

# بررسی تأثیر مشاوره شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی حین بارداری: یک کارآزمایی بالینی شاهددار

عاطفه صفرعلی نژاد<sup>۱</sup>، دکتر سونیا اویسی<sup>۲</sup>، دکتر محمد ابراهیم ساریچلو<sup>۳</sup>،

دکتر زینت جورابیچ<sup>۴\*</sup>

۱. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، گروه مامایی و سلامت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
۲. دکترای بهداشت مادر و کودک، مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
۳. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
۴. دکترای بهداشت جامعه، گروه مامایی و سلامت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۰

## خلاصه

**مقدمه:** زنان باردار از لحاظ سلامت روان، حساس و آسیب‌پذیر می‌باشد. از این رو ممکن است روان درمانی یک مداخله مؤثر جهت بهبود وضعیت روانی مادر باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی حین بارداری انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۹۶-۱۳۹۵ بر روی ۶۰ زن باردار که در سن بارداری ۲۲-۱۲ هفته به مراکز سلامت کننده شهر قزوین مراجعه کرده بودند، انجام گرفت. تمام مادران منتخب بر اساس پرسشنامه بک دارای افسردگی در حد خفیف یا متوسط بودند که به صورت تصادفی به دو گروه ۳۰ نفری آزمون و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمون به مدت ۶ هفته تحت درمان شناختی- رفتاری گروهی قرار گرفتند و گروه شاهد هیچ آموزشی دریافت نکردند. بلافاصله بعد از اتمام دوره و ۲ ماه بعد، مجدداً آزمون بک به عنوان پس آزمون در تمام افراد اجرا گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۳) و آزمون ANOVA و کای دو انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمون و شاهد در مراحل پس آزمون ( $p=0/001$ ) و پیگیری ( $p\leq 0/001$ ) وجود داشت. همچنین بر اساس تحلیل ANOVA در گروه آزمون از لحاظ کاهش علائم افسردگی ( $p\leq 0/001$ ) در مرحله پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود داشت که این تفاوت‌ها در گروه شاهد مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** درمان شناختی- رفتاری گروهی، می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی در بهبود افسردگی زنان باردار مؤثر باشد.

**کلمات کلیدی:** افسردگی، بارداری، درمان روانی گروهی، درمان شناختی، درمان شناختی- رفتاری، گروه درمانی،

مشاوره

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر زینت جورابیچ؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران. تلفن: ۰۲۸-۳۳۶۸۲۴۴۰؛ پست الکترونیک: zjourabchi@qums.ac.ir

## مقدمه

امروزه مشکلات روان‌شناختی یکی از چالش‌های جوامع مدرن است (۱) و مسائل مربوط به سلامت روان، به‌خصوص در سال‌های اخیر مورد توجه دست‌اندرکاران این حوزه قرار گرفته است. در میان اختلالات روان‌شناختی، افسردگی چهارمین اختلال مهم از لحاظ بار بیماری به شمار می‌رود (۲).

افسردگی بالینی، اختلالی ناتوان‌کننده با شیوع طول عمر بالای ۱۲٪ برای مردان و ۲۱٪ برای زنان (۳)، عنوان سرماخوردگی روانی را از سال‌ها پیش به خود اختصاص داده است (۴)؛ به‌طوری‌که سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی می‌کند تا سال ۲۰۲۰ این اختلال دومین بیماری بزرگ جهان خواهد بود (۵). افسردگی با نشانگان متنوعی از قبیل احساسات ناراحتی، تحریک‌پذیری، تغییرات در خواب و اشتها، احساسات بی‌ارزشی، از دست دادن میل به فعالیت‌های لذت‌بخش و کندی روانی- حرکتی مشخص می‌شود (۶).

بروز علائم افسردگی به درجه افسردگی بستگی دارد؛ به‌طوری‌که برخی افراد درمانده می‌شوند و علاقه کمی به فعالیت‌های روزانه و لذت‌بخش نشان می‌دهند و امکان دارد در مورد گذشته، حال و آینده احساس عجز و ناتوانی کنند. این درجه از افسردگی نوع متوسط نامیده می‌شود، ولی افراد دیگری ممکن است افکار و احساسات مشابهی را با فراوانی و شدت بیشتری تجربه کنند که به‌عنوان افسردگی شدید شناخته می‌شود (۷). از دیدگاه شناختی- رفتاری، افسردگی، ناشی از تحریف‌های شناختی است. افراد مبتلا از مشکلات جزئی در زندگی روزمره به راحتی ناراحت می‌شوند. اگر مشکلی در زندگی روزمره آنها رخ دهد، آن را بزرگ می‌کنند و درباره پیامد آن بیش از حد نگران می‌شوند. ولی آنچه که بسیار زیان‌بار است، عدم اطمینان فرد به توانایی خودش در کنترل احساسات و واکنش‌ها و همچنین اطمینان به توانایی اداره تکالیف زندگی به نحو شایسته است (۸).

بر اساس مطالعات انجام شده، عوامل زیادی از جمله سرشت طبیعی، اختلال فعالیت شیمیایی و هورمونی بدن، اختلال در ترکیب شیمیایی انتقال دهنده‌های مغز، تجارب خانوادگی به خصوص داشتن پدر یا مادر افسرده

یا الکلی، از دست دادن یکی از والدین به خصوص مادر در اوایل زندگی یا محرومیت از علاقه و محبت والدین، حوادث ناراحت‌کننده و منفی در سال‌های اخیر زندگی، گرفتاری با زوج یا زوج‌های خشن و پرخاشگر، نداشتن روابط اجتماعی نزدیک با افراد قابل اعتماد، برخوردار نبودن از حمایت اجتماعی کافی و بالاخره نداشتن یا از دست دادن حس احترام و اعتماد به نفس، در بروز افسردگی نقش دارند (۹، ۷۷). همچنین مطالعات بسیاری نشان می‌دهد بروز افسردگی در بارداری سبب ایجاد عوارض خاص و یا افزایش عوارضی مانند زایمان زودرس و یا وزن کم هنگام تولد خواهد شد (۷۶) که مبین توجه خاص به تشخیص و درمان افسردگی حین بارداری است.

