



مقایسه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار پارانوئیدی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Paranoid Thoughts in Women with Postpartum Depression

Saeedeh Sadeghirad

Parisa Peyvandi

Fatemeh Mohammadi Shirmahaleh

Marjan Hosseinzadeh Taghvaei

Ahmad Borjali

سعیده صادقی راد*

پرینسا پیوندی**

فاطمه محمدی شیرمحلہ***

مرجان حسین زاده تقوایی****

احمد برجلی*****

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on paranoid thoughts in women with postpartum depression, and the aim was practical. The method of this paper was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a 3-month follow-up with the control group. The statistical population included all women with postpartum depression who presented to health centers in the western part of Alborz province in 2019. From the community, 45 of these patients, whose depression was confirmed using the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), were selected by an available sampling method and by random sampling into two groups for experiments and a control group (15 people in each group) were included. For the pretest-posttest follow-up, all groups voluntarily answered the Persian version of the Green Paranoid Thoughts Scale (GPTS), and members of experimental group 1 received cognitive-behavioral therapy sessions, and members of experimental group 2 received acceptance and commitment therapy. However, the control group received no intervention. Analysis of covariance and Bonferroni test were performed using spss-24 software. The means and standard deviations of paranoid thoughts were 116.76 ± 10.76 at pretest, 106.29 ± 12.31 at posttest, and 99.04 ± 21.38 at follow-up. The mean scores of the cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment groups were also lower than those of the control group at posttest and follow-up. The mean difference between the cognitive-behavioral experimental groups and the control group was not significant ($P=0.158$), but the mean difference between the acceptance and commitment therapy experimental groups and the control group was significant ($P=0.000$). The results were repeated in the follow-up mode. Considering the significant efficacy of acceptance and commitment therapy, it is recommended that this treatment should be considered as the preferred treatment for reducing paranoid thoughts in women with postpartum depression.

Keywords: Postpartum Depression, Paranoid Thoughts, Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار پارانوئیدی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل و با هدف کاربردی بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود که در سال ۹۸ به مراکز سلامت غرب استان البرز مراجعه کرده بودند. ۴۵ نفر از مراجعان که افسردگی آن‌ها با مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS) تأیید شد، به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. گروه‌ها برای پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری به نسخه فارسی مقیاس افکار پارانوئیدی گرین (GPTS) به صورت داوطلبانه پاسخ دادند. بعد از پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش ۱ درمان شناختی-رفتاری و گروه آزمایش ۲ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند، اما گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکرد. از روش تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی، با نرم‌افزار SPSS-۲۴ استفاده شد. میانگین و انحراف معیار افکار پارانوئیدی، در پیش‌آزمون 116.76 ± 10.76 ، در پس‌آزمون 106.29 ± 12.31 و در پیگیری 99.04 ± 21.38 بود. همچنین میانگین نمرات در گروه‌های پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد، کمتر از گروه کنترل بوده است. تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری با گروه کنترل، معنادار نبوده ($P=0.158$)، اما تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل، معنادار بوده است ($P=0.000$). در مرحله پیگیری نیز نتایج تکرار شد. با توجه به اثربخشی معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پیشنهاد می‌شود این درمان، برای کاهش افکار پارانوئیدی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، درمان ترجیحی در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، افکار پارانوئیدی، درمان پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری.

* دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

** استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

*** نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

**** استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

***** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

نشانه‌های افسردگی پس از زایمان^۱ شامل خلق‌وخوی غم‌انگیز، بی‌حوصلگی، تحریک‌پذیری و عصبانیت و اختلال در تمرکز است و این شاخص در صورتی که نشانه‌های خلقی در مدت حاملگی یا چهار هفته پس از زایمان شروع شده باشد، به کار برده می‌شود (پاولوسکی، لانستین و فلیمنگ، ۲۰۱۷). مهم‌ترین عوامل خطر افسردگی پس از زایمان، رتبه تولد و ناخواسته‌بودن بارداری است. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران، از ۱۶ درصد تا ۴۳ درصد گزارش شده است (ویسانی و سایه‌میری، ۱۳۹۱)؛ بنابراین اختلال افسردگی پس از زایمان، مسئله‌ای با شیوع بالا و نیازمند روش‌های درمانی مختلف است (گلزار و همکاران، ۱۳۹۲).

علاوه بر خلق‌وخوی افسرده، نداشتن علاقه و بی‌لذتی، کاهش انرژی و سرآسیمگی^۲ / کندی روانی-حرکتی^۳، افکار پارانوئیدی نیز در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان با سابقه‌ای از افسردگی قبل از زایمان و افسردگی در طول زایمان شایع است (کتانن، کویستین و هینتیکا، ۲۰۱۴). افکار پارانوئیدی در بیشتر موارد متأثر از استرس و تغییرات شدید در زندگی، اضطراب اجتماعی و برداشت‌های غیرمنطقی (تون، گولدینگ و کامپتون^۴، ۲۰۱۱)، افسردگی و عزت‌نفس پایین و تغییر سطوح آن در اثر وقایع زندگی روزمره (تویسن، بنتال، لکامت، ون و ماین‌جرمیز^۵، ۲۰۰۸) و اسنادهای غیرمنطقی بیرونی است (کیندرمن و بنتل^۶، ۱۹۹۷) به نقل از رشوانلو، اسفندیاری و امانی، ۱۳۹۴). سبک‌های اسنادی منفی، به استنباط‌های منفی از رفتارهای دیگران اشاره دارد که این نوع استنباط می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری تفکرات پارانوئید در افراد باشد. تفکرات پارانوئید، نباید نشانه‌های یک اختلال در نظر گرفته شوند، این تفکرات روی یک طیف قرار دارند که در حالت شدید به هذیان و توهم می‌انجامد (عبدالحمیدی، غدیری صورمان آبادی، چویداری و سید پورمند، ۱۳۹۷).

