

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی حین بارداری زنان

حدیث چراغیان<sup>۱\*</sup>، ناصر حیدری<sup>۲</sup>، سید امیر قدمی<sup>۳</sup>، بنت الهدی زارعی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۱

### خلاصه

**مقدمه:** افسردگی حین بارداری در مراقبت از نوزاد، ارتباط مادر و فرزند، مراقبت از سایر فرزندان و ارتباط با همسر تأثیر دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی حین بارداری انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی و به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان باردار مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی-درمانی ولی‌عصر شهرستان دلفان در ۶ ماهه اول سال ۹۳ و نمونه این پژوهش، ۳۰ نفر بودند که نمره آنان در آزمون افسردگی بک بالاتر از میانگین (۴۰) بوده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. مداخلات درمانی (رویکرد پذیرش و تعهد) روی گروه آزمایش طی ۸ جلسه و هر هفته یک بار انجام پذیرفت. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. جهت آزمون فرضیه‌ها از آزمون کوواریانس در سطح یک درصد استفاده گردید.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد متغیر مستقل بر کاهش افسردگی زنان باردار تأثیر داشته است و میزان این تأثیر ۶۰٪ بود. به عبارت دیگر، درمان پذیرش و تعهد منجر به کاهش افسردگی زنان باردار شده است ( $p < 0.05$ ,  $F=59/50$ ).

**نتیجه‌گیری:** باتوجه به نتایج مطالعه حاضر توصیه می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط متخصصان برای درمان افسردگی حین بارداری استفاده شود.

**واژه‌های کلیدی:** درمان پذیرش و تعهد، افسردگی، بارداری، مادر

۱- کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: cheraghian69@gmail.com، تلفن: ۰۹۳۳۲۶۵۰۷۳۱

۲- کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه بین‌المللی امام رضا، مشهد، ایران

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

## مقدمه

حاملگی و مادر شدن از وقایع لذت‌بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می‌شود که با تغییرات و سازگاری‌های فیزیولوژیکی و انطباق‌های روانشناختی بسیاری همراه بوده و مستلزم توجه ویژه‌ای می‌باشند. علیرغم مسئله فوق، اغلب به ابعاد جسمی و فیزیولوژیکی این دوران بیش از ابعاد روحی و روانی آن توجه می‌شود [۱]. روانشناسان معتقدند دوران بارداری یک دوره بحران‌زای عاطفی است و از نظر اریکسون یکی از دوران‌های بحران در زندگی محسوب می‌شود که باید شیوه‌های جدیدی برای مقابله با آن اتخاذ کرد [۲].

در بررسی‌های پیمایشی جمعیتی، ۱۲/۷٪ زنان افسردگی حین بارداری را گزارش کرده‌اند. قوی‌ترین عامل خطرزا برای افسردگی حین بارداری وجود سابقه خانوادگی افسردگی است. سایر عوامل خطرزا شامل اختلال دو قطبی، بدرفتاری در دوران کودکی، تنها بودن مادر، داشتن بیش از ۳ فرزند، سیگار کشیدن، درآمد پایین، سن زیر ۲۰ سال، ناکافی بودن حمایت اجتماعی و خشونت خانگی است [۳].

طی آخرین بررسی‌ها به نظر می‌رسد زنان در هنگام حاملگی، بیش از دوره پس از زایمان مستعد ابتلا به افسردگی هستند. بنابراین در مقابل وجود آگاهی نسبی درباره تأثیر افسردگی پس از زایمان، مسئله افسردگی حین بارداری نسبتاً مورد غفلت قرار گرفته است [۴]. از درمان‌های افسردگی حین بارداری استفاده از داروهای ضد افسردگی است اما به دلیل اینکه داروها عوارضی از جمله دیابت بارداری، اکلامپسی، مشکلات جفتی، پارگی پیش از موعد پرده‌های جنینی، خونریزی، زایمان القا شده و لزوم انجام سزارین در زنان را دارند استفاده از این داروها توصیه نمی‌شود [۳]. بنابراین درمان‌های روانشناختی ترجیح داده می‌شوند. زیرا مداخلات روانشناختی نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد و از اثرات ناتوان‌کننده افسردگی حین بارداری بر زن باردار و متعاقباً کودک جلوگیری می‌کند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی و فردی به کار گرفته شده و در مقایسه با درمان‌های شناختی برای افسردگی اثربخشی برابری دارند [۵-۶]. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تشخیص به ندرت استفاده می‌شود. در این

