

کارآمدی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی در دوران بارداری

مهسا کارآموزیان^{۱*}، قاسم عسکری زاده^۲

خلاصه

مقدمه: فرآیند مادر شدن از وقایع لذت بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می شود؛ با این وجود به دلیل تغییرات جسمانی و روانی ایجاد شده، می تواند با درجاتی از تنش ها و اضطراب همراه باشد. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری بر میزان اضطراب و افسردگی دوره بارداری بود. روش: این مطالعه به روش نیمه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد انجام شد. ۳۰ نفر از زنان باردار نخست زای که به مراکز بهداشتی- درمانی مراجعه کرده بودند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. پس از تکمیل پیش آزمون، گروه آزمایش، به مدت ۱۲ جلسه تحت آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری قرار گرفت. ابزارهای مورد سنجش، پرسشنامه اضطراب بارداری و نندبرگ (Pregnancy related anxiety questionnaire یا PRAQ) و پرسشنامه افسردگی ادینبرگ بود. داده ها با آزمون Multivariate analysis of covariance توسط نرم افزار SPSS، تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره های پس آزمون گروه آزمایش در اضطراب و افسردگی نسبت به پیش آزمون و همچنین نسبت به گروه شاهد کاهش معنی داری پیدا کرد. نتیجه گیری: می توان برای بهبودی بیشتر سلامت روان دوره بارداری از درمان های روان شناختی مثل مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در مراکز بهداشتی- درمانی استفاده کرد. واژه های کلیدی: بارداری، اضطراب، افسردگی، مدیریت استرس شناختی- رفتاری

۱- دانشجوی کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان ۲- استادیار، بخش روان شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان

* نویسنده مسؤول، آدرس پست الکترونیک: Karamoozian@gmail.com

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۲۵

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۲/۲/۱۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۸/۲۸

مقدمه

اگرچه استرس به طور کلی یک واکنش انطباقی به چالش‌های محیطی است، اما عوامل استرس‌زا در دوران بارداری ممکن است اثر منفی بر سلامت مادران باردار و نوزادان آن‌ها داشته باشد (۱). دوره بارداری با تغییرات جسمانی و روان‌شناختی در زنان باردار همراه است. این پدیده در زنان نخست‌زا با شدت بیشتری همراه است زیرا آن‌ها برای اولین بار با این تغییرات مواجه می‌شوند. مادران باردار به دلیل رویارویی با نگرانی درباره وضعیت جنین، ترس از زایمان، کاهش فعالیت‌های روزمره، مواظبت افراطی و تغییرات ظاهری دچار اضطراب و ترس می‌شوند (۲).

یافته‌های مختلف نشان می‌دهد که اضطراب و نگرانی یکی از مشکلات روان‌شناختی مادر باردار است و به صورت یک رابطه U شکل تظاهر می‌کند (۳). این تصور که تغییرات در محیط جنین می‌تواند اثرات بلند مدت یا حتی پایدار بر تحول کودک داشته باشد، روز به روز در جوامع علمی بیشتر مورد پذیرش قرار می‌گیرد. در حقیقت تجارب درون رحمی می‌تواند بر جنین اثر زیادی بگذارد؛ حتی این تأثیر می‌تواند بر تحول بعد از زایمان تا بزرگسالی ادامه داشته باشد (۴).

با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلالات روانی از علل عمده بیماری در زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله است. این شرایط در زنان باردار ممکن است بر روی نوزادان تأثیرگذار باشد (۵). بیش از ۵۴ درصد از زنان باردار برخی از علائم اضطراب و بیش از ۳۷ درصد آن‌ها علائم افسردگی را در دوره بارداری داشته‌اند (۶). در مطالعه دیگری که درباره میزان شیوع اضطراب پیش از زایمان مادر انجام شده است، نتایج نشان داد که در سراسر مدت بارداری در زنان باردار اضطراب ایجاد شد و به تدریج میزان آن بیشتر گردید

(۷). در مطالعه دیگری در ایران، شیوع اختلال‌های روانی در زنان باردار از میانگین آن در جامعه بیشتر گزارش شد (۸).

اضطراب بارداری و زایمان، در ابتلای کودک به اسکیزوفرنی (۹) و اختلالات عاطفی در آینده (۱۰)، ابتلا به اوتیسم (۱۱) و تنگی تنفسی در دوره نوزادی (۱۲)، نیز نقش دارد. رابطه مستقیمی بین اضطراب مادر و ناهنجاری‌های تکامل مغز جنین (۱۳) و دیسترس جنین (Fetal distress) (۱۴) وجود دارد و با کاهش تکامل ذهنی در ۲ سالگی همراه است (۱۵). همچنین اضطراب قبل از زایمان مادر، در بدخواهی نوزاد (۱۶) و مشکلات رفتاری دوران اولیه کودکی (۱۷) اثرگذار است. در خصوص اهمیت بهداشت روان دوره بارداری قابل ذکر است که ریشه دلبستگی ضعیف والد-کودک به هنگام افسردگی پس از زایمان، در دوره بارداری نهفته است (۱۸).

افسردگی در دوره بارداری می‌تواند منجر به عدم توجه به خود و در نتیجه تغذیه ناکافی، مصرف سیگار، مصرف دارو و عدم مراقبت کافی دوره بارداری شود و خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش دهد و در موارد نادر، خودکشی را به دنبال دارد (۱۹). میزان افسردگی در حین بارداری بر اساس معیارهای تشخیصی به کاررفته و جمعیت مورد مطالعه از ۱۰ تا ۳۰ درصد تغییر می‌کند (۲۰). در یک مطالعه شیوع افسردگی حین بارداری، ۴۵ درصد (۲۱) و در مطالعه دیگری در ایران این میزان ۳۰/۶ درصد گزارش شده است. لازم به ذکر است که هیچ یک از زنان مورد مطالعه برای رفع این اختلال تحت درمان و مراقبت قرار نداشتند (۲۲). همچنین با توجه به شیوع بیش از ۶۴ درصد اختلالات اضطرابی در بارداری در ایران (۲۳)، مشکلات روانی همچنان موضوع مهمی در بهداشت زنان به شمار می‌آید (۲۴).

