

اثر بخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده - محور
در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

**Effectiveness of group emotional intelligence training on
decreasing craving in patient with substance use disorder**

M. Fazilati, M.A.

منصوره فضیلتی*

Gh.A. Afrooz, Ph.D.

دکتر غلامعلی افروز**

S. Hantoushzadeh, Ph.D.

دکتر صدیقه حنطوش زاده***

چکیده

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که توانمندسازی خانواده، به گونه‌ای است که نقش خانواده در قالب گروه بتواند اعضایش را در موقعیت‌های مختلف زندگی به شکل‌های گوناگون دچار تحول کرده و به سطحی از رضامندی برساند. پس الگوسازی مبتنی بر سازوکارهای روانشناختی خانواده می‌تواند در تغییر و ایجاد رواندرستی و رضامندی زوجین از طریق برنامه‌های آموزشی خانواده محور مؤثر باشد. بنابراین بی‌توجهی به این مسأله می‌تواند بار زیادی از مشکلات را بر فرد و جامعه تحمیل کند. از این رو بررسی متغیرهای روانشناختی می‌تواند به فهم بهتر تأثیر مداخلات خانواده محور و افزایش رواندرستی اعضای خانواده و رضامندی

*. کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات.

** استاد دانشگاه تهران (نویسندهٔ مسؤول)

*** استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

زوجین بینجامد. از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی کارآمدی مداخله روانشناختی خانواده‌محور بر رواندستی و رضامندی زوجیت مادران باردار شهر تهران بود. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی بود. جامعه آماری را کلیه زنان باردار سه ماه اول تشکیل می‌دادند که برای مراقبت‌های دوران بارداری به بیمارستان مدائن تهران مراجعه نمودند، که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ مادر به‌طور تصادفی انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله‌ای و گواه جایگماری شدند. مادران مقیاس رضامندی زوجیت افروز و رواندستی را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. سپس آموزش روانشناختی خانواده- محور برای گروه مداخله در مدت ۱۶ هفته و هر جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای ارائه شد. داده‌ها با روش تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج بیانگر تأثیر کاربندی آموزش روانشناختی بر افزایش رواندستی و رضامندی مادران باردار گروه مداخله‌ای نسبت به گروه گواه بود ($P < 0/05$). نتایج: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که، آموزش مادران می‌تواند تأثیر به‌سزایی در بهبود شاخص‌های متعدد باروری، بارداری و نیز سلامت نوزاد به شکل مثبت داشته باشد.

واژه-کلیدها: رواندستی، رضامندی زوجیت، مادران باردار، مداخله‌های روانشناختی

خانواده- محور.

Abstract

The results of the studies indicate that family empowerment is such a way that the role of the family as group can differently change its members in different circumstances to get to a level of satisfaction. Therefore, modeling based on family psychological mechanisms can improve mental health and marital satisfaction through family-oriented psychological interventions. As a result, ignoring such an issue puts a lot of burden on individuals and society. Consequently, investigating the psychological variables can help better understanding the effectiveness of family-oriented psychological interventions and promote mental health of family members and marital satisfaction. Therefore, the present study aimed to investigate the effect of family-oriented psychological interventions on pregnant mothers' mental health and marital satisfaction in Tehran city.

The research method was quasi-experimental. The statistical population comprised of all pregnant women who were in their first quarter of gestation and referred to Madaen Hospital for gestation cares. From them, 30 pregnant mothers were chosen by available sampling and were randomly assigned to experimental and control groups. Mothers filled in GHQ-28 and AMSS in pre- and post-test and experimental group received family-oriented psychological interventions for 16 sessions and each session took 2 hours. The data were analyzed using MANCOVA. The findings revealed the effect of using psychological intervention on improving mental health and marital satisfaction of pregnant women in experimental group, compared with control group ($P < 0.05$). According to the results, it could be concluded that psychological interventions for pregnant women can positively improve various indices of fertility and gestation, as well as fetal and infantile health.

Keywords: Mental health, marital satisfaction, pregnant women, family-oriented psychological interventions.

Contact information: afrooz@ut.ac.ir

مقدمه

وجود یک جامعه سالم از منظر روانشناختی منوط به رواندرستی اجزای کوچکتر آن جامعه چون، اجتماعات، گروه‌ها، خانواده‌ها و اعضای آن جامعه می‌باشد. در دیدگاه‌های تحلیلی، خانواده به عنوان واحد بنیادی هر جامعه محسوب می‌شود (گیدنز، و سوتن، ۲۰۱۳). می‌توان گفت که پایه‌های تمامی نهادهای غیررسمی در هر جامعه بر اساس خانواده تعریف شده است. برای توسعه و تکامل جامعه در درازمدت، لازم است که در وادی امر هر خانواده بتواند فرزندآوری را از بعد زیستی به کمال برساند تا بتوان در گام‌های بعدی در فرآیندهای جامعه‌پذیری اولیه و ثانویه آموزش مبانی اجتماعی، و فرهنگی را به درستی صورت بخشید (لاورنس، ۲۰۱۵). فرزندآوری در ذات خود امری است که از لحاظ روانشناختی برای والدین رضامندی به همراه دارد. این رضامندی در گرو عواملی چند است که مجموع آنها در مباحث تخصصی تحت عنوان کیفیت فرزند^۱ مورد بررسی قرار می‌گیرد. کیفیت فرزند ناظر بر میزان سرمایه زیستی، مادی، روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی‌ای است که والدین برای فرزندان خود

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

فراهم می‌آورند که رابطه مستقیمی با بازگشت آن به والدین دارد. به تدریج مفهوم کیفیت فرزند به حوزه کیفیت زندگی توسعه یافته است و شامل سلامت و کارکرد مثبت و مطلوب اجتماعی فرزند در تمامی عرصه زندگی خویش است. این مفهوم ارتباط تنگاتنگی با سرمایه انسانی^۲ دارد (ارمیش، ۲۰۱۵).

دوره بارداری دوره بسیار حساسی از زندگی مادر و جنین است. در این دوره، عوامل بسیاری بر سلامت مادر و جنین تأثیر دارند که مهمترین آنها، رواندرستی مادر و نیز رضامندی زوجیت همسران است. پژوهش‌های کنونی به این دو مهم در چهارچوب مراقبت‌های خانواده‌محور^۳ متمرکز شده‌اند. مراقبت خانواده‌محور به‌عنوان یک فلسفه مراقبتی، اهمیت واحد خانواده را به‌عنوان محور تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی به رسمیت می‌شناسد و روشی است که از طریق مشارکت‌های مفید دوطرفه بین مراقبت‌کنندگان و خانواده‌ها کنترل می‌شود (سئونکه، و باک، ۲۰۱۵؛ جساپ، داگلاس، پریدیس، برنچ-اسمیت، و شیلدز، ۲۰۱۵؛ بوئندن، گرینبرگ و پدیاتریک، ۲۰۰۲).

