

اثربخشی مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اینترنتی بر پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی در زنان باردار شهرستان ارومیه: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

روشنک یزدان‌پناه^۱، تورج هاشمی نصرت‌آباد^۲، مصطفی زارعان^۳، عباس بخشی‌پور رودسری^۴، مجید محمودعلی‌لو^۵

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۶/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۹/۲۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اگرچه بارداری مهم‌ترین و نشاط‌آورترین تجربه زندگی زنان است، اما تغییرات هورمونی بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. این میان پریشانی روان‌شناختی زنان باردار به‌عنوان بیانی از رنج احساسی است که با علائم افسردگی و اضطراب شرح داده می‌شود و ذهن آگاهی به معنای نگرشی باز، غیرقضاوتی و با توجه کامل به لحظه حال می‌تواند در سازگاری با شرایط سخت به فرد کمک نماید. بنابراین چالش‌برانگیز بودن این مشکلات از ملاحظات بسیار مهم بهداشت عمومی محسوب می‌شود. لذا هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اینترنتی بر پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی در زنان باردار بود.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. ۵۰ زن باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان ارومیه در بازه زمانی بهمن تا اسفند ۱۴۰۱ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب‌شده و وارد این مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه (۲۵ نفر گروه کنترل، ۲۵ نفر گروه مداخله) قرار گرفتند. گروه مداخله ۸ جلسه روان‌درمانی فردی اینترنتی از اسفند ۱۴۰۱ تا خرداد ۱۴۰۲ دریافت نموده و مجدداً تیر ۱۴۰۲ مورد پیگیری قرار گرفتند. پرسشنامه استاندارد پریشانی روان‌شناختی کسلر، پرسشنامه ذهن آگاهی براون و برایان و اطلاعات جمعیت شناختی مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از روش آماری آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که میانگین پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی گروه مداخله در ابتدای مطالعه ۲۵/۸۴ و ۵۱/۶۰ بود و در انتهای مطالعه به ۲۲/۷۶ و ۶۱/۱۶ در سطح معناداری ($P < 0/05$) تغییر یافت، در حالی که تغییر معناداری در گروه کنترل ایجاد نشد. بنابراین درمان پذیرش و تعهد اینترنتی در پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی آزمودنی‌ها با سطح معناداری ($P < 0/05$) مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اینترنتی موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانی در افراد است و فضایی برای آن‌ها ایجاد می‌کند تا به‌گونه‌ای عمل کنند که چالش‌هایی را که به منظور کنترل افکار، احساسات، حس‌های بدنی و هیجانات ناخوشایند خود دارند را رها کرده و حتی در حضور افکار، احساسات و حس‌های جسمانی ناخوشایندشان، در جهت اهداف و ارزش‌هایی که برای زندگی‌شان انتخاب کرده‌اند، گام بردارند. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اینترنتی منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش ذهن آگاهی در زنان باردار شد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، زنان باردار، پریشانی روان‌شناختی، مداخلات اینترنتی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره نهم، پی‌درپی ۱۷۰، آذر ۱۴۰۲، ص ۶۹۷-۶۸۶

آدرس مکاتبه: ایران، تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. تلفن: ۰۴۱-۳۳۳۹۲۰۹۷

Email: Tourajhashemi46@Tabrizu.ac.ir

مقدمه

اکثراً قابل انتظار و خوش‌یمن است، اما می‌تواند سخت و استرس‌زا نیز باشد (۱). اضطراب، استرس، افسردگی و ترس از بارداری از علائم شایعی است که توسط نیمی از زنان در طول بارداری تجربه می‌شود.

بارداری زمان مهمی در زندگی است که مستلزم تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی در زندگی زنان می‌باشد. این تغییرات

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۲ استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۴ استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۵ استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، مشکلات سلامت روان زنان باردار به‌عنوان یک چالش مهم بهداشت عمومی در سطح جهان مورد توجه می‌باشد (۲).

در این میان پریشانی روان‌شناختی در زنان باردار یک نگرانی عمده‌ی بالینی است (۳) که به نظر می‌رسد می‌تواند دارای آثار منفی بر توانمندی‌های روانی زنان باردار باشد (۴). پریشانی روان‌شناختی^۱ به‌عنوان بیانی از رنج احساسی است که با علائم افسردگی (مانند از دست دادن رغبت و علاقه‌مندی‌ها، ناراحتی و ناامیدی) و اضطراب (مانند بی‌قراری و احساس تنش) شرح داده می‌شود. در واقع می‌توان گفت که پریشانی روان‌شناختی به علائم غیر اختصاصی استرس، اضطراب و افسردگی اشاره دارد و سطوح بالای آن منعکس‌کننده اختلالات روانی رایج مانند اختلالات افسردگی و اضطراب باشد (۵). بسیاری از تحقیقات نشان‌دهنده‌ی ارتباط میان پریشانی روان‌شناختی دوران بارداری با پیامدهای نامطلوب در مادر باردار یا شیرده و کودک می‌باشد: مانند بروز پراکلامپسی، مسمومیت بارداری، سقط‌جنین، زایمان زودرس، تضعیف سیستم ایمنی (۶)، تأخیر در تکامل عصبی، شناختی و رفتاری، اختلال در شکل‌گیری دلبستگی ایمن کودک، تکانش‌گری و حتی بروز اختلالات روانی در دوره نوجوانی و بزرگسالی. همچنین خطر بروز پریشانی روان‌شناختی بعد از زایمان نیز افزایش می‌یابد (۷).

