Journal of Clinical Psychology & Personality

Research Article

The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Intervention on Mood , Emotional Regulation, and Anxiety Sensitivity in Women with Postpartum Depression

Authors

1. Mahdis Jafarbeglou , 2. Ameneh Sadat Kazemi*

1.Master of Clinical Psychology, Department of Psychology,TeMS.c, Islamic Azad University,Tehran,Iran
0009-0002-4574-7629/ Mahdisbeglou1994@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology ,TeMS.c, Islamic Azad University,Tehran,Iran(Corresponding Author)
۰۰۰۰-۰۰۰۱-۵۸۸۵-۷۴۲۷ /dr.amenehsadatkazemi@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: One of the psychological problems during pregnancy and the period after it is postpartum depression, which is a threat to the safety and health of the mother and the newborn. The aim of this study was to investigate the effects of acceptance and commitment therapy on mood, emotional regulation, and anxiety sensitivity in women with postpartum depression.

Method: This study was applied in terms of purpose and semi-experimental in terms of method with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all women with postpartum depression referring to psychological and counseling clinics in Tehran in 2024. The statistical sample included 40 women with postpartum depression who met the inclusion criteria and were selected from selected psychological and counseling centers in Tehran using a purposive sampling method. Data were obtained using the mood questionnaire (POMS), Gross and John's emotional regulation strategies (2003), and Floyd et al.'s anxiety sensitivity (2005). The acceptance and commitment-based group psychotherapy protocol of Steven Hayes et al. (2004) was implemented during 8 120-minute sessions, and the collected data were analyzed by Manova and Anova using SPSS version 23 software.

Results: The findings showed that the acceptance and commitment-based intervention in the experimental group caused significant changes in mood, emotional regulation, and anxiety sensitivity of women with postpartum depression, which meant improvement and adjustment of the aforementioned variables and their subscales. ($P<0.05$)

Discussion and Conclusion: Acceptance and Commitment Therapy resulted in changes and improvements in the dependent variables of the study and their related subscales, and this therapy can be used as a complementary method in improving the psychological problems of women with postpartum depression.

Receive Date: 00/00/0000

Accept Date: 00/00/0000

Keywords

Acceptance and commitment therapy Intervention, mood, emotional regulation, anxiety sensitivity, postpartum depression.

Corresponding Author's E-mail

dr.amenehsadatkazemi@iau.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Postpartum depression (PPD) is a prevalent and debilitating mood disorder affecting 5–20 % of new mothers, typically emerging within the first one to two months after delivery. It threatens maternal mental health, infant development, mother–infant bonding, and family functioning. Etiological models highlight biological (hormonal shifts, neurotransmitter changes), psychological (personality vulnerabilities), and social (lack of support, cultural pressures) factors. Three interrelated constructs underpin PPD symptomatology: mood—a relatively stable affective tone experienced as positive (vigor, energy) or negative (distress, irritability); emotional regulation—the processes of monitoring, evaluating, and modulating emotional responses (reappraisal vs. suppression); and anxiety sensitivity—the fear of anxiety-related bodily sensations and their catastrophic consequences, which acts as a transdiagnostic vulnerability factor amplifying both anxiety and depressive symptoms.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), a third-wave cognitive-behavioral approach developed by Hayes and colleagues (2004), targets psychological flexibility through six core processes: acceptance, cognitive defusion, present-moment awareness, self-as-context, values clarification, and committed action. Unlike traditional CBT, ACT does not aim to reduce symptoms directly but to change the individual's relationship with internal experiences, thereby reducing experiential avoidance and increasing valued living. Numerous trials have demonstrated ACT's efficacy in perinatal mood and anxiety disorders, yet no previous study has simultaneously examined its effects on mood profiles (Profile of Mood), emotion-regulation strategies (Gross & John, 2003), and anxiety sensitivity (Floyd et al., 2005) in women diagnosed with PPD.

Given the high prevalence of PPD in Iran and the scarcity of culturally adapted, non-pharmacological group interventions, the present study investigated whether an 8-session group ACT protocol would produce statistically and clinically significant improvements in mood, emotional regulation, and anxiety sensitivity among women with postpartum depression attending psychological clinics in Tehran in ۲۰۲٤.

Method

This study employed a semi-experimental pre-test–post-test control-group design. The statistical population consisted of all women with postpartum depression referred to selected psychological and counseling service clinics in Tehran during the solar year 2024. Using purposive sampling, 40 women who met inclusion criteria (Beck Depression Inventory-II score >29, at least one month postpartum, no history of psychiatric or serious physical illness) were selected and randomly assigned to an experimental group (n=20) or a waiting-list control group (n=20).

Screening was conducted with the Beck Depression Inventory-II. Outcome measures included: (a) the short form of the Profile of Mood (POMS; 37 items, six subscales: tension–anxiety, depression–dejection, anger–hostility, vigor–activity, fatigue–inertia, confusion–bewilderment; higher total score indicates poorer mood); (b) the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; 10 items, two subscales: cognitive reappraisal and expressive suppression); and (c) the Anxiety Sensitivity Index (16 items, three factors: physical, cognitive, and social concerns). All instruments demonstrated acceptable internal consistency (Cronbach's $\alpha > .70$) in the present sample and previous Iranian studies.

The experimental group received eight weekly 120-minute group sessions of Acceptance and Commitment Therapy based on the protocol of Hayes et al. (2004). Sessions sequentially addressed: (1) creative hopelessness and values exploration, (2) values clarification and committed action, (3) mindfulness and present-moment awareness, (4) cognitive defusion, (5) acceptance versus experiential avoidance, (6) self-as-context, (7) facing existential concerns (death, isolation), and (8) integration of acceptance and committed action. The control group received no intervention during the study period.

Pre-test measures were administered to both groups simultaneously before the first session; post-test measures were collected immediately after the eighth session. Data were analyzed using SPSS version 23. Descriptive statistics, Kolmogorov–Smirnov normality tests, and univariate and multivariate analyses of covariance (ANCOVA/MANCOVA) with pre-test scores as covariates were performed. All statistical assumptions were satisfied.

Results

Participants were 40 women (mean age = 35.47 years, SD = 4.82). Most held a high-school diploma (65 %), were 36–40 years old (45 %), had experienced their second childbirth (45 %), and had delivered a boy (57.5 %).

Descriptive statistics for the three primary outcome variables are presented in Table 1. In the experimental group, total mood disturbance decreased substantially, emotional regulation scores increased, and anxiety sensitivity scores declined markedly from pre- to post-test. Control-group

scores remained essentially unchanged.

Table 1 Means and Standard Deviations of Primary Outcome Variables by Group and Time

Variable	Group	Pre-test M (SD)	Post-test M (SD)
Mood (POMS total)	Experimental	101.60 (20.61)	93.75 (20.91)
	Control	105.15 (19.45)	104.70 (19.48)
Emotional Regulation (ERQ total)	Experimental	36.85 (5.36)	41.75 (5.32)
	Control	37.20 (5.65)	37.55 (5.56)
Anxiety Sensitivity (ASI total)	Experimental	36.30 (3.02)	27.00 (3.40)
	Control	36.25 (3.04)	35.55 (3.20)

All univariate and multivariate ANCOVA assumptions (normality, linearity, homogeneity of regression slopes, homogeneity of variances) were met. Results of one-way ANCOVA on the total scores (controlling for pre-test) revealed statistically significant group differences favoring the experimental group:

Table 2 Summary of ANCOVA Results for Primary Outcome Variables (Post-test, Controlling for Pre-test)

Variable	F (1,36)	P	Partial η^2
Mood	9.298	.004	.205
Emotional Regulation	4.852	.034	.119
Anxiety Sensitivity	5.070	.031	.123

Subsequent MANCOVAs on the subscale sets were also significant (Pillai's Trace ps < .001). Follow-up univariate ANCOVAs confirmed significant improvements on all POMS subscales (anxiety, depression, fatigue, confusion, anger reduced; vigor increased), both ERQ subscales (reappraisal increased, suppression decreased), and all three ASI factors (physical, cognitive, and social concerns reduced), with moderate to large effect sizes. Thus, the 8-session group ACT intervention produced clinically meaningful and statistically significant improvements in mood, emotional regulation, and anxiety sensitivity relative to the control condition.

Conclusion

The present findings demonstrate that an 8-session group-based Acceptance and Commitment Therapy protocol is highly effective in improving mood (reduced negative affect and increased vigor), enhancing adaptive emotional fregulation strategies, and decreasing anxiety sensitivity among women experiencing postpartum depression. These results generalize the established mechanisms of ACT—psychological flexibility, acceptance, and values-driven action—to the perinatal period and extend prior evidence by showing concurrent positive effects on three theoretically and clinically linked outcome domains.

Limitations include the relatively small sample size drawn exclusively from Tehran clinics, the absence of a long-term follow-up assessment, and restriction to women only. The waiting-list control design, while ethically appropriate, does not rule out non-specific effects of group attendance.

