دارد (۲). افسردگی شامل یک دوره طولانی غم و روحیه بد و گوشه‌گیری می‌شود. همه افراد در مقطعی از زندگی خود احساس افسردگی می‌کنند و معمولاً می‌توانند علت افسردگی را به رویدادهای مشخصی ربط دهند (۲). همچنین اضطراب بارداری، حالتی عاطفی خاص گره‌خورده با نگرانی‌های خاص بارداری مانند نگرانی درباره سلامت نوزاد و زایمان است (۳). محققان اضطراب را به اجزای شناختی (ذهنی) و فیزیکی طبقه‌بندی می‌کنند (۴). همچنین استرس را الگویی از پاسخ‌های اختصاصی و غیراختصاصی شخص به محرک‌های رویدادهای برهم‌زننده تعادل و فشار بیش‌ازحد مختل‌کننده توانایی فرد برای مقابله، توصیف می‌کنند (۵).

در پژوهشی فراتحلیل، شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران، ۲۵/۳ درصد گزارش شده است (۶). این تغییرات زنان را در خطر آسیب‌پذیری روانی و تجربه اضطراب قرار می‌دهد. اضطراب و تنش درون‌رحمی موجب نارسایی و زایمان پیش از موعد می‌شود که با افزایش خطر بیشتر بیماری‌های کروموزومی در بزرگسالان همراه است (۷). اضطراب بارداری عامل قوی در پیش‌بینی پیامدهای منفی هنگام تولد است؛ به‌گونه‌ای که نتایج مطالعات مدل‌های ایمنی‌شناسی مغز و اعصاب نشان داد، تنش و استرس دوره بارداری، بهداشت روانی مادر و رشد جنین را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند منجر به تولد زودرس شود (۸). اضطراب و افسردگی مادر در دوران بارداری و قبل از زایمان از عوامل بسیار مهم خطر برای بروز مشکلات خلقی پس از زایمان است (۹). وجود استرس و اضطراب در بارداری و زایمان اثرات مضری به‌همراه دارد. اضطراب موجب تحریک سیستم عصبی خودمختار، انقباض عضلات صاف شریان‌ها، کاهش جریان خون رحمی-جفتی و اکسیژن‌رسانی به رحم، الگوی غیرطبیعی ضربان قلب جنین و افزایش احتمال زایمان زودرس می‌شود. اضطراب و استرس با تجربه مشکلات متعدد سلامت روان، کاهش بهزیستی روان‌شناختی و ایجاد مشکلات متعدد در زندگی همراه است (۱۰). برای بسیاری از زنان، بارداری دوره پراسترسی به‌شمار می‌رود و نیازمند نوعی سازگاری روانی است تا سلامت مادر و جنین تأمین شود (۱۱). نتایج پژوهش مروری سیستماتیک نشان داد، میزان شیوع اختلالات روانی در دوران بارداری بین ۳۷ تا ۴۷ درصد است؛ همچنین شیوع افسردگی بین ۳۰ تا ۳۰ درصد و میزان شیوع اختلالات اضطرابی بین ۲۶ تا ۲۶ درصد گزارش شده است (۱۲).

درمان شناختی‌رفتاری، روشی مبتنی بر شواهد تجربی برای کاهش افسردگی پس از زایمان و یکی از رویکردهای درمانی بسیار موفق در کوتاه‌مدت به‌لحاظ پیشگیری و نیز به‌لحاظ نقش کاهش‌دهنده علائم افسردگی در زنان باردار در نظر گرفته شده است (۱۳). درمان شناختی‌رفتاری رویکردی است که در آن روش‌های جدید اندیشیدن و رفتارکردن به بیمار آموخته می‌شود تا آن‌ها را جایگزین نگرش‌های منفی

همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمقایسه با درمان شناختی رفتاری بر افسردگی دانشجویان تأثیر بیشتری دارد (۲۲). در پژوهش هنکوک و همکاران مشخص شد، هر دو درمان باعث بهبودی اضطراب کودکان می‌شود؛ ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمقایسه با درمان شناختی رفتاری تأثیر فزاینده‌تری بر اضطراب دارد (۲۳). لوسادا و همکاران در پژوهشی نشان دادند، هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری بر مراقبت‌کنندگان مؤثر است؛ ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان مناسب و مؤثرتری است (۲۴).

