

Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Postpartum Depression in Unwanted Pregnancies

Samaneh Shojaeifar¹,
Naeimeh Akbari Torkestani²,
Hamidreza Jamiliyan²

¹ MSc in Counseling in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

² Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

(Received August 11, 2018 ; Accepted April 4, 2019)

Abstract

Background and purpose: Postpartum depression is a health problem and its prevalence is higher in women with unwanted pregnancy. This condition causes many psychological problems. The present study aimed at investigating the effect of counseling based on acceptance and commitment therapy (ACT) on postpartum depression in unwanted pregnancies.

Materials and methods: A clinical trial with pre-test, post-test control group design and two-month follow-up was performed. The participants (n=52) were randomly selected from comprehensive health centers in Arak, Iran with a median depression score and unwanted pregnancy in delayed postpartum period (2-6 months). They were assigned into either a control group (n=26) or an intervention group (n=26). Data were collected using a demographic questionnaire, Beck Depression Inventory, and unwanted pregnancy. Beck Depression Inventory was completed before, immediately, and two months after the intervention by both groups. The intervention group attended eight weekly ACT sessions (90 min). Data were analyzed using descriptive statistics applying Chi-square and Mann-Whitney U tests.

Results: Depression scores in intervention group and control group were 17.3 ± 4.2 and 26.5 ± 3.1 , respectively, immediately after the intervention. Following two months intervention, the depression scores were significantly different between the controls and intervention group (25.61 ± 3.4 vs. 12.4 ± 3.8 , $P < 0.05$).

Conclusion: In contrast to expensive and long-term treatments, ACT could be used as an effective intervention in treatment of postpartum depression.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20180118038424N1)

Keywords: acceptance and commitment therapy, postpartum depression, unwanted pregnancy

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (175): 47-56 (Persian).

* **Corresponding Author: Samaneh Shojaeifar** - Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran (E-mail: tnaimeh@yahoo.com)

تأثیر مشاوره ی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی پس از زایمان در بارداری های ناخواسته

سمانه شجاعی فر^۱نعیمه اکبری ترکستانی^۲حمیدرضا جمیلیان^۳

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی پس از زایمان یک مشکل بهداشتی و شیوع آن در بارداری ناخواسته بیشتر است. مطالعه حاضر با هدف تأثیر مشاوره ی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی پس از زایمان در بارداری های ناخواسته انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر به صورت کارآزمایی بالینی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری دو ماهه با گروه کنترل انجام گرفت. شرکت کنندگان شامل ۵۲ خانم که در بازه ی زمانی ۶-۲ ماه پس از زایمان، به مراکز جامع سلامت شهرستان اراک با نمره ی افسردگی متوسط و بارداری ناخواسته مراجعه داشتند، بوده؛ که به صورت نمونه گیری در دسترس در یکی از دو گروه مداخله (۲۶ نفر) و کنترل (۲۶ نفر) قرار داده شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های دموگرافیک، افسردگی بک و بارداری ناخواسته بود که پرسشنامه ی افسردگی بک قبل، بلافاصله و دو ماه پس از مداخله تکمیل شد. برای گروه مداخله، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان پذیرش و تعهد، هفته ای یکبار برگزار شد. تجزیه و تحلیل داده ها انجام شد.

یافته ها: نمره افسردگی، بلافاصله پس از مداخله در گروه مداخله ($17/3 \pm 4/2$) و کنترل ($26/5 \pm 3/1$)، دو ماه بعد از مداخله در گروه مداخله ($12/4 \pm 3/8$) و کنترل ($25/6 \pm 3/4$) بود و تفاوت معنی داری مشاهده شد ($P < 0/05$).

استنتاج: با توجه به تأثیر مداخله به شیوه ی درمان پذیرش و تعهد و ابعاد روانشناختی آن، استفاده از این مداخله مفید می باشد.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT2018011803424N1

واژه های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، افسردگی پس از زایمان، بارداری ناخواسته

مقدمه

میلیون آن، منجر به سقط می گردد (۱). در ایران شیوع بارداری ناخواسته ۴۴-۳۸ درصد گزارش شده است و در مطالعه دیگری، ۳۵/۸ درصد از بارداری ها، ناخواسته بودند؛ بر اساس آمارهای منتشر شده بارداری ناخواسته بین ۴۰/۷ درصد تا ۵۸/۸ درصد گزارش شده است (۳،۲).

