

Research Paper

A Comparative Study of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Meditation Therapy on Sleep Quality and Depression in Pregnant Women

Ali Delpisheh¹, Shahla Dehghan ghahfarokhi^{2,*}, Masoumeh Nasiri³

¹Department of Physical Education and Sport Science, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

^{2,*} Department of Physical Education and Sport Science, Iz.C., Islamic Azad University, Izeh, Iran

³ Department of Psychology, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Received:

Accepted:

PP:

Use your device to scan and read the article online

DOI:

Keywords:

Pregnancy; Sleep quality; Depression; Cognitive-behavioral therapy; Meditation therapy

Abstract

Introduction: Pregnancy is a sensitive period during which sleep disturbances and depressive symptoms are highly prevalent and can adversely affect maternal and fetal health. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and meditation therapy in improving sleep quality and reducing depression among pregnant women.

research methodology: Forty-five pregnant women (aged 18–35) attending obstetrics clinics in Ahvaz, Iran, in 2023 (1402 Persian calendar) were selected via convenience and purposive sampling and randomly assigned to three groups (n = 15 each): CBT, meditation therapy, and control. Inclusion criteria included informed consent, at least a high school diploma, above-mean scores on the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), and above-mean scores on the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)—indicating poor sleep quality. The CBT group received eight 90-minute weekly sessions, and the meditation group received eight 45-minute weekly sessions; the control group received no intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and Bonferroni post-hoc tests

Findings: Both interventions significantly improved sleep quality ($p < 0.001$) and reduced depression ($p < 0.001$) compared to the control group. However, no significant difference was found between CBT and meditation therapy in improving sleep quality ($p = 0.672$) or reducing depression ($p = 0.414$).

Conclusion: Both CBT and meditation therapy are equally effective non-pharmacological interventions for managing sleep and mood problems during pregnancy and can be integrated into prenatal care programs.

Corresponding author: Shahla Dehghan Ghahfarokhi

Address: Assistant Professor, Department physical education and sport sciences, Islamic Azad University Izeh Branch

Tell: 06143645881

Email: Dr.Sh.Dehghan@iau.ac.ir

مقایسه اثر بخشی درمان شناختی – رفتاری و مدیتیشن درمانی بر بهبود کیفیت خواب و کاهش افسردگی در زنان باردار

علی دل پیشه^۱، شهلا دهقان قهفرخی^{۲*}، معصومه نصیری^۳

^۱گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۲و ^۳گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، ایذه، ایران

^۳گروه روانشناسی، واحد اهواز، اهواز، ایران

تاریخ دریافت:

تاریخ پذیرش:

شماره صفحات:

چکیده

مقدمه و هدف: بارداری دوره‌ای حساس از زندگی زنان است که در آن اختلالات خواب و علائم افسردگی شایع‌اند و می‌توانند بر سلامت جنین و مادر تأثیر منفی بگذارند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی – رفتاری (CBT) و مدیتیشن درمانی بر کیفیت خواب و افسردگی در زنان باردار بود.

روش شناسی پژوهش: این مطالعه تجربی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و گروه کنترل، روی ۴۵ زن باردار (۱۸ تا ۴۵ سال) مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان شهر اهواز در سال ۱۴۰۲ – ۱۴۰۳ انجام شد. شرکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه (درمان شناختی – رفتاری، مدیتیشن درمانی و کنترل) قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). معیارهای ورود شامل رضایت آگاهانه، تحصیلات حداقل دیپلم، نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبرگ (PSQI) که نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف است — بود. گروه اول تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای CBT و گروه دوم تحت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مدیتیشن درمانی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله درمانی به‌طور معناداری کیفیت خواب را بهبود بخشیده ($p < 0.01$) و علائم افسردگی را کاهش داده‌اند ($p < 0.01$). تفاوت معناداری بین اثربخشی دو روش درمانی در هیچ‌یک از متغیرهای وابسته مشاهده نشد ($p = 0.672$) برای کیفیت خواب؛ $p = 0.414$ برای افسردگی).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که هر دو روش غیردارویی می‌توانند به‌عنوان مداخلات مؤثر در مراقبت‌های پیش از زایمان مورد استفاده قرار گیرند.

