

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب و افسردگی مادران نوزاد نارس

ابوالفضل کرمی^۱، رقیه عمرانی^۲، نوید دانایی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۱۷

تاریخ وصول: ۹۷/۰۱/۲۴

چکیده

اضطراب و افسردگی پس از زایمان شرایط زیان باری است که نه تنها مادران بلکه نوزاد آنان را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در کاهش مشکلات مذکور در مادران در معرض خطر اجرا شده است. پژوهش حاضر کار آزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل بود. پس از ارزیابی ۷۵ مادر که نوزادشان در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری بودند، ۴۵ مادر که میزان اضطراب و افسردگی آن‌ها بالاتر از نقطه برش بوده و شرایط لازم را داشتند شناسایی و سپس به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری، دو گروه مداخله و یک گروه کنترل اختصاص یافتند. برای گروه مداخله اول، درمان CBT و گروه مداخله دوم، درمان ACT در ۸ جلسه اجرا شد و گروه کنترل، مراقبت معمول را دریافت کردند. جهت تعیین تأثیر برنامه مداخله‌ها، با استفاده از آزمون اضطراب زانک و آزمون افسردگی ادینبورگ، پیش‌آزمون و پس‌آزمون برگزار شد. نمرات گروه‌های مداخله در مقایسه با گروه کنترل در مقیاس اضطراب و افسردگی در پس‌آزمون تغییرات معنی‌دار داشت. افسردگی و اضطراب پس از مداخلات، کاهش یافت و اندازه این کاهش در گروه ACT بیشتر بود. با توجه به نتایج، درمان ACT در کاهش اضطراب و افسردگی مادران تأثیر بیشتری نسبت به درمان CBT دارد و استفاده از رویکرد ACT و لزوم همکاری پرستاران و پزشکان با روانشناسان برای انجام مداخلات ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: ACT، CBT، اضطراب، افسردگی، مادران نوزاد نارس

۱. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد سمنان (نویسنده مسؤل) abolfazlkarami1@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد سمنان omrani.r@semums.ac.ir

۳. دانشیار پزشکی، فوق تخصص کودکان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان

مقدمه

حدود ۹/۶۱٪ یا ۱۲/۹ میلیون تولد در سراسر جهان به صورت تولد نارس است (وودیلا^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، جزء بخش‌هایی است که بستری شدن نوزاد در آن با نگرانی و اضطراب هر چه بیشتر والدین به خصوص مادر همراه است (بوآرد^۲ و همکاران، ۲۰۱۳).

مادران نوزادان نارس، مکرراً رنج روحی و روانی زیادی طی بستری شدن نوزادشان در بخش مراقبت ویژه به علت عدم درگیر بودن و مشارکت در مراقبت‌های نوزاد تحمل می‌کنند و به تبع آن احساس بی‌کفایتی، اضطراب، افسردگی و تغییر در نقش والدی را تجربه می‌نمایند (جانسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). بسیاری از زنان پس از زایمان دچار مشکلات خلقی می‌شوند. از جمله این مسائل، گرفتگی خلق پس از زایمان است که شیوع آن ۲۶ تا ۸۴ درصد برآورد شده است (اوهارا^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). یکی دیگر از مشکلات مادران، افسردگی پس از زایمان است که شیوع آن ۱۰ تا ۱۵ درصد گزارش شده (بک^۵ و همکاران، ۲۰۱۲) و در یکی از یافته‌های فراتحلیل در ایران میزان شیوع را تا ۲۵٪ گزارش کرده‌اند (ویسانی و همکاران، ۱۳۹۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند ۷۷٪ مادران علائم واضح ترومای روانی را حتی تا یک ماه بعد و ۴۹٪ علائم را تا یک سال بعد از تولد نوزاد نارس نشان داده‌اند. در صورت مزمن شدن علائم و صدمه دیدگی، روی کیفیت زندگی و شیردهی تأثیر می‌گذارد و متعاقباً ضربه روانی، افسردگی نیز ایجاد می‌شود (جوتزو^۶ و همکاران، ۲۰۱۱). از جمله علائم این شرایط: بی‌قراری، انرژی پایین، خشم، کاهش علاقه و سطح فعالیت و احساس غمگینی است (گرین^۷ و همکاران، ۲۰۱۰).

امروزه شناسایی و ارائه برنامه مداخله زود هنگام برای پیشگیری و کاهش این شرایط به یکی از اولویت‌های خدمات بهداشتی در جهان تبدیل شده است (میشینا^۸ و همکاران، ۲۰۰۹). افسردگی و اضطراب منجر به تجربه احساس تنهایی و از دست دادن حمایت اجتماعی در

1. Wojdyla, D
2. Board
3. Johnson, S
4. O'Hara MW
5. Beck, CT
6. Jotzo, M
7. Green, K.
8. Mishina, H

فرد می‌شود و توانایی مادر را برای مدیریت هیجان‌هایش با مشکل مواجه می‌کند، در نتیجه زندگی روزمره را برای وی و اطرافیان دشوار می‌سازد (کلرمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). عزت نفس کاهش می‌یابد و افکار منفی، برقراری ارتباط و تعامل با نوزاد را مشکل می‌سازد و این‌گونه رفتارها می‌تواند منجر به بروز واکنش‌های منفی از سوی دیگران در ارتباط با مادر مضطرب و افسرده شود (پوترباف^۲ و همکاران، ۲۰۱۶).