افکار پارانوئیدی فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مقابله با محیط اجتماعی به کار می‌گیرند (کاروالهو و همکاران، ۲۰۱۴). فنیگستین و وانابل (۱۹۹۲)، پارانوئید غیربالینی^۷ را شکلی از افکار اغراق‌آمیز خودارجاعی و تمایل پایدار به بی‌اعتمادی، کینه یا خشم به دیگران و باور به کنترل یا تأثیرپذیرفتن توسط دنیای بیرونی تعریف کرده‌اند که در رفتار عادی روزمره می‌تواند رخ دهد (آداچینا، واریز، مین‌جرمیز و بنتال، ۲۰۱۴). افراد پارانوئیدی از سوگیری توجه نسبت به نشانه‌های تهدید و تمایل به نتیجه‌گیری‌های آنی برخوردارند. همچنین مقاصد خصمانه را به رفتارهای دیگران اسناد می‌دهند، برای تبیین وقایع منفی برحسب سرزنش دیگران به‌عنوان دلایل بیرونی وقایع تلاش می‌کنند و بدین ترتیب میزان خشم با افزایش میزان افکار پارانوئیدی افزایش می‌یابد (دارل‌بری و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد، شیوع تفکرات پارانوئید در

-
1. postpartum depression
 2. headach
 3. mental-motor slowness
 4. Tone, Goulding, & Compton
 5. Thewissen, Bentall, Lecomte, & Myin-Germeys
 6. Kinderman & Bental
 7. non-clinical paranoid

جامعه، ۲/۳-۴/۴ درصد است که با افزایش سن بیشتر می‌شود (عبدالحمیدی و همکاران، ۱۳۹۷). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-نسخه پنجم (DSM-5)^۱ (۲۰۱۳) هذیان را یکی از ابعاد هشت‌گانه‌ای معرفی می‌کند که باید در اختلالات طیف روانی ارزیابی شود (به نقل از کل‌العماد، کراسکیان موجمباری و بهرامی هیدجی، ۱۳۹۷). هذیان‌های «گزند و آسیب»^۲ و «برداشت اجتماعی»^۳ در طیف افکار پارانوئیدی در نظر گرفته می‌شوند (گرین و همکاران، ۲۰۰۸).

رویکردهای درمانی متعددی برای درمان افسردگی‌ها و افکار پارانوئیدی به کار رفته است که از جمله آن‌ها می‌توان به دیدگاه درمانی شناختی-رفتاری^۴ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ اشاره کرد. اگرچه هر دوی درمان‌ها انواع مختلفی از راهبردهای شناختی را ترویج می‌کنند، خصیصه‌های مشترک مهمی دارند که با اشکال مقابله‌ناسازگارانه روبه‌رو می‌شوند. درمان شناختی-رفتاری بر پایه نظریه پردازش اطلاعات قرار دارد که فرض می‌کند شناخت‌ها، رابطه علی مستقیمی با پاسخ‌های هیجانی و رفتاری دارند. راهبردهای درمانی شناختی-رفتاری، در سه مرحله تمرکز بر افکار خودکشی و سبک‌های شناختی افسرده‌ساز، تمرکز بر روشی که شخص با دیگران ارتباط دارد و تغییرات رفتاری ضروری برای قادر ساختن فرد به بهبود از شرایط مشکل‌ساز اتفاق می‌افتد (لیپی، ۱۳۸۷).

رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، از اصول و تکنیک‌های مبتنی بر توجه آگاهی استفاده می‌کنند و بر مبنای این فرضیه روی کار آمده‌اند که آسیب روانی در نتیجه کنترل یا اجتناب از افکار و هیجان‌های منفی بروز پیدا می‌کند و می‌تواند نقش مهمی در تداوم آسیب روانی داشته باشد. مطالعات نشان می‌دهد نمرات بالاتر در ذهن‌آگاهی، سبب کاهش افسردگی شدید می‌شود و در درمان افسردگی مؤثر است (نیکوگفتار و خانعلی‌لو، ۱۳۹۶). در رویکرد تعهد و پذیرش سعی بر این است که فرد بتواند به‌جای اجتناب از افکار، احساس‌ها و خاطره‌های آزاردهنده، با پذیرش آن‌ها و با استفاده از گسلش شناختی، رفتاری را در پیش بگیرد که با ارزش‌ها و اهدافش هماهنگ باشد (همان).

محقق پژوهش حاضر با توجه به منابع قابل دستیابی، هیچ پژوهشی در داخل یا خارج از کشور نیافت که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار پارانوئیدی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان را بررسی کرده باشد، اما دو رویکرد فوق در درمان افسردگی در جمعیت‌ها و مکان‌های مختلف بسیار به کار گرفته شده‌اند. روسیوکاتو، فرناندز و گونزالز (۲۰۲۰) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر گروه در درمان روان‌شناختی افسردگی، اضطراب و اختلالات هیجانی مؤثر است. نتایج پژوهش سیبهان و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری به‌طور معناداری سبب کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در زنان دارای افسردگی پس از زایمان شده است.

1. diagnostic and statistical manual of mental disorders
2. stinging and harm delusions
3. social perception delusions
4. Ccognitive-Behavioral Therapy (CBT)
5. Aacceptance and Commitment Therapy (ACT)

ناتالی، موستفا و آلیشا (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت معناداری بر علائم کلینیکی افسردگی و اضطراب تأثیر مثبت معناداری داشته است. نتایج پژوهش ایزدی و رسولی (۱۳۹۸) نشان می‌دهد درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش، برای کاهش افسردگی پس از زایمان و افزایش کیفیت خواب از اثربخشی قابل توجهی برخوردار است.

براساس رویکرد شناختی-رفتاری، استفاده از گسلش شناختی بی‌معناست؛ درحالی‌که درمان شناختی-رفتاری بر تغییر افکار و هیجان‌ها تأکید دارد، درمان پذیرش و تعهد به پذیرش و پایبندی به اهداف طرح‌ریزی شده تأکید می‌کند؛ از این رو با توجه به تأثیرات مثبت هر دو درمان بر افسردگی‌ها و برخی شباهت‌ها و تفاوت‌های بنیادین دو درمان، میزان شیوع و اینکه افکار پارانوئیدی متغیر مهمی در افسردگی پس از زایمان هستند و با این حال پژوهش‌های کافی درباره آن در این بیماری انجام نشده است، ضرورت انجام پژوهشی که به این مسائل بپردازد، احساس می‌شود. این پژوهش با هدف مقایسه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار پارانوئیدی، در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام گرفت.