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید

DOI:

واژه‌های کلیدی: بارداری، کیفیت خواب، افسردگی، درمان شناختی – رفتاری، مدیتیشن درمانی

* نویسنده مسئول: شهلا دهقان قهفرخی

نشانی: استادیار گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایذه

تلفن: 06143645881

پست الکترونیکی: Dr.Sh.Dehghan@iau.ac.ir

مقدمه

بارداری زمان مهمی در زندگی است که مستلزم تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی در زندگی زنان می‌باشد. این تغییرات اکثراً قابل انتظار و خوش‌یمن است، اما می‌تواند سخت و استرس‌زا نیز باشد (کاسکان، اُکسو و ارسلان¹، 2019). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، مشکلات سلامت روان زنان باردار به‌عنوان یک چالش مهم بهداشت عمومی در سطح جهان مورد توجه قرار می‌گیرد (ما و همکاران²، 2019). اضطراب، استرس، افسردگی و ترس از بارداری از علائم شایعی هستند که توسط نیمی از زنان در طول بارداری تجربه می‌شوند (یزدان‌پناه و همکاران، ۱۴۰۲). پریشانی روانشناختی یا افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی در دوره بارداری هستند که می‌توانند منجر به بروز پیامدهای جدی و ماندگاری بر زنان باردار و جنین آن‌ها شوند (شریف‌پور و همکاران، ۱۴۰۲). پریشانی روانشناختی 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 (یزدان‌پناه و همکاران، ۱۴۰۲).

یکی دیگر از تغییرات دوران بارداری، اختلال در خواب است که بسیار شایع می‌باشد. خواب یک نیاز فیزیولوژیکی ضروری در انسان برای عملکرد طبیعی و یک وضعیت طبیعی جسم و روح است که با تغییرات مکرر هوشیاری، فعالیت انقباضات ماهیچه‌ای و فعالیت حسی مشخص می‌گردد. کیفیت خواب ضعیف و زمان خواب ناکافی ممکن است بر خلق و خو و آرامش تأثیر منفی بگذارد. بررسی‌ها نشان داده است که زنان باردار از لحاظ کیفیت خواب دچار مشکل هستند (ایمانیان و همکاران، ۱۴۰۲). مطالب مطرح‌شده نشان می‌دهد که زنان باردار در معرض مشکلات و آسیب‌های روحی و روانی متعددی قرار دارند. این مشکلات نه‌تنها 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 (یزدان‌پناه و همکاران، ۱۴۰۲). از همین رو، نیاز به استفاده از روش‌های مختلفی برای بهبود کیفیت خواب و کاهش افسردگی این افراد وجود دارد. روش‌های مختلف دارویی و غیردارویی برای بهبود این وضعیت وجود دارد. استفاده از روش‌های دارویی در دوران بارداری به‌جهت داشتن ریسک عوارض جانبی بر مادر و یا جنین با محدودیت‌هایی همراه است؛ اما روش‌های غیردارویی به‌سبب کم‌هزینه و مقرون‌به‌صرفه بودن، اجرای راحت‌تر و ساده‌تر و همچنین نداشتن عوارض جانبی، بهتر مورد استقبال و حمایت این افراد قرار می‌گیرند (شمس و همکاران، ۱۴۰۲). مناسب‌ترین درمان‌ها به‌علت محدودیت‌های دوران بارداری، درمان‌های روانشناختی می‌باشند (جباری، هاشمی و حقایق، ۱۳۹۱).

در ادبیات پژوهشی به‌طور گسترده، مداخلات روانشناختی—به‌ویژه درمان شناختی—رفتاری—برای چالش‌های بارداری در زنان باردار مطرح شده است. درمان شناختی—رفتاری رویکردی است که به بیماران کمک می‌کند تا قدرت خودگویی (آنچه آن‌ها به خود می‌گویند) را تشخیص دهند و مهارت‌های مقابله‌ای خود را در برخورد با پریشانی‌های هیجانی افزایش دهند. همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد درمان شناختی—رفتاری مقرون‌به‌صرفه است، ائتلاف منابع را کاهش می‌دهد و نقش مهمی در جلوگیری از پیشروی شرایط مزمن و ناتوان‌کننده دارد (نصری و همکاران، ۱۴۰۱).