مراقبت‌های خانواده- محور در حقیقت اجرای سیاست‌های کلان اجتماعی در راستای ظرفیت‌سازی و افزایش توانمندی خانواده به‌عنوان هسته و زیربنای تمامی ساختارها و نهادهای خانواده است. منظور از توانمندسازی خانواده، کمک به خانواده به‌گونه‌ای است که بتواند به توان تغییر برسد. نقش خانواده گاهی نقش گروه است که تلاش دارد تا اعضایش را در موقعیت‌های مختلف زندگی به شکل‌های گوناگون دچار تحول کند. پس برای کمک به خانواده و در جهت کسب موفقیت باید آنان را هدایت کرد تا قادر باشند زندگی خودشان که شامل تک‌تک اعضا می‌باشد را تغییر دهند (سیگل، آبییدا، راجلین، و یونت، ۲۰۱۵؛ سمپسل و همکاران، ۱۹۹۴).

اجرای یک برنامه توانمندسازی با هدف افزایش دانش، انگیزه، حرمت خود و خودکارآمدی که به خودکنترلی رفتاری و اتخاذ رفتارهای پیش‌گیرانه منجر می‌شود به‌منظور ارتقای بهداشت و بهبود کیفیت زندگی لازم به‌نظر می‌رسد (واینبرگ، ۲۰۱۵؛ بومار، ۲۰۰۴). هدف مداخله‌های روانشناختی خانواده‌محور، ارتقای توانایی‌های اعضای خانواده در حیطه‌های معینی می‌باشد که بر موانع موجود در زمینه‌های بهداشتی و سلامتی فایق آیند؛ چرا که بدون

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

ارتقای توانمندی‌ها، آن‌ها قادر به غلبه بر موانع نخواهند بود (دیجیویا، گرینهاوس، چرمک، و هایدن، ۲۰۱۵؛ مایر و همکاران، ۲۰۰۸).

در جامعه مدرن و صنعتی امروز، مسأله سلامت از مقوله‌های مهم محسوب می‌شود. در خصوص تعریف سلامت و رواندرستی دیدگاه‌های گوناگونی وجود دارند. سازمان جهانی بهداشت سلامت را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری تعریف می‌کند (بولدرو و فالون، ۲۰۰۵؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱).

هدف اصلی بهداشت روانی پیشگیری^۴ از وقوع نگرانی‌ها و حفظ رواندرستی به منظور ایجاد یک محیط فردی و اجتماعی سالم و مناسب و همچنین درمان اختلال‌های روانی و پیشگیری از مزمن شدن بیماری در افراد است (کلاوسن، ۲۰۱۵؛ شاهرخ و همکاران، ۲۰۱۱؛ صالحی و همکاران، ۱۳۸۶). پژوهش‌های گوناگونی در زمینه رواندرستی در دوره بارداری انجام شده است که از جمله آنها می‌توان به پژوهش موسوی‌نژاد، شاه‌محمدی، و شکروی (۱۳۹۴) در بررسی تأثیر مهارت‌های شناختی در کاهش مشکلات رواندرستی مادران، بررسی مسایل و مشکلات خلقی حین و پس از زایمان با باورهای کنترل سلامت در دوران بارداری و برخی عوامل جمعیت‌شناختی (مشکی، بیدختی، و جروی، ۱۳۹۳)، تعیین رابطه حمایت اجتماعی با اضطراب و افسردگی دوره سوم بارداری (رافعی، اول، احمدی، طاهری، و حسینی، ۱۳۹۱)، عامل‌های دخیل در تنیدگی، اضطراب، و افسردگی در زنان باردار و تأثیر مدیریت شناختی- رفتاری بر کاهش این اختلالات (جباری، هاشمی، و حقایق، ۱۳۹۱)، رابطه افسردگی مادر و رشد جنین (استوارت، ۲۰۰۷)، بررسی ارتباط بین نیمرخ روانی- اجتماعی^۵ و عادات سلامتی با پیامدهای بارداری (نگرس و همکاران، ۲۰۰۶)، بررسی آثار ابتلای مادر به یکی از بیماری‌های روانی بر پیامدهای بارداری (کلی و همکاران، ۲۰۰۲)، ارتباط بین خستگی شغلی و زایمان زودهنگام (نیومن و همکاران، ۲۰۰۱)، تأثیر دشواری‌های شغلی و تنیدگی شغلی بر شاخص‌های رواندرستی و جسمانی مادر و جنین (موزارکویبیچ، لوک، و آونی، ۲۰۰۰)، تأثیر استرس‌های دریافتی در دوران بارداری بر رواندرستی مادر و وزن تولد نوزاد (سابل و مارجوری، ۲۰۰۰)، و ارتباط تنیدگی و فرسودگی شغلی مادر با پیامد بارداری (تیتل من و همکاران، ۱۹۹۰) اشاره نمود.

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

رضامندی زوجیت سازه‌ای بسیار پیچیده است که می‌توان آن را رضایت متقابل زن و شوهر از جاذبه‌های روانی- جنسی یکدیگر و برخورداری از بیشترین احساس آرامش امنیت روانی در زندگی مشترک دانست (افروز، ۱۳۸۹). به نظر وینچ (۲۰۰۰)، به نقل ناصح آبادی و ناستی‌زایی (۱۳۸۹)، رضامندی زوجیت هنگامی وجود دارد که وضعیت موجود فرد در روابط زوجیت، مطابق با آنچه که وی انتظار دارد منطبق باشد و نارضایتی زوجیت، از عدم تطابق دو وضعیت موجود و مطلوب روابط زوجیت پدید می‌آید. پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه تأثیر رضامندی زوجیت بر ابعاد مختلف زندگی فردی و خانوادگی و حتی اجتماعی افراد منتشر شده است، اما آن دسته از مطالبی که در حوزه بررسی رضایت زوجیت با بارداری به‌ویژه در ادبیات پژوهشی فارسی، معدودند.

بیشتر این پژوهش‌ها بر کنش‌های نامطلوب همسران با زنان باردار متمرکز شده‌اند. به‌عنوان نمونه، بررسی همسرآزاری و تأثیر آن بر روابط همسران و رضایت زوجیت در دوره بارداری (عبدالهی، چراتی، و مجیدی، ۱۳۹۴)، میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان بارداری و ارتباط آن با حمایت اجتماعی و خانوادگی و نیز علل عدم ترک رابطه خشونت‌آمیز (شاکری‌نژاد، ۱۳۹۲)، مطالعه کیفی تجارب ارائه‌دهندگان مراقبت مامایی نسبت به ارتقای مشارکت مردان و موانع مشارکت مردان در امور مربوط به سلامت زنان باردار و کاهش عوامل خطر ساز برای سلامت جنین (مرتضوی و میرزایی، ۱۳۹۱)، ابعاد مشارکت مردان در سلامت زنان باردار (مرتضوی، و کرامت، ۱۳۹۱)، بین رضایت زناشویی و مشکلات دوران بارداری و نیز ارتباط بین عوامل روانشناختی با شدت مشکلات جسمی دوران بارداری (آقایوسفی، مرادی، صفری، قاضی‌زاده، و امیری، ۱۳۹۰)، همسرآزاری در بارداری و ارتباط آن با نارضایتی زوجیت و زایمان زودرس (سلیمانی، جمشیدی‌منش، کجوری، و حسینی، ۱۳۹۰)، ارتباط رضایت زناشویی در بارداری با افسردگی حین و پس از زایمان (کیانی، خدیوزاده، سرگلزایی، و وشانی، ۱۳۸۹)، اضطراب بارداری در دوره‌های گوناگون آن و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (بابانظری و کافی، ۱۳۸۷)، رواندرستی و رضایت زناشویی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته (عنایتی و عبدالرحمی، ۱۳۸۷)، و افسردگی در زنان باردار و نقش تعدیل‌کننده همسران در آن (سازی، پوررضا، حسینی، شجاعی‌زاده، ۱۳۸۴) از پژوهش‌های شاخص این حوزه هستند.