Theoretically, the study supports the transdiagnostic utility of psychological flexibility processes in perinatal psychopathology. Practically, the brief, manualized group format is feasible, cost-effective, and readily implementable within existing Iranian psychological service settings, offering a non-pharmacological alternative or adjunct to medication for breastfeeding mothers.

It is recommended that future research employ larger, multi-center samples, include active control conditions, incorporate 3- and 6-month follow-ups, and examine mediators (e.g., psychological flexibility) and moderators (e.g., parity, social support). Comparative trials with other evidence-based perinatal interventions and adaptation for digital or self-help delivery formats would further strengthen the evidence base. Clinicians and policymakers are encouraged to integrate structured ACT group programs into routine postpartum mental-health care to mitigate the personal and societal burden of postpartum depression.

Ethical Considerations: This study is derived from a Master's thesis in Clinical Psychology at the Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch, under ethics code IR.IAU.TMU.REC.1401.378.

Compliance with ethical guidelines: The present research was based on adherence to ethical principles and the rights of the participants.

Funding: This research did not receive any financial support for its execution.

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest regarding the results of this research.

Authors' Contributions: This article is derived from research conducted by the first author as part of their Master's thesis. The second author served as the supervisor and corresponding author.

بررسی شده

دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

مقاله پژوهشی

تاثیر مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حالات خلقی، نظم جویی هیجانی و حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

نویسندگان

مهدیس جعفربگلو[1]، آمنه سادات کاظمی[2*]

۱.کارشناس ارشد روانشناسی بالینی،گروه روانشناسی،واحدعلوم پزشکی تهران،دانشگاه آزاداسلامی،تهران،ایران
Mahdisbeglou1994@gmail.com

۲. استادیار،گروه روانشناسی،واحدعلوم پزشکی تهران،دانشگاه آزاداسلامی،تهران،ایران(نویسنده مسئول)
dr.amenehsadatkazemi@iau.ac.ir

روداکسیون ویرایش نشده

چکیده

مقدمه:یکی از مشکلات روانشناختی در دوران بارداری و دوره پس از آن، افسردگی پس از زایمان می باشد که تهدیدی بر امنیت و سلامت مادر و نوزاد می باشد.هدف این پژوهش، بررسی مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حالات خلقی، نظم جویی هیجانی و حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود.

روش :جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰ زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه نیمرخ حالات خلقی(Profile of Mood States; POMS) ، پرسشنامه نظم جویی هیجانی (Emotion Regulation Questionnaire; ERQ) گراس و جان (۲۰۰۳) و شاخص حساسیت اضطرابی (Anxiety Sensitivity Index; ASI) ریس و همکاران (۱۹۸۶) گردآوری شد. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

نتایج :میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۵/۴۷سال بود و ۴۵ درصد آنان زایمان دوم خود را تجربه کرده بودند. در گروه آزمایش، میانگین نمره حالات خلقی از ۱۰۱/۶۰ در پیش‌آزمون به ۹۳/۷۵ در پس‌آزمون تغییر

تاریخ دریافت:
۰۰۰۰/۰۰/۰۰

تاریخ پذیرش:
۰۰۰۰/۰۰/۰۰

یافت، درحالی‌که این مقادیر در گروه کنترل به‌ترتیب ۱۰۵/۱۵ و ۱۰۴/۷۰ بود. میانگین نمره نظم جویی هیجانی در گروه آزمایش از۳۶/۸۵ به۴۱/۷۵ تغییرنمود، درحالی‌که در گروه کنترل از۳۷/۲۰ به ۳۷/۵۵ رسید. همچنین میانگین حساسیت اضطرابی در گروه آزمایش از ۳۶/۳۰ به ۲۷/۰۰ کاهش یافت، درحالی‌که در گروه کنترل از ۳۶/۲۵ به ۳۵/۵۵رسید. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد تفاوت دو گروه در حالات خلقی (P=0.004)، نظم جویی هیجانی (P=0.034) و حساسیت اضطرابی (P=0.031) معنادار بود.

بحث و نتیجه گیری:روش درمانی مبتنی برپذیرش وتعهدموجب ایجاد تغییر و بهبود متغیرهای وابسته پژوهش وخرده مقیاس های مرتبط با آنها گردید وازاین روش درمانی میتوان به عنوان روش مکمل در بهبود مشکلات روانشناختی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان کمک گرفت.

کلیدواژه‌ها

مداخله درمانی مبتنی برپذیرش و تعهد، حالات خلقی، نظم جویی هیجانی، حساسیت اضطرابی، افسردگی پس از زایمان.

پست الکترونیکی نویسنده مسئول

dr.amenehsadatkazemi@iau.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسند ه اول میباشد.

زودآنلاین ویراش نشده

مقدمه

دوره پس از زایمان، در کنار تغییرات جسمانی و هورمونی، با دگرگونی‌های گسترده در نقش‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی زنان همراه است و ازاین‌رو می‌تواند دوره‌ای آسیب‌پذیر از نظر سلامت روان باشد. یکی از مهم‌ترین مشکلات روان‌شناختی این دوره، افسردگی پس از زایمان است که با نشانه‌هایی مانند خلق افسرده، کاهش علاقه و لذت، احساس بی‌ارزشی یا گناه، خستگی، اختلال خواب و تمرکز و در موارد شدید افکار مرتبط با مرگ همراه می‌شود. اهمیت این اختلال تنها به فراوانی آن محدود نیست. در تازه‌ترین فراتحلیل و متارگرسیون جهانی، پس از تعدیل تفاوت‌های ناشی از روش‌های اندازه‌گیری، شیوع اختلال افسردگی اساسی در هر مقطع از سال نخست پس از زایمان حدود ۸/۶ درصد برآورد شده و تفاوت‌های منطقه‌ای قابل‌توجهی نیز گزارش شده است [۱]. در ایران نیز شواهد پژوهشی بر اهمیت بالینی افسردگی پس از زایمان تأکید دارند و در عین حال، نبود آمار ملی دقیق و یکپارچه درباره شیوع و شدت آن به‌عنوان یکی از خلأهای موجود مطرح شده است [۲].

اهمیت توجه به افسردگی پس از زایمان زمانی آشکارتر می‌شود که پیامدهای آن در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی در نظر گرفته شود. در سطح فردی، نشانه‌های افسردگی با کاهش کیفیت زندگی مادر در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی ارتباط دارند و می‌توانند سازگاری مادر با مسئولیت‌ها و الزامات دوره پس از زایمان را مختل کنند [۳]. آثار این مشکل الزاماً کوتاه‌مدت نیست؛ مطالعات طولی نشان داده‌اند که در بخشی از زنان، نشانه‌های افسردگی می‌توانند مسیر مداومی را از بارداری تا سال‌های بعد از زایمان طی کنند [٤]. از سوی دیگر، نشانه‌های افسردگی مادر با اختلال در پیوند عاطفی مادر و نوزاد نیز ارتباط دارد [۵] و شواهد طولی جدید نشان می‌دهد رابطه افسردگی مادر و کارکرد خانواده می‌تواند دوسویه باشد؛ به این معنا که کاهش کارکرد خانواده احتمال تشدید نشانه‌های افسردگی را افزایش می‌دهد و افزایش افسردگی نیز می‌تواند به افت بعدی کارکرد خانواده منجر شود [٦]. بنابراین، افسردگی پس از زایمان صرفاً یک مشکل فردی مادر نیست، بلکه مسئله‌ای است که می‌تواند کیفیت روابط خانوادگی، تعامل مادر–کودک و سازگاری کل نظام خانواده را تحت تأثیر قرار دهد.

با توجه به ماهیت چندبعدی افسردگی پس از زایمان، بررسی صرف شدت نشانه‌های افسردگی نمی‌تواند تمامی فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با تجربه زنان در این دوره را آشکار سازد. برای درک دقیق‌تر این وضعیت، لازم است هم چگونگی تجربه هیجانی فرد، هم نحوه مدیریت این هیجان‌ها و هم شیوه تفسیر نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی ناخوشایند مورد توجه قرار گیرد. بر این اساس، حالات خلقی، نظم‌جویی هیجانی و حساسیت اضطرابی را می‌توان سه سطح مکمل از تجربه روان‌شناختی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در نظر گرفت: حالات خلقی بیانگر کیفیت و شدت تجربه عاطفی فرد است؛ نظم‌جویی هیجانی به فرایند مدیریت و تعدیل این تجربه‌ها اشاره دارد؛ و حساسیت اضطرابی نشان‌دهنده نحوه تفسیر و ارزیابی نشانه‌های

زودآیند ویرایش نشده

ناخوشایند مرتبط با برانگیختگی است. شواهد جدید نیز نشان داده‌اند که در تبیین مشکلات خلقی دوره پیرامون زایمان، توجه هم‌زمان به مؤلفه‌های عاطفی مثبت و منفی و عوامل فرایندی و فراتشخیصی، اطلاعات بیشتری نسبت به تمرکز صرف بر علائم سنتی افسردگی فراهم می‌کند [۷۸]. مشخص شده است که دشواری‌هایی مانند نپذیرفتن هیجان‌ها، دشواری در رفتار هدفمند هنگام تجربه هیجان منفی و دسترسی محدود به راهبردهای نظم جویی هیجانی با شدت بیشتر نشانه‌های افسردگی پس از زایمان ارتباط دارند و برخی از این مؤلفه‌ها رابطه حمایت اجتماعی و نشانه‌های افسردگی پس از زایمان را میانجی‌گری می‌کنند [۹]. بنابراین، نظم‌جویی هیجانی در پژوهش حاضر نه به‌عنوان متغیری مستقل و نامرتبط، بلکه به‌عنوان یکی از فرایندهای روان‌شناختی احتمالی مرتبط با تداوم یا تعدیل حالات هیجانی منفی در افسردگی پس از زایمان مورد توجه قرار گرفته است.

