مجله علوم پزشکی زانکو/ دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ تابستان ۱۳۹۹/ ۴۶-۳۵

مقاله پژوهشی
(Originalpaper)

بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی زنان باردار

فرزانه خان‌پور[1*]، اثمر کریمی[2]، دکتر روناک شاهویی[3]، شهرام شریفی[4]، نسرین صوفی زاده[5]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی علوم پزشکی کردستان، علوم پزشکی کردستان

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بیمارستان بعثت، بیمارستان بعثت

۳- استادیار علوم پزشکی کردستان، علوم پزشکی کردستان

۴- کارشناسی ارشد علوم پزشکی کردستان، علوم پزشکی کردستان

۵- استادیار علوم پزشکی کردستان، علوم پزشکی کردستان

* (نویسنده مسؤول) ایمیل: far.khanpour@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4437-4085

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی دوران بارداری می‌تواند عواقب قابل توجهی برای مادر و نوزاد داشته باشد اما اغلب به دلیل عدم تشخیص و درمان این عارضه، زنان باردار افسرده مشکلات زیادی را متحمل می‌شوند. درمان ذهن‌آگاهی باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کاهش خطر عود افسردگی و کاهش علائم استرس و افسردگی می‌شود؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر ذهن آگاهی بر میزان افسردگی مادران باردار انجام شد.

مواد و روش کار: روش تحقیق مطالعه حاضر نیمه تجربی و به شیوه پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. ۵۰۰ مادر باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه های سطح شهر سنندج و بلوک زایمان بیمارستان بعثت پرسش‌نامه افسردگی بک را تکمیل کردند و ۲۵۰ نفر در این مقیاس نمرات بالا داشتند. از میان آنان ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. در گروه کنترل و آزمایش۲ نفر ریزش وجود داشت و در هر گروه ۱۳ نفر شرکت کردند. برای مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه مداخله و کنترل از آزمون t تست مستقل و t تست زوج و نرم افزار spss v.22 استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی مادران مورد مطالعه ۵/۱۵±۲۹/۵۴ سال و میانگین سن ازدواج ۵/۳۴ ±۳۸±۲۴ سال بود. وضعیت دو گروه مداخله و کنترل از نظر ویژگی‌های دموگرافیک تفاوت معنی‌داری نداشت($p>0/05$). قبل از مداخله از نظر میزان افسردگی دو گروه مداخله و کنترل مشابه بودند ولی بعد از مداخله با $p<0/05$ تفاوت معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل، اثر بخشی روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر افسردگی زنان باردار را به صورت معنی‌دار نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، زنان باردار، ذهن آگاهی

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

بارداری مرحله مهمی در زندگی زنان است (۱) و در این دوره ممکن است تغییرات جسمی و روانی مختلفی رخ دهد (۲). در دوران بارداری تغییرات زیادی در سیستم غدد درون ریز مادران باردار ایجاد شده و برای بسیاری از زنان مسائل بهداشت روان افزایش می‌یابد (۳).

اختلالات خلقی دوره بارداری یک مسئله بهداشت عمومی است که تأثیر منفی شدیدی بر زنان، خانواده‌ها و جوامع دارد. تخمین زده می‌شود که ۱۵ تا ۲۱درصد از زنان باردار در دوران بارداری و پس از زایمان اختلالات خلقی را تجربه کنند که این اختلالات شامل افسردگی، اضطراب، اختلال وسواس، استرس پس از سانحه و روان‌پریشی پس از زایمان است (۴).

افسردگی در دوران بارداری بسیار شایع و حتی از افسردگی پس از زایمان نیز شایع‌تر است (۳). ۱۰٪-۲۰٪ از زنان از اختلالات خلقی مانند افسردگی در دوره بارداری رنج می‌برند (۵). شیوع افسردگی در دوران بارداری در کشور اتیوپی (۲۰۱۹) ۲۴/۲۴٪ (۶) و در کشور یونان ۲۸٪ می‌باشد (۷) و در ایران (۱۳۹۵) شیوع آن ۳۰ درصد برآورد شد (۸).

تغییرات روانی و عمیق بدن در دوران بارداری تسهیل‌کننده افسردگی است که با توجه به تمایل فرد و ترکیب عوامل تشدید کننده بارداری از خفیف تا شدید متغیر است (۹). طیف وسیعی از عوامل خطر روانی، اجتماعی و اقتصادی پیش از تولد، بر سلامت، رفتار و شناخت کودکان تأثیر منفی می‌گذارد(۱۰) و افسردگی می‌تواند عواقب قابل توجهی برای مادر و نوزاد داشته باشد(۶).