فرضیه‌های تحقیق

۱. اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار پارانوئیدی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، متفاوت است.
۲. اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار پارانوئیدی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در یک دوره پیگیری سه‌ماهه، متفاوت است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل و هدف پژوهش نیز کاربردی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود که در سال ۹۸ به مراکز سلامت غرب استان البرز مراجعه کرده بودند. پرسشنامه‌ها در مراکز توزیع شد تا حجم نمونه مورد نظر تکمیل شود. برای نمونه آماری پژوهش، از میان افراد جامعه، ۴۵ نفر از این بیماران که براساس خط برش مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (کسب نمرات بالاتر از ۱۲) و سپس مصاحبه بالینی، افسردگی آن‌ها تأیید و بیماری‌شان حداکثر طی چهار هفته اول پس از زایمان آغاز شده و معیارهای ورود به پژوهش از جمله تعداد زایمان (حداکثر ۵ زایمان) و متغیرهای کنترل سن (۱۸ تا ۴۴ سال) و وضعیت تحصیلی (دیپلم به بالا) و تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و با روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر)، قرار گرفتند.

معیارهای خروج از پژوهش نیز، دریافت‌کردن هم‌زمان دو درمان، ابتلا به سایر بیماری‌های روان‌شناختی و جسمانی و تمایل‌نداشتن به ادامه همکاری بود.

در مرحله اجرای پژوهش، هر سه گروه برای پیش‌آزمون به نسخه فارسی مقیاس افکار پارانوئیدی گرین و همکاران (۲۰۰۸) به‌صورت داوطلبانه پاسخ دادند و گروه‌های آزمایش تحت درمان‌های مذکور قرار گرفتند (اعضای گروه آزمایش ۱، طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه درمان شناختی-رفتاری رابرت لیهی (۱۳۸۷) و ویلسون و برنج (۱۳۹۳) طبق جدول ۱-الف و اعضای گروه آزمایش ۲ طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باخ و موران (۱۳۹۶) را مطابق جدول ۱-ب به‌صورت گروهی، دریافت کردند). گروه کنترل نیز هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس در پس‌آزمون، پرسشنامه پژوهش برای هر سه گروه اجرا شد. ۳ ماه بعد از پس‌آزمون، آزمون پیگیری اجرا شد. برای انجام این مطالعه، اجازه‌نامه کتبی از مراکز مربوط کسب و تأیید اخلاقی با شناسه اخلاق IR.IAU.K.REC.1398.097 از کمیته اخلاق دریافت شد. همه اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت شده است. شرکت‌کنندگان با رضایت خود وارد پژوهش شدند و اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند، از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. بعد از اتمام آزمون پیگیری، درمان مناسب برای افراد گروه کنترل نیز در صورت تمایل و همکاری ایشان انجام شد.

ابزار سنجش

از پرسشنامه‌های زیر برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد:

مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ^۱ (EPDS)

این پرسشنامه شامل ۱۰ پرسش، در مقیاس چهاردرجه‌ای است که وضعیت روانی افراد را طی ۷ روز گذشته بررسی می‌کند (نیک‌پور، ۱۳۹۱). این پرسشنامه را در سال ۱۹۸۷ ادینبورگ کاکس^۲ برای تشخیص افسردگی پس از زایمان طراحی کرد که علائم احساس گناه، اختلال خواب، نداشتن انرژی، کسب‌نکردن لذت و افکار خودکشی را سنجش می‌کند (به نقل از تانوس، جیگانتی، فیوچز و بوسنلو، ۲۰۰۸). هر سؤال چهار گزینه دارد و سؤال‌های آن از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند و جمع کلی امتیازات از ۰-۳۰ است. در ایران، نمره برش ۱۲ برای آن در نظر گرفته شده است (نوروزی و محمدی، ۱۳۹۲). در مطالعه کاکس، هولدن و ساگوسکی^۳ (۱۹۸۷)، آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار قابل‌توجهی است (به نقل از نوروزی و محمدی، ۱۳۹۲). در پژوهش عظیمی لولتی، دانش، حسینی، خلیلیان و ضرغامی (۱۳۸۴)، پایایی این ابزار با

1. Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)

2. edinburgh

3. Cox, holden & sagovsky

انجام بازآزمون ۰/۸۸ و همسانی درونی^۱ آن به کمک آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است.

مقیاس افکار پارانوئیدی گرین^۲ (GPTS)

مقیاس افکار پارانوئیدی گرین و همکاران (۲۰۰۸)، شامل ۳۲ گویه است که افکار مرجع و افکار مربوط به آزار و اذیت را در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز=۱، خیلی کم=۲، تا حدودی=۳، زیاد=۴ و خیلی زیاد=۵ ارزیابی می‌کند؛ بنابراین گویه‌های مقیاس در یک دامنه هرگز تا همیشه، بین ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده سطح قوی‌تر در افکار پارانوئیدی هستند. این مقیاس یک ابزار خودگزارشگری برای سنجش افکار پارانوئیدی در یک ماه گذشته است که از دو بخش تشکیل شده است: بخش الف، به افکار مرجع (افکار اصلی و پایه‌ای) می‌پردازد و بخش ب، به سنجش افکار مربوط به آزار و اذیت اختصاص دارد (کل‌العماد، کراسکیان موجمباری، بهرامی هیدجی، ۱۳۹۷). گرین و همکاران (۲۰۰۸) برای این ابزار همسانی درونی رضایت‌بخش و توانایی این ابزار را در تمیز بیماران پارانوئیدی از افراد غیرپارانوئیدی، به‌منزله شاخصی از روایی گزارش کردند. همچنین برای بررسی بعد همسانی درونی مقیاس، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند. این شاخص برای گروه بالینی ۰/۹۰ و برای گروه غیربالینی ۰/۹۵ برآورد شده است. همچنین در این پژوهش، پایایی مقیاس با استفاده از بازآزمایی، با فاصله زمانی دو هفته ۰/۸۷ محاسبه و گزارش شد. کل‌العماد، کراسکیان موجمباری و بهرامی هیدجی (۱۳۹۷)، همبستگی معنادار بین نمره مقیاس و خرده‌مقیاس‌های افکار پارانوئیدی گرین و همکاران (۲۰۰۸) و نمره مقیاس پارانوئیدی پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون^۳ را بیانگر روایی همگرایی^۴ مقیاس گزارش کردند. همچنین تحلیل داده‌های آنان نشان می‌دهد، همسانی درونی کل مقیاس براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰۸ است و ضریب پایایی آزمون از طریق بازآزمایی در فاصله زمانی یک ماه برای کل مقیاس و دو خرده‌مقیاس آن از نظر آماری معنادار بودند ($P < 0/01$). مقیاس افکار پارانوئیدی گرین و همکاران (۲۰۰۸) دارای اعتبار و روایی مناسب برای سنجش افکار پارانوئیدی در جامعه ایرانی است. آلفای کرونباخ پرسشنامه افکار پارانوئیدی گرین و همکاران در پژوهش حاضر، در پیش‌آزمون برابر با ۰/۷۳۲، در پس‌آزمون برابر با ۰/۷۴۹ و در پیگیری برابر با ۰/۹۳۹ به دست آمد.

