

## The Effect of Dialectical Behavior Therapy Techniques Training with lavender Aromatherapy on Depression and Maternal Competence of Nulliparous Women with Insecure Attachment to Spouse

Elham Zamani<sup>1</sup> , Fatemeh Shahabizadeh<sup>2\*</sup> , Jalil Jarahi Feriz<sup>3</sup> , Nahid Ghanbarzadeh<sup>3,4</sup> 

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University Birjand, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
4. Department of Obstetrics and Gynecology, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

### Article Info

Received: 2021/05/29;  
Accepted: 2021/08/21;  
Published Online: 2021/12/21

 [10.30699/ajnmc.29.4.314](https://doi.org/10.30699/ajnmc.29.4.314)

Original Article

Use your device to scan  
and read the article online



### ABSTRACT

**Introduction:** Pregnancy is one of the most stressful stages in Women's life. The purpose was to determine the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Techniques Training lavender aromatherapy on depression and maternal competence of Primiparous women with Insecure Attachment to Spouse.

**Methods:** This clinical trial study was performed in 2021 on 60 pregnant women in Birjand, Iran. Insecure attached expectant mothers were selected by purposive sampling method and randomly divided between three intervention groups 1 (Dialectical behavior therapy techniques training and aromatherapy), intervention group 2 (aromatherapy with lavender), and control group. Dialectical behavioral therapy techniques were performed in the last three months of pregnancy, aromatherapy in the active phase of labor, and the follow-up period one month after the baby's birth. The attachment to spouse Questionnaire, depression Beck, postpartum depression, and maternal competency were used. Data were analyzed in SPSS 25.

**Results:** The results of repeated analysis of variance showed that teaching dialectical behavioral therapy techniques was effective in reducing depression over time ( $P < 0.001$ ). Covariance analysis showed that depression during pregnancy was decreased significantly after the Dialectical Behavior Therapy Techniques Training ( $P < 0.001$ ). The multivariate analysis of variance also showed both components of maternal competence increased significantly in intervention groups 1 ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Dialectical behavioral therapy techniques and aromatherapy are effective interventions to reduce depression and increase maternal competence. They can be used for pregnant women with insecure attachment to their husbands in health centers.

**Keywords:** Dialectical behavioral therapy, Aromatherapy, Lavender, Attachment, Depression, Competency

### Corresponding Information:

**Fatemeh Shahabizadeh**, Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University Birjand, Iran. Email: [f\\_shahabizadeh@yahoo.com](mailto:f_shahabizadeh@yahoo.com)

Copyright © 2021, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

### How to Cite This Article:

Zamani E, Shahabizadeh F, Jarahi Feriz J, Ghanbarzadeh N. The Effect of Dialectical Behavior Therapy Techniques Training with lavender Aromatherapy on Depression and Maternal Competence of Nulliparous Women with Insecure Attachment to Spouse. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2021; 29 (4) :314-327

## اثربخشی آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی اسطوخودوس بر افسردگی و شایستگی مادری زنان نخست‌زای با دل‌بستگی نایمن به همسر

الهام ضامنی<sup>۱</sup>، فاطمه شهابی‌زاده<sup>۲\*</sup>، جلیل جراحی‌فریز<sup>۳</sup>، ناهید قنبرزاده<sup>۴،۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۴. گروه آموزشی زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۳/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۳۰ انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰	<b>مقدمه:</b> بارداری، یکی از پرسترس‌ترین مراحل زندگی زنان است. لذا هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی اسطوخودوس بر افسردگی و شایستگی مادری زنان نخست‌زای با دل‌بستگی نایمن به همسر بود.
<b>نویسنده مسئول:</b> فاطمه شهابی‌زاده دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران <b>پست الکترونیک:</b> <a href="mailto:f_shahabizadeh@yahoo.com">f_shahabizadeh@yahoo.com</a>	<b>روش کار:</b> این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۹ روی ۶۰ زن باردار شهر بیرجند انجام شد. مادران باردار دل‌بسته نایمن به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی بین سه گروه مداخله ۱ (آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی و رایحه‌درمانی)، مداخله ۲ (رایحه‌درمانی با اسطوخودوس) و گروه کنترل تقسیم شدند. فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی در سه ماه آخر بارداری، و رایحه‌درمانی در فاز فعال زایمان و دوره پیگیری یک ماه بعد از تولد نوزاد انجام شد. از پرسش‌نامه دل‌بستگی به همسر، افسردگی بک، افسردگی بعد از زایمان و شایستگی مادری استفاده شد و داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شد.
برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.	<b>یافته‌ها:</b> نتایج تحلیل واریانس مکرر نشان داد، آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی بر کاهش افسردگی در طول زمان مؤثر بود ( $P < 0/001$ ). تحلیل کواریانس نشان داد، افسردگی دوره بارداری بعد از آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک به‌طور معنی‌داری کاهش یافت ( $P < 0/001$ ). در تحلیل واریانس چندمتغیره، هر دو مؤلفه شایستگی مادری، در گروه مداخله ۱ به‌طور معنی‌داری افزایش نشان داد ( $P < 0/05$ ).
	<b>نتیجه‌گیری:</b> فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی توأم با رایحه‌درمانی به‌عنوان یک مداخله مؤثر برای کاهش افسردگی و افزایش شایستگی نقش مادری می‌تواند در مراکز بهداشتی‌و‌درمانی در زنان باردار با دل‌بستگی نایمن به همسر به کار برده شود.
	<b>کلیدواژه‌ها:</b> رفتاردرمانی دیالکتیک، رایحه‌درمانی، اسطوخودوس، دل‌بستگی، افسردگی، شایستگی

### مقدمه

به‌عنوان بزرگ‌ترین نگرانی بهداشتی در قرن بیست و یکم مطرح شده است [۳]. افسردگی به‌دلیل بیماری و پیامدهای بالقوه آن برای سلامت مادر، رشد جنین و پیامدهای تولد برای زنان مبتلا و پزشکان یک چالش است [۲]. از طرفی افسردگی در دوران بارداری [۴] و سطح پایین حمایت اجتماعی [۵]، پیش‌بینی‌کننده قوی افسردگی پس از زایمان است [۲] است، لذا اگر چه شیوع افسردگی پری‌ناتال بیش‌تر در زنان نخست‌زا و در سه ماهه سوم بارداری، درست قبل از زایمان به اوج خود

بارداری یکی از پرتنش‌ترین رویدادهای زندگی زنان است که می‌تواند، سبب شروع یا تشدید تمایلات افسردگی در افراد شود. افسردگی بارداری با شیوع ۱۰ درصد، افسردگی پس از زایمان با شیوع ۱۰ تا ۲۰ درصد مرتبط با علل؛ سن پایین مادر، عدم تأهل، رویدادهای استرس‌زای دوران بارداری، ساب افسردگی، سواستفاده کلامی یا جسمی طی بارداری و حوادث مامایی شدیداً نامطلوب است [۱]. بنابراین افسردگی از مهم‌ترین و شایع‌ترین عوارض دوران بارداری است [۲]، که

برگ‌های باریک، که عمدتاً نواحی مدیترانه‌ای، آمریکای شمالی و استرالیا است [۱۷]، یکی از رایج‌ترین گونه‌های گیاهی در رایحه‌درمانی برای کاهش درد است [۱۸]. در پزشکی از اسطوخودوس به‌عنوان ضد اضطراب [۱۹]، آرام‌بخش، مخدر، ضد التهاب و ضد افسردگی استفاده می‌شود [۲۲]. در مطالعات نیز تأثیر آن بر افسردگی [۲۱-۲۰] تأیید شده است. از طرفی علاوه بر ایجاد تغییرات خودکار فیزیولوژیکی، می‌توان با مداخلات روانشناختی، به‌طور آگاهانه تغییرات خلقی را افزایش داد، و به زنان باردار کمک کرد تا از عوارض هیجانانگیز منفی در بارداری مصون بمانند [۲۲]. رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان رویکردی شناختی-رفتاری [۲۳] مبتنی بر اصل پذیرش و تغییر، دارای چهار مؤلفه‌ی توجه آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی است [۲۴]. هدف نهایی رفتار درمانی دیالکتیکی، پذیرش فرد و رفتارهای او بدون قضاوت کردن درباره‌ی آن‌ها است، چرا که هیجان‌ها اصیل و واقعی هستند و به‌طور مکرر تجربه می‌شوند، اما می‌توان واکنش به آن‌ها را تعدیل و اصلاح کرد [۲۵]. هر چند تعداد مطالعاتی که به‌طور مشخص اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را در بارداری بررسی کرده‌اند، محدود است، اما در مطالعاتی که اثربخشی رفتاردرمانی را در نمونه‌های افسرده [۲۶-۲۷] مورد بررسی قرار داده‌اند، حمایت تجربی لازم را برای رویکرد درمانی مدنظر فراهم آوردند. به هر حال با توجه به آنچه مطرح شد، زنان باردار نخست‌زا در سه ماهه سوم بارداری که رابطه‌ی نایمنی نیز با همسر دارند، بیش‌تر مستعد افسردگی دوره‌ی بارداری و افسردگی پس از زایمان قرار می‌گیرند. از طرفی دیگر با توجه به اینکه مدت زیادی از کاربرد رفتار درمانی دیالکتیکی می‌گذرد، کمبود پژوهش‌های انجام‌شده در دوران بارداری، به‌طور جدی احساس می‌شود.

