

بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس با رویکرد گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر روی اضطراب حالت/صفت، اضطراب بارداری و سلامت روان

زنان نخست‌زا

زینب دره‌شوری محمدی^{1*}، سودابه بساک‌نژاد²، سیروس سروقد³

چکیده

زمینه: دوران بارداری با تغییرات جسمانی و روانشناختی بسیاری همراه است. از این رو به بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس برجسته‌های روانشناختی از جمله اضطراب حالت/صفت، اضطراب بارداری و سلامت روان زنان نخست‌زا پرداخته شده است.

روش: این پژوهش نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. نمونه‌گیری در دسترس شامل ۳۰ زن نخست‌زا که در پرسشنامه سلامت روان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین کسب نمودند و معیار جمعیت‌شناسی پژوهش را داشتند می‌باشند. آنان به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش از آموزش مدیریت استرس و گروه کنترل تنها از مراقبت‌های معمول بارداری برخوردار بودند. آنها مجدداً توسط پرسشنامه‌های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده و توسط کوواریانس چند متغیری بررسی و توسط SPSS تحلیل شد.

نتایج: یافته‌ها نشان می‌دهد که آموزش مدیریت استرس با کاهش اضطراب حالت/صفت در سطح معناداری $p < 0/001$ ، اضطراب بارداری در سطح معناداری $p < 0/003$ و ابعاد آن (نگرانی در مورد تولد نوزاد در سطح $p < 0/015$ ، نگرانی در مورد احساسات/روابط بین فردی در سطح $p < 0/02$) و سلامت روان در سطح معناداری $p < 0/015$ همراه است. ولی باعث کاهش نگرانی تغییرات ظاهری بدن در سطح $p < 0/12$ که یکی دیگر از ابعاد اضطراب بارداری است، نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری: برنامه‌ی آموزشی مدیریت استرس رویکرد مناسب برای ارتقاء سلامت روان و کاهش نگرانی در نتیجه‌ی اضطراب زنان نخست‌زا در برخورد با استرس‌های موقعیت بارداری می‌باشد

واژگان کلیدی: آموزش مدیریت استرس، اضطراب حالت/صفت، اضطراب بارداری، سلامت روان، زنان نخست‌زا.

۱- دانشجوی کارشناسی‌ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس، شیراز، ایران.
تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۶۶۱۹۵۹۸۷
maral_dm@yahoo.com

۲- استادیار روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۶۶۱۴۹۰۲۵
soodabeh-bassak@yahoo.com

۳- استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس، شیراز، ایران.
تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۷۷۱۰۲۶۹۱
sarvghad1333@yahoo.com

* نویسنده‌ی مسؤول:

زینب دره‌شوری محمدی؛ ایران، شیراز، کیلومتر ۱۸ جاده مرودشت، سد درودزن، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس، گروه روانشناسی.
تلفن و پست الکترونیک:
۰۹۱۶۶۱۹۵۹۸۷

Email: maral_dm@yahoo.com

تاریخ پذیرش: 91/5/8

تاریخ دریافت: 91/2/3

مقدمه

یافته‌های گروهی از محققان نشان می‌دهد که اضطراب مادر، احتمال بیماری تنگی تنفسی را در دوره‌ی نوزادی جنین بالا می‌برد (۱۳). همچنین بر ارتباط مادر و نوزاد لطمه وارد کرده و توانایی مادر را در نقش مادر و نوزاد کاهش می‌دهد (۱۴). اضطراب در مادر باردار سطح کورتیزول خون را افزایش می‌دهد (۱۵) و جنین و مادر را مستعد خطراتی همچون سقط خودبه‌خودی (۱۶)، تولد زودرس و پره اکلامپسی دوران بارداری می‌کند (۱۷) از آنجا که اضطراب و نگرانی مادر باردار، فرآیندی برای مقابله با فشار روانی در طی مراحل مختلف بارداری است، توجه به سلامت روانی مادر و جنین مورد توجه بسیاری از محققان بهداشت روان قرار گرفته است. یافته‌های پژوهشی بیانگر اثربخشی استفاده از روش‌های آموزش مدیریت استرس و انواع روش‌های آرام‌سازی در کاهش نشانه‌های فشار روانی در نتیجه‌ی اضطراب و نگرانی مادر باردار است (۱۸ و ۱۹). آموزش شناختی رفتاری مدیریت استرس رویکردی است که توانایی مادر را برای کاهش فشار روانی و سازگاری با موقعیت مختلف بارداری بالا می‌برد و بر پنج گام آرام‌سازی، بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش ابرازگری، مدیریت خشم و ایجاد حمایت اجتماعی مبتنی است (۲۰ و ۲۱). تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که مادر باردار با نگرانی جدیدی مواجه می‌شود و سؤالات متعدد ذهنی او درباره جنین در حال رشد و کودک آینده، او را مضطرب می‌کند که این امر تأثیر بسیاری بر روی سلامت روان زنان باردار دارد. آموزش روانشناختی با رویکردهای شناختی- رفتاری روش مقابله و حل مسأله را به مادران می‌آموزد و آنها درباره‌ی خود و کودکشان به احساس بهتری دست می‌یابند (۲۲ و ۲۳). یکی از روش‌های مؤثر در کاهش اضطراب و فشار روانی آموزش مدیریت استرس است. در مطالعه‌ای که بر روی گروهی از زنان باردار در ۱۶ تا ۲۰ هفته بارداری آموزش‌های روانشناختی و جسمانی توانست به طور معناداری نسبت به گروه