-
1. internal consistency
 2. Green Paranoid Thoughts Scale (GPTS)
 3. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)
 4. convergent validity

جدول ۱. الف) محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی، ارائه اطلاعات پایه‌ای درباره روان‌درمانی شناختی-رفتاری، هدف، قوانین و اصول جلسات درمان، انجام تکلیف‌های تمرینی
جلسه دوم	توضیح ارتباط افکار، احساس و رفتار، استفاده از تکنیک‌هایی مانند رویداد تحریک‌کننده- باورها- پیامدهای احساسی یا رفتاری ABC ^۱ ، سبک‌های ناکارآمد تفکر و افکار خودآیند، بیان خطاهای شناختی
جلسه سوم	توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار
جلسه چهارم	بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد
جلسه پنجم	تعریف رفتار جرّتمندانه
جلسه ششم	تفاوت میان خشم سلامت و ناسلامتی
جلسه هفتم	مدیریت استرس‌ها، حل مسئله، آرامش عضلانی
جلسه هشتم	تعریف عزت‌نفس
جلسه نهم	برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود، ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب‌شده

ب) محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی
جلسه دوم	تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ایجاد ناامیدی خلاقانه
جلسه سوم	بیان کنترل به‌عنوان مشکل، درگیر شدن با اعمال هدفمند
جلسه چهارم	تکنیک‌های گسلش شناختی
جلسه پنجم	مشاهده خود به‌عنوان زمینه
جلسه ششم	تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن
جلسه هفتم	کشف ارزش‌های عملی زندگی
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها
جلسه نهم	جمع‌بندی جلسات

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در پژوهش حاضر، از روش‌های آمار توصیفی، روش تحلیل کوواریانس، آزمون تعقیبی بونفرونی و نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد. سطح معناداری در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

نتایج نشان می‌دهد، فراوانی نمونه‌ها در مجموع در گروه نمونه‌ها با یک زایمان، با ۲۰ نفر (۴۴/۴۴ درصد) بیشتر از سایر گروه‌ها بوده و نمونه‌های بالای سه زایمان، با ۲ نفر (۴/۴۴ درصد) کمترین فراوانی را داشتند. بیشترین فراوانی سنی افراد شرکت‌کننده، در مجموع به رده سنی ۳۱-۲۵ سال، با ۱۶ نفر (۳۵/۵۵ درصد) و کمترین فراوانی به رده سنی ۱۸-۲۴ سال با ۵ نفر (۱۱/۱۱ درصد) تعلق داشته است. فراوانی نمونه‌ها در مجموع، در گروه تحصیلی لیسانس با ۱۴ نفر (۳۱/۱۱ درصد)، بیشتر از سایر گروه‌ها بوده و گروه تحصیلی دکتری کمترین فراوانی را با ۲ نفر (۴/۴۴ درصد) داشته است.

1. activating event- beliefs- consequences

درباره نمرات افسردگی پس از زایمان، در گروه آزمایش شناختی-رفتاری میانگین و انحراف معیار $۱۶/۲۰ \pm ۲/۱۸$ ، در گروه آزمایش پذیرش و تعهد میانگین و انحراف معیار $۱۵/۸۷ \pm ۲/۸۵$ و در گروه کنترل میانگین و انحراف معیار $۱۵/۸۰ \pm ۲/۴۰$ بود. مقدار میانگین و انحراف معیار متغیر افکار پارانوئیدی، در حالت پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری در جدول ۲ نشان داده شده است:

جدول ۲. مقدار میانگین و انحراف معیار متغیر افکار پارانوئیدی در حالت پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری

خطای استاندارد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۲/۹۶	۱۱/۴۵	۱۱۸/۷۳	۱۵	گروه آزمایش شناختی-رفتاری	پیش‌آزمون
۲/۸۶	۱۱/۰۸	۱۱۶/۹۳	۱۵	گروه آزمایش پذیرش و تعهد	
۲/۵۹	۱۰/۰۵	۱۱۴/۶۰	۱۵	گروه کنترل	
۱/۶۰	۱۰/۷۶	۱۱۶/۷۶	۴۵	جمع	
۲/۷۴	۱۰/۶۱	۱۱۰/۳۳	۱۵	گروه آزمایش شناختی-رفتاری	پس‌آزمون
۲/۳۷	۹/۱۹	۹۵/۶۷	۱۵	گروه آزمایش پذیرش و تعهد	
۲/۵۱	۹/۷۱	۱۱۲/۸۷	۱۵	گروه کنترل	
۱/۸۳	۱۲/۳۱	۱۰۶/۲۹	۴۵	جمع	
۲/۹۹	۱۱/۵۸	۱۰۸/۸۷	۱۵	گروه آزمایش شناختی-رفتاری	پیگیری
۴/۴۸	۱۷/۳۶	۷۵/۴۰	۱۵	گروه آزمایش پذیرش و تعهد	
۲/۵۱	۹/۷۱	۱۱۲/۸۷	۱۵	گروه کنترل	
۳/۱۹	۲۱/۳۸	۹۹/۰۴	۴۵	جمع	

مطابق با جدول ۲ می‌توان گفت، میانگین نمرات در هر دو گروه پس‌آزمون و پیگیری، کمتر از پیش‌آزمون بوده است. همچنین میانگین نمرات در گروه‌های پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد، کمتر از گروه کنترل بوده است. برای بررسی فرضیه‌های آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده و ابتدا همه پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و توزیع متغیرهای پژوهش نرمال بود ($P > ۰/۰۵$). در آزمون همگنی شیب خط رگرسیون، سطح معناداری تعامل متغیر مستقل و متغیر همپراش ($۰/۲۱۰$) است؛ بنابراین فرضیه عدم همگنی شیب رگرسیون رد می‌شود ($P > ۰/۰۵$). با توجه به آماره $F (۰/۲۸۶)$ و سطح معناداری ($۰/۷۵۳$)، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز در آزمون لون رعایت شده است ($P > ۰/۰۵$). نتایج آزمون کوواریانس درباره مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار پارانوئیدی، در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در جدول ۳ آورده شده است:

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مربع مجزورات
متغیر مستقیم	۲۹۸۲/۶۳۵	۲	۱۴۹۱/۳۱۷	۲۷/۵۱۱	۰/۰۰۰	۰/۵۸۵
افکار پارانوئیدی - پس آزمون						
ل						

همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، بین دو گروه مداخله شناختی-رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد در افکار پارانوئیدی، در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). برای مقایسه اثربخشی این دو روش درمان با گروه کنترل بر روی افکار پارانوئیدی و گروه‌های آزمایشی با یکدیگر، از آزمون مقایسه میانگین‌های بونفرونی^۱ استفاده شده که در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی

متغیر وابسته	تفاوت میانگین گروه‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری	سطح پایین	سطح بالا	۹۵٪ ضریب اطمینان
گروه آزمایش	۱۴/۰۳۶	۲/۶۹۹	۰/۰۰۰	۷/۲۵۸	۲۰/۷۸۶	
شناختی - رفتاری	-۵/۴۵۹	۲/۷۳۳	۰/۱۵۸	-۱۲/۲۹۵	۱/۳۷۷	
گروه آزمایش شناختی - رفتاری	-۱۴/۰۳۶	۲/۶۹۹	۰/۰۰۰	-۲۰/۷۸۶	-۷/۲۵۸	افکار پارانوئیدی - پس آزمون
پذیرش و تعهد	-۱۹/۴۹۵	۲/۷۲۲	۰/۰۰۰	-۲۶/۳۰۳	-۱۲/۶۸۶	
گروه آزمایش شناختی - رفتاری	۵/۴۵۹	۲/۷۳۳	۰/۱۵۸	-۱/۳۷۷	۱۲/۲۹۵	
گروه کنترل	۱۹/۴۹۵	۲/۷۲۲	۰/۰۰۰	۱۲/۶۸۶	۲۶/۳۰۳	
گروه آزمایش پذیرش و تعهد						

نتایج آزمون بونفرونی مطابق جدول ۴، درباره تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد در متغیر افکار پارانوئیدی، تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری با گروه کنترل معنادار نبوده است ($P = 0.158$)، اما تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل معنادار بوده است ($P = 0.000$). تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنادار بوده است ($P < 0.05$). به‌طورکلی، تنها روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار پارانوئیدی به‌طور معنادار مؤثر بوده و روش درمان شناختی-رفتاری بر افکار پارانوئیدی تأثیر معناداری نداشته است.

نتایج آزمون کوواریانس درباره مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار پارانوئیدی، در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، در یک دوره پیگیری ۳ ماهه در جدول ۵

1. bonferroni

آمده است:

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مربع مجزورات
متغیر مستقل	افکار پارانوئید-پس آزمون پیگیری	۲	۶۲۷۶/۳۲۳	۴۳/۶۲۲	۰/۰۰۰	۰/۶۹۱

همان گونه که در جدول ۵ آمده است، بین دو گروه مداخله شناختی-رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد در افکار پارانوئیدی، در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در یک دوره پیگیری ۳ ماهه، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). برای مقایسه اثربخشی این دو روش درمان با گروه کنترل بر روی افکار پارانوئیدی و گروه‌های آزمایشی با یکدیگر، از آزمون مقایسه میانگین‌های بونفرونی استفاده شده که در جدول ۶ آمده است:

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی

عناوین	تفاوت میانگین گروه‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری	اطمینان ۹۵٪ ضریب
				سطح بالا / سطح پایین
گروه آزمایش	۳۲/۹۷۷	۴/۷۴۳	۰/۰۰۰	۲۱/۱۳۱ - ۴۴/۸۶۴
شناختی-رفتاری	-۳/۲۲۱	۶/۵۴۸	۱/۰۰۰	-۱۹/۶۰۱ - ۱۳/۱۵۹
افکار پارانوئیدی- پذیرش و تعهد	-۳۲/۹۷۷	۴/۷۴۳	۰/۰۰۰	-۲۱/۱۳۱ - ۴۴/۸۶۴
پس آزمون پیگیری	-۳۶/۲۱۹	۶/۴۷۷	۰/۰۰۰	-۲۰/۰۱۴ - ۵۲/۴۲۳
گروه کنترل	۳/۲۲۱	۶/۵۴۸	۱/۰۰۰	۱۹/۶۰۱ - ۱۳/۱۵۹
گروه آزمایش پذیرش و تعهد	۳۶/۲۱۹	۶/۴۷۷	۰/۰۰۰	۲۰/۰۱۴ - ۵۲/۴۲۳

نتایج آزمون بونفرونی مطابق جدول ۶ درباره تفاوت میانگین‌ها در پیگیری سه‌ماهه نشان می‌دهد در متغیر افکار پارانوئیدی، تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری با گروه کنترل معنادار نبوده است ($P > 0/05$)، اما تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل معنادار بوده است ($P < 0/05$). در متغیر افکار پارانوئیدی، تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنادار بوده است ($P < 0/05$). به‌طور کلی، تنها روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار پارانوئیدی تأثیر داشته و روش درمان شناختی-رفتاری، تأثیری معنادار بر افکار

پارانوئیدی در پیگیری سه‌ماهه نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر افکار پارانوئیدی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان اجرا شد. نتایج نشان می‌دهد تنها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار پارانوئیدی، در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان به‌طور معنادار مؤثر بوده و روش درمان شناختی-رفتاری بر افکار پارانوئیدی تأثیر معناداری نداشته است. در پیگیری سه‌ماهه نیز اثرات همین‌گونه بوده است. در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، باور بر این است که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و اجتناب از پذیرش احساسات و افکار آزاردهنده، به تقویت این احساسات و افکار و آزاردهندگی بیشتر آن‌ها منجر می‌شود. زنان افسرده تحت درمان با این رویکرد می‌آموزند که به‌جای غرق‌شدن در گذشته و سختی‌ها و دشواری‌هایی که ممکن است در آینده با آن مواجه شوند، اهداف منطبق بر ارزش‌های خود را شناسایی کنند و حتی با وجود افکار و احساسات فرساینده‌ای که موجب افسردگی فرد و کاهش کیفیت زندگی او می‌شوند، متعهدانه به اهداف خود پایبند باشند تا بتوانند بهتر و کارآمدتر زندگی و شرایط خود را مدیریت کنند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۵).

نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش مبنی بر اینکه روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، عملکرد بهتری در کاهش افکار پارانوئید زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، در مقایسه با روش درمان شناختی-رفتاری داشته است، با یافته‌های پژوهش بای، لئو، ژانگ، وو و چای (۲۰۲۰) هم‌سو می‌باشد که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری افسردگی را کاهش می‌دهد و در پیگیری سه‌ماهه این مطالعات، نتایج همچنان پایدار بوده است. عزیزی (۱۳۹۷) نیز نشان داد، در دانشجویان افسرده بدون در نظر گرفتن سطح تحول روانی معنوی مراجعان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرگذاری بیشتری در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش خشم دارد، اما بر کاهش علائم افسردگی مراجعان اثرگذاری تقریباً مشابهی با درمان شناختی-رفتاری دارد. نتایج اثربخشی درمان بر پایه پذیرش و تعهد، اثر بالقوه بیشتری را در دوره پیگیری در مقایسه با بعد از درمان نشان داده است که با نظریه‌پردازی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همسان است که در آن افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بعد از درمان، ممکن است به ادامه تغییر رفتاری مثبت و رشد در طول زمان منجر شود.

بر اساس پژوهش اژه‌ای، صیاد شیرازی، غلامعلی لواسانی و کسای اصفهانی (۱۳۹۷) که به مقایسه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم اضطرابی و افزایش پذیرش مادران پرداخته است، اثربخشی هر دو درمان تفاوت محسوسی نداشت، ولی ماندگاری اثر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری بیشتر از درمان شناختی-رفتاری بود. هم‌سو با نتایج، پژوهش سواری (۱۳۹۱) نیز نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری اثربخشی معناداری بر کاهش افکار پارانوئید و علائم روان پریشی ندارد. همچنین نتایج پژوهش حاضر در راستای یافته‌های پژوهش بلای، ایور و موریز (۲۰۱۱) است

که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در درمان نشانه‌های روان‌پریشی از جمله افکار پارانوئیدی و افزایش رفتار هدفمند مؤثر است. کاظمینی، بختیاری و نوری (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان افسردگی پس از زایمان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران پرداختند که نتایج آن نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری سبب کاهش افسردگی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مقایسه با گروه کنترل شد.

همچنین این نتایج با یافته‌های پژوهش پات کولدر و همکاران (۲۰۱۹) هم‌سویی ندارد. نتایج مطالعه آن‌ها نشان می‌دهد، افکار پارانوئید پس از مداخله درمانی به روش شناختی-رفتاری، کاهش یافته و در رفتار ایمنی و مشکلات شناخت اجتماعی نیز تأثیر معناداری مشاهده شده است. نتایج با یافته‌های کی، کراسک و رنو (۲۰۰۳) نیز هم‌سویی ندارد. نتایج مطالعه آن‌ها حاکی از این بود که تکنیک‌های شناختی-رفتاری مبتنی بر کاهش اضطراب، در کاهش اضطراب و افکار پارانوئیدی در میان افراد مبتلا، به‌طور معناداری مؤثر است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، رویدادهای آسیب‌زا، شرم‌آور و خاطرات تهدیدکننده و تحقیرآمیز به‌طور مستقیم بر باورهای پارانوئید تأثیر می‌گذارند و به افزایش افکار و احساسات شرم‌آور، دفاع‌های تحقیرآمیز و تشدید افکار پارانوئیدی منجر می‌شوند. افراد مبتلا به پارانوئید، طرح‌واره‌های منفی به خود دارند که آن‌ها را در مقابل ادراک تهدید بسیار آسیب‌پذیر می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که با تغییرات توجه‌آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار همراه است، می‌تواند سوگیری توجه افراد را در برابر نشانه‌های تهدید و تمایل به نتیجه‌گیری‌های آنی کاهش دهد و سبب شود این افراد مقاصد خصمانه را به رفتارهای دیگران اسناد ندهند. همچنین وقایع منفی را برحسب سرزنش دیگران، به‌عنوان دلایل بیرونی وقایع تبیین نکنند که این امر با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بعد از درمان، ممکن است به ادامه تغییر رفتاری مثبت و رشد در طول زمان منجر شود. این رویکرد به فرد آموزش می‌دهد به‌جای سرکوب، فرار و اجتناب از هیجانات و افکار آزاردهنده، آن‌ها را مشاهده کند و پذیرش را تمرین کند. از سوی دیگر، فرد یاد می‌گیرد براساس ارزش‌ها در زندگی عمل کند. بدین‌ترتیب این رویکرد به فرد افسرده کمک می‌کند تا از چرخه افکار نشخواری و افسرده‌ساز و به‌دنبال آن رفتارهای اجتنابی خارج شود و بتواند به سبک دیگری مبتنی بر ارزش‌های خود زندگی کند. در تبیین اثربخش‌نبودن درمان شناختی-رفتاری بر افکار پارانوئیدی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بازسازی شناختی در درمان شناختی-رفتاری بر محتوای شناخت تمرکز بسیار زیادی دارد و بدین‌وسیله چرخه بازخورد را زنده نگه می‌دارد. وگنر^۱ (۱۹۹۴)، نشان داد که بازداری هوشیار یا ناهوشیار فکر، ضد مولد است و بازگشت بسیاری از افکاری که فرد می‌خواهد از آن‌ها اجتناب کند تسهیل می‌کند (به نقل از اژه‌ای و همکاران، ۱۳۹۷). درمان شناختی-رفتاری با تأکید بر اصلاح محتوای فکر و با برچسب‌زدن برخی از افکار به‌عنوان افکار نادرست و ناکارآمد، میل به بازداری آن‌ها را