بنابراین هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی اسطوخودوس بر افسردگی و شایستگی مادری زنان نخست‌زای با دل‌بستگی نایمنی به همسر است. لذا پژوهش حاضر به‌دنبال بررسی چند سؤال است؛ آیا آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند، افسردگی دوره‌ی بارداری را کاهش دهد؟ آیا آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی با رایحه‌درمانی می‌تواند افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد؟ آیا آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی همراه با رایحه‌درمانی می‌تواند شایستگی نقش مادری را کاهش دهد؟

می‌رسد [۶]، اما حمایت و دل‌بستگی به همسر می‌تواند تعدیل‌کننده‌ی اثرات منفی افسردگی دوران بارداری باشد و می‌تواند، بحران دوره را کاهش دهد. دل‌بستگی به‌عنوان الگویی از انتظارات، نیازها، عواطف و رفتارها در روابط نزدیک است [۲]، که سبب افزایش سازگاری افراد در شرایط تنش‌زا می‌شود [۷]؛ اما ارتباط با یک چهره‌ی دل‌بستگی که همیشه پاسخگو و دردسترس نیست و بی‌مسئولیت است، منجر به شکل‌گیری سبک دل‌بستگی نایمن نسبت به وی می‌شود [۸]، که با تجربه‌ی هیجانانگیز منفی و استفاده از راهبردهای نافع‌سازی یا بیش‌فعال‌سازی برای مقابله با نایمنی و آشفتگی همراه است [۹]. لذا قابل انتظار است، دل‌بستگی نایمنی به همسر، افسردگی [۱۰] دوره‌ی بارداری را افزایش دهد. در این راستا بعضی مطالعات متعددی نیز آسیب‌پذیری هیجانی زنان دل‌بسته‌ی نایمن باردار را نشان داده است [۱۰، ۱۱]. در مجموع در این مطالعه، زنان باردار نخست‌زا در سه ماهه سوم بارداری که احتمال داشت، بیش‌تر در معرض آسیب‌های افسردگی باشند، مد نظر قرار گرفت و از طرفی به‌دلیل اینکه عدم حمایت همسر، آسیب‌پذیری به افسردگی را افزایش می‌دهد، لذا این پژوهش به‌دنبال بررسی زنان باردار نخست‌زایی است که دل‌بستگی نایمنی به همسر داشتند. از طرفی آسیب‌های هیجانی و علائم افسردگی پس از زایمان سبب تعاملات منفی مادر و نوزاد می‌شود [۱۲] و نقش مادری را تضعیف می‌کند [۱۳] و زمینه‌ساز مشکلات رفتاری کودک در آینده می‌شود [۱]. به هر حال رابطه‌ی منفی بین افسردگی بعد از زایمان و شایستگی نقش مادری تأیید شده است [۱۴]. لذا بین افسردگی و شایستگی نقش مادری تعاملی دوسویه وجود دارد که حمایت همسر می‌تواند، صلاحیت نقش مادری را تعدیل کند [۱۵] نیز تأیید شده است، لذا با توجه به آسیب فراگیر افسردگی در پیامدهای آتی، ارتباط مادر و فرزند در زنان نخست‌زا، در پژوهش حاضر بررسی افسردگی پس از زایمان و صلاحیت مادری در زنان نخست‌زا با دل‌بستگی نایمنی هدف قرار گرفت. از سویی تجربه‌ی درد زایمان می‌تواند پیامدهای منفی برای نقش مادری در بعد از زایمان داشته باشد، بنابراین بنا به اهمیت موضوع، یافتن راهی برای ایجاد حداکثر احساس تسکین درد و آرامش، با حداقل عوارض، یکی از مهم‌ترین موضوعات حین زایمان است، لذا با استفاده از روش‌های نوین و حمایتی غیردارویی همچون رایحه‌درمانی، می‌توان درد زایمان را تقلیل داد [۱۶]. اسطوخودوس با گل‌های بنفش و

## روش کار

خروج از مطالعه شامل؛ هرگونه اختلال در روند بارداری مانند پراکلامپسی، دیابت، تهدید به زایمان زودرس، عدم حضور بیش از ۲ جلسه و ختم بارداری با سزارین بود.

در مرحله دوم، مادرانی که نمره دلبستگی نایمن به همسرشان بالاتر از ۱۴۰ بود (نقطه ۷۰ درصدی میانگین و انحراف استاندارد ۱۴۰ نفر)، ۷۵ نفر شناسایی شدند (با میانگین نمونه نهایی ۱۴۴/۹ و انحراف استاندارد ۵/۴۶) و پس از کسب رضایت نامه کتبی، هر کدام از مادران به صورت تصادفی ساده در یک گروه قرار می گرفتند. بدین ترتیب که اسامی هر یک از زنان باردار در برگه جداگانه نوشته شد و در داخل ظرفی گذاشته شد، سپس نفر اول بر اساس قرعه کشی ابتدا انتخاب شد و در گروه مداخله ۱ و نفر دوم در گروه مداخله ۲ و نفر سوم در گروه کنترل قرار گرفت و به همین ترتیب تا اتمام قرعه کشی این روند ادامه یافت. گروه اول؛ دریافت کننده آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی طی ماه هفت بارداری و به علاوه رایحه درمانی با اسطوخودوس هنگام زایمان، شامل ۲۵ نفر، و گروه دوم؛ صرفاً دریافت کننده رایحه درمانی با اسطوخودوس هنگام زایمان، شامل ۲۵ نفر و گروه کنترل نیز دریافت کننده آب یا پلاسبو هنگام زایمان، شامل ۲۵ نفر بود. در مرحله ابتدایی این پژوهش یک نفر به دلیل ابتلاء به عوارض بارداری و یک نفر به دلیل شرکت در کم تر از ۸۰٪ جلسات، از مطالعه حذف شد و در مرحله پیگیری به علت ختم بارداری با سزارین تعداد مادران گروه مداخله ۱، ۲ و کنترل به ترتیب به ۱۹، ۲۱ و ۲۰ نفر تقلیل یافت.

در خصوص مداخلات لازم به ذکر است، گروه مداخله ۱ جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی را طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هفته ای ۲ جلسه روزهای یکشنبه و چهارشنبه با ایاب و ذهاب توسط پژوهشگر) در ۵ هفته توسط پژوهشگر در ساختمانی نزدیک بیمارستان با رعایت پروتکل های بهداشتی انجام شد. علاوه بر دریافت آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی در گروه اول، گروه اول و گروه دوم در هنگام زایمان نیز با شروع فاز فعال زایمان از اسانس اسطوخودوس (ساخت شرکت داروسازی باریج اسانس) با غلظت ۱٪ به صورت ۵ قطره در یک لیتر آب با دستگاه بخور به صورت استنشاقی (هر ۳۰ دقیقه تجویز اسانس تکرار شد) استفاده شد. به این صورت که از دیلاتاسیون ۴ سانت رایحه درمانی شروع شد و تا زمان زایمان ادامه داشت. در بین هر نیم ساعت، ریختن اسانس اسطوخودوس در دستگاه

پژوهش حاضر به شکل کارآزمایی بالینی، روی زنان باردار نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر بیرجند در سال ۱۳۹۹ انجام شد. طبق جدول Stevens [۲۸] جهت بررسی و مقایسه، سه گروه و با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰ درصد و اندازه اثر متوسط و احتمال خطای ۰/۰۵، با احتمال ریزش ۲۰ درصد برای هر گروه ۲۵ نفر (۷۵ نفر) در نظر گرفته شد، که بعد از ریزش به ۶۰ نفر کاهش یافت. نمونه گیری در پژوهش حاضر از بین زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی کلینیک زنان بیمارستان ولی عصر، مرکز شهری شهید آوینی و پایگاه سفیر امید شهر بیرجند که در سه ماه سوم بارداری بودند و نمره بالای دلبستگی نایمنی به همسر را داشتند، انجام شد.

