

Based on Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Self-Esteem and Body Image Concerns, After the First Birth, Women in Kashan City

Bahareh Rasooli Ali Abadi¹, Mehrdad Kalantari^{2*}

1. MSc in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran
2. PhD in Clinical Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Article Info

Received: 2017/06/16
Accepted: 2017/08/29
Published Online 2018/03/16

DOI: 10.30699/sjnmf.26.2.103

Original Article

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, self-esteem and body image concerns, after the first delivery in women in Kashan.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pre-test and the post-test and a control group. For this purpose from all women who gave birth for the first time in city of Kashan, 87 patients were screened in 2016 using convenience sampling. Of them, 30 were selected, and randomly placed in two groups: experimental and control. To do the pre-test and the post-test and collect information Edinburgh Postnatal Depression Scale, Self Esteem Inventory and body image concern inventory questionnaires were used. The treatment plan of acceptance and commitment was conducted during 1 month with 8 sessions of 90 minutes and after the implementation of the post-test data was analyzed using analysis of covariance with repeated measures.

Results: The present study shows that there is a significant difference between the subjects of the experimental and control groups in terms of one of the dependent variables (depression, self-esteem and physical deformity) ($F=19.19, P<0.01$). The results showed that there is a significant difference between the experimental group and the control group in terms of depression ($F=95.85, P<0.0001$), self-esteem ($F=91.65, P<0.0001$), and physical deformity ($F=117.04, P<0.0001$).

Conclusion: According to the results obtained we can conclude that acceptance and commitment therapy can reduce depression and concerns about body image and increase self-esteem of women after the first delivery.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Postpartum Depression, Self-Esteem, Body Image Concerns

Corresponding Information

Mehrdad Kalantari, PhD in Clinical Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran
E-mail: kalantari_m@yahoo.com , Tel: 09360242218

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Rasooli Ali Abadi B, Kalantari M. Based on Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Self-Esteem and Body Image Concerns, After the First Birth, Women in Kashan City. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (2): 103- 112

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، عزت‌نفس و نگرانی تصویر بدنی، بعد از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان

بهاره رسولی علی آبادی^۱، مهرداد کلانتری^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

۲. دکترای روانشناسی بالینی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، عزت‌نفس و نگرانی تصویر بدنی، بعد از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان است.</p> <p>روش کار: روش پژوهش نیمه‌تجربی و از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. به این منظور از بین کلیه زنان بعد از اولین زایمان شهرستان کاشان در سال ۱۳۹۵ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۸۷ نفر غربالگری شدند. از بین آنها تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه افسردگی ادینبرگ، پرسش‌نامه عزت‌نفس کوپر اسمیت و پرسش‌نامه نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون استفاده شد. سپس برنامه درمانی پذیرش و تعهد به مدت ۱ ماه طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و پس از اجرای پس‌آزمون، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد.</p> <p>یافته‌ها: پژوهش حاضر بیانگر آن است که بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و شاهد حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی، عزت‌نفس و بدشکلی بدنی) تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F=19/195$ و $P<0/01$). نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و گروه شاهد از لحاظ افسردگی ($F=95/85$ و $P=0/0001$)، عزت‌نفس ($F=91/65$ و $P=0/0001$) و بدشکلی بدنی ($F=117/04$ و $P=0/0001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد.</p> <p>نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که روش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و نگرانی تصویر بدنی و افزایش عزت‌نفس زنان بعد از اولین زایمان مؤثر است.</p> <p>کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی پس از زایمان، عزت‌نفس، نگرانی تصویر بدنی</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۳/۲۶</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۷</p> <p>انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۱۲/۲۵</p> <p>نویسنده مسئول:</p> <p>مهرداد کلانتری</p> <p>دکترای روانشناسی بالینی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران</p> <p>تلفن: ۰۹۳۶۰۲۴۲۲۱۸</p> <p>پست الکترونیک: kalantari_m@yahoo.com</p>

مقدمه

شده است. تا ۵ سال بعد از بهبودی، احتمال افسردگی در این بیماران دو برابر جمعیت عادی است. از طرفی این بیماری باعث ایجاد تأثیرات منفی بر دیگر اعضای خانواده به‌خصوص همسر شده و در کل باعث کاهش کیفیت زندگی زنان و خانواده می‌شود [۶]. شیوع آن در زنان دو برابر مردان گزارش می‌شود که علت این شیوع بالاتر را می‌توان به وجود عوامل مختلف از جمله تغییر هورمونی مرتبط با چرخه باروری و فشارهای مختلف عصبی از بارداری و زایمان نسبت داد [۷].

به نظر می‌رسد یکی از متغیرهایی که می‌تواند بر افسردگی بعد از زایمان مؤثر باشد، عزت‌نفس اعتماد به ظرفیت فرد برای کسب ارزش‌ها است [۸]. این سازه شخصیتی یک مفهوم ذهنی و پایدار از تأیید خود واقعی است و دیدگاه و ارزش فرد را در اغلب سطوح بنیادی تجربه‌گری روان‌شناختی بیان می‌کند [۹]. از نظر Osborn [۱۰] عزت‌نفس عموماً یک مؤلفه ارزیابی‌کننده از خودپنداره و معرف گستره خود است که شامل جنبه‌های شناختی، رفتاری و عاطفی است [۱۱] که عبارت است از درجه تصویب، تأیید و ارزشی که شخص نسبت به خود احساس می‌کند و یا قضاوتی که فرد نسبت به ارزش خود دارد [۱۲]. از تفاوت خود ادراک شده یا خودپنداره