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

بی‌شک داشتن فرزند سالم از ابعاد مختلف زیستی، روانی و اجتماعی یکی از مهمترین اهداف بشر بوده و بشر در طول تاریخ برای دستیابی به این هدف به اقدامات مختلفی متوسل شده است. همراه با پیشرفت علم به‌ویژه علم پزشکی و روانشناسی و انجام تحقیقات علمی، روش‌های نوینی در جهت داشتن فرزندان سالمتر ارائه شده است (افروز، ۱۳۸۴). در این میان رواندرستی شناختی مادر در دوره بارداری از اهمیت شایان توجهی برخوردار است. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته مشخص شده است که تاکنون پژوهشی که به‌صورت اختصاصی به بررسی تأثیر مداخله‌های روانشناختی به‌طور همزمان بر رواندرستی شناختی زنان باردار و رضایت زوجیت آنها صورت گرفته باشد، منتشر نشده است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله‌های رواندرستی بر رواندرستی شناختی و رضایت زوجیت زنان باردار شهر تهران صورت گرفت.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی (QED)^۶ به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه است. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان مدائن تهران و مطب متخصص زنان شهر تهران بود که در سال ۱۳۹۳ در ماه سوم بارداری برای مراقبت‌های حین دوران بارداری مراجعه نمودند.

با توجه به‌عنوان، اهداف، و محدودیت‌های پژوهش، طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی انتخاب شد. در این طرح نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی و در دسترس صورت گرفت، زیرا گروه نمونه تنها از یک مرکز انتخاب شده و بر مبنای ملاک‌های ورود پژوهش بود. روش انتخاب شرکت‌کنندگان به این ترتیب بود که از میان زنانی که برای مراقبت بارداری به بیمارستان مدائن مراجعه کرده بودند، تعداد ۳۵ نفر (دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال، میانگین سنی ۳۰/۶۶، انحراف معیار ۴/۵۲) که در ماه سوم بارداری بوده و تمایل به شرکت در پژوهش را از خود نشان دادند، انتخاب و وارد پژوهش شدند. حجم نمونه مورد نظر برای مطالعه حاضر ۳۰ نفر در نظر گرفته شده بود که به‌صورت تصادفی شرکت‌کنندگان به دو گروه معادل ۱۵ نفره آزمایش و گواه تخصیص یابند، اما به‌دلیل ریزش احتمالی ۳۵ نفر وارد پژوهش شدند. معیارهایی ورود به

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

پژوهش شامل، برخورداری از سلامت عمومی، سومین ماه بارداری، میانگین سنی ۲۰ تا ۳۵ سال، و زندگی با همسر بود.

روش اجرا: پس از جلب رضایت و موافقت مکتوب هیأت رئیسه بیمارستان، اجرای طرح آغاز شد. به این ترتیب که در بازه زمانی یک‌ماهه لیست مشخصات ۳۵ نفر از زنان مراجعه‌کننده به این مرکز که رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کرده بودند جمع‌آوری شد. بسته مداخله‌های روانشناختی شامل ۱۶ جلسه یک ساعته بود که مداخله‌های رفتاری- شناختی و اطلاعات نظری و علمی راجع به دوره بارداری، نحوه برخورد با همسر، و راهکارهای افزایش رواندرستی را در بر می‌گرفت. گروه نمونه یکبار پیش از آغاز آموزش و یکبار پس از اتمام آموزش مورد مصاحبه بالینی و سنجش توسط ابزارهای انتخاب شده رواندرستی، و رضامندی زوجیت قرار گرفتند. به تمامی مادران شرکت‌کننده در پژوهش از سه‌ماهگی تا پایان بارداری هم در جلسات آموزشی و هم پس از اتمام آموزش، هفته‌ای یک بار جزوه‌های یک صفحه‌ای مشتمل بر نکات مرتبط با بارداری و سلامت جسمانی و روانی ارائه شد. برای همسران تمامی این زنان باردار نیز یک جلسه آموزشی و توجیهی برگزار شد.

با توجه به اهمیت و ضرورت رعایت نکات اخلاقی در پژوهش، تمامی مراحل به‌دقت توسط پژوهشگر، اساتید معظم راهنما و مشاور، نیز هیأت رئیسه بررسی شد تا مغایرتی با اصول اخلاقی مصوب توسط وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری و بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی برای پژوهش‌ها وجود نداشته باشد. اصل مهم رعایت مطالب محرمانه و رازداری شامل این نکته بود که تمامی سنجش‌ها و نتایج گردآوری شده فردی از پژوهش که به‌نوعی ممکن است با مسایل شخصی و خانوادگی شرکت‌کنندگان تضاد منافع ایجاد کند، محرمانه باقی‌مانده و در گزارش‌ها به آنها اشاره نشد. نام تمامی شرکت‌کنندگان نیز به کدهای تصادفی تبدیل شد تا در آینده مشکل اخلاقی خاصی به‌وجود نیاید. افزون بر این، برای تمامی شرکت‌کنندگان و همسران آنها به‌طور کامل و فرایند طرح (تا اندازه‌ای که به سوگیری شرکت‌کنندگان نینجامد) توضیح شفاهی و کتبی داده شد و پس از جلب رضایت آنها، فرم توافق و رضایت‌نامه کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان و همسران آنها دریافت شد. لازم به ذکر است که پس از اتمام پژوهش به گروه گواه نیز آموزش‌های حضوری داده شد و نیز کتاب راهنمای دوران بارداری به آنها اهدا شد.

جدول ۱: مشروح جلسات مداخله آموزشی

محتوا	هفته
آشنایی با گروه	اول
ارایه اهداف جلسات آموزشی	
بخش فیلم مراحل رشد جنین	دوم
وزن نوزاد	سوم
رضامندی زوجین	
سلامت روان	
پیشگیری از معلولیت ها	
شناسایی سیستم زناشویی خود	چهارم
مقابله با اختلافات زناشویی	
مهارت ارتباط موثر و گوش دادن	پنجم
مهارت تفکر نقاد	ششم
مهارت تفکر خلاق	
مدیریت تنیدگی	هفتم
آموزش و تمرین آرامیدگی عضلانی	
نمایش فیلم "مغز"	هشتم
آنچه در ذهن مادر باردار می‌گذرد: سه ماه اول، سه ماه دوم، سه ماه سوم	
نکات مهم دوران بارداری	
مهارت خودآگاهی	نهم
چگونه کودکی هوشمند داشته باشیم	دهم
مدیریت زمان	یازدهم
راهبرهای مقابله‌ای	دوازدهم
مهارت مهار کردن خشم	سیزدهم
حل مسأله و تصمیم‌گیری	چهاردهم
اهمیت دوران بارداری از دیدگاه اسلام	پانزدهم
اضطراب و افسردگی دوران بارداری و راه‌های مقابله با آن	شانزدهم