ذهن آگاهی^۲ یکی دیگر از عواملی است که به نظر می‌رسد می‌تواند با توجه کامل به لحظه حال یعنی با نگرشی باز، غیر قضاوتی و پذیرنده، مقابله مؤثر با تجارب بد در طول زایمان مانند احساس عدم کنترل، درد، اضطراب و رویدادهای غیرمنتظره (پزشکی) را تسهیل کند (۸). ذهن آگاهی به‌عنوان حالتی از آگاهی، با مهارت‌های توجه تصحیح‌شده و خالص‌شده و نگرش بدون قضاوت برای رویدادهای درونی و بیرونی، توصیف می‌شود. افراد ذهن آگاه بهتر می‌توانند بدون انجام رفتارهای غیرارادی و غیرانطباقی به شرایط سخت پاسخ دهند (۹). آن‌ها در مقابل ادراکات جدید تمایل دارند خلاق‌تر باشند و بهتر می‌توانند با شرایط، افکار و احساسات سخت، بدون ضعف و ناراحتی مقابله کنند (۱۰). تحقیقات روزافزون نشان می‌دهد که ذهن آگاهی، استرس و تمایل به تجربه هیجان‌های منفی مانند اضطراب، افسردگی و خشم را در فرد کاهش و سلامت ذهنی و فیزیکی وی را افزایش می‌دهد و راهبرد مهمی است که می‌تواند هیجانات منفی نظیر اضطراب حاملگی را کاهش داده و بر کیفیت زندگی زنان باردار بیفزاید (۱۱).

مطالب مطرح‌شده نشان می‌دهد که زنان باردار در معرض مشکلات و آسیب‌های روحی و روانی متعددی قرار دارند. این مشکلات نه تنها سلامت روان زنان باردار، بلکه سلامت جسمی آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. از همین رو اهمیت مداخلات روان‌شناختی برای کاهش و حتی رفع این مشکلات در این افراد اهمیت دوچندان می‌یابد، در این میان استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ به‌عنوان یکی از رایج‌ترین و پرکاربردترین مداخلات می‌تواند بسیار اثربخش باشد (۱۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جزء موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری می‌باشد که سعی می‌کند ارتباط روان‌شناختی افراد را با افکار و احساسات جسمی‌شان از طریق مکانیسم‌های پذیرش، ذهن آگاهی و اقدام مبتنی بر ارزش، تغییر دهد (۱۳). هدف کلی این درمان افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، یعنی به افراد کمک می‌شود تا تجارب ذهنی خود (افکار، هیجانات و ...) را بدون قضاوت بپذیرند و از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی یابند و مطابق با ارزش‌های خود رفتار کنند، حتی زمانی که افکار و احساسات فرد، مخالف اقدام ارزشمند او باشند (۱۴). لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تلاش است تا به افراد کمک کند به جای اجتناب تجربه‌ای از افکار و احساس‌هایشان، پذیرای آن‌ها باشند، از باورهای سفت‌وسخت خود رها شوند و تمرکزشان را بر شناسایی ارزش‌های اساسی زندگی‌شان بگذارند و متعهدانه آن‌ها را دنبال کنند (۱۵). نتایج پژوهش حسینیان، لطفی‌کاشانی و پیمان (۱۶) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در زنان باردار نخست‌زا شد. مطالعه قاسم‌زاده برکی و شاهقلیان قهفرخی (۱۲) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کاهش استرس ادراک شده در زنان باردار منجر شده است و نتایج پژوهش فلدروس، بولمیجر، پیترس و شرورس^۴ (۱۷) حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب، خستگی، اجتناب تجربی و بهبود در سلامت روان مثبت و ذهن آگاهی شرکت‌کنندگان با علائم افسردگی خفیف تا متوسط از جمعیت عمومی بود. عده‌ای از پژوهشگران معتقدند که تعداد کمی از مبتلایان به اختلالات روانی می‌توانند از درمان‌های روان‌شناختی به شکل حضوری بهره‌مند شوند مهم‌ترین این عوامل عبارتند از تعداد کم درمانگران، هزینه روان‌درمانی بالا، عدم دسترسی به درمانگر ناشی از شرایط جغرافیایی و عدم تمایل به درمان حضوری در برخی از بیماران (۱۸). لذا یکی از راهکارهایی که می‌تواند تا حدی این مشکلات را حل کند استفاده از درمان‌های خودیاری،

³ Acceptance and Commitment Therapy

⁴ Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse, Schreurs

¹ Psychological Distress

² Mindfulness

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: نخست‌زا بودن مادر، قرار داشتن در هفته ۲۴ تا ۳۲ بارداری، عدم معلولیت ذهنی، عدم استعمال دخانیات، عدم اعتیاد به مواد و الکل، تک قلو بودن، قرار داشتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، نداشتن سابقه نازایی، عدم وقوع حوادث آسیب‌زا و بحرانی در ۳ ماه اخیر و عدم داشتن سابقه روان‌پزشکی و مصرف داروهای روان‌پزشکی.

ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم توانایی شرکت در جلسات روان‌درمانی یا غیبت بیش از ۲ جلسه، وجود بارداری پرخطر (خطر سقط، خونریزی، پره‌کلامپی)، وقوع حوادث آسیب‌زا و بحرانی در طی انجام پژوهش، زایمان زودرس (زایمان زودتر از هفته ۳۷ بارداری)، دریافت جلسات روان‌درمانی و نیز دارا بودن علائم روان‌پزشکی هم‌زمان با شرکت در تحقیق حاضر، شرکت در کلاس‌های زایمان فیزیولوژیک، بیماری‌های جسمی و بیماری‌های جسمی ویژه بارداری مثل دیابت، فشارخون و خونریزی بارداری در حین مطالعه.