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی است که در طبقه‌بندی اختلالات خلقی قرار می‌گیرد [۱]. هر انسانی در مقاطع متفاوتی از سن خود ممکن است افسردگی را تجربه کند. این بیماری می‌تواند سلامت جسمانی، احساسات، رفتار و سلامت روحی انسان‌ها را تحت‌الشعاع قرار دهد [۲]. این بیماری نوعی اختلال تناوبی در عملکرد هیجانی است که به‌صورت خلق افسرده و نداشتن احساس لذت، خود را نشان می‌دهد [۳]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی افسردگی در صدر ۱۰ علل مهم ناتوانی و ازکارافتادگی در جهان است و می‌تواند با کاستن توانایی فرد از پیشرفت و اعتلای وی در انجام وظایفی که بر عهده او گذاشته شده جلوگیری کند [۴]. از نظر سازمان جهانی بهداشت، افسردگی چهارمین مشکل مبرم بهداشتی در جهان محسوب می‌شود [۵]. یکی از انواع افسردگی‌های شایع، افسردگی پس از زایمان است. افسردگی یکی از مشکلات اصلی بهداشتی به‌شمار می‌رود که عوارض سویی بر مادر، نوزاد و خانواده به‌جای می‌گذارد [۳]. این بیماری با اختلال در نزدیکی مادر و نوزاد تأثیر منفی بر تکامل نوزاد دارد و باعث ایجاد مشکلات رفتاری، اجتماعی و احساسی در نوزادان می‌شود. در بعضی موارد در صورت شدید بودن این اختلال کشتن نوزاد به‌دست مادر افسرده گزارش

برای سالم بودن باید از آنها خلاص شد که این باعث منازعه ما با این افکار و احساسات می‌شود. منازعه‌ای که معمولاً نتیجه خوبی ندارد. هدف نهایی، تغییر این افکار و احساسات رنج‌آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه‌های آسیب‌زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی هستند، به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسانی طبیعی که بخش‌هایی از یک زندگی غنی و معنادارند، است [۲۲].

با توجه به مواردی که گفته شد به نظر می‌رسد زایمان با ویژگی‌ها و مشکلات روان‌شناختی خاصی همراه است که باید به این مشکلات توجه شود و با به‌کارگیری روش‌ها و فنون درمانی به بهبود وضعیت روحی و روانی زنان پس از زایمان پرداخته شود. حال مسئله این پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، عزت‌نفس و نگرانی تصویر بدنی بعد از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان مؤثر است؟

روش کار

با توجه به موضوع پژوهش، پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی است. طرح نیمه‌تجربی استفاده‌شده در این پژوهش، طرح دو گروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. متغیر مستقل در این طرح پژوهشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متغیرهای وابسته افسردگی پس از زایمان، عزت‌نفس و بدشکلی بدن بودند. هر دو گروه دو بار سنجش را به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در طول پژوهش پشت سر گذاشته‌اند.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان بعد از اولین زایمان در شش ماه دوم سال ۹۴ در شهرستان کاشان بودند. از بین افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اطفال شهرستان کاشان تعداد ۸۷ نفر که ملاک ورود به پژوهش را داشتند غربال شدند. از بین آنها تعداد ۳۰ نفر از افرادی که نمرات حد نصاب را داشتند وارد پژوهش شدند. نمونه آماری این پژوهش دربرگیرنده ۳۰ نفر از زنان بعد از اولین زایمان بود که به دو گروه ۱۵ نفری کنترل و آزمایش تقسیم شدند. حجم نمونه با توجه به اندازه اثر و واریانس به‌دست‌آمده از آزمون پایلوت و توان ۰/۸ و با استفاده از نرم‌افزار G-Power محاسبه شد. شرکت‌کنندگان با استفاده از نمره کسب‌شده در پرسش‌نامه‌های افسردگی ادینبرگ (EPDS)، عزت‌نفس کوپر اسمیت (SEI) و بدشکلی بدنی (BICI) غربالگری شدند و با استفاده از روش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایشی و کنترل قرار گرفتند.

قابل ذکر است که با توجه به ریزش افراد شرکت‌کننده در جلسات درمان، طبق شرایط خروج تعداد گروه‌های کنترل و آزمایش هرکدام به ۱۳ نفر تقلیل یافتند. جمع‌آوری نمونه و انجام مطالعه پس از تصویب طرح انجام شد. برای این کار مراحل زیر انجام گرفت: معیارهای ورود به این طرح پژوهشی عبارت بودند از: رضایت کامل شخصی و مشارکت در پژوهش تا پایان دوره و اولین زایمان زنان؛ زنان سابقه سقط‌جنین قبل از این بارداری را نداشته باشند؛ نوزادان این مادران از

(یک نظر عینی از خود) و خود ایده‌آل (آنچه شخص با ارزش می‌داند) نشأت می‌گیرد به‌طوری‌که فاصله کم میان این دو منجر به عزت‌نفس بالا و فاصله زیاد بین آنها منجر به عزت‌نفس پایین می‌شود [۱۳]. یک منبع شخصی مهم است و همبستگی قوی با عملکردهای روانی دارد [۱۴].