محققان جهت درمان اختلالات دوره بارداری ترکیب متفاوتی از مداخلات روان‌شناختی را به کار برده‌اند. یکی از این مطالعات اثربخشی مداخله التقاطی بر کاهش افسردگی دوره بارداری است که تأثیر آن به گونه‌ای به اثبات رسیده است (۲۵). نتایج پژوهش Guido و همکاران نشان داد که مدیریت استرس شناختی-رفتاری پیش از تولد، بر سطح کورتیزول بزاقی (به عنوان علامتی از میزان استرس) مادران و نوزادان آن‌ها اثرگذار است و در نتیجه مشکلات مربوط به بهداشت روان مادران و نوزادان را در آینده کاهش می‌دهد (۲۶).

فاتحی‌زاده و همکاران، در پژوهش خود نشان دادند که ارائه مشاوره به شیوه زوج درمانی رفتاری، افسردگی دوره بارداری را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد (۲۷). نتایج پژوهش Austin و همکاران، نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری در دوره بارداری بر پیشگیری از اضطراب و افسردگی پس از زایمان مؤثر است (۲۸). نتایج پژوهش حسینی‌نسب و همکاران، نشان داد که آموزش مطالب تئوری و تکنیک‌های عملی به مادران موجب افزایش اعتماد به نفس و کاهش ترس و اضطراب آنان می‌شود و محیط آرام و حمایت‌کننده‌ای را در کل دوره بارداری و زایمان ایجاد می‌کند. از آن جا که مطابق تحقیقات انجام‌شده اضطراب مهم‌ترین عامل در میزان درد و سازگاری مادران با درد است، بنابراین کاهش اضطراب، موجب افزایش همکاری و سازگاری آن‌ها می‌شود و موجب درد کمتر و دوره زایمان کوتاه‌تر در افراد آموزش‌دیده می‌گردد (۲۹). بنابراین از چشم‌انداز چندین پژوهش، روش‌های درمانی به شیوه شناختی-رفتاری در دوران بارداری ایمن هستند (۳۰).

نتایج تحقیقات انجام‌شده حاکی از آن است که تنش‌ها و فشارهای روانی مادران باردار تأثیر عمیقی

بر نوزادان آن‌ها خواهد داشت و مسیر رشد و تحول آن‌ها را به کلی منحرف می‌سازد. بنابراین بارداری و زایمان به عنوان یک بحران در زندگی زنان محسوب می‌شود و توجه به این پدیده فیزیولوژیک از اهمیت خاصی برخوردار است. امروزه در مراکز بهداشتی-درمانی کشور، مراقبت‌های دوران بارداری تنها به مراقبت‌های جسمی محدود است و بهداشت روان مادران به دست فراموشی سپرده شده است؛ در حالی که سلامت جسم در گرو سلامت روان و سلامتی روان مادر، ضامن سلامت خانواده و فرزندی است که به زودی متولد خواهد شد (۳۱).

قابل ذکر است که تاکنون در بررسی‌های کمی در ایران ترس‌ها و نگرانی‌های دوره بارداری ارزیابی و سنجیده شده است. بسیاری از پژوهشگران برای ارزیابی اضطراب که شایع‌ترین مشکل روانی در دوره بارداری است، مقیاس‌هایی همچون پرسشنامه اضطراب حالت صفت (State-trait anxiety inventory یا STAI) Spielberg (۳۲) و مقیاس اضطراب آشکار (Manifest anxiety scale یا MAS) Taylor را به کار برده‌اند، در حالی که این مقیاس‌ها برای ارزیابی نگرانی دوره بارداری ساخته نشده‌اند (۳۳). بررسی‌ها نشان داده‌اند که زنان باردار ممکن است نگرانی‌های شدیدی درباره نارسایی‌های دوره جنینی، نگرانی درباره درد و نگرانی درباره تغییر در زندگی شخصی در نتیجه بارداری و زایمان داشته باشند (۳۴). کاستی‌های مربوط به اندازه‌گیری حالت‌های روانی مادران در دوره بارداری می‌تواند آشفتگی روانی آنان را کمتر از آن چه که هست برآورد کند (۳۵). بنابراین انجام مطالعات بیشتر در راستای شناخت ترس‌ها و نگرانی‌های مختص دوره بارداری و بررسی تغییرات اضطراب ویژه بارداری و همچنین عوامل بالینی مرتبط با آن ضروری به نظر می‌رسد.

بنابراین، در این پژوهش هدف این بود که برخی آموزش‌ها از جمله آموزش شیوه‌های مدیریت استرس

پرسشنامه اضطراب بارداری Van den Bergh، ضریب همبستگی آن را با پرسشنامه اضطراب حالت- صفت Spielberger قابل قبول نشان دادند و آلفای کرونباخ همه خرده مقیاس‌ها در سراسر دوره بارداری ۰/۷۶ گزارش کردند (۳۹). Van den Bergh با توجه به ویژگی PRAQ، روایی محتوایی آن را بالا گزارش کرد (۳۷). بابانظری و کافی در پژوهش خود گزارش کردند که روایی صوری پرسشنامه اضطراب بارداری Van den Bergh توسط پنج روان‌شناس مورد تأیید قرار گرفت. آلفای کرونباخ هر یک از مؤلفه‌ها و کل مقیاس در دوران بارداری به این شرح بود: ترس از زایمان ۰/۴۷، نگرانی از تغییر در روابط زناشویی ۰/۶۵، ترس از زاییدن یک بچه توان‌خواه جسمی یا روانی ۰/۴۱، نگرانی از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک ۰/۶۶، احساسات خود محورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر ۰/۵۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۱ (۳۸). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ هر یک از مؤلفه‌ها و کل مقیاس در دوره بارداری به این شرح بوده است: ترس از زایمان ۰/۷۴، ترس از تولد کودک توان‌خواه جسمی یا روانی ۰/۷۱، ترس از تغییر در روابط زناشویی ۰/۷۶، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک ۰/۷۰، ترس‌های خودمحورانه یا ترس در تغییرات در زندگی شخصی مادر ۰/۷۵ و برای کل مقیاس ۰/۷۰.