با توجه به آسیب‌پذیری زنان باردار و به‌منظور حفظ سلامت و رعایت ملاحظات اخلاقی تکمیل فرم رضایت آگاهانه و پرسشنامه‌های پژوهش به‌صورت اینترنتی و در بستر پرس لاین طراحی و از طریق پیام واتس‌آپی ارسال شد. ساختار جلسات درمانی مبتنی بر پروتکل پذیرش و تعهد مبتنی بر مدل استیون هیز و استروسال^۱ (۲۱)، در قالب ۸ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای به‌طور هفتگی تدوین شده و گروه مداخله از اسفند ۱۴۰۱ تا خرداد ۱۴۰۲، ۸ جلسه روان‌درمانی فردی آنلاین صوتی و یا تصویری در پلتفرم ترجیحی شرکت‌کنندگان (واتس‌آپ، اسکایپ، ایمو و ...) دریافت نموده و مجدداً تیر ۱۴۰۲ مورد پیگیری قرار گرفتند.

پروتکل جلسات درمانی پذیرش و تعهد اینترنتی مورد استفاده در این پژوهش به پیوست همین مقاله توضیح داده شده است و قطعاً انجام دقیق آن نیازمند جلسات سوپرویزن و آشنایی با مراحل کار، تکنیک‌ها و استعاره‌های استفاده شده دارد که توضیح مختصر آن‌ها در جدول شماره یک آورده شد.

غیرحضور و استفاده از اینترنت است تا با دسترسی آسان‌تر به درمان و کاهش هزینه‌ها استفاده از خدمات روان‌شناختی افزایش یابد (۱۹). تحقیقات زیادی در زمینه مداخلات روان‌شناختی به شیوه‌ی اینترنتی انجام شده است و نتایج نشان داد که درمان به شیوه‌ی اینترنتی با حمایت درمانگر می‌تواند همچون درمان‌های حضوری کارآمد و اثربخش باشد (۲۰).

لذا با توجه به اینکه درمان حضوری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی متغیرهای روان‌شناختی زنان باردار اثربخش است اما نیاز به بررسی امکان ارائه خدمات غیرحضور و به شکل اینترنتی در این زمینه احساس می‌شود. از این‌رو هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اینترنتی بر پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی در زنان باردار بود و به نظر می‌رسد طبق دانش ما تاکنون هیچ مطالعه داخلی و خارجی در این زمینه انجام نشده باشد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ نحوه‌ی گردآوری داده‌ها از نوع نیمه تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر ارومیه در بازه زمانی بهمن تا اسفند ۱۴۰۱ بود. ۵۰ زن باردار نخست‌زا حائز شرایط به روش در دسترس انتخاب شدند و پس از رضایت آگاهانه آن‌ها جهت شرکت در طرح در دو گروه مداخله (درمان اینترنتی مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل (بدون درمان) به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. هر گروه متشکل از ۲۵ نفر بود. نحوه تصادفی‌سازی ساده به این صورت بود، از ابتدا قرارداد شد به گروه مداخله شماره‌های فرد و به گروه کنترل شماره‌های زوج داده شود. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، اعداد مربوطه را استخراج کرده هر عدد بر روی یک کارت نوشته و در یک پاکت گذاشته شد و پاکت‌ها مهروموم شده و بر روی هر پاکت شماره بیمار نوشته شد. به اولین بیماری که وارد مطالعه شد پاکت شماره ۱، بیمار شماره ۲ پاکت شماره ۲ و الی آخر اختصاص داده شد.

جدول (۱): خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اینترنتی

جلسات	اهداف درمانی
پیش جلسه	با هر کدام از شرکت‌کنندگان به‌صورت جداگانه تماس گرفته شد و ضمن ارائه توضیحاتی کوتاه درمورد پژوهش حاضر، پلتفرم آنلاین ترجیحی مراجعان (واتس‌آپ، اسکایپ، ایمو و ...) با مشارکت آن‌ها انتخاب شدند و زمان برگزاری ۸ جلسه روان‌درمانی فردی آنلاین تنظیم گردید. فرم رضایت آگاهانه و لینک پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون (طراحی شده در پرس لاین) برای شرکت‌کنندگان به‌صورت پیام واتس‌آپی ارسال گردید.

¹ Hayes & Estroal

اهداف درمانی	جلسات
کیس فرمولیشن: ۱) ارزیابی و استخراج تاریخچه، ۲) بستر: بستر شامل سلامتی، کار، امور مالی، روابط، خانواده، فرهنگ و غیره می‌شود. ۳) استخراج انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی شامل: از دست دادن زمان حال، آمیختگی شناختی، اجتناب تجربی، خود مفهومی مراجع، دوری از ارزش‌ها و فقدان اقدام متعهد و مؤثر ۴) بررسی عوامل انگیزشی مثبت و منفی مراجع ۵) بررسی حوزه‌های دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجع ۶) تدوین اهداف و برنامه درمان	جلسه اول
۱) تمرین کوتاه ذهن آگاهی ۲) ایجاد درماندگی خلاق و استفاده از استعاره «انسان در چاه» ۳) آموزش نحوه انجام تکلیف یادداشت تجربه روزانه.	جلسه دوم
۱) مراقبه شفقت ۲) مرور جلسه قبل و بررسی تکلیف ۳) توضیح مفاهیم درد و رنج و تفاوت آن‌ها ۴) آموزش و تفهیم اینکه کنترل خود مسئله است نه راه حل ۵) استفاده از استعاره «طناب‌کشی با هیولا» و «پلی گراف» ۶) توضیح جدول یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک به‌عنوان تکلیف جلسه بعد	جلسه سوم
۱) مروری بر جلسه قبل ۲) دریافت بازخورد انجام تکلیف ۳) آموزش تمایل جایگزینی بهتر برای کنترل و توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس، مشکلات و چالش‌های پذیرش ۴) آگاهی از پیامدهای اجتناب با استفاده از استعاره «همان ناخوانده» ۵) آموزش تمرین‌های مربوط به پذیرش فعال	جلسه چهارم
۱) مروری بر تجرب جلسه قبل ۲) دریافت بازخورد از تکلیف ۳) بیان مفهوم گسلش شناختی با استفاده از استعاره‌های «اتوبوس و رژه رفتن سربازان» ۴) تکلیف مشاهده افکار در اتاق دو در ۵) بررسی قضاوت‌های منفی	جلسه پنجم
۱) مروری بر تجرب جلسه قبل و دریافت بازخورد از تکلیف ۲) آموزش تمرکز بر فعالیت‌های روزانه و آگاهی از احوال خود در هر لحظه ۳) آموزش تکنیک‌های تمرکز بر بدن، تنفس و توجه.	جلسه ششم
۱) مرور تجرب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از تکلیف ۲) توضیح مفهوم ارزش‌ها و بیان تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و نیازها ۳) تمرین‌هایی برای شناسایی ارزش‌های مراجع ۴) ارائه فرم کاربرد ارزش‌ها.	جلسه هفتم
۱) مروری بر جلسه قبل و دریافت بازخورد از تکلیف ۲) انجام تمرین خود به‌عنوان زمینه، ۳) آموزش تعهد به عمل ۴) شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها ۵) تمرین شناسایی موانع درونی و بیرونی ۶) در انتهای درمان لینک پس‌آزمون (طراحی شده در پرس لاین) برای شرکت‌کنندگان به‌صورت پیام واتس‌آپی ارسال گردید. یکماه پس از اتمام درمان نیز مجدداً پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیگیری برای آن‌ها ارسال گردید.	جلسه هشتم