در مورد درمان افسردگی، درمان‌ها شامل مداخله‌های روان‌درمانی و دارویی است (۱۰، ۱۱). متأسفانه این روش‌ها در اکثر مواقع مؤثر نیستند و در برخی موارد، با عوارض جانبی همراه می‌باشند (۱۶-۱۲). از میان روش‌های متنوع روان‌درمانی، درمان شناختی- رفتاری (۱۹-۱۷)، الکتروشوک (۵۸-۵۶)، گروه‌درمانی (۶۲، ۷۲)، رفتاردرمانی (۶۶)، درمان‌های برانگیختگی رفتاری و حل مسأله (۲۰)، درمان زناشویی (۲۱)، درمان روان‌پوشی (۲۲) و درمان بین فردی (۲۳، ۲۹، ۵۹، ۶۰، ۷۵)، از جمله روش‌های رایج می‌باشد. روان‌درمانی شناختی- رفتاری بر پایه نظریه بک (۶۱، ۶۷، ۷۸، ۷۹)، در سال‌های اخیر توجه بسیاری را در حوزه درمان بالینی و نیز در حوزه پژوهشی به خود جلب کرده است؛ به‌طوری‌که نتایج ۳۵۰ مطالعه انجام شده در این زمینه، نشان‌دهنده کارایی این شیوه درمانی در درمان اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات شخصیت است (۲۴). درمان شناختی- رفتاری، تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان، به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این که بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد، از جملات هدفمند و همچنین ارائه تکالیف رفتاری دقیق و به شکل سازمان یافته استفاده می‌شود (۴). از نظر بسیاری از متخصصان، این نوع درمان هنوز در خط

اول درمان‌های روان شناختی اختلالات افسردگی قرار دارد (۲۵). به طور اختصاصی، روان درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های شناختی، جسمانی و رفتاری اختلالات افسردگی از طریق کاربرد روش‌های خاص شامل آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم، بازسازی شناختی، جلوگیری از پاسخ، حل مسئله، فهرست‌بندی فعالیت‌ها و آموزش مهارت‌های بین فردی متمرکز است (۲۶). به‌طور کلی در درمان شناختی - رفتاری سعی می‌شود افکار خودآیند منفی، طرحواره‌ها و فرآیندهای غلط فکری بیماران افسرده شناسایی شود و دستیابی به درکی جامع از ساختار شناختی فرد به شیوه‌های نوین تفکر ارائه گردد (۲۷). تحقیقات بسیاری اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر افسردگی نشان می‌دهند (۵۵)، به عنوان مثال در مطالعه موسوی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان بر روی مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خرم‌آباد انجام شد، آموزش مهارت‌های شناختی در کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان تأثیر معناداری داشت (۷۰). در مطالعه اسدی و همکاران (۲۰۰۵) که با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و آموزش دوران بارداری در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان در زنان افسرده باردار انجام گرفت، درمان شناختی - رفتاری تأثیر معنی‌داری در درمان افسردگی در بارداری ( $p \leq 0/1$ ) و افسردگی بعد از زایمان ( $p \leq 0/1$ ) نسبت به روش آموزش دوران بارداری و مراقبت‌های روزانه دوران بارداری داشت (۶۴). همچنین مطالعه باقری‌نیا و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در اختلال افسردگی اساسی انجام شد، نشان داد که هر دو روش بر بهبود تنظیم شناختی هیجان مؤثرند و روش مبتنی بر حضور ذهن به این دلیل که توجه به احساسات فعلی و پرهیز از قضاوت در مورد خود را مورد تأکید قرار می‌دهد، می‌تواند در استفاده از راهکارهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان به وسیله بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، مؤثرتر از روش شناختی رفتاری واقع شود (۷۴).

مطالعه فاضلی و همکاران (۲۰۱۵) نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند (۷۳).

همچنین در کنار روش روان‌درمانی فردی، روان‌درمانی گروهی به عنوان یک رویکرد درمانی مقرون به صرفه می‌باشد که جهت درمان اختلال افسردگی پیشنهاد می‌شود. در این روش، افراد بیشتری با هزینه کمتر، تحت درمان قرار می‌گیرند (۲۸، ۳۱، ۶۲، ۶۳، ۶۵، ۶۸). ۱۷ مطالعه مروری انجام شده درباره بررسی نتیجه رفتار درمانی گروهی یا روان‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری نشان دادند که این روش درمانی در تسکین نشانگان افسردگی، مؤثر است (۳۲-۴۷). علی‌رغم این نتایج، تخمین‌های جهانی نشان می‌دهد که تنها ۲۳٪ از مردم در جستجوی درمان هستند (۴۸) و تقریباً ۱۰٪ از این افراد به دلیل مسائل اجتماعی مرتبط با درمان، درمان کافی را دریافت می‌کنند (۴۹).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲، افسردگی هر ساله ۴/۴٪ از هزینه مالی دنیا را به خود اختصاص می‌دهد که این میزان معادل هزینه مالی بیماری‌های قلبی و آسم می‌باشد. از طرفی بر اساس نتایج مطالعات، میزان خودکشی در میان بیماران افسرده بین ۶۸-۰٪ با میانگین ۱۰/۸٪ گزارش شده است (۵۰، ۵۱). همچنین در مقایسه با سایر اختلالات روانپزشکی، بیماری افسردگی موجب بدتر شدن کیفیت زندگی فرد افسرده می‌شود (۵۲). عدم درمان افسردگی سبب مزمن شدن و عود دوره‌های بیماری می‌گردد که خود باعث می‌شود شدت بروز علائم از میزان خفیف و متوسط به سمت شدید و بروز افسردگی اساسی سوق یابد. از این رو استفاده از برنامه‌های درمانی مؤثر به‌خصوص در مراحل اولیه می‌تواند علاوه بر اثر تسکینی و درمانی، مقرون به صرفه نیز باشند، لذا استفاده از این روش‌های درمانی مؤثر که امکان اجرای آنها در مراکز مختلف سلامت وجود داشته باشد، ضرورت پژوهش و بررسی بیشتر را در این حوزه ایجاد می‌کند. از سوی دیگر با توجه به اینکه مدت زیادی از کاربرد درمان گروهی شناختی- رفتاری در درمان مشکلات و اختلالات روانی می‌گذرد، با این وجود کمبود پژوهش‌های انجام شده در زمینه مداخلات شناختی- رفتاری در دوران بارداری به‌طور جدی

## پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II):

این پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت است که مجموعه‌ای از علائم ویژه افسردگی شامل غمگینی، احساس شکست، بدبینی، نارضایتی، احساس گناه، خود ملامت‌گری، عدم علاقه به خود، انتظار تنبیه شدن، گریه کردن، عصبانیت، کناره‌گیری اجتماعی، عقاید خودکشی، عدم تصمیم‌گیری، تصویر تغییر بدن، کندی، بی‌خوابی و خستگی‌پذیری می‌باشد (۵۳). هر گروه از پرسش‌ها شامل ۴ گزینه است. تمام پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۳-۰) نمره‌گذاری شده و نمره کل فرد از طریق جمع تمامی پرسش‌ها، دامنه‌ای از ۰-۶۳ را شامل خواهد شد (۵۴). هنجاریابی این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران به وسیله جلیلی و اخوت (به نقل از کاظمی) انجام گرفت. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب همسانی درونی و آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است. همچنین همبستگی به دست آمده با استفاده از روش تصنیف و بر اساس پرسش‌های زوج و فرد برابر ۰/۷۰ گزارش شده است (۵۴).

پس از دادن آگاهی کامل از پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی، در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، تست افسردگی بک از زنان باردار توسط پژوهشگر گرفته شد. جهت دستیابی به ۶۰ نمونه مورد نظر، از ۳۸۷ زن باردار مراجعه کننده به مراکز سلامت شهر قزوین که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، آزمون بک گرفته شد. ۲ نفر با تشخیص افسردگی شدید به روان‌پزشک ارجاع داده شدند، ۳۱۸ نفر مبتلا به افسردگی نبودند و ۷ نفر تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند. طی این مرحله ۶۰ زن باردار واجد شرایط که دارای افسردگی خفیف و متوسط بودند، وارد پژوهش شدند و برای آنان فرم اطلاعات فردی تکمیل شد. سپس نمونه‌های انتخاب شده به روش تخصیص تصادفی به روش بلوک‌های متغیر به دو گروه ۳۰ نفره آزمون و کنترل تقسیم شدند. برای بلوک‌های ۴ تایی شش حالت مختلف زیر در نظر گرفته شد:

1. TTCC 2. TCTC 3. TCCT
4. CCTT 5. CTCT 6. CTTC

اعداد تصادفی کمتر از یک با حداقل ۳ رقم اعشار با کمک کامپیوتر ایجاد شد. برای اعداد بین صفر تا یک

احساس می‌شود. همچنین با توجه به عدم توجه کافی به افسردگی حین بارداری نسبت به بعد از بارداری که خود عامل توسعه میزان و شدت افسردگی بعد از زایمان است، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی حین بارداری انجام شد.

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۹۶-۱۳۹۵ بر روی ۶۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز سلامت شهر قزوین انجام شد. در ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین و معرفی‌نامه از دانشکده مربوط برای حضور در محیط پژوهش کسب شد و طرح در سامانه IRCT ثبت گردید، سپس اقدام به انتخاب مراکز مورد نظر، نمونه‌گیری و برگزاری جلسات مشاوره شد.

با احتساب شیوع افسردگی حین بارداری و برآورد نمونه مورد نیاز این پژوهش، تعداد ۱۰ مرکز از ۲۶ مرکز سلامت شهر قزوین به روش تصادفی انتخاب شدند. مراکز منتخب شامل: مراکز شماره ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، مینودر و پایگاه‌های سینا، ولایت و شماره ۸ بودند. جهت انتخاب ۶۰ نمونه مورد نیاز، پس از مراجعه به مراکز سلامت مذکور، زنان باردار دارای شرایط ورود به مطالعه، از روی پرونده شناسایی و طی تماس تلفنی جهت انجام تست بک فراخوان شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه افسردگی بک بود.

**پرسشنامه اطلاعات فردی:** روایی پرسشنامه اطلاعات فردی بر اساس روایی محتوای کیفی تعیین شد؛ به این ترتیب که پس از بررسی پرسشنامه‌های موجود در مقالات و پایان‌نامه‌های مرتبط، پرسشنامه مناسب طراحی شد و جهت داوری در اختیار ۷ نفر از اساتید هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین قرار داده شد و پس از لحاظ کردن پیشنهادات و اصلاحات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه به لحاظ اینکه سؤالات واضحی داشت، طبق نظر اساتید مورد تأیید بود.

ششم ترکیب ۱ (TTCC) و اعداد بین یک ششم تا دو ششم ترکیب ۲ (TCTC) و به ترتیب تا انتهای به همین شکل نمونه‌ها به دو گروه تخصیص داده شدند.

جهت گروه آزمون علاوه بر مراقبت‌های معمول مامایی و مشاوره روانشناسی که در مراکز سلامت برای تمام زنان باردار انجام می‌شود، به مدت ۶ هفته و هفته‌ای یک بار جلسات مشاوره شناختی- رفتاری گروهی توسط محقق برگزار شد. محتوای جلسات مشاوره و تعداد نفرات شرکت‌کننده در جلسات بر اساس پروتکل مداخله افسردگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی شده بود که محتوای جلسات به شرح ذیل بود.

**جلسه اول** ← ایجاد ارتباط و آموزش (برقراری ارتباط درمانی، آموزش در مورد ماهیت افسردگی و درمان‌های موجود، توصیف درمان و قرارداد درمانی).