نوع درمان، مفهوم‌سازی افسردگی به این صورت است که عواطف مربوط به گذشته مانند مرگ یا از دست دادن چیزی، از عکس‌العمل‌های بهنجار و سازگار برای وقایع استرس‌زای زندگی جلوگیری می‌کند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به محتوای افکار منفی فرد افسرده توجه نمی‌شود، گرایش به رفتار کردن بر طبق محتوای افکار "امتزاج شناختی" نامیده می‌شود که در آن برای حذف دلایل افسردگی تلاش می‌گردد و ممکن است مفید نباشد. در برابر امتزاج شناختی "گسلش" قرار دارد که میانجی پیامدهای افسردگی است و در آن مراجعان یاد می‌گیرند افکارشان را روشن کنند و عملکردشان بر اساس ارزش‌ها باشد [۷].

شواهد تجربی زیادی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف وجود دارد. برای مثال کارایی این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند پسیکوزها [۸]، قطع سیگار کشیدن [۹]، سوء‌مصرف مواد و وابستگی به مواد [۱۰]، وسواس فکری-عملی [۱۱]، زنگ زدن گوش [۱۲]، اضطراب فراگیر [۱۳]، فرسودگی شغلی [۱۴] و درد مزمن [۱۵] مشخص شده است.

در یکی از تحقیقات که در زمینه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد برای قطع سیگار کشیدن اجرا شد، نتایج تحقیق نشان داد درمان پذیرش و تعهد عملی‌تر از درمان شناختی-رفتاری است [۹]. در مطالعه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد روی چهار بیمار با اختلال وسواس فکری-عملی، نتایج درمان نشان داد که مداخلات به طور معنی‌داری باعث کاهش وسواس شده و این نتایج تا سه ماه بعد از درمان پایدار ماند [۱۱]. در تحقیقی دیگر با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر نشانه‌های درد مزمن [۱۵]، با پیگیری ۶ ماهه نشان داد که این درمان مؤثر بوده و گروه درمان به درمان‌های پزشکی کمتری نیاز داشته‌اند. همچنین در نتایج تحقیق، تفاوت معنی‌داری بین سطح استرس، درد و کیفیت زندگی نبود.

افسردگی حین بارداری بر توانایی مراقبت از خود تأثیرگذار است و بر تغذیه، خواب و توجه به توصیه‌های پزشکی لطمه وارد می‌کند. از سویی، جمعیت زیادی از زنانی که در طی بارداری افسرده هستند، دچار افسردگی بعد از زایمان نیز می‌شوند و همچنین بر توانایی زن در رویارویی با تغییرات توأم

گروه در دو نوبت (پیش از مداخله و پس از مداخله) از طریق پرسشنامه افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند.

$$n = \frac{(z_1 - \frac{A}{2} + z_1 - \beta)^2 (s_1^2 + s_2^2)}{\Delta Z}$$

**پرسشنامه افسردگی بک:** این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط Beck, Mendelson, Mock and Erbaugh تدوین شد. در سال ۱۹۹۶، Beck و همکارانش برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، یک تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند. مقایسه بین فرم یک و دو نشان می‌دهد که اولاً مراجعان در پاسخ دادن به فرم دو، یک یا دو نشانه را بیش از فرم اولیه تأیید می‌کنند و ثانیاً آزمودنی‌های سطوح بالاتر افسردگی؛ بیش از افسرده‌های سطوح پایین‌تر، نشانه‌ها یا ماده‌ها را تأیید می‌کنند [۱۶]. پرسشنامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در ۵ تا ۱۰ دقیقه تکمیل می‌شود و درجه‌های مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید؛ تعیین می‌کند. دامنه نمره‌های آن پرسشنامه از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. Beck و همکاران در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روانسنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش Tashakori and Mehryar در سال ۱۳۷۳ اشاره کرد که ضریب پایایی آن را در ایران ۰/۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر اعتبار این پرسشنامه بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است [۱۷]. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

با تولد یک کودک تأثیر می‌گذارد. با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی حین بارداری زنان باردار انجام نشده است؛ بنابراین لزوم درمان افسردگی مادران باردار احساس می‌شود. بر این اساس، این پژوهش با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی حین بارداری زنان مراجعه‌کننده به مرکز درمانی-بهداشتی ولی‌عصر شهرستان دلفان انجام گرفته است.