بارداری مرحله‌ی هویت‌شناسی زنانه است. زنان آن را مرحله‌ای که برآورده‌کننده‌ی نیاز بنیادی خودشیفتگی آنان است می‌دانند. چرا که آنان را با رشد انسان دیگری در وجودشان روبرو می‌کند (۱). این دوره‌ی جدید با فشار روانی، هیجانی و جسمی بسیاری همراه است که نیازمند تغییرات فیزیولوژیک و روانشناختی بسیار است (۲). این تغییرات در آغاز بارداری شدید است چرا که زنان باردار علاوه بر این که با تغییرات هورمونی روبرو می‌شوند، دیدگاه خود را نسبت به زندگی تغییر می‌دهند و به ارزیابی مهارت‌ها و سبک زندگی می‌پردازند (۳). تجربیات زنان در سه مرحله بارداری برگرفته از تجربیات فردی آنان است. سه ماهه‌ی اول، مرحله‌ی پذیرش بارداری است که با احساسات دوگانه (لذت و نفرت) نسبت به جنین و تمرکز بر خود همراه است. سه ماه دوم مرحله‌ی پذیرش جنین است که با تمرکز اولیه بر جنین، خودشیفتگی و در خود فرو رفتن (۱) تصویر ذهنی از بدن (۴ و ۵) و تغییر در روابط جنسی (۶) همراه است. سه ماه سوم مرحله‌ی آمادگی بارداری است که با افزایش وابستگی زنان باردار به اطرافیان همراه است (۷ و ۸). در صورتی که زنان از حمایت‌های مناسب برخوردار نباشند دچار کاهش عزت به نفس (۸) افسردگی قبل و پس از زایمان (۹) و نگرانی در مورد سلامت جنین، فرآیند زایمان و احتمال سقط جنین می‌شوند (۴ و ۵). یافته‌های مختلف نشان می‌دهد که اضطراب و نگرانی یکی از مشکلات روانشناختی مادر باردار است و به صورت یک رابطه U شکل تظاهر می‌کند به طوری که در سه ماهه‌ی اول و سوم میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد (۱۰). این اضطراب گاهی به عنوان یک مکانیزم طبیعی برای مقابله با نگرانی ذهنی مادر درباره‌ی بچه‌دار شدن تلقی می‌شود که می‌تواند مادر را برای بارداری و تغییرات همراه آن آماده سازد. اما نگرانی و اضطراب می‌تواند شکل بیماری به خود گرفته و چنان شدت یابد که بهداشت روانی مادر باردار را تحت تأثیر قرار دهد (۱۱ و ۱۲).

قرار گرفتند و در پایان جلسات هر دو گروه به سؤال‌های پیش‌آزمون دوباره پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از برنامه‌ی آماری SPSS-16 و سطح معناداری $p < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ویژگی‌های روانسنجی آزمون‌های این مطالعه به شرح زیر می‌باشند:

پرسش‌نامه‌ی سلامت روان: این پرسش‌نامه شامل ۲۸ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و بی‌خوابی/ کارکرد اجتماعی) می‌باشد که هر کدام از آنها دارای ۷ سؤال است. آزمودنی لازم است تا به هر سؤال بر اساس شیوه‌ی لیکرت بین ۰ تا ۳ پاسخ دهد. نقطه‌ی برش این پرسش‌نامه ۲۲ است، لذا افرادی که نمره‌ی کمتر از ۲۲ کسب کنند، جزو افراد سالم و کسانی که نمره‌ی بیشتر از ۲۲ گرفته‌اند، بیمار محسوب می‌شوند (۲۷). پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون را برابر $0/90$ گزارش می‌کند. همچنین ضریب اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی بین خرده‌آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره‌ی کل، بین $0/72$ تا $0/87$ متغیر بود. این نتایج نشان می‌دهد که ویژگی‌های روانسنجی این پرسش‌نامه در حد مطلوب می‌باشد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه‌ی سلامت روان روی افراد نمونه $0/82$ و برای هر یک از خرده‌مقیاس اختلال خودبیمار انگاری $0/75$ و اضطراب $0/68$ و عملکرد روزانه $0/69$ و افسردگی $0/85$ به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی اضطراب بارداری: این پرسش‌نامه شامل ۱۲ گویه است که سه عامل نگرانی از تولد نوزاد (۷ ماده)، نگرانی در مورد ظاهر جسمانی (۲ ماده) و نگرانی در مورد احساسات و روابط بین فردی (۳ ماده) را در بر می‌گیرد. که اولین بار توسط محقق ترجمه و توسط گروهی از متخصصان زبان دوباره به انگلیسی برگردانده شد و درستی و صحت تطبیق آن توسط گروه روانشناس همکار تأیید گردید و برای بررسی جنبه‌های مختلف نگرانی زنان باردار مورد استفاده قرار گرفت. آزمودنی در یک مقیاس لیکرتی ۵ گزینه‌ای از؛ هیچ اضطراب ندارم تا خیلی زیاد

کنترل از میزان درد و نگرانی‌های آنها بکاهد (۲۴). همچنین در مطالعه‌ای بر روی زنان نابارور، آموزش مدیریت استرس توانست پس از ۱۰ جلسه درمان، اضطراب و افسردگی آنها را کاهش دهد (۲۵). یافته‌های دیگر نشان می‌دهد که درمان اضطراب مادر باردار به خصوص در هفته‌های آخر بارداری روی سلامت جنین مؤثر است و منجر به آرام‌بخشی مادر و کمک به کاهش اضطراب می‌شود. از جمله گروهی از مادران باردار در ۵ هفته‌ی آخر بارداری در رختخواب موسیقی گوش می‌دهند و یافته‌های محققان نشان داد که مادر و جنین از آرامش مناسب برای تولد نوزاد برخوردار بودند (۲۶). با توجه به پیشینه‌ی پژوهشی، مطالعه‌ی حاضر در پی تعیین اثربخشی آموزش مدیریت استرس در کاهش اضطراب حالت اصف، اضطراب بارداری و ابعاد آن (نگرانی در مورد تولد نگرانی در مورد احساسات/ روابط بین فردی نوزاد، نگرانی تغییرات ظاهری بدن) و سلامت روان مادران باردار نخست‌زا می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس - آزمون با گروه کنترل می‌باشد. این مطالعه طی شش ماه اول سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه زنانی بودند که در انتظار تولد نخستین فرزند خود بوده و بین ۲۴ تا ۳۶ هفته بارداری بودند. میانگین سنی مراجعین ۲۵ سال با انحراف معیار $4/25$ و تحصیلات بین دیپلم تا کارشناسی داشتند. این مادران نخست‌زا با مراجعه به مرکز بهداشت شهرستان اهواز ضمن انجام معاینات جسمانی، توسط روانشناس بالینی نیز مورد مصاحبه و آزمون روانشناختی قرار می‌گرفتند. ابتدا تمامی زنان مراجعه‌کننده مورد آزمون سلامت روان (GHQ-28)، و سپس ۳۰ نفر از آنان که نمره‌ی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در سلامت روان داشتند، به صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند (هر گروه ۱۵ نفر). سپس، گروه آزمایش تحت آموزش مدیریت استرس

استرس قرار گرفتند (۳۰). ملاک ورود به پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- حداکثر سن ۴۰ و حداقل ۱۸
 - ۲- افراد دارای حداقل مدرک دیپلم باشند (با توجه به ماهیت فعال گونه و مشارکتی مدیریت استرس به میزانی از انگیزه و سطحی از توانای و شناسایی افکار، هیجانان و درک رویکرد نیاز است)
 - ۳- نداشتن سابقه در بخش روان پزشکی
 - ۴- مصرف نکردن دارویی خاص و مشکل جسمی خاص
 - ۵- دوره بارداری ۲۴ تا ۳۶ هفته
- جلسات آموزش به طور خلاصه بدین شرح می‌باشند:
- ۱- جلسه‌ی معارفه و آشنایی با برنامه‌ی مدیریت استرس،
 - ۲- آموزش آرمیدگی، کنترل تنفس و تنفس دیافراگمی
 - ۳- تصویرسازی از صحنه‌های خوشایند
 - ۴- روش‌های مراقبه‌ی مانترا و خودارزیابی چشم
 - ۵- ارتباط ابرازگراییانه با اطرافیان و دریافت فیدبک مثبت
 - ۶- شناسایی تفکرات منفی درباره‌ی زایمان و تولد اولین فرزند
 - ۷- تمرین شناسایی احساسات منفی و کنترل آن
 - ۸- جلسه‌ی اتمام جلسات و انجام تکلیف هفتگی و تداوم برنامه به طور فردی (۳۰).