**جلسه دوم** ← فعال‌سازی (آشنایی با ارتباط بین خلق افسرده و عدم فعالیت، آموزش فعال‌سازی رفتاری).

**جلسه سوم** ← بازسازی شناخت یک (آگاهی از نقش افکار منفی در بروز و تشدید افسردگی، شناخت شایع‌ترین افکار منفی در افسردگی، یادگیری مقابله با افکار منفی).

**جلسه چهارم** ← حل مسأله (آشنایی با اهمیت حل مسأله، آموزش مهارت حل مسأله منطقی).

**جلسه پنجم** ← بازسازی شناختی دو (شناسایی خطاهای تفکر، بازسازی شناختی).

**جلسه ششم** ← پیشگیری از عود (آشنایی با اهمیت پیشگیری از عود، شناخت علائم هشدار دهنده افسردگی و مراجعه به پزشک، یادگیری مقابله با استرس، اتخاذ یک سبک زندگی سالم).

در حین اجرای انجام مشاوره برای گروه آزمون، پیگیری تلفنی گروه کنترل جهت بررسی شرایط خروج از مطالعه انجام می‌شد.

طی انجام مطالعه در گروه آزمون یک نفر به دلیل ابتلاء به عوارض بارداری، ۴ نفر به دلیل عدم تمایل به ادامه

مشارکت در پژوهش و ۶ نفر به دلیل شرکت در کمتر از ۸۰٪ جلسات، از مطالعه خارج شدند. در گروه کنترل یک مورد سقط، ۲ مورد مراجعه به روان‌پزشک، یک مورد عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش ثبت شد که از مطالعه کنار گذاشته شد. در انتها آنالیز آماری در گروه آزمون بر روی ۱۹ نفر و در گروه کنترل بر روی ۲۶ نفر و در مجموع بر روی ۴۵ نفر انجام شد.

پس از اتمام جلسات مشاوره مجدداً در انتهای جلسه ششم، آزمون یک از گروه مداخله و کنترل اخذ گردید. همچنین ۲ ماه پس از اتمام مداخله، آزمون یک از گروه مداخله و کنترل جهت بررسی ثبات یا پایداری روش درمانی گرفته شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۳) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای ارائه اطلاعات کلی متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار، جهت مقایسه قبل و بعد از مداخله از آزمون ANOVA و برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

به منظور رعایت اصول اخلاقی تمام مطالب جلسات مشوره به صورت جزوه آموزشی در اختیار تمام افراد گروه کنترل قرار گرفت و جهت بررسی بیشتر به روان‌شناس مراکز ارجاع داده شدند. همچنین تمام پرسشنامه به صورت بی‌نام تهیه شد و مسئله رازداری در مورد بیماران توسط درمانگران مورد تأکید قرار گرفت.

### یافته‌ها

در این مطالعه، ۴۵ زن باردار مبتلا به افسردگی خفیف و متوسط جهت بررسی اثر درمان شناختی رفتاری گروهی مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات جمعیت‌شناختی هر دو گروه قبل از مداخله، بر اساس آزمون کای دو در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی گروه آزمون و گروه کنترل

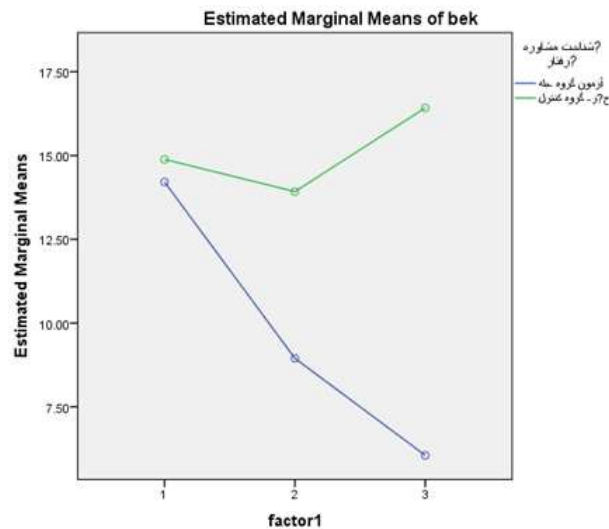
سطح معنی داری	جمع	گروه کنترل	گروه آزمون	سن مادر	تعداد (میانگین)
۰/۷۴۷	۴۵ (۲۷/۴۷)	۲۶ (۲۶/۹۲)	۱۹ (۲۸/۲۱)	سیکل	تحصیلات مادر
۰/۷۲۱	۱۱ (۲۴/۴)	۶ (۲۳/۱)	۵ (۲۶/۳)	دیپلم	تعداد (درصد)
	۲۲ (۴۸/۹)	۱۴ (۵۳/۸)	۸ (۴۲/۱)	تحصیلات دانشگاهی	
	۱۲ (۲۶/۷)	۶ (۲۳/۱)	۶ (۳۱/۶)	کم	درآمد خانواده
۰/۴۲۶	۱۰ (۲۳/۲)	۶ (۲۳/۱)	۴ (۲۱/۱)	متوسط	تعداد (درصد)
	۲۹ (۶۴/۴)	۱۸ (۶۹/۲)	۱۱ (۵۷/۹)	خوب	
	۶ (۱۳/۳)	۲ (۷/۷)	۴ (۲۱/۱)	خانه‌دار	شغل مادر
۰/۶۷۹	۳۹ (۸۶/۳۵)	۲۳ (۸۸/۵)	۱۶ (۸۴/۲)	شاغل	تعداد (درصد)
	۶ (۱۳/۶۵)	۳ (۱۱/۵)	۳ (۱۵/۸)	۱	
	۱۹ (۴۰/۸)	۱۳ (۵۰)	۶ (۳۱/۶)	۲	تعداد بارداری
۰/۴۰۴	۱۶ (۳۵/۷)	۹ (۳۴/۶)	۷ (۳۶/۸)	۳	تعداد (درصد)
	۹ (۲۰/۸۵)	۴ (۱۵/۴)	۵ (۲۶/۳)	۶	
	۱ (۲/۲)	۰	۱ (۵/۳)		
۰/۲۷۷	۳۷ (۸۲/۲)	۲۰ (۷۶/۹)	۱۷ (۸۹/۵)	خواسته	نوع بارداری
	۸ (۱۷/۸)	۶ (۲۳/۱)	۲ (۱۰/۵)	ناخواسته	تعداد (درصد)
۰/۱۹۷	۱۰ (۲۲/۲)	۴ (۱۵/۴)	۶ (۳۱/۶)	دارد	سابقه سقط یا مرده‌زایی
	۳۵ (۷۷/۸)	۲۲ (۸۴/۶)	۱۳ (۶۸/۴)	ندارد	تعداد (درصد)
۰/۷۹۱	۱۱ (۲۴/۴)	۷ (۲۶/۹)	۴ (۲۱/۱)	پسر	جنس جنین
	۱۲ (۲۶/۷)	۶ (۲۳/۱)	۶ (۳۱/۶)	دختر	تعداد (درصد)
	۲۲ (۴۸/۹)	۱۳ (۵۰)	۹ (۴۷/۴)	نامشخص	
۰/۵۸۱	۲۰ (۴۴/۲)	۱۳ (۵۰)	۷ (۳۶/۸)	۰	تعداد فرزندان زنده فعلی
	۲۰ (۴۴/۴)	۱۱ (۴۲/۳)	۹ (۴۷/۴)	۱	تعداد (درصد)
	۴ (۸/۹)	۲ (۷/۷)	۲ (۱۰/۵)	۲	
	۱ (۲/۲)	۰	۱ (۵/۳)	۳	