امروزه بارداری ناخواسته به عنوان یکی از شاخص های سلامتی جامعه، مورد استفاده قرار می گیرد زیرا بارداری ناخواسته در بروز سقط های غیرقانونی مؤثر است. هر سال ۱۳۴ میلیون حاملگی در دنیا به وقوع می پیوندد که از این تعداد، ۷۵ میلیون ناخواسته و ۴۵

E-mail: tnaimeh@yahoo.com

مؤلف مسئول: نعیمه اکبری ترکستانی - اراک: دانشکده پرستاری - مامایی، گروه مامایی اراک

۱. کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲. دانشیار بورد اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۵/۲۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۱۰/۱۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۸/۱/۲۰

توسعه‌ی هزاره شناخته و بیشترین اختلالات روانپزشکی زنان در دوران بارداری و پس از زایمان را، افسردگی، استرس و اضطراب می‌داند؛ خصوصاً افسردگی پس از زایمان یکی از شایع‌ترین اختلالات بوده که سالانه ۲۰ درصد از زنان بعد از زایمان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۵). در یک مطالعه‌ی انجام شده در ایتالیا، ۴/۷ درصد مادران، مبتلا به افسردگی پس از زایمان بودند (۱۹).

در یک مطالعه ایرانی، شیوع افسردگی پس از زایمان، ۲۸/۷ درصد گزارش شده است (۲۰). افسردگی با عملکرد روزانه و اجتماعی مادر تداخل داشته و آثار زبان باری بر روابط زناشویی و ارتباط با کودک برجای می‌گذارد، تشخیص و درمان به موقع آن حائز اهمیت است (۲۱). این اختلالی قابل پیشگیری و درمان است. تشخیص و درمان اولیه آن سبب بهبود مادران افسرده گشته و آنان را به زندگی عادی باز می‌گرداند (۲۲). برای این اختلال، درمان‌های مختلفی از جمله درمان دارویی، وجود دارد (۲۳). یکی از روش‌های درمانی مفید، گروه درمانی و انواع روان‌درمانی است (۲۴، ۲۵). در یک مطالعه درمان شناختی- رفتاری (CBT) در اختلالات افسردگی، کاهش افسردگی مشاهده شد (۲۶). یکی از روش‌های روان‌درمانی که در بسیاری مورد استفاده قرار گرفته، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) می‌باشد (۲۷). ACT یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه جدید زبان و شناخت دارد که نظریه چارچوب رابطه ذهنی نامیده می‌شود. فرآیندهای بنیادی در تعهد و پذیرش عبارت‌اند از: پذیرش، ذهن آگاهی، زندگی در لحظه اکنون، گسلش شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه؛ که همه آن‌ها باعث انعطاف‌پذیری روان شناختی می‌شود. هدف این درمان کمک به مراجع برای داشتن یک زندگی غنی، کامل و معنی‌دار در عین پذیرش رنجی که زندگی دارد، می‌باشد و دارای شش فرایند بنیادی است: ۱- گسلش شناختی: یادگرفتن این که نباید به وسیله

بارداری ناخواسته آثار نامطلوبی بر مادر، نوزاد و خانواده گذاشته و سبب اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، زایمان زودرس و کوتاهی در انجام مراقبت‌های دوران بارداری می‌شود (۵، ۴). بارداری ناخواسته استرس و فشار روحی و روانی عدیده‌ای به همراه دارد که جنین را تحت تاثیر قرار داده (۸-۶) و از طرف دیگر، بر رشد روحی و روانی فرزندان اثر نامطلوبی داشته و سبب کم‌وزنی می‌شود (۹، ۱۰). شیوع افسردگی در بارداری ناخواسته بیش‌تر از بارداری خواسته می‌باشد (۱۱). علایم این اختلال می‌تواند در ۲۵ تا ۵۰ درصد مبتلایان، شش ماه یا بیش‌تر ادامه یابد. برای بسیاری از زنان تولد کودک، عاملی برای ابتلا به افسردگی بارداری و پس از زایمان می‌باشد و در صورت ناخواسته بودن بارداری شرایط بدتر می‌شود (۱۲، ۱۳). طبق DSM 5^۱ افسردگی پس از زایمان عبارت است از خلق افسرده، اضطراب مفرط، بی‌خوابی و تغییر وزن که این اختلال عموماً ظرف هشت تا دوازده هفته پس از زایمان شروع شده و علایم به مدت حداقل دو هفته و بیش‌تر به صورت مداوم وجود داشته و بازه دو تا شش ماه پس از زایمان را شامل می‌شود (۱۴، ۱۵). مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان در فعالیت‌های اجتماعی، عملکرد فردی و وظایف خانه‌داری مشکل داشته و در صورت عدم درمان گاه تا دوران یائسگی نیز با این مشکل دست به گریبان خواهند بود (۱۶). وجود افسردگی پس از زایمان باعث اختلال در دلبستگی مادر و نوزاد گشته و سبب تاثیر منفی بر تکامل شناختی نوزاد می‌شود. این اختلال بر دیگر اعضای خانواده خصوصاً همسر اثرات منفی دارد (۱۷). براساس مطالعات انجام شده اغلب همسران زنان افسرده، مبتلا به افسردگی شده و تعارضات زناشویی بارز می‌گردد (۱۸). تا امروز توافق عمومی در مورد علت اصلی بروز افسردگی پس از زایمان مشخص نشده است. در سال‌های اخیر سازمان بهداشت جهانی (WHO) بهبود سلامت روانی مادران را به عنوان بخش اساسی اهداف