ابزار پژوهش:

پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز فرم کوتاه ۵۱ سؤالی می‌باشد. این مقیاس جهت ارزیابی میزان رضایت همسران برای فرهنگ جامعه ایرانی توسط افروز (۱۳۸۴) طراحی و سپس توسط

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

افروز و قدرتی (۱۳۸۹) هنجاریابی شده است. پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز از ۱۰ خرده‌مقیاس تشکیل شده که عبارتند از رضامندی عاطفی، رضامندی تعاملی، رضامندی نگرشی، رضامندی رفتاری، رضامندی حمایتی- اجتماعی، رضامندی هم‌اندیشی، رضامندی مشکل‌گشای (حل مسأله)، رضامندی منشی (شخصیتی)، رضامندی فرزندپروری و رضامندی مطلوب اندیشی. ضریب قابلیت اعتماد کل مقیاس رضامندی زوجیت افروز به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه شده است که آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۵ نشان‌دهنده قابلیت اعتماد کل مقیاس بوده است. روایی همزمان نمرات زوجین در این مقیاس با نمرات آنها در پرسشنامه «رضامندی زوجیت انریچ» معنادار بوده است. مقیاس ساخته شده، بر اساس رویکرد ازدواج سالم، رویکرد شناختی- اجتماعی و تجارب بالینی در زمینه رضامندی زوجیت در بستر فرهنگ اسلامی- ایرانی ساخته شده و مناسب موقعیت‌های پژوهشی و بالینی است.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بوده است. این پرسشنامه از جمله شناخته‌ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی است که تأثیر به‌سزایی در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روانپزشکی داشته است. در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی (GHQ-28) برای سنجش رواندرستی استفاده شد. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی، توسط گلدبرگ و هیلیر در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته و سؤال‌های آن براساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج گردیده است که دربرگیرنده ۴ مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید می‌باشد (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹). همبستگی بالای موجود بین نتایج حاصل از فرم‌های ۲۸ و ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی در تشخیص اختلالات روانی دلالت بر این دارد که پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلالات روانی برخوردار بوده می‌تواند به‌عنوان ابزار غربالگری، صرفه‌جویی در وقت و هزینه را در پژوهش‌های علوم رفتاری به همراه داشته باشد (ویلیامز، گلدبرگ و ماری، ۱۹۸۷). مرور مطالعات انجام گرفته در کشورهای ۲۸ و ۶۰ سؤالی، مختلف جهان در زمینه اعتباریابی

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

فرم‌های ۱۲ پرسشنامه سلامت عمومی (ماری و ویلیامز، ۱۹۸۵؛ بریجز و گلدبرگ، ۱۹۸۶؛ سریرام و همکاران، ۱۹۸۹؛ آدرایبجه و گورژه، ۱۹۹۲؛ استانسفلد و همکاران، ۱۹۹۲؛ چونگ و اسپیرز، ۱۹۹۴؛ گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۷) دلالت بر پایایی و روایی بالای دارد (ماری، ویلیامز، ۱۹۸۵). پالاهنگ، نصر اصفهانی، براهنی، و شاه محمدی (۱۳۷۵) در بررسی اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، بر اساس نمره گذاری سنتی، نمره برش ۶ و بر اساس نمره‌گذاری ساده لیکرت، نقطه برش ۲۲ گزارش نموده و ضریب پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی، ۹۱ درصد بوده است. ابراهیمی، مولوی، موسوی، برنامنش و یعقوبی (۱۳۸۶)، در بررسی ویژگی‌های روانسنجی GHQ-28 پایایی باز آزمون ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ را محاسبه نمودند. در زمینه اعتبارسنجی این ابزار نیز، نظیفی، مکرمی، اکبری‌تبار، کوجردی، رهی، و تبریزی (۱۳۹۲) در تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی، ۴ عامل را در پاسخ‌های شرکت‌کنندگان شناسایی نموده و این چهار عامل، ۶۰ درصد واریانس کلی را تبیین نمودند. ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶)، با تحلیل عاملی GHQ-28 به ۴ عامل استخراجی رسیدند که سه عامل اول بیشترین مقدار واریانس را تبیین می‌نمودند. نقطه برش بالینی، حساسیت، ویژگی، و خطای کلی طبقه‌بندی به ترتیب ۲۴، ۰/۸۰، ۰/۹۹ و ۰/۱۰ محاسبه شد. ضریب قابلیت اعتماد ملاک نیز معادل ۰/۷۸ به دست آمد. اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی در شهر تهران بر اساس همبستگی با SCL-90-R و بازآزمایی، مشخصات بسیار بالای به دست آورده است (نوربالا، یزدی و محمد، ۱۳۸۷).

داده‌ها یافته‌ها

مشخصات توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش، رضامندی زوجیت، رواندرستی و در دو سطح اندازه‌گیری شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه مداخله و گواه بیان شده است. برای پاسخ به این فرضیه پژوهش "مداخلات روانشناختی خانواده- محور موجب افزایش رضامندی زوجیت در مادران باردار می‌شود."، با توجه به مؤلفه‌های رضامندی زوجیت و وجود دو گروه مداخله و گواه و داشتن دو مرحله اندازه‌گیری، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. اما در ابتدا لازم است از نرمال بودن متغیر رضامندی زوجیت و مؤلفه‌های آن

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

و همچنین همگنی واریانس‌ها اطمینان حاصل کنیم. در ابتدا به منظور اطمینان از نرمال بودن متغیرها از آزمون نرمالیته کالموگروف اسمیرنوف استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره (۲) گزارش شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون در مادران گروه مداخله و گواه

گروه گواه		گروه مداخله		موقعیت	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۲۳/۳۴	۱۶۷/۴۹	۲۰/۵۵	۱۶۷/۶۳	پیش آزمون	رضامندی
۲۴/۳۸	۱۶۴/۰۹	۹/۳۵	۱۹۰/۳۷	پس آزمون	
۱۰/۱۵	۴۶/۸۶	۹/۴۴	۵۵/۴۹	پیش آزمون	رواندستی
۹/۷۵	۴۷/۲۰	۴/۷۶	۳۸/۰۷	پس آزمون	

در جدول شماره (۲) نمرات میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و گواه به ترتیب نشان داده شده است. این جدول نشان می‌دهد میانگین رضامندی زوجیت و در گروه مداخله پس از ارایه مداخله‌های روانشناختی خانواده‌محور نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون بیشتر است و نیز میانگین متغیر رواندستی در دو گروه مداخله نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون کاهش و تفاوت داشته است. در راستای بررسی معناداری تفاوت آنها در ادامه از آزمون مناسب استفاده خواهد شد.

نتایج آزمون نرمالیته نشان می‌دهد که متغیر رضامندی زوجیت و مؤلفه‌های آن از توزیع نرمال تبعیت می‌کنند.

نتایج مربوط به آزمون لوین را نشان می‌دهد که واریانس گروه‌ها با هم یکسان هستند. به عبارت دیگر اینکه رضامندی زوجیت و تمامی مؤلفه‌های آن در دو گروه مداخله و گواه از لحاظ واریانس و پراکندگی دارای توزیع یکسانی هستند.