۲- پرسشنامه افسردگی ادینبرگ (Edinburgh depression scale): پرسشنامه‌ای که برای تعیین افسردگی دوران بارداری در این تحقیق استفاده شد؛ توسط Cox و همکاران تدوین و اصلاح شده است (۴۰). پرسشنامه Edinburgh برای اندازه‌گیری افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان در پژوهش‌های بالینی به کار رفته است (۲۵). این ابزار از ده قسمت چهار گزینه‌ای تشکیل شده است که در بعضی از

شناختی- رفتاری که دربرگیرنده‌ی استرس‌زها و پاسخ‌های استرس، آموزش آرمیدگی، ارتباط افکار و هیجانات، تفکر منفی، اصلاح تعریفات شناختی، آموزش پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر و مدیریت خشم می‌باشد (۳۶)، جهت کاهش اضطراب و افسردگی به زنان باردار داده شود.

روش بررسی

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد بود. در این مطالعه تأثیر آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری به عنوان متغیر مستقل بر اضطراب و افسردگی به عنوان متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار پژوهش در این مطالعه شامل دو آزمون بود:

۱- پرسشنامه اضطراب بارداری و نندبرگ (Pregnancy related anxiety questionnaire یا PRAQ): این پرسشنامه ترس‌ها و نگرانی‌های مربوط به بارداری را می‌سنجد و به وسیله Van den Bergh (۳۷) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۵۸ ماده است. تحلیل عاملی اکتشافی داده‌های این پرسشنامه، پنج عامل را نشان داد: ترس از زایمان (۱۴ ماده)، ترس از زاییدن یک بچه توان‌خواه جسمی یا روانی (۵ ماده)، ترس از تغییر در روابط زناشویی (۱۳ ماده)، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک (۱۶ ماده)، ترس‌های خودمحورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر (۷ ماده). قابل ذکر است که سه پرسش آخر حالت‌های عمومی هستند که یک تصویر کلی از بارداری ارائه می‌دهند و در تحلیل گنجانده نشده‌اند. نمره نهایی این پرسشنامه از جمع کردن نمره‌های هر عبارت به دست می‌آید. نمره هر عبارت بین صفر تا هفت درجه‌بندی شده است. بنابراین نمره اضطراب بارداری می‌تواند بین صفر تا ۳۸۵ باشد (۳۸). Huizink و همکاران، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی

سؤالات، گزینه‌ها از شدت کم به زیاد (۱، ۲ و ۴) و در بعضی از زیاد به کم (۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰) مرتب شده‌اند. گزینه‌های هر سؤال امتیازی از صفر تا ۳ بر اساس شدت علامت، به خود اختصاص می‌دهند و امتیازی که فرد کسب می‌کند از جمع امتیازات ده سؤال به دست می‌آید که می‌تواند از صفر تا ۳۰ متغیر باشد. مادرانی که امتیازاتی بالاتر از حد آستانه ۱۲/۵ کسب می‌کنند از افسردگی با شدت‌های متفاوتی رنج می‌برند. روایی این آزمون با استفاده از شیوه تعیین ضریب همبستگی هم‌زمان آزمون Edinburgh، آزمون افسردگی Beck معادل ۰/۷۸ و پایایی این آزمون از روش آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن معادل ۰/۷۵ گزارش شده است (۲۹). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این آزمون معادل ۰/۷۲ به دست آمد. جامعه آماری شامل زنان باردار مبتلا به اضطراب و افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی (رسالت، سجادیه و ملایری) شهر کرمان بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. در پژوهش‌های تجربی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه به عنوان حجم نمونه تعیین می‌شود (۴۱). پس از تهیه فهرست ۱۴۷ نفر زن باردار مراجعه‌کننده به این سه مرکز بهداشتی-درمانی که مبتلا به اضطراب و افسردگی بودند، ۳۰ نفر از آن‌ها به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه شاهد قرار گرفتند. کلیه شرکت‌کنندگان نیز آگاهانه و داوطلبانه در مطالعه شرکت کردند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری‌شده تنها به منظور پژوهش مورد استفاده قرار خواهند گرفت. به علاوه به مشارکت‌کنندگان یادآوری شد که در هر زمانی قادر به ترک جلسات هستند.

ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: نخستین بارداری، داشتن بارداری کم‌خطر، داشتن

حداقل تحصیلات دیپلم، ابتلا به افسردگی (بر اساس تست افسردگی Edinburgh نمره بالاتر از ۱۲) و ابتلا به اضطراب (آزمودنی‌هایی که بیشترین نمره اضطراب را بر اساس پرسشنامه اضطراب بارداری PRAQ داشتند) و ماه چهارم و پنجم بارداری. معیارهای خروج از گروه نمونه نیز شامل: سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و روانی قابل توجه مانند دیابت، بیماری‌های قلبی و اختلالات روان‌پریشی از جمله اسکیزوفرنی و پارانوئا بود که نیاز به دارو و مراقبت‌های ویژه دارند. همچنین افرادی که به دلیل اختلالات اضطراب و افسردگی تحت درمان بودند نیز وارد مطالعه نشدند. این موارد با استفاده از پرونده‌های پزشکی موجود تشخیص داده شد. قابل ذکر است که غیبت بیش از دو جلسه نیز باعث خروج فرد از مطالعه و حذف وی از دوره آموزش می‌شد. برخی ملاک‌ها با مشورت متخصصین زنان و کارشناسان مامایی و برخی دیگر با بررسی پیشینه پژوهشی، تعیین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش از جمله داشتن بارداری کم‌خطر جهت شرکت در جلسات آموزشی و نخستین بارداری، به علت اولین تجربه مد نظر قرار گرفت.

ملاک‌های خروج به این دلیل تدوین شدند که افراد در صورت قرارگرفتن در گروه آزمایش بتوانند در جلسات آموزشی و درمانی شرکت کنند و بیماری مانع شرکت آن‌ها در جلسات نشود. به علاوه برخی بیماری‌ها از جمله پارانوئا یا اسکیزوفرنی می‌توانستند بر روی متغیرهای وابسته اثرگذار باشند.