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental

افسردگی پس از زایمان در بارداری های ناخواسته را بررسی نماییم.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی با گروه کنترل و با هدف تاثیر مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی پس از زایمان در بارداری های ناخواسته بود و در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان با بارداری های ناخواسته، که به پایگاه های بهداشتی شهرستان اراک در سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند، انجام شد. حجم نمونه با فرمول "حجم نمونه برای دو گروه مستقل" برآورد شد؛ با توجه به فرمول حجم نمونه، با ۱۰ درصد احتمال ریزش و $\alpha = 0/05$ و $\beta = 0/2$ حجم نمونه برای هر گروه ۲۶ نفر برآورد شد که در مجموع، ۵۲ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی بلوکی با جایگشت های تصادفی A و B به دو گروه ۲۶ نفره تقسیم شدند. پس از کسب مجوز از شورای پژوهش و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک و هماهنگی با مرکز بهداشت شهرستان اراک، نمونه ها از بین زنان پس از زایمانی واجد شرایطی که جهت دریافت خدمات به ۱۴ مرکز جامع سلامت موجود و پایگاه های سلامت ضمیمه مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. زنانی که طبق پرسشنامه بک، پرسشنامه حاملگی ناخواسته را تکمیل کرده و بارداری ناخواسته داشتند، برای شرکت در مطالعه رضایت و معیارهای وارد به مطالعه از جمله افسردگی متوسط (نمره ۲۸-۲۰)، سن ۱۸-۴۵ سال، بازه دو تا شش ماه پس از زایمان، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به بیماری های روحی و روانی مانند سایکوز، عدم وجود بیماری های طبی، عدم سابقه ابتلا به افسردگی قبلی را داشتند، وارد مطالعه شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل، عدم حضور در یک جلسه مشاوره و بیشتر، حوادث غیرقابل پیش بینی که سبب تشدید افسردگی می شود مانند سوگ و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بودند. ابزار گردآوری شامل پرسشنامه های

فکرمان کنترل شویم، اما افکار را بدون درگیر شدن با محتوای آن ها به رسمیت بشناسیم.

۲- پذیرش: اجازه دادن به آمد و رفت افکار بدون مبارزه با آن ها.

۳- تماس با لحظه حال: توجه آگاهی و آگاهی از این جا و اکنون.

۴- خود را به عنوان بافتار: یادگیری دستیابی به تداوم آگاهی که تغییر نمی کند ("مشاهده ذهن" یا "مشاهده خود").

۵- ارزش ها: تعریف چیزهایی که برای شخص مهم هستند.

۶- اقدام متعهدانه: تنظیم اهداف بر پایه ارزش ها و تعهد به آن ها، با وجود افکار یا هیجانات مزاحم یا اخلال گر که ممکن است به وجود بیایند (۲۸، ۲۹).

پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری روش های روان درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی به دلیل ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی، می تواند در تلفیق با فنون رفتار درمان شناختی اثربخشی درمان ها را افزایش دهد (۳۰). این درمان اقدام موثری است که به وسیله عمیق ترین ارزش ها هدایت می شود در حالی که فرد آگاه و متعهد است (۳۱). در مطالعه ای پیرامون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سازگاری زناشویی، نتایج مثبت و اثربخشی به دست آمده بود (۳۲).

در مطالعه دیگری که در آن درمان مبتنی بر ذهن آگاهی برای جلوگیری از عود افسردگی پس از زایمان انجام شد، شدت افسردگی کاهش یافته بود (۳۳).