حتی زمانی که این اختلال شناسایی می‌شود، این افراد برنامه مداخله‌ای لازم را دریافت نمی‌کنند فقدان انرژی و ترس از برجسب، مانعی در راه استفاده از درمان ایجاد می‌کند (پوستمونتیئر^۳، ۲۰۱۳). جمع‌بندی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که برنامه‌ها و اقدام‌های درمانی محدودی جهت پیشگیری و کاهش مشکل‌های خلقی و اضطرابی پس از زایمان طراحی و ارائه شده است (هوآرد^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد تجربی در این زمینه نشان می‌دهد که بیماران در زمان بارداری و شیردهی، درمان‌های روان‌شناختی را بر درمان‌های دارویی ترجیح می‌دهند (اریکسون^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). یافته‌های تجربی نشان می‌دهد رفتاردرمانی شناختی CBT^۶ به‌عنوان یک روش مبتنی بر شواهد تجربی برای کاهش افسردگی پس از زایمان (ام‌گین^۷ و همکاران، ۲۰۰۸) و به‌عنوان یکی از موفق‌ترین رویکردهای درمانی در کوتاه‌مدت هم به لحاظ پیشگیری و هم به لحاظ نقش کاهش‌دهنده علائم افسردگی و اضطراب در نظر گرفته می‌شود (استورات^۸ و کلووا^۹، ۲۰۱۴). در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^{۱۰} در رابطه با اضطراب و افسردگی پس از زایمان پژوهشی یافت نشد ولی در رابطه با اثربخشی درمان ACT بر درمان بیماران مبتلا به دردهای مزمن، بررسی روی ۱۷۱ بیمار نشان داد که پس از اجرای طرح درمانی، در شاخص‌هایی از قبیل میزان تجربه درد، افسردگی، اضطراب، ناتوانایی، معلولیت، وضعیت شغلی و عملکرد فیزیکی، بهبودی معناداری در بیماران نسبت به قبل از اجرای درمان ایجاد شد. قابل ذکر است که نتایج

1. Klerman, G. L
2. Puterbaugh, D. T
3. Posmontier, B
4. Howard, L. M
5. Ericksen, J
6. Cognitiv Behavioral Therapy
7. McGinn, L. K
8. Stuart, S.,
9. Koleva, H
10. Acceptance Commitment Therapy

فوق در یک دوره سه ماهه پیگیری نیز تداوم داشته است (وولز و ام کریکن، ۲۰۱۰). با توجه به آنچه گفته شد پژوهش حاضر به دنبال مقایسه اثربخشی درمان CBT و ACT روی کاهش اضطراب و افسردگی مادران نوزاد نارس بود.

روش

در پژوهش حاضر، از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد.

جدول ۱. طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل

			مرحله گروه
پس‌آزمون	متغیر مستقل	پیش‌آزمون	
T ₂	درمان CBT	T ₁	گروه آزمایشی ۱
T ₂	درمان ACT	T ₁	گروه آزمایشی ۲
T ₂	-	T ₁	گروه کنترل

این پژوهش، یک کارآزمایی بالینی تصادفی بود که در تابستان و پاییز ۱۳۹۶ در مرکز آموزشی درمانی بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سمنان، انجام پذیرفت. جامعه آماری کلیه مادرانی بودند که نوزاد نارسشان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری بودند و تعداد کل آن‌ها ۷۵ نفر بود. از این میان ۴۵ نفر شرایط ورود و شرکت در طرح را داشتند که پس از ارزیابی به صورت تصادفی، در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از:

۱. زنده بودن نوزاد نارس
۲. تک قلب بودن نوزاد
۳. تمایل مادر به شرکت در پژوهش
۴. بستری نبودن مادر
۵. عدم سوء مصرف مواد مخدر، مشروبات الکلی و داروهای روان‌گردان و داروهای

دیگر



۶. سواد خواندن و نوشتن

۸. سپری شدن سه روز از زایمان

۹. عدم ابتلا به بیماری روان قبل از بارداری و زایمان

ملاک‌های خروج:

۱. عدم پاسخ‌دهی به ۵ سؤال از پرسشنامه‌های پژوهش.

۲. عدم حضور در دو جلسه از جلسه‌های درمانی.

پس از اجرای مصاحبه کوتاه با افراد نمونه، پرسشنامه رضایت آگاهانه و پرسشنامه‌های اضطراب زانک^۱ و افسردگی ادینبورگ^۲ توسط هر سه گروه تکمیل شد. سپس، بعد از تشریح کامل طرح برای دو گروه آزمایشی، زمان‌بندی کلاس‌ها اعلام و قرارها برای شروع درمان تنظیم شد. درمان‌ها طبق پکیج آموزشی در ۸ جلسه، هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، آموزش داده شد.

پرسش‌نامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ EPDS^۳ ابزاری اختصاصی برای سنجش میزان افسردگی پس از زایمان است که زنان در معرض خطر افسردگی پس از زایمان را نشان می‌دهد (بک، ۲۰۰۸). هم در دوران بارداری و هم بعد از زایمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه برای اولین بار توسط کاکس^۴ و همکاران در سال ۱۹۸۷ تنظیم گردیده و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت.