بنابراین باتوجه به پیامدها و اثرات منفی افسردگی، اضطراب، استرس و حالات هیجانی در مادران باردار بر جنین و آثار درازمدت آن بر رشد منفی جمعیت، بررسی راهبردهای درمان اضطراب و افسردگی و مشکلات سلامت روان ناشی از آن ضروری به نظر می‌رسد و توجه مسئولان بهداشتی درمانی به این موضوع از اهمیت زیادی برخوردار است؛ بنابراین انجام پژوهش در این زمینه و ارائه راهکارهای مؤثر در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار نخست‌زا ضرورت دارد. رویکردهای درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای شمار زیادی از مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب تدوین شده است (۲۵، ۲۶)؛ از این رو هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار نخست‌زا بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه (دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون) همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان باردار مراجعه‌کننده به منظور کنترل بارداری به بیمارستان‌های شهید طالقانی و هدایت و امیرالمؤمنین شهر تهران در سال ۱۳۹۸، به تعداد ۱۵۷ نفر تشکیل دادند. نمونه این پژوهش، ۵۱ نفر بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان جامعه آماری پژوهش انتخاب شدند. تعداد نمونه لازم براساس مطالعات مشابه با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه هفده نفر محاسبه شد (۲۵). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش، کسب نمره کل بیشتر از ۳۰ در مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (۲۷)، سن حاملگی هنگام ورود به مطالعه ۲۵ تا ۳۵ هفته، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۵ سال، نخست‌زای بودن و استفاده نکردن از داروهای ضد افسردگی، استرس و اضطراب (براساس پرونده پزشکی) بود. معیار خروج آزمودنی‌های گروه آزمایش، غیبت بیش از دو جلسه درمان در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه است و برای امور پژوهشی استفاده می‌شود؛ به منظور رعایت

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمقایسه با درمان شناختی رفتاری بر افسردگی دانشجویان تأثیر بیشتری دارد (۲۲). در پژوهش هنکوک و همکاران مشخص شد، هر دو درمان باعث بهبودی اضطراب کودکان می‌شود؛ ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمقایسه با درمان شناختی رفتاری تأثیر فزاینده‌تری بر اضطراب دارد (۲۳). لوسادا و همکاران در پژوهشی نشان دادند، هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری بر مراقبت‌کنندگان مؤثر است؛ ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان مناسب و مؤثرتری است (۲۴).

بنابراین باتوجه به پیامدها و اثرات منفی افسردگی، اضطراب، استرس و حالات هیجانی در مادران باردار بر جنین و آثار درازمدت آن بر رشد منفی جمعیت، بررسی راهبردهای درمان اضطراب و افسردگی و مشکلات سلامت روان ناشی از آن ضروری به نظر می‌رسد و توجه مسئولان بهداشتی درمانی به این موضوع از اهمیت زیادی برخوردار است؛ بنابراین انجام پژوهش در این زمینه و ارائه راهکارهای مؤثر در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار نخست‌زا ضرورت دارد. رویکردهای درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای شمار زیادی از مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب تدوین شده است (۲۵، ۲۶)؛ از این رو هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار نخست‌زا بود.

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه (دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون) همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان باردار مراجعه‌کننده به منظور کنترل بارداری به بیمارستان‌های شهید طالقانی و هدایت و امیرالمؤمنین شهر تهران در سال ۱۳۹۸، به تعداد ۱۵۷ نفر تشکیل دادند. نمونه این پژوهش، ۵۱ نفر بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان جامعه آماری پژوهش انتخاب شدند. تعداد نمونه لازم براساس مطالعات مشابه با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه هفده نفر محاسبه شد (۲۵). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش، کسب نمره کل بیشتر از ۳۰ در مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (۲۷)، سن حاملگی هنگام ورود به مطالعه ۲۵ تا ۳۵ هفته، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۵ سال، نخست‌زای بودن و استفاده نکردن از داروهای ضد افسردگی، استرس و اضطراب (براساس پرونده پزشکی) بود. معیار خروج آزمودنی‌های گروه آزمایش، غیبت بیش از دو جلسه درمان در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه است و برای امور پژوهشی استفاده می‌شود؛ به منظور رعایت

1. Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21)

2. Content validity index

ساده بودن هر مفاد از پروتکل نیز به ترتیب از ۱ «ساده نیست»، ۲ «نسبتاً ساده است»، ۳ «ساده است» تا ۴ «ساده مربوط است» و واضح بودن هر مفاد از پروتکل به ترتیب از ۱ «واضح نیست»، ۲ «نسبتاً واضح است»، ۳ «واضح است» تا ۴ «واضح مربوط است» تعیین شد. با توجه به اینکه مقدار CVR به دست آمده قابل قبول برای پنج نفر متخصص، ۰/۹۹ و CVI حاصل، ۰/۸۸ بود، روایی پروتکل حاضر تأیید شد. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارائه شده است.