بر اساس نتایج آزمون کای دو، بین متغیرهای جمعیت شناختی دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت، لذا می توان این گونه استنباط کرد که گروه های مورد مطالعه از نظر سن مادر ( $p=0/747$ )، تحصیلات مادر ( $p=0/721$ )، درآمد خانواده ( $p=0/679$ )، شغل مادر ( $p=0/404$ )، نوع بارداری ( $p=0/277$ )، سابقه سقط یا مرده‌زایی ( $p=0/197$ )، جنس جنین ( $p=0/791$ ) و تعداد فرزندان ( $p=0/581$ ) همگن بودند.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره آزمودنی های گروه شناختی رفتاری و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بر

اساس آنالیز واریانس چند متغیره

گروه	آزمون بک	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
گروه آزمون	پیش آزمون	۱۴/۲۱۰۵	۴/۷۰۹۰	
	پس آزمون	۸/۹۴۷۴	۵/۰۹۳۲	$p \leq 0/001$
	پیگیری	۶/۰۵۲۶	۴/۸۳۵۹	
گروه کنترل	پیش آزمون	۱۴/۸۸۴۶	۵/۳۶۱۵	
	پس آزمون	۱۳/۹۲۳۱	۵/۷۲۶۵	$p \leq 0/001$
	پیگیری	۱۶/۴۲۳۱	۷/۶۱۶۶	



نمودار ۱- تفاوت نمرات آزمون افسردگی یک گروه شاهد و آزمون

تبیین این همسویی می‌تواند ناشی از وجود نکات مشترک در ساختار جلسات و تأکید بر مفاهیم شناختی باشد که توانسته تأثیرات معنی‌داری را بر افسردگی حین بارداری بگذارد.

بر اساس اطلاعات به‌دست آمده از پژوهش و آزمون کوواریانس درون گروهی، بین میانگین نمرات سه آزمون یک گرفته شده از گروه آزمون، اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت که نشان دهنده مؤثر بودن مداخله صورت گرفته (درمان شناختی رفتاری گروهی) بر بهبود افسردگی دوران بارداری است. با توجه به کاهش قابل توجه و معنی‌دار نمره سومین آزمون یک (۲ ماه پس از اتمام مداخله) نسبت به دومین آزمون یک (بلافاصله پس از اتمام مداخله) می‌توان چنین نتیجه گرفت که تأثیر مداخله درمان شناختی- رفتاری گروهی بر افسردگی حین بارداری، تأثیری پایدار دارد و حتی با گذشت زمان با توجه به بهبود مهارت‌ها در واحدهای مورد پژوهش، تأثیر بیشتری داشته است.

موسوی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای که با هدف تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان بر روی مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خرم‌آباد انجام دادند، نتیجه گرفتند که آموزش مهارت‌های شناختی در کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان تأثیر معناداری دارد ( $p=0/001$ ) ( $p=0/001$ ). در مطالعه اسدی و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف مقایسه

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس جدول ۲ و نمودار ۱، آزمودنی‌های دو گروه آزمون و کنترل قبل از شروع مداخله از نظر شدت نشانگان افسردگی با یکدیگر متفاوت نبودند ( $p \leq 0/001$ )، اما پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون به روش تحلیل کوواریانس، تأثیر مداخله در سطح ( $p=0/001$ ) و درون گروه‌ها ( $p \leq 0/001$ ) به صورت معنی‌داری مشاهده شد، لذا می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین نمره نشانگان افسردگی درون گروهی و بین دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

## بحث

با توجه به گستردگی افسردگی حین بارداری در ایران که متأسفانه در برخی مطالعات آن را تا ۳۰٪ گزارش کرده‌اند (۸۱) و همچنین اثرات مثبت مشاوره شناختی- درمانی به‌ویژه بر افسردگی (۸۲)، مطالعه حاضر با هدف اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی حین بارداری انجام شد. پس از اجرای این روش و بررسی نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماه بعد، درمان شناختی رفتاری-گروهی بر افسردگی حین بارداری تأثیر معنی‌داری داشت. از سوی دیگر، یافته‌های نتایج در مرحله پیگیری، تأییدی بر تعمیم و پایداری این روش درمانی می‌باشد. نتایج این مطالعه با برخی پژوهش‌ها مانند موسوی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۵)، اسدی و همکاران (۲۰۱۵) و باقری‌نیا و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد (۷۰، ۷۱، ۷۴).