1. Wegner

افزایش می‌دهد (هیز^۱، ۲۰۰۸ به نقل از اژه‌ای و همکاران، ۱۳۹۷). از سوی دیگر چالش با فکر، در درمان شناختی-رفتاری به حس کاهش‌یافته‌ای از کنترل منجر می‌شود؛ زیرا افکار بازداری‌شده همواره بیشتر در دسترس قرار می‌گیرند (رکتور^۲، ۲۰۱۱ به نقل از اژه‌ای و همکاران، ۱۳۹۷). هدف فرایند پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش نیاز به بازداری فکر است. جایگزین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بازسازی شناختی، پذیرش نشانه‌ها و کنترل رفتار است (به نقل از اژه‌ای و همکاران، ۱۳۹۷). به‌نظر فریمن و گارتی (۲۰۰۶) نکته مهمی که در تطبیق درمان شناختی-رفتاری برای درمان سوءظن و افکار پارانوئیدی باید در نظر گرفت، این است که درمان کوتاه‌مدت مناسب نیست و به‌نظر می‌رسد باید حداقل مدت درمان شش ماه باشد و به‌صورت هفتگی ادامه یابد. ۹ جلسه و کارکرد گروهی، در مقایسه با زمان شش‌ماهه، عامل مهمی در کسب نتیجه ضعیف‌تر است. همچنین براساس نظر بک^۳ (۱۹۸۸) درمان شناختی-رفتاری تنها در طولانی‌مدت اثربخش خواهد بود که درمانگر فرض‌های زیربنایی بیماران را مرتب با چالش مواجه کند (به نقل از اژه‌ای و همکاران، ۱۳۹۷)؛ به‌ویژه در چالش با افکار پارانوئیدی و احتمالاً مدت‌زمان به‌کار گرفته شده در این پژوهش برای ایجاد تغییر در این متغیر، کافی و مطلوب نبوده است. همچنین تأثیرنداشتن درمان شناختی-رفتاری بر افکار پارانوئیدی در پژوهش حاضر می‌تواند به این مربوط شود که احتمالاً مکانیسم‌های تشویق و بازدارنده در درمان شناختی-رفتاری، برای شناسایی و بهبود تحریف‌های شناختی موفق عمل نکرده و قادر به بازسازی افکار و ایجاد احساسات بهتر و بروز رفتارهای مطلوب‌تر در بیمار نبوده است؛ چراکه مداخله شناختی-رفتاری می‌تواند سبب کاهش افکار اغراق‌آمیز خودارجاعی و تمایل پایدار به بی‌اعتمادی، کینه یا خشم به دیگران شود و باور به کنترل یا تأثیرپذیرفتن توسط دنیای بیرون را تقلیل دهد. بیمار پس از درمان، با پذیرش تفکرات و همچنین جداکردن اعمال از تفکر، از بند تفکرات نشخوارکننده، ناکارآمد و هیجانی‌رهایی می‌یابد و به مسیر ارزشمند زندگی خود بازمی‌گردد. درمان شناختی-رفتاری با بهبود شناخت‌ها و باورهای فرد درباره افسردگی، آموزش تصویرسازی ذهنی، مثبت‌اندیشی و تکنیک تن‌آرامی با افزایش کارآمدی و احساس خودکفایی، سبب کاهش افکار پارانوئیدی در فرد می‌شود.

گفتنی است می‌توان تأثیرنداشتن درمان شناختی-رفتاری بر افکار پارانوئیدی در افسردگی پس از زایمان در پژوهش حاضر و ناهم‌سویی آن با نتایج برخی پژوهش‌ها مبنی بر تأثیرات این درمان بر افسردگی پس از زایمان را، به وجود علائم دیگری غیر از افکار پارانوئیدی در این اختلال و احتمال تأثیرگذاری بیشتر درمان شناختی-رفتاری بر آن‌ها و درنهایت تأثیر درمانی آن مرتبط دانست. از آنجا که مهارت‌های نگهداری و پیشگیری از عود در جلسات آخر درمان‌ها آموزش داده شد، با توجه به نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دوره پیگیری می‌توان گفت این مهارت‌ها به‌خوبی آموخته و به‌کار گرفته شده‌اند. حفظ و نگهداری مهارت‌ها و تعمیم آن به سایر حیطه‌ها، نه‌تنها مانع فراموشی مهارت‌ها می‌شود، بلکه سبب می‌شود افراد با

1. hayes

2. rector

3. beck

گذر زمان احساس راحتی و سازگاری بیشتری با محیط داشته باشند. در تبیین کلی این یافته‌ها می‌توان گفت درحالی‌که درمان شناختی-رفتاری بر تغییر افکار و هیجان‌ها تأکید دارد و با تکنیک‌های رفتاری در کنار تکنیک‌های شناختی خود به کاهش علائم در گروه‌های مختلف منجر می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به پذیرش و پایبندی به اهداف طرح‌ریزی شده تأکید دارد و به افراد می‌آموزد با انتخاب و تعهد به زندگی مداوم با ارزش‌های شخصی رفتار کنند و با عمل نکردن به احساسات و انگیزه‌های رفتاری مرتبط، علائم منفی را کاهش دهند؛ بنابراین به‌طور کلی نتایج نشان می‌دهد تنها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌طور معنادار بر افکار پارانوئیدی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان اثربخش است. در پیگیری سه‌ماهه نیز اثرات همین‌گونه بود.

در نهایت پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این درمان برای کاهش افکار پارانوئیدی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، درمان ترجیحی در نظر گرفته شود. همچنین برای جلوگیری از تعمیم نتایج از یک گروه آزمایشی به جامعه، این پژوهش روی گروه‌های دیگری از افراد و با دوره‌های پیگیری متفاوت و طولانی‌تر انجام شود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه در دسترس اشاره کرد که باید در تعمیم نتایج به‌دست‌آمده از نمونه به جامعه احتیاط کرد. همچنین در برخی مراحل این پژوهش، با توجه به شیوع بیماری کرونا در مقطعی دشواری‌هایی وجود داشت.

منابع

- اژه‌ای، ج.، صیادشیرازی، م.، غلامعلی لواسانی، م.، و کسایی اصفهانی، ع. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم. *مجله روان‌شناسی*، ۲۲(۱)، ۲۱-۳.
- ایزدی، م.، و رسولی، آ. (۱۳۹۸). اثربخشی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و کیفیت خواب زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان. *مجله پژوهش پرستاری ایران*، ۱۴(۱)، ۲۸-۲۱.
- باخ، پ.، و موران، د. ج. (۱۳۹۶). *اکت در عمل: مفهوم‌پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد*. ترجمه سارا کمالی و نیلوفر کیان راد. تهران: ارجمند.
- رشوانلو، ف.، اسفندیاری، س.، و امانی، م. (۱۳۹۴). افکار پارانوئیدی در معلمان: نقش عوامل جمعیت شناختی. *اولین همایش ملی سوادآموزی و ارتقای سلامت*، ۱(۱)، ۲۰۴-۲۰۱.
- سواری، حسن. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از عود و سلامت روان مصرف‌کنندگان کراک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه محقق اردبیلی.
- عبدالمحمدی، ک.، غدیری صورمان‌آبادی، ف.، چوبداری، ع.، و سید پورمند، ن. (۱۳۹۷). تفکرات پارانوئید و حرمت خود در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۵(۳)، ۱۴۵-۱۳۷.
- عزیزی، س. (۱۳۹۷). مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر کاهش خشم دانشجویان افسرده، با توجه به سطح تحول روانی معنوی آن‌ها. *پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی*

بالینی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت مدرس.