نمونه گیری در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول، پس از کسب مجوزهای لازم از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد IR.BUMS.REC.1399.115 و معاونت بهداشتی دانشگاه، پژوهشگر با مراجعه حضوری به مراکز بهداشت مذکور، از زنان نخست زایی که تمایل به زایمان طبیعی و شرکت در کلاس ها را داشتند، دعوت به عمل آورد. نمونه گیری اولیه زنان باردار در اواخر بهار و اوایل تابستان (اواخر خرداد و تیر سال ۱۳۹۹) یعنی در ماه ۶ و ۷ بارداری به گونه ای انجام شد که مادر در زمان اجرای آموزش در هفته ۳۰ الی ۳۲ بارداری بود. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند زنان باردار با در نظرگیری معیارهای ورود و خروج از روی پرونده، شناسایی و طی تماس تلفنی پس از توضیح در مورد روش و هدف کار جهت انجام تست دلبستگی به همسر فراخوان شدند که در این مرحله، ۱۲۵ مادر به پرسش نامه دلبستگی به همسر پاسخ دادند و فرایند نمونه گیری حدود ۱/۵ ماه به طول انجامید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: فرزند اول (بارداری اول)، حاملگی تک قلو، داوطلب زایمان طبیعی و عدم دلیل طبی برای سزارین، عدم حاملگی پرخطر، مانند بیماران قلبی، پراکلامپسی، دیابت، تهدید به زایمان زودرس. عدم شرکت در مداخلات روان شناختی طی ۶ ماه اخیر، عدم تجربه حوادث ناگوار و استرس زا طی ۶ ماه اخیر، عدم مصرف داروهای روان شناختی در طول بارداری و قبل از دوره بارداری، عدم مراجعه به مراکز مشاوره و روان درمانی از زمان ازدواج و عدم حساسیت به اسطوخودوس و عدم مشکل بویایی. معیارهای

در این پژوهش پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک، دلبستگی به همسر (صرفاً در مرحله غربالگری اجرا شد)، افسردگی بک (اجرا در دوره پیش‌آزمون و پس‌آزمون در ماه ۷ و ۹ بارداری)، افسردگی پس از زایمان (در یک ماه بعد از تولد فرزند) و شایستگی مادری (یک ماه بعد از تولد) تکمیل گردید. سبک‌های دلبستگی به همسر: این آزمون توسط Fraley, Waller & Brennan در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است که شامل دو مقیاس اضطراب دلبستگی با ۱۷ ماده و اجتناب دلبستگی با ۲۴ ماده است. پاسخ‌ها بر اساس درجه‌بندی ۵ لیکرتی از بسیار کم ۱ امتیاز تا بسیار زیاد ۵ امتیاز در دامنه نمرات بین ۴۱ تا ۲۰۵ قرار می‌گرفت که نمرات بالاتر نشان‌دهنده دلبستگی ناایمن به همسر بود. در بررسی روی نمونه، ۲۸۷ دانشجوی متأهل دانشگاه‌های تهران هنجاریابی شده است. ضریب پایایی این آزمون با آلفای کرونباخ در کل آزمون ۰/۹۴ نشان داده شد [۲۹].

افسردگی بک (Beck depression inventory): این پرسش‌نامه سال ۱۹۹۶ توسط Beck ساخته شده است. دارای ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف افسردگی است که از آزمودنی خواسته می‌شود، شدت این نشانه‌ها را براساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۳ درجه‌بندی کند. این آزمون، به صورت خودسنجی و دامنه نمره‌ها بین حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ قرار دارد. پایایی آن از طریق ضریب همسانی درونی و فرمول کرونباخ ۰/۸۳ تأیید شده است [۳۰].

مقیاس شایستگی والدین (parenting sense of competence): این ابزار که توسط Gibaud Wallstone & برای اندازگیری صلاحیت والدین در سال ۱۹۷۸ طراحی شده است با ۱۷ آیتم است که ۲ زیر مقیاس صلاحیت در نقش و احساس رضایت والدین را می‌سنجد. ۸ آیتم صلاحیت و ۹ آیتم رضایت از نقش والدین مادر را ارزیابی می‌کند. هر آیتم توسط مقیاس ۶ گزینه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۶) رتبه‌بندی می‌شود. محدوده نمره کل مقیاس ۱۷ تا ۱۰۲ است. محدوده نمرات زیر مقیاس صلاحیت ۸ تا ۴۸ است و نمره بیش‌تر نشان‌دهنده صلاحیت بیش‌تر در نقش مادری است [۱۵]. پایایی این پرسش‌نامه توسط Kordi و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ مورد تأیید قرار گرفته است [۳۱].

پرسشنامه افسردگی بعد از زایمان (postnatal depression scale): این ابزار پرسش‌نامه معتبری برای سنجش

بخور تکرار شد و به‌طور میانگین ۸ بار تکرار شد. لازم به ذکر است طول مدت زایمان‌ها در گروه‌های مداخله ۲۶۰ دقیق بود و در گروه کنترل ۳۰۰ دقیقه بود (مجموع مدت زایمان در شروع فاز فعال تا زمان زایمان، حداقل ۱۷۵ و حداکثر ۲۹۵ دقیقه طول کشیده که متوسط آن هم ۲۶۰ دقیقه بوده است). لازم به ذکر است، تمام زایمان‌های گروه کنترل (پلاسیبو) در اتاقی جداگانه صرفاً با آب مقطر انجام شد. در مجموع زایمان‌ها در ۶ اتاق خصوصی تازه ساز جهت لیبر در بیمارستان ولی عصر انجام شد (اتاق زایمان گروه رایحه‌درمانی جدا از گروه کنترل بود) که در هر روز در تاریخ‌های مذکور به‌طور متوسط یک تا دو زایمان و گاهی تا سه زایمان در زمان شیفت پژوهشگر (ماما) انجام شد و در چند مورد در غیاب شیفت پژوهشگر، زایمان‌ها توسط دو همکار آموزش‌دیده پژوهشگر انجام شد.

در خصوص زمان اجرا، در گروه مداخله اول، با توجه به نمونه‌گیری اولیه که در سنین بارداری مختلفی قرار داشتند و از طرفی به‌دلیل اینکه برای تمام مادران، آموزش در هفته ۳۰ الی ۳۲ بارداری بایستی انجام می‌شد، گروه اول به‌تنهایی به سه گروه فرعی (۸، ۸ و ۹ نفره) تقسیم شدند و در سه دوره زمانی شامل؛ اوایل مرداد، شهریور و مهر آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی آغاز شد.

گروه‌های مداخله ۲ و کنترل با توجه به سن بارداری و زمان تولد فرزند، در سه دوره زمانی، ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری انجام شد و جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ها در دوره پیش‌آزمون برای تمام مادران هر سه گروه مداخله و کنترل در ماه هشت بارداری (هفته ۳۰ الی ۳۲ بارداری) صورت گرفت. دوره پس‌آزمون نیز در هفته ۳۴ الی ۳۶ بارداری در هفته اول ماه‌های شهریور، مهر و آبان برای تمام مادران، بسته به هفته بارداری هر مادر، انجام شد. با توجه به اینکه زایمان‌ها در مهر، آبان و آذرماه صورت گرفت، دوره پیگیری یک ماه بعد از تولد نوزاد در هر سه گروه انجام شد، بدین صورت که با هماهنگی قبلی با مادران، با حضور در مراکز بهداشت جهت مراقبت‌های بعد از زایمان پرسش‌نامه‌های لازم تکمیل شد و برای تعدادی از مادران که به مراکز بهداشت مراجعه نداشتند، پرسش‌نامه‌ها توسط پژوهشگر در اختیار آنان قرار گرفت.

ادینبرگ را ۹۳/۵٪ و اختصاصی بودن آن را ۸۷/۹٪ گزارش کردند [۳۲].

جلسات آموزش فنون بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اساس تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی McKay, Wood & Brantley [۳۲] در طی ده جلسه صورت پذیرفت.