مطالعات مربوط به درمان های مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه اختلالات افسردگی نشان دهنده اثر بخشی قابل توجه این روش می باشد اما تاکنون مطالعه ای در خصوص اثر بخشی این رویکرد در درمان افسردگی پس از زایمان در کشور انجام نشده است؛ بنابراین بر آن شدیم تا تاثیر مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

لازم به ذکر است که هم زمان با تکمیل پرسشنامه‌ها توسط افراد گروه مداخله در جلسه ی اول، بلافاصله پس از مداخله و دو ماه پس از مداخله، به صورت همزمان پرسشنامه‌ها توسط گروه کنترل نیز تکمیل شد. تمام زنان شرکت کننده در طرح، فرم رضایت نامه را تکمیل نموده و با آگاهی کامل در طرح شرکت کردند. در هر مقطع از مطالعه شرکت کنندگان می‌توانستند از شرکت در ادامه طرح انصراف دهند. در اولین جلسه آموزشی با توجه به گروهی بودن و بیان مسائل و مشکلات اعضای گروه اهمیت رازداری به اعضای گروه یادآوری شد و برای افراد توضیح داده شد که در صورت تشدید علائم افسردگی و نیاز به روانپزشک از مطالعه خارج و تحت مداوا قرار خواهند گرفت، که در مطالعه حاضر ریزش نمونه نداشتیم. پس از تکمیل فرم‌ها و اختصاص کد، داده‌ها وارد نرم‌افزار spss24 شدند، برای داده‌های کمی از شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی (میانگین و انحراف معیار) و برای داده‌های کیفی از فراوانی استفاده شد. از آزمون کای دو و من ویتنی یو نیز استفاده شد. میزان خطای نوع اول در این پژوهش ۰/۰۵ درصد در نظر گرفته شده بود.

یافته ها

در مطالعه حاضر از ۵۲ نفر شرکت کننده، (۲۶ نفر در گروه مداخله و ۲۶ نفر در گروه کنترل) مطالعه را به پایان رساندند و ریزش نمونه نداشتیم. بر اساس جدول شماره ۱، طبق آزمون من ویتنی-یو و آزمون مقایسه میانگین‌ها، بین سن در دو گروه، اختلاف معنا دار آماری وجود نداشت ($P > 0/05$).

طبق جدول شماره ۲، فراوانی یکسانی از نظر شغل و میزان تحصیلات در دو گروه وجود داشت ($P > 0/05$). طبق جدول شماره ۳، بین میانگین نمره‌ی افسردگی پس از زایمان قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنادار وجود نداشت ($P > 0/05$) ولی بعد از مداخله میانگین نمره‌ی افسردگی پس از زایمان، بین

دموگرافیک، بارداری ناخواسته (۳۳) و افسردگی بک بود. پرسشنامه افسردگی بک، دارای ۲۱ سوال بوده و درجات مختلف افسردگی خفیف تا شدید را تعیین می‌کند و دامنه‌ی نمرات آن از صفر تا ۶۳ است. به هر سوال بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه پاسخ داده می‌شود. طبقه‌بندی به صورت، نمره‌ی ۰-۱۹ مطرح کننده افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹-۶۳ افسردگی شدید بود. بک و همکارانش با بررسی مطالعاتی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است (۳۴). پرسشنامه بارداری ناخواسته یک پرسشنامه محقق ساخته بوده که مربوط به روش‌های جلوگیری از حاملگی و آگاهی از روش پیشگیری بود. روایی پرسشنامه با مشورت متخصصین در این زمینه بررسی و تایید شده بود. جهت آزمون پایایی پرسشنامه نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب ۸۱ درصد به دست آمد (۳۳). قبل از آغاز جلسات درمان، جلسه هماهنگی و توجیهی برای ۵۶ نفر شرکت کننده در مطالعه، در سالن مرکز بهداشت اراک برگزار و در مورد اهداف مطالعه توسط فرد آموزش دیده شده توضیحاتی داده شد. برای گروه مداخله، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان پذیرش و تعهد هر هفته برگزار شد. در پایان جلسه هشتم پرسشنامه افسردگی بک در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد و دو ماه پس از برگزاری آخرین جلسه، سطح افسردگی مورد سنجش قرار گرفت (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسات	عنوان جلسه و موضوع مورد بحث
اول	معارفه و توضیح در مورد اهداف، برنامه درمانی (درمان پذیرش و تعهد) و اهمیت بودن در زمان حال
دوم	نابودی خلاق راهبرد های کنترلی برای مقابله با افسردگی، راهبرد های کوتاه و بلند مدت
سوم	کنترل به عنوان مشکل نه راه حل
چهارم	راه جدید برای زندگی با افسردگی
پنجم	چندسازی افکار (گسلش)
ششم	مشاهده ی خود (خود به عنوان بافتار)
هفتم	شناسایی ارزش های مهم زندگی و حرکت در جهت آن
هشتم	اقدام متعهدانه و پیشگیری از عود

دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی دار آماری وجود داشت و در گروه مداخله میانگین نمره ی افسردگی پس از مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش یافت ($P < 0/05$). طبق جدول شماره ۴، شدت افسردگی در مقایسه بلافاصله بعد و دو ماه بعد از مداخله تفاوت معنی دار داشت ($P < 0/05$).