متغیر دیگری که می‌تواند این الگوی آسیب‌پذیری را تکمیل کند، حساسیت اضطرابی است. حساسیت اضطرابی با خودِ اضطراب یکسان نیست؛ بلکه به ترس فرد از احساسات و نشانه‌های مرتبط با برانگیختگی اضطرابی و باور به زیان‌بار بودن پیامدهای جسمانی، شناختی یا اجتماعی این نشانه‌ها اشاره دارد. بنابراین ممکن است دو فرد شدت مشابهی از برانگیختگی جسمانی را تجربه کنند، اما فرد دارای حساسیت اضطرابی بیشتر، این نشانه‌ها را خطرناک‌تر و تهدیدکننده‌تر ارزیابی کند [۱۰]. مهم‌تر آنکه ارتباط حساسیت اضطرابی با پژوهش حاضر صرفاً از مسیر «اضطراب» توجیه نمی‌شود. مرور مطالعات حساسیت اضطرابی در دوره پیرامون زایمان نشان داده است که این سازه علاوه بر نشانه‌های اضطراب، با نشانه‌های افسردگی، نشانه‌های استرس پس از سانحه، اضطراب مرتبط با بارداری، نگرانی درباره سلامت جنین و ترس از زایمان نیز ارتباط دارد [۸]. از این منظر، حساسیت اضطرابی را می‌توان یک عامل آسیب‌پذیری فراتشخیصی دانست که ممکن است از طریق افزایش تفسیر تهدیدآمیز تجربه‌های درونی، بر دامنه وسیع‌تری از آشفتگی‌های هیجانی اثر بگذارد، نه اینکه صرفاً شاخصی از شدت اضطراب باشد [۸]. همچنین شواهد نشان داده‌اند که حساسیت اضطرابی از عوامل مرتبط با ساختارهای فراگیر نشانه‌های درونی‌سازی‌شده در دوره پیرامون زایمان است و اجتناب تجربه‌ای نیز می‌تواند در پیوند برخی عوامل خطر با این نشانه‌ها نقش میانجی داشته باشد [۱۱]. این یافته‌ها مبنای روشن‌تری برای بررسی حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان فراهم می‌کنند.

یکی از رویکردهایی که از نظر نظری ظرفیت تأثیرگذاری بر این فرایندهای به‌هم‌پیوسته را دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تلاش مستقیم برای حذف افکار، احساسات و تجربه‌های ناخوشایند، بر تغییر شیوه ارتباط فرد با این تجربه‌ها و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تمرکز دارد. فرایندهایی مانند پذیرش تجربه‌های درونی، گسلش شناختی، تماس آگاهانه با لحظه اکنون، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه به فرد کمک می‌کنند بدون گرفتارشدن در تلاش‌های ناکارآمد برای کنترل یا اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند، رفتار خود را در جهت اهداف و ارزش‌های شخصی سازمان دهد. اهمیت این سازوکار در افسردگی پس از زایمان با شواهد طولی نیز حمایت شده است؛ به‌طوری‌که مشخص شده انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در هفته هشتم پس از زایمان می‌تواند ارتباط میان نشانه‌های افسردگی هفته چهارم و هفته دوازدهم پس از زایمان را میانجی‌گری کند [۱۲]. همچنین پذیرش، گسلش

زودآیند ویرایش نشده

شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با بهزیستی بیشتر و آشفتگی هیجانی کمتر در زنان پس از زایمان ارتباط داشته‌اند [۱۳]. افزون بر این، مطالعات اختصاصی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جمعیت پیرامون زایمان، امکان‌پذیری و نتایج اولیه امیدوارکننده این رویکرد را نشان داده‌اند؛ برای نمونه، در یک مداخله گروهی هشت‌هفته‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان دارای اختلالات خلقی و اضطرابی متوسط تا شدید در دوره پیرامون زایمان، شواهدی از امکان‌پذیری و اثربخشی مقدماتی این رویکرد گزارش شده است [۱٤]. بااین‌حال، شواهد موجود هنوز برای نتیجه‌گیری قطعی درباره اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مجموعه‌ای از سازه‌های فرایندی و پیامدی مشخص در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان کافی نیست.

با وجود شواهد موجود درباره نقش حالات عاطفی، دشواری‌های نظم‌جویی هیجانی، حساسیت اضطرابی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سلامت روان دوره پیرامون زایمان، بخش قابل‌توجهی از پژوهش‌های پیشین این متغیرها را به‌صورت جداگانه یا در نمونه‌های گسترده‌تر اختلالات خلقی و اضطرابی پیرامون زایمان بررسی کرده‌اند. همچنین مرور اخیر حساسیت اضطرابی نشان می‌دهد پژوهش درباره کاربرد بالینی این سازه در جمعیت‌های پیرامون زایمان همچنان محدود است [۸] و مطالعات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز عمدتاً بر امکان‌پذیری درمان یا فرایندهای کلی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی متمرکز بوده‌اند [۱۳،۱٤]. بنابراین، بررسی هم‌زمان یک پیامد عاطفی (حالات خلقی)، یک فرایند تنظیمی (نظم‌جویی هیجانی) و یک عامل آسیب‌پذیری شناختی–درون‌بدنی (حساسیت اضطرابی) می‌تواند به روشن‌ترشدن دامنه اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان کمک کند. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حالات خلقی، نظم‌جویی هیجانی و حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل در فهرست انتظار بود. جامعه آماری شامل زنان دارای نشانه‌های افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره منتخب شهر تهران در سال ۱٤۰۳ بود. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد و در مجموع ٤۰ زن واجد شرایط وارد مطالعه شدند. شرکت‌کنندگان پس از ارزیابی اولیه با نسبت ۱:۱ به‌صورت تصادفی به گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل در فهرست انتظار (۲۰ نفر) تخصیص یافتند.

ملاک‌های ورود شامل: ۱) سپری شدن حداکثر دو ماه از زایمان ۲) کسب نمره ۲۹ یا بیشتر در پرسشنامه افسردگی بک–II به‌عنوان شاخص شدت بالای نشانه‌های افسردگی ۳) نداشتن سابقه گزارش‌شده اختلالات روان‌پزشکی شدید یا بیماری های جسمانی جدی که مانع شرکت در جلسات شود ٤) توانایی شرکت منظم در جلسات گروهی و ۵) رضایت برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل انصراف از ادامه همکاری، حداکثردوجلسه غیبت از حضوردرجلسات درمانی و بروز شرایط بالینی که ادامه حضور در پژوهش را نامناسب می‌کرد.

حجم نمونه با توجه به ماهیت نیمه‌آزمایشی پژوهش، روش نمونه‌گیری هدفمند و تعداد افراد واجد شرایط در دوره

زودآیند ویرایش نشده

جذب تعیین شد و ٤٠ نفر وارد مطالعه شدند. بنابراین، در این مطالعه محاسبه پیشینی رسمی توان آماری مبنای تعیین حجم نمونه نبوده است؛ این موضوع باید در بخش محدودیت‌های پژوهش نیز به‌صراحت ذکر شود. این شیوه گزارش از نسبت‌دادن یک محاسبه پسینی یا ساختگی G*Power به پژوهشی که چنین محاسبه‌ای در پرونده آن ثبت نشده است جلوگیری می‌کند.