بررسی روایی محتوایی براساس نظرات متخصصان به شکل کمی به کار رفت و در مرحله دوم پژوهش از دو ضریب نسبت روایی محتوا (CVR) و CVI، برای ارزیابی کمی روایی محتوای جلسه‌های درمان براساس نظرات متخصصان استفاده شد. به این صورت که متخصصان «مربوط بودن» و «واضح بودن» و «ساده بودن» هر گویه را براساس طیف لیکرتی چهارقسمتی مشخص کردند. متخصصان مربوط بودن هر مفاد از پروتکل را از نظر خودشان از ۱ «مربوط نیست»، ۲ «نسبتاً مربوط است»، ۳ «مربوط است» تا ۴ «کاملاً مربوط است» مشخص کردند.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه	تکلیف خانگی
اول	معارفه اعضای گروه، برقراری رابطه‌ای حسنه، احترام و رازداری (بین شرکت‌کنندگان و رهبر گروه)، توضیح قوانین گروه، همدلی، آشنایی با رنج مراجعان، تشریح استعاره دو کوه	چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم؟
دوم	توضیح استعاره دنیاها به فرد برای آشنایی و شناخت آن‌ها در جهت رسیدن فرد به آگاهی، انجام تکنیک ذهن آگاهی از طریق تنفس	برگه نگرانی ذهن آگاه
سوم	آشنایی مراجعان با کنترل، مشکل اصلی است، آشنایی با رنج پاک و ناپاک و دنیای درون و بیرون از طریق استعاره‌های با طلاق غم، دستگاه سیم پیچی، حشره و استعاره ببر گرسنه	برگه عملکرد نگرانی
چهارم	استفاده از استعاره گدا برای توضیح پذیرش، استعاره فضای روان‌شناختی برای بزرگ کردن خانه‌ای ذهن	ادامه تمرین ذهن آگاهی
پنجم	توضیح اثرات پذیرش و استفاده از استعاره دختر کوچولو برای این مهم، در ادامه توضیح زندگی کردن در جهت ارزش‌ها	ارائه برگه شناسایی ارزش‌ها، انجام عملی با ارزش
ششم	آشنایی با ارزش‌ها و تصریح آن‌ها با استفاده از استعاره پیتزا، استعاره اتوبوس، استعاره تشییع جنازه	شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری به منظور انجام در طول هفته)
هفتم	شناخت خود به عنوان زمینه و خود مفهومی سازی شده با استفاده از استعاره صفحه شطرنج و استعاره پیاده روی با ذهن	ارائه برگه شناسایی ارزش‌ها، انجام عملی با ارزش
هشتم	آموزش حل مسئله برای مشکلات بیرونی و برطرف کردن مشکلات درونی برای رسیدن به ارزش‌ها و تعهد با استفاده از استعاره نهال	انجام عملی با ارزش مشخص

محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری براساس بسته آموزشی اسپری بود و روایی محتوای آن به تأیید رسید (۳۰). همچنین به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، در مرحله اول پژوهش از شاخص روایی محتوا (CVR) برای بررسی روایی محتوایی براساس نظرات متخصصان به شکل کمی استفاده شد و در مرحله دوم پژوهش، دو ضریب نسبت روایی محتوا (CVR) و CVI، برای ارزیابی کمی روایی محتوای جلسه‌های درمان براساس نظرات متخصصان به کار رفت. به این صورت که متخصصان «مربوط بودن» و «واضح بودن» و «ساده بودن» هر گویه را براساس طیف لیکرتی چهارقسمتی مشخص کردند. متخصصان مربوط بودن هر مفاد از پروتکل را از نظر خودشان از ۱ «مربوط نیست»، ۲ «نسبتاً مربوط است»، ۳ «مربوط است» تا ۴ «کاملاً مربوط است» مشخص کردند. ساده بودن هر مفاد از پروتکل نیز به ترتیب از ۱ «ساده نیست»، ۲ «نسبتاً ساده است»، ۳ «ساده است» تا ۴ «ساده مربوط است» و واضح بودن هر مفاد از پروتکل به ترتیب از ۱ «واضح نیست»، ۲ «نسبتاً واضح است»، ۳ «واضح است» تا ۴ «واضح

مربوط است» معین شد. با توجه به اینکه مقدار CVR به دست آمده پذیرفتنی برای پنج نفر متخصص ۰/۹۷ و CVI حاصل، ۰/۸۹ بود، روایی پروتکل حاضر تأیید شد. محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری در جدول ۲ آمده است. به منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی توکی و بونفرونی به کار رفت. شایان ذکر است به منظور بررسی پیش فرض‌های آزمون استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگوروف اسمیرنف (برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. مقایسه سه گروه از نظر سن از طریق آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه انجام پذیرفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