بین افسردگی قبل از زایمان در مادران و کاهش نمرات آپگار شیرخوار، افزایش زایمان زودرس، نوزادان با وزن کم هنگام تولد و خطر بیشتر اسهال در شیرخوارن ارتباط وجود دارد (۳). همچنین افسردگی و استرس دوران بارداری مادر با کاهش رشد اجتماعی فرزندان آنان در آینده همراه است (۱۱). افسردگی همچنین بر تعامل مادر و نوزاد از طریق تأثیر آن بر بروز افسردگی پس از زایمان تأثیر می‌گذارد و بین افسردگی قبل از تولد و پیامدهای منفی بر نوزاد مانند ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۲).

نتایج پژوهش رالیس و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد علائم افسردگی در اوایل بارداری سطح افسردگی بالاتری را در طول بقیه بارداری پیش‌بینی می‌کرد. به نظر می‌رسد افزایش افسردگی در اوایل بارداری بسیار مهم است زیرا نه تنها علائم بعدی افسردگی را پیش-بینی می‌کند بلکه باعث افزایش اضطراب و استرس در اواخر بارداری می‌شود (۱۳). علاوه بر افزایش شیوع افسردگی در دوران بارداری، در دسترس بودن کمک-های روان‌شناختی برای مادران باردار بسیار محدود است و برای جلوگیری از پیامدهای منفی هم برای مادر و هم برای این زنان نیاز به اقدامات درمانی وجود دارد (۱۴) و یکی از راه‌های کنترل اضطراب و افسردگی، ذهن آگاهی است (۱۵).

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی روش جدیدی را برای درمان مشکلات سلامت روانی پری ناتال ارائه می‌دهند (۱۶). ذهن آگاهی به عنوان توجه و آگاهی از ذهن و بدن، پذیرش تجربیات لحظه به لحظه بدون قضاوت و حضور در یک لحظه معین تعریف می‌شود.

مدل درمانی مبتنی بر کاهش استرس مبتنی بر ذهن (MBSR)که توسط کابات زین ارائه شده است، از سه روش مدیتیشن، یوگا و اسکن بدن استفاده می‌کند (۱۷). ذهن آگاهی و مداخلات مبتنی بر پذیرش، پیامدهای مثبتی برای سلامت روان و جسم دارند (۱۸).

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در روانپزشکی محبوبیت زیادی یافته است (۱۹) وآموزش مراقبه می-

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

تواند تنظیم خلق و خو و احساسات را بهبود بخشد (۲۰). روش‌های درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مهارتهای ذهن‌آگاهی را آموزش می‌دهند که به منظور کاهش واکنش‌پذیری عاطفی در مقابل عوامل تولیدکننده افکار منفی طراحی شده اند (۲۱). به عنوان مثال، هنگامی که یک فکر منفی حالت نشخوارکنندگی دارد، ممکن است در حفظ افسردگی نقش داشته باشد. ولی وقتی چنین اندیشه‌ای با ذهنی پذیرنده پذیرفته می‌شود، به عنوان یک واقعیت ذهنی تجربه می‌شود و نه یک حقیقت و از این رو کمتر به کاهش روحیه و افسردگی منجر می‌گردد.

درمان ذهن‌آگاهی با افزایش ذهن‌آگاهی فرد و بهبود بهزیستی روان‌شناختی در جمعیت غیربالینی همراه است و باعث کاهش خطر عود افسردگی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم استرس و افسردگی می‌شود (۲۱). نتایج پژوهش زمستانی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی اثر داشته و می‌توان برای درمان اختلال‌های هیجانی و بهبود وضعیت روان‌شناختی زنان باردار از آن استفاده کرد (۲۲).

نتایج مطالعه شولمن و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی به عنوان یک درمان کمکی، غیر دارویی برای افسردگی و اضطراب مادران باردار شناخته شده است (۲۳). تجزیه و تحلیل داده‌ها در مطالعه اوستافین و همکاران (۲۰۰۶) کاهش در پریشانی روان‌شناختی را در زنان باردار نشان داد (۲۴) همچنین دوره‌هایی در دوران زایمان و فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای زنان باردار و همسران آنان انجام گرفت و ذهن‌آگاهی مادران را برای مقابله با راهبردهای مقابله در بهبود مسیر رشد نوزادان یاری کرد (۲۵).

علی رغم شیوع گسترده افسردگی در زنان باردار و تأثیر منفی افسردگی و اثرات منفی آن بر مادر و جنین و با توجه به اینکه مادران بادار در دوران بادارى برای مصرف داروهای روان‌شناختی محدودیت دارند و با توجه به سودمندی و بی‌خطر بودن درمان ذهن آگاهی در مادران باردار، این مطالعه اثر ذهن‌آگاهی مبتنی بر استرس را بر کاهش افسردگی زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شهر سنندج و بیمارستان بعثت، مورد بررسی قرار داد.

مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه کلیه خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان بعثت و درمانگاه‌های سطح شهر سنندج بودند.

معیارهای ورود شامل سن حاملگی ۳۴-۳۰ هفته (بر اساس LMP و سونو گرافی)، نخست‌زا و دارا بودن نمره افسردگی ۱۵ یا بالاتر بر اساس پرسش‌نامه اضطراب افسردگی بک بود. معیار خروج از مطالعه نیز عدم تمایل به شرکت در جلسات آموزشی و عدم تکمیل ۸ جلسه آموزش در نظر گرفته شد. بر اساس مطالعات پیشین (۲۶) با در نظر گرفتن S1=3.65 و S2=4.44 و $\mu1=17.79$ و $\mu2=26.89$ و با لحاظ داشتن $\alpha=0.05$ و $\beta=0.20$ حجم نمونه برابر۱۳ نفر در هر گروه خواهد شدکه برای افزایش توان مطالعه و جبران ریزش در گروه مداخله و کنترل در هر گروه ۱۵ نفر منظور شد.

۵۰۰ مادر باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های سطح شهر سنندج و بلوک زایمان بیمارستان بعثت با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسش‌نامه افسردگی بک را تکمیل کردند. از بین این تعداد، ۲۵۰ نفر افسردگی بالا داشتند و از میان آنان ۳۰ نفر انتخاب و به

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

صورت تصادفی در گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند.

روش انتخاب زنان باردار و تخصیص آن‌ها در هرگروه به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی صورت گرفت. به این صورت که بعد از انتخاب ۳۰ زن باردار که شرایط ورود به مطالعه را داشتند از۱۰ تا ۳۰ ردیف شدند و با استفاده از جدول اعداد تصادفی یک در میان در گروه‌ها قرار گرفتند.

از مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر سنندج ۵ مرکز (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از دریافت مجوز، از خانم-های باردار دارای معیار ورود درخواست گردید پرسش‌نامه افسردگی بک را تکمیل نمایند و افراد دارای نمره افسردگی متوسط به بالا انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند و برای گروه مداخله کلاس‌های آموزشی تشکیل شد و کلاس‌ها به صورت ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه دو ساعته) تحت گروه درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس توسط کارشناس ارشد روان-شناسی بالینی دوره دیده برگزار گردید.

گروه کنترل هیچ درمان روان‌شناختی را دریافت نکردند. پژوهش در کلاس ۱۵ نفره برگزار گردید اما در حدود ۲ نفر در هر گروه کنترل و مداخله ریزش وجود داشت. اعضای گروه برگه‌های تکالیف خانگی و فایل صوتی مراقبه را دریافت کردند. لازم به ذکر است که بعد از پایان جلسات، دو گروه مداخله و کنترل پرسش‌نامه افسردگی بک را مجدداً تکمیل نمودند.

برای مقایسه متغیرهای کمی در بین دو گروه از آزمون t مستقل و t تست زوج توسط نرم افزار SPSS v.22 استفاده گردید. لازم به ذکر است که قبل از شروع کارگاه کد اخلاق توسط دانشگاه دریافت و تمام بیماران فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند. در این پژوهش به منظور رعایت موازین اخلاقی پس از پایان مطالعه یک جلسه آموزشی جهت گروه کنترل برگزار و فایل‌های صوتی مراقبه در اختیار آنان قرار گرفت.

شرح جلسات آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی(۲۷)

جلسه	عنوان جلسات	موضوع
جلسه اول	اجرای خودکار	مرحله اول: تشریح ماهیت تشکیل جلسه، معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر؛ مرحله دوم: ۱- شرح مختصری از ۸ جلسه ۲- انجام مدیتیشن‌های خوردن یک عدد کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها ۳- تکلیف خانگی: پیاده‌کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش آموخته اند در مورد غذا خوردن یا ظرف شستن.
جلسه دوم	رفع موانع	۱-انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه ۲- بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن ۳- بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن ۴- انجام مدیتیشن در حالت نشسته. ۵- تکالیف؛ ذهن‌آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره.
جلسه سوم	تنفس با ذهن‌آگاهی	۱-حرکات آرام و ذهن آگاه یوگا به عنوان شیوه‌هایی از آرام کردن علائم فیزیکی استرس و آگاه‌شدن از حرکات ظریف بدن مطرح می‌شود ۲- تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت‌کنندگان خواسته می-شود به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند)۳- مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ ۴- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن-آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