از دیگر راهبردهای سودمند و کارآمد در رویارویی با کیفیت خواب پایین و افسردگی بالا می‌تواند مدیتیشن درمانی باشد. مدیتیشن اصطلاحی جهانی است که هم‌ارز آن در فرهنگ عربی «مراقبه» نام دارد. این اصطلاح برای بیان حسی و حس معنوی، تجارب روحی و ذهنی خودجوش و هدفمند به‌کار می‌رود. تمامی مکاتب، ادیان و نظام‌های روان‌درمانی بخش مهمی از آموزش‌های خود را به تمرین مدیتیشن و شبه‌مدیتیشن اختصاص داده‌اند. بسته به فرهنگ و نیازهای زمانی و مکانی، سبک‌های مختلفی از نوع ذکرهای ویژه یا نگاره‌های نمادین نوآفرینی شده‌اند که معمولاً شرقی هستند. با وجود تفاوت‌های ظاهری در توصیف مدیتیشن، همه توضیحات ریشه یکسانی در دنیای درون دارند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۷).

بنابراین، به‌دلیل پیامدهای گسترده‌ای که کیفیت خواب و افسردگی بر سلامت زنان باردار دارد و نظر به این‌که کیفیت خواب و افسردگی متغیرهایی مهم و بالقوه—اما قابل تغییر—در دوران بارداری هستند، و با توجه به این‌که بررسی دو درمان مذکور تاکنون در یک پژوهش به‌صورت همزمان صورت نگرفته است و از آنجایی که بارداری با شرایطی کاملاً متفاوت مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا بررسی درمان‌های مختلف در این راستا از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌شود.

با توجه به آنچه از نظر گذشت، مطالعه حاضر کوشیده است تا مقایسه اثربخشی درمان شناختی—رفتاری (CBT) و مدیتیشن درمانی بر بهبود کیفیت خواب و کاهش افسردگی در زنان باردار را مورد بررسی قرار دهد. پژوهشگر درصدد یافتن پاسخ به این سؤالات است که آیا CBT و

1 Coskun, Okcu & Arslan

2 Ma, Wang, Hu, Tao, Zhang & Shi

مدیتیشن درمانی بر بهبود کیفیت خواب و کاهش افسردگی در زنان باردار شهر اهواز اثربخش هستند؟ و آیا بین اثربخشی CBT و مدیتیشن درمانی بر بهبود کیفیت خواب و کاهش افسردگی در زنان باردار شهر اهواز تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و با یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان باردار شهر اهواز بودند که در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ به کلینیک‌های زنان و زایمان مراجعه کرده‌اند. از بین زنان باردار مراجعه‌کننده به دو کلینیک، نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی دردسترس و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم شدند. برای تعیین حجم نمونه، بر اساس گال، بورگ و گال (۱۳۹۳)، تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم (سیکل)، سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال، اخذ نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه افسردگی بک و اخذ نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبرگ (PSQI) — که نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف است —، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی. معیارهای خروج از پژوهش شامل: دریافت درمان‌های روانشناختی همزمان، استفاده از داروهای روانپزشکی، عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی مورد نظر بود.

در آغاز تحقیق، از کلیه گروه‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس، گروه درمان شناختی-رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (به صورت هفتگی دو جلسه) و گروه مدیتیشن درمانی در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (به صورت هفتگی دو جلسه) تحت مداخله قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد. پس از اتمام مداخلات، پس‌آزمون از تمام آزمودنی‌های سه گروه به عمل آمد. پس از اتمام تحقیق، روش‌های درمانی به صورت فشرده بر گروه کنترل نیز اجرا شد. برخی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول (۱) ذکر شده است.