افسردگی پس از زایمان است که توسط Edinburgh ساخته شده است و احساسات مادر را در ۷ روز گذشته بررسی می‌کند و دارای ۱۰ سؤال ۴ گزینه‌ای است که به صورت ۰ تا ۳ درج‌بندی می‌شود. حداقل امتیاز در این ابزار صفر و حداکثر امتیاز ۳۰ است. نقطه برش ۱۴ به‌عنوان افسرده در نظر گرفته شده است. پژوهشگران حساسیت پرسش‌نامه افسردگی

### محتوای جلسات آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسات	محتوی
اول	بیان قوانین و مقررات (ضمن خوش‌آمدگویی و سپاس‌گزاری از آزمودنی‌ها هدف از تشکیل جلسات آموزش، طول مدت و تعداد جلسات، شرایط خروج از جلسات توضیح داده شد)، تعریف دیالکتیک، اصول و روش‌های تفکر و رفتار به شیوه دیالکتیکی، آشنایی با هوشیاری فراگیر و حالات ذهنی هیجانی، خردگرا و منطقی
دوم	آموزش مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی از قبیل روش‌های مختلف توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب‌رسان به فعالیت‌های لذت‌بخش، معطوف کردن توجه به موضوعی دیگر و ترک موقعیت و آرمیدگی و خودآرامش‌بخشی
سوم	آموزش مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفتگی شامل تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، زندگی در زمان حال، پذیرش بنیادین، تدوین طرح‌ها و راهبردهای مقابله‌ای جدید برای شرایط استرس‌زا
چهارم	آموزش مهارت‌های بنیادین ذهن‌آگاهی شامل آشنایی و تمرین مهارت‌های بی‌توجهی و ذهن‌آگاهی
پنجم	آموزش مهارت‌های پیشرفته ذهن‌آگاهی شامل پذیرش بنیادین، ذهن‌آغازگر، قضاوت‌ها و برچسب‌ها، قضاوت نکردن، ارتباط آگاهانه با دیگران، استفاده روزانه از ذهن‌آگاهی و شناخت موانع اجرای آن
ششم	آموزش مهارت‌های بنیادین نظم‌بخشی هیجانی شامل آگاهی از چگونگی تنظیم هیجان‌ها، کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌ها، افزایش وقوع هیجان‌های مثبت
هفتم	آموزش مهارت‌های پیشرفته نظم‌بخشی هیجانی شامل توجه آگاهانه به هیجان‌ها بدون قضاوت هیجان‌ها، چگونگی رویارویی با هیجان‌ها مثبت و منفی و حل مسأله
هشتم	آموزش مهارت‌های بنیادین ارتباط مؤثر شامل شناخت رفتار منفعل-پرخاشگرانه، تناسب خواسته‌های فرد با دیگران، تناسب خواسته‌ها و بایدها، یادگیری مهارت‌های کلیدی بین‌فردی و شناخت موانع استفاده از آنها
نهم	آموزش مهارت‌های پیشرفته ارتباط مؤثر شامل شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها، پیش‌نویس جسارت‌مندی، گوش دادن جسارت‌مندانه، نه گفتن و چگونگی مذاکره و تحلیل مشکلات بین‌فردی
دهم	جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌ای از کل جلسات، بررسی پیشرفت‌ها و مقدار دست‌یابی به اهداف درمانی

پژوهش به امضای بیمار رسید. لازم به ذکر است برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت، اما جهت رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه مداخله آموزشی پس از دوره پیگیری اجرا شد. در پژوهش حاضر کد کارآزمایی بالینی IRCT-20200604047655N1 و کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی شهرستان بیرجند با شماره و مشخصه IR.B-UMS.REC.1399.115 اخذ شد.

### یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی سن و شغل، درآمد مادر و همسر و اطلاعات مربوط به بارداری و جنین به شرح (جدول ۱) است،

داده‌های این پژوهش در بخش استنباطی انجام شد، افزون بر آن جهت بررسی همگنی گروه‌ها از آزمون مجذور کای و تحلیل واریانس بهره گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ (SPSS Inc., Chicago, USA) از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تحلیل واریانس و تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد، لازم به ذکر است قبل از هر تحلیل، مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل آماره ام‌باکس، فرض کرویت و آزمون لوین بررسی و گزارش شد.

لازم به ذکر است در این مداخله، نکات اخلاقی از جمله شرکت زنان باردار با اختیار خود بود و اطلاع‌رسانی محرمانه بودن اطلاعات انجام شد و رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در

نشد ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون مجذور کای نیز نشان داد بین گروه‌ها از لحاظ شغل مادر و پدر، درآمد، رضایت از جنسیت، جنسیت جنین، دریافت مراقبت بارداری، سابقه سقط، نوع بارداری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ).

میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی، گروه رایحه‌درمانی و گروه کنترل به‌ترتیب برابر با ۲۵/۲۶، ۲۵/۰۵ و ۲۴/۰۵ به دست آمد و با توجه به نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه، تفاوت معنی‌داری مشاهده

جدول (۱) مقایسه فراوانی و درصد فراوانی سن، شغل، درآمد و اطلاعات مربوط به بارداری و جنین

متغیر	سن		درآمد؛ فراوانی (درصد)		شغل پدر؛ فراوانی (درصد)		شغل مادر؛ فراوانی (درصد)	
	مادر	پدر	کمتر از ۳ میلیون	۳ تا ۵ میلیون	کارگر	کارمند	آزاد	شاغل
گروه	میانگین	انحراف استاندارد						
کنترل (آب مقطر)	۲۷/۸	۲۴/۰۵	۲/۴۱	۶(۳۰٪)	۴(۲۰٪)	۴(۲۰٪)	۲(۱۰٪)	۱۸(۹۰٪)
فنون دیالکتیک با رایحه درمانی	۲۷/۵۳	۲۵/۲۶	۳/۰۷	۶(۳۲٪)	۴(۲۱٪)	۶(۳۲٪)	۷(۳۷٪)	۱۲(۶۳٪)
رایحه درمانی	۲۸/۳۳	۲۵/۰۵	۲/۹۹	۱۱(۵۲٪)	۴(۱۹٪)	۱۰(۴۸٪)	۳(۱۴٪)	۱۸(۸۶٪)
شاخص آماری	مادر = $F=1/02$	پدر = $F=0/46$		$P=1/07$	$P=3/18$	$P=5/04$		
متغیر	رضایت از جنین؛ فراوانی (درصد)		دریافت مراقبت بارداری؛ فراوانی (درصد)		سابقه سقط؛ فراوانی (درصد)		بارداری خواسته؛ فراوانی (درصد)	
گروه	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر
کنترل آب (مقطر)	۱۵(۷۵٪)	۵(۲۵٪)	۱۶(۸۰٪)	۴(۲۰٪)	۶(۳۰٪)	۱۴(۷۰٪)	۱۷(۸۵٪)	۳(۱۵٪)
فنون دیالکتیک با رایحه درمانی	۱۸(۹۵٪)	۱(۵٪)	۱۸(۹۵٪)	۱(۵٪)	۱(۵٪)	۱۸(۹۵٪)	۱۵(۷۹٪)	۴(۲۱٪)
رایحه درمانی	۱۷(۸۱٪)	۴(۱۹٪)	۲۰(۹۵٪)	۳(۱۴٪)	۳(۱۴٪)	۱۸(۸۶٪)	۱۹(۹۰٪)	۶(۲۸٪)
شاخص آماری	$P=2/86$	$P=4/19$	$P=3/33$	$P=1/18$	$P=4/42$	$P=1/11$	$P=1/04$	$P=4/42$

شاخص‌های توصیفی افسردگی قبل و بعد از زایمان، افسردگی پس از زایمان و شایستگی مادری در جدول ۲ گزارش شد.