به منظور انجام پیش‌آزمون قبل از شروع مداخله، پرسشنامه‌های اضطراب بارداری Van den Bergh و پرسشنامه افسردگی Edinburgh توسط افراد هر دو گروه، تکمیل شد. آن‌گاه افراد گروه آزمایش در ۱۲ جلسه هفتگی (به مدت سه ماه) و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه تحت مداخله شناختی-رفتاری مدیریت استرس

داشتند، ولی تنها گروه آزمایش تحت مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس قرار گرفت. جهت تنظیم طرح مداخله، از مدل شناختی- رفتاری مدیریت استرس ارایه شده توسط Antoni و همکاران استفاده شد (۳۶). در این مداخله راهبردهای مقابله با استرس به بیماران آموزش داده شد. شرح جلسات درمانی در جدول ۱ نشان داده شده است. داده‌های جمع‌آوری‌شده با آزمون Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) توسط نرم‌افزار SPSS، تجزیه و تحلیل شد. برای بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون Levene استفاده شد.

قرار گرفتند. در حین مداخله، یک نفر از اعضای گروه آزمایش به دلیل تغییر محل سکونت از مطالعه کناره‌گیری نمود. پرسشنامه‌های مذکور به منظور انجام پس‌آزمون در آخرین جلسه درمانی توسط گروه آزمایش تکمیل شد. با افراد گروه شاهد نیز تماس گرفته شد و آن‌ها در محل اجرای مداخله یک بار دیگر پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش و شاهد تحت مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی- درمانی قرار

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی درمانی

جلسه	موضوعات	محتوای جلسات آموزشی درمانی
۱	ارزیابی اولیه و مصاحبه بالینی، آرمیدگی	جلب همکاری و اطمینان‌بخشی، معرفی روش درمان و تأثیر عوامل روان‌شناختی بر سلامت مادر و جنین، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای
۲-۴	استرس‌زها و پاسخ‌های استرس، آرمیدگی	تأثیرات جسمی استرس، ارتباط بین افکار و احساسات، تفکر منفی و تحریفات شناختی، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای
۵-۶	جایگزینی افکار منطقی، آرمیدگی	تفاوت بین خودگویی منطقی و غیر منطقی، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای
۷-۸	مقابله کارآمد، آرمیدگی	مفهوم مقابله کارآمد، انواع مقابله‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار، ترکیب مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار، مقابله ناکارآمد، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل
۹-۱۰	اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، آرمیدگی	تطبیق دادن راهبردهای مقابله‌ای با استرس‌زها، مراقبه مانترا
۱۱	مدیریت خشم، آموزش ابرازگری و آرمیدگی	تعریف خشم، سبک‌های برقراری ارتباط صحیح و مؤثر و آموزش روش‌های کنترل خشم، سبک‌های بین فردی، موانع رفتار ابرازگرانه مؤلفه‌های ارتباط ابرازگرانه، تنفس دیافراگمی
۱۲	جمع‌بندی	بررسی پیشرفت آزمودنی‌ها، مرور مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات قبل و تعمیم آموخته‌ها

نتایج

نوزاد مورد دلخواه بود و در گروه شاهد در ۹ نفر جنسیت نوزاد مورد دلخواه بود. جدول ۲ علاوه بر میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه؛ نتایج آزمون همگنی واریانس Levene بین متغیرهای وابسته پژوهش را نیز نشان می‌دهد.

از بین ۱۴ نفر گروه آزمایش ۱۱ نفر بارداری خواسته و ۳ نفر بارداری ناخواسته و از بین ۱۵ نفری گروه شاهد ۹ نفر بارداری خواسته و ۶ نفر بارداری ناخواسته، داشتند. از لحاظ دلخواه یا غیر دلخواه بودن جنسیت نوزاد، در گروه آزمایش در ۱۰ نفر جنسیت

نتایج به دست آمده در جدول ۲ نشان می‌دهند که آزمون Levene در متغیرهای مورد بررسی معنی‌دار نبود، بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و شاهد همگن بود و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. همگنی شیب‌های رگرسیونی نیز یکی دیگر از مفروضه‌های اساسی در تحلیل کواریانس می‌باشد که بدین منظور آزمون اثرهای بین آزمودنی‌ها جهت بررسی این مفروضه اجرا شد. خلاصه و نتیجه نهایی در جدول ۳ آورده شده است.

با توجه به نتایج جدول فوق اثر تعاملی پیش‌آزمون و گروه‌ها در هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی معنی‌دار نبود ($P > 0/05$). با توجه به نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که بردارهای متقابل معنی‌دار نبود و در نتیجه ضرایب رگرسیون گروه‌ها مساوی بودند. نتایج آزمون MANCOVA برای بررسی اثر مداخله آزمایشی روی نمرات پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		آزمون Levene			
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F مقدار	P مقدار
ترس از تغییر در روابط زناشویی	آزمایش	۱۴	۷۰/۵۷	۱۸/۱	۱۴	۸۵/۴۳	۱۶/۶۳	۳/۰۸	۰/۰۹
	شاهد	۱۵	۶۷/۳۳	۱۳/۴۱	۱۵	۷۲/۹۲	۱۴/۳۱		
ترس از زایمان	آزمایش	۱۴	۴۰/۰۷	۹/۱۵	۱۴	۳۲/۸۵	۱۲/۲۲	۱/۴۲	۰/۲۴
	شاهد	۱۵	۳۹/۰۶	۱۲/۳	۱۵	۴۵/۴	۷/۶۵		
ترس از تولد کودک توان‌خواه جسمی یا روانی	آزمایش	۱۴	۳۵/۸۸	۶/۱۷	۱۴	۱۵/۷۱	۵/۸۳	۱/۰۵	۰/۳۱
	شاهد	۱۵	۲۳/۰۰	۱۲/۱۴	۱۵	۲۳/۶۶	۱۰/۰۹		
ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک	آزمایش	۱۴	۳۶/۱۴	۱۳/۵	۱۴	۳۴/۷۱	۱۳/۸۶	۰/۴۷۲	۰/۴۹
	شاهد	۱۵	۳۸/۶	۱۵/۱۵	۱۵	۴۰/۲۶	۱۵/۳۹		
ترس‌های خودمحورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر	آزمایش	۱۴	۶۰/۸	۱۵/۱۳	۱۴	۴۴/۵	۱۴/۹	۲/۸۳	۰/۱۱
	شاهد	۱۵	۵۷/۳۳	۲۰/۳۹	۱۵	۶۸/۹۳	۲۳/۶۸		
اضطراب کلی	آزمایش	۱۴	۲۳۳/۲	۳۶/۳۴	۱۴	۱۷۱/۶	۴۶/۳	۰/۶۳۶	۰/۴۳
	شاهد	۱۵	۲۲۵/۳۳	۵۸/۶۶	۱۵	۲۵۱/۲	۵۴/۹۶		
افسردگی	آزمایش	۱۴	۱۸/۵۷	۴/۴۸	۱۴	۱۴/۴۲	۳/۹۳	۲/۳۸	۰/۱۳
	شاهد	۱۵	۱۲/۶۶	۳/۷۵	۱۵	۱۴/۲۰	۳/۶۲		