جدول ۱. توزیع آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و کنترل بر حسب سن و تحصیلات

متغیرها	سطح	درمان شناختی-رفتاری	مدیتیشن درمانی	کنترل
سن	39-45	0	1	2
	32-38	3	3	2
	25-31	7	8	8
	18-24	5	3	3
تحصیلات	کل	15	15	15
	زیردیپلم	3	2	0
	دیپلم	4	4	2
	کارشناسی	6	9	10
	کارشناسی ارشد	2	0	3
	کل	15	15	15

از پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبرگ (PSQI) توسط بویز و همکاران (۱۹۸۹) جهت اندازه‌گیری کیفیت و الگوهای خواب در افراد بزرگسال طی یک ماه گذشته استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۸ عبارت و هفت زیرمقیاس است و نمره کل آن از ۰ تا ۴۲ متغیر است. هر چه نمرات کیفیت خواب بالاتر باشند، به معنای کیفیت خواب ضعیف‌تر است؛ به عبارت دیگر، نمره ۴۲ نشان‌دهنده بدترین کیفیت خواب و صفر نشان‌دهنده بهترین کیفیت خواب است (باقری و همکاران، ۲۰۰۶). انسجام درونی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰.۸۳ گزارش شده است. همچنین،

ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰.۸۰ و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰.۸۲ محاسبه شده است (صدوقی و محمدصالحی، ۱۳۹۵).

از پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (۱۹۹۶) برای ارزیابی افسردگی استفاده شد. چهار گزینه مربوط به هر ماده به صورت (صفر، یک، دو و سه) نمره گذاری شد و دامنه نمره ها بین صفر و ۶۳ بود. پولیت (۱۸۶۵) و کوپن (۱۹۷۱) پایایی دو نیمه پرسشنامه افسردگی بک را ۰.۹۳ و روایی آن را ۰.۷۳ گزارش کرده اند (تجربشی و میرزمانی بافقی، ۱۳۸۶). در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۳ به دست آمد. درمان شناختی-رفتاری بر اساس پروتکل داوودی و همکاران (۱۳۹۸)، از طریق برگزاری هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای توسط درمانگر، اصول مرتبط با این روش درمانی را به زنان باردار گروه آزمایشی اول ارائه شد. همچنین، مدیتیشن درمانی بر مبنای پروتکل ولز (۲۰۱۳)، از طریق برگزاری هشت جلسه ۴۵ دقیقه ای توسط همان درمانگر، اصول مرتبط با این روش درمانی را به زنان باردار گروه آزمایشی دوم ارائه شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS و آماره های استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و یک متغیره (ANCOVA) استفاده شد.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت خواب و افسردگی در گروه های درمان شناختی-رفتاری (CBT)، مدیتیشن درمانی و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در جدول (۲) ارائه شده است. همان طور که مشاهده می شود، نمرات پس آزمون هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل کاهش چشمگیری داشته اند - کاهش که نشان دهنده بهبود کیفیت خواب و کاهش علائم افسردگی است.

جدول (۲): بهبود کیفیت خواب و کاهش افسردگی در گروه های CBT و مدیتیشن درمانی و کنترل

متغیرها	گروه ها	پیش آزمون	پس آزمون	انحراف معیار	انحراف معیار
کیفیت خواب	درمان شناختی- رفتاری مدیتیشن	27/93	3/05	16/93	2/34
	درمانی	29/40	3/60	17/33	2/94
	گروه کنترل	31/00	4/22	30/20	4/29
افسردگی	درمان شناختی- رفتاری مدیتیشن	33/86	3/04	22/86	2/26
	درمانی	34/46	3/60	22/73	2/40
	گروه کنترل	33/20	2/14	34/06	3/17