تخصیص به گروه‌ها با روش تصادفی‌سازی ساده و نسبت ۱:۱ انجام شد. گروه آزمایش مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت و در طول دوره پژوهش مداخله پژوهشی ACT را دریافت نکرد. قرار گرفتن در فهرست انتظار به معنی منع دریافت مراقبت‌های ضروری خارج از پروتکل پژوهش نبود. پس از پایان ارزیابی پس‌آزمون، امکان دریافت مداخله برای اعضای گروه کنترل فراهم شد. پیش‌آزمون برای هر دو گروه پیش از شروع مداخله و پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان جلسه هشتم اجرا شد.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی بک- II (Beck Depression Inventory-II; BDI-II)

پرسشنامه افسردگی بک-II توسط بک، استیر و براون در سال ۱۹۹٦ برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان تدوین شد [۱۵]. این ابزار یک مقیاس خودگزارشی ۲۱ گویه‌ای است و هر گویه از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین دامنه نمره کل آن از صفر تا ٦۳ است. بر اساس راهنمای اصلی، نمرات صفر تا ۱۳ نشان‌دهنده حداقل نشانه‌های افسردگی، ۱٤ تا ۱۹ نشان‌دهنده افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ نشان‌دهنده افسردگی متوسط و ۲۹ تا ٦۳ نشان‌دهنده افسردگی شدید است [۱۵]. نسخه فارسی BDI-II توسط قاسم‌زاده و همکاران مورد بررسی روان‌سنجی قرار گرفته است. در مطالعه آنان، ضریب آلفای کرونباخ ۸۷/۰ و ضریب پایایی بازآزمایی ۷٤/۰ گزارش شد و یافته‌ها از پایایی و روایی همگرای مناسب نسخه فارسی این ابزار حمایت کردند [۱٦]. در پژوهش حاضر، BDI-II صرفاً در مرحله غربالگری و برای احراز یکی از ملاک‌های ورود به مطالعه استفاده شد و نمره آن به‌عنوان متغیر پیامدی وارد تحلیل اثربخشی نشد. این تمایز ضروری است؛ زیرا BDI-II ابزاری عمومی برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی است و به‌طور اختصاصی برای افسردگی پس از زایمان طراحی نشده است. در مقابل، مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS) به‌طور اختصاصی برای غربالگری نشانه‌های افسردگی در دوره پس از زایمان تدوین شده است [۱۷]. بنابراین استفاده از BDI-II در پژوهش حاضر صرفاً ناظر بر غربالگری شدت نشانه‌های افسردگی و تعیین واجد شرایط بودن شرکت‌کنندگان بوده و به معنای جایگزین‌دانستن آن با ابزارهای اختصاصی افسردگی پس از زایمان نیست.

۲. پرسشنامه نیمرخ حالات خلقی (Profile of Mood States; POMS)

پرسشنامه نیمرخ حالات خلقی (Profile of Mood States; POMS) توسط مک‌نیر، لور و دراپلمن تدوین شد [۱۸]. نسخه اصلی این ابزار شامل ٦۵ صفت/گویه است که ۵۸ گویه آن در شش خرده‌مقیاس تنش–اضطراب (۹ گویه)، افسردگی–دلمردگی (۱۵ گویه)، خشم–خصومت (۱۲ گویه)، سرزندگی–فعالیت (۸ گویه)، خستگی–رخوت (۷

زرد آسیب ویرایش نشده

گویه) و سردرگمی–آشفتگی (۷ گویه) نمره‌گذاری می‌شوند و ۷ گویه دیگر در محاسبه نمره اختلال کلی خلق وارد نمی‌شوند [۱۸]. پاسخ‌ها در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر «اصلاً» تا ٤ «بسیار زیاد» ثبت می‌شوند. نمره اختلال کلی خلق (Total Mood Disturbance; TMD) از مجموع نمرات پنج خرده‌مقیاس منفی شامل تنش–اضطراب، افسردگی–دلمردگی، خشم–خصومت، خستگی–رخوت و سردرگمی–آشفتگی و سپس کسر نمره خرده‌مقیاس مثبت سرزندگی–فعالیت محاسبه می‌شود؛ به‌گونه‌ای که نمره بالاتر نشان‌دهنده اختلال بیشتر در حالات خلقی است [۱۸]. POMS برای سنجش حالات خلقی به کار می‌رود و اصطلاح Mood States در این ابزار نباید با مفهوم «خلق‌وخو» یا temperament که بیشتر به ویژگی نسبتاً پایدار فردی اشاره دارد، یکسان در نظر گرفته شود. در پژوهش حاضر، POMS به‌عنوان ابزار سنجش متغیر پیامدی حالات خلقی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. بنابراین، وجود خرده‌مقیاس افسردگی–دلمردگی در POMS با کاربرد BDI-II تداخل مفهومی ندارد؛ زیرا BDI-II صرفاً در غربالگری اولیه استفاده شد، درحالی‌که POMS برای بررسی نیمرخ چندبعدی حالات خلقی و تغییر آن در پاسخ به مداخله به کار رفت [۱۸].

۳. پرسشنامه نظم جویی هیجانی (Emotion Regulation Questionnaire; ERQ)

پرسشنامه نظم جویی هیجانی (Emotion Regulation Questionnaire; ERQ) توسط گراس و جان در سال ۲۰۰۳ برای ارزیابی تفاوت‌های فردی در استفاده معمول از دو راهبرد اصلی نظم جویی هیجانی، یعنی «ارزیابی مجدد شناختی» (Cognitive Reappraisal) و «سرکوب بیانی» (Expressive Suppression)، تدوین شد [۱۹]. این ابزار شامل ۱۰ گویه و دو خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی شامل ٦ گویه، یعنی گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۸ و ۱۰، و خرده‌مقیاس سرکوب بیانی شامل ٤ گویه، یعنی گویه‌های ۲، ٤، ٦ و ۹ است [۱۹]. پاسخ‌ها در یک طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۷ «کاملاً موافقم» ثبت می‌شوند. دامنه نمره خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی از ٦ تا ٤۲ و دامنه نمره خرده‌مقیاس سرکوب بیانی از ٤ تا ۲۸ است. نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از همان راهبرد نظم جویی هیجانی است [۱۹]. در ساختار اصلی ERQ، دو راهبرد ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب بیانی دو سازه متمایز محسوب می‌شوند و محاسبه و تفسیر یک «نمره کل واحد» از مجموع ۱۰ گویه توصیه نشده است. ازاین‌رو، نمرات دو خرده‌مقیاس باید به‌طور جداگانه محاسبه و تفسیر شوند. گراس و جان ضرایب همسانی درونی حدود ۷۹/۰ برای ارزیابی مجدد شناختی و ۷۳/۰ برای سرکوب بیانی گزارش کردند [۱۹]. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی ERQ نیز توسط فروغی و همکاران بررسی شده است. نتایج تحلیل عاملی از ساختار عاملی ابزار حمایت کرد و ضرایب آلفای کرونباخ ۷٦/۰ برای خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی و ۷۲/۰ برای خرده‌مقیاس سرکوب بیانی گزارش شد [۲۰]. بر این اساس، در نسخه اصلاح‌شده پژوهش حاضر، نمرات ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب بیانی به‌صورت جداگانه تحلیل و تفسیر می‌شوند و از تفسیر مجموع آنها به‌عنوان یک نمره کل واحد برای «نظم جویی هیجانی» پرهیز می‌شود.

٤. شاخص حساسیت اضطرابی (Anxiety Sensitivity Index; ASI)

زودآیند ویرایش نشده

شاخص حساسیت اضطرابی (Anxiety Sensitivity Index; ASI) توسط ریس، پترسون، گورسکی و مک‌نالی در سال ۱۹۸٦ تدوین شد [۲۱]. بنابراین، نسبت‌دادن ساخت نسخه اصلی این ابزار به فلوید و همکاران نادرست است. ASI یک ابزار خودگزارشی ۱٦ گویه‌ای است که میزان ترس فرد از احساسات و نشانه‌های مرتبط با اضطراب را به دلیل باور به پیامدهای زیان‌بار جسمانی، روان‌شناختی/شناختی یا اجتماعی آنها ارزیابی می‌کند [۲۱]. هر گویه در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از صفر «بسیار کم» تا ٤ «بسیار زیاد» نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل از جمع نمرات ۱٦ گویه به دست می‌آید و دامنه آن از صفر تا ٦٤ است؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده حساسیت اضطرابی بیشتر هستند [۲۱]. اگرچه ASI در ابتدا برای سنجش سازه کلی حساسیت اضطرابی تدوین شد، پژوهش‌های عاملی بعدی نشان داده‌اند که ساختار آن را می‌توان به‌صورت سلسله‌مراتبی در نظر گرفت؛ به‌گونه‌ای که سه عامل مرتبه پایین‌تر در کنار یک عامل کلی حساسیت اضطرابی قرار می‌گیرند. این سه بعد عمدتاً شامل ترس از پیامدهای بدنی نشانه‌های اضطراب، ترس از پیامدهای شناختی/روان‌شناختی وترس از پیامدهای اجتماعی قابل مشاهده بودن نشانه‌های اضطراب هستند [۲۲]. زینبارگ، بارلو و براون نشان دادند که مدل سلسله‌مراتبی شامل سه عامل مرتبه پایین‌تر و یک عامل کلی مرتبه بالاتر، ساختار داده‌های ASI را به‌خوبی تبیین می‌کند [۲۲]. با توجه به اینکه نسخه اصلی ۱٦ گویه‌ای برای سنجش سازه عمومی حساسیت اضطرابی تدوین شده بود و ساختار چندبعدی آن در پژوهش‌های عاملی بعدی مشخص شد، در پژوهش حاضر نمره کل ASI به‌عنوان شاخص اصلی حساسیت اضطرابی در نظر گرفته شد و تحلیل ابعاد جسمانی، شناختی و اجتماعی به‌عنوان تحلیل‌های تکمیلی انجام گرفت. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل حساسیت اضطرابی ۸۹/۰ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