نمره مقیاس ۱۰ سؤالی ادینبرگ بین صفر تا ۳۰ هست و کسب نمره ۱۲ و بیشتر به‌عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود. سؤال‌های ۱-۲-۳ از ۰ تا ۳ و سؤال‌های ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰، از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ^۵ برای پرسشنامه ادینبرگ برابر ۰/۷۰ بود.

در پژوهش کیمبرلی و رونکر^۶ که از آزمون ادینبرگ و مصاحبه ساختاریافته بالینی برای بررسی علائم افسردگی استفاده شده بود، میزان شیوع در نمونه ۸۰۲ نفری ۶/۵ الی ۸/۵ گزارش شد (کیمبرلی، ۲۰۰۸).

1. zung
2. Edinburgh
3. Edinburgh Postpartum Depression Scale
4. Cox
5. Cronbachs alpha c, efficient
6. Kimberiy. A. & Ronker

پژوهش‌های متنوعی در خصوص بررسی آلفای کرونباخ آزمون ادینبرگ انجام گرفته است. در مطالعه‌ای در فرانسه روایی درونی آزمون ۰/۷۳ به دست آمد (سانتوس^۱، ۲۰۰۷) و در مطالعه مظاهری و نخعی (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ مبتنی بر آیت‌های استاندارد ۰/۷۰ به دست آمد که حاکی از پایایی بالایی برای آزمون است. آزمون ادینبرگ در پژوهش منتظری و ترکان (۲۰۰۷) در روند هنجاریابی با مقایسه و بررسی‌های روان‌پزشکی و بررسی انسجام درونی آزمون با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ مشخص شد.

مقیاس اضطراب زانک S.A.S دارای ۲۰ سؤال چهارگزینه‌ای بر مبنای نشانگان بدنی - عاطفی اضطراب است. به منظور ساختن این مقیاس از ملاک‌های تشخیصی استفاده شده که با شایع‌ترین ویژگی‌های اختلال اضطرابی مطابق و هماهنگ هستند، یعنی مصاحبه‌های بالینی مراجعین مضطرب را به صورت مشروح ضبط کرده و بعداً از تک‌تک موارد مطرح شده، در ساخت آزمون استفاده کرده‌اند. ملاک‌های تشخیصی S.A.S دارای ۵ نشانه عاطفی و ۱۵ نشانه بدنی است (زانک، ۱۹۷۱).

در این مورد مطالعه‌های چندی صورت گرفته که نشان می‌دهد این مقیاس در یک سطح معنی‌دار آماری، پیوسته بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی را از سایر طبقات متمایز می‌کند (آناستازیا^۲، ۲۰۱۴). یکی از مطالعه‌ها که بیانگر همبستگی میان مقیاس اضطراب هامیلتون^۴ (H.A.S) (۱۹۵۹) و مقیاس اضطراب زانک S.A.S بود که نشان داد بر اساس اطلاعات حاصل از اجرای دو مقیاس روی بیش از ۵۰۰ مورد و با استفاده از روش همبستگی پیرسون همبستگی میان دو آزمون S.A.S و H.A.S برابر $r = 0.71$ بوده است (تایلور^۵، ۲۰۰۸). برای محاسبه پایایی مقیاس S.A.S از روش ضریب انسجام که میزان همبستگی درونی یا تجانس سؤال‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد استفاده شده است و تحلیل‌های آماری نتایج S.A.S با استفاده از روش ضریب انسجام نشان دهنده ضریبی برابر ۰/۸۴ بود که بیانگر پایایی بسیار بالای این مقیاس است (نانالی^۶، ۲۰۱۴ و کرمی، ۲۰۰۹).

1. Santus.c
2. Self rating Anxiety Scale
3. Anastasi
4. Hamilton Anxiety Scale
5. Taylor
6. Nunnali. J. C

جدول ۲. پروتکل درمانی CBT

جلسه اول	معارفه و آشنایی با اهداف دوره و انجام پیش‌آزمون
جلسه دوم	معرفی و توضیح پیرامون موضوع مورد پژوهش (افسردگی و اضطراب مادران) و متغیرهای آن
جلسه سوم	آموزش و معرفی تکنیک‌های شناختی
جلسه چهارم	آموزش و معرفی تکنیک‌های رفتاری
جلسه پنجم	آموزش مهارت‌های حل مسئله
جلسه ششم	آموزش مهارت‌های بین فردی و ارتباطی
جلسه هفتم	پیشگیری و مقابله با افسردگی و اضطراب
جلسه هشتم	بررسی تکالیف جلسه‌های گذشته، خلاصه کردن و بازخورد دادن به مادران و پس‌آزمون

جدول ۳. پروتکل درمانی ACT

جلسه اول	معارفه و آشنایی با اهداف دوره و انجام پیش‌آزمون، رضایت آگاهانه
جلسه دوم	درماندگی خلاق؛ به‌کارگیری بارش ذهنی برای کنترل اختلال و کاوش راهبرد
جلسه سوم	کنترل به‌عنوان مسئله یا مشکل
جلسه چهارم	پذیرش، گسلش شناختی و عمل متعهدانه
جلسه پنجم	پذیرش، گسلش شناختی، ارزش‌ها، اقدام متعهدانه
جلسه ششم	تماس با لحظه اکنون
جلسه هفتم	ارزش‌ها، پذیرش، اقدام متعهدانه
جلسه هشتم	مرور و اختتام و انجام پس‌آزمون

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش حاضر از نرم افزار 23 spss^۱ و آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

به‌منظور توصیف یافته‌ها، از جداول و نمودارهای فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی استفاده گردید.

جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون کوواریانس^۲، آزمون لون^۳ و آزمون کولموگروف اسمیرنوف^۴ (K-S) استفاده شد.

1. Statistical Package for the Social Sciences
2. Covariance
3. Leven
4. Kolmogorov Smirnov test

ملاحظه‌های اخلاقی در پژوهش:

- ۱- از همه داوطلبین شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه (طبق فرم استاندارد دانشگاه علوم پزشکی) اخذ شد.
- ۲- حق انصراف توضیح داده شد.
- ۳- عدم افشای اطلاعات شخصی و اینکه اسامی کدگذاری می‌شوند، تشریح شد.
- ۴- حریم خصوصی افراد و اصل رازداری رعایت شد.
- ۵- از آسیب رساندن به آزمودنی‌ها (روانی و جسمی) اجتناب شد.
- ۶- هیچ تبعیضی بین افراد، لحاظ نشد.
- ۷- ضروری از هیچ نظر (مالی، اتلاف وقت و...) به آزمودنی‌ها نرسید.

یافته‌ها

از ۴۵ نفر شرکت‌کننده، هیچ‌کدام از طرح خارج نشدند و هیچ‌یک از نوزادان هم دچار مشکل خاصی نشد. میانگین سن مادران ۲۵/۹۳ سال بود و درصد قابل توجهی از مادران بین ۲۶ تا ۳۰ سال قرار داشتند. سطح تحصیلات اکثر مادران دیپلم و لیسانس بود و از نظر اقتصادی، متوسط به بالا بودند. قبل از شروع مداخله، نمره‌های اضطراب موقعیتی زنانک و افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بین سه گروه تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد ولی بعد از اجرای مداخله‌های درمانی، میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در دو گروه مداخله، کاهش قابل توجهی نسبت به گروه کنترل نشان داد.

فرضیه اول: - بین اثربخشی CBT و ACT در درمان اضطراب مادران نوزادان نارس تفاوت معناداری وجود دارد.

در ۳۰ مادر گروه‌های CBT و ACT، میانگین اضطراب در پیش‌آزمون ۵۲/۱۳ و ۵۲/۷۳ و در پس‌آزمون ۳۵/۲۷ و ۲۹/۶۷ بود و در ۱۵ مادر گروه کنترل، میانگین اضطراب در پیش‌آزمون ۵۱/۳۳ و در پس‌آزمون ۵۰/۷۳ بوده است (جدول ۴).

جدول ۴. آماره‌های توصیفی اضطراب مادران نوزادان نارس در گروه‌های کنترل، CBT و ACT در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

زمان گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
CBT	۵۲/۱۳	۷/۶۷	۳۵/۲۷	۴/۰۹
ACT	۵۲/۷۳	۲/۸۶	۲۹/۶۷	۵/۱۵
کنترل	۵۱/۳۳	۳/۶۶	۵۰/۷۳	۲/۳۱

بر اساس جدول ۴، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، CBT و ACT بر کاهش اضطراب مادران نوزادان نارس تأثیر معنی‌داری داشت ($F(1)=116/41, P<0/05, \eta^2=0/85$). چون در این آزمون معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ بود پس فرض صفر رد شد. میزان تأثیر درمان‌های CBT و ACT بر کاهش اضطراب مادران نوزادان نارس ۸۵ درصد به دست آمد. جهت آزمون فرضیه فوق از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شده است. در این روش جهت کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها به‌عنوان متغیر تصادفی اثر پیش‌آزمون از طریق کورییت کردن کنترل شده است. این آزمون هم مثل سایر آزمون‌های آماری دارای مفروضه‌هایی است که باید مورد بررسی قرار گیرد تا در صورت برقرار بودن مفروضه‌های اصلی از این آزمون جهت فرضیه استفاده شود.

مفروضه همگنی شیب رگرسیون

جهت بررسی همگنی ضرایب (شیب) رگرسیون از آزمون تحلیل دو عامل واریانس و نمودار پراکنش استفاده شد. نتایج به‌دست آمده $F(1)=0/317, P=0/578$ بود بنابراین معنی‌داری آزمون بزرگ‌تر ۰/۰۵ است در نتیجه می‌توان گفت داده‌ها از فرض همگنی شیب رگرسیون تبعیت می‌کند.

مفروضه برابری واریانس‌ها: برای آزمون برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شده و چون معنی‌داری اضطراب $0/962, P>0/05, F(1,28)=1/51$ بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ بود؛ لذا در این سطح فرض صفر رد نمی‌شود و در نتیجه می‌توان گفت واریانس بین گروه‌های کنترل و CBT و ACT در متغیر وابسته تقریباً باهم برابر هستند، بنابراین مفروضه برابری واریانس‌ها بین گروه‌های کنترل و آزمایش برقرار است.

مفروضه نرمال بودن توزیع نمره‌ها در متغیر وابسته: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای اضطراب ۰/۰۷۴ و برای افسردگی ۰/۰۸۱ بود که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیر پیوسته است.