نگرانی تصویر بدنی یا اختلال بدشکلی بدن (Body Dysmorphic Disorder) که در گذشته بدشکلی‌هراسی نامیده می‌شد، عبارت از اشتغال ذهنی با نوعی کاستی در ظاهر فرد است. این کاستی یا خیالی است یا چنانچه نابهنجاری بدنی جزئی وجود داشته باشد، دلواپسی بیمار درباره آن افراطی و رنج‌آور است [۱۵]. این اختلال با اشتغال ذهنی نسبت به یک نقص خیالی در ظاهر شخص بروز می‌کند که موجب ناراحتی قابل‌ملاحظه و تخریب در زمینه‌های مهمی از کارکرد می‌شود [۱۶]. در این اختلال اگر یک نابهنجاری جسمی جزئی وجود داشته باشد، نگرانی شخص درباره آن مفرط و مزاحم است [۱۷]. اساس این اختلال، باور یا ترس قوی بیمار از نداشتن ظاهر جذاب است [۱۸]. اختلال بدشکلی بدن علت‌های مختلف روان‌شناختی و زیستی دارد که هنوز از لحاظ سبب‌شناسی جنبه‌های مبهم زیادی دارد [۱۹]. نگرانی شدید نسبت به ارزیابی منفی از سوی دیگران منجر به نارضایتی شدید از تصویر بدنی شده، تداوم این نارضایتی نیز منجر به افسردگی و پایین آمدن عزت‌نفس می‌شود [۲۰].

حاملگی دوران خاصی است که طی مدت‌زمان کوتاهی (حدود ۴۰ هفته) بدن فرد دچار تغییرات زیادی می‌شود؛ بنابراین می‌تواند دوران مناسبی برای بررسی تصور از بدن و عوامل مؤثر بر آن باشد. به‌علاوه طی دوران بارداری احتمال وجود افسردگی که می‌تواند بر اعتمادبه‌نفس فرد و بالطبع رضایت از بدن مؤثر باشد، وجود دارد. به‌طورکلی حاملگی به‌دلیل تغییرات هورمونی و تغییر شکل بدن منجر به اختلال در تصور از بدن و اعتمادبه‌نفس می‌شود و از سویی خود نیز تمایل به افسردگی را افزایش می‌دهد [۱۹]. درمان افسردگی شامل روان‌درمانی و دارو است ولی همه زنان به درمان دارویی جواب ن داده و بالا بودن هزینه درمان، اثرات جانبی داروهای ضدافسردگی و تأثیر بعضی از این داروها در شیر مادر از مسائل بسیار مهم به‌شمار می‌آید. حدود یک درصد از مادران نیاز به بستری در بیمارستان دارند [۱۷].

رویکرد پذیرش و تعهد به مداخلات روان‌شناختی است که نه براساس فنون مشخص بلکه براساس فرایندهای نظری معین تعریف می‌شود. براساس مفاهیم نظری، پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی براساس روان‌شناسی رفتاری مدرن است که نظریه چهارچوب ارتباطی را شامل می‌شود و در آن فرایندهای توجه، آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار به‌کار می‌رود تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی حاصل شود [۲۱]. رویکرد پذیرش و تعهد، هدف تغییر رابطه مراجع با افکار و احساساتش است به نحوی که دیگر آنها را نشانه نبیند. تا زمانی که ما فکر یا احساسی را به‌عنوان نشانه برچسب بزنیم، این تلویح را دارد که بد، نادرست، منفی و آسیب‌زا است و

[۲۶]. بررسی‌ها در ایران و خارج از ایران بیانگر آن است که این آزمون از اعتبار و روایی قابل‌قبولی برخوردار است. ضریب همسانی درونی ۰/۸۶ تا ۰/۰۹ آزمون عزت‌نفس کوپر اسمیت و ضریب بازآزمایی بعد از ۵ هفته ۰/۸۸ و بعد از یک سال ۰/۰۷ گزارش کرده‌اند [۲۷]. ضرایب اعتبار این آزمون با روش بازآزمایی برای دختران و پسران به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش شده است [۲۸]. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در این پژوهش ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه نگرانی از تصویر بدنی: این پرسش‌نامه حاوی ۱۹ آیتم است که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره ظاهرش می‌پردازد. برای نمره‌گذاری پرسش‌نامه، صفر در مقابل پاسخ خیر و یک در مقابل پاسخ بلی داده می‌شود. این ابزار دو عامل دارد که عامل اول نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، واریسی کردن و مخفی کردن نقایص ادراک‌شده را در برمی‌گیرد. عامل دوم میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد نشان می‌دهد [۲۹]. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را برای کل سؤال‌ها، عامل اول و عامل دوم به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۷۶ گزارش کردند. خصوصیات روان‌سنجی این ابزار در جامعه ایران نیز رضایت‌بخش گزارش شده است [۳۰]. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در این پژوهش ۰/۸۵ به دست آمد.

تمام اطلاعات کسب‌شده در این مطالعه محرمانه بوده و به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بی‌نام است. جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش در ۸ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه و به صورت دو بار در هفته در کلینیک سامان و پیمان برگزار شد. گروه کنترل پس از اجرای پیش‌آزمون در انتظار درمان بعد از پایان دوره مداخله قرار گرفتند و در این دوره هیچ درمانی روی آنها انجام نشد.

سرفصل‌های جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود افسردگی پس از زایمان، عزت‌نفس و نگرانی تصویر بدنی طی ۸ جلسه به شرح جدول (۱) است.

نظر جسمی و ذهنی سالم باشند؛ سواد مادران باید حداقل در سطح دیپلم باشد. این طرح زنان با هر دو نوع زایمان طبیعی و سزارین را شامل می‌شود. حضور غیرمستمر افراد در جلسات (حداقل ۳ جلسه) موجب حذف مادر از فرایند پژوهش شده و جزو معیارهای خروج در پژوهش حاضر محسوب می‌شد. در جلسه توجیهی تعهد کتبی مبنی بر همکاری مادر با طرح پژوهشی اخذ شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با ایشان به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به‌صورت گروهی بررسی می‌شود و هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامه کار انصراف دهند. نتیجه درمان، کمکی در راستای بهبود مشکلات روان‌شناختی روزمره در زندگی آنها خواهد بود.