## مواد و روش‌ها

روش پژوهشی از نوع نیمه‌آزمایشی و به صورت پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام گرفت. جامعه آماری کلیه مادران بارداری بوده که در طول ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۳ برای دریافت خدمات بهداشتی-درمانی به مرکز درمانی-بهداشتی ولی‌عصر شهرستان دلفان مراجعه نموده و پس از پرکردن پرسشنامه افسردگی بک توسط مددجو، تشخیص افسردگی گرفته بودند. این مرکز با استفاده از روش تصادفی و به شیوه قرعه‌کشی انتخاب شد. دیگر ضوابط ورود به پژوهش عبارت بود از: دامنه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال و تحصیلات حداقل دیپلم بود. ابزار پژوهش نیز پرسشنامه افسردگی بک بود. در این پژوهش با در نظر گرفتن برآورد فاصله‌ای  $S^2$ ، SD معادل ۵ در نظر گرفته شد و با آلفای ۰/۰۵ و بتای ۰/۲۰ حجم نمونه ۳۰ نفر محاسبه گردید. با توجه به دو گروهی بودن پژوهش و احتمال ریزش نمونه‌ها ۵ نفر در هر گروه به عنوان ریزش اضافه گردید که نهایتاً ۳۰ نفر به عنوان نمونه مکفی انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری پژوهش تصادفی ساده بود. به گونه‌ای که از میان ۶۵ نفر که تشخیص افسردگی گرفته بودند (نمره بالاتر از ۴۰ داشتند) ۳۰ نفر به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. در گروه آزمایش مداخلات درمانی (رویکرد پذیرش و تعهد) طی هشت هفته و هر هفته یک جلسه (جدول ۱) انجام گرفت. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمودند. هر دو

## جدول ۱- پروتکل مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

جلسات	موضوع جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	مقدمه و دستور جلسه درمان	برقراری رابطه درمانی- بیان قوانین گروه - آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش - توضیح مختصر درمورد اضطراب و علائم آن
جلسه دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی	ارزش‌های بالقوه و مسئله انتخاب- معرفی مفهوم تغییر رفتار- بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل تمرین ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه سوم	ارزش‌ها	تعریف پذیرش - شناسایی ارزش‌ها و بحث در مورد آن- پذیرش وقایع شخصی بدون درگیری با آنها ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه چهارم	شفاف سازی ارزش‌ها و اهداف	شفاف‌سازی ارزش‌ها - تبیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه - توضیح درباره اجتناب و آگاهی از وقایع ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	گسستگی	یکنواخت کردن حرکت- گسستگی از تهدیدهای زبان- آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف- ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه ششم	عمل متعهدانه	مرور زمان- عمل متعهدانه- ذهن آگاهی و تمرین خود مشاهده‌گری (توجه به محتوای افکار ولی نجسبیدن به آن)- ارائه تکلیف
جلسه هفتم	رضایت	تعهد و موانع شکل‌گیری رضایت- ذهن آگاهی در پیاده‌روی و ارائه تکلیف
جلسه هشتم	ختم جلسات و نتیجه‌گیری	شفاف‌سازی ارزش‌ها- نتیجه‌گیری و خداحافظی

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش به ترتیب و  $26/6 \pm 5/54$  و در گروه کنترل و  $27/2 \pm 5/25$  سال بود.