استیون هیز و استروسال (۲۱)

ابزار پژوهش به شرح ذیل است.

پرسشنامه استاندارد پریشانی روان‌شناختی کسلر^۱:

توسط کسلر، اندروز، کاپل^۲ و همکاران به‌صورت ۱۰ سؤالی تدوین‌شده، ویژه‌ی شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی است و وضعیت روانی را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند. پاسخ به سؤالات این پرسشنامه، به‌صورت ۵ گزینه‌ای (همیشه=۴ تا هرگز=۰) نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است (۲۳). هر چه امتیاز حاصل‌شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر پریشانی روان‌شناختی خواهد بود و بالعکس (۲۳). آندروز و اسلید^۳ اعتبار و پایایی پرسشنامه را مورد تأیید قرار دادند (۲۴). در نمونه ایرانی نیز یعقوبی روایی محتوایی و صوری و ملاکی این

پرسشنامه را مناسب ارزیابی کرده و همچنین پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده است (۲۵).

پرسشنامه ذهن آگاهی^۴: این پرسشنامه به‌عنوان یک ابزار خودگزارش دهی شامل ۱۵ گویه است که توسط براون و رایان^۵ به‌منظور سنجش ذهن آگاهی تهیه شده است (۲۶). نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (تقریباً همیشه=۱ تا تقریباً هرگز=۶) امتیازبندی شده است. حداقل امتیاز ممکن ۱۵ و حداکثر ۷۵ است و نمرات پایین نشان‌دهنده ذهن آگاهی ضعیف است و بالعکس. ضریب همسانی درونی مقیاس با روش آلفای کرونباخ در پژوهش کارلسون و براون^۶ (۲۷) ۰/۸۲ به دست آمد.

⁴ Mindfulness Awareness Assessment Scale (MAAS)

⁵ Ryan & Brown

⁶-Carlson, L. E., & Brown

¹Kessler's standard psychological distress questionnaire

² Kessler, Barker, Colpe

³ Andrews, Slade

یافته‌ها

از میان ۵۰ زن باردار شرکت کننده در پژوهش حاضر که به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند؛ ۵ نفر از گروه مداخله و ۲ نفر از گروه کنترل در روند اجرای پژوهش خارج شدند که با توجه به آغاز نشدن مداخلات درمانی با زنان باردار دیگری از جامعه هدف جایگزین گردیدند و مجدداً کل ۵۰ نفر به تصادف در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. بنابراین اطلاعات ۵۰ نفر متشکل از ۲۵ نفر در گروه مداخله و ۲۵ نفر در گروه کنترل مورد بررسی و تجزیه تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که میانگین سن در گروه مداخله $29/08 \pm 5/65$ سال و در گروه کنترل $32/44 \pm 6/03$ سال بود. ۴۸ درصد از زنان از زیر دیپلم تا کاردانی و ۵۲ درصد از کارشناسی تا کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. میزان تغییرات میانگین و انحراف معیار متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی طی اجرای سه مرحله مختلف پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل در جدول (۲) نشان داده شده است.

ضریب روایی همگرایی این مقیاس با پرسشنامه پنج بعدی ذهن‌آگاهی مثبت و ضریب روایی واگرا با مقیاس مرکز مطالعات همه‌گیری‌شناسی افسردگی ۰/۵۵ بود (۲۶). نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط عبدی (۲۸) مورد پژوهش قرار گرفته و اعتبار سازه آن با بهره‌گیری از تحلیل عاملی و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۶) در میان دانشجویان مطلوب گزارش شده است (۲۸). همچنین قربانی، واتسون و ویتینگتون ۱ (۲۹) پایایی این ابزار در جامعه ایرانی را مطلوب و آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند.

برای تحلیل داده‌های گردآوری‌شده ابتدا از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) برای توصیف کمی داده‌ها استفاده شد؛ سپس تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها از طریق آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد.