1. Content validity ratio

جدول ۲. جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوای جلسه	تکلیف خانگی
اول	هدف: تبیین ضرورت شرکت در گروه، ترویج هنجارهای گروهی و انسجام گروهی، تأکید بر مشترک بودن مشکلات، آشنایی اعضا باهم و تعهد به پیگیری جلسات، آموزش نظریه شناختی رفتاری به صورت گروهی به اعضای گروه و نقش آن‌ها در درمان.	
دوم	هدف: آشناکردن اعضا با انواع خاص فکرکردن و تفاوت‌های ایجادشده توسط افکار در خلق و خلق در روابط، تفکر سازنده درمقابل تفکر مخرب، تفکر ضروری درمقابل تفکر غیرضروری، تفکر مثبت درمقابل تفکر منفی.	تکمیل مقیاس خلق روزانه و فهرست افکار مثبت و منفی
سوم	هدف: شناساندن تحریف‌های شناختی و تأثیر آن‌ها بر رابطه زناشویی خطاهای فکری که به ناسازگاری منجر می‌شود: فیلتر ذهنی؛ ذهن خوانی کردن؛ فال‌گویی کردن؛ احساسات خود را خیلی جدی پنداشتن؛ باید‌ها؛ به خود برچسب‌زدن؛ خودسرزنی؛ کمتر یا بیشترکردن چیزها؛ موارد مثبت را به‌شمار نیاوردن؛ تفکر همه یا هیچ و غیره، آموزش روش ABCD.	فهرست افکار مثبت و منفی و مقیاس خلق روزانه
چهارم	هدف: آشنایی با کارکرد فعالیت‌های روزانه و چگونگی تأثیر آن بر خلق افرادی که فعالیت‌های دلپذیر اندکی انجام می‌دهند، خلق ضعیف‌تری دارند و به‌تبع آن سازگاری اندکی گزارش می‌کنند.	شناسایی فعالیت‌های روزانه
پنجم	هدف: غنی‌سازی فعالیت‌های روزانه فعالیت‌های دلپذیر عمده‌تاً پاداش‌دهنده و آرامش‌بخش هستند.	مقیاس خلق روزانه و چک‌لیست ۹۵ فعالیت دلپذیر به‌صورت هفتگی
ششم	کار روی مفهوم هدف‌گذاری به‌مدت دو ساعت، اهداف روشن درمقابل اهداف مبهم و غیرشفاف، مدیریت زمان، برنامه‌ریزی برای آینده، اهداف کوتاه‌مدت، اهداف بلندمدت، شناساندن هرم نیازهای مزلو.	نوشتن هدف‌های مهم، فهرست واقعیت‌های عینی و ذهنی، مقیاس خلق روزانه
هفتم	هدف: نحوه ارتباط و تماس با مردم و چگونگی تأثیر آن بر خلق، آموزش جرثمنندی و سبک‌های ارتباطی سطوح بالاتر ناسازگاری مربوط است به: تماس کمتر با مردم؛ احساس ناراحتی با مردم؛ ساکت‌تربودن؛ کمتر صحبت‌کردن؛ کمتر جرثمنند؛ به‌عبارت‌دیگر، اظهارنکردن دوست‌داشتن‌ها و دوست‌نداشتن‌ها؛ حساسیت بیشتر داشتن به نادیده‌گرفته‌شدن، انتقادشدن یا طردشدن.	نوشتن هدف‌های مهم، فهرست واقعیت‌های عینی و ذهنی، مقیاس خلق روزانه
هشتم	هدف: مرور فرایند جلسات قبلی و تثبیت تغییرات ایجادشده، تثبیت تغییرات به‌روش انتقال‌دادن آن به زندگی روزمره، درنهایت ختم جلسات.	

۳ یافته‌ها

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن در گروه شناختی رفتاری ۳۴ سال و در گروه گواه ۲۰ و ۳۴ سال بود. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در گروه‌های آزمایش (درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن در گروه شناختی رفتاری ۳۲/۱۱±۷/۸۰ سال، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۱/۰۳±۷/۳۸ سال و در گروه گواه ۳۱/۸۰±۷/۸۱ سال بود. براساس آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، سه گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند ($p>0/05$). کمینه و بیشینه سن در گروه شناختی رفتاری به‌ترتیب ۲۰ و ۳۵ سال، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۲ و

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس به‌تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
افسردگی	پذیرش و تعهد	۱۳/۵۵	۲/۱۸	۷/۳۰	۱/۶۸	۱/۳۴
	شناختی رفتاری	۱۴/۱۰	۲/۶۵	۸/۷۰	۲	۱/۳۴
	گواه	۱۴/۵	۲/۹۲	۱۵/۰۵	۳/۱۱	۲/۸۸
اضطراب	پذیرش و تعهد	۱۲/۸۰	۲/۱۹	۶/۰۰	۱/۲۳	۱/۲۶
	شناختی رفتاری	۱۱/۲۰	۱/۸۵	۷/۰۰	۱/۴۸	۱/۰۱
	گواه	۱۱/۵۵	۱/۹۳	۱۱/۹۰	۱/۷۱	۱/۸۹
استرس	پذیرش و تعهد	۱۷/۳۰	۳/۷۱	۱۰/۳۰	۲/۱۳	۱/۷۳
	شناختی رفتاری	۱۶/۴۵	۴/۰۳	۱۲/۵۵	۲/۱۱	۱/۷۵
	گواه	۱۶/۴۰	۳/۳۷	۱۶/۷۵	۲/۹۷	۲/۴۱