در ادامه بررسی پیش شرط‌های آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری، از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج آزمون فرضیه صفر مربوط به عدم تفاوت ماتریس‌های کواریانس در آزمون رضامندی زوجیت در دو گروه، بیانگر پذیرش فرضیه صفر مبنی بر همسانی ماتریس‌های

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

کواریانس است ($P > 0/05$)، $F(61, 2574/06 = 5/385$) و در نتیجه این پیش شرط برقرار است. بنابراین از آنجا که فرض نرمالیت، همسانی واریانس خطا و عدم تفاوت ماتریس‌های کواریانس برقرار است، استفاده از مدل تحلیل کواریانس چند متغیری بلامانع است. در ادامه به منظور مقایسه نمرات دو گروه در پس‌آزمون و در نظر داشتن تفاوت آنها در پیش‌آزمون از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شده است.

نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری برای خرده‌آزمون‌های رضامندی زوجیت از طریق آزمون هتلینگ برای گروه $(\eta^2 P = 0/54, p < 0/05, F(44-10 = 5/49)$ نشان می‌دهد که در حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش بین دو گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به همین ترتیب برای مشخص شدن معناداری هر یک از خرده‌آزمون‌ها، آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری اجرا شد.

جدول ۳: خلاصه نتایج آزمون کواریانس تک متغیری

متغیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	مجدور تا
رضامندی زوجیت کل	۶۹۸۱/۰۹	۱	۶۹۸۱/۰۹	۱۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۶۶
رضامندی عاطفی	۵۳/۹۹	۱	۵۳/۹۹	۱۳/۱۹	۰/۰۱	۰/۶۹
رضامندی تعاملی	۶۹/۷۸	۱	۶۹/۷۸	۱۸/۳۶	۰/۰۱	۰/۷۵
رضامندی نگرشی	۱۰۷/۲۳	۱	۱۰۷/۲۳	۱۱/۹۹	۰/۰۱	۰/۶۸
رضامندی رفتاری	۳۸۳/۲۱	۱	۳۸۳/۲۱	۱۰/۷۹	۰/۰۱	۰/۶۶
رضامندی حمایتی- اجتماعی	۳۷/۹۵	۱	۳۷/۹۵	۲۰/۸۸	۰/۰۱	۰/۶۸
رضامندی هم‌اندیشی	۴۳/۸۲	۱	۴۳/۸۲	۳۵/۸۶	۰/۰۱	۰/۹۰
رضامندی مشکل‌گشایی	۶۲/۳۴	۱	۶۲/۳۴	۱۲/۹۰	۰/۰۱	۰/۶۹
رضامندی منشی	۲۴/۲۹	۱	۲۴/۲۹	۲۷/۶۵	۰/۰۱	۰/۸۴
رضامندی فرزندپروری	۴۱/۲۹	۱	۴۱/۲۹	۱۱/۲۶	۰/۰۱	۰/۶۷
رضامندی مطلوب‌اندیشی	۳۴/۶۹	۱	۳۴/۶۹	۲۷/۶۷	۰/۰۱	۰/۸۴

در جدول شماره (۳) نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری جهت مقایسه نمرات رضامندی زوجیت و مؤلفه‌های آن در دو گروه پس از حذف اثر پیش‌آزمون، ارائه شده است. نتایج حاکی از آن است که گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه، پس از شرکت در مداخله،

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

در متغیر رضامندی زوجیت و مؤلفه‌های آن پس از کنترل تفاوت اولیه، نمرات بیشتری دریافت نموده است ($p \leq 0/01$). به عبارت دیگر، افزایش میانگینی که در متغیر رضامندی زوجیت و خرده‌مقیاس‌های آن در پس‌آزمون برای گروه مداخله به واسطه مداخلات روانشناختی خانواده‌محور وجود داشته از نظر آماری معنادار است. بنابراین فرضیه پژوهشی مبنی بر «مداخلات روانشناختی خانواده محور موجب افزایش رضامندی زوجیت در مادران باردار می‌شود» تأیید و فرض صفر مربوط به آن رد می‌شود.

به منظور آزمون این فرضیه پژوهش "مداخلات روانشناختی خانواده-محور موجب افزایش رواندرستی در مادران باردار می‌شود." مبنی بر تفاوت میانگین‌ها در دو گروه، با توجه به وجود یک منبع بیگانه پراش با مقیاس حداقل فاصله‌ای که امکان کنترل تجربی مستقیم آنها وجود ندارد (پیش‌آزمون) و همچنین با توجه به وجود چند متغیر وابسته، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده شده است. مفروضات مربوط به نرمال بودن متغیرهای پژوهش، همگنی واریانس‌ها و همسانی ماتریس کوواریانس در زیر گزارش شده است.

نتایج آزمون نرمالیتت نشان می‌دهد که متغیر روان درستی و چهار مؤلفه علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کژکاری اجتماعی و افسردگی از توزیع نرمال تبعیت می‌کنند.

از دیگر پیش‌شرط‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همسانی ماتریس کوواریانس است که به منظور بررسی آن از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج آزمون فرضیه صفر مربوط به عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس در آزمون رواندرستی در دو گروه، بیانگر پذیرش فرضیه صفر مبنی بر همسانی ماتریس‌های کوواریانس است ($p > 0/05$), $F(10, 18592/67=3/364)$ و در نتیجه این پیش‌شرط برقرار است.

همگنی واریانس دو گروه از دیگر پیش‌شرط‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس است که نتایج مربوط به آن در جدول شماره (۶) نشان داده شده است. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که در تمامی متغیرهای پژوهش واریانس دو گروه برابر و یکسان است و تفاوت واریانس دو گروه معنادار نمی‌باشد. بنابراین مفروضه مربوط به همسانی ماتریس کوواریانس و همسانی خطای واریانس‌ها برقرار می‌باشد.

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

در نهایت اینکه مفروضه‌های نرمال بودن، همسانی واریانس و یکسانی ماتریس کوواریانس دو گروه برقرار است و به منظور مقایسه نمرات دو گروه در پس آزمون با در نظر داشتن تفاوت آنها در پیش آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است.

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون‌های مختلف چندمتغیری

مربع سهمی ای‌تا	سطح معناداری	Df Error	df	F	مقدار	آزمون
۰/۵۵	۰/۰۱	۵۶	۴	۱۶/۸۳	۰/۵۵	اثر پیلایی
۰/۵۵	۰/۰۱	۵۶	۴	۱۶/۸۳	۰/۴۵	لامبدای ویلکز
۰/۵۵	۰/۰۱	۵۶	۴	۱۶/۸۳	۱/۲۰	اثر تی هتلینگ
۰/۵۵	۰/۰۱	۵۶	۴	۱۶/۸۳	۱/۲۰	بزرگترین ریشه روی

بر اساس جدول شماره (۴) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از خرده‌مقیاس‌های متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنی که بین پس آزمون گروه‌ها تفاوت وجود دارد که نشان از اثربخشی برنامه مداخلات روانشناختی خانواده- محور در یکی از خرده‌مقیاس‌ها می‌باشد. به منظور دست یافتن به جزئیات بیشتر در مورد تک‌تک خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل رواندستی، نتایج مربوط به هر متغیر به‌طور جداگانه در ادامه آورده شده است.