جدول (۲): نتایج میانگین و انحراف معیار افسردگی و شایستگی مادری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	زمان	فنون رفتاردرمانی	
		کنترل (آب مقطر)	دیالکتیک توأم با رایحه درمانی
افسردگی بارداری	پیش آزمون (هفته ۳۰-۳۲)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
	پس آزمون (هفته ۳۴-۳۶)	۲/۱۱ $\pm$ ۰/۵	۲/۱۰ $\pm$ ۰/۵۲
افسردگی بعد از زایمان	پیش آزمون (هفته ۳۰-۳۲)	۲/۲۷ $\pm$ ۰/۴۵	۱/۵۴ $\pm$ ۰/۳
	پس آزمون (هفته ۳۴-۳۶)	۱/۳۴ $\pm$ ۰/۳۱	۱/۱۸ $\pm$ ۰/۲۲
شایستگی صلاحیت در نقش مادری	پیش آزمون (هفته ۳۰-۳۲)	۳/۶۵ $\pm$ ۰/۷۷	۴/۱۶ $\pm$ ۰/۶۴
	پس آزمون (هفته ۳۴-۳۶)	۳/۷۴ $\pm$ ۰/۳۹	۴/۲۲ $\pm$ ۰/۶۳

۰/۸۶ استفاده شد. همان طور که در جدول ۳ مشاهده شد سطح معنی داری اثر زمان ( $P < 0/005$ ) و اثر زمان در مقابل گروه ( $P < 0/001$ ) معنی دار شد. لذا افسردگی هم در طول زمان و هم در طول زمان در گروه‌های مختلف نیز متفاوت بود. جهت بررسی اثر بین آزمودنی‌ها، در بررسی برابری واریانس‌های خطای متغیر زمان، نتایج آزمون لون به ترتیب برای پیش‌آزمون ( $P = 0/83$ )، پس‌آزمون ( $F(2, 57) = 1/81, P = 0/17$ )، و پیگیری ( $F(2, 57) = 0/66, P = 0/51$ ) در سطح ۰/۰۵ غیر معنی دار به دست آمد که حاکی از تأیید مفروضه مذکور بود. در بررسی اثر بین آزمودنی‌ها، نتایج در جدول ۴ نشان داد اثر گروه نیز معنی دار شد.

تحلیل کوواریانس نمرهٔ پس‌آزمون افسردگی دورهٔ بارداری نیز با توجه به اینکه محتوای پرسش‌نامه‌های افسردگی بارداری (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) و افسردگی بعد از زایمان (پیگیری؛ بعد از تولد) متفاوت بود، اگر چه میانگین رنج نمرات هر دو پرسش‌نامه بین صفر تا سه قرار می‌گرفت، انجام شد. ابتدا در بررسی برابری واریانس‌های خطا، نتایج آزمون لوین برای پیش‌آزمون ( $F(2, 57) = 0/18, P = 0/83$ ) و پس‌آزمون ( $P = 0/17$ )،  $F(2, 57) = 1/82$  در سطح ۰/۰۵ غیر معنی دار به دست آمد که حاکی از تأیید مفروضهٔ مذکور بود. در بررسی اثر گروه، نتایج تحلیل کوواریانس جدول ۴ نشان داد اثر گروه معنادار بود.

تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر افسردگی بارداری و بعد از زایمان در دورهٔ پیگیری (یک ماه بعد از تولد نوزاد)؛ جهت تحلیل تغییرات افسردگی بعد از زایمان دورهٔ پیگیری با توجه به نمرات افسردگی در دورهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون بارداری، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بهره گرفته شد که در ادامه، مفروضه‌های آن بررسی شد. به‌منظور اطمینان از نرمال بودن آزمون شاپیرو-ویلک به تفکیک گروه و در هر سه مرحلهٔ زمانی انجام شد، با توجه به اینکه آمارهٔ آزمون شاپیرو-ویلک، در افسردگی در سه دورهٔ زمانی بالاتر از ۰/۹۳ و بین رنج ۰/۹۳ تا ۰/۹۷ و سطح خطا نیز بالاتر از ۰/۰۵ (بین رنج ۰/۰۵۱ تا ۰/۹۶) به دست آمد، مفروضه نرمال بودن تأیید شد. جهت بررسی برابری ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون، آمارهٔ ام‌باکس ( $P < 0/001$ )،  $F(12, 14593/57) = 4/34$ ، برابر ۵۶/۴۹، به دست آمد که حاکی از عدم تأیید مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس بود.

در بررسی اثر درون آزمودنی‌های در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت بررسی مفروضه کرویت، مبنی بر اینکه ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیر وابست تبدیل‌شدهٔ نرمال، یک ماتریس همبندی است، از آزمون کرویت موشلی استفاده شد. نتایج آزمون موشلی ( $P = 0/007, X^2(2) = 9/94$ )، برابر ۰/۸۳ به دست آمد که مؤید مفروضهٔ مذکور نبود، لذا جهت بررسی اثر درون آزمودنی‌ها از شاخص اسپیلون گرین هاویس

جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر اثرات درون و بین آزمودنی‌ها و تحلیل کوواریانس افسردگی

متغیر	روش آماری	اثر درون و بین آزمودنی	منبع تغییرات	مجموع مربعات نوع ۳	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	P-Value	مجذور اتا
افسردگی بارداری و بعد از زایمان	تحلیل واریانس	اثر درون آزمودنی‌ها	زمان	۲۳/۳۶	۱/۷۲	۱۳/۵۸	۱۳۴/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۷۰۳
			زمان*گروه	۳/۴۹	۳/۴۴	۱/۰۱	۱۰/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۲۶۱
			خطا	۹/۸۸	۹۸/۰۴	۰/۱۰			
افسردگی بارداری (پس آزمون)	تحلیل کوواریانس	اثر بین آزمودنی‌ها	عرض از مبدا	۵۸۷/۴۰	۱	۵۸۷/۴۰	۲۱۳۵/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۹۷
			گروه	۳/۶۴	۲	۱/۸۲	۶/۶۳	۰/۰۰۳	۰/۱۸
			خطا	۱۵/۶۷	۵۷	۰/۲۷			
افسردگی بارداری (پس آزمون)	تحلیل کوواریانس	اثر درون آزمودنی‌ها	پیش‌آزمون	۳/۷۱	۱	۳/۷۱	۴۹/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۴۶۷
			گروه	۶/۲۱	۲	۳/۱۰	۴۱/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹۵
			خطا	۴/۲۳	۵۶	۰/۰۷			

مورد نظر از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج نشان داد بین گروه آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با

در تحلیل کوواریانس افسردگی دورهٔ بارداری، به‌منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین‌ها در ۳ گروه



۲ به ۲ میانگین متغیرها به تفکیک گروه‌های مورد نظر در این ۳ دوره پرداخته شد. همان طور که (جدول ۴) نشان داد در گروه آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی میانگین نمره افسردگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون (بارداری) و پیگیری (بعد از تولد) یک روند کاهشی داشته است و بیش‌ترین کاهش معنی‌دار مربوط به دوره پس‌آزمون بوده است که حاکی از اثربخشی آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی بود؛ اما در گروه کنترل و رایحه‌درمانی با اسطوخدوس، نمره افسردگی در دوره پیگیری بعد از تولد نسبت به دوره پس‌آزمون که ماه آخر بارداری بوده است با توجه به کاهش تنش زایمان، کاهش داشته است، هر چند میزان افسردگی دوره پیگیری در این دو گروه، نسبت به دوره پیگیری در گروهی که آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی را دریافت کرده بودند، در سطح بالاتری قرار داشت. در مجموع افسردگی در گروه آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی روند رو به کاهش در طول زمان داشته است، در صورتی که در دو گروه دیگر در زمان بارداری روند صعودی داشته است.

رایحه‌درمانی نسبت به گروه رایحه‌درمانی (تفاوت میانگین=۰/۶۵،  $P < ۰/۰۰۱$ ) و گروه کنترل (تفاوت میانگین=۰/۷۲،  $P < ۰/۰۰۱$ ) تفاوت معنی‌دار شد که حاکی از اثربخشی آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی بود.

علاوه بر آن در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر افسردگی پس از زایمان، به‌منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین‌ها در ۳ گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج نشان داد بین گروه آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی نسبت به گروه رایحه‌درمانی (تفاوت میانگین=۰/۲۷،  $P = ۰/۰۲$ ) و گروه کنترل (تفاوت میانگین=۰/۳۳،  $P = ۰/۰۰۳$ ) تفاوت معنی‌دار شد، اما بین میانگین گروه‌های دیگر تفاوت معنی‌دار نشد که حاکی از اثربخشی آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک بود. به‌منظور بررسی پایدار بودن اثربخشی و تغییرات در هریک از گروه‌های مداخله در طول ۳ دوره زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری) به کمک آزمون بنفرونی به مقایسه

جدول (۴): نتایج تعقیبی مقایسه میانگین‌ها در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

تغییرات افسردگی بعد از زایمان	زمان	کنترل (آب مقطر)			آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی			رایحه‌درمانی (اسطوخدوس)		
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	P-Value	تفاوت میانگین	انحراف معیار	P-Value	تفاوت میانگین	انحراف معیار	P-Value
		پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون

جهت بررسی تحلیل شایستگی بعد از تولد، تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد. به منظور اطمینان از نرمال بودن، آزمون شاپیرو-ویلک به تفکیک گروه در هر دو مولفه صلاحیت در نقش و احساس رضایت انجام شد، با توجه به اینکه آماره آزمون شاپیرو-ویلک بین رنج ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و سطح خطا نیز بالاتر از ۰/۰۵ (بین رنج ۰/۰۶۴ تا ۰/۵۶) بدست آمد، مفروضه نرمال بودن تایید شد. ابتدا در بررسی برابری واریانس‌های خطا، نتایج آزمون لوین برای صلاحیت در نقش ( $F_{(۲, ۵۷)} = ۰/۶۵$ ،  $P = ۰/۵۳$ ) و احساس رضایت ( $F_{(۲, ۵۷)} = ۱/۵۸$ ،  $P = ۰/۲۱$ ) در سطح ۰/۰۵ غیر معنی‌دار بدست آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور بود. جهت بررسی برابری ماتریس‌های کواریانس، آماره ام باکس

جهت بررسی برابری ماتریس‌های کواریانس، آماره ام باکس

جدول (۵): نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره شایستگی مادری

اثر	متغیر وابسته	مجذور مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P-Value	مجذور ا تا
گروه	صلاحیت در نقش	۴/۰۵۵	۲	۲/۰۲۸	۴/۴۰۶	۰/۰۱۷	۰/۱۳۴
	احساس رضایت	۲/۰۹۶	۲	۱/۰۴۸	۳/۳۴۶	۰/۰۴۲	۰/۱۰۵
خطا	صلاحیت در نقش	۲۶/۲۲۸	۵۷	۰/۴۶۰			
	احساس رضایت	۱۷/۸۴۹	۵۷	۰/۳۱۳			
کل	صلاحیت در نقش	۹۹۷/۸۷۰	۶۰				
	احساس رضایت	۹۸۲/۵۹۵	۶۰				

منجر شود. رفتاردرمانی دیالکتیک، این دو قطب را همراه با پیامدهایشان به مراجعان نشان می‌دهد [۲۴] و به‌عنوان درمانی حمایت‌گرا که مستلزم ارتباطی قوی بین درمانجو و درمانگر است، می‌تواند سبب رشد مهارت‌هایی همچون تحمل آشفتگی، ذهن‌آگاهی، خودنظم‌جویی هیجانی و ارتباط مؤثر در مراجعان شود [۳۳]. همچنین آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی سبب بهبود جهت‌گیری کلی افراد، احساس اعتماد و پویایی مداوم و فراگیر در زندگی و پیرامون می‌شود [۲۴]. با توجه به اینکه افراد افسرده دارای احساسات منفی چون غم، خشم بی‌قراری و خستگی هستند، این درمان به مادران باردار کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را دقیق‌تر تشخیص و هر هیجانی را بدون احساس ناتوانی بررسی کنند. به عبارتی، رفتاردرمانی دیالکتیکی مادران باردار را قادر می‌سازد که ضمن درک هیجان‌ها و احساسات و پذیرش مشکلات و ناکارآمدی‌ها، زندگی را قابل درک و کنترل‌پذیر تصور نمایند، از این رو افسردگی آنها کاهش می‌یابد. در مطالعه حاضر بر خلاف اثربخشی توأم بودن فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی با رایحه‌درمانی بر کاهش افسردگی، اثربخشی رایحه‌درمانی نسبت به گروه کنترل بر کاهش افسردگی معنی‌دار نشد. اگر چه در بعضی مطالعات تأثیر رایحه‌درمانی اسطوخودوس به‌عنوان یک گزینه درمانی مؤثر برای تسکین علائم افسردگی در طیف گسترده‌ای از افراد [۳] همچون کاهش افسردگی [۳۴] تأیید شده است. البته نکته قابل تأمل این است که در این پژوهش افسردگی بلافاصله بعد از رایحه‌درمانی، به‌دلیل شرایط زایمان، اندازه‌گیری نشد، بلکه بعد از گذشت یک ماه مورد ارزیابی قرار گرفت که احتمال می‌رود در صورت اثربخشی رایحه‌درمانی، اثرات پایداری نداشته است. به هر حال در مطالعات مذکور نیز ارزیابی کاهش افسردگی در دوره پیگیری صورت نگرفته بود.

در تحلیل واریانس چند متغیره، جهت یافتن محل اختلاف بین میانگین‌ها در ۳ گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج نشان داد بین گروه آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی نسبت به گروه کنترل در خصوص هر دو مولفه صلاحیت در نقش (تفاوت میانگین=۰/۵۷،  $P=0/03$ ) و مولفه احساس رضایت (تفاوت میانگین=۰/۴۲،  $P=0/042$ ) تفاوت معنی‌دار شد، که حاکی از اثربخشی آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی بود. افزون بر آن نتایج نشان داد گروه رایحه‌درمانی با اسطوخودوس نسبت به گروه کنترل تنها در خصوص مولفه صلاحیت در نقش مادری (تفاوت میانگین=۰/۵۲،  $P=0/047$ ) تفاوت معنی‌داری نشان داد، که حاکی از اثربخشی رایحه‌درمانی در خصوص یک مولفه بود.

## بحث

نتایج نشان داد آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک در سه ماهه آخر بارداری توأم با رایحه‌درمانی فاز فعال زایمان بر روند کاهش افسردگی در طول زمان (سه ماهه سوم بارداری و یک ماه بعد از تولد) مؤثر بود و افزون بر آن آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی نسبت به گروه رایحه‌درمانی به‌طور معنی‌داری توانست افسردگی را کاهش دهد که حاکی از اثربخشی آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی بود. در حمایت از یافته حاضر، در مطالعات متعددی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش افسردگی بارداری و بعد از زایمان [۲۸، ۲۶] تأیید شده است. در تبیین یافته حاضر می‌توان بیان نمود که رفتاردرمانی دیالکتیکی در تمام مراحل سعی دارد تا دو قطب مختلف یک عمل را به مراجعان نشان دهد که چگونه یک هیجان، فکر و یا رفتار می‌تواند به بهبود یا تخریب یک فرآیند

علاوه بر آن، نتایج نشان داد هر دو مؤلفه شایستگی مادری، در گروه آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی و صلاحیت نقش در اثر گروه رایحه‌درمانی به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است. از آنجایی که مطالعات بسیاری بر تأثیر تجربه زایمان بر افسردگی پس از زایمان اشاره کرده‌اند [۳۴]، افزایش تجربه درد زایمان می‌تواند، مادر را مستعد آسیب‌های روانی پس از زایمان کند [۳۵]، لذا احتمالاً به نظر می‌رسد، اثربخشی رایحه‌درمانی اسطوخودوس به‌دلیل کاهش درد [۲۰] و تجارب دردناک زایمان، از طریق کاهش هیجانان منفی، بتواند اهمیت نقش مادری را افزایش دهد، در این پژوهش نیز، رایحه‌درمانی با اسطوخودوس توانست در دوره بعد از تولد نسبت به گروه کنترل صلاحیت مادری را افزایش دهد. به هر حال، استنشاق رایحه اسطوخودوس با تولید و تحریک سیستم لیمبیک از طریق اعصاب بویایی و تأثیر بر انتقال‌دهنده‌های عصبی [۱۹] باعث کاهش درد هنگام زایمان می‌شود [۳۶]. البته در مطالعات نیز اثر مستقیم رایحه‌درمانی اسطوخودوس بر کاهش افسردگی [۲۱-۲۰] تأیید شده است، هر چند در این مطالعه، اثر مستقیم رایحه‌درمانی اسطوخودوس به‌تنهایی بر ارزیابی افسردگی بعد از گذشت یک ماه، تأیید نشد و اثربخشی آن در کنار استفاده از فنون رفتار درمانی دیالکتیکی روند کاهشی افسردگی را نشان داد که بحث شد.