($p>0/05$). همچنین معنادار نبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لون نشان داد، فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نشد ($p>0/05$). درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد، این آزمون برای متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس رد نشد

قبل از انجام روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، به‌منظور رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی و لون بررسی شد. از آنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس رد نشد

تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس در گروه‌های آزمایش و گروه گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($p < 0/001$)؛ از این رو از آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین آزمون گرین‌هاوس‌گیزر با مقداری برابر ۰/۸۶ ($p < 0/001$)

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر افسردگی، اضطراب و استرس

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذوراتا
افسردگی	درون‌گروهی	زمان	۱۱/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۲
	بین‌گروهی	زمان*گروه	۴۲/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
		گروه	۴۰/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۴
اضطراب	درون‌گروهی	زمان	۸/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۱
	بین‌گروهی	زمان*گروه	۹۳/۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۰
		گروه	۵/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۱۷
استرس	درون‌گروهی	زمان	۹۴/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
	بین‌گروهی	زمان*گروه	۴۶/۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
		گروه	۶/۱۵	۰/۰۰۵	۰/۲۲

($p = 0/005$) معنادار و اندازه اثر مداخله گروهی برای استرس ۰/۲۲ بود؛ یعنی در هر سه متغیر افسردگی، اضطراب و استرس میان دو گروه آزمایش و گروه گواه در طی مراحل پژوهش اختلاف معناداری وجود داشت که حاکی از تأثیر مداخله بود. برای بررسی تفاوت متغیرهای پژوهش در هر یک از گروه‌ها در پس‌آزمون از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

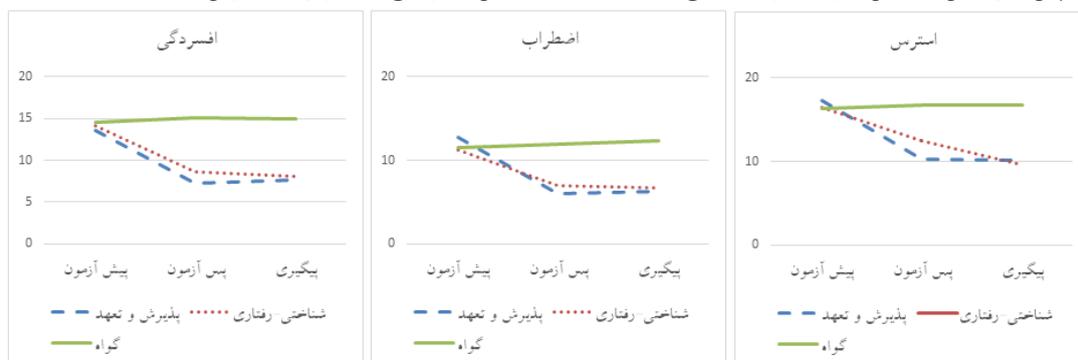
بر اساس نتایج جدول ۴، تحلیل واریانس متغیر افسردگی برای اثر زمان ($p < 0/001$) و اثر گروه ($p < 0/001$) معنادار و اندازه اثر مداخله گروهی برای افسردگی ۰/۶۴ بود. تحلیل واریانس متغیر اضطراب برای اثر زمان ($p < 0/001$) و اثر گروه ($p < 0/001$) معنادار و اندازه اثر مداخله گروهی برای اضطراب ۰/۱۷ به دست آمد. همچنین تحلیل واریانس متغیر استرس برای اثر زمان ($p < 0/001$) و اثر گروه

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی گروه‌ها

متغیرهای آزمایشی	گروه‌ها	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
افسردگی	پذیرش و تعهد	شناختی رفتاری	۰/۱۲
	پذیرش و تعهد	گواه	<۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری	گواه	<۰/۰۰۱
اضطراب	پذیرش و تعهد	شناختی رفتاری	۰/۱۵
	پذیرش و تعهد	گواه	<۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری	گواه	<۰/۰۰۱
استرس	پذیرش و تعهد	شناختی رفتاری	۰/۱۰
	پذیرش و تعهد	گواه	<۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری	گواه	<۰/۰۰۱

با مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس داشته است.