توزیع فراوانی و درصد تحصیلات، سن و وضعیت اشتغال گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ را نشان داده شده است،

## جدول ۲- فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش

متغیر	سطوح	گواه تعداد( درصد)	آزمایش تعداد(درصد)
تحصیلات	دیپلم	۱۰ (۳۳/۳۳)	۱۲ (۴۰)
	لیسانس	۳ (۱۰)	۲ (۶/۶۶)
	فوق لیسانس	۲ (۶/۶۶)	۱ (۳/۳)
سن(سال)	۱۸-۲۴	۶ (۲۰)	۵ (۱۶/۶)
	۲۵-۳۰	۴ (۱۳/۳)	۳ (۱۰)
وضعیت اشتغال	۳۱-۳۵	۵ (۱۶/۶)	۷ (۲۳/۳۳)
	بیکار	۱۱ (۴۲/۳۳)	۱۳ (۴۳/۳۳)
شاغل		۴ (۱۳/۳)	۲ (۶/۶۶)

آزمایش نسبت به پیش‌آزمون، کاهش یافته است. برای آزمون اثربخش بودن درمان پذیرش و تعهد و از بین بردن اثرات پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد. به عبارت دیگر؛ دلیل استفاده از روش کوواریانس برای تجزیه و تحلیل آماری، افزایش توان درونی پژوهش از طریق تعدیل نمره‌های پیش-آزمون بوده است. اما قبل از آن نیاز بود تا مفروضه‌های این

نتایج پژوهش نشان داد میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون گروه آزمایش  $47/80 \pm 4/57$  و گروه گواه  $9/80 \pm 49/63$  بوده. پس از اجرای متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش به  $33/06 \pm 7/00$  تغییر یافت. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون گروه گواه نیز  $46/00 \pm 9/41$  بود. بنابراین پس‌آزمون گروه

آزمون مورد بررسی قرار گیرند. بدین منظور از آزمون کالموگروف اسمیرنف برای آزمون نرمال بودن استفاده شد.

نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنف برای متغیر افسردگی

پیش آزمون		پس آزمون		P
Z	sig	Z	sig	
۰/۷۲	۰/۳۲	۰/۸۱	۰/۱۲	۰/۰۵

$p < 0/05$   $df=30$

با توجه به نتایج آزمون‌های کالموگروف اسمیرنف  $p < 0/05$  در جدول شماره ۳، متغیر افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارای توزیع نرمال می‌باشد؛ بنابراین استفاده از آزمون‌های پارامتریک مانعی ندارد. جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس اثرات درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی حین بارداری را نشان می‌دهد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس اثرات درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی حین بارداری

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	۱۷۹۳/۶۱	۲	۱۷۹۳/۶۱	۷۶/۲۸	۰/۰۱	۰/۴۱۲
افسردگی	۱۳۹۹/۰۳	۱	۱۳۹۹/۰۳	۵۹/۵۰	۰/۰۱	۰/۶۰۳
خطا	۶۳۴/۸۳	۲۷	۲۳/۵۱			

$p < 0/01$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی "آزمایش و کنترل" در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. به این معنی که درمان پذیرش و تعهد در زنان باردار گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر کاهش افسردگی آن‌ها داشته است. میزان این تأثیر بر کاهش افسردگی ۰/۶۰ بوده است، یعنی ۰/۶۰ از کل واریانس یا تفاوت‌های فردی افسردگی مربوط به درمان پذیرش و تعهد بوده است. توان ۱ در معادله آماری (تحلیل کواریانس) موجود هم نشان‌دهنده این است که حجم نمونه انتخابی بسنده بوده است. میزان F نیز ۵۹/۵ بوده است ( $p > 0/01$ ).

بررسی‌های به عمل آمده از طرف پژوهشگران تاکنون، پژوهشی مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی حین بارداری که بتوان آن را با نتایج پژوهش حاضر مقایسه نمود یافت نشد.