عظیمی لولتی، ح.، دانش، م.، حسینی، ش.، خلیلیان، ا.، و ضرغامی، م. (۱۳۸۴). افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت ساری. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۱(۱)، ۳۱-۴۲.

کاظمینی، م.، بختیاری، م.، و نوری، م. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان افسردگی پس از زایمان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*. ۶(۴)، ۳۱-۲۰.

کل‌العماد، ف. س.، کراسکیان موحامباری، آ.، و بهرامی هیدجی، م. (۱۳۹۷). تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افکار پارانوئیدی گرین و همکاران. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۹(۳۱)، ۹۷-۱۱۰.

گلزار، ا.، قلی‌زاده، ز.، سهرابی، ا.، کیانی، م.، ع.، شمس‌علیزاده، ن.، و اصغرنژاد، س. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر درمان افسردگی پس از زایمان و سه عامل پویایی تعارضات وابستگی، خشم و مادری در مادران افسرده پس از زایمان. *مجله مامائی و نازائی زنان ایران*. ۱۶(۵۲)، ۸-۱۷.

لیهی، ر. ا. (۱۳۸۷). *فنون شناخت درمانی: راهنمایی برای روان‌درمانگران*. ترجمه لادن فتی و همکاران. تهران: دانژه.

محمدی، ا.، زرگر، ف.، امیری، ع.، محرابی، ع.، اکبری، م.، بقولی، ح.، تویسرکانی راوی، م.، امیری، م.، میرزایی، م.، نونهال، س.، و طاهری‌فر، ز. (۱۳۹۵). *مقدمه‌ای بر نسل سوم: درمان‌های شناختی-رفتاری*. تهران: انتشارات ارجمند.

نوروزی، ز.، و محمدی، م. (۱۳۹۲). پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان براساس سابقه اضطراب، افسردگی و پیوند والدینی در زنان زایمان‌کرده، مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شیراز. *مجله علوم پزشکی رازی*. ۲۱(۱۲۷)، ۲۴-۳۰.

نیک‌پور، م. (۱۳۹۱). ارتباط نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۴(۵۳)، ۴۶-۵۳.

نیکوگفتار، م.، و خانعلی‌لو، ر. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران زن مبتلا به ام‌اس. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۵(۱)، ۵۹-۶۶.

ویسانی، ی.، و سایه‌میری، ک. (۱۳۹۱). بررسی میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران به روش مرور سیستماتیک و متآنالیز. *مجله مامایی و نازایی زنان ایران*. ۱۵(۱۴)، ۲۹-۲۱.

ویلسون، ر.، و برنج، ر. (۱۳۹۳). *درمان رفتاری-شناختی به زبان ساده*. ترجمه زهره خسروی و سمیه رضایی. تهران: نسل فردا.

References

- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.
- Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 10(5), 347-359.
- Carvalho, C. B., Pereira, V., Sousa, M., da Motta, C., Pinto-Gouveia, J., Caldeira, S. N., Peixoto, E. B., & Fenigstein, A. (2014). Paranoia in the general population: a revised version of the general paranoia scale for adolescents. *European Scientific Journal*, 10(23), 128-141

- Darrell-Berry, H., Bucci, S., Palmier-Claus, J., Emsley, R., Drake, R., & Berry, K. (2017). Predictors and mediators of trait anger across the psychosis continuum: The role of attachment style, paranoia and social cognition. *Psychiatry Research*, 249, 132-138.
- Fenigstein, A., & Vanable, P. A. (1992). Paranoia and self-consciousness. *Journal of personality and social psychology*, 62(1), 129-138.
- Freeman, D., & Garety, P. (2006). Helping patients with paranoid and suspicious thoughts: A cognitive-behavioural approach. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(6), 404-415.
- Green, C. E., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., & Garety, P. A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: the Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychological Medicine*, 38(1), 101-111.
- Kettunen, P., Koistinen, E., & Hintikka, J. (2014). Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 402.
- Key, F. A., Craske, M. G., & Reno, R. M. (2003). Anxiety-based cognitive-behavioral therapy for paranoid beliefs. *Behavior Therapy*, 34(1), 97-115.
- Natalie, C. T., Mustafa, S., & Alicia, E. M. (2019). Brief acceptance-based therapy for women with high-risk pregnancies: Uncontrolled pilot of an intervention for inpatients. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14(1), 127-135.
- Pawluski, J. L., Lonstein, J. S., & Fleming, A. S. (2017). The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. *Trends in Neurosciences*, 40(2), 106-120.
- Pot-Kolder, R., Geraets, C., Veling, W., van Beilen, M., Staring, A., Gijssman, H. J., Delespaul, P., & van der Gaag, M. (2018). Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), 217-226.
- RocíoCoto, L., ConcepciónFernández, R., & SoniaGonzález, F. (2020). Acceptance and commitment therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107-120.
- Siobhan, L., Christine, B., Amanda, S., Ashlee, B.G., Aileen, Z.C., Megan, H., Amy, E.J., HilaHas, K., Alison, M., Christopher, H., Alan, G., Jeannette, M., Marie-Paule, A., Gavin, A., & Jill, M.N. (2019). A randomised controlled trial of 'MUMentum postnatal': Internet-delivered cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in postpartum women. *Behaviour Research and Therapy*, 116(1), 94-103.
- Tannous, L., Gigante, L., Fuchs, S., & Busnello, E. (2008). Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*, 8(1), 1-11.
- Udachina, A., Varese, F., Myin-Germeys, I., & Bentall, R. P. (2014). The role of experiential avoidance in paranoid delusions: an experience sampling study. *The British Journal of Clinical Psychology*, 53(4), 422-432.