جلسه چهارم	ماندن در لحظه	۱- مراقبه نشسته با تأکید بر توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار(که مدیتیشن چهاربعدی نیز نامیده می‌شود) ۲- بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین ۳- تمرین قدم‌زدن ذهن آگاه ۴- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی۳ دقیقه‌ای (در یک رویداد خوشایند).
جلسه پنجم	پذیرفتن و اجازه‌دادن	۱-انجام مدیتیشن نشسته ۲ -ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن ۳ -تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
جلسه ششم	تفکرات منشا واقعی ندارند	۱- تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای ۲- بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی ۳ -ارائه‌ی تمرینی با عنوان" خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه "با این مضمون، محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند ۴- چهار تمرین مدیتیشن به مدت یک ساعت، پی درپی ارائه شد .۵ -تکالیف، انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
جلسه هفتم	چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم	۱- مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود ۲- مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟ ۳- ارائه تمرینی که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگیشان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه-ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. ۴- فضای تنفسی سه دقیقه ای ۵-تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است؛ تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد خوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید.
جلسه هشتم	چگونگی استفاده از این موارد در تصمیم-گیری‌های آینده	۱- اسکن ۲- مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید ۳- تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای ۴- بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع مدیتیشن ۵- مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات

در این پژوهش از پرسش‌نامه افسردگی بک استفاده شد. پرسش‌نامه افسردگی بک یک ابزار ارزیابی خودسنجی است (۲۸). این آزمون برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تهیه شد (۲۹) و یکی از معروف‌ترین و متداول‌ترین ابزارهای خودسنجی افسردگی است (۳۰). تفسیر نتایج درجات افسردگی به صورت زیر است: نمره‌ی ۴-۰ انکار احتمالی، نمره ۹-۵ افسردگی خیلی خفیف، نمره ۱۰-۱۸ افسردگی خفیف تا متوسط نمره بیشتر از ۳۰ افسردگی شدید (۳۱). راندولف و همکاران، آلفای کردنباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۴ محاسبه کرده‌اند (۳۲) و از اثبات داخلی بالا (آلفا=۰/۸۷) و پایایی قابل قبولی (r=۰/۷۳) برخوردار است (۳۳).

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد میانگین سنی مادران مورد مطالعه ۵/۱۵±۲۹/۵۴ سال و میانگین سن ازدواج ۵/۳۴±۳۸±۲۴ سال بود. ۵۰ درصد از مادران مورد مطالعه لیسانس و بالاتر و ۸۸/۵ درصد خانه‌دار بودند. وضعیت دو گروه از نظر برخی ویژگی‌های دموگرافیک در جدول ۱ ارائه شده است. در تمام ویژگی‌ها بین دو گروه تفاوت معنی‌داری دیده نشد (p>۰/۰۵).

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

جدول۱: ویژگی دموگرافیک مادران مورد مطالعه دوگروه مداخله و کنترل

	مداخله	کنترل	P-value
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
تحصیلات			
ابتدایی	۲ (۱۵/۴)	۲ (۱۵/۴)	
دیپلم	۵ (۳۸/۴)	۴ (۳۰/۸)	*۰/۵۳
لیسانس و بالاتر	۶ (۴۶/۲)	۷ (۵۳/۸)	
شغل			
خانه دار	۱۱ (۸۴/۶)	۱۲ (۹۲/۳)	*۰/۶۴
کارمند	۲ (۱۵/۴)	۱ (۷/۷)	
تمایل به نوع زایمان			
طبیعی	۷ (۵۳/۸)	۸ (۶۱/۵)	*۰/۹۲
سزارین	۶ (۴۶/۲)	۵ (۳۸/۵)	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
سن	۲۹/۱۵ (۴/۴۹)	۲۹/۹۲ (۵/۹۲)	**۰/۷۱
سن ازدواج	۲۵/۶۲ ۵/۲۰	۲۳/۱۵ ۵/۳۹	**۰/۲۵
تعداد سالهای ازدواج	۳/۱۳ ۱/۶۰	۴/۷۵ ۳/۳۹	**۰/۲۸

* نتایج حاصل از آزمون کای دو

** نتایج حاصل از آزمون T-test

در مورد شدت افسردگی در دو گروه قبل و بعد از مداخله نتایج مشخص نمود قبل از مداخله افسردگی خیلی خفیف در گروه تجربی ۲۳/۱ درصد بوده که در بعد از مداخله به ۳۰/۸ درصد رسیده، ولی در گروه کنترل تغییری نکرده است (جدول ۲).