پرسش‌نامه افسردگی ادینبرگ: این پرسش‌نامه برای سنجش افسردگی پس از زایمان (۱۰ آیتمی) بوده که نمره این مقیاس، بین صفر تا ۳۰ است و کسب نمره ۱۲ و بیشتر، به‌عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود. هرچه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان افسردگی بالاتر فرد خواهد بود و بالعکس. روایی مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ و با روش باز آزمایی، ۰/۸ تعیین شد [۲۳]. در این مطالعه به روش آزمون مجدد ضریب همبستگی ۰/۸۱ برای پایایی تعیین شد [۲۴]. نمره پایین‌تر، نشان‌دهنده وضعیت بهتر فرد و نمره بالای ۱۲، وجود احتمالی اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. پذیرش آن از سوی مادران ۱۰۰ درصد گزارش شده است. پایایی پرسش‌نامه ادینبرگ با روش سنجش ثبات درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲ تأیید و پایایی سایر فرم‌های مصاحبه از طریق آزمون مجدد، ۰/۹۰ به دست آمد [۲۵]. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در این پژوهش ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه عزت‌نفس کوپر اسمیت: این پرسش‌نامه شامل ۵۸ ماده است که احساسات، عقاید یا واکنش‌های فرد را توصیف می‌کند. حداکثر نمره کل عزت‌نفس مساوی ۵۰ است

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	موضوع و برنامه‌های درمانی
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با هم، بیان قوانین گروه، خوشامدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر؛ بیان افراد احساسات قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آنها در گروه الزامی است از جمله: به‌موقع آمدن، غیبت نکردن (وقت‌شناسی) و انجام تکالیف و...؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ بیان کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن، مقدمه‌ای بر درماندگی خلاق و استفاده از استعاره و دادن تکلیف
جلسه دوم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، ادامه درماندگی خلاق، استفاده از استعاره و دادن تکلیف
جلسه سوم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، بیان کنترل به‌عنوان مسئله، استفاده از استعاره و دادن تکلیف
جلسه چهارم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، معرفی احساسات پاک و ناپاک، معرفی تمایل/پذیرش و تمایل جایگزینی برای کنترل و تعهد رفتاری، استفاده از استعاره و دادن تکلیف
جلسه پنجم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکالیف تمایل و ناراحتی پاک و ناپاک و تعهد رفتاری، معرفی خود به‌عنوان زمینه، استفاده از استعاره و دادن تکلیف
جلسه ششم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، گسلس و تمرین تعهد رفتاری، استفاده از استعاره و دادن تکالیف
جلسه هفتم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، معرفی ارزش‌ها، دادن ارزش‌ها، افزایش تمرکز بر تعهد رفتاری، استفاده از استعاره و دادن تکلیف
جلسه هشتم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، بررسی تکالیف‌ها، بحث و نتیجه‌گیری و پس‌آزمون از طریق پرسش‌نامه‌های افسردگی ادینبرگ (EPDS)، عزت‌نفس کوپر اسمیت (SEI) و پدشکل بدنی (BICI)

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی مشخصات فردی شرکت‌کنندگان

متغیرهای جمعیت‌شناختی		فراوانی	
تعداد	درصد		
سن (سال)			
۱۴	۴۶/۶	>۳۰	
۱۶	۵۴/۴	۳۰-۴۰	
وضعیت تأهل			
۲۸	۹۳/۳	متأهل	
۲	۷/۷	مطلقه	
میزان تحصیلات			
۱۳	۴۳/۳	دیپلم	
۱۷	۵۶/۷	فوق دیپلم	
نوع زایمان			
۲۱	۷۰	طبیعی	
۹	۳۰	سزارین	

در سطح توصیفی از شاخص‌های انحراف‌معیار، گرایش مرکزی و پراکندگی برای نشان دادن وضعیت متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش استفاده شده است. در سطح استنباطی نیز از آزمون‌های بررسی پیش‌فرض‌ها (کولموگروف - اسمیرنوف و آزمون لوین توزیع طبیعی نمرات) و تحلیل واریانس تک‌متغیره (analysis of variance) و چندمتغیره (multivariate analysis of variance) و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی (Statistical Package for Social Sciences) نسخه ۲۲ انجام شده است.

یافته‌ها

میانگین (انحراف استاندارد) در گروه شاهد ۳۲/۱۴ (۳/۶۵) و در گروه آزمایش ۳۳/۸۰ (۴/۰۱) بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که اکثریت افراد در دامنه سنی ۳۰ - ۴۰ سال، متأهل، با تحصیلات فوق دیپلم و از نوع زایمان طبیعی بودند (جدول ۲).