نتایج آزمون توکی در جدول ۵ نشان می‌دهد، در هر سه متغیر افسردگی ($p = 0/012$)، اضطراب ($p = 0/015$) و استرس ($p = 0/010$) تفاوت معناداری در پس‌آزمون بین میانگین‌های دو گروه درمانی مشاهده شد.



نمودار ۱. مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری میانگین متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	مقدار احتمال
اضطراب	پیش‌آزمون	۴/۴۶-	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۳/۳۳-	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۱۳	۰/۵۹	۰/۱۰۵
استرس	پیش‌آزمون	۲/۲۶-	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۹۳-	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۳۳	۰/۵۳	۰/۸۰۴
افسردگی	پیش‌آزمون	۵/۲۶-	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۶/۹۳-	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۴۸	۰/۶۴	۰/۸۴۷

نتایج جدول ۶ و نمودار ۱ نشان داد، نمرات متغیرهای اضطراب، استرس و افسردگی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان شناختی رفتاری، در مرحله پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بوده است ($p < 0/001$). نتایج مشخص کرد، اضطراب، استرس و افسردگی در هر دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای اضطراب، استرس و افسردگی مشاهده نشد (به ترتیب $p = 0/105$ ، $p = 0/804$ ، $p = 0/847$). نتایج حاکی از آن بود که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در مرحله پیگیری برای هر سه متغیر اضطراب، استرس و افسردگی ماندگار بوده است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار نخست‌زا بود. پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار نخست‌زا اثربخش‌تر بود. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات زیر همسوست: کرمی و همکاران دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی مادران نوزاد نارس اثربخش‌تر است (۲۱)؛ عزیزی و همکاران نشان دادند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر افسردگی دانشجویان تأثیر بیشتری دارد (۲۲)؛ هنکوک و همکاران به این نتیجه رسیدند که هر دو درمان باعث بهبود اضطراب کودکان می‌شود؛ ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری دارای تأثیر فزاینده‌تری بر اضطراب است (۲۳)؛ لوسادا و همکاران مشخص کردند، هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری بر مراقبت‌کنندگان تأثیر دارد؛ ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان مناسب و مؤثرتری است (۲۴).

در تبیین وجود تفاوت بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب زنان باردار می‌توان گفت، بارداری به‌تنهایی از عوامل مستعدکننده ابتلا به اضطراب است؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد وقوع بارداری احتمال ابتلا به اضطراب را افزایش دهد. همچنین اضطراب مداوم دوران بارداری ممکن است موجب سقط، زایمان زودرس، افزایش فشارخون، تغییر الگوی ضربان قلب و حرکات جنین، پیامدهای نامطلوب نوزادی همانند وزن کم هنگام تولد، نارسایی و تأخیر رشد داخل رحمی شود (۱۸). همچنین به‌نظر می‌رسد آگاه‌بودن از لحظه حال بدون استفاده از لنز قضاوت، به مادران کمک می‌کند تا بتوانند در ارتباط با بارداری تعامل بهتری برقرار سازند؛ این

نتایج جدول ۶ و نمودار ۱ نشان داد، نمرات متغیرهای اضطراب، استرس و افسردگی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان شناختی رفتاری، در مرحله پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بوده است ($p < 0/001$). نتایج مشخص کرد، اضطراب، استرس و افسردگی در هر دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای اضطراب، استرس و افسردگی مشاهده نشد (به ترتیب $p = 0/105$ ، $p = 0/804$ ، $p = 0/847$). نتایج حاکی از آن بود که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در مرحله پیگیری برای هر سه متغیر اضطراب، استرس و افسردگی ماندگار بوده است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار نخست‌زا بود. پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار نخست‌زا اثربخش‌تر بود. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات زیر همسوست: کرمی و همکاران دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی مادران نوزاد نارس اثربخش‌تر است (۲۱)؛ عزیزی و همکاران نشان دادند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر افسردگی دانشجویان تأثیر بیشتری دارد (۲۲)؛ هنکوک و همکاران به این نتیجه رسیدند که هر دو درمان باعث بهبود اضطراب کودکان می‌شود؛ ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری دارای تأثیر فزاینده‌تری بر اضطراب است (۲۳)؛ لوسادا و همکاران مشخص کردند، هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری بر مراقبت‌کنندگان تأثیر دارد؛ ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان مناسب و مؤثرتری است (۲۴).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، شیوع افسردگی از عوارض شایع‌تر و مهم‌تر بارداری به‌شمار می‌رود و اثرات منفی بر نتیجه بارداری و جنین در حال رشد دارد. در مطالعات مختلف گزارش شده است، ابتلا به افسردگی درمان‌نشده در زمان بارداری منجر به بروز پیامدهای منفی بر رشد جنین خواهد شد (۲). از طرف دیگر، دریافت داروهای