جدول ۵: نتایج تفاوت‌های بین‌گروهی برای متغیرهای رواندستی

متغیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	مجدور ای‌تا
علائم جسمانی	۲۲۲/۴۲	۱	۲۲۲/۴۲	۴۶/۳۳	۰/۰۱	۰/۷۴
اضطراب و اختلال خواب	۲۲۸/۵۳	۱	۲۲۸/۵۳	۴۹/۶۶	۰/۰۱	۰/۷۶
کژکاری اجتماعی	۱۳۲/۳۶	۱	۱۳۲/۳۶	۳۲/۰۶	۰/۰۱	۰/۶۵
افسردگی	۲۷/۲۵	۱	۲۷/۲۵	۵/۴۱	۰/۰۲	۰/۴۸
رواندستی کل	۲۱۸۶/۱۲	۱	۲۱۸۶/۱۲	۶۱/۹۵	۰/۰۱	۰/۵۱

جدول شماره (۵) نشان می‌دهد که برای متغیرهای علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کژکاری اجتماعی، افسردگی و رواندستی کل در سطح معناداری ۰/۰۵ به‌لحاظ

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

آماري بين گروه مداخله و گروه گواه تفاوت معناداري وجود دارد. بنابر اين فرضيه پژوهشي مبني بر «مداخلات روانشناختي خانواده محور موجب افزايش رواندرستي در مادران باردار مي‌شود» تأييد و فرض صفر مربوط به آن رد مي‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

حمایت از سلامت زیستی و روانی کودکان یکی از اساسی‌ترین رسالت‌های کارگزاران جامعه و از مؤثرترین روش‌های سرمایه‌گذاری برای توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور است. کودکان علاوه بر اینکه زیربنای ساختار و پایه و اساس اجتماع هستند، حساس‌ترین و آسیب‌پذیرترین گروه اجتماع را در مقابل سوء تغذیه و کمبود مواد غذایی تشکیل می‌دهند و نیز به علت دارا بودن رشد سریع و رسیدن به حداکثر رشد طبیعی و تکامل، به شرایط زیستی- محیطی مناسب احتیاج داشته و هرگونه عامل نامساعد می‌تواند اثر سوء بر رشد و نمو آنها به‌جای گذارد (احسان‌پور و همکاران، ۱۳۸۰). عوامل روانشناختی از جمله حالات روانی مادر در دوران بارداری، ویژگی‌های مادر، رضامندی زوجیت، معادلات شکل گرفته را دچار تغییر و تحول می‌نماید. بدین ترتیب برخی عوامل به‌عنوان عوامل مؤثر و برخی دیگر احتمالی و عمدتاً در تعامل با یکدیگر، مؤثر شناخته شدند. فقدان تحقیقات معتبر درباره هریک از این دست متغیرها در ایران و پیچیدگی‌های ناشی از اثرات تعاملی عوامل مؤثر در کم وزنی هنگام تولد، بررسی آنان را دشوار ساخته است. نتایج پژوهش بر اساس فرضیه‌های تحقیقی در این بخش در ادامه به ترتیب مورد بررسی قرار گرفته‌اند. نتایج پژوهش حاکی از آن است که مداخله‌های روانشناختی خانواده‌محور منجر به بهبود رضامندی زوجیت در مادران باردار شده است.

نتایج همسو با یافته‌های این پژوهش می‌توان به پژوهش‌های سیمرو (۲۰۱۲)، استرنبرگ و همکاران (۲۰۰۶)، اوتر (۲۰۰۲)، حسینی و همکاران (۲۰۰۹)، زلکوویز و همکاران (۲۰۰۷)، لانکاستر و همکاران (۲۰۱۰)، مورس و همکاران (۲۰۰۰)، روساند و همکاران (۲۰۱۰)، ویت و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرد که مشکلات بهداشت روانی را یکی از عوامل منجر به کاهش

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

وزن و کم‌وزنی در نوزادان می‌دانند. بنابراین، وجود مواردی از قبیل، رضایت و خشنودی زوجین در زندگی مشترک، رفتارهای ارتباطی و اجتماعی رضایت بخش بین آنها و برقراری یک رابطه صمیمی و دوستانه و عشق‌ورزی نسبت به یکدیگر، تفاهم و توافق بر چگونگی حل مشکلات و مسایل زندگی، وجود رفتارهای مذهبی و توکل بر خداوند در انجام کارها، توافق و اتفاق نظر در چگونگی تربیت فرزندان، توجه به اوقات فراغت و تفریح و گردش با یکدیگر، و وجود ارتباطات کلامی عاشقانه و مؤثر به همراه رفتارهای بصری رضایت‌بخش، موجب افزایش رواندرستی زوجین و فراهم نمودن یک آرامش در زندگی خواهد شد که در صورت باردار بودن همسران، این احتمال قوت خواهد گرفت که با وضع حمل زنان، وزن نوزادان یک وزن بهینه و بهنجار باشد.

بنابراین، فشارهای روانی دوران بارداری، چه بر اثر فشارهای درون خانوادگی باشد و چه ناشی از منابع بیرونی، می‌تواند بر سلامت مادر و جنین اثرات منفی بگذارد. ریمه و همکاران (۲۰۰۶) معتقد است تنیدگی مزمن بر مادر می‌تواند ناشی از چند منبع مختلف یعنی تنش‌زاهای بیرونی^۷، افزایش‌دهندگان تنش^۸، ضربه‌گیران تنش و تنش ادراک شده توسط مادر باشد. از آنجای که این مداخله‌های مبانی روانشناختی دارد می‌تواند موجب بهبود بهداشت روانی و کاهش مشکلات تعاملی والدین شود که افزایش رضامندی زوجیت را به دنبال داشته باشد.

یافته‌های پژوهش نشان از آن دارد که برنامه آموزش خانواده‌محور مداخله‌های روانشناختی منجر به بهبود رواندرستی و کاهش نشانه‌های جسمانی، بی‌خوابی و اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و اختلال افسردگی در مادران باردار شده است. به عبارت دیگر، اینکه فرضیه پژوهش تایید و فرضیه صفر رد شده است. این پژوهش با پژوهش‌های رایگان سلمانی و همکاران (۱۳۸۹)، تبریزی و لرستانی (۱۳۸۹)، فروزنده، دل آرام و درویش (۱۳۸۹)، مردانی و ابراهیمی (۱۳۸۹)، بوردرز (۲۰۰۶)، کان وی (۲۰۰۵)، گلوور (۲۰۰۷)، شولتز (۲۰۰۷)، برندا (۲۰۰۷) و سابل و ماری جوری (۲۰۰۹) همسو است که تمامی آنها نقش رواندرستی و بهداشت روان را مادران نوزادان بسیار تأکید داشته‌اند.