جدول۲: شدت افسردگی در دو گروه قبل و بعد از مداخله

مرحله	شدت افسردگی	انکار احتمالی		خیلی خفیف		خفیف تا متوسط		متوسط تا شدید		شدید	
	گروه	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
قبل از مداخله	تجربی	۱	۷/۷	۳	۲۳/۱	۶	۴۶/۲	۱	۷/۷	۲	۱۵/۴
	کنترل	۲	۱۵/۴	۲	۱۵/۴	۴	۳۰/۸	۵	۳۸/۵	۰	۰/۰
بعد از مداخله	تجربی	۴	۳۰/۸	۴	۳۰/۸	۴	۳۰/۸	۱	۷/۷	۰	۰/۰
	کنترل	۲	۱۵/۴	۲	۱۵/۴	۳	۲۳/۱	۴	۳۰/۸	۲	۱۵/۴

در خصوص مقایسه میزان افسردگی در دو گروه نتایج نشان داد قبل از مطالعه بین آن‌ها تفاوت معنی‌دار نبود ولی بعد از مداخله میزان افسردگی در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد بطور معنی‌داری کاهش یافته بود. میانگین نمره افسردگی به ترتیب در دو گروه تجربی و کنترل بعد از مداخله ۹/۷۷ و ۱۷/۶۲ بود. همچنین

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

مقایسه میزان افسردگی در گروه‌ها به تفکیک به صورت قبل و بعد نشان داد در گروه شاهد تغییرات معنی‌دار نبوده ولی در گروه تجربی با $p<۰/۰۵$ تفاوت معنی‌دار بود و در این گروه میانگین نمره افسردگی از ۱۵/۱۵ به ۹/۷۷ کاهش یافته بود (جدول۳).

جدول ۳: مقایسه نمره‌ی کلی افسردگی مادران قبل و بعد از آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در دو گروه مداخله و کنترل

افسردگی		مداخله	کنترل	t-test	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	t	P-value
قبل از مداخله		۱۵/۱۵ (۱۰/۳۴)	۱۵/۴۶ (۱۰/۰۳)	۰/۰۷۷	۰/۹۳۹
بعد از مداخله		۹/۷۷ (۷/۲۸)	۱۷/۶۲ (۱۱/۶۶)	۲/۱۸	۰/۰۴۱
Paired t-test	t	۲/۵۴	۰/۸۳	–	
	P-value	۰/۰۲۶	۰/۴۲۳	–	

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میزان افسردگی درگروه مداخله بطور معنی‌داری کاهش یافته است و نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های زمستانی و همکاران (۲۲)، علی‌پور و همکاران (۳۴)، رفیعی و همکاران(۳۵)، سید احمدی‌نژاد و همکاران (۳۶)، لوبرتو[1] و همکاران (۳۷)، تیلور[2] و همکاران (۱۶)، اپل[3] و همکاران (۳۸)، یانگ[4] و همکاران (۳۹) همسو است.

در پژوهش لوبرتو و همکاران (۲۰۱۷) یک مداخله شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۸ هفته‌ای بر اضطراب، افسردگی، نگرانی، ذهن‌آگاهی و دلسوزی بر زنان باردار انجان پذیرفت. نتایج نشان داد که بهبودهای بعد از مداخله در اضطراب، نگرانی، ذهن آگاهی، و دلسوزی پس از زایمان حفظ شد و بهبود افسردگی بیشتر بود (۳۷).

در پژوهش حاضر نیز علاوه بر ۸ جلسه کارگاه ذهن آگاهی تکالیف خانگی برای مادران باردار به صورت فایل صورتی و تمرینات کاغذی در اختیار آن-ها قرار گرفت و در هر جلسه این تمرینات بررسی گردید. پژوهش اپل و همکاران (۲۰۱۹) نیز به بررسی اثر بخشی ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و افسردگی صورت گرفت.

نتایج شامل کاهش استرس درک شده و افسردگی بود (۳۸). در پژوهش اسلامی[5] و همکاران (۲۰۱۷) نیز که به مقایسه کارآیی ذهن‌آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی در زنان باردار پرداخت، میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در گروه مداخله کاهش یافت (۱۵). برنامه هشت هفته ذهن‌آگاهی به طور مؤثر باعث کاهش استرس و افسردگی و افزایش خودکارآمدی و ذهن آگاهی در هنگام زایمان می‌شود (۴۰). پژوهش اولا ساکرستان[6] و همکاران (۲۰۱۹) نیز در اثر بخشی دوره فرزند پروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی دوران بارداری بود (۵).

اثر بخشی درمان ذهن آگاهی بر افسردگی مادران باردار را می‌توان اینگونه تبیین نمود که هدف مداخلات ذهن آگاهی کمک به افراد برای پذیرش، ارتباط با تجارب درونی و افزایش رفتار آگاهانه است (۴۱) و مراقبه ذهن آگاهی توجه فرد را افزایش داده و این عامل باعث افزایش آگاهی و توانایی عاطفی می-

1- Luberto
2- Taylo
3- Epel
4- Yang

5- Aslami
6- Olga Sacristan

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

گردد (۴۲). این درمان به افراد مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که بدون هیچگونه قضاوتی بتوانند از افکارشان آگاه شوند (۴۳).