جدول شماره ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک مادران دچار افسردگی پس از زایمان بین گروه مداخله و کنترل

عوامل دموگرافیک	گروه	
	مداخله (انحراف معیار \pm میانگین)	کنترل (انحراف معیار \pm میانگین)
سن مادر (سال)	$27/9 \pm 4/7$	$28/5 (\pm 5/6)$
فاصله ی زمانی از آخرین زایمان (ماه پس از زایمان)	$3/8 (\pm 0/7)$	$3/9 (\pm 0/6)$

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی تحصیلات و شغل در گروه های مورد مطالعه

سطح معنی داری	گروه			
	مداخله افسردگی خفیف تعداد (درصد)	کنترل افسردگی خفیف تعداد (درصد)	مداخله افسردگی متوسط درصد (فراوانی)	کنترل افسردگی متوسط درصد (فراوانی)
افسردگی قبل از مداخله	۰/۰	۰/۰	۱۰۰/۲۶	۱۰۰/۲۶
افسردگی بعد از مداخله	۸۰/۸۲۱	۰/۰	۱۰۰/۲۶	۱۰۰/۲۶
افسردگی بعد از دو ماه مداخله	۸۸/۵۲۳	۱۱/۵۳	۸۸/۵۲۳	۸۸/۵۲۳

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین های افسردگی پس از زایمان در گروه های مداخله و کنترل

سطح معنی داری	گروه	
	مداخله نمره افسردگی (انحراف معیار \pm میانگین)	کنترل نمره افسردگی (انحراف معیار \pm میانگین)
قبل از مداخله	$24/3 \pm 4/2$	$26/5 \pm 3/1$
بلافاصله بعد از مداخله	$17/3 \pm 4/2$	$26/5 \pm 3/1$
دو ماه بعد از مداخله	$12/4 \pm 3/8$	$25/61 \pm 3/4$

جدول شماره ۴: مقایسه شدت افسردگی پس از زایمان در گروه های مورد مطالعه (مداخله و کنترل)

سطح معنی داری	گروه	
	مداخله تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)
تحصیلات	دیپلم ۱ (۳/۸)	۱۳ (۵۰)
	لیسانس ۷ (۲۶/۹)	۴ (۱۵/۴)
شغل	خانه دار (نفر) کارمند (نفر)	۲۱ (۸۱) ۵ (۱۹)

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی پس از زایمان در

بارداری های ناخواسته انجام شد. کاهش میانگین نمره ی افسردگی در گروه مداخله بیانگر موثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سیر افسردگی پس از زایمان بود. دو ماه پس از مداخله به منظور ارزیابی پایداری درمان میانگین نمره ی افسردگی پس از زایمان در گروه مداخله و کنترل مورد ارزیابی قرار گرفت که نسبت به میانگین نمره ی افسردگی بلافاصله بعد از مداخله حدود ۵ نمره کاهش داشت و بیان گر پایداری درمان می باشد. در مقایسه ی میانگین نمره ی افسردگی پس از زایمان، در گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله اختلاف معنادار آماری وجود نداشت ولی بعد از مداخله میانگین نمره ی افسردگی پس از زایمان بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی دار داشت.

یافته مطالعه حاضر با مطالعه فیضی و همکاران که بر کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان باردار به وسیله لقاح خارج از رحمی صورت گرفته بود هم راستا بود که، نتایج بیانگر موثر بودن این روش و کاهش میزان افسردگی و اضطراب بوده است (۳۵). عاملی که مطالعه نام برده را از مطالعه حاضر متمایز کرده، تفاوت در انتخاب نمونه ها بود که زنان باردار با بارداری لقاح مصنوعی لحاظ شده و به طور همزمان بر روی اضطراب و افسردگی آنان مداخله صورت گرفت ولی در مطالعه حاضر بر افسردگی پس از زایمان و زنانی که بارداری ناخواسته داشتند مداخله صورت گرفت اما هر دو مطالعه بیانگر موثر بودن درمان پذیرش و تعهد هستند.

در مطالعه کاظمینی و همکاران نیز، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به طور معناداری باعث کاهش افسردگی و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی گشته و این رویکرد درمانی برای مبتلایان به اختلال افسردگی پس از زایمان توصیه شده بود (۳۱).