جدول ۳. نتایج آزمون‌های اثرهای پیش‌آزمون بر متغیرهای مورد بررسی

مقدار P	مقدار F	پیش‌آزمون * گروه‌ها
۰/۵۲۴	۰/۸۵۴	ترس از تغییر در روابط زناشویی
۰/۱۶	۲/۶۸	ترس از زایمان
۰/۱۶	۰/۴۰	ترس از تولد کودک توان‌خواه جسمی یا روانی
۰/۳۳	۰/۹۷	ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک
۰/۲۹	۱/۱۷	ترس‌های خودمحورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر
۰/۱۴	۲/۰۳	اضطراب کلی
۰/۴۷	۰/۵۱۹	افسردگی

جدول ۴. نتایج آزمون MANCOVA برای متغیرهای ترس از تولد کودک توان‌خواه و ترس از زایمان

اثر	آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار P
اثر Pillai	۰/۵۴	۱۴/۴۲	۲	۲۴	۰/۰۱	
Wilks' Lambda	۰/۴۵	۱۴/۴۲	۲	۲۴	۰/۰۱	
اثر Hotelling	۱/۲۰	۱۴/۴۲	۲	۲۴	۰/۰۱	
بزرگ‌ترین ریشه Roy	۱/۲۰	۱۴/۴۲	۲	۲۴	۰/۰۱	

گروه

نتایج آزمون One way ANCOVA در متن MANCOVA برای مقایسه پس‌آزمون‌های هر دو متغیر وابسته ترس از تولد کودک توان‌خواه جسمی یا روانی یا ترس از زایمان با کنترل پیش‌آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و شاهد و نتایج آزمون One way ANCOVA در متن MANCOVA برای مقایسه پس‌آزمون‌های هر سه متغیر، تغییر در روابط، تغییر در خلق و کاهش در ترس‌های خودمحورانه با کنترل پیش‌آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و شاهد در جدول ۶ ارائه شده است.

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و شاهد از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (ترس از تولد کودک توان‌خواه جسمی یا روانی، ترس از زایمان) تفاوت معنی‌داری ($P < ۰/۰۱$) وجود داشت. برای بررسی نقطه تفاوت، One way ANCOVA در متن MANCOVA روی متغیرهای وابسته انجام شد. خلاصه نتایج MANCOVA برای مقایسه میانگین پس‌آزمون‌های تغییر در روابط، تغییر در خلق و کاهش در ترس‌های خودمحورانه با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و شاهد در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون MANCOVA برای متغیرهای ترس از تغییر در روابط زناشویی، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک و ترس‌های خودمحرانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر

اثر	آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار P
گروه	اثر Pillai	۰/۶۱	۱۱/۹۰	۲	۲۷	۰/۰۱
	Wilks' Lambda	۰/۳۸	۱۱/۹۰	۲	۲۷	۰/۰۱
	اثر Hotelling	۱/۶۲	۱۱/۹۰	۲	۲۷	۰/۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه Roy	۱/۶۲	۱۱/۹۰	۲	۲۷	۰/۰۱

جدول ۶. نتایج تحلیل One way ANCOVA برای مقایسه پس‌آزمون‌ها در متغیرهای مورد بررسی

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P
گروه	ترس از تولد کودک توان‌خواه جسمی یا روانی	۶۵۲/۶۳	۱	۶۵۲/۶۳	۱۶/۷۷	۰/۰۱
	ترس از زایمان	۱۲۷۰/۸۶	۱	۱۲۷۰/۸۶	۱۶/۶۷	۰/۰۱
گروه	تغییر در روابط زناشویی	۶۳۱۷/۵۴	۱	۶۳۱۷/۵۴	۲۵/۵۸	۰/۰۱
	ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک	۶۹/۸۸	۱	۶۹/۸۸	۰/۸۴	۰/۳۶
	ترس‌های خودمحرانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر	۴۳۷۲/۶۳	۱	۴۳۷۲/۶۳	۲۱/۴۴	۰/۰۱

داشت، که نشان‌دهنده کاهش معنی‌دار میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با گروه شاهد بود. نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس اثر آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری بر اضطراب کلی و افسردگی در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین تعدیل‌شده اضطراب کلی در گروه‌های آزمایش و شاهد مشاهده می‌شود. اثرات پیش‌آزمون نیز با مقدار ۰/۵۷