جدول (۲): آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
پریشانی روان‌شناختی	آزمایش	$25/84 \pm 5/45$	$23/76 \pm 5/19$	$22/68 \pm 5/12$
	کنترل	$26/88 \pm 5/25$	$27/48 \pm 4/28$	$28/36 \pm 4/69$
ذهن‌آگاهی	آزمایش	$51/60 \pm 15/66$	$61/16 \pm 14/95$	$60/96 \pm 15/17$
	کنترل	$49/04 \pm 15/05$	$49/72 \pm 14/57$	$49/20 \pm 14/79$

بود ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون لوین^۳ بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار ($P > 0/05$) در واریانس دو گروه و برقراری شرط تساوی واریانس‌ها بود. نتایج آزمون ام‌باکس^۴ نیز حاکی از همگنی ماتریس واریانس کوواریانس بود ($P > 0/05$). در نهایت نتایج آزمون کرویت موچلی^۵ با ($P > 0/05$) در متغیر ذهن آگاهی زنان باردار در دو گروه مداخله و کنترل برقراری شرط کرویت را تأیید نمی‌کند، از این رو از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین‌هاس-گایزر^۶ استفاده شد و در متغیر پریشانی روان‌شناختی با ($P < 0/05$) برقراری شرط کرویت موچلی را نشان داد. بنابراین با توجه به برقراری مفروضه‌ها، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد و در ادامه نتایج حاصل از این آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

طبق مندرجات جدول ۲، میانگین پریشانی روان‌شناختی نشان می‌دهد گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون کاهش بیشتری داشته است و میانگین ذهن آگاهی نشان می‌دهد گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون افزایش بیشتری داشته است.

برای بررسی برقراری پیش فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا آزمون شاپیرو ویلک^۲ جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی زنان باردار در دو گروه مداخله و کنترل مورد استفاده قرار گرفت و نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها

⁴Box's M test

⁵Mauchly's Sphericity Test

⁶Greenhouse-Geisser test

¹-Ghorbani, Watson & Weathington

² Shapiro-Wilk Test

³ Levene's Test

جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس چند گانه متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	معناداری	تا
	زمان	لامبدای ویلکس	۰/۵۷۷	۱۷/۱۹۴	۲	۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳
پریشانی روان‌شناختی	تعامل زمان و گروه	لامبدای ویلکس	۰/۱۶۶	۱۱۸/۲۲۱	۲	۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
	زمان	لامبدای ویلکس	۰/۲۳۷	۷۵/۵۶۱	۲	۴۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳
ذهن آگاهی	تعامل زمان و گروه	لامبدای ویلکس	۰/۳۲۵	۴۸/۷۵۴	۲	۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۵

آزمون‌های تحلیل واریانس چندگانه نشان می‌دهند که تأثیر معناداری در طی زمان و زمان × گروه وجود دارد.

جدول (۴): نتایج آزمون تحلیل واریانس درون آزمودنی‌ها

متغیر	منبع تغییرات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	معناداری	اتای سهمی
پریشانی	زمان	۲۱/۰۵۳	۲	۱۰/۵۲۷	۱۵/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۲۴۲
روان‌شناختی	زمان در گروه	۱۳۵/۶۴۰	۲	۶۷/۸۲۰	۹۸/۶۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳
	خطا	۶۵/۶۶۱	۹۶	۰/۶۸۷			
	زمان	۸۱۶/۶۹۳	۱/۱۳۲	۷۲۱/۴۵۳	۱۰۳/۸۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴
ذهن آگاهی	زمان در گروه	۶۸۱/۶۵۳	۱/۱۳۲	۶۰۲/۱۶۱	۸۶/۶۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۳
	خطا	۳۷۷/۶۵۳	۵۴/۳۳۷	۶/۹۵۰			

از نظر آماری معنادار می‌باشد ($P < 0/01$). بنابراین میزان ذهن آگاهی و پریشانی روان‌شناختی با سطوح گروه‌ها تعامل دارد. یعنی میزان متغیرها در سطوح مختلف گروه‌ها متفاوت است. پس از مشخص شدن اینکه بین دو گروه مداخله و کنترل در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی بررسی می‌شود.

طبق یافته‌های جدول (۴) اثر اصلی پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی معنادار می‌باشد ($P < 0/01$). به عبارتی؛ بین میزان ذهن آگاهی و پریشانی روان‌شناختی در زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین در این جدول اثر تعاملی بین متغیرها و گروه نیز نشان داده شده است؛ که این اثر

جدول (۵): نتایج آزمون تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها

متغیر	منبع تغییرات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	معناداری	اتای سهمی
پریشانی روان‌شناختی	گروه	۵۴۵/۱۴۰	۱	۵۴۵/۱۴۰	۶/۱۲۷	۰/۰۱۷	۰/۱۱۳
ذهن آگاهی	گروه	۲۷۶۴/۹۰۷	۱	۲۷۶۴/۹۰۷	۴/۱۲۲	۰/۰۴۸	۰/۰۷۹

می‌دهد در میزان پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اینترنتی در گروه مداخله اثربخش بوده و

اثر اصلی بین گروهی (مداخله و کنترل) نیز در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی معنادار بود ($P < 0/05$) و نشان

میزان کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش ذهن آگاهی در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل است. با توجه به تفاوت معنادار متغیرهای پژوهش در گروه مداخله و کنترل نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول (۶) ارائه شده است.

جدول (۶): نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی برای ۳ بار اجرا

مؤلفه	مراحل	گروه مداخله	
		تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
پریشانی روان‌شناختی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۷۴۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۸۴۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۱۰۰	۱/۰۰۰
مؤلفه	مراحل	گروه مداخله	
		تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
ذهن آگاهی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۵/۱۲۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۴/۷۶۰	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۳۶۰	۰/۰۶۲

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی می‌توان گفت استفاده از فنون گسلش^۲ و پذیرش در فرآیند مداخله درمانی پذیرش و تعهد سبب می‌شود که فرد با آگاهی از هیجانات منفی خود، کمتر از وجود آن‌ها احساس رنج نمایند و هیجانات ناخوشایند سیری نزولی در پیش گرفته و باعث می‌شود که افراد توانمندی بیشتری را در ثبات روان‌شناختی، هیجانی و زندگی خود به دست آورده از این طریق پریشانی روان‌شناختی کمتری را در زندگی تجربه کنند (۳۳). همچنین فنون مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌تواند ماندگاری نتایج درمانی را حفظ کند. به این صورت که با ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌های‌شان و تعیین اهداف، موانع و در نهایت تعهد به انجام آن‌ها در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن پریشانی روان‌شناختی را در خود کاهش دهند (۳۴).