پیش از اجرای تحلیل های آماری اصلی، شش فرض اساسی تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که رابطه بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون برای هر دو متغیر وابسته از نوع خطی بوده است. ($p = 0.004$) همچنین، ضریب همبستگی بین دو متغیر وابسته برابر با ۰.۳۲۲- به دست آمد که نشان دهنده عدم وجود همخطی چندگانه است. فرض همگنی واریانس ها نیز برای کیفیت خواب ($p = 0.600$) و افسردگی ($p = 0.932$) تأیید شد. همگنی ماتریس های کوواریانس گروه ها با آزمون Box's M نیز بررسی شد ($p = 0.034$)، در حالی که شیب های رگرسیون، یافته ها نشان داد که این فرض برای متغیر کیفیت خواب نقض شده است ($F = 3.618$)، ($p = 0.034$)، در حالی که برای متغیر افسردگی برقرار بوده است ($F = 2.547$)، ($p = 0.089$)، با این وجود، با توجه به برابری حجم گروه ها (۱۵ نفر در هر گروه) و مقاومت نسبی تحلیل کوواریانس در چنین شرایطی، تصمیم گرفته شد که تحلیل های آماری ادامه یابد.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) که برای بررسی اثر کلی گروه بر ترکیب دو متغیر وابسته (کیفیت خواب و افسردگی) اجرا شد (جدول (۳))، نشان داد که این اثر از نظر آماری معنادار است. این یافته در تمام شاخص های چندمتغیری تأیید شد. این نتایج توجیه کافی برای انجام تحلیل های تک متغیره (ANCOVA) فراهم می کند.

جدول (۳): تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمره های پس آزمون بهبود کیفیت خواب و کاهش افسردگی

آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنیداری
اثر پیلایی	1/047	19/404	6	106	0/001
لامبدای ویلکز	0/038	71/249	6	104	0/001
اثر هتلینگ	22/893	194/595	6	102	0/001
بزرگترین ریشه روی	22/796	402/728	3	53	0/001

بر این اساس، تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) برای هر یک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه اجرا شد. نتایج (جدول ۴) نشان داد که اثر گروه بر کیفیت خواب معنادار بود با اندازه اثر = ۰.۷۹۱، توان آزمون = ۰.۱. همچنین، اثر گروه بر کاهش افسردگی نیز معنادار بود با اندازه اثر = ۰.۸۲۰، توان آزمون = ۰.۱. این یافته ها نشان می دهند که حداقل یکی از گروه های آزمایشی با گروه کنترل تفاوت معناداری دارد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره های پس آزمون کیفیت خواب و افسردگی

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	کیفیت خواب	1458/858	2	729/429	75/862	0/001	0/791	1
	افسردگی	1126/530	2	563/265	91/254	0/001	0/820	1

برای تعیین اینکه کدام گروه ها با یکدیگر تفاوت دارند، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون (جدول ۵) نشان داد که هر دو گروه آزمایشی (CBT) و مدیتیشن درمانی (در مقایسه با گروه کنترل، بهبود معناداری در کیفیت خواب داشته اند. همچنین، هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معناداری در نمرات افسردگی نشان دادند. این حال، تفاوت بین گروه CBT و گروه مدیتیشن درمانی از نظر بهبود کیفیت خواب ($p = 0.672$) و کاهش افسردگی ($p = 0.414$) معنادار نبود.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی، گروه های درمان شناختی- رفتاری (گروه ۱)، مدیتیشن درمانی (گروه ۲) و کنترل (گروه ۳) در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه های مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	سطح معنی داری
کیفیت خواب	گروه ۱ - گروه ۳ - گروه ۲ - گروه ۳	12/681 12/847	1/205 1/168	0/001 0/001
	گروه ۱ - گروه ۲	0/165	1/153	0/672
افسردگی	گروه ۱ - گروه ۳ - گروه ۲ - گروه ۳	10/922 11/465	0/966 0/936	0/001 0/001
	گروه ۱ - گروه ۲	0/543	0/924	0/414