نتایج

در طول تحقیق افت آزمودنی نداشتیم، یک مورد زایمان زودرس در گروه گواه مشاهده شد. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره) پیش‌آزمون آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گواه را نشان می‌دهد.

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمره‌ی اضطراب حالت و صفت از ۱۰۷/۱۳ به ۸۳/۱۳ اضطراب بارداری از ۴۰/۰۴ به ۳۵/۸۶ و سلامت روان از ۴۳/۱۳ به ۲۳/۲۶ پس از مداخله کاهش نشان داده‌اند. برای تحلیل کوواریانس ابتدا آزمون همگنی واریانس‌ها (لوین) بین متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون انجام گرفت. نتایج نشان می‌دهد که

اضطراب دارم به گویه‌ها پاسخ می‌دهد. حداقل امتیاز برای این پرسش‌نامه صفر و حداکثر ۴۶ است. در پژوهش اولیه آلدریس و همکاران (۲۸) در مطالعه‌ی روی ۲۶۳ زن باردار پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شد. در پژوهش کنونی نیز ضریب اعتبار از طریق همبستگی بین این آزمون با پرسش‌نامه‌ی نگرانی پنیسلوانیا برابر ۰/۶۳ به دست آمد که در سطح $P < 0/05$ معنادار می‌باشد. در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ برای افراد نمونه در پرسش‌نامه‌ی اضطراب بارداری ۰/۷۴ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها نگرانی در مورد تولد نوزاد ۰/۷۴ و نگرانی در مورد تغییر شکل بدن ۰/۷۸ و نگرانی در مورد احساسات و روابط ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر: این پرسش‌نامه حاوی ۴۰ سؤال است که ۲۰ سؤال مربوط به اضطراب صفت و ۲۰ سؤال مربوط به اضطراب حالت می‌باشد که به صورت مثبت و منفی تنظیم شده است. هر سؤال به صورت چهار گزینه‌ای (هرگز، بعضی اوقات، زیاد و خیلی زیاد) می‌باشد که به هر یک از گزینه‌ها به ترتیب یک تا چهار امتیاز داده می‌شود (به سؤالات ۱، ۲، ۵، ۱۹، ۱۶، ۱۵، ۱۱، ۱۰، ۸، و ۲۰ امتیاز معکوس داده می‌شود). یافته‌های مه‌رام (۲۸) نشان می‌دهد که پایایی نمره‌ی کل این آزمون ۰/۹۱ اضطراب صفت ۰/۹۰ و اضطراب حالت ۰/۷۰ می‌باشد. اسپیلبرگر و همکاران (۲۹) شواهدی در تأیید روایی واگرا و همگرایی آن را گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه‌ی اسپیلبرگر روی ۳۰ نمونه از زنان باردار بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

در پژوهش حاضر تمامی زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت غرب اهواز توسط ابزارهای این پژوهش مورد آزمون قرار گرفته و پس از مصاحبه و ارزیابی روانی افرادی که نمرات بالا در سلامت روان داشتند به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای (یک‌بار در هفته به مدت دو ماه) تحت آموزش مدیریت

از آن ۲۶ و ۱۹ درصد اندازه اثر آموزش مدیریت استرس به ترتیب بر اضطراب بارداری و سلامت روان اثرگذار بوده است. به منظور بررسی اینکه مدیریت استرس با رویکرد شناختی- رفتاری بر روی کدام حیطه از اضطراب بارداری اثر داشته است از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای تولد نوزاد، نگرانی احساسات و روابط بین فردی، نگرانی تغییر ظاهری بدن) در سطح $P < 0/031$ تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد.

برای پی‌بردن به این تفاوت، تحلیل کوواریانس یک متغیری در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۵ درج شده است.