با توجه به این که هر سه مفروضه تحلیل واریانس کوواریانس (ANCOVA) برقرار است بنابراین مجاز به استفاده از روش جهت آزمون فرضیه ذکر شده هستیم.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس تأثیر CBT و ACT بر کاهش اضطراب مادران نوزادان نارس

منبع تغییرها	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	معنی داری	ضریب تأثیر η^2
پیش آزمون	۴۴/۳۵	۱	۴۴/۳۵	۲/۸۶	۰/۰۹۹	۰/۰۶۵
گروه	۳۶۱۶/۱۵	۲	۱۸۰۸/۱۳	۱۱۶/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵
خطا	۶۳۶/۸۵	۴۱	۱۵/۵۳	-	-	-

نتایج جدول ۵ نشان داد که میانگین نمره‌های تعدیل شده پس آزمون اضطراب در گروه CBT (۳۵/۲۵) و ACT (۲۹/۵۳) کمتر از گروه کنترل (۵۰/۸۸) بود.

جدول ۶. میانگین نمره‌های تعدیل شده پس آزمون اضطراب در گروه‌های کنترل و CBT و ACT

گروه	میانگین	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۰/۹۵
			سطح پایین - سطح بالا
کنترل	۵۰/۸۸	۱/۰۲	۴۸/۸۲ - ۵۲/۹۴
CBT	۲۹/۵۳	۱/۰۲	۲۷/۴۷ - ۳۱/۵۹
ACT	۳۵/۲۵	۱/۰۲	۳۳/۱۹ - ۳۷/۳۱

فرضیه دوم: بین اثربخشی CBT و ACT در درمان افسردگی مادران نوزادان نارس تفاوت معناداری وجود دارد.

در ۳۰ مادر گروه‌های CBT و ACT، میانگین افسردگی در پیش آزمون ۲۷/۵۳ و ۲۸ و در پس آزمون ۲۰/۳۳ و ۱۸ بوده است و در ۱۵ مادر گروه کنترل، میانگین افسردگی در پیش آزمون ۲۷/۷۳ و در پس آزمون ۲۷ بود (جدول ۱۰).

جدول ۷. آماره‌های توصیفی افسردگی مادران نوزادان نارس در گروه‌های کنترل، CBT و ACT در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

زمان گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
CBT	۲۷/۵۳	۲/۳۲	۲۰/۳۳	۲/۰۲
ACT	۲۸	۲/۴۸	۱۸	۲/۳۶
کنترل	۱/۹۱	۳/۶۶	۲۷	۲/۵۷

بر اساس جدول ۷ پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، CBT و ACT بر کاهش افسردگی مادران نوزادان نارس تأثیر معنی‌داری داشت ($\eta^2=0/753$ ، $P<0/05$ ، $F(1)=62/41$)، چون در این آزمون معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ بود پس فرض صفر رد شد. میزان تأثیر درمان‌های CBT و ACT بر کاهش افسردگی مادران نوزادان نارس ۷۵/۳ درصد بود.

جهت آزمون فرضیه فوق از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شده است. در این روش جهت کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها به‌عنوان متغیر تصادفی اثر پیش‌آزمون از طریق کوریئت کردن کنترل شده است. این آزمون هم مثل سایر آزمون‌های آماری دارای مفروضه‌هایی است که باید مورد بررسی قرار گیرد تا در صورت برقرار بودن مفروضه‌های اصلی از این آزمون جهت آزمون فرضیه استفاده شود.

مفروضه همگنی شیب رگرسیون

جهت بررسی همگنی ضرایب (شیب) رگرسیون از آزمون تحلیل دو عامل واریانس و نمودار پراکنش استفاده شد. $P=0/962$ ، $F(1)=0/002$ بود؛ بنابراین معنی‌داری آزمون بزرگ‌تر ۰/۰۵ است. در نتیجه می‌توان گفت داده‌ها از فرض همگنی شیب رگرسیون تبعیت می‌کند.

مفروضه برابری واریانس‌ها: برای آزمون برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شده و چون معنی‌داری افسردگی ۰/۹۸۹؛ یعنی $P>0/05$ ، $F(1,28)=0/001$ بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ هست؛ لذا در این سطح فرض صفر رد نمی‌شود و در نتیجه می‌توان گفت واریانس بین گروه‌های کنترل و CBT و ACT در متغیر وابسته تقریباً با هم برابر هستند؛ بنابراین مفروضه برابری واریانس‌ها بین گروه‌های کنترل و آزمایش برقرار است.

مفروضه نرمال بودن توزیع نمره‌ها در متغیر وابسته: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در سطح معنی‌داری ۰/۴۳۵ بود لذا حاکی از نرمال بودن توزیع متغیر پیوسته است. با توجه به این که هر سه مفروضه تحلیل واریانس کوواریانس (ANCOVA) برقرار است بنابراین مجاز به استفاده از روش جهت آزمون فرضیه ذکر شده هستیم.