در مطالعه بختیاری و همکاران پس از پیگیری دو ماهه بر استمرار تمرین ها به بیماران و به نقش تمرین ها در درازمدت برای ماندگاری تأثیر آنها تأکید شده بود و

بیماران به قول خود در این زمینه عمل نموده بودند و این امر باعث استمرار بهبود آن‌ها شده بود که این امر هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر پس از پیگیری دو ماهه درمان بود (۳۶). نتایج حاصل از یک مطالعه نشان داد که جلسات ذهن آگاهی بر فرآیندهای پذیرش، تصور شناختی، آگاهی از لحظه کنونی، شناسایی ارزش‌ها و تنظیم هدف، تمرکز می‌کند و نتیجه مداخلات معنادار به دست آمد (۳۷) که بیانگر موثر بودن این مکانیسم درمانی باشد.

در مطالعه‌ای که توسط شینینگ لیو و همکاران در سال ۲۰۱۶ انجام شد، یز تک متغیره نشان داد که تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای بین افسردگی در بارداری و چهار هفته پس از زایمان در ارتباط با سن مادر، قرارگیری در معرض تشعشعات تلفن همراه در طول بارداری، اختلالات مربوط به فشار خون بالا، جنس جنین، زایمان زودرس، وزن نوزاد و زمان شروع تغذیه با شیر مادر وجود دارد. یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که عوامل بسیاری می‌تواند سبب تشدید افسردگی شده که با استفاده از آموزش و مداخله زود هنگام می‌توان سلامت روانی مادران را ارتقا داد (۳۸) که مطالعه حاضر بر زنان با بارداری ناخواسته صورت گرفت که ناخواسته بودن بارداری عامل زمینه‌سازی برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان می‌باشد (۳۱) و با درمان پذیرش و تعهد میزان افسردگی کاهش یافت.

به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد به صورت گروهی می‌تواند به عنوان روشی غیردارویی، کم هزینه و کم عارضه در کاهش افسردگی تاثیر داشته باشد. در درمان پذیرش و تعهد، تمرین‌های پذیرش، گسلش، توجه آگاهی، لزوم حرکت به سمت خود به عنوان زمینه و بحث‌های پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و عمل متعهدانه همگی باعث کاهش افسردگی پس از زایمان زنان شد. در این درمان به افراد آموزش داده شد که چگونه راه کارهای اجتنابی خود را رها کنند و به جای تلاش برای کنترل، آن را بپذیرند. اگرچه اجتناب تجربه‌ای در کوتاه

مدت موثر می‌باشد ولی در بلند مدت تاثیری ندارد و می‌تواند به عدم انعطاف پذیری و پریشانی و مضطرب شدن بیش تر فرد منجر شود. از آن جایی که زنان با بارداری ناخواسته دارای نشخوارهای فکری زیادی در مورد ناخواسته بودن فرزندشان هستند، با استفاده از پذیرش و گسلش شناختی یاد گرفتند تفکرات منفی را به روش جدیدی تجربه کنند و به آن‌ها کمک شد تا ارزش‌های زندگی خود را بشناسند و بر عکس رفتارهای قبلی خود که به صورت اجتنابی بوده با وجود افکار و احساسات ناخوشایند شروع به حرکت در مسیر ارزش‌هایشان کنند در نتیجه تاثیر افکار بر زندگی شان کاهش پیدا کرد. در طی درمان، تمرین‌های توجه آگاهی و لزوم حرکت به خود به عنوان زمینه با افراد کار شد که رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی و بدون قضاوت تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از افکار و خاطرات ناخوشایند شوند و به آن‌ها کمک شد به جای خود مفهوم‌سازی شده خود مشاهده گر را تقویت کنند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده درمان پذیرش و تعهد با سایر درمان‌های کاهنده‌ی افسردگی در زنان دارای افسردگی پس از زایمان بررسی و مقایسه شود. همچنین درمان پذیرش و تعهد در افسردگی پس از زایمان زوجین به صورت گروهی یا فردی انجام شود. به علت محدودیت زمانی امکان بررسی تاثیر رویکرد درمانی پذیرش و تعهد بر نتیجه افسردگی در بازه زمانی طولانی‌تر و تاثیر آن بر روابط زوجین امکان پذیر نبود. بنابراین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی تاثیر رویکرد فوق بر نتایج روابط زناشویی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پایگاه‌های بهداشتی به بخش روان درمانی و مشاوره مجهز باشد تا مادران در کنار بررسی‌های پزشکی، از مشاوره‌های روانشناسی نیز برخوردار شوند. علاوه بر این برگزاری دوره‌های آموزشی آشنایی با رویکرد درمانی پذیرش و تعهد جهت مسئولین و کارکنان مراکز بهداشتی توصیه می‌شود.