با توجه به مندرجات جدول (۵) برای متغیر نگرانی در مورد تولد نوزاد و نگرانی در مورد روابط و احساسات و روابط بین فردی مقدار F به ترتیب $10/81$ و $5/4$ به دست آمد که در سطح $P < 0/027$ و $P < 0/02$ معنادار است. مقدار F برای متغیر تغییر ظاهری بدن $2/48$ به دست آمد که در سطح $P < 0/12$ معنادار نمی‌باشد. اندازه اثر نیز نشان می‌دهد در متغیر نگرانی در مورد تولد نوزاد و نگرانی احساسات و روابط بین فردی به ترتیب ۲۷ و ۱۶ درصد تغییرات بر اثر مداخله‌ی آزمایش بوده است.

واریانس‌ها معنادار نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها به تأیید می‌رسد. جدول ۲ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون اضطراب حالت/صفت، اضطراب بارداری و سلامت روان دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0/001$ تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد. ضریب اندازه‌ی اثر نشان می‌دهد که ۴۶ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است. توان آزمون برابر $0/94$ می‌باشد.

برای پی‌بردن به این تفاوت، تحلیل کوواریانس یک متغیری در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۳ درج شده است.

با توجه به مندرجات جدول ۳ برای متغیر اضطراب (حالت/صفت)، اضطراب بارداری و سلامت روان مقدار F به ترتیب: $17/59$ و $10/27$ و $6/71$ به دست آمد که به ترتیب در سطح $P < 0/001$ و $P < 0/003$ و $P < 0/015$ معنادار است. بر این اساس می‌توان بیان داشت که آموزش مدیریت استرس سبب تغییر علائم در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. بر اساس یافته‌های جدول ۳، ۳۸ درصد اندازه اثر آموزش مدیریت استرس بر کاهش متغیر اضطراب حالت/صفت بود و پس

جدول 1: یافته‌های توصیفی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گواه

نوع آزمون	متغیر	آزمون	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
گروه آزمایش	اضطراب کل (حالت/صفت)	پیش آزمون	۱۰۷/۱۳	۱۷/۷۴	۸۳	۱۴۲
		پس آزمون	۸۳/۱۳	۱۳/۱۹	۶۴	۱۰۹
	اضطراب بارداری	پیش آزمون	۴۰/۰۴	۹/۳۵	۲۶	۵۳
		پس آزمون	۳۵/۸۶	۹/۳۰	۲۲	۵۳
	سلامت روان	پیش آزمون	۴۳/۱۳	۹/۱۴	۲۵	۵۸
		پس آزمون	۲۳/۲۶	۱۲/۱۰	۸	۴۴
گروه گواه	اضطراب کل (حالت/صفت)	پیش آزمون	۱۰۰/۸۶	۱۲/۳۴	۸۵	۱۳۹
		پس آزمون	۱۰۲/۴۷	۱۲/۰۲	۸۹	۱۳۰
	اضطراب بارداری	پیش آزمون	۳۸/۶۶	۱۰	۱۵	۴۹
		پس آزمون	۳۳	۱۰/۲۱	۱۲	۴۷
	سلامت روان	پیش آزمون	۴۰/۸۶	۱۰/۸۹	۲۲	۵۷
		پس آزمون	۳۳/۲۰	۸/۹۴	۲۲	۶۰

جدول 2: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون اضطراب حالت/صفت، اضطراب بارداری و سلامت روان دو گروه آزمایش و کنترل

نام آزمون‌ها	مقدار	نسبت F	درجه‌ی آزادی فرضیه-ها	درجه‌ی آزادی خطا	سطح P	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلاپی	۰/۴۶۰	۷/۳۹۴	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۴
لامبدای ویلکز	۰/۴۶۰	۷/۳۹۴	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۴
اثر هتلینگ	۰/۴۶۰	۷/۳۹۴	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۴
بزرگترین ریشه روی	۰/۴۶۰	۷/۳۹۴	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۴

جدول 3: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای وابسته‌ی آزمودنی گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اضطراب حالت/صفت	۲۸۰۳/۳	۱	۲۸۰۳/۳	۱۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۸
اضطراب بارداری	۳۹۶/۰۳	۱	۳۹۶/۰۳	۱۰/۲۷	۰/۰۰۳	۰/۲۶	۰/۸۶
سلامت روان	۸۱۱/۲	۱	۸۱۱/۲	۶/۷۱	۰/۰۱۵	۰/۱۹	۰/۷

جدول 4: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون ابعاد اضطراب بارداری (نگرانی تولد نوزاد، نگرانی احساسات و روابط بین فردی، نگرانی تغییر ظاهری بدن) دو گروه آزمایش و کنترل