ذهن آگاهی از طریق‌ساز و کارهایی مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت زدایی باعث تغییر روابط با افکار و تنظیم هیجان می‌شود (۴۴) و در ذهن آگاهی پذیرش به شناخت‌های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می‌گردد (۴۵).

در افرادی که مستعد افسردگی هستند ذهن دائما به سمت افکار منفی ناراحت‌کننده گرایش پیدا می‌کند که باعث تداوم افسردگی در آنان می‌شود (۴۶) و در ذهن آگاهی به افراد افسرده آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده و در نتیجه افسردگی آنان کاهش یابد (۴۵).

پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده دوره پیگیری جهت بررسی تأثیر این مداخله در درازمدت انجام شود. گروه مداخله دوم به منظور مقایسه یک روش درمانی دیگر با ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس برای بررسی کارایی درمان‌های روان‌شناختی متفاوت در افسردگی دوران بارداری اضافه شود.

بررسی اثر بخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی بر روی سایر متغیرهای مهم و تأثیرگذار در دوران بارداری مانند کیفیت زندگی انجام شود همچنین میزان افسردگی در بعد از زایمان اندازه‌گیری شده و تأثیر این روش درمانی در کاهش افسردگی و اثرات پیشگیری‌کننده در افسردگی پس از زایمان بررسی گردد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضردر اثر بخشی ذهن‌آگاهی در کاهش افسردگی مادران باردار، این شیوه درمانی را می‌توان در کنار مراقبت‌های روتین برای کاهش افسردگی در مادران باردار بکار برد و مشکلات روان‌شناختی دوران بارداری راکاهش داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه کردستان با شماره کمیته اخلاق IR.MUK.REC.1395.180 می‌باشد. بدین وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از همه کسانی که به نحوی در انجام مطالعه ما را یاری کردند اعلام می-نماییم و امید است نتایج این پژوهشی در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران باردار باشد.

References

1- Miyahara M, Harada T, Tanaka S, Fukuhara H, Kano T, Ono T, et al. Mindfulness meditation for future early childhood teachers in Japan. Teach Teach Educ. 2017;65:136-44.
2- Bouzouita I, Ellouze F, El Kefi H, Chaari I, Cheikh CB, Krir M, et al. Sexuality of the Tunisian pregnant women: Facts between myth and reality. Sexologies. 2018; 27(4): 103-9.
3- Li J, Mao J, Du Y, Morris JL, Gong G, Xiong X. Health-related quality of life among pregnant women with and without depression in Hubei, China. Matern Child Health J. 2012; 16 (7): 1355-63.
4- Byrnes L. Perinatal mood and anxiety disorders. J Nurse Pract. 2018; 14(7): 57-13.
5- Sacristan-Martin O, Santed MA, Garcia-Campayo J, Duncan LG, Bardacke N, Fernandez-Alonso C, et al. A mindfulness and compassion-based program applied to pregnant women

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

and their partners to decrease depression symptoms during pregnancy and postpartum: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2019; 20(1): 654.
6- Webber E, Benedict J. Postpartum depression: a multi-disciplinary approach to screening, management and breastfeeding support. Arch Psychiatr Nurs. 2019; 33(3): 284-9.
7- Dagklis T, Papazisis G, Tsakiridis I, Chouliara F, Mamopoulos A, Rousso D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016; 51(7):1025-31.
8- Gholami A, Ahmadpoor S, Baghban B, Kheirtalab S, Foroozanfar Z. Prevalence of Depression Symptoms and its Effective Factors in Pregnant Women. J Holist Nurs Midwifery. 2014; 25(81): 35-67. (in persian).
9- Marquesim NAQ, Cavassini ACM, Morceli G, Magalhães CG, Rudge MVC, Calderon IdMP, et al. Depression and anxiety in pregnant women with diabetes or mild hyperglycemia. Arch Gynecol Obstet. 2016; 293(4): 833-7.
10- Price A, Bryson H, Mensah F, Kemp L, Smith C, Orsini F, et al. A brief survey to identify pregnant women experiencing increased psychosocial and socioeconomic risk. Women Birth. 2019; 32(3): 351-8.
11- Madigan S, Oatley H, Racine N, Fearon RP, Schumacher L, Akbari E, et al. A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2018; 57(9): 645-57.8.
12- Biratu A, Haile D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia:a cross-sectional study. Reprod Health. 2015; 12(1): 99.
13- Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. Women Birth. 2014; 27(4): 36-42.
14- Verbeek T, Arjadi R, Vendrik J, Burger H, Berger M. Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. BMC psychiatry. 2015; 15(1): 292.
15- Aslami E, Alipour A, Najib FS, Aghayosefi A. A Comparative Study of Mindfulness Efficiency Based on Islamic-Spiritual Schemes and Group Cognitive Behavioral Therapy on Reduction of Anxiety and Depression in Pregnant Women. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2017; 5(2): 144.
16- Taylor BL, Cavanagh K, Strauss C. The effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. PloS one. 2016; 11(5).
17- Hewett ZL, Ransdell LB, Gao Y, Petlichkoff LM, Lucas S. An examination of the effectiveness of an 8-week bikram yoga program on mindfulness, perceived stress, and physical fitness. J Exerc Sci Fit. 2011; 9(2): 87-92.
18- Cavanagh K, Strauss C, Forder L, Jones F. Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. Clin Psychol Rev. 2014; 34(2): 118-29.
19- Hoge EA, Bui E, Palitz SA, Schwarz NR, Owens ME, Johnston JM, et al. The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. Psychiatry Res. 2018; 262: 328-32.
20- Kral TR, Schuyler BS, Mumford JA, Rosenkranz MA, Lutz A, Davidson RJ. Impact of short-and long-term mindfulness meditation training on amygdala reactivity to emotional stimuli. Neuroimage. 2018; 181: 301-13.
21- Britton WB, Shahar B, Szepsenwol O, Jacobs WJ. Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. Behav Ther. 2012; 43(2): 365-80.
22- Zemestani M, Fazeli Nikoo Z. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on decrease of symptoms of depression, rumination and emotion regulation in pregnant