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و آموزش دوران بارداری در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان در زنان افسرده باردار انجام گرفت، درمان شناختی- رفتاری تأثیر معنی داری در درمان افسردگی در بارداری ( $p \leq 0/1$ ) و افسردگی بعد از زایمان ( $p \leq 0/1$ ) نسبت به روش آموزش دوران بارداری و مراقبت‌های روزانه دوران بارداری داشت (۷۱). در مطالعه باقری‌نیا و همکاران (۲۰۱۵) نیز که با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در اختلال افسردگی اساسی انجام شد؛ هر دو روش بر بهبود تنظیم شناختی هیجان مؤثر بودند و روش مبتنی بر حضور ذهن به این دلیل که توجه به احساسات فعلی و پرهیز از قضاوت در مورد خود را مورد تأکید قرار می‌دهد، می‌تواند در استفاده از راهکارهای سازگارانۀ تنظیم شناختی هیجان به وسیله بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، مؤثرتر از روش شناختی رفتاری واقع شود ( $p = 0/008$ ) (۷۴). که نتایج هر سه مطالعه فوق با مطالعه حاضر همسو بود و هیچ مطالعه غیر همسو ایرانی یا خارجی یافت نشد.

در بررسی کوواریانس درون گروهی انجام گرفته، نمرات سه تست بک گرفته شده از گروه کنترل تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند. همچنین با گذشت زمان شدت افسردگی در گروه آزمون بیشتر شده بود.

در این مطالعه نیمه تجربی ۳۰ زن باردار که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند و واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، به سه گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند، گروه اول تحت درمان با روش شناختی رفتاری و گروه دوم تحت درمان با آموزش‌های دوران بارداری هر کدام به مدت ۸ هفته قرار گرفتند و گروه سوم فقط از مراقبت‌های روزانه مرکز بهداشت بهره بردند و به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. میانگین افسردگی در گروه درمان شناختی رفتاری از ۲۱/۷۷۷ به ۱۳/۶۶۶، در گروه آموزش دوران بارداری از ۱۹/۸۸۸ به ۱۸/۴۴۴ و در گروه کنترل از ۲۳/۸۰۰ به ۲۲/۷۰۰ رسید (۳۰) که با مطالعه حاضر همسو بود، اما شدت افسردگی در گروه کنترل بیشتر نشده بود.

در مطالعه حاضر میانگین نمرات بلافاصله پس از اتمام مداخله و در تست بک دوم برای گروه آزمون  $8/94 \pm 5/09$  و برای گروه کنترل  $13/92 \pm 5/72$  تعیین شد که بر اساس تست‌های انجام گرفته، از نظر آماری تفاوت معنی داری با یکدیگر داشتند ( $p = 0/001$ ). اطلاعات به‌دست آمده و کوواریانس بین گروهی، نشان دهنده مؤثر بودن مداخله درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی حین بارداری بود. نتایج فوق با استفاده از آزمون من ویتنی و کوواریانس بررسی و آنالیز شدند.

کلارک و همکاران (۱۹۹۹) اثربخشی روش روان‌درمانی گروهی را بر نوجوانان ۱۸-۱۴ ساله مورد مطالعه قرار دادند. در این مطالعه، ۱۲۶ آزمودنی که بر حسب DSM-III تشخیص افسردگی دیستایمیا را دریافت کرده بودند، به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند: ۱- گروه CBT نوجوانان (۱۶ جلسه دو ساعته فقط برای نوجوانان)، ۲- گروه CBT نوجوانان و والدین (۱۶ جلسه دو ساعته برای نوجوان‌ها و والدین) و ۳- گروه کنترل. نتایج ارزیابی‌ها قبل، حین و بعد از جلسات درمانی نشان داد که روان‌درمانی شناختی- رفتاری گروهی در تسکین نشانگان افسردگی هم در نوجوانان و هم در والدین آنها مؤثر است (۶۹) که با مطالعه حاضر همسو بود.

در مطالعه حاضر بین متغیرهای فردی و اجتماعی و میزان افسردگی ارتباط خاصی پیدا نشد و تفاوت بین گروه آزمون و کنترل از نظر آماری معنی دار نبود. ارتباط بین متغیرها و میزان افسردگی با آزمون کای دو بررسی شد.

در مطالعه مختاری‌پور و همکاران (۲۰۰۷) که با هدف بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفت، از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، تنها رابطه بین پیشرفت تحصیلی و افسردگی معنادار بود. پیشرفت تحصیلی و رشته تحصیلی ارتباط مثبت و وضعیت اقتصادی - اجتماعی و جنس ارتباط منفی با اضطراب داشت که این رابطه نیز از نظر آماری معنادار بود. در این پژوهش توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی، ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵ با استفاده از روش نمونه‌گیری



تصادفی انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این تحقیق، پرسشنامه اضطراب کتل و پرسشنامه افسردگی بک بود. نتیجه این مطالعه نیز با مطالعه حاضر همسو بود (۸۰).

در این مطالعه میانگین نمرات آزمون بک ۲ ماه پس از اتمام مداخله و در سومین آزمون بک، در گروه آزمون  $6/05 \pm 4/83$  و در گروه کنترل  $16/42 \pm 7/61$  تعیین شد که بر اساس آزمون‌های من‌ویتنی و تی مستقل، تفاوت بین دو میانگین معنی‌دار به دست آمد ( $p=0/000$ ) که نشان دهنده تداوم تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی حین بارداری بود.

در مطالعه موسوی نژاد و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان بر روی مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خرم‌آباد انجام شد، آموزش مهارت‌های شناختی در کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان تأثیر معناداری داشت (۷۰). در مطالعه حاضر داده‌ها با استفاده از پرسشنامه بک قبل و ۲ ماه بعد از مداخله آموزشی جمع‌آوری گردید ( $p=0/001$ ).