نام آزمون‌ها	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه‌ها	درجه آزادی خطا	سطح P	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلاپی	۰/۲۸۴	۳/۴۴	۳	۲۶	۰/۰۳۱	۰/۲۸۴	۰/۷۰
لامبدای ویلکز	۰/۷۱۵	۳/۴۴	۳	۲۶	۰/۰۳۱	۰/۲۸۴	۰/۷۰
اثر هتلینگ	۰/۳۹۷	۳/۴۴	۳	۲۶	۰/۰۳۱	۰/۲۸۴	۰/۷۰
بزرگترین ریشه روی	۰/۳۹۷	۳/۴۴	۳	۲۶	۰/۰۳۱	۰/۲۸۴	۰/۷۰

جدول 5: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته آزمودنی گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
نگرانی تولد نوزاد	۱۲۰	۱	۱۲۰	۱۰/۸۱	۰/۰۲۷	۰/۲۷	۰/۸۸
نگرانی تغییرات ظاهری	۱۲/۰۳	۱	۱۲/۰۳	۲/۸	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۳۳
نگرانی احساسات/ روابط بین فردی	۳۰	۱	۳۰	۵/۴۰	۰/۰۲	۰/۱۶	۰/۶۱

بحث

طریق شناسایی افکار خودکار منفی و جایگزینی افکار مثبت از طریق کسب آگاهی و بررسی موقعیت‌ها، اضطراب بارداری و در نتیجه نگرانی در مورد تولد نوزاد کمک می‌کند و نیز زنان با یادگیری مهارت‌های ارتباطی در گروه و تعمیم آن در خارج گروه گام جدید در جهت کسب حمایت اجتماعی برداشته و اضطراب بارداری و در نتیجه نگرانی در مورد احساسات و روابط بین فردی آنان کاسته می‌شوند. اما مداخله‌ی آزمایشی مدیریت استرس، بر نگرانی در مورد تغییرات ظاهری بدن که یکی از ابعاد اضطراب بارداری در زنان باردار ایرانی است، تأثیری ندارد چرا که برخلاف یافته‌های یالی و لوبل (۳۲) و دی پترو و همکاران (۳۴) نگرانی در مورد تغییرات بدن جزء شایع‌ترین نگرانی در زنان باردار نمی‌باشد. و دلیل آن تفاوت فرهنگی است که باعث تغییر نگرش در مورد سایز بدنی نرمال می‌شود. احتمالاً دلیل عدم تأثیر مداخله‌ی مدیریت استرس به این دلیل باشد. مدیریت استرس با رویکرد شناختی رفتاری از طریق افزایش آگاهی و

پژوهش کنونی در پی پاسخگویی به این پرسش است که آیا آموزش مدیریت استرس با رویکرد شناختی رفتاری می‌تواند بر اضطراب حالت/ صفت، اضطراب بارداری و حیطه‌های آن و سلامت روان مادران باردار نخست‌زا در سه‌ماهه‌ی سوم بارداری اثر بگذارد؟ دوران بارداری با تغییرات جسمانی و روانشناختی در زنان باردار همراه است. این پدیده در زنان نخست‌زا با شدت بیشتری همراه است زیرا که برای اولین بار با این تغییرات مواجه می‌شوند. مادران باردار به دلیل رویارویی با نگرانی درباره‌ی وضعیت جنین، ترس از زایمان کاهش فعالیت‌های روزمره مواظبت افراطی و تغییرات ظاهری دچار اضطراب و ترس می‌شوند. پژوهش کنونی نشان می‌دهد که مادران باردار نخست‌زا این اضطراب و به‌ویژه اضطراب بارداری را تجربه می‌کنند. این یافته با نتایج یافته‌های یالی و لوبل (۳۲)، بابا نظری و همکاران (۳۳) همسو بوده است. پژوهش کنونی همچنین نشان می‌دهد که مداخله‌ی آموزش مدیریت استرس با رویکرد شناختی رفتاری از

محدود بودن نمونه‌ی پژوهش و در نتیجه عدم توانایی تعمیم به گروه بزرگتری از زنان نخست‌زا، نبودن تحقیقاتی که بررسی مداخلات روانشناختی را روی جنبه‌های مختلف نگرانی زنان باردار بررسی کند از جمله محدودیت‌های این تحقیق بود. نتایج این پژوهش نقش مهمی در تدابیر سازمان بهداشت کشور در اهمیت دادن به مراقبت‌های روانشناختی زنان باردار در کلینیک‌ها زنان، مطب‌ها و بیمارستان‌ها داشته، تا با ایجاد برنامه‌های آموزشی روانشناختی در کنار آموزش‌های مراقبت‌ها جسمی (تغذیه و ورزشی) زنان باردار از بروز عوارض مختلف به جنین و اختلالات بسیار، بعد از بارداری به مادر جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی زنان بارداری که در این پروژه همکاری کرده و پرسنل بهداشت منطقه‌ی غرب شهر اهواز صمیمانه سپاسگزاریم.