روند اجرای پژوهش

پس از غربالگری اولیه، بررسی ملاک‌های ورود و تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌های آزمایش و کنترل، پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. در مرحله پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان پرسشنامه نیمرخ حالات خلقی (POMS)، پرسشنامه نظم جویی هیجانی (ERQ) و شاخص حساسیت اضطرابی (ASI) را تکمیل کردند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در هشت جلسه گروهی ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، تحت مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. محتوای مداخله با اقتباس از چارچوب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرایندهای اصلی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شامل پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه اکنون، خود به‌عنوان زمینه، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه تنظیم شد [۲۳]. گروه کنترل در طول دوره اجرای مداخله در فهرست انتظار قرار داشت و مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی این دوره دریافت نکرد. بلافاصله پس از پایان جلسه هشتم، پس‌آزمون برای هر دو گروه در شرایط مشابه اجرا شد و شرکت‌کنندگان مجدداً POMS، ERQ و ASI را تکمیل کردند. سپس نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه برای بررسی اثربخشی مداخله مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا و فعالیت درمانی
جلسه ۱	آشنایی اعضا و درمانگر، توضیح ساختار و قواعد گروه، معرفی منطق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بررسی راهبردهای کنترل

زودآیند ویرایش نشده

	و اجتناب ناکارآمد و آغاز شناسایی ارزش‌های شخصی. تکلیف: ثبت ارزش‌ها و موقعیت‌های اجتناب تجربه‌ای.
جلسه ۲	تکمیل روشن‌سازی ارزش‌ها در حوزه‌های مهم زندگی و تمایز میان ارزش، هدف و انتظار دیگران؛ شناسایی موانع حرکت ارزش‌محور و تدوین گام‌های رفتاری کوچک. تکلیف: اجرای یک اقدام مشخص همسو با ارزش انتخاب‌شده.
جلسه ۳	آموزش تماس با لحظه اکنون و ذهن‌آگاهی؛ تمرین مشاهده افکار، احساسات و حس‌های بدنی بدون قضاوت و بدون تلاش برای حذف آنها. تکلیف: تمرین روزانه ذهن‌آگاهی کوتاه و ثبت تجربه.
جلسه ٤	معرفی گسلش شناختی و تمایز بین «داشتن یک فکر» و «واقعیت»؛ تمرین‌های فاصله‌گیری از افکار منفی و خودانتقادگر و کاهش درگیری با نشخوار ذهنی. تکلیف: به‌کارگیری تمرین‌های گسلش در موقعیت‌های روزمره.
جلسه ٥	آموزش پذیرش در برابر اجتناب تجربه‌ای؛ بررسی هزینه‌های کنترل افکار و هیجان‌های ناخوشایند و افزایش تمایل به تجربه آنها در خدمت ارزش‌ها. تکلیف: مواجهه پذیرش‌محور با یک تجربه هیجانی دشوار.
جلسه ٦	آموزش «خود به‌عنوان زمینه/مشاهده‌گر» و تقویت توان مشاهده تجربه‌های درونی از چشم‌اندازی گسترده‌تر؛ مرور ارتباط این مهارت با نقش مادری و فشارهای دوره پس از زایمان. تکلیف: تمرین مشاهده‌گر و ثبت موقعیت‌های کاربرد.
جلسه ۷	یکپارچه‌سازی پذیرش، گسلش و ارزش‌ها؛ شناسایی موانع ادامه مسیر و طراحی اقدامات متعهدانه واقع‌بینانه در حوزه‌های فردی، خانوادگی و مراقبت از خود. تکلیف: اجرای برنامه اقدام متعهدانه.
جلسه ۸	مرور فرایندهای آموخته‌شده، ارزیابی تغییرات، تدوین برنامه حفظ دستاوردها و پیشگیری از بازگشت به الگوهای اجتنابی؛ تعیین اقدامات متعهدانه پس از پایان جلسات و جمع‌بندی گروه.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند. در سطح توصیفی، میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد گزارش شد. پیش از تحلیل اصلی، داده‌های پرت تک‌متغیری و چندمتغیری، نرمال بودن توزیع متغیرها، خطی بودن روابط بین متغیرهای وابسته و هم‌پراش، همگنی شیب‌های رگرسیون، همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس بررسی شد. برای بررسی اثر مداخله بر مجموعه پیامدهای اصلی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد؛ گروه (آزمایش/کنترل) متغیر مستقل، نمرات پس‌آزمون پیامدها متغیرهای وابسته و نمرات متناظر پیش‌آزمون متغیرهای هم‌پراش بودند. اثر چندمتغیری گروه با آماره اثر پیلایی (Pillai’s Trace) گزارش شد. پس از معنادار شدن اثر چندمتغیری، تحلیل‌های کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) به‌عنوان آزمون‌های پیگیری برای پیامدهای مجزا انجام شد و اندازه اثر با مجذور اتای جزئی گزارش گردید. برای کنترل افزایش خطای نوع اول در آزمون‌های پیگیری متعدد، اصلاح بونفرونی متناسب با تعداد مقایسه‌ها در نظر گرفته شد. سطح معناداری آزمون کلی ۰/۰۵ تعیین شد.

یافته‌ها

شرکت کنندگان ٤٠ نفراز زنان با نشانگان افسردگی پس از زایمان مراجعه کننده به مراکزخدمات روانشناختی ومشاوره منتخب شهر تهران در سال ۱٤۰۳ بودند.میانگین سنی آن ها ۳٥/٤۷ بوده است. بیشترین فراوانی سطح تحصیلات در مقطع دیپلم (۲٦ نفر با ٦٥ درصد) می باشد. بیشترین فراوانی سنی بین ۳٦ تا ٤۰ سال می‌باشد که شامل ۱۸ نفر (٤٥ درصد) بوده است. بیشترین فراوانی افسردگی پس از زایمان در مادران مربوط به زایمان دوم می‌باشد که شامل ۱۸ نفر (٤٥ درصد) بود. بیشترین فراوانی افسردگی پس از زایمان در زنان با جنسیت پسر متولد شده می باشند که ۲۳ نفر (٥۷/٥۰ درصد) راشامل می شد.اطلاعات توصیفی حالات خلقی ، نظم جویی هیجانی و حساسیت به اضطراب درگروه آزمایش

زودآیند ویرایش نشده

و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۲- اطلاعات توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک مرحله سنجش در دو گروه

متغیر	شاخص	آزمایش		کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
حالات خلقی	میانگین	۱۰۱/۶۰	۹۳/۷۵	۱۰۵/۱۵	۱۰۴/۷۰
	انحراف استاندارد	۲۰/۶۱	۲۰/۹۱	۱۹/۴۵	۱۹/۴۸
اضطراب	میانگین	۱۹/۷۵	۱۶/۱۰	۲۰/۸۰	۲۰/۵۰
	انحراف استاندارد	۲/۶۳	۲/۸۰	۲/۸۹	۲/۸۵
افسردگی	میانگین	۲۴/۸۰	۲۱/۳۰	۲۷/۱۵	۲۷/۰۰
	انحراف استاندارد	۵/۶۱	۵/۱۵	۴/۴۹	۴/۵۹
خستگی	میانگین	۱۶/۷۵	۱۲/۸۵	۱۶/۵۰	۱۶/۷۵
	انحراف استاندارد	۴/۳۹	۴/۳۳	۴/۲۷	۴/۴۹
سردرگمی	میانگین	۱۵/۳۵	۱۱/۲۵	۱۷/۶۵	۱۶/۸۵
	انحراف استاندارد	۲/۷۱	۲/۸۹	۳/۶۱	۳/۷۸
عصبانیت	میانگین	۲۴/۶۰	۱۹/۶۵	۲۷/۰۵	۲۷/۲۵
	انحراف استاندارد	۴/۴۱	۵/۴۹	۵/۱۹	۵/۰۶
سرزندگی	میانگین	۱۵/۴۰	۱۹/۹۰	۱۵/۶۰	۱۵/۹۰
	انحراف استاندارد	۲/۳۰	۲/۱۲	۲/۴۳	۲/۴۴
نظم جویی هیجانی	میانگین	۳۶/۸۵	۴۱/۷۵	۳۷/۲۰	۳۷/۵۵
	انحراف استاندارد	۵/۳۶	۵/۳۲	۵/۶۵	۵/۵۶
ارزیابی مجدد هیجانی	میانگین	۱۹/۱۰	۲۴/۱۵	۲۱/۲۰	۲۱/۵۰
	انحراف استاندارد	۳/۳۷	۳/۵۸	۳/۹۶	۴
بازداری هیجانی	میانگین	۱۶/۱۵	-۲۰/۳۰	۱۶/۷۵	۱۶/۹۵
	انحراف استاندارد	۱/۳۴	۱/۲۱	۱/۳۳	۱/۵۳
حساسیت اضطرابی	میانگین	۳۶/۳۰	۲۷/۰۰	۳۶/۲۵	۳۵/۵۵
	انحراف استاندارد	۳/۰۲	۳/۴۰	۳/۰۴	۳/۲۰
	میانگین	۲۵/۶۰	۲۰/۷۵	۲۴/۵۰	۲۴/۲۵
ترس از پیامدهای بدنی	انحراف استاندارد	۳/۸۰	۴/۱۰	۳/۱۰	۳/۱۷
ترس از نداشتن کنترل شناختی	میانگین	۹/۴۵	۷	۹/۲۵	۹
	انحراف استاندارد	۲/۰۸	۲/۹۷	۱/۸۳	۱/۸۹
ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	میانگین	۱۱/۳۵	۷/۶۵	۱۲/۴۵	۱۱/۸۰
	انحراف استاندارد	۲/۱۸	۲۱۳	۳/۵۱	۴/۲۳