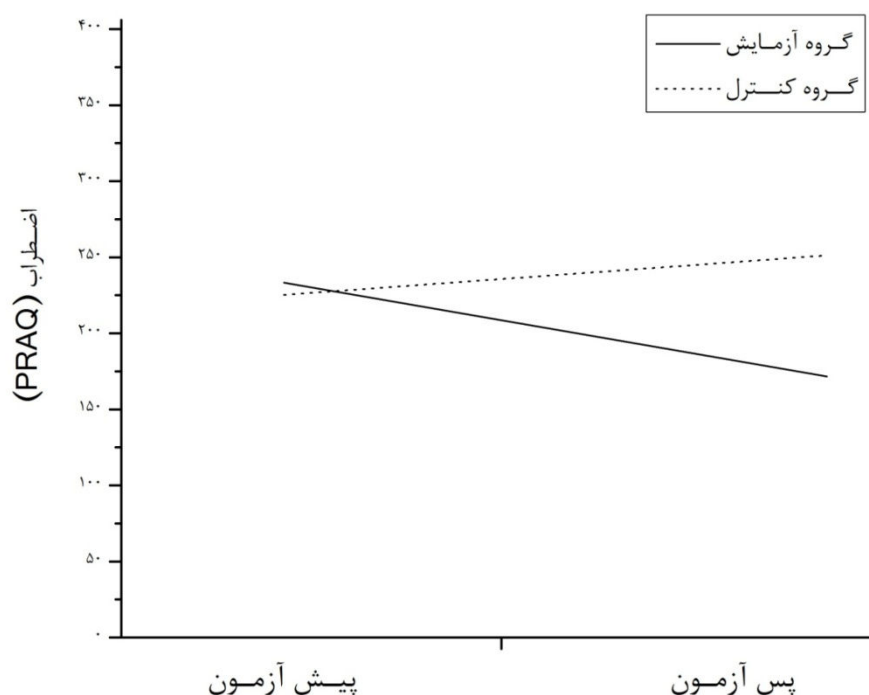
نتایج به دست آمده در جدول ۶ نشان می‌دهند که تحلیل One way ANCOVA در متغیرهای ترس از تولد کودک توان‌خواه جسمی یا روانی ($F = ۱۶/۷۷$ و $P = ۰/۰۱$)، و ترس از زایمان ($F = ۱۶/۶۷$ و $P = ۰/۰۱$) معنی‌دار بود. مقایسه میانگین پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و شاهد از لحاظ هر یک از متغیرهای وابسته نشان داد که بین میانگین نمره کل پس‌آزمون گروه آزمایش ($۱۷۱/۶ \pm ۴۶/۳$) و گروه شاهد ($۲۵۱/۲ \pm ۵۴/۹۶$) تفاوت معنی‌داری وجود

مشاهده می‌شود. اثرات پیش‌آزمون نیز با مقدار $P < 0/01$ و $F = 9/21$ معنی‌دار بود. در نتیجه می‌توان گفت که آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری تأثیر معنی‌داری بر کاهش افسردگی در گروه آزمایش داشته است.

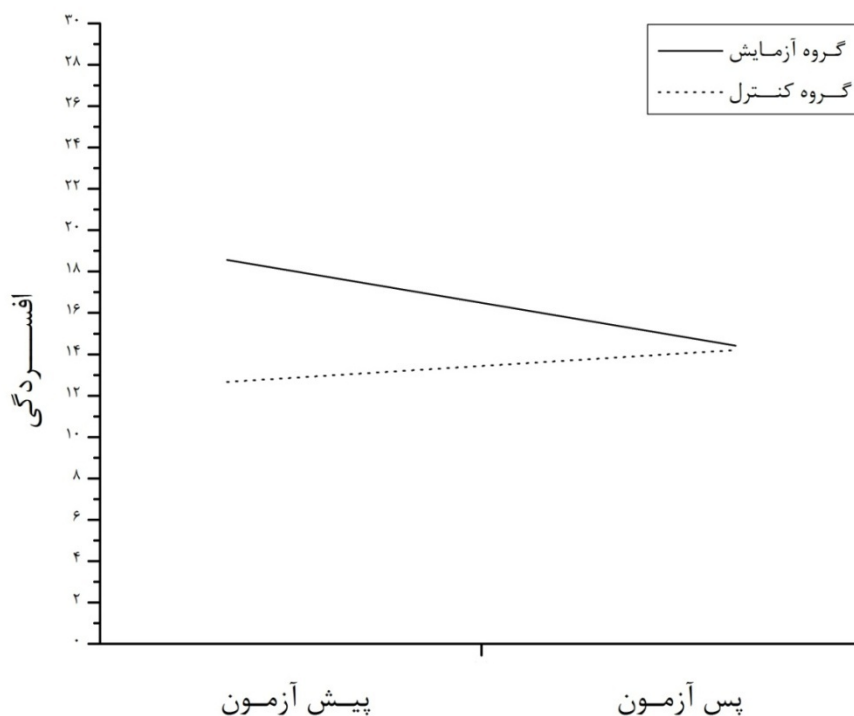
$\eta^2_p = 0/01$ و $F = 34/83$ معنی‌دار بود. در نتیجه می‌توان گفت که آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری تأثیر معنی‌داری بر کاهش اضطراب کلی در گروه آزمایش داشته است. همچنین تفاوت معنی‌داری بین میانگین تعدیل‌شده افسردگی در گروه‌های آزمایش و شاهد

جدول ۷. اثر آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی

متغیر	شاخص	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	حجم اثر
اضطراب	پیش‌آزمون	۱	۳۱۳۳/۷۲	۲۰/۹۸	$< 0/01$	۰/۵۷
	گروه‌ها	۱	۵۲۰۳۳/۵۸	۳۴/۸۳	$< 0/01$	
افسردگی	پیش‌آزمون	۱	۱۹۷/۱۸	۲۷/۴۶	$< 0/01$	۰/۵۱
	گروه‌ها	۱	۶۶/۱۵	۹/۲۱	$< 0/01$	



شکل ۱. نمره‌های اضطراب دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون



شکل ۲. نمره‌های افسردگی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

بحث

بررسی منابع مطالعاتی در دسترس نشان داد که تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر اضطراب و افسردگی دوره بارداری در ایران انجام نشده است. مداخله‌هایی که تاکنون صورت گرفته است، تحت عنوان زوج درمانی، آموزش تمرین‌های عملی، مداخله التقاتلی، آرام‌سازی عضلانی و مشاوره در زمینه اطلاعات مامایی بر روی جامعه زنان باردار بوده است. همچنین قابل ذکر است که تأثیر مداخله مدیریت استرس شناختی-رفتاری بر روی جامعه زنان نابارور، مصرف‌کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری، بیماران قلبی، بیماران پوستی، بیماران مبتلا به آسم و بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفته است.

نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی دوره بارداری مؤثر بود. به عبارت دیگر افزایش

مهارت مدیریت استرس می‌تواند بر عوامل روان‌شناختی دوره بارداری تأثیرگذار باشد. قابل ذکر است که در پژوهش حاضر آموزش‌های داده‌شده در حیطه مدیریت استرس شناختی-رفتاری، به طور مشخص با شرایط دوره بارداری و زایمان، و نوع افکار، ترس‌ها و نگرانی‌هایی که ممکن است در این دوره برای زنان باردار ایجاد شود، هماهنگ شده است. منظور از این هماهنگی این است که به عنوان مثال متن تصویرسازی‌های ذهنی که برای کاهش اضطراب آموزش داده شد، مربوط به فرایند دوره بارداری و زایمان بود. همچنین جهت کاهش افسردگی اغلب بر روی تحریف‌های شناختی که مربوط به دوران بارداری، بچه‌دار شدن و زایمان بوده‌اند، بحث و بررسی صورت گرفت. بنابراین از این جهت، محتوای بحث‌های جلسات آموزشی-درمانی با شرایط دوره بارداری تطبیق داده شده بود.