معضلی خانوادگی و اجتماعی شیوع نسبتاً زیادی دارد و با افزایش مسئولیت‌های ناشی از تولد کودک، نیاز به حمایت اجتماعی، خانوادگی و عاطفی زنان بیشتر می‌شود، با به‌کارگیری این درمان‌ها در برنامه‌ریزی آموزشی بیمارستان‌ها می‌توان به بهبود افسردگی پس از زایمان و عوارض ناشی از آن کمک کرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در زنان باردار نخست‌زا مؤثرتر است.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها و مواد

همه نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله حاضر، به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافی بین آن‌ها وجود ندارد. این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است. همچنین مجوز اجرای پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از مرکز مشاوره با شماره نامه ۱۵۶ صادر شده است.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسنده دوم در نگارش نسخه دست‌نوشته همکار اصلی بود. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خوانده و تأیید کردند.

موضوع به تنظیم هیجانی و راهکارهای مقابله‌ای بهتری می‌انجامد و در نهایت گذراندن دوره بارداری را تسهیل می‌بخشد (۱۷). مادرانی که در تمرین‌های پذیرش و تعهد به‌همراه فنون گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های تفصیلی درباره ارزش‌ها و اهداف مشارکت فعال داشتند، همگی کاهش اضطراب را تجربه کردند. آموزش فنون مربوط به اصلاح فرایندهای شناختی در کنار افزایش سطح تحمل و توجه به نظام ارزش‌ها و انتخاب رویکرد صحیح درقبال مسئله که در درمان تعهد و پذیرش مدنظر است، توانست طی فرایندی درست بر کاهش و مدیریت اضطراب مادران باردار تأثیر بگذارد. علاوه‌براین، شفاف‌سازی ارزش‌ها و تعهد برای عمل در مسیر این ارزش‌ها، به مادران باردار این فرصت را داد تا به شیوه‌ای عمل کنند که بتوانند اضطراب فردی را بیشتر کاهش دهند (۱۹).

همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت، موقعیت‌های استرس‌زای زندگی از جمله تعارضات زناشویی، مشکلات شغلی، نگرانی درباره دشواری‌های بارداری و رابطه با همسر در تغییرات روانی مادران باردار نقش دارد. اشتغال ذهنی فرد به چنین احساسات و افکاری احتمالاً سطح عملکرد بهینه او را کم می‌کند و احتمال آسیب‌پذیری و ابتلای او به اختلالات رفتاری و هیجانی را افزایش می‌دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌واسطه آموزش شیوه‌های مدیریت و نظارت بر افکار، آگاهی از احساسات و تنظیم‌گری هیجانی به افراد کمک کرد تا به حسی متعالی از خویشتن دست یابند و در مسیر زندگی غنی و ارزشمند قدم بگذارند (۱۸). زنان باردار یاد گرفتند که قدم‌نهادن در مسیر ارزش‌های متعالی، مقداری درد به‌همراه دارد و پذیرش این درد می‌تواند پویایی معناداری را برایشان به ارمغان آورد؛ زیرا با نگرشی باز و گشوده، بدون تلاشی بی‌بهره برای حذف یا کاهش این درد، به سمت ارزش‌های خود حرکت می‌کنند. زنان باردار با تمرکز بر تجارب درونی موفق شدند افکار آزاردهنده خود را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم بوده و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در واقع، مادران باردار توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به‌سادگی تجربه کنند و قادر به جداکردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند (۲۱).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که شیوه نمونه‌گیری در دسترس در پژوهش ممکن است نتایج حاصل از تحلیل آماری را تحت تأثیر قرار داده باشد. پیشنهاد می‌شود مطالعات کنترل‌شده بیشتری درباره میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای سایر متغیرها مانند افسردگی، اضطراب و استرس انجام پذیرد. پیشنهاد می‌شود درباره تأثیر روش‌های شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت جسمی و روانی زنان باردار در کل دوران بارداری تحقیق شود. با توجه به اینکه افسردگی پس از زایمان به‌عنوان

References

- Babanazari L. The study of effectiveness of spiritual intelligence training on psychological well-being, marital satisfaction and pregnancy anxiety of pregnant women in Shiraz. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2017;6(1):51–63. [Persian] <http://jcnm.skums.ac.ir/article-1-353-en.pdf>
- Pearlstein T. Depression during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015;29(5):754–64. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.04.004>