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی افسردگی در آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و شاهد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد
افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۸۴	۱/۹۵	۱۱	۱۸	۱۳
		شاهد	۱۵/۲۳	۲/۶۱	۱۱	۲۰	۱۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۹/۵۳	۲/۱۴	۶	۱۳	۱۳
		شاهد	۱۵/۲۳	۲/۰۰	۱۲	۱۸	۱۳
عزت‌نفس	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱	۲/۴۸	۷	۱۵	۱۳
		شاهد	۱۰/۶۹	۲/۵۲	۷	۱۴	۱۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۴۶	۳/۵۰	۹	۲۲	۱۳
		شاهد	۱۰/۸۴	۲/۳۳	۷	۱۵	۱۳
بدشکلی بدنی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۰/۶۹	۴/۲۳	۳۴	۴۷	۱۳
		شاهد	۴۱/۳۸	۴/۳۳	۴۸	۳۵	۱۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۴/۰۷	۴/۴۶	۲۸	۴۳	۱۳
		شاهد	۴۱/۴۶	۳/۹۹	۳۶	۴۶	۱۳

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) مقایسه نمرات پس‌آزمون متغیرهای افسردگی، عزت‌نفس و بدشکلی بدنی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و شاهد با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	F	سطح معنی‌داری P	مجذور اتا
آزمون اثر پیلابی	۰/۷۲۴	۳	۲۲	۱۹/۱۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۴
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۷۶	۳	۲۲	۱۹/۱۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۴
آزمون اثر هتلینگ	۲/۶۱	۳	۲۲	۱۹/۱۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۴
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۶۱	۳	۲۲	۱۹/۱۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۴

با کنترل پیش‌آزمون، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و شاهد حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی، عزت‌نفس و بدشکلی بدنی) تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F=19/195$ و $P<0/01$) بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۷۲ است؛ یعنی ۷۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (جدول

نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف درباره پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه تأیید شد. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد فرض صفر برابری واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون نیز برای کلیه متغیرهای تحقیق غیرمعنی‌دار بود. به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون در تمام متغیرها پذیرفته شد.

۴). $F=91/65$ و $P=0/0001$ و بدشکلی بدنی ($F=117/04$) و با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه شاهد از لحاظ افسردگی ($F=95/85$ و $P=0/0001$)، عزت‌نفس

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه (انکوا) مقایسه نمرات پس‌آزمون افسردگی گروه‌های آزمایش و شاهد با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری P	توان آماری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱۰۳/۲۳۱	۱	۱۰۳/۲۳۱	۹۵/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰	۰/۸۰۶
گروه	۶۰/۱۵۹	۱	۶۰/۱۵۹	۵۵/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵	۰/۷۰۸
خطا	۲۴/۷۶	۲۳	۱/۰۷				
پیش‌آزمون	۵۴۸/۸۸	۱	۵۴۸/۸۸	۹۱/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۲	۰/۷۹۹
گروه	۹۴۶/۱۱۲	۱	۹۴۶/۱۱۲	۱۵۷/۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۵	۰/۸۷۳
خطا	۱۳۷/۷۳۳	۲۳	۵/۹۸۸				
پیش‌آزمون	۸۰۷/۶۰۵	۱	۸۰۷/۶۰۵	۱۱۷/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۰	۰/۸۳۶
گروه	۱۰۵۲/۹۷۷	۱	۱۰۵۲/۹۷۷	۱۵۲/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۵	۰/۸۶۹
خطا	۱۵۸/۷۰۲	۲۳	۶/۹۰				

آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است (جدول ۵).

بحث

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی بعد از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان تأثیر داشته است. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل در بهبود افسردگی پس از زایمان اثربخش بوده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های [۱۲-۱۵] همخوانی دارد که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود افسردگی پس از زایمان مؤثر بوده است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت چون پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند و بنابراین آموزش به مادران بعد از اولین زایمان که از مشکلات روحی و روانی ناشی از آن در رنج هستند باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث می‌شود تا ارزش‌های زندگی خود را بشناسند و برعکس رفتارهای قبلی خود که انزوا بوده است و با وجود افکار و احساسات ناخوشایند، شروع به انجام رفتارهای ارزشمند در زندگی خود کنند و در نتیجه افسردگی آنها بهبود یابد. از طرفی دیگر در درمان پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روانی، میانجی بهبود مشکلات روان‌شناختی مثل افسردگی است. بیماران افسرده معمولاً به‌دنبال دلیل آوردن برای افسردگی هستند که این منجر به افزایش نشخوار فکری می‌شود و دربارهٔ تجارب خود به انتقاد منفی می‌پردازند. بنا به نظر Zettle و همکاران [۲۱] در درمان پذیرش و تعهد از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی، خودمشاهده‌گری و آگاهی از وضع اندام و تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تقویت می‌شود که در این راستا برای افزایش پذیرش، افکار، باورها احساسات و دریافت‌های حسی

و بدنی تلاش می‌شود. بنابراین افراد افکار افسرده‌زای خود را مشاهده می‌کنند 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. به‌علاوه، مؤلفهٔ پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای فرد این امکان را فراهم می‌آورد تا تجربیات ناخوشایند درونی خویش را بپذیرد. در نتیجه تأثیرشان بر زندگی فرد کاهش یابد. به نظر می‌رسد درمان مداخلات ناشی از رویکرد پذیرش و تعهد، توانسته است در الگوهای اجتنابی، افزایش پذیرش، روشن‌سازی ارزش‌ها و اهداف، ارتقای 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 قضاوت نکردن و واکنش نشان دادن نسبت به تجارب می‌پردازد و به مراجعین کمک می‌کند تا ارزش‌های زندگی خود را بشناسند و برعکس رفتارهای قبلی خود که مبتنی بر اجتناب بوده است، شروع به انجام رفتارهای ارزشمند زندگی خود با وجود افکار، احساسات و حس‌های ناخوشایند بدنی کنند. به نظر می‌رسد این روش منجر به کاهش افسردگی زنان بعد از اولین زایمان شد.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس بعد از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان مؤثر بوده است. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل در افزایش عزت‌نفس اثربخش بوده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های Pearson و همکاران [۲۰]، Zettle و همکاران [۲۱] همخوانی دارد که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عزت‌نفس مؤثر بوده است.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که علت کاهش علائم اختلال، در محتوای برنامه‌های این رویکرد است که فرد تجارب و ادراکات ذهنی را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا

حاصل از پژوهش Manlick و همکاران [۱۹] و Pearson و همکاران [۲۰] همخوانی دارد که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نگرانی تصویر بدنی مؤثر بوده است.