یافته دیگر این پژوهش معناداری اثربخشی درمان اینترنتی پذیرش و تعهد در افزایش ذهن آگاهی و حفظ این تأثیر تا پایان دوره پیگیری بود که با نتایج حیدریان سامانی و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ذهن آگاهی و پذیرش مادران با کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (۳۵) و فلدروس^۳ و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب، خستگی، اجتناب تجربی و بهبود در سلامت

نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد که، تفاوت بین نمرات پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است ($P < 0/01$)، درحالی‌که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P > 0/01$). این یافته بدان معنی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اینترنتی نه تنها منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش ذهن آگاهی زنان باردار در گروه مداخله شده است، بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد اینترنتی بر پریشانی روان‌شناختی و ذهن آگاهی در زنان باردار بود. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان اینترنتی پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی روان‌شناختی معنی‌دار بوده و این تأثیر تا پایان دوره پیگیری حفظ شد. این نتیجه با یافته‌های شاکر‌نژاد و همکاران (۳۰) در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پریشانی روان‌شناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به اسکروز متعدد، نریمانی و طاهری‌فرد (۳۱) با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص و واترس^۱ و همکاران (۳۲) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد برای اختلالات خلقی و اضطراب پس از زایمان همسو بود. در تبیین

³ -Fledderus

¹ Waters I

² Defusion

بردارند(۴۳). در نتیجه، این شیوه از طریق انعطاف‌پذیری روانی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش علائم پریشانی روان‌شناختی و افزایش ذهن آگاهی زنان باردار نخست‌زا داشته باشد.

این تحقیق محدودیت‌هایی نیز داشت از جمله احتیاط در تعمیم نتایج است؛ زیرا این پژوهش به شیوه در دسترس و بر روی زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان ارومیه انجام شده است. همچنین گردآوری داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های خودگزارش دهی بود که می‌تواند علاوه بر کاهش روایی داده‌ها، تحت تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی قرار گیرد. مشکلات روانی اعضای خانواده و مشکلات خانوادگی به‌صورت غیرقابل پیش‌بینی و کنترل، ممکن است در جریان پژوهش تأثیر گذاشته باشد و در نهایت نداشتن مرحله پیگیری بلندمدت از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بودند. در پایان پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از دوره‌های پیگیری بلندمدت و نمونه‌گیری تصادفی با حجم بیشتر، استفاده شود. زمینه لازم جهت برقراری ارتباط مستمر با اعضای خانواده‌ی آزمودنی‌ها در حین اجرای روش‌های درمانی فراهم گردد تا با هم‌اندیشی، همکاری و تعامل آن‌ها بتوان بر کیفیت و کمیت اثربخشی روش درمانی افزود. همچنین به مقایسه اثربخشی درمان حضوری و اینترنتی این رویکرد درمانی در زنان باردار بپردازند.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله پژوهشگران از راهنمایی‌های ارزشمند خانم مریم مسگرزاده هیأت علمی محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، حمایت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در روند اجرای مطالعه و بانوان عزیز باردار شرکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

حمایت مالی:

در این مطالعه از حمایت مالی فرد، نهاد و سازمانی استفاده نشده است.

تضاد منافع:

نویسندگان این مقاله علاوه بر اینکه هیچ‌گونه تضاد منافی را ذکر نکردند.

ملاحظات اخلاقی:

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول روشنگر یزدان پناه سامانی با کد اخلاق IR.TABRIZU.REC.1402.017 و کد ثبت IRCT20231023059816N1 در سامانه ثبت کارآزمایی بالینی ایران است.

روان مثبت و ذهن آگاهی شرکت‌کنندگان با علائم افسردگی خفیف تا متوسط از جمعیت عمومی در یک راستا قرار دارند(۱۷). استفاده از فنون گسلس و پذیرش سبب می‌شود که افراد بتوانند تمایل خود را به ذهن آگاه بودن در زندگی روزمره با تمرینات مرتبط، براساس تکرار توجه به ذهن افزایش دهند؛ به نظر می‌رسد که زنان باردار بعد از تسلط یافتن بر آن توانسته‌اند در جهت کنترل و هدایت ذهن به‌گونه‌ای عمل کنند که در مرحله اول با پذیرش شرایط موجود و در مرحله بعد با قضاوت نکردن، با کمترین سوگیری و جهت‌گیری ذهنی از حواس‌پرتهای به‌وجودآمده که باعث تمرکز نکردن می‌شوند، جلوگیری کنند (۳۶). در عمل تمرینات ذهن آگاهی در این درمان احتمالاً علاوه بر آموزش برای قبول حضور افکار و عوامل مخل حواس، به مراجع می‌آموزند که این افکار بخشی از پیرامون وی هستند تا علاوه بر پذیرش آن‌ها به دلیل گذرابودن، فقط نظاره‌گر باشد؛ زیرا این‌ها فقط افکار هستند. این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کنند تا با توجه به کارایی این افکار برای ارزشهای شان و نه معنای تحت اللفظی آن‌ها، باید به آن‌ها پاسخ داده شود (۳۷). در واقع این تمرین در مراجعین باعث خودتنظیمی بهتر توجه نیز می‌شود و مراجعینی که ذهن آگاه‌تر هستند، از اهداف‌شان آگاه‌تر می‌شوند(۳۸). همچنین فنون مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند تصریح و شفاف‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌تواند ماندگاری نتایج درمانی را حفظ کند(۳۹). بنابراین هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روانی در افراد است. این شیوه از طریق افزایش پذیرش روانی فردی در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساس‌ها) و کاهش اعمال کنترلی نامؤثر به مراجع می‌آموزد که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بی‌اثر است و یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و افراد باید این تجارب ذهنی را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی (ذهنی) یا بیرونی جهت حذف و یا اجتناب از آن‌ها بپذیرند (۴۰) و از آنجا که این درمان بجای تغییر محتوا یا حساسیت موقعیتی شناخت‌ها، عملکرد شناخت‌ها و احساسات را هدف قرار می‌دهد؛ تغییر کارکرد شناخت و هیجان ساده‌تر از تغییر شکل و محتوای آن‌ها به نظر می‌رسد، شاید به این دلیل که تغییر کارکردی از تغییر شکل و محتوای شناخت و احساس عینی‌تر است و می‌توان کنترل عملکرد شناخت و عاطفه را احساس کرد (۴۱). این روش درمانی فضایی برای افراد ایجاد می‌کند تا به‌گونه‌ای عمل کنند که چالش‌هایی را که به منظور کنترل افکار، احساسات، حس‌های بدنی و هیجان‌ات ناخوشایند خود دارند را رها کرده(۴۲) و حتی در حضور افکار، احساسات و حس‌های جسمانی ناخوشایندشان، در جهت اهداف و ارزش‌هایی که برای زندگی‌شان انتخاب کرده‌اند، گام