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

women. Quarterly of Applied Psychology. 2019; 13(1): 119-139. Archive of SID: www.SID.ir.
23- Shulman B, Dueck R, Ryan D, Breau G, Sadowski I, Misri S. Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. J Affect Disord. 2018; 235: 61-7.
24- Ostafin BD, Chawla N, Bowen S, Dillworth TM, Witkiewitz K, Marlatt GA. Intensive mindfulness training and the reduction of psychological distress: A preliminary study. Cogn Behav Pract. 2006; 13(3): 191-7.
25- Warriner S, Crane C, Dymond M, Krusche A. An evaluation of mindfulness-based childbirth and parenting courses for pregnant women and prospective fathers/partners within the UK NHS (MBCP-4-NHS). Midwifery. 2018; 64: 1-10.
26- Emanparast R, Barsam H, Danish CH, Ajodani Z. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing Anxiety in Primordial Maternity. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2014; 22(1): 974-80. [Persian].
27- Mohammad Khani P, Khannipour H. Mindfulness Therapy (along with a practical guide for mindfulness-based cognitive therapy to prevent depression recurrence.1nd ed.Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Publications, 2012: 110-150. [Persian].
28- Gomes Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. Rev Bras de Psiquiatr. 2012; 34(4): 389-94.
29- Azkhush M. The Use of Psychological Examination and Clinical Diagnosis. Publication R, editor. Tehran: 2008; 226-4 p.
30- Kühner C, Bürger C, Keller F, Hautzinger M. Reliabilität und validität des revidierten beck-depressionsinventars (BDI-II). Nervenarzt. 2007; 78(6): 651-6.
31- Crasse Zh. Mental illnesses. Mansour M, editor. Tehran: Roshd Publishing; 2002.
32- Yanjani PT, Garmaroudi G, Azad Bakhmat, Fakrizadeh Z, Hamidi R, Fathizadeh Sh, et al. Validity and Reliability analysis of the Second Edition of the Beck Depression Inventory in Iranian Elderly in Sabzevar University of Medical Sciences. 2014; 22(1): 198-89. [Persian].
33- Rustami Ch. The Application of Beck Depression Inventory in Iranian Students. Clinical Psychology and Personality. 2017;1(10):173-88.
34- Alipoor M, Ghahremani L, Amooee S, Keshavarzi S. The effectiveness of relaxation techniques on depression, anxiety and stress in pregnant women: based on self-efficacy theory. Scientific Jornal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2017;22:20-30. (in persian).
35- Rafiee B, Akbarzade M, Asadi N, Zare N. Comparison of Attachment and Relaxation Training Effects on Anxiety in Third Trimester and Postpartum Depression among Primipara Women. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2013; 19(1): 76-88. (In Persian).
36- Seyed Ahmadi Nejad FS, Golmakani N, Asghari Pour N, Taghi Shakeri M. Effect of Progressive Muscle Relaxation on depression, anxiety, and stress of primigravid women. Evid Based Care J. 2015; 5(14): 68-75. (In persian).
37- Luberto CM, Park ER, Goodman JH. Postpartum outcomes and formal mindfulness practice in mindfulness-based cognitive therapy for perinatal women. Mindfulness. 2018; 9(3): 850-9.
38- Epel E, Laraia B, Coleman-Phox K, Leung C, Vieten C, Mellin L, et al. Effects of a mindfulness-based intervention on distress, weight gain, and glucose control for pregnant low-income women: A quasi-experimental trial using the ORBIT model. Int J Behav Med. 2019; 26(5): 461-73.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