در مجموع، یافته ها نشان می دهند که هر دو روش درمانی درمان شناختی- رفتاری و مدیتیشن درمانی در مقایسه با عدم دریافت مداخله، اثربخشی معناداری در بهبود کیفیت خواب و کاهش علائم افسردگی در زنان باردار داشته اند. با این حال، تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو روش در هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی مشاهده نشد. این نتیجه بیانگر آن است که هر دو روش می توانند به عنوان مداخلات غیردارویی مؤثر و هم ارز در دوران بارداری مورد استفاده قرار گیرند.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر به وضوح نشان داد که هر دو روش درمانی درمان شناختی-رفتاری (CBT) و مدیتیشن درمانی به طور معناداری کیفیت خواب را بهبود بخشیده و علائم افسردگی را در زنان باردار کاهش داده‌اند. این بهبود در هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل از نظر آماری معنادار بود ($p > 0.01$) در حالی که تفاوت معناداری بین خود دو گروه آزمایشی مشاهده نشد ($p = 0.672$) برای کیفیت خواب؛ $p = 0.414$ برای افسردگی). این یافته بیانگر آن است که هر دو روش می‌توانند به عنوان مداخلات غیردارویی مؤثر، ایمن و هم‌ارز در دوران بارداری مورد استفاده قرار گیرند. این نتیجه نه تنها از نظر بالینی امیدبخش است، بلکه از دیدگاه روان‌درمانی نیز نشان می‌دهد که مسیرهای مختلفی برای دستیابی به بهبود روانشناختی در دوران بارداری وجود دارد. مسیری که می‌تواند بر اساس نیازها، ترجیحات و ویژگی‌های فردی زنان باردار شکل بگیرد.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین همخوانی قابل توجهی دارد. به عنوان مثال، جیپسن و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که CBT می‌تواند اضطراب و افسردگی را کاهش دهد. اگرچه آن مطالعه بر روی جوانان پسر انجام شده بود، اما با توجه به ماهیت عمومی مکانیسم‌های شناختی-رفتاری که بر تغییر الگوهای فکری ناسازگار و رفتارهای اجتنابی تمرکز دارد یافته‌های آن می‌تواند راهگشا برای کاربرد این روش در جمعیت‌های دیگر، از جمله زنان باردار، باشد. همچنین، اتادی و همکاران (۲۰۲۳) گزارش کردند که CBT با آموزش راهبردهای عملی مانند تنظیم برنامه منظم خواب، محدود کردن مصرف کافئین، اجتناب از فعالیت‌های تحریک‌کننده قبل از خواب و انجام تمرینات آرامش‌بخش، به طور مؤثری مشکلات خواب و افسردگی را در زنان باردار کاهش می‌دهد. یافته‌های پژوهش حاضر این نتایج را نه تنها تأیید می‌کند، بلکه نشان می‌دهد که CBT از طریق تعدیل باورهای ناسازگار درباره خواب (مانند «اگر خوب نخوابم، به جنین آسیب می‌زنم») و بارداری، و همچنین تقویت رفتارهای سازگار، بر علائم روانشناختی تأثیر می‌گذارد. این رویکرد ساختاریافته و هدفمند، به زنان باردار کمک می‌کند تا احساس کنترل بیشتری بر شرایط خود داشته باشند، که خود به کاهش اضطراب و بهبود خلق کمک می‌کند.

از سوی دیگر، یافته‌های مربوط به مدیتیشن درمانی نیز با پژوهش‌های اخیر سازگار است. کرکیز و اریک (۲۰۲۴) نشان دادند که مدیتیشن می‌تواند ریتم‌های بیولوژیکی را تنظیم کرده و مدت زمان خواب عمیق را افزایش دهد. همچنین، وانگ و همکاران (۲۰۲۳) گزارش کردند که مدیتیشن مبتنی بر ذهن‌آگاهی سطح استرس، اضطراب و افسردگی را در زنان باردار کاهش می‌دهد. یافته‌های پژوهش حاضر این نتایج را تقویت می‌کند و نشان می‌دهد که مدیتیشن درمانی احتمالاً از طریق کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتی، افزایش آگاهی از حال حال و کنار گذاشتن افکار منفی، به بهبود خواب و کاهش افسردگی کمک می‌کند. برخلاف CBT که بر «تغییر» محتوای فکری تمرکز دارد، مدیتیشن بر «پذیرش» و «مشاهده بدون قضاوت» تأکید می‌کند. این تفاوت در مکانیسم، باعث می‌شود که برخی زنان باردار که با فشار تغییر دادن افکار خود دچار اضطراب بیشتری می‌شوند، در مدیتیشن احساس آزادی و آرامش بیشتری کنند.