در خصوص تبیین این فرضیه می‌توان گفت افراد دچار اختلال نگرانی تصویر بدنی، افکار پریشان‌کننده‌ای دارند. این افراد از موقعیت‌ها یا فعالیت‌های برانگیزاننده این افکار و احساسات گریزان هستند. سرخوردگی ناشی از کنترل نکردن این افکار و احساسات پریشان‌کننده اثرات ناخواسته جدیدی ایجاد می‌کند و فرد را به‌طور فزاینده از چیزهایی که برایش اهمیت دارند از قبیل کار، دوستان و خانواده دور می‌کند. کسی که به‌خاطر نگرانی از تصویر بدنی و آمیختگی با افکاری چون "من زشتم" یا "کسی مرا دوست ندارد" زیاد آرایش می‌کند و یا در خانه می‌ماند، شاید در کوتاه‌مدت آرامش داشته باشد اما مداوم درگیر چنین افکاری است که "من زشتم" یا "کسی مرا دوست ندارد". همین موضوع در بلندمدت باعث تشدید نارضایتی وی از بدنش می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افکار نتیجه یک ذهن طبیعی هستند و باورها حاصل آمیختگی شناختی. آنچه افکار را تبدیل به باور می‌کند آغشته شدن فرد به محتوای افکار است. وقتی فرد طبق یک فکر مربوط به نارضایتی بدن عمل می‌کند یعنی با محتوای آن آمیخته‌شده و حاصل این آمیختگی باورهای مربوط به نگرانی تصویر بدنی هستند. فن‌های مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تأکید زیادی دارند. وقتی آمیختگی شناختی کاهش یابد یعنی محتوای افکار فرد گسلیده شده است. تمرینات گسلس شناختی به مراجعان می‌آموزد که افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطره را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند. هیچ‌یک از رویدادهای درونی وقتی تجربه می‌شوند ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب‌زا نیستند. آسیب‌زا بودن آنها از آنجا ناشی می‌شود که تجارب آنها باید حذف و کنترل شوند. Hayes و همکاران [۱۷] درمانگر از طریق فرایند گسلس شناختی به مراجع می‌آموزد که رویدادهای درون را همان‌گونه که هستند ببیند، نه آن‌طور که خود آن رویدادها می‌گویند و این باعث می‌شود پذیرش بهتر صورت گیرد. بنا بر نظر Hayes [۱۶] دلیل موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که این رویکرد به‌جای تمرکز به شکل یا فراوانی نشانه‌ها که ویژگی‌های یک اختلال هستند، بر فرایندهای کارکردی متمرکز است که در پس بسیاری از تظاهرات رفتاری مختل وجود دارد. در رویکرد پذیرش و تعهد با استفاده از استعاره، برای رها شدن از محتوای لفظی زبان و برقراری ارتباط بیشتر با جریان مداوم تجربه، در زمان حال استفاده می‌کند. در این درمان به‌جای تغییر شناخت‌ها و چالش با آنها، سعی می‌شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. بنابراین پذیرش و تعهد درمانی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می‌شود. در حقیقت استفاده از فن‌های گسلس و پذیرش، میزان آزارندگی این موقعیت‌ها را برای آزمودنی‌ها کاهش می‌دهد. اگرچه در این درمان فراوانی

بیرونی به‌منظور حذف آنها به‌طور کامل می‌پذیرد و در نتیجه بر آگاهی روانی وی افزوده می‌شود تا به عادی کردن الگوهای غلط تفکر تمرکز داشته باشد. این نوع پذیرش و تعهد در فرد، منجر به برنامه‌ریزی و خاتمه دادن به چرخه‌های تفکر غلط از خود می‌شود و به بیمار آموزش داده می‌شود که افکار اشتباه درباره خود کم‌بینی را نظم دهد. همچنین هدف عنصر شناختی این درمان، به‌نوعی می‌تواند شامل تغییر شناخت‌ها و رفتارهایی باشد که چرخه تفکر غلط را آغاز کرده یا به آنها تداوم می‌بخشد. این کار از طریق پذیرش افکار ناکارآمد همراه با توقف افکار انجام می‌شود. بنا بر نظر Hayes و همکاران [۱۶] می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شیوه‌های شناختی برای بهبود تحریفات فکری و باورهای مربوط به تفکر غلط، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها نسبت به خود فرد استفاده می‌شود. بدین‌صورت که با اجازه دادن به آمدورفت افکار و ادراکات مربوط به خود کم‌بینی، بدون اینکه با آنها مبارزه شود، به فرد آموخته می‌شود که خود را از تجارب ذهنی مربوط به وضعیت جسمی خود جدا سازد، (جداسازی شناختی) به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند و این به فرد کمک می‌کند تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و در نهایت، انگیزه‌هایی برای عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی در فرد ایجاد می‌شود. به‌طوری‌که فرد دچار خود کم‌بینی، به ارزش‌های شناسایی‌شده در طول درمان از جمله وضعیت جسمی خود، آگاهی روانی پیدا کرده و از طریق کاهش نشخوارگری، افزایش میزان پذیرش، کاهش گسلس هیجانی می‌تواند بر بهبود عزت‌نفس خود تأثیر بگذارد. بنابراین پذیرش و تعهد درمانی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب افزایش عزت‌نفس شده و متعاقب آن باعث ایجاد تفکر مثبت در افراد می‌شود.