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

تبیین این یافته بر اساس مطالعات ریمه و همکاران (۲۰۰۶)، حسینی و همکاران (۲۰۰۹)، زلکوویز و همکاران (۲۰۰۷)، لانکاستر و همکاران (۲۰۱۰)، مورس و همکاران (۲۰۰۰)، روساند و همکاران (۲۰۱۰)، ویت و همکاران (۲۰۱۰) نیز قابل تبیین است که وجود نارضایتی در زندگی زوجیت منجر به افزایش اضطراب و به دنبال آن احساس شکست، ناامیدی و افسردگی در محیط خانواده خواهد شد که در صورت بارداری همسر، اثرات منفی از جمله کاهش وزن نوزادان در هنگام تولد و تولد زودرس و دیگر ناهنجاری‌ها را بر نوزاد بوجود خواهد آورد.

بنابراین، آموزش‌های روانشناختی در دوران بارداری منجر به بهبود تعامل زوجین، داشتن دیدگاه مثبت به زندگی، دوری‌گزینی از تنش به کارگیری راههای مثبت برای مقابله با مشکلات و مسائل، اصلاح باورهای ناکارآمد، شکل‌گیری حلقه‌های ارتباطی صحیحی در بین خانواده و اطرافیان می‌شود که این عوامل همگی تامین‌کننده بهداشت روانی مادران هست که در تعامل مستقیم و زیستی با جنین است که مسلماً کیفی این تعامل بر روند رشد جنین و بهره‌گیری آن از نظام زیستی و تغذیه‌ای مادر بسیار تأثیرگذار است که می‌تواند افزایش وزن نوزاد را به همراه داشته باشد.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان دادند که مداخله‌های خانواده‌محور روانشناختی منجر به بهبود رواندرستی و رضامندی زوجیت در زنان باردار می‌شود. گنجاندن برنامه آموزش مداخله‌های روانشناختی با تأکید بر نقش خانواده در برنامه‌های آموزشی و خدماتی برای زنان حامله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی یکی از امور مهم در پیشبرد اهداف این چینی است. افزون بر این، با توجه به نقش رسانه‌ها، رسانه‌ای مانند تلویزیون با پخش برنامه‌های پریننده که ازدواج‌های پرخطر (مانند ازدواج‌های خویشاوندی، تأثیر شرایط روانی دوران بارداری) را مطرح می‌سازد، می‌تواند سهم مؤثری در پیشگیری داشته باشند.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1- child quality | 2- human capital |
| 3- family-oriented care | 4- prevention |
| 5- psychosocial profile | 6- quasi-experimental |
| 7- External stressors | 8- Enhancers of stress |

منابع و مأخذ فارسی:

- ابراهیمی، الف؛ مولوی، ح.، موسوی، غ.، برنامه‌ش، ع. ر.، و یعقوبی، م. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روانسنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت، و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) در بیماران ایران مبتلا به اختلالات روانپزشکی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۱)، ۵-۱۲.
- احسان پور، س.، جوانمردی، ز.، عبدیزدان، ز.، و ملبوسی‌زاده، م. (۱۳۸۴). بررسی مقایسه‌ای رشد کودکان با وزن تولد کم و طبیعی تا دو سالگی در مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان. *فصلنامه تحقیقات پرستاری و مامایی*، ۳۰(۳)، ۳۵-۳۹.
- افروز، غ. (۱۳۸۴الف)، *روانشناسی و توانبخشی کودکان آهسته‌گام (عقب‌مانده ذهنی) تهران*، ایران: انتشارات دانشگاه تهران.
- افروز، غ. (۱۳۸۹). *روانشناسی ازدواج و شکوه همسری*. تهران، ایران: انتشارات دانشگاه تهران.
- آقایوسفی، مرادی، صفری، قاض‌زاده، و امیری (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین رضایت زناشویی با مشکلات جسمی دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن. *یافته*، ۱۲(۱)، ۱۲۳-۱۳۱.
- بابانظری، ل.، کافی، م. (۱۳۸۷). بررسی تطبیقی اضطراب بارداری در رابطه با دوره‌های مختلف آن، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت‌شناختی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۴(۲)، ۲۰۶-۲۱۳.
- پالاهنگ، ح.؛ نصر اصفهانی، م.؛ براهنی، م. ن.؛ شاه محمدی، د. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. *اندیشه و رفتار*، ۴، ۱۹-۲۷.

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

جباری، ز.، هاشمی، ح.، و حقایق، ع. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر استرس، اضطراب، و افسردگی زنان باردار. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۱(۷)، ۱۳۴۱-۱۳۴۷.

حسن زاده، ر. (۱۳۹۰). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران، ایران: نشر ساوالان.
 رافی، م.ع.، اول، م.ح.، احمدی، ش.، طاهری، م.، و حسینی، م.ع. (۱۳۹۱). رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب سه ماهه سوم بارداری. *پژوهش پرستاری*، ۷(۲۶)، ۱-۱۰.
 رفیعی بندری، ف.، و نورانی پور، ر. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش‌های شناختی - رفتاری بر رضایت زناشویی زوج‌های دانشجو مستقر در خوابگاه متاهلین دانشگاه تهران. *پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)*، ۴(۱۴)، ۲۵-۴۰.

رهنما، الف؛ غلامی مهرداد، ع. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان دیرآموز و عادی در مدارس استان همدان. *دانشور رفتار*، ۱۱(۹)، ۳۵-۴۸.
 سازی، ف.ح.، پوررضا، الف.، حسینی، م.، و شجاعی زاده، د. (۱۳۸۴). افسردگی حین بارداری: لزوم ادغام بیماریابی، افزایش مشارکت همسران. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۷(۱)، ۶۰-۶۵.

سلیمانی، م.، جمشیدی منش، م.، کجوری، م.د.، و حسینی، ف. (۱۳۹۰). ارتباط بین همسرآزاری و زایمان زودرس. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۵(۴)، ۵۴-۵۹.
 شاکری نژاد، م. (۱۳۹۲). عوامل مرتبط با خشونت خانگی علیه زنان باردار. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۱(۱۹)، ۱۱۷-۱۲۶.

صالحی، ل.، سلیمانی زاده، ل.، باقری یزدی، ع.، و عباس زاده، ع. (۱۳۸۶). رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با رواندرستی در دانشجویان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۲۲، ۵۰-۵۵.

عبدلهی، ف.، چراتی، ج.چ.، و مجیدی، ز. (۱۳۹۴). همسرآزاری طی دوران بارداری در استان مازنداران. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۷(۱)، ۸۹-۹۶.

عنایتی، م.ص.، و عبدالرحمی، ف. (۱۳۸۷). مقایسه رواندرستی و رضایت زناشویی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته در شهر اهواز. *روانشناسی اجتماعی (یافته‌های نو در روانشناسی)*، ۲(۶)، ۶۶-۸۰.