نکته برجسته پژوهش حاضر، هم‌ارزی اثربخشی این دو روش است. این یافته حمایت می‌کند از این دیدگاه که انتخاب بین این دو روش باید بر اساس ترجیحات فردی، سبک یادگیری و نیازهای روانشناختی زنان باردار باشد. به عنوان مثال، زنانی که به دنبال رویکردی ساختاریافته، هدفمند و مبتنی بر تکلیف‌های عملی هستند، ممکن است CBT را ترجیح دهند. در مقابل، زنانی که به دنبال روشی درون‌نگر، آرامش‌بخش و مبتنی بر حضور ذهنی هستند، ممکن است مدیتیشن درمانی را مناسب‌تر بدانند. این تفسیر با نظریه جیپسن و همکاران (۲۰۲۱) و کرکیز و اریک (۲۰۲۴) همخوانی دارد و نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری در انتخاب روش درمانی می‌تواند به افزایش پایبندی به مداخله و بهبود نتایج بالینی منجر شود.

علاوه بر این، لی و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که CBT می‌تواند به کاهش علائم افسردگی پس از زایمان نیز کمک کند. این یافته نشان‌دهنده آن است که اثربخشی CBT ممکن است فراتر از دوران بارداری باشد و به عنوان یک مداخله پیشگیرانه عمل کند. با توجه به اینکه پژوهش حاضر تنها اثرات کوتاه‌مدت را بررسی کرده، این موضوع می‌تواند جهت‌گیری مناسبی برای پژوهش‌های آینده باشد. همچنین، با توجه به هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی بالای افسردگی پس از زایمان، سرمایه‌گذاری بر روی مداخلات پیشگیرانه در دوران بارداری می‌تواند از نظر سیاست‌گذاری سلامت عمومی بسیار مقرون به صرفه باشد.

در نهایت، ساندرس و همکاران (۲۰۲۴) پیشنهاد می‌کنند که ترکیب این دو روش می‌تواند منجر به ایجاد یک رویکرد جامع‌تر شود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، چنین ترکیبی می‌تواند بدون افزایش ریسک دارویی، همزمان از مزایای ساختارمندی CBT و آرامش‌بخشی مدیتیشن بهره‌بردار. این رویکرد ترکیبی ممکن است به ویژه برای زنانی که هم با الگوهای فکری منفی و هم با بی‌قراری جسمی مواجه هستند، مؤثر باشد. برای مثال، یک جلسه درمانی می‌تواند با تکنیک‌های شناختی برای شناسایی باورهای ناسازگار آغاز شده و با تمرینات مدیتیشن برای آرامش جسمی و ذهنی به پایان برسد.

با این وجود، باید به محدودیت‌های این پژوهش نیز اشاره کرد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به حجم نمونه متوسط (۴۵ نفر)، عدم پیگیری بلندمدت اثرات مداخلات، متمرکز بودن نمونه‌گیری در شهر اهواز و عدم بررسی متغیرهای تعدیل‌گر مانند سابقه افسردگی یا حمایت اجتماعی اشاره کرد. این عوامل ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. با این حال، یافته‌های قوی و هم‌ارزی دو روش درمانی، این پژوهش را به یک گام ارزشمند در جهت ارائه راهکارهای غیردارویی برای سلامت روان زنان باردار تبدیل می‌کند. در مجموع، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که هر دو روش CBT و مدیتیشن درمانی می‌توانند به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های روتین پیش از زایمان در نظر گرفته شوند و به زنان باردار کمک کنند تا این دوران حساس را با سلامت روانی بیشتری سپری کنند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر قدردانی ویژه‌ای از کلینیک‌های زنان و زایمان شهر اهواز که با همکاری و هماهنگی خود، دسترسی به جامعه آماری را فراهم کردند، به عمل می‌آید. از تمامی زنان بارداری که با شرکت علاقه‌مندانه و صبورانه خود در این پژوهش، به انجام این مطالعه کمک شایانی نمودند، صمیمانه تشکر می‌شود. در پایان، از اعضای کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز که با دقت و سرعت نسبت به بررسی و تأیید اصول اخلاقی این پژوهش اقدام نمودند، قدردانی می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با رعایت کامل اصول اخلاق پژوهش و مطابق با اعلامیه هلسینکی انجام شد. رضایت آگاهانه کتبی از تمام شرکت‌کنندگان پیش از شروع مداخلات اخذ گردید. کد اخلاقی پژوهش از کمیته اخلاق تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با شماره IR.IAU.AHVAZ.REC.1403.289 دریافت شد. اطلاعات هویتی و پاسخ‌های شرکت‌کنندگان کاملاً محرمانه نگه داشته شد و حق انصراف از پژوهش در هر مرحله بدون هیچ پیامدی برای آنان تضمین گردید. همچنین، به‌منظور رعایت اصول عدالت، پس از اتمام پژوهش، مداخلات درمانی به‌صورت فشرده به گروه کنترل ارائه شد.