مداخلات درمانی ناشی از رویکرد پذیرش و تعهد توانسته است به فرد یاد می‌دهد بین انتخاب و قضاوت‌های مستدل تمایز قائل شود و ارزش‌ها را انتخاب کند. گسلس، پذیرش ارزش‌ها و عمل متعهدانه به مراجع کمک می‌کند تا بتواند مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و به بینش درستی از خود واقعی برسد. کار روی ارزش‌ها انگیزه مراجع برای مشارکت در درمان را افزایش می‌دهد. بخش مهمی از کار در رسیدن به بینش درستی از خود واقع پذیرش است. به این صورت که انگیزه‌ای برای پذیرش فراهم می‌کنند. پذیرش می‌تواند کار دشواری باشد. تشریح ارزش‌ها این کار سخت و دشوار را تسهیل می‌کند و به نظر می‌رسد که از این طریق منجر به افزایش عزت‌نفس زنان بعد از اولین زایمان می‌شود.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی تصویر بدنی پس از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان مؤثر بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل در کاهش نگرانی تصویر بدنی اثربخش بوده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراکز بهداشتی از دیگر پیشنهادات این پژوهش است. مدیران و مسئولان می‌توانند با استفاده از فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرایطی را برای بهبود و افزایش سلامت روان مادران زایمان کرده فراهم آورند تا این مادران با ارتقای سطح سلامت روان به تحکیم بنیان خانواده و بهبود روابط و تربیت سالم و مؤثر کودکان خود بپردازند. از سوی دیگر با آموزش و کاربرد فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مادران می‌توان سلامت خانواده و جامعه را ارتقا بخشید. همچنین توصیه می‌شود که این پژوهش بر سایر افراد و حیطه‌های دیگر روان‌شناختی انجام و نتایج آن ارزیابی شود. این پژوهش را می‌توان با روش‌های دیگر درمانی و در جامعه آماری گسترده‌تر نیز اجرا کرد. پیشنهاد می‌کنیم که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت آموزش فردی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز انجام شود. بهتر است پژوهشگران آتی از این برنامه مداخله در بهبود و ارتقای دیگر جنبه‌های روان‌شناختی و روحی افراد به لحاظ اهمیت بسیار زیاد این ابعاد در زندگی فرد، استفاده کنند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان می‌دهد روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای نمونه مادران بعد از اولین زایمان به‌عنوان جامعه آسیب‌پذیر خاص قابل اجرا است. دوم اینکه مداخلات درمانی پژوهش در ارتقای سلامت روانی مادران آثار قابل بررسی دارد. از طرف دیگر برنامه‌های مداخلات درمانی پذیرش و تعهد، در کاهش افسردگی پس از زایمان و نگرانی تصویر بدنی و افزایش عزت‌نفس مادران مؤثر بوده است. در ارتباط با تأثیر مداخلات روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای نمونه مادران با اولین زایمان بر افسردگی، عزت‌نفس و نگرانی تصویر بدنی به این نکته اشاره دارد که تفاوت نمره افسردگی پس از زایمان، نگرانی تصویر بدنی و عزت‌نفس افراد گروه آزمایشی در مقایسه با گروه شاهد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار باقی‌مانده است.

سپاسگزاری

از تمامی شرکتکنندگان در پژوهش حاضر کمال تشکر و قدردانی می‌شود. مقاله حاضر برگرفته از پایاننامه کارشناسی - ارشد نویسنده اول به شماره ثبت ۲۳/۰۰-REBB-F-KHU و به حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان است.

تعارض در منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

و محتوای فکر و سواسی مربوط به بدن به‌طور مستقیم هدف قرار داده نمی‌شود اما کاهش اضطراب در نتیجه استفاده از فن‌های گسلش و پذیرش، منجر به کاهش افکار و اعمال و سواسی مربوط به نگرانی تصویر بدنی بدن شد. این روش درمانی باعث شد تا فرد به درک واقع‌بینانه از خود دست یابد و بتواند بر الگوهای فکری تکراری، شناخت‌های منفی، دست‌کم گرفتن خود، تعقیب اهداف ناهمخوان با ارزش‌ها غلبه کند و به نظر می‌رسد که از این طریق منجر به کاهش نگرانی تصویر بدنی زنان بعد از اولین زایمان می‌شود.

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی داشته است که بیان آنها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادهای پژوهش را تصریح کرده و پژوهشگران بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روانی و بیرونی طرح‌های پژوهشی یاری دهد. محدودیت‌های اساسی پژوهش حاضر به قرار زیر است: محدود بودن نتایج پژوهش به مادران بعد از اولین زایمان در شهرستان کاشان. این پژوهش به دلیل آموزش و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مادران بعد از اولین زایمان در شهرستان کاشان پیشینه زیادی ندارد؛ بنابراین امکان مقایسه کامل و جامع نتایج و زیرمقیاس‌های این پژوهش با نتایج دیگر وجود نداشت. این پژوهش فقط روی جمعیت مادران بعد از اولین زایمان در شهرستان کاشان انجام شده و در تعمیم نتایج به دیگر جنسیت‌ها، مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی بعد از اولین زایمان زنان پیشنهاد می‌شود، مراکز زنان و زایمان جلسات آموزشی و درمانی در این خصوص ترتیب دهند تا مادران با شرایط بهتری بتوانند روند تربیتی و آموزشی و مراقبتی خود را آغاز کنند. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس بعد از اولین زایمان زنان پیشنهاد می‌شود مراکز زنان و زایمان جلسات آموزشی و درمانی در این خصوص ترتیب دهند تا مادران با شرایط بهتری بتوانند روند تربیتی و آموزشی و مراقبتی خود را آغاز کنند.