همچنین پژوهش‌های زیادی، همراه بودن بارداری با اضطراب و افسردگی را تأیید کرده‌اند (۲۳-۲۱، ۷، ۶).

گروه آزمایش شد، زیرا فراگیری مراقبه، آرام‌سازی و همچنین شیوه‌های شناختی باعث می‌شود فرد به گونه‌ای کارآمد و مؤثر با اضطراب رو به رو شود. با تمرین حالت مراقبه، زنان باردار توانستند از الگوهای عادت‌های افکار و هیجانات فاصله بگیرند و حس جدید کنترل تجسمی و ذهنی را ایجاد کنند و گسترش دهند. به این ترتیب سرانجام فرد مراقبه‌کننده، احساس می‌کند که کمتر با افکار و هیجانات ستیزه می‌کند. در نتیجه چنین تمرینی باعث شد که ترس‌های خودمحورانه مادران باردار به صورت قابل توجهی کاهش یابد و همچنین با تصویرسازی محل و فرایند زایمان، ترس‌های مربوط به زایمان نیز کاهش یافت (۳۶).

همچنین با توجه به این که اختلال افسردگی در نتیجه تحریف‌های شناختی خاصی نظیر تعمیم افراطی، بزرگ‌نمایی، شخصی‌سازی، مطلق‌گرایی تفکر و نتیجه‌گیری دل‌خواهی، به وجود می‌آید و الگوهای شناختی باعث می‌شوند که فرد داده‌های درونی و بیرونی را تحت تأثیر تجارب اولیه، به گونه‌ای تغییر یافته درک کند؛ برخورد شناختی و رفتاری با آن منطقی به نظر می‌رسد (۴۲).

به طور کلی نتایج این پژوهش و سایر پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه نشان دادند که درمان‌های روان‌شناختی در بهبود اضطراب و افسردگی بارداری نقش بسزایی دارند. آموزش مدیریت استرس علاوه بر تعدیل سطح احساسات و عواطف درونی سبب جلب حمایت اجتماعی و کاهش مشکلات روانی می‌گردد. بر این اساس همکاری متخصصان زنان و مامایی با متخصصان حوزه روان‌پزشکی و روان‌شناسی در درمان این دو اختلال (اضطراب و افسردگی) می‌تواند به شرایط مطلوب زنان در دوره بارداری کمک کند. همچنین با توجه به محدودیت جامعه آماری در این پژوهش، به پژوهشگران علاقه‌مند به

مطالعات دیگری از جمله مطالعه Munoz و Urizar نشان داد که سطح کورتیزول بزاقی به عنوان علامتی از میزان استرس به دنبال آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری پیش از تولد تغییر می‌کند (۲۶). همچنین نتایج مطالعه حسینی‌نسب و همکاران نشان داد که آموزش مطالب تئوری و تکنیک‌های عملی به مادران باردار، ترس و اضطراب آن‌ها را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد (۲۹). با توجه به این مطلب، این نتیجه که کاهش اضطراب و شاید سایر اختلالات روان‌شناختی دوره بارداری از طریق مداخله مدیریت استرس شناختی- رفتاری، سبب بهبود علائم اضطراب دوره بارداری می‌شوند، قابل انتظار بود. همچنین نتایج بیان می‌دارد که مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری سبب کاهش افسردگی دوره بارداری می‌شود که با نتایج پژوهش تبریزی و لرستانی (۲۵) هم‌سو بود. این یافته که کاهش اضطراب، افسردگی و شاید سایر اختلالات روان‌شناختی از طریق آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری، سبب بهبود علائم اضطراب و افسردگی دوره بارداری می‌شود، با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده که نقش تغییرات شناختی و آموزش را در بهبود علائم اضطراب و افسردگی بارداری، مؤثر می‌دانند (۲۹-۲۵)، هم‌سو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت؛ طی ۱۲ جلسه آموزشی سعی شد که افراد نسبت به نشانه‌های فیزیولوژیک و هیجانی استرس، آگاهی پیدا کنند و هر کدام الگوی عادت‌های خود را در پاسخ به استرس شناسایی کنند و سپس به افراد آموزش داده شد که با بروز اولین نشانه استرس در خود، یکی از فنون تن‌آرامی را بر روی خود پیاده کنند. مهار افکار خودآیند را می‌توان عامل دیگر کاهش اضطراب و افسردگی در زنان باردار در گروه آزمایش دانست. بنابراین مهار و کاهش استرس با استفاده از روش تن‌آرامی و فنون شناختی منجر به کاهش اضطراب در

سایر درمان‌های روان‌شناختی در درمان سایر اختلالات روانی دوره بارداری نیز حائز اهمیت است.

این حوزه پیشنهاد می‌شود که این پژوهش را در جامعه آماری بزرگ‌تری تکرار کنند. همچنین بررسی اثربخشی

References

1. Da CD, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000; 59(1): 31-40.
2. Dareshouri Mohammadi Z, Bosaknejad S, Sarvghad SA. 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* 2013; 3(4): 495-504. [In Persian].
3. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord* 2009; 119(1-3): 142-8.
4. Abdollahzade Rafi M, Hassanzadeh M, Ahmadi S, Taheri M, Hosseini MA. Relationship between social support with depression and anxiety during third trimester pregnancy. *IJNR* 2012; 7(26): 1-10. [In Persian].
5. Ibanez G, Charles MA, Forhan A, Magnin G, Thiebaugeorges O, Kaminski M, et al. Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: data from the EDEN mother-child cohort. *Early Hum Dev* 2012; 88(8): 643-9.
6. Robbins E. Depression during pregnant. *Birmingham psychology journal* 2003; 63 (1):1-3 .
7. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007; 110(5): 1102-12.
8. Mangoli M, Ramezani T, Mohammad Alizadeh S. Screening mental disorders in pregnancy. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2003; 8(4): 45-55. [In Persian].
9. Isohanni M, Jones P, Kemppainen L, Croudace T, Isohanni I, Veijola J, et al. Childhood and adolescent predictors of schizophrenia in the Northern Finland 1966 birth cohort--a descriptive life-span model. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250(6): 311-9.
10. O'Keane V. Evolving model of depression as an expression of multiple interacting risk factors. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 482-3.
11. Kinney DK, Munir KM, Crowley DJ, Miller AM. Prenatal stress and risk for autism. *Neurosci Biobehav Rev* 2008; 32(8): 1519-32.
12. Cookson H, Granell R, Joinson C, Ben-Shlomo Y, Henderson AJ. Mothers' anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children. *J Allergy Clin Immunol* 2009; 123(4): 847-53.
13. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 502-8.