جدول ۸. تحلیل کوواریانس تأثیر CBT و ACT بر کاهش افسردگی مادران نوزادان نارس

منبع تغییرها	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	معنی‌داری	ضریب تأثیر η^2
پیش‌آزمون	۳/۳۹	۱	۳/۳۹	۰/۶۲۰	۰/۴۳۵	۰/۰۱۵
گروه	۶۸۲/۹۴	۲	۳۴۱/۴۷	۶۲/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵۳
خطا	۲۲۴/۳۴	۴۱	۵/۴۷	-	-	-

نتایج جدول ۸ نشان داد که میانگین نمره‌های تعدیل‌شده پس‌آزمون افسردگی در گروه CBT (۲۰/۳۱) و ACT (۱۸/۰۳) کمتر از گروه کنترل (۲۷/۱۹) بود.

جدول ۹. میانگین نمره‌های تعدیل‌شده پس‌آزمون افسردگی در گروه‌های کنترل و CBT و ACT

گروه	میانگین	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۰/۹۵	
			سطح پایین	سطح بالا
کنترل	۲۷/۱۹	۰/۶۰۴	۲۵/۹۸	۲۸/۴۲
CBT	۲۰/۳۱	۰/۶۰۵	۱۶/۸۱	۱۹/۲۵
ACT	۱۸/۰۳	۰/۶۰۵	۱۹/۰۸	۲۱/۵۳

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان ACT و CBT بر کاهش اضطراب و افسردگی مادران نوزاد نارس بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که افسردگی و اضطراب شرکت‌کنندگان در گروه‌های مداخله در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون به‌صورت معنی‌داری کاهش یافته و اثربخشی درمان ACT نسبت به درمان CBT بیشتر بود.

مطالعه‌های گذشته، اثربخشی درمان CBT را بر طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روان‌نشان داده‌اند (هیز^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج برخی پژوهش‌ها نیز حاکی از تأثیر اندک و یا اثربخشی متوسط درمان شناختی رفتاری بودند (بابلوک^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). اختلال‌های

1. Hayes SC
2. Babcock JC

خلقی که افسردگی پس از زایمان را نیز شامل می‌شود، زمینه اصلی بررسی‌های رفتاردرمانی شناختی و در اغلب موارد درمان انتخابی افسردگی و اضطراب را به خود اختصاص داده‌اند (کازانتیس^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). افراد مبتلا به این اختلال‌ها می‌توانند تأثیر عمیقی بر پرورش فرزند و ساختار خانواده داشته باشند (پارکر^۲ و همکاران، ۲۰۱۳) و با توجه به اینکه تمرکز اصلی سیستم بهداشتی بر وضعیت سلامت نوزاد قرار گرفته، مراقبت و بهداشت روان مادر مورد غفلت واقع شده و در این میان، به واسطه تأکید بر تغییرهای هورمونی پس از زایمان، در اکثر موارد افسردگی نادیده گرفته می‌شود و انتظار می‌رود که این تغییرهای خلقی، خودبه‌خود رفع شوند. لذا از طرف افراد مبتلا و خانواده هیچ‌گونه تمهید خاصی برای درمان در نظر گرفته نمی‌شود.

در تبیین نتایج حاصل می‌توان به نقش چند عامل زیر اشاره نمود: نخست اینکه با غربالگری انجام شده بین ۷۵ مادر قبل از شروع برنامه مداخله، افراد با سابقه اختلال روان و تحت درمان از پژوهش کنار گذاشته شدند، بنابراین احتمال پاسخ به برنامه مداخله‌ای افزایش یافت. دوم اینکه، برنامه مداخله استاندارد و مبتنی بر راهنما^۳ توسط تیم چند رشته‌ای طراحی و ارائه شد. سومین عامل در تبیین یافته‌ها را می‌توان ناشی از شناسایی زود هنگام برای مادران در معرض خطر (سه روز پس از زایمان) دانست. بدیهی است که افراد با افسردگی و اضطراب خفیف‌تر در مراحل اولیه مشکلات خلقی، از انگیزه و انرژی بیشتری برای مقابله با این شرایط برخوردار هستند.

زیر بنای نظری درمان CBT تأکید می‌کند که این خود حوادث نیست که منجر به حالت‌های خلقی مختلف می‌شود بلکه تعبیر و تفسیری که از حوادث می‌شود، هیجان‌های مختلف ایجاد می‌کند (هوو^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). آموزش شرکت‌کنندگان درباره اختلال‌های خلقی و اضطراب و چگونگی ایجاد و تأثیر آن بر سلامت مادر، در برنامه مداخله‌ای ممکن است منجر به کاهش نمره‌های افسردگی و اضطراب در پس‌آزمون شده باشد. چنین نتیجه‌گیری با پژوهش‌های پیشین هم‌راستا است (لیز^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). در

1. Kazantis, N.
2. Parker, G.
3. Manual Based
4. Parker, G.
5. Leis, J. A.

مقابل شواهد ارائه شده توسط میسری^۱ و همکاران (میسری و همکاران، ۲۰۱۴) در تضاد با یافته‌های پژوهش حاضر است. آنان گزارش کردند که مداخله‌های روان‌شناختی در کاهش اضطراب و افسردگی شرکت کنندگان گروه مداخله تأثیر معنی داری نداشته است. در توضیح تفاوت موجود می‌توان به نحوه ارائه برنامه مداخله توجه کرد، در آن پژوهش گروه مداخله درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی را با هم دریافت کرده بودند و در گروه دیگر تنها درمان دارویی استفاده شده بود. افسردگی و اضطراب در هر دو گروه کاهش یافته بود ولی تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