References

- 1-Moein Z. Mental health of mothers during pregnancy. Tehran: Culture Research and prevention, State Welfare Organization of Iran; 2001. [In Persian]
- 2-Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth* 2006; 33(4):297-302.
- 3-Rofe Y, Lewin I, Padeh B. Emotion during pregnancy and Delivery as a function of repression – sensitization & Number childbirth. *Psychol Women Q* 1987;6(2): 163-73.
- 4-Statham H, Green J, Kafetsios K. Who worries that something might be wrong with the baby? A prospective study of 1072 women. *Birth* 1997;24(4):223-33.
- 5- Ohman SG, Grunewald C, Waldenström U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge worry Scale on 200 Swedish women. *Scand J Caring Sci* 2003;17(2):148-52.
- 6-von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999;47(1):27-49.
- 7- Leff RJ. *Psychological Processes of childbearing*. London: The Anna Freud Centre; 2005
- 8-Miller PM, Kreitman NB, Ingham JG, Sashadharan SP. Self-esteem, Life stress, and psychiatric disorder. *J Affect Disords* 1989;17(1):65-75.
- 9-Logsdon MC, Usui W. Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse group of women. *West J Nurs Res* 2001;23(6):563-74.
- 10-Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: parity differences and effects. *J Affect Disords* 2011;132(1-2):146-57.
- 11-Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2003; 54(3):208-15.
- 12-Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorder in pregnant and lactating women. *Womens Health Issues* 2002;12(1):32-6.
- 13-Cookson H, Granell R, Joinson C, Ben-Sholomo Y, Henderson J. Mother's anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children. *J Allergy Clin Immunol* 2009;123(4):847-53.
- 14-Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Biox M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(8):937-44.

مهارت‌های رفتاری کاهش اضطراب از جمله: آرمیدگی عضلانی تدریجی، تصویرسازی هدایت شده، خودزادها، مراقبه و تنفس دیافراگمی و مهارت‌های مقابله‌ای و ایجاد حمایت اجتماعی فشار روانی در نتیجه اضطراب حالت/ صفت و سلامت روان زنان باردار مؤثر شود. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های یوریزار و همکاران (۱۹) سایستو (۲۳) تیرمن و همکاران (۲۲) یانگ (۲۶) حمید (۲۵) و باستانی و همکاران (۱۸) حسینی‌نسب و همکاران (۲۴) همسو بوده است. اما با یافته‌های آستین و همکاران (۳۴) همسو نبود. که محققان علت عدم تأثیر مداخله‌ی مدیریت استرس را در این پژوهش آگاهی هر دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از تأثیر مداخله دانسته که باعث شد اضطراب و افسردگی خود را در خط پایه کمتر بیان نمایند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مادران نخست‌زا چون تجربه ندارند و بر اساس شنیده‌ها، احساسات خود را ابراز می‌دارند با مشکلات و نگرانی ذهنی بیشتری و در نتیجه اضطراب بارداری روبرو هستند و نیازمند حمایت‌های روانشناختی در این زمینه می‌باشند. در حالی که بیشتر تحقیقات روی زنان ناباور صورت گرفته شده است.