با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی تصویر بدنی بعد از اولین زایمان زنان پیشنهاد می‌شود مراکز زنان و زایمان جلسات آموزشی و درمانی در این خصوص ترتیب دهند تا مادران با شرایط بهتری بتوانند روند تربیتی و آموزشی و مراقبتی خود را آغاز کنند. همچنین توصیه می‌شود از رویکرد درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌منظور افزایش سلامت روان و رضایت از زندگی زنان بعد از زایمان استفاده شود. گنجاندن آموزش و کاربرد فنون

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
2. Gilbert P. Depression: The evolution of powerlessness. New York: Taylor & Francis; 2016.
3. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014;44(10):2029-40. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535> PMID:24168753
4. Torkan H, Blackwell SE, Holmes EA, Kalantari M, Neshat-Doost HT, Maroufi M, et al. Positive imagery cognitive bias modification in treatment-seeking patients with major depression in Iran: A pilot study. *Cognit Ther Res*. 2014;38(2):132-45. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9598-8> PMID:24634554 PMID:PMC3951961
5. Ahmadiashar A, Ghoreishi A, Ardakani SA, Khoshnevisasl P, Faghihzadeh S, Nickmehr P. The High Prevalence of Depression Among Adolescents With Asthma in Iran. *Psychosom Med*. 2016;78(1):113-4. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000286> PMID:26705070
6. Momeni M, Ghorban K, Dadmanesh M, Khodadadi H, Bidaki R, Kazemi Arababadi M, Kennedy D. ASC provides a potential link between depression and inflammatory disorders: A clinical study of depressed Iranian medical students. *Nord J Psychiatry*. 2016;70(4):280-4. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1100328> PMID:26750863
7. Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevari SB. Association between maternal anaemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in Iran. *J Health Popul Nutr*. 2013;31(3):398-402. <https://doi.org/10.3329/jhpn.v31i3.16832> PMID:24288954 PMID:PMC3805890
8. Perales M, Cordero Y, Vargas M, Lucia A, Barakat R. Exercise and depression in overweight and obese pregnant women: a randomised controlled trial. *Arch Med Deporte*. 2015;32(3):70-7.
9. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx TA, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2011;49(1):62-7. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.003> PMID:21074752
10. Cash TF, Fleming EC. The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *Int J Eat Disord*. 2002;31(4):455-60. <https://doi.org/10.1002/eat.10033> PMID:11948650
11. Orth U, Robins RW. The development of self-esteem. *Curr Dir Psychol Sci*. 2014;23(5):381-7. <https://doi.org/10.1177/0963721414547414>
12. Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behav Modif*. 2007;31(5):543-68. <https://doi.org/10.1177/0145445507302037> PMID:17699117
13. Forman EM, Butryn ML, Hoffman KL, Herbert JD. An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(2):223-35. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.09.005>
14. 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. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.002>
15. Forman EM, Butryn ML, Hoffman KL, Herbert JD. An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral practice*. 2009;16(2):223-35. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.09.005>
16. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006> PMID:16300724
17. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press; 2011.
18. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Berlin: Springer Science & Business Media; 2004. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7>
19. Manlick CF, Cochran SV, Koon J. Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *J Contemp Psychother*. 2013;43(2):115-22. <https://doi.org/10.1007/s10879-012-9223-7>
20. Pearson AN, Follette VM, Hayes SC. A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012;19(1):181-97. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.03.001>
21. 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. *Behav Modif*. 2011;35(3):265-83. <https://doi.org/10.1177/0145445511398344>

- PMID:21362745
22. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther.* 2004;35(4):639-65. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3) PMID:27993338
 23. Bergink V, Kooistra L, Lambregtse-van den Berg MP, Wijnen H, Bunevicius R, van Baar A, Pop V. Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *J Psychosom Res.* 2011;70(4):385-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.07.008> PMID:21414460
 24. Matthey S, Henshaw C, Elliott S, Barnett B. Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale—implications for clinical and research practice. *Arch Womens Ment Health.* 2006;9(6):309-15. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0152-x> PMID:17013761
 25. Bunevicius A, Kusminskas L, Pop VJ, Pedersen CA, Bunevicius R. Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2009;30(4):238-43. <https://doi.org/10.3109/01674820903230708> PMID:19845492
 26. Myers JE, Willse JT, Villalba JA. Promoting self-esteem in adolescents: the influence of wellness factors. *J Couns Dev.* 2011;89(1):28-36. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00058.x>
 27. Hills PR, Francis LJ, Jennings P. The school short-form Coopersmith self-esteem inventory: Revised and improved. *Can J Sch Psychol.* 2011;26(1):62-71. <https://doi.org/10.1177/0829573510397127>
 28. Ünal S. Evaluating the effect of self-awareness and communication techniques on nurses' assertiveness and self-esteem. *Contemp Nurse.* 2012;43(1):90-8. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.43.1.90> PMID:23343237
 29. Littleton HL, Axsom D, Pury CL. Development of the body image concern inventory. *Behav Res Ther.* 2005;43(2):229-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006> PMID:15629752
 30. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bull.* 2008;134(3):460. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.460> PMID:18444705