References:

1. Coşkun A, Okcu G, Arslan S. The impact of distress experienced during pregnancy on prenatal attachment. *Perinatal J* 2019;27:49-55. <https://doi.org/10.2399/prn.19.0272001>
2. Ma X, Wang Y, Hu H, Tao XG, Zhang Y, Shi H. The impact of resilience on prenatal anxiety and depression among pregnant women in Shanghai. *J Affect Disord* 2019;250:57-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.058>
3. Meraya AM, Syed MH, Yasmeen A, Mubarak AA, Kariry HD, Maabouj W, et al. COVID 19 related psychological distress and fears among mothers and pregnant women in Saudi Arabia. *PLoS One* 2021;16(8):e0256597. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256597>
4. Goudarzi M, Gholamrezaei S, Amraei K. Developing a Causal Model of Psychological Empowering of Pregnant Women: The Role of Psychological Distress and Mediation of Resilience, Mindfulness and Meta-emotion. *J Nurs Educ* 2021;9(1):103-24.
5. Viertö S, Kiviruusu O, Piirtola M, Kaprio J, Korhonen T, Marttunen M, et al. Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC Pub Health* 2021;21(1):611. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10560-y>
6. Sara Shihgar MD, Dr. Maryam Bakhtiari, Dr. Hamid Alavi Majed. Investigating the relationship between social support and quality of life and stress level in pregnant women. *Nurs Midwifery J* 2013;23(81):27-32.
7. Obrochta CA, Chambers C, Bandoli G. Psychological distress in pregnancy and postpartum. *Women Birth* 2020;33(6):583-91. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.009>
8. Hulsbosch LP, Boekhorst M, Potharst ES, Pop VJM, Nyklíček I. Trait mindfulness during pregnancy and perception of childbirth. *Arch Womens Ment Health* 2021;24(2):281-92. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01062-8>
9. Babaei Nadinluye K, Mikaeli Manee F, Pezeshki H, Bafande H, Abdi H. Relationship between Mindfulness and Meta Emotion on Predicting Emotional Adjustment of Novice Nurses. *Iran J Nursing* 2017;30(105):11-22. <https://doi.org/10.29252/ijn.30.105.11>
10. Kabat Zinn J. Mindfulness Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Sci Pract* 2003;10:144-56. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
11. Chien WT, Chow KM, Chong YY, Bressington D, Choi KC, Chan CWH. The Role of Five Facets of Mindfulness in a Mindfulness Based Psychoeducation Intervention for People With Recent Onset Psychosis on Mental and Psychosocial Health Outcomes. *Front Psychiatry* 2020;11:177. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00177>
12. Ghasemzadeh Barki S, SHahgholian Ghahfarokhi M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) In Reducing Perceived Stress in Pregnant Women in During Covid 19 Pandemic. *J Res Psychol Health* 2020;14(3):89-99.
13. Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta analysis. *J Affect Disord* 2020;260:728-37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
14. Levin ME, Pistorello J, Seeley JR, Hayes SC. Feasibility of a prototype web based acceptance and commitment therapy prevention program for college students. *J Am Coll Health* 2014;62(1):20-30. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.843533>
15. Harris R. *Getting Unstuck in ACT*. Oakland: New Harbinger Publications; 2013.
16. Hosseinian S, Kashani FL, Peyman A. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Depression,