در مورد اثرات درمانی ACT بر اضطراب و افسردگی مادران، می‌توان به قابل اجرا بودن^۲ و پذیرفته شدن^۳ مداخله برای مقابله با مشکلات خلقی مادران اشاره کرد. مقایسه نرخ ریزش آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر صفر بود ولی در پژوهش‌های مشابه دیگر تا ۳۵٪ هم گزارش شده بود (آکربلا^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهش‌های فریمن و هربرت (۲۰۱۴)، کانتر و همکاران (۲۰۱۲)، باخ و هیز (۲۰۱۷)، گینفورد و همکاران (۲۰۱۲)، زتل و همکاران (۲۰۰۸)، قمیان و شعیری (۱۳۹۶)، فیضی و همکاران (۱۳۹۶)، نعیمی و مظاهری (۱۳۹۶)، درمان ACT بر افسردگی، اضطراب و درد مزمن اثربخش گزارش شده و همسو با این پژوهش است. در مجموع یافته‌های مطالعه حاضر مؤید اثر مثبت مداخله‌های روان‌شناختی ACT و CBT بر کاهش اضطراب و افسردگی مادران نوزاد نارس بود هرچند اثربخشی روش درمانی ACT بیشتر بود ولی نتایج این تحقیق، تأکید مجددی بر ضرورت پیوند شاخه‌های مختلف علوم از جمله علم پزشکی و روان‌شناسی و همکاری توأم آن‌ها به منظور افزایش اثربخشی مداخله‌های درمانی در بهبود زندگی افراد است.

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌هاست که باید هنگام تفسیر نتایج و تعمیم دهی به گروه‌های دیگر در نظر داشت. نخستین محدودیت ناشی از عدم اجرای مرحله پیگیری شرکت کنندگان و بررسی پایداری اثرهای برنامه مداخله‌ای بود. چون نوزادان و مادران از شهرها و روستاهای اطراف هم به این مرکز درمان ارجاع داده شده بودند لذا دسترسی مجدد

-
1. Misri, S
 2. feasibility
 3. acceptability
 4. Akerblad A-C

به همه آنان ممکن نبود. همچنین با توجه به اینکه روان‌شناس در قسمت استراحت گاه مادران مستقر بود مدت زمان طولانی تری با گروه مداخله نسبت به گروه کنترل سپری کرد.

تشکر و سپاسگزاری

مجوز انجام این پژوهش از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان کسب شد و طرح پژوهشی در کمیته پژوهش و کمیته اخلاق به شماره IR.semums.REC.1396.103 مورد تصویب قرار گرفت. همچنین به شماره IRCT2017073125732721 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسیده است. در پایان نویسندگان این مقاله نهایت تشکر و قدردانی خود را به مادرانی تقدیم می‌کند که در فرایند این پژوهش یاریگرشان بودند. همچنین از کارکنان مرکز آموزشی درمانی بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) سمنان و پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان کمال سپاسگزاری را دارند.

منابع

- فیضی، ژاله. مرادی، علیرضا. خواجه‌دلویی، محمد و خادم، نیره (۱۳۹۶). "کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان باردار به وسیله لقاح خارج از رحمی". فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، سال هفتم، شماره بیست و هفتم، ۱-۲۱.
- قمیان، سهیلا. شعیری، محمدرضا (۱۳۹۶). "اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان مبتلا به درد مزمن (CHACT) بر نشانه‌های برونی‌سازی شده‌ی کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به درد مزمن". فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، سال هفتم، شماره بیست و نهم، ۱-۱۹.
- نعیمی، ابراهیم و مظاهری، زهرا. (۱۳۹۶). "بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر انطباق‌پذیری مسیر شغلی دانشجویان". فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، سال هفتم، شماره بیست و هفتم، ۱۶۱-۱۸۰.
- ویسانی، ی. دلپیشه، آ. سایه میری، ک. رضائیان، س (۱۳۹۲). "روند افسردگی پس از زایمان در ایران". بررسی و تحلیل متناوب درمان افسردگی. ۱-۸.

Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N. Golse., & B. (2015). " Validation of the Edinburgh postnatal depression scale EPDS (in a sample of women with high-risk pregnancies in France". *Arch Womens Ment Health.*; 8(2), 89-95