جهت تعیین اثر بخشی روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حالات خلقی، حساسیت به اضطراب و نظم جویی هیجانی از تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) استفاده شد.

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه (آنکوا) مقایسه پس آزمون متغیرهای پژوهش در دوگروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
حالات خلقی		۱۵۳/۷۹۵	۱	۱۵۳/۷۹۵	۶۰/۶۱۵	۰/۰۰۰۱	/۹۹۴
		۷۳		۷۳	۹۵	۰	۰
گروه		۲۳/۴۵۱	۱	۲۳/۴۵۱	۹/۲۹۸	۰/۰۰۴	/۲۰۵
خطا		۹۰/۷۹۶	۳۶	۲/۵۲۲			۰
تنظیم هیجانی		۱۰۶/۷۲۲	۱	۱۰۶/۷۲۲	۵۹/۴۷۵	۰/۰۰۰۱	/۹۴۳
		۷		۷	۰	۰	۰
گروه		۸/۷۷۳	۱	۸/۷۷۳	۴/۸۵۲	۰/۰۳۴	/۱۱۹
خطا		۶۵/۰۹۷	۳۶	۱/۸۰۸			۰
حساسیت اضطرابی		۳۶۶/۸۰۶	۱	۳۶۶/۸۰۶	۲۷/۸۲۲	۰/۰۰۰۱	/۸۸۴
					۴	۰	۰
گروه		۶/۷۶۷	۱	۶/۷۶۷	۵/۰۷۰	۰/۰۳۱	/۱۲۳
خطا		۴۸/۰۴۹	۳۶	۱/۳۳۵			۰

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اثر گروه بر ترکیب متغیر حالات خلقی در زنان با افسردگی پس از زایمان معنادار است (eta=۹۹۴ ، ۰/۰۰۰۱> p،

روداشد ویرایش نشده

F=٦٠٩٥/٦١٥)؛ و نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیر حالات خلقی در مجموع معناداراست و میزان این تفاوت در جامعه ۲۰ درصد است؛ یعنی ۲۰ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیر وابسته است. به این ترتیب مداخله انجام شده بر کاهش حالات خلقی زنان با افسردگی پس از زایمان ، تأثیر معنادار دارد. اثر گروه بر ترکیب متغیر نظم جویی هیجانی در زنان با افسردگی پس از زایمان معنادار است (eta=٩٤٣ ، ٠/٠٠٠١> p، F=٥٩٠/٤٧٥)؛ و نتایج نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیر نظم جویی هیجانی در مجموع معناداراست و میزان این تفاوت در جامعه ۰/۱۱۹ درصد است؛ یعنی ۱۲ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیر وابسته است. به این ترتیب مداخله انجام شده بر افزایش نظم جویی هیجانی زنان با افسردگی پس از زایمان ، تأثیر معنادار دارد. اثر گروه بر ترکیب متغیر حساسیت اضطرابی در زنان با افسردگی پس از زایمان معنادار است (eta=٨٨٤ ، ٠/٠٠٠١> p، F=٢٧٤/٨٢٢)؛ همچنین نتایج بیانگرآن بود که تفاوت نمرات بین دو گروه درمتغیر حساسیت اضطرابی در مجموع معناداراست و میزان این تفاوت در جامعه ۰/۱۲۳ درصد است؛ یعنی ۱۲ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیر وابسته است. به این ترتیب مداخله انجام شده بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان با افسردگی پس از زایمان ، تأثیر معنادار دارد.

جدول ٤- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکووا) روی نمرات پس آزمون خرده مولفه های حالات خلقی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sign	اتا	توان آماری
اضطراب	۱۹/٦۰۰ ۳	۱	۱۹/٦۰۰ ۳	۲/۱۳٦ ٤	/۰۰۰ ۰	/۳۸۸ ۰	/۹۹۸ ۰
افسردگی	۳۲/۹۰۰ ٤	۱	۳۲/۹۰۰ ٤	۱/۸٦۹ ۳	/۰۰۱ ۰	/۲٦۷ ۰	/۹۵۲ ۰
خستگی	۱۵/۱۰۰ ۲	۱	۱۵/۱۰۰ ۲	۷/۸۰۷	/۰۰۸ ۰	/۱۷۰ ۰	/۷۷۷ ۰
سردرگمی	۳۱/٦۰۰ ۳	۱	۳۱/٦۰۰ ۳	۲/۵٦٦ ۷	/۰۰۰ ۰	/٤۲۰ ۰	/۹۹۹ ۰
عصبانیت	۵۷/٦۰۰ ۷	۱	۵۷/٦۰۰ ۷	۲/٦٦۲ ۰	/۰۰۰ ۰	/۳۵۲ ۰	/۹۹۳ ۰
سرزندگی	۱٦/۰۰۰ ۰	۱	۱٦/۰۰۰ ۰	۳/٤٦۱ ۰	/۰۰۰ ۰	/٤٤۵ ۰	۱

جدول ٤ نشان می دهد که با حذف اثر پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون مولفه های اضطراب، افسردگی، خستگی، سردرگمی، عصبانت و سرزندگی در گروه آزمایشی وگروه کنترل تفاوت معنا داری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره های مراحل (پیش آزمون، پس آزمون) در این گروه ها تفاوت معناداری مشاهده می شود (P< ۰/۰۵). نتایج، بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی، خستگی، سردرگمی، عصبانت و سرزندگی درزنان با افسردگی پس از زایمان می باشد.

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکووا) روی نمرات پس آزمون خرده مولفه های نظم جویی هیجانی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sign	اتا
ارزیابی مجدد هیجانی	۷۰/۲۲۵	۱	۷۰/۲۲۵	٤/۸۵٦	۰/۰۳٤	۰/۱۱۳
بازداری هیجانی	۱۱۲/۲۲۵	۱	۱۱۲/۲۲۵	۵۸/۲۹۹	۰/۰۰۰	۰/٦۰۵

جدول ۵ نشان می دهد که با حذف اثر پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش بین میانگین پیش آزمون، پس آزمون مولفه

زودآیند ویرایش نشده

های ارزیابی مجدد هیجانی و بازداری هیجانی در گروه آزمایشی وگروه کنترل تفاوت معنا داری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره های مراحل (پیش آزمون، پس آزمون) در این گروه ها تفاوت معناداری مشاهده می شود (۰/۰۵ >P). نتایج، بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی مجدد هیجانی و بازداری هیجانی درزنان با افسردگی پس از زایمان می باشد.