از محدودیت‌های این مطالعه، محدودیت در تعمیم داده‌ها به دلیل محدود کردن نمونه به مراجعان مراکز بهداشتی و نادیده گرفتن اثر وجود اختلال همبود (اختلال اضطرابی) اشاره کرد. همچنین با توجه به اینکه احتمال داشت واحدهای مورد پژوهش احساس واقعی خود را در پاسخ به سؤالات منعکس نکنند، لذا با توضیح

اینکه محتوای پرسشنامه‌ها کاملاً محرمانه بوده و لازم به ذکر نام و نام خانوادگی نبوده است، این مورد تا حدودی کنترل شد. همچنین با توجه به شرایط جسمی و کاهش توانایی و محدودیت‌های مربوط به دوران بارداری، واحدهای پژوهش نیاز به انگیزه قوی جهت شرکت در کلاس‌ها داشتند، که این مورد با پیگیری تلفنی و اطلاع‌رسانی پیش از برگزاری کلاس‌ها و مشارکت تمامی اعضاء در مباحث و مفرح کردن فضای کلاس‌ها کنترل شد، اما بیشترین ریزش نمونه به علت این محدودیت بود.

### نتیجه‌گیری

درمان شناختی رفتاری می‌تواند منجر به کاهش افسردگی حین بارداری شود. درمان شناختی رفتاری برای کاهش افسردگی حین بارداری و بکارگیری شیوه‌های مکمل و جدید از جمله استفاده از روان‌درمانی همراه با دارو درمانی، ضروری به نظر می‌رسد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد که با شناسه IR.QUMS.REC.1395.196 در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ثبت شد. بدین‌وسیله از همکاری کارکنان محترم مراکز سلامت منتخب شهر قزوین و همچنین شرکت‌کنندگان در این تحقیق تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

1. Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3:CD004691.
2. Murray CJ, Lopez AD. *Global health statistics: a compendium of incidence prevalence and mortality estimates for over 200 conditions*. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
3. Clark DA, Beck AT. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New Jersey: John Wiley and Sons; 1999.
4. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry/ behavioral sciences/ clinical psychiatry*. 40<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
5. Kenny MA, Williams JM. Treatment-resistant depressed patients show response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther* 2007; 45(3):617-25.
6. Frances A. *American psychiatric association: diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*, Prepared by the Task Force on DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
7. Martin GN. *Human neuropsychology*. 6<sup>th</sup> ed. London: Pearson Education; 2006.
8. Whitbourne SK, Halgin PR. *Abnormal psychology: clinical perspectives on psychological disorders*. 4<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2003. P. 176-93.

9. General US. Mental health: a report of the surgeon general. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
10. Johnson LD, Miller SD. Modification of depression risk factors: a solution-focused approach. *Psychotherapy* 1994; 31(2):244.
11. Preskorn SH. Outpatient management of depression: a guide for the practitioner. Caddo, OK: Professional Communications; 1999.
12. Byrne A, Byrne DG. The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. *J Psychosom Res* 1993; 37(6):565-74.
13. Leith LM. Foundations of exercise and mental health. Morgantown, WV: Fitness Information Technology; 1994.
14. Mutrie N. The relationship between physical activity and clinically-defined depression. Physical activity and psychological well-being. London: Rutledge; 2000.
15. Raglin JS. Exercise and mental health: beneficial and detrimental effects. *Sports Med* 1990; 9(6):323-9.
16. Stahl SM. Essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. New York, NY: Cambridge University Press; 1996.
17. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherata M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998; 49(1):59-72.
18. Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001; 5(35):1-173.
19. Taylor TL, Montgomery P. Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review. *Child Youth Serv Rev* 2007; 29(7):823-39.
20. Cuijpers P, Van Straten A, Warmardam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007; 22(1):9-15.
21. Barbato A, D'Avanzo B. Marital therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 2:CD004188.
22. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001; 21(3):401-19.
23. de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255(2):75-82.
24. Fathi Z, Taghipoor E, Khodasanji A. Effectiveness of cognitive-behavioral group counseling on coping strategies and assertiveness in women with addicted spouse. Tehran: Faculty of Psychology and Educational Sciences of Shahid Beheshti and Consultation and Guidance; 2011. (Persian).
25. Erickson TM, Newman MG. Cognitive behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: a primer. *Expert Rev Neurother* 2005; 5(2):247-57.
26. Rygh JL, Sanderson WC. Treating generalized anxiety disorder: evidenced-based strategies, tools, and techniques. New York: Guilford Press; 2004. P. 65-84.
27. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychol* 1961; 4:561-71.
28. Peterson AL, Halstead TS. Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: a clinical replication series. *Behav Ther* 1999; 29(1):3-18.
29. Brown RA, Lewinsohn PM. A psychoeducational approach to the treatment of depression: comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52(5):774-83.
30. Comas-Diaz L. Effects of cognitive and behavioral group treatment on the depressive symptomatology of Puerto Rican women. *J Consult Clin Psychol*. 1981; 49(5):627-32.
31. Covi L, Lipman RS. Cognitive behavioral group psychotherapy combined with imipramine in major depression. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23(1):173-6.
32. Fleming BM, Thornton DW. Coping skills training as a component in the short-term treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 1980; 48(5):652-4.
33. Fuchs CZ, Rehm LP. A self-control behavior therapy program for depression. *J Consult Clin Psychol* 1977; 42(2):206-15.
34. Graff RW, Whitehead GI, LeCompte M. Group treatment with divorced women using cognitive-behavioral and supportive-insight methods. *J Counsel Psychol* 1986; 33(3):276-81.
35. Lewinsohn PM, Clarke GN, Hops H, Andrews J. Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behav Ther* 1990; 21(4):385-401.
36. Nezu AM. Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54(2):196-202.
37. Nezu AM, Perri MG. Social problem solving therapy for unipolar depression: an initial dismantling investigation. *J Consult Clin Psychol* 1989; 52(3):408-13.
38. Ross M, Scott M. An evaluation of the effectiveness of individual and group cognitive therapy in the treatment of depressed patients in an inner city health center. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35(274):239-42.
39. Rude SS. Relative benefits of assertion or cognitive self-control treatment for depression as a function of proficiency in each domain. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54(3):390-4.