و ثبت کارآزمایی بالینی IRCT20180118038424N1 می‌باشد. پژوهشگران این مطالعه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، مسئولین بهداشتی درمانی و افراد مورد مطالعه که همکاری صمیمانه با طرح داشتند، کمال تشکر و سپاسگزاری را دارند.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از رساله‌ی تحقیقاتی با عنوان "بررسی تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی پس از زایمان در بارداری‌های ناخواسته" با شماره تصویب IR.Arakmu.Rec.1396.175

References

- Mulatu T, Cherie A, Negesa L. Prevalence of Unwanted Pregnancy and Associated Factors among Women in Reproductive Age Groups at Selected Health Facilities in Addis Ababa, Ethiopia. *J Women's Health Care* 2017; 6(392): 2167-0420.
- Mohammadi M, Mohammadi T. Knowledge, attitude and practice of gynecologists and Midwives toward Oral Health in Pregnant Women in Kerman (2016). *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2017; 20(4): 9-18.
- Sarayloo K, Mirzaei Najmabadi K, Ranjbar F, Behboodi Moghadam Z. Prevalence and Risk Factors for Domestic Violence against Pregnant Women. *IJN* 2017; 29 (104): 28-35 (Persian).
- Isgut M, Smith AK, Reimann ES, Kucuk O, Ryan J. The impact of psychological distress during pregnancy on the developing fetus: biological mechanisms and the potential benefits of mindfulness interventions. *J Perinat Med* 2017; 45(9): 99-101.
- Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17(1): 44.
- Brockington I, Butterworth R, Glangeaud-Freudenthal N. An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Arch Womens Ment Health* 2017; 20(1): 113-120.
- Ramlan NF, Sata NSAM, Hassan SN, Bakar NA, Ahmad S, Zulkifli SZ, et al. Time dependent effect of chronic embryonic exposure to ethanol on zebrafish: Morphology, biochemical and anxiety alterations. *Behav Brain Res* 2017; 12(3): 1057-1095.
- McCurdy AP, Boulé NG, Sivak A, Davenport MH. Effects of exercise on mild-to-moderate depressive symptoms in the postpartum period: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2017; 129(6): 1087-1097.
- Challacombe F, Salkovskis P, Woolgar M, Wilkinson E, Read J, Acheson R. A pilot randomized controlled trial of time-intensive cognitive-behaviour therapy for postpartum obsessive-compulsive disorder: effects on maternal symptoms, mother-infant interactions and attachment. *Psychol Med* 2017; 47(8): 1478-1488.
- Strobino DM, Ahmed S, Mistry K, Wasserman E, Hossain MB, Minkovitz C. Maternal Depressive Symptoms and Attained Size Among Children in the First 2 Years of Life. *Acad Pediatr* 2016; 16(1): 75-81.
- Gauthreaux C, Negron J, Castellanos D, Ward-Peterson M, Castro G, de la Vega PR, et al. The association between pregnancy

- intendedness and experiencing symptoms of postpartum depression among new mothers in the United States, 2009 to 2011: A secondary analysis of PRAMS data. *Medicine* 2017; 96(6): e5851.
12. Leahy-Warren P, McCarthy G. Postnatal depression: prevalence, mothers' perspectives, and treatments. *Arch Psychiatr Nurs* 2007; 21(2):91-100.
 13. Cooper PJ, De Pascalis L, Woolgar M, Romaniuk H, Murray L. Attempting to prevent postnatal depression by targeting the mother–infant relationship: a randomised controlled trial. *Prim Health Care Res Dev* 2015; 16(4): 383-397.
 14. Suri R, Stowe Z, Cohen L, Newport D, Burt V, Aquino-Elias A, et al. Prospective Longitudinal Study of Predictors of Postpartum-Onset Depression in Women With a History of Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry* 2017; 75(1): 13-41.
 15. Kaplan-Solms K. *Clinical studies in neuro-psychoanalysis*. 2th ed. United Kingdom: Routledge; 2018.
 16. Georgakis MK, Thomopoulos TP, Diamantaras A-A, Kalogirou EI, Skalkidou A, Daskalopoulou SS, et al. Association of age at menopause and duration of reproductive period with depression after menopause: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016; 73(2): 139-149.
 17. Pinto RJ, Correia-Santos P, Levendosky A, Jongenelen I. Psychological Distress and Posttraumatic Stress Symptoms: The Role of Maternal Satisfaction, Parenting Stress, and Social Support Among Mothers and Children Exposed to Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence* 2016; 88-199.
 18. Krysiak R, Droszol-Cop A, Skrzypulec-Plinta V, Okopień B. Sexual Functioning and Depressive Symptoms in Women with Diabetes and Prediabetes Receiving Metformin Therapy: A Pilot Study. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2017; 125(01): 42-48.
 19. Clavenna A, Seletti E, Cartabia M, Didoni A, Fortinguerra F, Sciascia T, et al. Postnatal depression screening in a paediatric primary care setting in Italy. *BMC Psychiatry* 2017; 17(1): 42.
 20. Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. The connections of pregnancy-, delivery-, and infant-related risk factors and negative life events on postpartum depression and their role in first and recurrent depression. *Depress Res Treat* 2016; 18(1): 43.
 21. Gibbs A, Carpenter B, Crankshaw T, Hannass-Hancock J, Smit J, Tomlinson M, et al. Prevalence and factors associated with recent intimate partner violence and relationships between disability and depression in postpartum women in one clinic in eThekweni Municipality, South Africa. *PLoS One* 2017; 12(7): e0181236.
 22. Marshe V, Maciukiewicz M, Rej S, Tiwari AK, Sibille E, Blumberger DM, et al. 232-Genome-Wide Association Study of Venlafaxine Treatment Remission in Late-Life Depression. *Biol Psychiatry* 2017; 81(10): S95-S96.
 23. O'mahen H, Richards D, Woodford J, Wilkinson E, McGinley J, Taylor RS, et al. Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychol Med* 2014; 44(8): 1675-1689.
 24. Leahy-Warren P, McCarthy G. Postnatal depression: prevalence, mothers' perspectives, and treatments. *Arch Psychiatr Nurs* 2007; 21(2): 91-100.
 25. Cristea IA, Stefan S, Karyotaki E, David D, Hollon SD, Cuijpers P. The effects of cognitive