- Akerblad, A. C., Bengtsson, F., Ekselius, L., von Knorring, L. (2013). "Effects of an educational compliance enhancement programme and therapeutic drug monitoring on treatment adherence in depressed patients managed by general practitioners". *Int Clin Psychopharmacol.*; 18(6): 347-54.
- Anastasi, A. (2014). *Psychological testing*. New York: Macmillan.
- Babcock, J. C., Green, C. E., Robie, C. (2014). "Does batterer's treatment work?" A meta analytic review of domestic violence treatment. *Clin Psychol Rev Jan*; 23(8):1023-53.
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2017) "The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients": A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* Oct; 70 (5):1129-1139.
- Beck, CT. (2012). *Predictors of postpartum depression: an update*. *Nurs Res.*; 50(5): 275-85.
- Board, R. & Ryan-Wenger N. (2011). " Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children". *J Heart Lung*; 31(1):53-66.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. (1987). " Detection of postnatal depression. Development of 10item Edinburgh Postnatal Depression Scale". *Br J Psychiatry.* Jun; 150:782-6.
- Dahl, J., Wilson, K. G. & Nilsson, A. (2013) "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. *behave therapy.* Aut; 35(4):785-801.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Samuelsen, S. O. (2010). " Review of validation studies of the Edinburgh postnatal depression scale". *Acta Psychiatr Scand*; 104(4): 243-9
- Ericksen, J., Condon, J., Bilszta, J., Brooks, J., Milgrom, J., Hayes, B., & Buist, A. (2015). " Recognition and management of perinatal depression in general practice": a survey of GPs and postnatal women. *Australian family physician*, 34(9), 787-90.
- Forman, E. M., Herbert, J. D. (2014). *New directions in cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatment in your practice*, 2nd ed. New York: Wiley,: 263-265.
- Gifford, E. V, Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C, Antonuccio, D. O, Piasecki M. M, Rasmussen-Hall, & M. L. (2012). "Acceptance-Based treatment for smoking cessation". *Behavior Therapy.* Aut; 35(4): 689-705.
- Green, K., Broome, H., & Mirabella, J. (2010). "Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors". *Psychology, health & medicine*, 11(4), 425-431.
- Hamilton, M. (2014). " The assessment of anxiety states by rating". *Britbh Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. (2017). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral*. New York: Guilford Press.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (2017). *Acceptance and commitment therapy*. An experiential

- approach to behavior change, 3rd ed. New York: Guilford, 165-171.
- Hou, Y., Hu, P., Zhang, Y., et al. (2014). "Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression". *Rev Bras Psiquiatr.* 36(1): 47-52.
- Howard, L. M., Hoffbrand, S., Henshaw, C., Boath, L., & Bradley, E. (2015). "Antidepressant prevention of postnatal depression". *Cochrane Database of Systematic Review*, 2, 1-14.
- Johnson, S., Ring, W., Anderson, P., Marlow, N. (2010). "Randomized trial of parental support for families with very preterm children": Outcomes at 5 years. *Arch Dis Child*; 90(9): 909-15.
- Jotzu M, Poet CH. (2011). *Helping parent cope with trauma of premature birth*. *pediatrics.* 115 (4): 915-919.
- Kanter, J. W, Baruch, D. E, Gaynor, S. T. (2012). "Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression"; description and comparison. *Behave anal. Fall*; 29(2):161-185.
- Karamy, A. (2009), Editor. *Zung anxiety inventory*. Tehran: Psychometrics Publication Center.
- Kazantis, N., Deane, E. P., Ronhan, K. R. (2012). "Homework assignments in cognitive and behavioral therapy": a meta- analysis. *Clin Psychology Sci Pract*; 7: 189-202.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B., & Chevron, E. S. (2010). *Interpersonal psychotherapy for depression*. New York, NY, US: New York University Press.
- Leis, J. A., Solomon, B. S., Wasserman, K. E. et al. (2014). " Preventing Postpartum Depression in a Pediatric Primary Care Clinic". A Pilot Study. *Clin Pediatr. pii.* [Epub ahead of print] 48(4): 218-24.
- Mazhari, S., & Nakhaee, N. (2007). "Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in an Iranian sample". *Archives of women's mental health*, 10(6), 293-297
- McGinn, L. K., & Sanderson, W. C. (2008) "What allows cognitive behavioral therapy to be brief: Overview, efficacy, and crucial factors facilitating brief treatment". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 23-37.
- Mishina, H., & Takayama, J. I. (2009). "Screening for maternal depression in primary care pediatrics". *Current Opinion in Pediatrics*, 21(6), 789-793.
- Misri, S., Reebye, P., Corral, M., Mills, L. (2014). " The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety": a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 69(5): 1236-41.
- Montazeri, A., Torkan, B., Omidvar, S. (2007). "The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)": translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*; 11: 293-7.
- Nunnali, J. C. (2014). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- O'Hara MW, Wisner KL. (2013) *Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology*. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 28(1): 3-12.

- Parker, G., Roy, K., Eyers, K. (2013). *Cognitive behavior therapy for depression? Choose horses for courses. Am J Psychiatry May*; 160(5):825-34.
- Posmontier, B. (2008). "Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression". *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(4), 310-318. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*.
- Puterbaugh, D. T. (2016). "Communication counseling as part of a treatment plan for depression". *Journal of Counseling & Development*, 84(3), 373-380.
- Santos, I. S., Matijasevich, et al (2007). "Comparing validity of Edinburgh scale and SRQ20 inscreening for post-partum depression". *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 418-416(18)3.
- Stuart, S., & Koleva, H. (2014). "Psychological treatments for perinatal depression. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology", 28(1), 61-70. *Review and Meta-Analysis*.
- Taylor, R., J. (2008). "A personalicy scale of manifest anxiety". *Journal of Abnormal Psychology*. 48. 285-290.
- Vowles, K. E, McCracken, L. M. (2010). "Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain": A Study of Treatment Effectiveness and Process. *J Consult & Clin Psychol.*; (76): -397-407.
- William, W. K. Zung. (1971). *A rating instrument for anxiety disorders*. Psychosomatics
- Wojdyla, D., Beck, S., Say, L., et al. (2010). "The worldwide incidence of preterm birth": a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*; 88(1):31-8.
- Zettle., R. D. (2003). "Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety". *Psychological Record*, 53, 197-215.