جدول ٦- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکووا) روی نمرات پس آزمون خرده مولفه های حساسیت اضطرابی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اتا	توان آماری
ترس از پیامدهای بدنی	۱۲/۵۰۰ ۲	۱	۱۲/۵۰۰ ۲	/۱۰۱ ۹	/۰۰۵ ۰	/۱۹۳ ۰	/۸۳٦ ۰
ترس از نداشتن کنترل شناختی	٤۰/۰۰۰	۱	٤۰/۰۰۰	/٤٤۱ ٦	/۰۱٥ ۰	/۲٦۷ ۰	/٦۹٦ ۰
ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	۱۷/۲۲٥ ۲	۱	۱٥/۲۲٥ ۲	/۸۰۷ ۷	/۰۰۸ ۰	/۱۷۲ ۰	/۹۲٥ ۰

جدول ٦ نشان می دهد که با حذف اثر پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون مولفه های ترس از پیامدهای بدنی،ترس ازنداشتن کنترل شناختی وترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران در گروه آزمایشی وگروه کنترل تفاوت معنا داری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره های مراحل (پیش آزمون، پس آزمون) در این گروه ها تفاوت معناداری مشاهده می شود (P<۰/۰۵). نتایج، بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه های حساسیت اضطرابی درزنان با افسردگی پس از زایمان می باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حالات خلقی، نظم‌جویی هیجانی و حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر تهران در سال ۱٤۰۳ بود. یافته‌ها نشان داد مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهبود معنادار حالات خلقی زنان گروه آزمایش همراه بود؛ به‌گونه‌ای که مؤلفه‌های منفی خلق کاهش یافتند و در مقابل، سرزندگی و حالات عاطفی مثبت افزایش پیدا کردند. این یافته با شواهد موجود درباره کاربرد ACT در مشکلات خلقی و اضطرابی دوره پیرامون‌زایمان همسو است. واترز و همکاران در بررسی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان دارای اختلالات خلقی و اضطرابی دوره پیرامون‌زایمان، امکان‌پذیری و نتایج اولیه امیدوارکننده این مداخله را گزارش کردند [١٤]. همچنین در یک فراتحلیل جدید بر ۹۱ مطالعه کنترل‌شده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش معنادار آشفتگی روان‌شناختی شامل نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس همراه بود و آثار درمان در پیگیری نیز تا حدی پایدار باقی ماند [٢٤]. اگرچه این شواهد مستقیماً معادل سنجش نیمرخ حالات خلقی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان نیستند، جهت کلی آنها از یافته حاضر حمایت می‌کند.

در تبیین بهبود حالات خلقی می‌توان به سازوکارهای اصلی ACT توجه کرد. برخلاف رویکردهایی که هدف اصلی آنها تغییر مستقیم محتوا یا حذف افکار و هیجان‌های ناخوشایند است، ACT بر تغییر رابطه فرد با تجربه‌های درونی تأکید می‌کند. فرایندهایی مانند پذیرش، گسلش شناختی، تماس با

رونوشت ویرایش نشده

لحظه اکنون، خود به‌عنوان زمینه، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه به فرد کمک می‌کنند افکار و احساسات ناخوشایند را بدون درگیری افراطی یا تلاش مداوم برای حذف آنها تجربه کند و در عین حال رفتار خود را در جهت ارزش‌های شخصی سازمان دهد [۲۳]. مرور نظام‌مند و فراتحلیل مکری و راگ نشان داد مداخلات ACT موجب کاهش مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، از جمله آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای، و افزایش مؤلفه‌هایی مانند پذیرش، گسلش شناختی، تماس با ارزش‌ها و اقدام متعهدانه می‌شوند و تغییر این فرایندها با کاهش آشفتگی روان‌شناختی ارتباط دارد [۲۵].

یافته دوم پژوهش نشان داد مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص‌های نظم‌جویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تأثیر معناداری داشته است. این یافته از نظر نظری با مدل ACT همخوان است؛ زیرا یکی از مشکلاتی که این رویکرد هدف قرار می‌دهد، تلاش انعطاف‌ناپذیر برای کنترل، اجتناب یا سرکوب تجربه‌های هیجانی ناخوشایند است [۲۳]. در دوره پس از زایمان، مواجهه با خستگی، تغییرات جسمانی، اختلال خواب، نگرانی درباره سلامت نوزاد، تغییر نقش خانوادگی و مسئولیت‌های جدید می‌تواند دامنه گسترده‌ای از هیجان‌های ناخوشایند را فعال کند. در چنین شرایطی، تلاش مداوم برای حذف یا اجتناب از این هیجان‌ها ممکن است خود به تداوم آشفتگی روان‌شناختی کمک کند.

شواهد پژوهشی دوره پس از زایمان نیز اهمیت این فرایند را تأیید می‌کنند. در مطالعه براندائو و همکاران، دشواری‌هایی مانند نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در رفتار هدفمند هنگام تجربه هیجان منفی و دسترسی محدود به راهبردهای مؤثر نظم‌جویی هیجانی با شدت بیشتر نشانه‌های افسردگی پس از زایمان ارتباط داشتند [۹]. همچنین مطالعه میلر و همکاران نشان داد اجتناب تجربه‌ای می‌تواند در ارتباط میان برخی عوامل خطر روان‌شناختی و آسیب‌شناسی درونی‌سازی‌شده در دوره پیرامون‌زایمان نقش میانجی داشته باشد [۱۱]. این یافته‌ها نشان می‌دهند که نحوه مواجهه زنان با تجربه‌های هیجانی ناخوشایند می‌تواند یکی از فرایندهای مهم در سلامت روان دوره پس از زایمان باشد.

ACT از طریق آموزش پذیرش به فرد کمک می‌کند میان «داشتن یک هیجان ناخوشایند» و «ضرورت کنترل یا حذف آن هیجان» تمایز قائل شود. در این رویکرد، پذیرش به معنای تسلیم‌شدن در برابر مشکل نیست، بلکه به معنای ایجاد آمادگی برای تجربه افکار، احساسات و احساس‌های بدنی بدون به‌کارگیری راهبردهای اجتنابی ناکارآمد است [۲۳]. در کنار آن، گسلش شناختی موجب می‌شود فرد فاصله بیشتری از افکار خودکار و ارزیابی‌های منفی ایجاد کند و تماس با لحظه اکنون نیز زمینه توجه انعطاف‌پذیرتر به تجربه جاری را فراهم می‌کند. شواهد فراتحلیلی نشان داده‌اند تغییر در این مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با کاهش آشفتگی روانی پس از ACT ارتباط دارد [۲۵، ۲۶، ۲۷].

یافته سوم پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش معنادار حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان همراه بود. اهمیت این یافته از آن جهت است که حساسیت اضطرابی با خود اضطراب یکسان نیست؛ بلکه به ترس فرد از احساسات مرتبط با برانگیختگی و باور به خطرناک بودن پیامدهای جسمانی، شناختی یا اجتماعی آنها اشاره دارد. شواهد دوره پیرامون‌زایمان نشان می‌دهند حساسیت اضطرابی تنها با نشانه‌های اضطراب مرتبط نیست، بلکه با طیف وسیع‌تری از آشفتگی‌های روان‌شناختی،

زودآیند ویرایش نشده

از جمله نشانه‌های افسردگی و استرس پس از سانحه نیز ارتباط دارد [۸]. همچنین حساسیت اضطرابی دوران بارداری با آشفتگی روان‌شناختی و استرس والدگری پس از زایمان مرتبط گزارش شده است [۱۰].

از منظر نظری، اثر ACT بر حساسیت اضطرابی را می‌توان بر اساس تغییر رابطه فرد با تجربه‌های درونی توضیح داد. فرد دارای حساسیت اضطرابی بالا ممکن است تغییرات بدنی مانند افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه یا احساس کاهش تمرکز را به‌عنوان نشانه‌هایی خطرناک یا غیرقابل‌کنترل تفسیر کند. تلاش برای کنترل، سرکوب یا اجتناب از این تجربه‌ها ممکن است توجه فرد را به آنها افزایش داده و چرخه ترس از احساس‌های درونی را تقویت کند. در ACT، فرد می‌آموزد افکار، احساس‌ها و دریافت‌های بدنی را بدون قضاوت و بدون تلاش فوری برای حذف آنها مشاهده کند؛ پذیرش و گسلش شناختی نیز می‌توانند از آمیختگی فرد با تفسیرهای تهدیدآمیز بکاهند [۲۳،۲۵].

همچنین در یک کارآزمایی دیگر، مداخله ACT موجب کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی شد و تغییر در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اقدام متعهدانه در این بهبود نقش میانجی داشت [۲۹]. در پژوهش لو و همکاران نیز افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، گسلش شناختی و جهت‌گیری مبتنی بر ارزش‌ها بخشی از اثر مداخله ACT بر کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی را توضیح داد [۲۶]. مجموعه این شواهد با این تبیین همخوان است که ACT الزاماً برای حذف مستقیم تجربه اضطراب تلاش نمی‌کند، بلکه با کاهش اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی و افزایش پذیرش و رفتار ارزش‌محور، رابطه فرد با تجربه‌های اضطرابی را تغییر می‌دهد [۲۳،۲۵]. بااین‌حال، نتایج حاضر نباید به معنای برتری ACT نسبت به همه درمان‌های روان‌شناختی دیگر تفسیر شود. یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل جدید از کارآزمایی‌های تصادفی که ACT کامل را با روان‌درمانی‌های معتبر دیگر مقایسه کرد، شواهدی مبنی بر برتری کلی ACT نسبت به سایر درمان‌های روان‌شناختی تثبیت‌شده پیدا نکرد [۳۰].

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به اجرای آن در نمونه‌ای نسبتاً محدود اشاره کرد که تعمیم نتایج را با احتیاط همراه می‌سازد. با این حال، در صورت فراهم شدن امکانات بیشتر می‌توان این مداخله را در گروه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر اجرا کرد. همچنین در این مطالعه تمرکز صرفاً بر زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بوده است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثربخشی این رویکرد در سایر گروه‌های دارای مشکلات روان‌شناختی یا جسمانی نیز بررسی شود. علاوه بر این، انجام پیگیری‌های زمانی (برای مثال دو یا سه ماه پس از پایان مداخله) می‌تواند به ارزیابی پایداری اثرات درمان کمک کند. بررسی اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بافت زندگی واقعی افراد و به‌صورت مطالعات طولی نیز می‌تواند درک عمیق‌تری از سازوکارهای تغییر فراهم سازد.