اثربخشی مداخله‌های روانشناختی خانواده- محور در رواندرستی و رضامندی زوجیت زنان باردار تهران

- کیانی، خدیوزاده، سرگلزایی، و وشانی (۱۳۸۹). ارتباط رضایت زناشویی در دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان. *مجله زنان، مامایی، و نازایی*، ۱۳(۵)، ۳۷-۴۴.
- مرتضوی، ف. و میرزایی، خ. (۱۳۹۱). دلایل، موانع و پیامدهای برنامه مشارکت مردان در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان بر اساس تجارب ارائه‌دهندگان مراقبت مامایی: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره آورد دانش)*، ۱۵(۱)، ۱۰۴-۱۱۵.
- مرتضوی، ف.، و کرامت، الف. (۱۳۹۱). نحوه و میزان مشارکت مردان در مراقبت از زنان باردار در شهرستان شاهرود و سبزوار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۶(۱)، ۶۶-۷۴.
- مشکی، م.، بیدختی، ط.، و جروی، خ. (۱۳۹۳). ارتباط بین افسردگی پس از زایمان با باورهای کنترل سلامت در دوران بارداری و برخی عوامل جمعیت شناختی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۲(۹۲)، ۷۴-۸۵.
- موسوی نژاد، ن.، شاه محمدی، ش.، و شکروی، ف. الف. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی بر کاهش افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی (آموزش مهارت‌های شناختی). *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران*، ۳(۱)، ۳۹-۴۸.
- نظیفی، م.، مکرمی، ح. ر.، اکبری تبار، ع. الف؛ کوجردی، م. ف. رهی، ع. و تبریزی، ر. (۱۳۹۲). اعتبار، روایی، و ساختار عاملی ترجمه فارسی سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۳(۴)، ۳۳۶-۳۴۲.
- نوربالا. الف.، یزدی. ع. ب.، و محمدی، ک. ک. (۱۳۸۷). اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به‌عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانپزشکی در شهر تهران. *فصلنامه حکیم*، ۱۱(۴)، ۴۷-۵۳.
- هومن، ح. ع. (۱۳۸۶). شناخت روش علمی در علوم رفتاری (پایه‌های پژوهش). تهران، ایران: پیک فرهنگ.

منابع و مأخذ خارجی:

- Bifulco, R. (2012). Can nonrandomized estimates replicate estimates based on random assignment in evaluations of school choice? A within-study comparison. *Journal of Policy Analysis and Management*, 31 (3), 729-751.
- Boldero, J., & Fallon, B. (2005). Adolescent Help- seeking: What do they get help for and from whom. *Journal of Adolescence*, 28, 193-202.
- Chin, R. K., & Lao, T. T. (2007). *Low birth weight and hyperemesis gravidarum. Department of obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Chinese university of Hong Kong, Prince of Wales Hospital, Shatin, China.*
- Claussen, B. (2015). Socioeconomic status and health. In J.D. Wright, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Vol. 22 (2nd Ed), pp. 931-936.
- Dean, A.M. (2015). Experimental design: Overview. In J.D. Wright, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Vol. 8 (2nd Ed), pp. 535-540.
- DiGioia III, A.M., Greenhouse, P.K., Chermak, T., & Hayden, M.A. (2015). A case for integrating the Patient and Family Centered Care Methodology and Practice in Lean healthcare organizations. *Healthcare*, 3(4), 225-230.
- Edlin, G., Golanty, E., Brown, K.M. (2009). *Health and Wellness* (2nd Ed.). UK: Jones and Bartlett Publisher.
- Eggleston, E., Tsui, A., & Kotelchuck, M. (2002). *Unintended Pregnancy and low birth weight in Ecuador. Department of Maternal and child Health, University of North Carolina at Chapel Hill, USA.*
- Ermisch, J.F. (2015). Family Theory: Economics of Childbearing. In J. D. Wright, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Vol. 8 (2nd Ed), pp. 821-825.
- Giddens, A., & Sutton, P.W. (2013). *Sociology* (7th Ed.). Cambridge, UK: Polity Press.
- Goldberg, D.P., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131- 145.
- Hallberg, K., & Eno, J. (2015). Quasi-Experimental Designs. In J.D. Wright, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Vol. 19 (2nd Ed), pp. 742-746.
- Hosseini, M., Ghavami, B., Salimzadeh, H., & Eftekhari, H. (2009). Low birth weight and its relation to unwanted pregnancies: A cohort Study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 7(1), 23-32.
- Jessup, M., Douglas, T., Priddis, L., Branch-Smith, C., & Shields, L. (2015). Parental Experience of Information and Education Processes Following Diagnosis of Their Infant with Cystic Fibrosis via Newborn

- Screening. *Journal of Pediatric Nursing*, (Article in press), doi:10.1016/j.pedn.2015.11.010.
- Keeton, K., & Hayward, R. A. (2001). *Pregnancy intention and birth outcomes: does the relationship differ by age or race*. University of Michigan, F4835 Mott Hospital, Ann Arbor, Michigan 48109-0264, USA.
- Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M., & Davis, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 202, 5-14.
- Lawrence, R.J. (2015). Urban life and health. In J.D. Wright, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Vol. 24 (2nd Ed), pp. 830-835.
- Meyer, J.D., Nichols, G.H., Warren, N., & Reisine S. (2007). *Maternal Occupation and Risk For low Birth weight Delivery: B Assessment using state Birth Registry Data*. Population sciences, University of Connecticut Health center, Farmington, Connecticut, USA.
- Morse, C.A., Buist, A., & Durkin, S. (2000). First-time parenthood: influences on pre and postnatal adjustment in fathers and mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 21, 109-120.
- Mozurkewich, E. I., Luke, B., & Avni M (2000). Working conditions and adverse pregnancy outcome: A meta-analysis. *Onstet Gynecol*, 95:623.
- Reime, B., Ratner, P.A., Tomaselli-Reime, N., Kelly, A., Schuecking, B.A., & Wenzlaff, P. (2006). The role of mediating factors in the association between social deprivation and low birth weight in Germany. *Social Science & Medicine*, 62, 1731-1744.
- Seunke, P., & Bock, B.B. (2015). Exploring the roles of women in the development of multifunctional entrepreneurship on family farms: an entrepreneurial learning approach. *NJAS: Wageningen Journal of Life Sciences*, 74-75, 41-50.
- Shahrokh, N.C., Hales, R. E., Phillips, K.A., & Yudofsky, S.C. (2011). *The language of mental health: a glossary of psychiatric terms*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Publishing Inc.
- Siegel, J., Iida, H., Rachlin, K., & Yount, G. (2015). Expressive Arts Therapy with Hospitalized Children: A Pilot Study of Co-Creating Healing Sock Creatures. *Journal of Pediatric Nursing*, (Article in press), doi:10.1016/j.pedn.2015.08.006.
- Steiner, P.M., Cook, T.D., & Shadish, W.R. (2011). On the importance of reliable covariate measurement in selection bias adjustments using propensity scores. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 36 (2), 213-236.
- Veinberg, I. (2015). Emotional Awareness- The Key to Dealing Appropriately with Children of Divorced Families in Schools. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 209, 514-518.
- Williams, P., & Goldberg, D.P., & Mari, J. (1987). The validity of the GHQ- 28. *Social Psychiatry*, 21, 15-18.

- Williams, S.R. (2005). Genetic genealogy: the Woodson family's experience. *Culture, medicine and psychiatry*, 29(2), 225-252.
- Witt, W.P., DeLeire, T., Hagen, E.W., Wichmann, M.A., Wisk, L.E., Spear, H.A., et al. (2010). The prevalence and determinants of antepartum mental health problems among women in the USA: a nationally representative population-based study. *Arch Wom Ment Health*, 13, 425-437.