مطالعه Bohlmeijer و همکاران [۱۸]، نشان داد این درمان باعث کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود. این کاهش تا پیگیری سه ماه ادامه یافت و بر کاهش فرسودگی و اضطراب نیز مؤثر بود. به علاوه در مطالعه‌ای دیگر [۱۹] نتایج نشان داد این درمان در کاهش افسردگی مؤثر است و نتایج درمان در یک دوره پیگیری ۱۸ ماهه نیز پایدار بود. علاوه بر سلامت عمومی، کیفیت زندگی بیماران نیز بهبود یافت. و Rajabi and Yazdkhasti [۲۰] نیز اثربخشی این درمان را بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس نشان دادند. نتایج این مطالعه نشان داد نمرات افسردگی، اضطراب و اجتناب تجربه‌ای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش یافت و این کاهش در مدت پیگیری یک ماهه تغییر چشمگیری پیدا نکرد. نتایج مطالعه‌ای دیگر تأثیر

## بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد افسردگی گروه آزمایش که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نموده‌اند نسبت به افسردگی گروه گواه به طور معنی‌داری کاهش یافت. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌هایی است که اثربخشی این درمان را بر کاهش نشانه‌های افسردگی یافته‌اند [۲۵-۱۸، ۹-۷] در

توانایی‌های خود می‌باشد. در درمان پذیرش و تعهد مراجعین را به این سمت هدایت می‌کنند تا خود را جدای از افکار و هیجانات خویش ببینند که این باعث اصلاح شناخت‌های منفی می‌شود.

در درمان پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روانی میانجی بهبود مشکلات روانشناختی مانند افسردگی می‌باشد. بیماران افسرده معمولاً به دنبال دلیل آوردن برای افسردگی هستند که این منجر به افزایش نشخوار فکری می‌شود و تجارب خود را مورد انتقاد منفی قرار می‌دهند. در درمان پذیرش و تعهد، از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی، خود مشاهده‌گری و آگاهی از وضع اندام و تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تقویت می‌شود که در این راستا در جهت افزایش پذیرش افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی و بدنی تلاش می‌شود [۷]. بنابراین افراد افکار افسرده‌زای خود را مورد مشاهده قرار می‌دهند و خود را از نشخوارهای فکری که منتج از افسردگی است، جدا می‌سازند. بدین ترتیب، محتوای افکار بدون توجه به جنبه‌های تهدیدکننده و نشخوارهای فکری در زمان حال تجربه می‌شود. به علاوه، مؤلفه پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای فرد این امکان را فراهم می‌آورد تا تجربیات ناخوشایند درونی خویش را بپذیرد و این سبب می‌شود که این تجارب کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و در نتیجه تأثیرشان بر زندگی فرد کاهش یابد.

به نظر می‌رسد مداخلات درمانی ناشی از رویکرد پذیرش و تعهد توانسته است در الگوهای اجتنابی، افزایش پذیرش، روشن‌سازی ارزش‌ها و اهداف، ارتقاء کیفیت زندگی و افزایش انعطاف‌پذیری روانی، تأثیرگذار باشد. در این راستا درمان پذیرش و تعهد به تقویت میزان آگاهی از تجارب درونی، پذیرفتن آنها و عدم قضاوت و واکنش نشان دادن نسبت به تجارب می‌پردازد و به مراجعین کمک می‌کند تا ارزش‌های زندگی خود را بشناسند و بر عکس رفتارهای قبلی خود که اجتناب بوده است، شروع به انجام رفتارهای ارزشمند زندگی خود با وجود افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند کنند و به نظر می‌رسد از این طریق منجر به کاهش افسردگی زنان باردار گردید.

این روش را بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نشان داد. به طوری که اثر آن در زمان پیگیری نیز ثابت ماند [۲۱]. Ashja, Farahbakhsh, Sadrpushan and Sotoudeh [۲۲] نیز اثربخشی این درمان را بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر تهران آزمایش کردند. در این پژوهش جهت آزمودن فرضیه‌ها از روش واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید و نتایج نشان داد که متغیر مستقل بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار تأثیر داشته است. همچنین مطالعات دیگر [۲۳، ۶-۵] نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان‌های شناختی برای افسردگی اثربخشی برابری دارند.

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی حین بارداری چندین احتمال را می‌توان مد نظر قرار داد. از جمله اینکه مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر در الگوهای اجتنابی را مورد هدف قرار می‌دهد و در طول مداخلات، کاهش اجتناب‌های تجربی به عنوان میانجی تغییر در نشانه‌های افسردگی می‌باشد. اجتناب به عنوان تلاش برای فرار از افکار و خاطره‌های افسرده‌کننده تعریف می‌شود که از طریق این درمان به آگاهی فرد افسرده آورده می‌شود.