با توجه به نتایج این پژوهش که نشان‌دهنده تأثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خلق، نظم جویی هیجانی و کاهش حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان است، به مشاوران و روان‌درمانگران توصیه می‌شود از فنون این رویکرد در برنامه‌های درمانی خود استفاده کنند. بهره‌گیری از تکنیک‌های پذیرش، گسلش شناختی، شناسایی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه می‌تواند به این زنان کمک کند راهبردهای سازگارانه‌تری برای مواجهه با مشکلات خود بیابند و در مسیر ارتقای سلامت روان گام بردارند. همچنین پیشنهاد می‌شود در تدوین پروتکل‌های درمانی مرتبط با

ویرایش نشده

مشکلات هیجانی و شناختی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، اصول و فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد توجه قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی:

این مطالعه حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشدروانشناسی بالینی دانشگاه آزاداسلامی واحدعلوم پزشکی تهران با کداخلاق IR.IAU.TMU.REC.1401.378 است.

حمایت مالی:

این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی را جهت اجرا دریافت ننموده است.

سهم نویسندگان:

مقاله حاضرازاجرا وانجام پژوهش توسط نویسنده اول به عنوان دانشجوی مقطع کارشناسی ارشدومستخرج ازپایان نامه انجام گردیده است ونویسنده دوم به عنوان استادراهنماونویسنده مسئول نقش داشتند.

تضادمنافع:

نویسندگان اعلام می دارندکه درنتایج این پژوهش هیچگونه تضادمنافعی وجودندارد.

تشکروقدردانی:

نویسندگان ازمشارکت کنندگان درپژوهش حاضرنهایت سپاس وقدردانی خود را اعلام می دارند.

دسترسی به داده ها:

برای دسترسی به داده های این مطالعه میتوان با ایمیل نویسنده مسئول تماس حاصل نمود.

References

1. Ferrari AJ, Miller PA, Shadid J, Mantilla Herrera A, Ahmed S, Noyes T, et al. The global prevalence of major depressive disorder during the peripartum period: a systematic review and meta-regression. Lancet Psychiatry. 2026;13(6):461-471.doi:10.1016/S2215-0366(26)00085-4
2. Shabani A, Farahbakhsh M, Mazaheri Meybodi A, Faghih N, Haddadi M. The underlying factors for postpartum depression severity in Iran: a single-center study. J Family Reprod Health. 2023;17(3):179-184.doi:10.18502/jfrh.v17i3.13541
3. Al Rehaili BO, Al-Raddadi R, AlEnezi NK, AlYami AH. Postpartum quality of life and associated factors: a cross-sectional study. Qual Life Res. 2023;32(7):2099-2106. doi:10.1007/s11136-023-03384-3
4. Mughal MK, Giallo R, Arshad M, Arnold PD, Bright K, Charrois EM, et al. Trajectories of maternal depressive symptoms from pregnancy to 11 years postpartum: findings from Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) cohort. J Affect Disord. 2023;328:191-199. doi:10.1016/j.jad.2023.02.023
5. Hildingsson I, Rubertsson C. Postpartum bonding and association with depressive symptoms and prenatal attachment in women with fear of birth. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22:66.doi:10.1186/s12884-021-04367-3
6. Yang J, Zhang H, Yin X, Gong Y. Longitudinal reciprocal relationships between family functioning and depression among perinatal women: disentangling between-person and within-person effects. Stress Health. 2026;42.(۴).doi:10.1002/smi.70197
7. Pingeton BC, Cochran A, Goodman SH, Laurent H, Sbrilli MD, Knight B, et al. Positive affect improves a transdiagnostic model of perinatal depression symptoms. J Affect Disord. 2023;336:112-119. doi:10.1016/j.jad.2023.05.031
8. Zimmermann M, Mahanna A, Shashkova E, Drouhard R, Carr C, Sheldrick RC, et al. Anxiety sensitivity in the perinatal period: a scoping review. Ment Health Prev. 2025;37:200397 .doi:10.1016/j.mhp.2025.200397
9. Brandão T, Ribeiro AC, Griff MI, Babore A, Diniz E. Social support and postpartum depressive symptoms in Portuguese women: the mediating role of emotion regulation difficulties. J Clin Med. 2024;13(23):7150.doi:10.3390/jcm13237150
10. Witcraft SM, Perry MM, Viana AG, Tull MT, Dixon LJ. A preliminary investigation of prenatal

زودآیند ویرایش نشده

11. Miller ML, Jiang LJ, O'Hara MW. Experiential avoidance as a mediator of risk factors for higher order internalizing psychopathology in the perinatal period. J Clin Psychol. 2024;80(3):625-645.doi:10.1002/jclp.23644
12. Thomas EBK, Miller ML, Grekin R, O'Hara MW. Examining psychological inflexibility as a mediator of postpartum depressive symptoms: a longitudinal observational study of perinatal depression. J Contextual Behav Sci. 2023;27:11-15.doi:10.1016/j.jcbs.2022.11.005.
13. Bonacquisti A, Woodworth EC, Diaz M, Grunberg VA. Acceptance-based process variables on postpartum well-being and distress: the mediating role of psychological flexibility. PLoS One. 2024;19.(۱۲) .doi:10.1371/journal.pone.0312454.
14. Waters CS, Annear B, Flockhart G, Jones I, Simmonds JR, Smith S, et al. Acceptance and Commitment Therapy for perinatal mood and anxiety disorders: a feasibility and proof of concept study. Br J Clin Psychol. 2020;59(4):461-479.doi:10.1111/bjc.12261
15. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio (TX): Psychological Corporation; 1996.
16. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-second edition: BDI-II-Persian. Depress Anxiety. 2005;21(4):185-92. doi:10.1002/da.20070.
17. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6. doi:10.1192/bjp.150.6.782.
18. McNair DM, Lorr M, Droppleman LF. Manual for the Profile of Mood States. San Diego (CA): Educational and Industrial Testing Service; 1971.
19. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol. 2003;85(2):348-62. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348.
20. Foroughi AA, Parvizifard A, Sadeghi K, Parsa Moghadam A. Psychometric properties of the Persian version of the Emotion Regulation Questionnaire. Trends Psychiatry Psychother. 2021;43(2):101-7. doi:10.47626/2237-6089-2018-0106.
21. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. Behav Res Ther. 1986;24(1):1-8. doi:10.1016/0005-7967(86)90143-9.
22. Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA. Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: evidence and implications. Psychol Assess. 1997;9(3):277-84. doi:10.1037/1040-3590.9.3.277.
23. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012.
24. Khazaie H, Maroufi A, Khazaie A, Komasi S, Yasamy MT. Optimal and minimal doses of Acceptance and Commitment Therapy to improve psychological distress: a meta-analysis, meta-regression, and subgroup analysis of controlled trials. Adm Policy Ment Health. 2026;53(3):211-223. doi:10.1007/s10488-026-01490-1.
25. Macri JA, Rogge RD. Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in Acceptance and Commitment Therapy: a comprehensive systematic and meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2024;110:102432. doi:10.1016/j.cpr.2024.102432.
26. Lu Y, Li Y, Huang Y, Zhang X, Wang J, Wu L, et al. Effects and mechanisms of a web- and mobile-based Acceptance and Commitment Therapy intervention for anxiety and depression symptoms in nurses: fully decentralized randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2023;25. doi:10.2196/51549.
27. Nicoletti AE, Rizzi S, Fait S, Mayora-Ibarra O. Prevention of postpartum depression via a digital ACT-based intervention: evaluation of a prototype using multiple case studies. Behav Sci (Basel). 2025;15(12):1723. doi:10.3390/bs15121723.
28. Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Plumb Vilardaga JC, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy versus Acceptance and Commitment Therapy for mixed anxiety disorders. J Consult Clin Psychol. 2012;80(5):750-765. doi:10.1037/a0028310.
29. Dindo L, Fiedorowicz JG, Boykin DM, Wooldridge N, Myers J, Ajibewa T, et al. A randomized controlled trial for symptoms of anxiety and depression: effects of a 1-day acceptance and commitment training workshop. Ann Clin Psychiatry. 2021;33(4):258-269. doi:10.12788/acp.0046.
30. Gower T, Styler ZR, Litz BT. Randomized controlled evidence of the efficacy of Acceptance anxiety sensitivity and postpartum distress. J Midwifery Womens Health. 2024;69(1):58-63.doi:10.1111/jmwh.13529

and Commitment Therapy: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2026;128:102786. doi:10.1016/j.cpr.2026.102786.

زودآیند ویرایش نشده