از سویی دیگر، با توجه به اینکه مطالعه حاضر نشان داد، آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی با رایحه‌درمانی توانست به‌صورت روند کاهشی، افسردگی را در طول زمان کاهش دهد، و از طرفی مطالعات نیز، رابطه منفی بین افسردگی بعد از زایمان و شایستگی نقش مادری را تأیید کرده‌اند [۱۴]، لذا به نظر می‌رسد، مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی با کاهش احساس افسردگی، احساس شایستگی را در نقش مادری، یعنی باور مادر از توانایی خود جهت ایجاد تأثیرات مثبت بر رفتار و رشد و تکامل فرزند افزایش دهد، چرا که مادران با افسردگی بعد از زایمان احساس کم‌تری در مهارت و رضایت از نقش مادری دارند [۳۷]. اثر بخشی آموزش زنان باردار را در افزایش شایستگی نقش والدگری [۳۵] بر خلاف نتایج بعضی مطالعات [۳۸] تأیید شده است، البته قابل ذکر است در مطالعات مذکور، مداخله روان‌شناختی صرفاً متمرکز بر ارتقای نقش مادری بوده است، در صورتی که در مطالعه حاضر مهارت‌های گسترده‌تری در خصوص مواجهه با پریشانی و تنظیم هیجان، ارتقای ذهن آگاهی و مدیریت روابط بین فردی که عوامل فراتشخیصی در برخورد با

شرایط استرس‌زا هستند، مورد آموزش قرار گرفته است و فراتر از صرفاً بحث نقش مادری بوده است. به هر حال، تنظیم هیجانی مثبت توانایی مقابله با هیجان‌ها را در افراد ایجاد می‌کند و آن‌ها را قادر می‌سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهند و بتوانند واکنشی مناسب در موقعیت‌های استرس‌زا و اضطراب‌آور نشان دهند، به عبارتی به نظر می‌رسد، راهبردهای تنظیم هیجانی نقش واسطه‌ای معناداری بین کارآمدی مادری و رضایت از نقش مادری دارد و این افراد حالت‌های مثبت و بویایی احساسات پیش‌تری را بروز داده، دیدگاه مثبت‌تری به خود دارند و بر جنبه‌های مثبت محیط متمرکزند، بنابراین، قابل توجه است که گفته شود تنظیم هیجان مثبت با اثری که بر بهبود کارآمدی مادر می‌گذارد، به رضایت از نقش مادری کمک می‌کند. علاوه بر آن، با توجه به اینکه در این پژوهش مادران دلبسته ناایمن هدف قرار گرفتند، به نظر می‌رسد، این احتمال وجود دارد که به‌دلیل دلبستگی ناایمن به همسر و نداشتن حمایت اجتماعی، در این مادران، افسردگی افزایش یافته است، چرا که دلبستگی ناایمن، با استفاده از راهبردهای نافع‌ساز برای مقابله با ناایمنی می‌تواند تشدیدکننده افسردگی باشد [۱۰]. اما نکته قابل تأمل این است که مادران گروه دریافت‌کننده آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز ارتباط ناایمنی با همسر داشتند و به اندازه گروه کنترل در معرض آسیب‌پذیری هیجانی بودند، اما توانستند افسردگی را کاهش دهند که این نشان‌دهنده اهمیت مداخلات صورت گرفته است.

در مجموع پژوهش حاضر از چند زاویه جدید بود؛ جامعه هدف مطالعه حاضر، زنان باردار آسیب‌پذیر به افسردگی بودند (زنان نخست‌زای دوره سوم بارداری با دلبستگی ناایمن به همسر) که به‌تنهایی مورد مطالعه قرار نگرفته بودند و در ارتباط با اثربخشی مداخلات مذکور نیز بررسی انجام نشده بود. نکته دیگر، ارزیابی افسردگی در سه دوره زمانی؛ دوره بارداری (آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی)، حین زایمان (رایحه‌درمانی) و یک ماه بعد از زایمان و تولد فرزند صورت گرفت، که اهمیت اثربخشی آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی نسبت به رایحه‌درمانی، بر کاهش افسردگی حمایت شد، که با توجه به جستجوهای به‌عمل‌آمده توسط پژوهشگران در این خصوص مطالعه‌ای یافت نشد. این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود و نکته قابل تأمل، کوتاه بودن دوره پیگیری و افزون بر آن استفاده از پرسش‌نامه‌های خود گزارشی است، همچنین قابل ذکر است این مطالعه روی زنان فاقد

دهد. نخست زایمان در سه ماهه سوم بارداری و افزون بر آن دل بستگی نایمن داشتن نسبت به همسر از فاکتورهای مستعد آسیب پذیری به افسردگی دوره بارداری و بعد از زایمان است. لذا با توجه به آسیب فراگیر افسردگی در پیامدهای آتی مادر و فرزند در زنان نخست‌زا، پیشنهاد می‌شود، با شناسایی و تشخیص زودرس مادران مستعد به اینگونه اختلالات، با آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی در دوره بارداری توأم با رایحه‌درمانی اسطخودوس حین زایمان بتوان از بروز اختلالات در آن‌ها طی مراحل مختلف بارداری پیشگیری نمود.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی بود که در شهر بیرجند به اجرا در آمد و با مجوز و اخذ کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با شماره و مشخصه IR.BUMS.REC.1399.115 و اخذ کد کارآزمایی بالینی با شماره IRCT20200604047655N1 انجام شد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از همکاری مراکز بهداشت و بیمارستان ولی‌عصر و مادران باردار که در این پژوهش مشارکت داشتند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

### تعارض در منافع

تعارض منافع از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

### منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تأمین شده است.

حاملگی پرخطر انجام گردید. نکته قابل تأمل دیگر استفاده صرف از فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی و انجام پس از زایمان افسردگی قبل از زایمان و استفاده از اسطخودوس در بازه زمانی بسیار کوتاه بود. لذا پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های بعدی پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی استفاده شود، دوره پیگیری در دو دوره زمانی بعد از زایمان و ۲ ماه بعد از تولد فرزند صورت پذیرد تا امکان مقایسه روشن تر فراهم شود. افزون بر آن پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آتی، این پژوهش در دو گروه مادران با دل بستگی ایمن و نایمن نیز بررسی شود. با توجه به یافته‌ها پیشنهاد می‌شود با شناسایی و تشخیص زودرس مادران مستعد به افسردگی، با آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی در دوره بارداری بتوان از بروز افسردگی در آن‌ها طی مراحل مختلف بارداری، حین زایمان و پس از زایمان پیشگیری نمود. علاوه بر آن با توجه به اثربخشی رایحه‌درمانی اسطخودوس بر شایستگی مادری، پیشنهاد می‌شود در مادرانی که امکان شرکت در دوره‌های آموزشی در زمان بارداری را ندارند، حداقل از رایحه‌درمانی اسطخودوس جهت کاهش هیجانات منگی و غم و اندوه در طول زمان استفاده شود.

### نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی بر کاهش افسردگی زنان نخست‌زا با سبک دل بستگی نایمن به همسر، بیش از رایحه‌درمانی در طول زمان مؤثر بود. علاوه بر آن آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با و بدون رایحه‌درمانی توانست شایستگی مادری را افزایش

## References

- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman, BL Spong CY Translated by Valdan M, Mohammadi Z. Williams obstetrics. 25 th ed; Arjmand publications; 2018:432-434.
- Bianciardi E, Vito C, Betrò S, De Stefano A, Siracusano A, Niolu C. The anxious aspects of insecure attachment styles are associated with depression either in pregnancy or in the postpartum period. Annu Gen Psychiatry. 2020;19(1):1-9 [DOI:10.1186/s12991-020-00301-7]
- Sanchez-Vidana DI, Ngai SP, He W, Chow JK, Lau BW, Tsang HW. The effectiveness of aromatherapy for depressive symptoms: A Systematic Review. Evid Based Complement Alternat Med. 2017; 4:1-21:e5869315. [DOI:10.1155/2017/5869315] [PMID] [PMCID]
- Prelog PR, Makovec MR, Šimic MV, Sršen TP, Perat M. Individual and contextual factors of nulliparas' levels of depression, anxiety and fear of childbirth in the last trimester of pregnancy: intimate partner attachment a key factor? Zdr Varst. 2019;58(3):112-9. [DOI:10.2478/sjph-2019-0015] [PMID] [PMCID]
- Bright KS, Mughal MK, Wajid A, Lane-Smith M, Murray L, Roy N, et al. Internet-based interpersonal psychotherapy for stress, anxiety, and depression in prenatal women: study protocol for a pilot randomized controlled trial. Trials. 2019;20(1):1-11 [DOI:10.1186/s13063-019-3897-z] [PMID] [PMCID]