- behavioral therapy are not systematically falling: A revision of Johnsen and Friborg. *Psychol Bull* 2017; 143(3): 326-340.
26. Bina R, Barak A, Posmontier B, Glasser S, Cinamon T. Social workers' perceptions of barriers to interpersonal therapy implementation for treating postpartum depression in a primary care setting in Israel. *Health Soc Care Community* 2018; 26(1): e75-e84.
27. Whiting DL, Deane FP, Simpson GK, McLeod HJ, Ciarrochi J. Cognitive and psychological flexibility after a traumatic brain injury and the implications for treatment in acceptance-based therapies: A conceptual review. *Neuropsychol Rehabil* 2017; 27(2): 263-299.
28. Gaudiano BA, Davis CH, Epstein-Lubow G, Johnson JE, Mueser KT, Miller IW, editors. *Acceptance and Commitment Therapy for Inpatients with Psychosis (the REACH Study): Protocol for Treatment Development and Pilot Testing*. *Healthcare* 2017; 5(2): E23.
29. Pielech M, Vowles KE, Wicksell R. *Acceptance and Commitment Therapy for Pediatric Chronic Pain: Theory and Application*. *Children* 2017; 4(2): 10-11.
30. Scott W, Daly A, Yu L, McCracken LM. Treatment of chronic pain for adults 65 and over: Analyses of outcomes and changes in psychological flexibility following interdisciplinary acceptance and commitment therapy (ACT). *Pain Med* 2017; 18(2): 252-264.
31. Kazemeyni M, Bakhtiari M, Nouri M. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on postpartum depression and psychological flexibility. *Journal Clinical Nursing and Midwifery* 2018; 6(4): 20-31 (Persian).
32. Tabrizi F, Nameghi AN. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and anger reduction among mothers with deaf children in Tehran. *Aud Vest Res* 2017; 26(3): 151-156 (Persian).
33. Ganjouei TA, Karim Zadeh Z, Faramarzi Gohar A, Hosseini-Zijoud SS, Hosseini-Zijoud SM. Unwanted pregnancy and related causes in pregnant women in Kerman, 2013. *Pajouhan Scientific Journal* 2015; 13(4): 19-26.
34. Wilson N, Wynter K, Fisher J, Bei B. Related but different: distinguishing postpartum depression and fatigue among women seeking help for unsettled infant behaviours. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 309.
35. Ghavami H, Ahmadi F, Meamarian R, Entezami H. Effects of applying continuous care model on fasting blood glucose & HgbA1c levels in diabetic patients. *Koomesh* 2005; 6(3): 179-186 (Persian).
36. Bakhtiari A, Abedi A. Effectiveness of group therapy based on meta-cognitive model of discrete mindfulness Postpartum depression. *Journal of Applied Psychology* 2012; 2(22): 9-24 (Persian).
37. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther* 2013; 44(2): 180-198.
38. Liu S, Yan Y, Gao X, Xiang S, Sha T, Zeng G, et al. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17(1): 133.