3. Guardino CM, Schetter CD. Understanding pregnancy anxiety: concepts, correlates, and consequences. *Zero to Three*. 2014;34(4):12–21.
4. Vitasari P, Wahab MNA, Herawan T, Sinnadurai SK, Othman A, Awang MG. Assessing of physiological arousal and cognitive anxiety toward academic performance: the application of catastrophe model. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:615–9. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.119>
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
6. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Rezaeian S. Trends of postpartum depression in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Depress Res Treat*. 2013;2013:291029. <https://doi.org/10.1155/2013/291029>
7. Polo-Kantola P, Aukia L, Karlsson H, Karlsson L, Paavonen EJ. Sleep quality during pregnancy: associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(2):198–206. <https://doi.org/10.1111/aogs.13056>
8. Mansell T, Novakovic B, Meyer B, Rzehak P, Vuillermin P, Ponsonby AL, et al. The effects of maternal anxiety during pregnancy on IGF2/H19 methylation in cord blood. *Transl Psychiatry*. 2016;6:e765. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.32>
9. Huizink AC, Delforterie MJ, Scheinin NM, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. Adaption of Pregnancy Anxiety Questionnaire-Revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(1):125–32. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0531-2>
10. Stuart S, Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):61–70. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.004>
11. Salehi F, Pourasghar M, Khalilian A, Shahhosseini Z. Comparison of group cognitive behavioral therapy and interactive lectures in reducing anxiety during pregnancy: A quasi experimental trial. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(43):e5224. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000005224>
12. Jha S, Salve HR, Goswami K, Sagar R, Kant S. Burden of common mental disorders among pregnant women: a systematic review. *Asian J Psychiatr*. 2018;36:46–53. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.06.020>
13. Ahmadi A, Mousavi Sahebol Zamani SS, Fathi Ashtiyani A, Motiee S. Identification and early intervention of reducing postnatal depression and increasing self-esteem and marital satisfaction of Pregnant Women. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2014;9(32):47–56. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_69_874c1192b220ca41e2e07168716b95d5.pdf
14. Shamsabadi N, Khajevand A, Hasanzadeh R. Effect of cognitive-behavioral based stress management on anxiety reduction of pregnant women. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2016;12(3):19–29. [Persian] <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-812-en.pdf>
15. Jalali A, Heydarpour S, Tohidinejad F, Salari N. Cognitive-behavioral counseling and mental health of pregnant women. *Heliyon*. 2020;6(2):e03463. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03463>
16. Hrynyschyn R, Dockweiler C. Effectiveness of smartphone-based cognitive behavioral therapy among patients with major depression: systematic review of health implications. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2021;9(2):e24703. <https://doi.org/10.2196/24703>
17. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(4):751–70. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
18. Levin ME, Haeger JA, Pierce BG, Twohig MP. Web-based acceptance and commitment therapy for mental health problems in college students: a randomized controlled trial. *Behav Modif*. 2017;41(1):141–62. <https://doi.org/10.1177/0145445516659645>
19. Bonacquisti A, Cohen MJ, Schiller CE. Acceptance and commitment therapy for perinatal mood and anxiety disorders: development of an inpatient group intervention. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(5):645–54. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0735-8>
20. Feyzi Z, Moradi A, Khaje Dalouee M, Khadem N. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depression in infertile women who undergoing In Vitro Fertilization (IVF). *Clinical Psychology Studies*. 2017;7(27):1–21. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22054/jcps.2017.7905>
21. Karami A, Omrani R, Danaei N. Comparison of the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depression in premature infants mothers. *Clinical Psychology Studies*. 2018;8(31):139–56. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22054/jcps.2018.8797>
22. Azizi S, Rasool Zade Tabatabaie K, Janbozorgi M. Comparing the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on depression taking into account the level of psycho-spiritual development (case study). *Clinical Psychology Studies*. 2019;9(35):147–72. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22054/jcps.2019.35499.1963>
23. Hancock KM, Swain J, Hainsworth CJ, Dixon AL, Koo S, Munro K. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: outcomes of a randomized controlled trial. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;47(2):296–311. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110822>
24. Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R, Mausbach BT, López J, Fernández-Fernández V, et al. Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family

- caregivers with significant depressive symptoms: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(4):760–72. <https://doi.org/10.1037/ccp0000028>
25. Loughnan SA, Newby JM, Haskelberg H, Mahoney A, Kladnitski N, Smith J, et al. Internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) for perinatal anxiety and depression versus treatment as usual: study protocol for two randomised controlled trials. *Trials*. 2018;19(1):56. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2422-5>
 26. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018;18(1):60–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
 27. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335–43. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
 28. Salehpoor G, Rezaei S, Hosseini-zhad M. Quality of life in multiple sclerosis (MS) and role of fatigue, depression, anxiety, and stress: a bicenter study from north of Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014;19(6):593–9.
 29. 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. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x>
 30. Sperry L. *Treatment of chronic medical conditions: cognitive-behavioral therapy strategies and integrative treatment protocols*. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2009.