6. Tokumitsu K, Sugawara N, Maruo K, Suzuki T, Shimoda K, Yasui-Furukori N. Prevalence of perinatal depression among Japanese women: a meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry*. 2020; 19(1):1-18. [DOI:10.1186/s12991-020-00316-0] [PMID] [PMCID]
7. Manavipour D, Heidari S. Effectiveness of education on stress relief based on conscientiousness on resiliency, emotional regulation and attachment styles in men. *J Analytical-Cogn Psychol*. 2018; 9(34):55-67. [http://www.iaujournals.ir/article\_664603\_ab03619c918ad903559f87e8c85792f0.pdf]
8. Sutton TE. Review of attachment theory: Familial predictors, continuity and change, and intrapersonal and relational outcomes. *Marriage Fam Rev*. 2019;55(1):1-22 [DOI:10.1080/01494929.2018.1458001]
9. Nilforooshan P, Navidian A. Composition of spouses' attachment dimensions on marital satisfaction. *J Fund Ment Health*. 2014;16(63):200-12.
10. Falgares G, Lo Gioco A, Verrocchio MC, Marchetti D. Anxiety and depression among adult amputees: the role of attachment insecurity, coping strategies and social support. *Psychol Health Med*. 2019;24(3):281-93. [DOI:10.1080/13548506.2018.1529324] [PMID]
11. Chae J-Y. The influence of pregnant couples' attachment representation for parents of origin on their psychological symptoms. *Fam Environ Res*. 2019;57(1):41-50. [DOI:10.6115/fer.2019.004]
12. Røhder K, Væver MS, Aarestrup AK, Jacobsen RK, Smith-Nielsen J, Schiøtz ML. Maternal-fetal bonding among pregnant women at psychosocial risk: The roles of adult attachment style, prenatal parental reflective functioning, and depressive symptoms. *PloS one*. 2020;15(9):e0239208. [PMID] [PMCID] [DOI:10.1371/journal.pone.0239208]
13. Knoche LL, Givens JE, Sheridan SM. Risk and protective factors for children of adolescents: Maternal depression and parental sense of competence. *J Child Fam Stud*. 2007 Oct 1;16(5):684-95. [DOI:10.1007/s10826-006-9116-z]
14. Gao L-l, Chan SW-c, Sun K. Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-month follow up: randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(3):274-81. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.010] [PMID]
15. Jahdi F, Kaheh A, Haghani H. Effect of attachment behaviors training on maternal competence attainment in nulliparous adolescent women. *J Babol Univ Med Sci*. 2019;21(1):78-84.
16. Vakilian K, Karamat A, Mousavi A, Shariati M, Ajami E, Atarha M. The effect of Lavender essence via inhalation method on labor pain. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2012; 14:34-40. [http://78.39.35.44/article-1-1049-en.html]
17. Łyczko J, Jałoszyński K, Surma M, García-Garvı JM, Carbonell-Barrachina AA, Szumny A. Determination of various drying methods' impact on odour quality of true lavender (*lavandula angustifolia* Mill. *Flowers*. *Molecules*. 2019; 24(16):1-15.290. [DOI:10.3390/molecules24162900] [PMID] [PMCID]
18. Mohammadi MM, Parandin S. Effect of the combination of Benson's relaxation technique and brief psychoeducational intervention on multidimensional pain and negative psychological symptoms of pregnant women: A randomized controlled trial. *J Educ Health Promot*. 2019;8(1):1-7.
19. Zamanifar S, Bagheri-Saveh MI, Nezakati A, Mohammadi R, Seidi J. The effect of music therapy and aromatherapy with chamomile-lavender essential oil on the anxiety of clinical nurses: A randomized and double-blind clinical trial. *J Med Life*. 2020; 13(1):87-93.
20. Jafari-Koulaee A, Khenarinezhad F, Sharifi Razavi A, Bagheri-Nesami M. The effect of aromatherapy with lavender essence on depression and headache disability in migraine patients: A randomized clinical trial. *J Med Plants*. 2019; 18(70):162-72. [http://jmp.ir/article-1-2571-en.html] [DOI:10.29252/jmp.2.70.162]
21. Xiong M, Li Y, Tang P, Zhang Y, Cao M, Ni J, et al. Effectiveness of aromatherapy massage and inhalation on symptoms of depression in Chinese community-dwelling older adults. *J Altern Complement Med*. 2018; 24(7):717-24. [DOI:10.1089/acm.2017.0320] [PMID]
22. Evin A, Khojasteh F, Ansari H. The Effect of Hatha Yoga on Anxiety and Self-Efficacy of Primiparous Women in Labor. *Open Complement Med J*. 2019;9(1):3546-59.
23. Cannon JL, Umstead LK. Applying dialectical behavior therapy to self-harm in college-age men: A case study. *J Coll Couns* 2018; 21(1):87-96. [magiran.com/p1995119] [DOI:10.1002/jocc.12089]
24. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behav Ther*. 2019; 50(1):60-72. [DOI:10.1016/j.beth.2018.03.009] [PMID]
25. Eisner L, Eddie D, Harley R, Jacobo M, Nierenberg AA, Deckersbach T. Dialectical behavior therapy group skills training for bipolar disorder. *Behav Ther*. 2017; 48(4):557-66. [DOI:10.1016/j.beth.2016.12.006] [PMID] [PMCID]
26. Huang J-W, Zhou X-Y, Lu S-J, Xu Y, Hu J-B, Huang M-L, et al. Dialectical behavior therapy-based psychological intervention for woman in late pregnancy and early postpartum suffering from COVID-19: a case report. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2020; 21(5):394-9. [DOI:10.1631/jzus.B2010012] [PMID] [PMCID]
27. Miri N, Nayyeri M. Comparison the effectiveness of dialectical behavior therapy, drug therapy and their combination methods on depression and Irrational Beliefs in women with postpartum depression. *Iran J Psy Nurs*. 2019;7(2):1-9.
28. Bahrami M, Bakhtiari N, Haji Z, Fathi Z. The effectiveness of dialectical behavioral therapy on GAD incidence and Substance Abuse. *J Motor Behav Sci* 2018;1(3):203-10. [http://www.jmbs.ir/article\_87591\_en.html?lang=fa]

29. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research methods in behavioral sciences. Tehran. Agah publications; 2007.
30. Safaralinezhad A, Oveisi S, Sarichlu Me, Jourabchi Z. Effect of cognitive-behavioral group therapy on gestational depression: A clinical trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2018; 21(2):48-59. [http://ijogi.mums.ac.ir/article\_10712.html]
31. Kordi M, Fasanghari M, Asgharipour N, Esmaily H. The effect of maternal role training program on role attainment and maternal role satisfaction in nulliparous women with unplanned pregnancy. *J Educ Health Promot.* 2017;6: 113-115. [DOI:10.4103%2Fjehp.jehp.113.15]
32. Ghanbarzadeh N, Mehrani Z, Sharifzadeh G, Nadjafi-Semnani A, Nadjafi-Semnani M. Investigation the relationship between moral intelligence, social adjustment, and postpartum depression in women referring to Birjand health centers. *EBNESINA* 2020; 21(4):100-4. [http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-870-en.html]
33. Robinson S, Lang JE, Hernandez AM, Holz T, Cameron M, Brannon B. Outcomes of dialectical behavior therapy administered by an interdisciplinary team. *Arch Psychiatr Nurs* 2018; 32(4):512-516. [DOI:10.1016/j.apnu.2018.02.009] [PMID]
34. Muchanga SMJ, Yasumitsu-Lovell K, Eitoku M, Mbelambela EP, Ninomiya H, Komori K, et al. Preconception gynecological risk factors of postpartum depression among Japanese women: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *J Affect Disord.* 2017;217:34-41. [DOI:10.1016/j.jad.2017.03.049] [PMID]
35. Kordi M, Bakhshi M, Masoudi S, Esmaily H. Effect of prenatal psychological trainings on satisfaction with childbirth and maternal role competence in primiparous women. *J Maz Uni Med Sci.* 2018; 28(165):98-108. [http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-10865-en.html]
36. Kazeminia M, Abdi A, Vaisi-Raygani A, Jalali R, Shohaimi S, Daneshkhah A, et al. The effect of lavender (*Lavandula stoechas* L.) on reducing labor pain: A systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2020;1-11:e4384350. [DOI:10.1155/2020/4384350] [PMID] [PMCID]
37. Chung F-F, Wan G-H, Kuo S-C, Lin K-C, Liu H-E. Mother-infant interaction quality and sense of parenting competence at six months postpartum for first-time mothers in Taiwan: a multiple time series design. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 18(1):1-13. [DOI:10.1186/s12884-018-1979-7] [PMID] [PMCID]
38. Abdollahpour N, Seyedfatemi N, HakimShooshtari M, Mehran A. The effect of education on sense of competence of mothers of children with hyperactivity disorder. *J Nurs Educ* 2017; 5(4):19-26. [http://ijpn.ir/article-1-901-en.html] [DOI:10.21859/ijpn-05043]