- 15-Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms: A review. *Neurosci Biobehav Rev* 2005;29(2):237-58.
- 16-Neugebauer R, Kline J, Stein Z, ShROUT D, Warbuton D, Susser M. Association of stressful life events with chromosomally normal spontaneous abortion. *Am J Epidemiol* 1996;143(6):588-96.
- 17-Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, Van Geigin HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res* 1995;39(5):563-95.
- 18-Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A Randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *J Midwifery Womens Health* 2005;4(2):36-40.
- 19-Urizar GG Jr, Munoz RF. Impact of a prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants. *Psychoneuroendocrinology* 2011;36(10):1480-94.
- 20-Gaab J, Blättler N, Menzi T, Pabst B, Stoyer S, Ehlert U. Randomized controlled evaluation of the effects of cognitive-behavioral stress management on cortisol responses to acute stress in healthy subjects. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28(6):767-79.
- 21-Godbey KL, Courage MM. Stress-management program: intervention in nursing student performance anxiety. *Arch Psychiatr Nurs* 1998;8(3):190-9.
- 22-Timmerman GH, Emmelkamp PM, Sanderman R. The effects of a stress management training program in individuals at risk in the community at large. *Behav Res Ther* 1998;36(9):863-75.
- 23-Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(3):201-8.
- 24-Hosseininiasab D, Taghavi S, Ahmadian S. The effect of pregnancy training on pain, anxiety and duration of labor pain among pregnant mother. *J of Medical Science Tabriz* 1998;31(4):24-30. [Persian]
- 25-Hamid N. The effect of stress management training on depression, anxiety among infertility women. *J of Behavioral Sciences* 2011;5(1):55-60. [In Persian]
- 26-Yang M, Li L, Zhu H, Alexander I, Liu Sh, Zhou W, et al. Music therapy to relieve anxiety in pregnant women on bedrest: a randomized, controlled trial. *J Matern Child Nurs* 2009;34:316-23.
- 27-Taghavi MR. Reliability and validity of mental health questionnaire. *J psychology* 2000;20(4-5):381-98. [In Persian]
- 28-Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the prenatal distress Questionnaire. *Midwifery* 2011;27(4):553-9.
- 29-Mahram B. The normalization of spilberger anxiety test in Mashhad city [Dissertation]. Tehran: Allameh Tabatabaie Univ; 1993. [In Persian]
- 30-Spielberger CD. Manual for state- trait anxiety inventory (Form Y) : ("self-evaluation questionnaire"). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc. 1983.
- 31-Antoni MH, Ironson G, Schneiderman N. Cognitive- Behavioral Stress Management. Trans by Alemohamad SJ, Jokar S, NeshatDoost HT. Esfahan: Univ Jahad; 2009,1, 67-144 [In Persian]
- 32-Yali AM, Lobel M. Stress-resistance resources and coping in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *J Psychosomatic Obstetrics Gynecology* 2002;20:39-52.
- 33-Babanazari L, Kafi SM. [Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors]. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol* 2008;14(2):206-13. [In Persian]
- 34-Dipietro JA, Ghera MM, Costigan K, Hawkins M. Measuring the ups & downs pregnancy stress. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004;25:189-201.
- 35-Austin M, Frilingos J, Lumley D, Hadzi-pavlovic W, Roncolato S, Acland K, et al. Brief antenatal cognitive behavior therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2008;1(3):35-44.

«Original Article»

A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health of primiparous women

Zeinab Dareshouri Mohammadi^{1*}, Soudabeh Bosaknejad², Sirous Sarvghad³

1-MA Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University of Fars, Shiraz, Iran.

2- Assistant Professor Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

3- Assistant Professor of Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University of Fars, Shiraz, Iran.

*Corresponding Author:
Zeinab Dareshouri Mohammadi;
Department of Clinical Psychology,
Islamic Azad University of Fars
Sciences and Research Branch,
Shiraz, Iran.
Tel: 09166195987
Email: maral_dm@yahoo.com

Abstract

Background: Pregnancy is associated with physical and psychological changes in pregnant women. Thus, we evaluate the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral approach on psychological aspects of primiparous women including state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health.

Methods: This research is a quasi-experimental study with pre and posttest. The convenience sampling included 30 primigravidae who obtained a standard deviation above the mean in mental health questionnaire and who enjoyed the demographic standard of the research. They were randomly divided into two groups as experimental and control (n=15). The experimental group was provided with stress management training 2 hours per day on a weekly basis, but the control group only had usual pregnancy cares. Then, they were again assessed by the mentioned questionnaires. The collected data were evaluated by multivariate covariance and were analyzed using SPSS software.

Results: The findings indicated that stress management training with cognitive-behavioral approach had a significant effect on state/trait anxiety ($p < 0.001$), pregnancy anxiety ($p < 0.003$) and its aspects (concerns about child birth ($p < 0.002$, concerns about interpersonal emotions/relationships $P < 0.02$) as well as mental health ($P < 0.015$), but has no significant effect on the concerns about changes in body ($p < 0.12$) appearance.

Conclusion: Stress management training program is an appropriate approach for mental health promotion and distress reduction due to the anxiety of primigravidae in dealing with the pregnancy stresses.

Keywords: Stress management training, state/trait anxiety, Pregnancy anxiety, Mental health, Primiparous women.

► Please cite this paper as:

Dareshouri Mohammadi Z, Bosaknejad S, Sarvghad S. A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health of primiparous women. *Jentashapir* 2012;3(4):495-504

Received: 22.04.2012

Accepted: 29.07.2012