39- Yang M, Jia G, Sun S, Ye C, Zhang R, Yu X. Effects of an Online Mindfulness Intervention Focusing on Attention Monitoring and Acceptance in Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. J Midwifery Womens Health. 2019; 64(1): 68-77.
40- Pan Wan-Lin, Gau Meei-Ling, Lee Tzu-Ying, Jou Hei-Jen, Liu Chieh-Yu, Wen Tzung-Kuen. Mindfulness-based programme on the psychological health of pregnant women. Women Birth. 2019; 32(1): 102-9.
41- Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O'Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. J Affect Disord. 2018; 225: 326-36.
42- Capobianco L, Reeves D, Morrison AP, Wells A. Group Metacognitive Therapy vs Mindfulness Meditation Therapy in a Transdiagnostic Patient Sample: A Randomised Feasibility Trial. Psychiatry Res. 2018; 259: 554-61.
43- Shamali MH, Motamedi A, Bardjali A. Effectiveness of cognitive-based cognitivetherapy on online addiction by mediating self-control and excitement variables in maleadolescents. Counseling and psychotherapy culture. 2018;9(33):120-40. [Persian].
44- Moradiyani Gizeh Rod SK, Mir Drikvand FA, Hosseini Ramaghani N, Mehrabi M. The Effectiveness of Mindfulnessbased Parenting Training on Anxiety, Depression and Aggression of Mothers with Children Suffering from Oppositional Defiant Disorder. Armaghane-danesh 2016; 21(6): 576-90. [Persian]
45- Larijani ZS, Mohammad Khani P, Hassani F, Seyyed Mansour M, Mahmoudi Gh. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness and Metacognitive Therapy in Students with Depressive Symptoms, Positive and Negative Meta-Cognitive Beliefs about Rumination and Avoiding Experiences in Psychological Studies. 2014; 10(2): 50-27. [Persian].
46- Shahriari V, Mehmandoost M. Effects of based cognitive therapy mindfulness to depression and anxiety in adolescent girls with divorced parents in Bojnoord. Journal of North Khorasan University of Medical sciences. 2016; 8(4): 569-79. [Persian].

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

Original paper

Investigating the effect of mindfulness training on depression in pregnant women

Miss Farzane Khanpour[1*], Mrs Asmer Karimi[2], Dr Ronak Shahoie[3], Mr Sahram Sharifish[4], Dr Nasrin Soufizadeh[5]

1- MSc of Clinical Psychology Kurdistan University of Medical Sciences, Kurdistan University of Medical Sciences - far.khanpour@gmail.com

2- MSc of Clinical Psychology Bachelor of Midwifery, Bachelor of Midwifery, asmar10889@yahoo.com

3-Associate Professor of gynecology Kurdistan University of Medical Sciences, Kurdistan University of Medical Sciences - rshaho@yahoo.com

4-Master of Science in Technology Kurdistan University of Medical Sciences, Kurdistan University of Medical Sciences - sharifishahram1@gmail.com

5-Associate Professor of gynecology Kurdistan University of Medical Sciences, Kurdistan University of Medical Sciences - soofizadehn@yahoo.com

***Corresponding Author:** E-mail: far.khanpour@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4437-4085

Abstract

Background and Aim: Prenatal depression can have significant complications for both the mother and the infant, but due to the lack of diagnosis and treatment, depressed pregnant women often suffer from many problems. Mindfulness treatment improves psychological well-being, reduces the risk of recurrence of depression and also reduces the symptoms of stress and depression. So the purpose of this study was to determine the effect of mindfulness on depression in pregnant women in Sanandaj.

Material and Method: The research method was quasi-experimental with pretest-posttest control group design. Out of 500 pregnant women referred to Sanandaj clinics and maternity ward of Baysat Hospital, 250 had high depression score. 30 women were selected and randomly assigned to intervention and control groups. Independent and paired t-test and spss v.22 software were used to compare quantitative variables between the two groups. Two members of the control and the experimental group were lost to follow up and 13 women were assigned to each group.

Results: The results showed that the mean age of the mothers was 29.54±5.15 years and the mean age of their marriage was 24.38±5.34 years. There was no significant difference in terms of demographic characteristics (age, level of education and occupation) between the two groups ($p > 0.05$). The two groups were similar in terms of depression before the intervention, but the difference was significant after the intervention ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study showed a significant effect of mindfulness-based stress reduction training on depression in pregnant women.

Keywords: Depression, Pregnant Women, Mindfulness

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]