حامی مالی

هزینه‌های مطالعه حاضر توسط نویسندگان مقاله تأمین شد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

References

- Ahmad Osman, M., Al-Sayed, H., & Rahman, S. (2024). The impact of cognitive-behavioral therapy on reducing depression and anxiety in pregnant women: A systematic review. *Journal of Women's Health Psychology*, 15(2), 145–160.
- Jabbari, Z., Hashemi, H., & Haqayeq, S. A. (2012). The effectiveness of cognitive-behavioral stress management on stress, anxiety, and depression in pregnant women. *Journal of Health System Research, Isfahan University of Medical Sciences*, 8(7), 1341–1347. [In Persian].
- Jepson, L., Smith, K., & Taylor, R. (2021). Cognitive-behavioral therapy for sleep disturbances and mood regulation in adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 289–302.
- Imanian, A., Joozi, M., & Gholi Shadi. (2023). Comparing the effectiveness of muscle relaxation training in-person and remotely on sleep quality in pregnant women with hypothyroidism. *Complementary Medicine Quarterly*, 13(2), 73–82. [In Persian].
- Kirkiz, A., & Erik, M. (2024). The role of meditation in improving sleep quality and emotional well-being during pregnancy. *Mindfulness and Health Journal*, 10(1), 45–58.
- Lee, J., Park, S., & Kim, H. (2024). Preventing postpartum depression through cognitive-behavioral therapy during pregnancy. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 37(4), 512–520.
- Mousavi, S. V., Faraji, R., Zobordast, A., & Esmaeili Zadeh Lang, J. (2018). Comparing the effectiveness of meditation and metacognitive therapy on reducing anxiety in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 29(106), 32–43. [In Persian].
- Nasri, P., Malihi Alzakeryni, S., Tajvidi, M., Rahimzadeh, M., & Ajoudani, Z. (2022). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on psychological

- well-being, depression, and anxiety in pregnant women. *Islamic Lifestyle Quarterly with a Focus on Health*, 6(2), 456–466. [In Persian].
- Otadi, Z., Mohammadi, N., & Rezaei, F. (2023). Non-pharmacological interventions for managing sleep disorders and depression in pregnant women. *Iranian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 26(4), 89–102. [In Persian].
- Saunders, R., Thompson, L., & Williams, K. (2024). Combining cognitive-behavioral therapy and mindfulness meditation for improving mental health in pregnant women. *Journal of Integrative Medicine*, 12(3), 234–245.
- Sharifpour, L., Askarizadeh, Q., & Bagheri, M. (2023). The effectiveness of art therapy based on painting on psychological distress in pregnant women during the third trimester of pregnancy. 2nd National Conference on Psychotherapy in Iran, Ardabil. [In Persian].
- Shams, F., Moradi Olmadarloo, S., Malekzadeh, M., & Rastian, M. L. (2023). Comparing the effect of Benson relaxation technique and mindfulness on sleep quality in pregnant women: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Midwifery and Women's Infertility*, 26(7), 54–63. [In Persian].
- Wang, Y., Chen, X., & Liu, Z. (2023). Mindfulness-based meditation for reducing anxiety and depression in pregnant women. *Journal of Psychosomatic Research*, 165, 111–120.
- Yazdanpanah, R., Hashemi Nosrat Abad, T., Zarani, M., Bakhshi Pour Rudsari, A., & Mahmoudalilou, M. (2023). The effectiveness of internet-based acceptance and commitment therapy interventions on psychological distress and mindfulness in pregnant women in Urmia: A clinical trial study. *Journal of Nursing and Midwifery*, 21(170), 686–697. [In Persian].