40. Rush AJ, Watkins JT. Group versus individual cognitive therapy: a pilot study. *Cognit Ther Res* 1981; 5(1):95-103.
41. Scott MJ, Stradling SG. Group cognitive therapy for depression produces clinically significant reliable change in community-based settings. *Behav Cognit Psychother* 1990; 18(1):1-19.
42. Shaw BF. Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 1977; 45(4):543-51.
43. Steuer JL, Mintz J, Hammen CL, Hill MA, Jarvik LF, McCarley T, et al. Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52(2):180-9.
44. Zettle RD, Rains JC. Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *J Clin Psychol* 1989; 45(3):436-45.
45. Mehryar AH. Depression: perceptions and cognitive therapy. Tehran: Roshd; 2003. P. 5-2.
46. Robbins L, Regier DA. Psychiatric disorders in America: how to take immediate control of your mental, emotional, physical and financial. New York: Simon & Schuster; 1991.
47. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. New York: Oxford University Press; 2007.
48. Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med* 1999; 61(1):6-17.
49. Jakobsen JC, Hansen JL, Simonsen S, Simonsen E, Gluud C. Effects of cognitive therapy versus interpersonal psychotherapy in patients with major depressive disorder: a systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *Psychol Med* 2012; 42(7):1343-57.
50. Ferri M. A guide to the 23 sessions of group therapy cognitive therapy, a tool for measuring instruments, and more than 211 text slides and guide. Hawaii: University of Hawaii; 2010.
51. Shafi Abadi A. Group dynamics and group counseling. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Growth; 1993. P. 53-4.
52. Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23(3):107-13.
53. Dadsetan P. Developmental psychology from childhood to adulthood. Tehran: Organization of Reading and Editing Books; 2010. (Persian).
54. Azad H. Psychopathology. Tehran: Besat Publishing; 2010. (Persian).
55. Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ. Basic and Clinical Pharmacology. Trans: Rizvand Fard M, Sinaei F. Tehran: Andisheh Rafi Publications; 2011. (Persian).
56. Scott AI. College guidelines on electroconvulsive therapy: an update for prescribers. *Adv Psychiat Treat* 2005; 11(2):150-6.
57. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for Schizophrenia. *Curr Psychiatry Rev* 2007; 3(1):15-24.
58. Antunes PB, Rosa MA, Belmonte-de-Abreu PS, Lobato MI, Fleck MP. Electroconvulsive therapy in major depression: current aspects. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31(Suppl 1):S26-33.
59. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2011; 168(6):581-92.
60. Frank E, Grochocinski VJ, Spanier CA, Buysse DJ, Cherry CR, Houck PR, et al. Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(1):51-7.
61. Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
62. Corey M, Corey G. Groups: process and practice. Massachusetts: Cengage Learning; 2013.
63. Kleinberg JL. The Wiley-Blackwell handbook of group psychotherapy. New Jersey: John Wiley & Sons; 2012. P. 13-33.
64. Asadinughabi A. Psychiatric nursing (Mental health 2). 5<sup>th</sup> ed. Tehran: Bashari; 2005. P. 49. (Persian).
65. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.
66. Ekers D, Richards D, Gilbody S. A meta-analysis of randomized trials of behavioral treatment of depression. *Psychol Med* 2008; 38(5):611-23.
67. Oei TP, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behavior therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord* 2008; 107(1-3):5-21.
68. DeRubeis RJ, Crits-Christoph P. Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66(1):37-52.
69. Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM, Hops H, Seeley JR. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(3):272-9.
70. Mousavinejad N. Impact of cognitive skills training on reducing depression among clients during pregnancy & postpartum referring to health centers. *Iran J Health Educ Health Promot* 2015; 3(1):39-48. (Persian).
71. Asadi Sadeghi Azar I, Mohammadkhani P, Mishkar G, Forghani F. A comparative of cognitive behavior therapy and antenatal education with routine care for prevention of depression during pregnancy and on postpartum depression. *J Zabol Univ Med Sci Health Serv* 2015; 7(1):10. (Persian).

72. Taraghijah S, Navabinezhad S, Bou AJ, Kiamanesh A. The effect of cognitive group therapy and spiritual therapy on depression of girl students in Tehran universities. *Counsel Res Dev* 2007; 6(21):111-25. (Persian).
73. Fazeli M, Ehteshamzadeh P, Hashemi SE. The effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people. *J Clin Psychol Andishe Raftar* 2015; 9(34):27-36. (Persian).
74. Bagherinia H. Comparison of the efficacy of cognitive behavior therapy and mindfulness-based therapy in improving cognitive emotion regulation in major depressive disorder. *Armaghane Danesh* 2015; 20(3):210-9. (Persian).
75. Gharadaghi A, Shafiabadi A, Hossein Rashidi B, Farahbakhsh K, Esmaili M. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Interpersonal Psychotherapy (IPT) for pregnant women to increase marital satisfaction. *Fam Counsel Psychother* 2015; 4(4):583-605. (Persian).
76. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(10):1012-24.
77. Lavasani FF. Brief intervention for depression guide. Tehran: Education Moham; 2015. (Persian).
78. Yaghobi H. Screening for mental disorders: position of tests and how to determine the cut score and Validation. *J Mental Health* 2008; 1(1):39-51. (Persian).
79. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2005; 11(3):312-26. (Persian).
80. Mokhtaripour M, Goudarzi Z, Siadat A, Keyvanara M. Anxiety, depression and some of their demographic correlates in students of Isfahan Medical University. *J Res Behav Sci* 2007; 5(2):107-13. (Persian).
81. Moshki M, Armanmehr V, Cheravi K. The relationship between depression during pregnancy with social support and some demographic variables in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(142):12-20. (Persian).
82. Sepehrirad M, Toozandehjani H. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy training and nutritional strategies based on traditional medicine on Premenstrual Syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 18(177):11-9. (Persian).