14. Bhagwanani SG, Seagraves K, Dierker LJ, Lax M. Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: a prospective study. *J Natl Med Assoc* 1997; 89(2): 93-8.
15. Solchany JA. Promoting maternal mental health during pregnancy: Theory, practice and intervention. Washington, DC: NCAST Publications; 2001.
16. O'Connor TG, Caprariello P, Blackmore ER, Gregory AM, Glover V, Fleming P. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Hum Dev* 2007; 83(7): 451-8.
17. O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V. Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biol Psychiatry* 2005; 58(3): 211-7.
18. McFarland J, Salisbury AL, Battle CL, Hawes K, Halloran K, Lester BM. Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Arch Womens Ment Health* 2011; 14(5): 425-34.
19. Zuckerman B, Bauchner H, Parker S, Cabral H. Maternal depressive symptoms during pregnancy, and newborn irritability. *J Dev Behav Pediatr* 1990; 11(4): 190-4.
20. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95(4): 487-90.
21. Pazande F, Toomians J, Afshar F, Valaei N. Prevalence of depression in parturients referring university hospitals in Tehran in 1999. *Feyz* 2002; 6(1): 66-70. [In Persian].
22. Karbakhsh M, Sedaghat M. Depression during pregnancy: Pregnant women need to integrate patient care. *Payesh Health Monit* 2002; 1(4): 49-55. [In Persian].
23. Shahhosseini Z, Abedian K, Azimi H. Role of anxiety during pregnancy in preterm delivery. *J Zanjan Univ Med Sci* 2008; 16(63): 85-92. [In Persian].
24. Bjelica A, Kapor-Stanulovic N. Pregnancy as a psychological event. *Med Pregl* 2004; 57(3-4): 144-8. [In Serbian].
25. Tabrizi M, Lorestani Kh. Effectiveness of the eclectic counseling in decreasing depression during pregnancy and preventing postnatal depression. *Andisheh va Raftar* 2010; 5(17): 19-26. [In Persian].
26. 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.
27. Bana Zadeh Z, Baghban I, Fatehizadeh MAS. A study on effectiveness of behavioral couple therapy on depression during pregnancy. *J Fam Res* 2007; 3(9): 421-30.
28. Austin MP, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2008; 105(1-3): 35-44.
29. Hosseinasab SD, Taghavi S, Ahmadian S. The effectiveness of prenatal education in decreasing the childbirth

- pain and anxiety. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2010; 31(4): 24-30. [In Persian].
30. Arch JJ, Dimidjian S, Chessick C. Are exposure-based cognitive behavioral therapies safe during pregnancy? *Arch Womens Ment Health* 2012, 15(6): 445-57.
 31. Foruzande N, Dasht bozorgi B. Prevalence and predisposing factors of post-partum depression among women referred to the health care centers of Shahrekord, 1996. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2000; 2(1): 43-51. [In Persian].
 32. Spielberger CD, Gorsuch RL. STAI manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
 33. TAYLOR JA. A personality scale of manifest anxiety. *J Abnorm Psychol* 1953; 48(2): 285-90.
 34. Dunkel-Schetter C. Maternal stress and preterm delivery. *Prenat Neonat Med* 1998; 3: 39-42.
 35. DiPietro JA, Ghera MM, Costigan K, Hawkins M. Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004; 25(3-4): 189-201.
 36. Penedo FJ, Antoni MH, Schneiderman N. Cognitive-behavioral stress management for prostate cancer recovery workbook. Oxford, UK: Oxford University Press; 2008.
 37. Van den Bergh BRH. The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *J Prenat Perinat Psychol Health* 1990; 5(2): 119-30.
 38. Babanazari L, Kafi SM. Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(2): 206-13. [In Persian].
 39. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev* 2004; 79(2): 81-91.
 40. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
 41. Delavar A. Theoric and scientific research in humanistic science. Tehran, Iran: Roshd Publisher; 1995. [In Persian].
 42. Leahy RL. Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide. New York, NY : Guilford Press; 2003.

Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management Intervention on Anxiety and Depression during Pregnancy

Karamoozian M., B.A.^{1*} Askarizadeh Gh., Ph.D.²

1. M.A. Student in Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

* Corresponding author; e-mail: Karamoozian@gmail.com

(Received: 19 Nov. 2012

Accepted: 15 May 2013)

Abstract

Background & Aims: Motherhood has been taken into account as an enjoyable and evolutionary event in women's life, however, because of physical and mental changes; it can cause some degrees of stress and anxiety. The present study aimed to examine the effects of cognitive-behavior stress management (CBSM) training on the levels of anxiety and depression during the pregnancy.

Methods: This was a semi-experimental study conducted in a pretest-posttest design with a control group. Using convenience sampling, thirty primiparous pregnant women were selected from those who have been referred to the health clinics; they were allocated into one of the experimental and control groups randomly. After completing the pretest, the experimental group subjected to 12 sessions of CBSM training. Data were collected using pregnancy related anxiety questionnaire (PRAQ) and Edinburgh Depression Questionnaire. Data were subjected to multivariate analysis of covariance (MANCOVA) design using software SPSS.

Results: The results showed a statistically significant decrease in the posttest averages of anxiety and depression when compared to the pretest and the control group. The findings addressed the effectiveness of CBSM in relieving the levels of anxiety and depression during the pregnancy.

Conclusion: We can benefit from psychological intervening; such as stress management using cognitive-behavior therapy in the medical and health centers.

Keywords: Pregnancy, Anxiety, Depression, Cognitive-behavior stress management