در این درمان تمرین‌های پذیرش و بحث‌های پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد همگی باعث کاهش افسردگی حین بارداری زنان باردار شد. این درمان به افراد آموزش داد چگونه عقاید اجتنابی خود را رها کنند و به جای تلاش برای کنترل، آنها را بپذیرند. اگر چه اجتناب تجربه‌ای، در کوتاه‌مدت اثری کاهنده در تجارب ناخوشایند دارد ولی در بلندمدت اثرات مخرب زیادی دارد و می‌تواند به عدم انعطاف‌پذیری و نقص کارکردی منجر شود. در این درمان افراد تشویق می‌شوند تا رفتارشان را بر اساس اینکه آیا استراتژی‌هایی که به کار می‌برند موفقیت‌آمیز است؛ ارزیابی کنند. استراتژی‌های موفقیت‌آمیز معمولاً استراتژی‌هایی هستند که به افراد کمک می‌کند بر اساس ارزش‌هایشان عمل کنند.

ایجاد انعطاف‌پذیری از طریق تمرکز بر روی زمینه مرتبط با افکار و احساسات منجر به رفتارهای مطلوب گردیده و همچنین باعث کاهش باورپذیری افراد افسرده می‌شود. به علاوه، یکی از علت‌های افسردگی شناخت‌های منفی نسبت به

بیشتری اثربخشی این درمان در موقعیت‌های زمانی و مکانی دیگر برآورد شود.

### تعارض منافع

پژوهش حاضر از هیچ موسسه یا سازمانی حمایت مالی دریافت ننموده است و تعارض منافع ندارد.

### سهم نویسندگان

حدیث چراغیان: طرح ریزی و اجرای مداخلات  
ناصر حیدری: نظارت بر فرایند مداخلات و طرح ریزی  
سید امیر قدمی: تجزیه و تحلیل آماری  
بنت الهدی زارعی: جمع آوری اطلاعات

### تشکر و قدردانی

از کلیه کارکنان و کارشناسان مرکز بهداشتی-درمانی ولی عصر شهرستان دلفان به جهت همکاری با این پژوهش نهایت تشکر را داریم.

**نتیجه‌گیری:** پژوهش حاضر به اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان باردار پرداخته است. با توجه به نتایج این پژوهش درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی حین بارداری زنان باردار تأثیر داشته است. به عبارتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش افسردگی زنان باردار شده است. این پژوهش مانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی از جمله، محدودیت در روایی بیرونی داشت. جامعه پژوهش حاضر شامل زنان باردار مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی-درمانی ولی عصر شهرستان دلفان بود؛ لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش عدم مقایسه با درمان‌های دیگر و عدم امکان پیگیری درمان در طول دوره مشخص، می‌باشد. در تحقیقات آتی پیشنهاد می‌شود این درمان روی افسردگی و اختلالات دیگر همراه با پیگیری و بر روی گروه‌های دیگر بررسی شود تا با اطمینان

### References

1. Lowdermilk F & Perry S. Maternity&women health care. 8<sup>th</sup>ed. Washington: mosby ; 2004: 33-4.
2. Jannanti Y. Psychiatry in Midwifery. 1<sup>th</sup>ed.Tehran: jame negar; 2005: 134-40. [Persian]
3. Stewart DE. Depression during pregnancy. New England Journal of Medicine 2011;365(17):1605-11.
4. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. Bmj 2001;323(7307):257-60.
5. Zettle RD, Rains JC, Hayes SC. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. Behavior Modification 2011;35(3):265-83.
6. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behavior modification 2007;31(6):772-99.
7. Zettle RD. ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance & commitment therapy in treating depression. 1<sup>th</sup>ed. Oakland CA: New Harbinger Publications; 2007: 215-30.
8. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology 2002;70(5):1129-39.
9. Hernández-López M, Luciano MC, Bricker JB, Roales-Nieto JG, Montesinos F. Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. Psychology of Addictive Behaviors 2009;23(4):723-30.

10. Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML, et al. Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior therapy* 2004;35(4):689-705.
11. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy* 2006;37(1):3-13.
12. Hesser H, Gustafsson T, Lundén C, Henrikson O, Fattahi K, Johnsson E, et al. A randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of tinnitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2012;80(4):649-61.
13. Mojhdehi MR, Etemadi A, falsafinejhad MR. Study of mediators and efficacy Acceptance and Commitment Therapy and in reducing the symptoms of generalized anxiety disorder. *Cultur counseling* 2011; 2(7): 1-31.[Persian]
14. Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of applied psychology* 2003;88(6):1057-67.
15. Dahl J, Wilson KG, Nilsson A. Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior therapy* 2004;35(4):785-801.
16. Groth-Marnat G. *Handbook of psychological assessment*. Translator pashasharifi hasan & Nikkhou mohamadreza. 2<sup>th</sup>ed. Tehran: sokhan; 2007: 1010-20.
17. Azkhosh M. *The use of psychological tests and clinical diagnosis*. 1<sup>th</sup>ed. Tehran: Ravan ;2008:202-17.[Persian]
18. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx T, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy* 2011;49(1):62-7.
19. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice* 2012;19(4):583-94.
20. Rajabi S, Yazdkhasti F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. *Journal of Clinical Psychology* 2014;6(1):29-38.[Persian]
21. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. *Res Behav Sci* 2013; 11(2): 121-8.[Persian]
22. Ashja M, Farahbakhsh K, Sadrpushan N, Sotoudeh Z. Evaluation of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Depression of Housewives in Tehran. *Cultural Educational Women and Family* 2013; 7(19): 167-80.[Persian] <[http:// journals.ihu.ac.ir/index.php/cwfs/article/view/2722%3E](http://journals.ihu.ac.ir/index.php/cwfs/article/view/2722%3E).
23. Lappalainen R, Lehtonen T, Skarp E, Taubert E, Ojanen M, Hayes S. Preliminary controlled effectiveness trial: the impact of CBT and ACT models using psychology trainee. *Behavior Modification* 2007;31:488-511.
24. Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry* 2008;165(10):1272-80.



25. Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *The Behavior Analyst* 2006;29(2):161-85.

## Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Depressed Pregnant Women

Cheraghian H<sup>1</sup>, Heidari N<sup>2</sup>, Ghedami SA<sup>3</sup>, Zarei BH<sup>4</sup>

1. MA in School Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: Cheraghian69@gmail.com, Tell: 09332650731

2. MA in School Counseling, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

3. PhD candidate in counseling, Imam Reza International university, Mashhad, Iran

4. MA in educational psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Received: 22 April 2015

Accepted: 15 March 2016

**Introduction:** Considering the fact that depression during pregnancy has an effect on taking care of the baby as well as the relationship between mother and the child, taking care of other children and the relationship with the spouse, the present study was conducted with the aim of determining the efficacy of the acceptance and commitment therapy on depression during pregnancy.

**Materials and methods:** The design of this study was quasi-empirical, pretest-posttest with control group. The population included the pregnant women referring to the health care center of Vali-e-Asr in the city of Delfan in the first six months of the year 93, and the sample included 30 women whose score in the Beck depression questionnaire were higher than the mean (40) who were assigned to two groups of 15 randomly. Then, the treatment intervention (the acceptance and commitment therapy) was conducted on the experimental group for 8 sessions, one session in a week. The control group received no treatment. To test the hypothesis the covariance method with the significance level of 0.01 was used.

**Results:** The results indicated that the independent variable affects the reduction of depression during pregnancy in women with 60% degree. In other words, the acceptance and commitment therapy resulted in a decrease in the depression of pregnant women ( $F= 59.50$   $p>0/01$ ).

**Conclusion:** Since the acceptance and commitment therapy affects the reduction of depression of the women during pregnancy, it is recommended that this treatment be used by the specialists to treat depression during pregnancy.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, Depression, Pregnancy, Mother

---

### Please cite this article as follows:

Cheraghian H, Heidari N, Ghedami SA, Zarei BH. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Depressed Pregnant Women. *Community Health journal* 2015; 9(2): 56-64.

Funding: This research was conducted with the personal fund.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Ethical approval: The Ethics Committee of Allameh Tabataba'i University approved this study.