- Anxiety, and Stress in Nulliparous Pregnant Women. *Middle Eastern J Disabil Stud* 2022;12(1):149-.
17. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME, Schreurs KMG. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2012;42(3):485-95.
<https://doi.org/10.1017/S0033291711001206>
18. Buhrman M, Skoglund A, Husell J, Bergström K, Gordh T, Hursti T, et al. Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2013;51(6):307-15.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.02.010>
19. Matcham F, Rayner L, Hutton J, Monk A, Steel C, Hotopf M. Self-help interventions for symptoms of depression, anxiety and psychological distress in patients with physical illnesses: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014;34(2):141-57.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.005>
20. Rickardsson J, Gentili C, Holmström L, Zetterqvist V, Andersson E, Persson J, et al. Internet-delivered acceptance and commitment therapy as microlearning for chronic pain: A randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Eur J Pain* 2021;25(5):1012-1030.
<https://doi.org/10.1002/ejp.1723>
21. 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>
22. Razia Ezadi MRA. *Therapy based on the acceptance and commitment of the forest*. Third ed. Tehran: Jungle; 2017.
23. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch General Psychiat* 2003;60(2):184-9.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
24. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler psychological distress scale (K10). *Aust N Z J Public Health* 2001;25(6):494-7.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00310.x>
25. Hamid Y. Psychometric features of the 10-question version of Kessler's Psychological Distress Questionnaire (10K-). *Appl Psychol Res* 2014;22(6):45-58.
26. Ryan RM, Brown KW. Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. *Psychol Inquiry* 2003;14(1):71-6.
27. Carlson LE, Brown KW. Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *J Psychosomat Res* 2005;58(1):29-33.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.366>
28. Abdi S, Qabbi F. Mindfulness scale: Validity and reliability of Persian translation. *Second National Conference of Psychology and Behavioral Sciences* 2013.
29. Ghorbani N, Watson PJ, Weathington BL. Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Curr Psychol* 2009;28:211-24.
<https://doi.org/10.1007/s12144-009-9060-3>
30. Shakermegad S, Moazen N, Hamidy M, hashemi R, Bazzazzadeh N. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress, Marital Satisfaction and Quality of Life in Women with Multiple Sclerosis. *J Health Care* 2017;19(1):7-17.
31. Narimani M, Taherifard M. The effectiveness of acceptance/commitment training to decrease experiential avoidance and psychological distress in teenagers with specific learning disorder. *J Learn Disabil* 2019;8(4):110-33.
32. 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 Psych* 2020;59(4):461-79. <https://doi.org/10.1111/bjc.12261>
33. Mukhtari, Solmaz. The effectiveness of treatment based on commitment and acceptance (ACT) on reducing

- anxiety of Corona in Kashan nurses. *New Dev Psychol Edu Sci Edu* 2022;49(5):71-92.
34. Zamani F. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on corona stress, corona anxiety and psychological distress in drug addicts. *Recent Adv Behav Sci* 2021;6(54): 23-51.
35. Heidarian A, Sajjadian I, Heidari S. Effectiveness of group-base acceptance and commitment therapy on mindfulness and acceptance in mothers of children with autism spectrum disorders. *Middle Eastern J Disabil Stud* 2017;7(0):28-.
36. Vago DR, Silbersweig DA. Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Front Hum Neurosci* 2012;6:296. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00296>
37. Kadowaki Å, Alvunger A-K, Larsen HI, Persdotter A, Zak MS, Johansson P, et al. Education of the primary health care staff based on acceptance and commitment therapy is associated with reduced sick leave in a prospective controlled trial. *BMC Fam Pract* 2021;22:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01526-5>
38. Ali AAK. The effect of mindfulness meditation on the state of mindfulness, the state of smooth performance and sports performance. *Sports Psychol Stud* 2018;7(25):89-110.
39. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. *Gen Princ Empiric Supp Techn Cognit Behav Ther* 2009;52009:77-101.
40. Soroush Golestanifar ZD-e-G. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on depression, psychological health and life expectancy of the elderly with non-clinical depression. *J Aging Psychol* 2019;6(3):191-203.
41. Hashemi Z, Afshari A, Einy S. The effectiveness of acceptance and commitment education on improving the mental health and quality of life of elderly people with cancer. *Iran J Health Edu Health Promot* 2020;8(2):160-71. <https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.2.160>
42. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive Behav Pract* 2009;16(4):368-85. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001>
43. Oraki M, Zare H, Hosseinzadeh Ghasemabad A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Treatment Adherence in People with Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2021;29(2):3479-90. <https://doi.org/10.18502/ssu.v29i2.6086>

THE EFFECTIVENESS OF WEB-BASED ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY INTERVENTIONS ON PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND MINDFULNESS IN PREGNANT WOMEN IN URMIA : A CLINICAL TRIAL STUDY

Roshanak Yazadanpanah Samani¹, Touraj Hashemi NosratAbad^{*2}, Mostafa Zarean³,
Abass Bakhshipour Roudsari⁴, Majid Mahmoud Alilou⁵

Received: 21 September, 2023; Accepted: 16 December, 2023

Abstract

Background & Aims: Although pregnancy is the most critical and cheerful experience in women's lives, hormone changes affect their physical and mental health. Meanwhile, the psychological distress of pregnant women is an expression of emotional suffering that is explained by the symptoms of depression and anxiety, and mindfulness in the sense of an open, non-judgmental attitude and paying full attention to the present moment can help a person adapt to difficult conditions. So, the challenging nature of these problems would be considered a crucial public health concern. Therefore, this research aimed to determine the effectiveness of web-based acceptance and commitment therapy on psychological distress and mindfulness in pregnant women.

Materials & Methods: This research clinical trial with a pre-test, post-test, and follow-up with a control group was conducted from February to March 2023. Fifty pregnant women referred to Urmia's health centers were selected by available sampling and randomly allocated to two groups (25 control and 25 intervention). The intervention group received eight online individual psychotherapy sessions from March to June 2023 and was followed up again in July 2023. Kessler's standard psychological distress, Brown and Bryan's mindfulness questionnaires, and demographic data were used to collect data. The data was analyzed using a statistical variance analysis method with repeated measurements and SPSS version 22 software.

Results: The results indicate that the intervention group's mean psychological distress and mindfulness at the beginning of the study was 25.84 and 51.60, and it changed to 23.76 and 61.16 at the end of the study. At the same time, there was no significant change in the control group. So, web-based acceptance and commitment therapy was effective in the psychological distress and mindfulness of patients ($P < 0.05$).

Conclusion: Web-based acceptance and commitment therapy increases psychological flexibility in people and creates an atmosphere for them to let the challenges go to control their unpleasant thoughts, feelings, bodily sensations, and emotions. They chose to take a step to achieve their goals and values for life. Therefore, Web-based acceptance and commitment therapy led to a decrease in psychological distress and an increase in mindfulness in pregnant women.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness, Pregnant Women, Psychological Distress, Web-Based Interventions

Address: Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Tel: +984133392097

Email: Tourajhashemi46@Tabrizu.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Ph.D Student in Clinical Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

² Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

⁴ Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

⁵ Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran