

## اثربخشی آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر شیوه‌ی مقابله با استرس و کفایت هیجانی زنان بعد از زایمان در بیمارستان قمر بنی‌هاشم شهرستان خوی

الهام حاجی حسینلو<sup>۱</sup>، پرویز کریمی ثانی<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۲/۲۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۶/۰۲

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر شیوه‌های مقابله با استرس و کفایت هیجانی زنان بعد از زایمان انجام گرفت. در پژوهش نیمه تجربی حاضر، از طرح دو گروهی با آزمون قبل و بعد از آموزش استفاده شد.

**مواد و روش‌ها:** در پژوهش نیمه تجربی حاضر، از طرح دو گروهی با آزمون قبل و بعد از آموزش استفاده شد. جامعه موردبررسی عبارت بود از تمامی زنان که برای زایمان در بهمن‌ماه سال ۱۳۹۶ به بیمارستان قمر بنی‌هاشم خوی مراجعه کرده بودند. از این میان تعداد ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. برای گروه آزمایش آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد، درحالی‌که گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند. داده‌های پژوهش با کمک پرسشنامه مقابله با استرس اندلر و پارکر و کفایت هیجانی براسور و همکاران جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در محیط نرم‌افزار SPSS21 صورت گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش و میانگین نمرات راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار کاهش معنی‌داری داشته است ( $P=0/000$ ). اما میانگین نمرات روش مقابله اجتنابی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت. بین دو گروه از نظر کفایت هیجانی تفاوتی معنی‌دار وجود داشت ( $P=0/005$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، می‌توان گفت که آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه در دوران پس از زایمان بر شیوه‌های مقابله با استرس (مقابله مسئله مدار / هیجان مدار) و کفایت هیجانی زنان اثربخش است.

**کلید واژگان:** کمک‌های روان‌شناختی اولیه، روش‌های مقابله با استرس، کفایت هیجانی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره هفتم، پی‌دربی ۱۰۸، مهر ۱۳۹۷، ص ۴۷۴-۴۶۵

آدرس مکاتبه: دانشگاه آزاد تبریز دانشکده روان‌شناسی، اتاق استادان، تلفن: ۰۹۱۴۳۴۹۶۸۵۶

Email: karimisani.counsel@gmail.com

### مقدمه

فیزیولوژیک صورت گرفته است، ابعاد روان‌شناختی بعد از زایمان

به‌ندرت موردتوجه قرار گرفته است (۲).

مادران دارای زایمان اول اغلب به‌منظور غلبه بر استرس و سازگار شدن با وضعیت نامتعادل از مکانیسم‌های مختلف استفاده می‌کنند. طبقه‌بندی‌های مختلفی از سبک‌های مقابله‌ای وجود دارد از آن جمله، روش‌های مقابله‌ای مسئله محور، هیجان محور و اجتناب محور را می‌توان نام برد (۳).

علل مختلفی در رفتارهای استرس‌زای مادران در دوران پس از زایمان نقش دارند. در این میان می‌توان به عوامل زیست‌شناختی مانند تستوسترون، عوامل خانوادگی مانند شیوه‌های فرزندپروری،

زایمان مرحله هویت‌شناسی زنانه است. زنان آن را مرحله‌ای می‌دانند که برآورده‌کننده نیاز بنیادی خودشیفتگی آنان است چراکه آن‌ها را با تولد انسان دیگری در وجودشان روبه‌رو می‌کند. اما این دوره جدید با فشار روانی، هیجانی و جسمی بسیاری همراه است که نیازمند تغییرات فیزیولوژیک و روان‌شناختی بسیار است (۱). در حقیقت، گرچه بارداری و زایمان بخشی از روند تکاملی و طبیعی در زنان است، اما واقعیت این است که علیرغم پیشرفت‌هایی که در امر مراقبت و آموزش زنان در دوران بارداری در خصوص جنبه‌های

<sup>۱</sup> گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران

<sup>۲</sup> گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شبستر، شبستر، ایران، (نویسنده مسئول)

طرد و سهل‌گیری از سوی اطرافیان و عوامل فردی مانند کفایت هیجانی<sup>۱</sup> اشاره نمود (۴).

کفایت هیجانی به توانایی درک، مدیریت و ابراز جنبه‌های اجتماعی و هیجانی زندگی فرد گفته می‌شود، به شیوه‌ای که مدیریت موفقیت‌آمیز در وظایف زندگی همچون یادگیری، ایجاد ارتباط، حل مسائل و سازگاری با نیازهای پیچیده رشد و توسعه را شامل شود. این شایستگی‌ها، خودآگاهی، کنترل تکانه، همکاری و مراقبت از خود و دیگران را نیز در بر می‌گیرد (۵).

مطالعات نشان می‌دهد کفایت هیجانی که بر اساس دانش هیجانی و تنظیم هیجانی تعریف شده می‌تواند افزایش رفتارهای آشکار خودتنظیم شده را تقویت کند و رفتارهای ناسازگارانه و استرس‌زا را کاهش دهد. همچنین، فرآیندهای هیجانی مثل دانش هیجانی و تنظیم هیجانی هر یک به‌طور مجزا به‌عنوان یکی از علل رفتارهای استرس‌زای مادران در دوران پس از زایمان شناسایی شده‌اند. کفایت هیجانی اشاره به توانمندی فرد در مدیریت هیجانات دارد. مطالعات نشان می‌دهد تنظیم هیجانی که به‌عنوان توانایی فرد در تغییر شکل دادن هیجانات و یا ایجاد مکانیسم‌های مقابله‌ای به‌منظور مدیریت هیجانات تعریف می‌شود نقش کلیدی در مدیریت استرس و مقابله با آن در دوره‌های اولیه رشد ایفا می‌کند. در سه دهه گذشته، تلاش‌های پژوهشگران و درمانگران منجر به معرفی درمان‌های اثربخش گوناگونی هم چون آموزش مهارت‌های اجتماعی، بهره‌گیری از داروهای محرک، استفاده از فن‌های کمک‌های روان‌شناختی اولیه<sup>۲</sup>، استفاده از ادبیات، قصه و قصه درمانی که موجب افزایش کفایت هیجانی شده است. بسیاری از برنامه‌های آموزشی که مادران در دوره‌های پس از زایمان را هدف قرار می‌دهند، عمدتاً از نظریه روان‌پویشی سنتی و دل‌بستگی نشأت می‌گیرند (۶).

کمک‌های اولیه روان‌شناختی (PFA) پاسخ حمایت‌کننده و با شفقت به افرادی که رنج می‌کشند و به حمایت نیاز دارند، می‌باشد (۷). بر اساس یافته‌های پژوهشی، تجارب و توافق متخصصین، پنج عنصر اصلی در زمینه کمک‌های اولیه روان‌شناختی معرفی شده است: ۱- امنیت ۲- آرامش ۳- پیوند و ارتباط ۴- خودکارآمدی فردی و گروهی ۵- امید (۸). مهم‌ترین هدف کمک‌های روان‌شناختی اولیه در دوران پس از زایمان ایجاد ظرفیت برای بهبودی در مادران و کاهش پریشانی اولیه، برآورد کردن نیازهای جاری، تقویت روش‌های مقابله‌ای منعطف و بهبود سازگاری فرد در مقابله با استرس است (۹). کمک‌های اولیه روان‌شناختی با کمک به مادران در تعیین نیازهای فوری آن‌ها، نقاط قوت و توانایی‌هایشان

برای برآورده ساختن این نیازها، از بهبود حمایت می‌کند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که باورهای مادر در دوران پس از زایمان در توانایی انطباق و مقابله با استرس می‌تواند پیامدها را پیش‌بینی کند. به‌طورمعمول مادرانی که پس از زایمان بهتر عمل می‌کنند، آن‌هایی هستند که خوش‌بین، مثبت و با اعتماد هستند و بر این باورند که وقایع و اتفاقات زندگی قابل پیش‌بینی است (۱۰). دوران بارداری و پس از زایمان یک دوران بحرانی از نظر بروز یا تشدید مشکلات روانی و هیجانی می‌باشد. در این راستا پژوهش‌های دو سال اخیر، شواهدی را از تأثیر برنامه‌های کمک‌های روان‌شناختی اولیه ارائه‌شده در دوران بارداری در کاهش و پیشگیری از افسردگی، کاهش هیجانات پس از زایمان، استرس و اضطراب گزارش کرده‌اند (۱۱).

با توجه به این‌که یک تجربه زایمانی پراسترس می‌تواند، علائم ناتوان‌کننده روانی و ایجاد استرس را ایجاد کند و از آنجایی‌که هیجانات و استرس‌های پس از زایمان، از لحاظ روانی می‌تواند مادران را در خطر بالقوه ایجاد مشکلات روانی بعد از زایمان قرار دهد و همین مسئله بر شیردهی، نحوه تعامل به کودک و همسر و نیز میزان افسردگی تأثیر بسزایی دارد، با توجه به عدم آموزش به مادران و توجه صرف به بعد فیزیکی زایمان در بیمارستان، به نظر بسیار ضروری است که آموزش کمک‌های اولیه روان‌شناختی در برنامه کاری قرار گیرد. لذا هدف از انجام این تحقیق عبارت است از: بررسی تأثیر کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر شیوه‌ی مقابله با استرس (مقابله مسئله مدار - مقابله هیجان مدار - مقابله اجتنابی) و کفایت هیجانی هستیم. بنابراین سؤال اصلی تحقیق چنین مطرح می‌شود که: آیا آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر شیوه‌ی مقابله با استرس و کفایت هیجانی زنان بعد از زایمان تأثیر دارد؟

## مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنانی است که در بیمارستان قمر بنی‌هاشم شهرستان خوی در سال ۱۳۹۶ زایمان کرده‌اند. بعد از کسب اجازه از مسئولین بیمارستان و ارائه توضیحات لازم در خصوص چگونگی انجام مطالعه، نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام گرفت، به این صورت کلیه زنانی که برای بار اول اقدام به زایمان کردند به حضور در دوره‌های آموزشی کمک‌های اولیه روان‌شناختی دعوت شدند. برای انتخاب آزمودنی‌ها هر روز صبح و عصر به بخش بعد از زایمان بیمارستان قمر بنی‌هاشم شهرستان خوی مراجعه نموده و افرادی که تازه از بخش زایمان

<sup>۱</sup> - Emotional competence

<sup>۲</sup> - Psychological First Aid

گرفته می‌شود که نمره ۱ به این معنی است که این جمله به هیچ وجه فرد را توصیف نمی‌کند و یا اینکه آزمودنی اصلاً به این گونه واکنش نشان نمی‌دهد. و نمره ۵ به این معنی است که این جمله به خوبی آزمودنی را توصیف می‌کند یا اینکه آزمودنی اغلب چنین تجربی دارد. به طور کلی نمره بالا نشان‌دهنده کفایت هیجانی بالا و نمره پایین نشان‌دهنده کفایت هیجانی پایین‌تر می‌باشد. بررسی پایایی این پرسشنامه با روش باز آزمایی، در پژوهش نصرت‌آباد، کشاورز و خانجانی (۱۳۹۶)، ضریب اعتبار کل مقیاس ۰/۸۸ می‌باشد (۱۳). در بررسی روایی سازه، براسور و همکاران (۲۰۱۳) مقدار KMO را ۰/۸۵ گزارش نمودند (۱۲).

پرسشنامه مقابله با استرس توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه شده و به وسیله اکبرزاده (۱۳۷۶) ترجمه شده است. این آزمون شامل ۴۸ سؤال است که هر ۱۶ سؤال به یکی از ابعاد مقابله مربوط است و پاسخ به هر سؤال بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) مشخص می‌شود. این پرسشنامه با هدف ارزیابی انواع سبک‌های مقابله‌ای افراد در موقعیت‌های استرس‌زا به سه صورت سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سبک غالب هر فرد با توجه به نمره وی در هر یک از ابعاد سه‌گانه‌ی سبک‌های مقابله تعیین می‌شود. به عبارت دیگر، هر کدام از رفتارها که در مقیاس نمره‌ی بیشتری کسب کنند، آن رفتار به عنوان سبک مقابله‌ای ترجیحی فرد در نظر گرفته می‌شود (۱۴).

این پرسشنامه سه زمینه‌ی اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در بر می‌گیرد که در جدول زیر ارائه شده است:

منتقل شده بودند به عنوان نمونه انتخاب کردید که در نهایت نمونه‌گیری به مدت یک هفته انجام شد. بر این اساس، ۲۴ زن (دو گروه ۱۲ نفری) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به روش تصادفی ساده در یکی از ۲ گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه محدوده سنی ۲۵-۳۵ سال، نخست زایمان، و زایمان در ۵ سال اول زندگی زناشویی بود. سپس مادران گروه آزمایش علاوه بر مراقبت‌های معمول بیمارستان تحت آموزش‌های کمک‌های اولیه روان‌شناختی نیز قرار گرفتند. ۱۲ نفر دیگر نیز به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند که فقط مراقبت‌های معمول بیمارستان را دریافت نمودند. لازم به ذکر از جمله مراقبت‌های معمول بیمارستان پس از زایمان شامل کنترل میزان خون‌ریزی و علائم حیاتی مادر (فشارخون، دمای بدن، نبض و تنفس و ...) بود و در زمینه مقابله با استرس حمایت روحی و روانی از طرف خانواده آموزش‌های مرتبط با نگهداری نوزاد و نحوه شیردهی به نوزاد از دیگر مراقبت‌های معمول ارائه شده به مادران بود.

برای اندازه‌گیری داده‌ها از پرسشنامه کفایت هیجانی براسور و همکاران<sup>۱</sup> و پرسشنامه مقابله با استرس (اندلر و پارکر)<sup>۲</sup> استفاده شد. پرسشنامه کفایت هیجانی یک ابزار خود گزارشی است که توسط براسور، گریگور، بودرو و میکولاژاک<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) با هدف سنجش تمامی ابعاد کفایت هیجانی طراحی و ساخته شده است. این ابزار قادر است ابعاد کفایت هیجانی را برای خود فرد و دیگران به طور مجزایی بسنجد (۱۲). تعداد گویه‌های این مقیاس ۵۰ آیتیم است که آزمودنی بر اساس یک طیف ۵ درجه‌ای که در آن ۱= کاملاً غلط تا ۵= کاملاً صحیح پاسخ می‌دهد. برای هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۵ در نظر

**جدول (۱): مؤلفه‌های پرسشنامه مقابله با استرس و شماره سؤالات**

مؤلفه‌ها	شماره سؤالات
مقابله مسئله مدار یا برخورد فعال با مسئله	۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳-۴۴-۴۵-۴۶-۴۷
مقابله هیجان مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی	۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳-۴۴-۴۵-۴۶-۴۷
مقابله اجتنابی یا فرار از مسئله	۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳-۴۴-۴۵-۴۶-۴۷

نمی‌شود. دامنه تغییرات سه نوع رفتار رویارویی به این شکل است که نمره‌ی هر یک از رفتارهای رویارویی سه‌گانه یعنی مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی از ۱۶ تا ۸۰ است. به عبارتی شیوه رویارویی غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کسب می‌کند مشخص می‌شود. یعنی هر کدام از رفتارها نمره‌ی بالاتری را کسب کند، آن رفتار به عنوان شیوه رویارویی فرد در نظر گرفته می‌شود (۱۵).

با توجه به اینکه این پرسشنامه به صورت ۵ درجه لیکرت می‌باشد حداکثر نمره برای هر ماده ۵ و حداقل ۱ می‌باشد. آزمودنی بایستی به همه سؤالات پاسخ دهد. اگر آزمودنی تعداد ۵ سؤال یا کمتر از ۵ سؤال را جواب نداده باشد در زمان نمره‌گذاری پژوهشگر می‌تواند به این سؤالات گزینه ۳ را علامت بزند. اما در غیر این صورت یعنی اگر بیش از ۵ سؤال بدون پاسخ باشد آن پرسشنامه نمره‌گذاری

<sup>3</sup> - Brasseur, Gre' goire, Bourdu & Mikolajczak

<sup>1</sup> - Emotional competence questionnaire Brasseur et al.

<sup>2</sup> - Stress Coping Questionnaire (Endler & Parker)

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS21 بهره بردیم. به این صورت که نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون بعد از ۸ جلسه آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه در مورد هر دو گروه (آزمایش و گواه)، با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در جهت ملاحظات اخلاقی موارد زیر رعایت گردید:

گزارش نتایج مطالعه به نمونه‌ها، شرکت داوطلبانه افراد در تحقیق، محرمانه ماندن اطلاعات و ذکر یافته‌ها بدون بیان نام افراد، لازم به ذکر است این مقاله مربوط به رساله کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز با کد مورد تأیید ۱۰۲۲۱۶۰۳۹۵۲۰۵۴ است.

### یافته‌ها

نتایج حاصل از آمار توصیفی متغیرهای این تحقیق به تفکیک گروه‌های آزمایشی و کنترل و پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آمده است. بر اساس نتایج مندرج در این جدول، میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش برای متغیرهای «کفایت هیجانی»، «مقابله با استرس» و مؤلفه‌های آن شامل «مقابله مسئله مدار»، «مقابله هیجان مدار» و «مقابله اجتنابی» به ترتیب برابر با ۱۵۶/۸۳، ۱۴۳/۵۸، ۵۴/۸۳، ۴۵/۵۸ و ۴۳/۵۰ می‌باشد. میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش برای متغیرهای «کفایت هیجانی»، «مقابله با استرس» و مؤلفه‌های آن شامل «مقابله مسئله مدار»، «مقابله هیجان مدار» و «مقابله اجتنابی» به ترتیب برابر با ۱۷۰، ۱۵۷/۰۸، ۶۱/۴۲ و ۳۷/۲۵ و ۴۴/۷۵ است.

بررسی پایایی این پرسشنامه با روش باز آزمایی، ضریب اعتبار کل مقیاس ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس‌های مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی به ترتیب: ۰/۸۵، ۰/۸۳ و ۰/۵۵ می‌باشد (۱۶). روایی پرسشنامه مذکور نیز طی تحقیقاتی که در ایران انجام شده است ثابت گردیده است. به منظور محاسبه همبستگی پرسشنامه مقابل با استرس از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردیده و این نتایج به دست آمده است: مسئله مدار ۰/۵۸، هیجان مدار ۰/۵۵ و اجتنابی ۰/۹۳ (۱۷).

محتوای هر جلسه آموزش گروهی با رویکرد کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر اساس منابع در دسترس به صورت زیر تدوین گردیده است: جلسه اول: معرفی اعضای گروه و آشنایی، هدف: اهداف اجرای پیش‌آزمون را مطرح می‌نماییم. جلسه دوم: مقابل با استرس، هدف: آشنایی با سبک مقابل با استرس و کاهش آن در مادران. جلسه سوم: تعریف کفایت هیجانی، هدف: آشنایی با مؤلفه کفایت هیجانی و بررسی مؤلفه‌های آن در بین افراد. جلسه چهارم: تعریف کمک‌های اولیه روان‌شناختی، هدف: آموزش آرمیدگی برای مقابل با استرس و درد. جلسه پنجم: تعریف کمک‌های اولیه روان‌شناختی، هدف: آموزش همدلی کردن و همدردی برای مقابل با استرس و درد. جلسه ششم: تعریف کمک‌های اولیه روان‌شناختی، هدف: مقابل با استرس و درد. جلسه هفتم: تعریف کمک‌های اولیه روان‌شناختی، هدف: آموزش انگیزه بخشی برای کاهش درد و رفع مشکل. جلسه هشتم: اختتام گروه و جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون بلافاصله بعد از مداخله.

جدول (۲): نتایج آمار توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه آزمایشی		گروه کنترل	
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
کفایت هیجانی	پیش‌آزمون	۱۵۶/۸۳	۱۲	۱۶۴/۶۷
	پس‌آزمون	۱۷۰	۱۲	۱۶۵
مقابل با استرس	پیش‌آزمون	۱۴۳/۵۸	۱۲	۱۴۶/۱۷
	پس‌آزمون	۱۵۷/۰۸	۱۲	۱۴۴/۲۵
مقابل مسئله مدار	پیش‌آزمون	۵۴/۸۳	۱۲	۵۸/۴۲
	پس‌آزمون	۶۱/۴۲	۱۲	۵۸/۳۳
مقابل هیجان مدار	پیش‌آزمون	۴۵/۵۸	۱۲	۴۴/۷۵
	پس‌آزمون	۳۷/۲۵	۱۲	۴۲/۶۷
مقابل اجتنابی	پیش‌آزمون	۴۳/۵۰	۱۲	۴۶/۷۵
	پس‌آزمون	۴۴/۷۵	۱۲	۴۷/۶۷

همچنین بر اساس نتایج جدول فوق، میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه کنترل برای متغیرهای «کفایت هیجانی»، «مقابل با استرس» و مؤلفه‌های آن شامل «مقابل مسئله مدار»، «مقابل هیجان مدار» و «مقابل اجتنابی» به ترتیب برابر با ۱۴۶/۶۷، ۱۴۳/۵۸، ۵۴/۸۳ و ۴۵/۵۸ و میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل برای متغیرهای «کفایت هیجانی»، «مقابل با استرس»

همچنین بر اساس نتایج جدول فوق، میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه کنترل برای متغیرهای «کفایت هیجانی»، «مقابل با استرس» و مؤلفه‌های آن شامل «مقابل مسئله مدار»، «مقابل هیجان مدار» و «مقابل اجتنابی» به ترتیب برابر با ۱۴۶/۶۷، ۱۴۳/۵۸، ۵۴/۸۳ و ۴۵/۵۸ و میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل برای متغیرهای «کفایت هیجانی»، «مقابل با استرس»

روان‌شناختی اولیه بر شیوه مقابله با استرس و کفایت هیجانی زنان بعد از زایمان تأثیر دارد». برای آزمون این فرضیه از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. لازم به ذکر است مفروضه‌های این روش که شامل نرمال بودن، عدم وجود هم خطی و همسانی ماتریس واریانس- کوواریانس است مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

و مؤلفه‌های آن شامل «مقابله مسئله مدار»، «مقابله هیجان مدار» و «مقابله اجتنابی» به ترتیب برابر با ۱۶۵، ۱۴۴/۲۵، ۵۸/۳۳، ۴۲/۶۷ و ۴۷/۶۷ می‌باشد.

### آزمون فرضیه‌ی اول

فرضیه‌ی اول تحقیق بیان می‌کند که «آموزش کمک‌های

**جدول (۳): آزمون‌های چندمتغیری برای بررسی فرضیه‌ی اصلی**

اثر	مقدار اثر پیلایی	آماره F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	مقدار احتمال
عرض از مبدأ	۰/۶۵۲	۱۹/۶۹۴	۲	۲۱	۰/۰۰۰
گروه	۰/۶۶۶	۲۰/۹۴۲	۲	۲۱	۰/۰۰۰

برای آزمون این فرضیه از روش تحلیل کوواریانس یک-طرفه (ANCOVA) استفاده می‌شود. مفروضه‌های این روش که شامل نرمال بودن متغیرهای همپراش (کفایت هیجانی- پیش‌آزمون) و وابسته (کفایت هیجانی- پس‌آزمون) در گروه‌های کنترل و آزمایشی، همگن بودن واریانس خطاهای گروه‌های کنترل و آزمایشی متغیر وابسته، همگنی شیب‌های خط رگرسیون بین متغیر همپراش و متغیر وابسته در گروه‌های کنترل و آزمایشی هستند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

در تحقیق حاضر اثر پیلایی گزارش شده است. با توجه به اینکه مقدار احتمال مربوط به اثر پیلایی در سطر گروه برابر ۰/۰۰۰ بوده و این مقدار کوچک‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای «کفایت هیجانی» و «مقابله با استرس» در گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در نتیجه فرضیه‌ی اصلی تحقیق تأیید می‌شود.

### آزمون فرضیه‌ی دوم

فرضیه‌ی دوم تحقیق بیان می‌کند که «آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر کفایت هیجانی زنان بعد از زایمان تأثیر دارد».

**جدول (۴): نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌طرفه برای آزمون فرضیه دوم**

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	Sig	مجذور اتا
گروه	۷۵۰/۱۵	۱	۷۵۰/۱۵	۳۸/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۶۴۴
خطا	۴۱۴/۲۰	۲۱	۱۹/۷۲			

### آزمون فرضیه‌ی سوم

فرضیه‌ی سوم تحقیق بیان می‌کند که «آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر مقابله با استرس (مقابله مسئله مدار- مقابله هیجان مدار- مقابله اجتنابی) زنان بعد از زایمان تأثیر دارد». برای آزمون این فرضیه نیز از روش تحلیل کوواریانس یک‌طرفه استفاده می‌شود. مفروضه‌های این روش شامل نرمال بودن، همگنی شیب‌خط رگرسیون، برابری واریانس‌ها مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

با توجه به جدول ۴ مشاهده می‌شود که مقدار آماره‌ی F برای متغیر مستقل (گروه) برابر ۳۸/۰۳ و مقدار احتمال آن برابر ۰/۰۰۰ است. چون مقدار احتمال کم‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. لذا تفاوت معنی‌داری در میزان «کفایت هیجانی» گروه‌های آزمایشی و کنترل وجود دارد. به عبارت دیگر آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر کفایت هیجانی زنان بعد از زایمان تأثیر معنی‌داری دارد. در نتیجه فرضیه‌ی دوم پژوهش پذیرفته می‌شود. همچنین مقدار مجذور اتا (۰/۶۴۴) نشان‌دهنده‌ی این است که ۶۴/۴ درصد تغییرات متغیر «کفایت هیجانی» پس از آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه به‌وسیله متغیر مستقل (گروه) تبیین شده است.

**جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس برای آزمون فرضیه‌ی جزئی دوم**

متغیر	منبع تغییر	آماره F	Sig	مجذور اتای تفکیکی
مقابلۀ با استرس	متغیر مستقل (گروه)	۱۵/۶۸۹	۰/۰۰۰	۰/۳۳۷
مقابلۀ مسئله مدار	متغیر مستقل (گروه)	۴۲/۲۱۶	۰/۰۰۰	۰/۶۶۸
مقابلۀ هیجان مدار	متغیر مستقل (گروه)	۱۶/۸۰۸	۰/۰۰۰	۰/۴۴۵
مقابلۀ اجتنابی	متغیر مستقل (گروه)	۰/۶۵۷	۰/۴۲۷	۰/۰۳۰

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر کفایت هیجانی، شیوه‌های مقابلۀ با استرس (مقابلۀ مسئله مدار - مقابلۀ هیجان مدار - مقابلۀ اجتنابی) زنان بعد از زایمان تأثیر دارد. در تبیین یافته باید گفت که تاکنون طبق بررسی‌های به‌عمل‌آمده پژوهشی به مطالعه اثربخشی کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر کفایت هیجانی و یا تأثیر آن بر مشکلات زنان باردار یا پس از زایمان نپرداخته است، اما در خصوص مؤثر بودن کمک‌های روان‌شناختی اولیه نتایج حاضر می‌تواند با نتایج پژوهش‌های همچون رامیرز، توسان، وودز جگر، هارلاند، وتجن و همکاران<sup>۱</sup> (۱۸) و چودری، شارما و دینگرا<sup>۲</sup> (۱۹)، همسو می‌باشد طبق مطالعات چودری و همکاران (۱۹)، آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه می‌تواند بر اساس اشکال مختلفی بسته به شرایط و فرهنگ‌هایی که در آن بلایا یا رویدادهای ناگوار رخ می‌دهد، باید صورت بگیرد. اما رامیرز و همکاران (۱۸) در پژوهش خویش به مؤثر بودن کمک‌های روان‌شناختی اولیه در بخش اورژانس و یا درست پس از سانحه اشاره کرده‌اند. همچنین نتایج پژوهش حاضر می‌تواند با نتایج پی اتا، جوچک، دلبلیو اس زولاک و اپالا<sup>۳</sup> (۲۰)، همسو باشد، آنان در پژوهشی در رابطه با تغییرات هیجانی در دوران بارداری و پس از زایمان به این نتیجه رسیدند که زنان در این دوران نیازمند توجه ویژه هستند چراکه هیجانات زنان در این دوران کاملاً افراطی هستند و می‌توانند در طی یک دوره کوتاه به شدت تغییر کرده و تأثیر منفی بر روان زنان داشته باشند.

آنچه در این پژوهش اهمیت دارد تأثیر کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر کفایت هیجانی زنان بعد از زایمان است و زنان از تجربیات زایمان و از احساساتش درباره این تجربیات اثر می‌پذیرند. لذا در تفسیر این فرضیه می‌توان گفت که کفایت هیجانی برعکس هوش هیجانی قابلیت آموزش دارد و اینکه سارنی به نقل از مادالینسکا میکلاک<sup>۴</sup> (۲۱)، اصطلاح مهارت‌های کفایت هیجانی را به کار برده است خود بیانگر قابل‌تغییر یا تقلیل و افزایش پیدا کردن کفایت هیجانی می‌باشد. کمک‌های اولیه‌ی روان‌شناختی رویکردی برای

با توجه به جدول ۵ مشاهده می‌شود که مقدار آماره‌ی F برای متغیر «مقابلۀ با استرس» و مؤلفه‌های آن شامل «مقابلۀ مسئله مدار»، «مقابلۀ هیجان مدار» و «مقابلۀ اجتنابی» در سطر متغیر مستقل (گروه) به ترتیب برابر با ۱۵/۶۸۹، ۴۲/۲۱۶، ۱۶/۸۰۸ و ۰/۶۵۷ و مقدار احتمال (Sig) تمامی آن‌ها به‌غیر از «مقابلۀ اجتنابی» (که برابر با ۰/۴۲۷ است) برابر ۰/۰۰۰ می‌باشد. چون مقدار Sig متغیر «مقابلۀ با استرس» و دو مؤلفه‌ی آن شامل «مقابلۀ مسئله مدار» و «مقابلۀ هیجان مدار» کم‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ لذا میزان «مقابلۀ با استرس» و دو مؤلفه‌ی آن (مقابلۀ مسئله مدار - مقابلۀ هیجان مدار) در زنان بعد از زایمان بین گروه‌های آزمایشی و کنترل به‌طور معنی‌داری متفاوت است. ولی چون مقدار Sig مؤلفه‌ی «مقابلۀ اجتنابی» بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ لذا میزان مؤلفه‌ی «مقابلۀ اجتنابی» در زنان بعد از زایمان بین گروه‌های آزمایشی و کنترل به‌طور معنی‌داری متفاوت نیست. به‌عبارت‌دیگر، آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر «مقابلۀ با استرس» و دو مؤلفه‌ی آن (مقابلۀ مسئله مدار - مقابلۀ هیجان مدار) در زنان بعد از زایمان تأثیر معنی‌داری دارد ولی برای مؤلفه‌ی «مقابلۀ اجتنابی» تأثیر معنی‌داری ندارد. همچنین مقدار مجذور اتا در منبع تغییر «گروه» برای متغیر «مقابلۀ با استرس» و مؤلفه‌های آن شامل «مقابلۀ مسئله مدار»، «مقابلۀ هیجان مدار» و «مقابلۀ اجتنابی» به ترتیب برابر با ۰/۳۳۷، ۰/۶۶۸، ۰/۸۱۳ و ۰/۰۳۰ است. این مقادیر نشان‌دهنده‌ی آن است که: ۳۳/۷ درصد تغییرات متغیر «مقابلۀ با استرس» پس از آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه، به‌وسیله متغیر مستقل (گروه) تبیین شده است. ۶۶/۸ درصد تغییرات متغیر «مقابلۀ مسئله مدار» پس از آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه، به‌وسیله متغیر مستقل (گروه) تبیین شده است. ۴۴/۵ درصد تغییرات متغیر «مقابلۀ هیجان مدار» پس از آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه، به‌وسیله متغیر مستقل (گروه) تبیین شده است. و ۳ درصد تغییرات متغیر «مقابلۀ اجتنابی» پس از آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه، به‌وسیله متغیر مستقل (گروه) تبیین شده است.

<sup>3</sup> - Pięta, Jurczyk, Wszolek and Opala

<sup>4</sup> - Madalinska-Michalak

<sup>1</sup> - Ramirez, Toussaint, Woods-Jaeger, Harland, Wetjen & et al

<sup>2</sup> - Choudhary, Sharma & Dhingra

نقاط قوت و توانایی‌های مقابله‌ای خود، پرورش باور به توانایی افراد در مقابله و سازگاری با استرس، امید دادن، کمک به غربالگری افراد نیازمند کمک حرفه‌ای، تقویت عملکرد سازگاران، قرار دادن افراد در مسیر بهبودی، کاهش عوامل خطر ایجاد اختلالاتی مثل استرس پس از سانحه را دنبال می‌کند (۲۵). بنابراین به‌طور کلی کمک‌های روان‌شناختی اولیه با کمک به دسترسی افراد به احساس امنیت و ارائه اقدامات لازم جهت کاهش استرس و راهبرد صحیح مقابله با استرس (۲۶) موجب افزایش استفاده از روش صحیح مقابله با استرس (مقابله مسئله مدار) در زنان پس از زایمان شده است.

لازم به ذکر است عدم دسترسی آسان به مادران به‌ویژه به خاطر مراقبت از نوزاد از جمله محدودیت عمده این کار پژوهشی بود و همچنین مختص بودن نمونه پژوهش به بیمارستان قمر بنی‌هاشم شهرستان خوی تعمیم‌یافته‌ها را با سایر شهرها با محدودیت مواجه می‌سازد. محدودیت‌ها دیگر این پژوهش است. با این وجود، با توجه به مؤثر بودن آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر کفایت هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار در میان زنان (پس از زایمان) پیشنهاد می‌شود، مجموعه آموزش‌هایی در زمینه‌های خودآرام‌سازی، همدلی و شیوه برقراری ارتباط، کارآمدی، امید به زندگی، کسب امنیت (آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه) در برنامه مراقبتی زنان پس از زایمان در بیمارستان‌ها یا مراکز بهداشت مورد توجه قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از رساله کارشناسی ارشد رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز با کد پایان نامه ۱۰۲۲۱۶۰۳۹۵۲۰۵۴ است. که با ارائه معرفی‌نامه از دانشگاه به محیط پژوهش و کسب اجازه از مسئولین بیمارستان قمر بنی‌هاشم شهرستان خوی انجام شده است. و بدین وسیله از زحمات و حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و مسئولین بیمارستان و تمامی مادران شرکت کننده در مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

کمک به افرادی که تحت تأثیر رویداد فوریتی، قرار گرفته‌اند و شامل اصولی اساسی برای تقویت بهبودی است. با توجه به این که این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا احساس امنیت کنند، با دیگران ارتباط برقرار نمایند، آرام و مفید باشند، به حمایت‌های جسمی، عاطفی و اجتماعی دسترسی پیدا کنند و این احساس ایجاد شود که می‌توانند به خوشان کمک نمایند (۲۲)، لذا می‌توان گفت تمامی این موارد نیز می‌تواند موجب افزایش مهارت‌های کفایت هیجانی همچون ادراک، دریافت، تنظیم و به‌کارگیری دقیق و مؤثر عاطفه و درنهایت افزایش کفایت هیجانی زنان پس از زایمان شود.

اطلاعات آموزشی که توسط کارکنان پزشکی در طی دوره قبل از زایمان اعمال می‌شود، در طول دوره پس از زایمان توسط خود بانوان بسیار کم اجرا می‌شود (۲۳) و این بیانگر نیاز مادران به همراهی و مشاوره و خدمات روان‌شناختی پس از زایمان برای مقابله با استرس به شیوه‌ی صحیح است که نتایج حاضر را تبیین می‌کند. در رابطه با تفسیر تأثیر کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر سبک‌های مقابله‌ای با توجه به اینکه نتایج نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار سبک‌های مقابله مسئله مدار و هیجان مدار و در بین گروه آزمایش و کنترل بود، و موجب افزایش استفاده از مقابله مسئله مدار و کاهش مقابله هیجان مدار در زنان پس از زایمان شده بود می‌توان گفت هدف کمک‌های اولیه روان‌شناختی کاهش پریشانی اولیه، برآورده کردن نیازهای جاری، تقویت روش‌های مقابله‌ای منعطف و بهبود سازگاری فرد است. کمک‌های اولیه روان‌شناختی با کمک به افراد در تعیین نیازهای فوری آن‌ها، نقاط قوت و توانایی‌هایشان برای برآورده ساختن این نیازها، از بهبود حمایت می‌کنند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که باورهای فرد در توانایی انطباق و مقابله با استرس می‌تواند پیامدها را پیش‌بینی کند (۲۴). به‌طورمعمول افرادی که پس از سانحه بهتر عمل می‌کنند، آن‌هایی هستند که خوش‌بین، مثبت و با اعتماد هستند و بر این باورند که زندگی قابل پیش‌بینی است و کمک‌های اولیه روان‌شناختی اهدافی از قبیل آرام کردن افراد، کاهش سطح پریشانی، ایجاد احساس امنیت و اطمینان، تعیین و کمک به نیازهای اخیر، برقراری ارتباط انسانی، تسهیل حمایت اجتماعی، کمک برای درک موقعیت یا مصیبت، کمک برای شناخت

### References:

1. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth* 2012; 33(4): 297-302.
2. Solchany J. Issues of mental health in pregnancy. *Int J Childbirth Educ* 2003; 18(1): 12-6.
3. Shaw RJ, Bernard RS, Storfer-Isser A, Rhine W, Horwitz SM. Parental coping in the neonatal intensive care unit. *J Clin Psychol Med Settings* 2013; 20(2): 135-42.
4. Khanzadeh AH, Rostampour A, Nedae N, Khosrojauid M. Effectiveness of Cognitive-behavioral Education on Anxiety during Pregnancy

- and Delivery Method in Primiparous Women. *JNE* 2017; 5, 6, 24-31.
5. 1. Elias MJ, Zins JE, Weissberg RP, Frey KS, Greenberg MT, Haynes NM, et al. Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators. Alexandria, Virginia: A F S A C D, USA: 1997.
  6. Haji Aghajani S, Asadi A. *Psychiatric Nursing Mental Health*. Tehran: Bashari Publications; 1999.
  7. World Health Organization, War Trauma Foundation, and World Vision International. *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO: Geneva; 2011.
  8. Phipps WJ, Sands Marek JF. *Medical surgical nursing concepts and clinical practice*. 6th Ed. St Louisa: Mosby Co; 1999; P. 107-26.
  9. Weare, K. *developing the emotionally literate school*, London: Paul Chapman; 2004.
  10. Jones BA, Griffiths KM, Christensen H, Ellwood D, Bennett K, Bennett A. Online cognitive behaviour training for the prevention of postnatal depression in at-risk mothers: a randomized controlled trial protocol. *BMC psychiat* 2013; 13(1): 265.
  11. Mao HJ, Li HJ, Chiu H, Chan WC, Chen SL. Effectiveness of Antenatal Emotional Self-Management Training Program in Prevention of Postnatal Depression in Chinese Women. *Perspect Psychiatr Care* 2012; 48(4): 218-24.
  12. Brasseur, S, Gre'goire, J, Bourdu, R, Mikolajczak, M. The Profile of Emotional Competence (PEC): Development and Validation of a Self-Reported Measure that Fits Dimensions of Emotional Competence Theory. *Plos one* 2013; 8(5): e62635.
  13. Nosrat Abad, T., Keshavarz, N., & Khanjani, Z. The role of theory of mind, emotional causality in social anxiety symptoms with the role social competence. *JMPR* 2017; 12, 46, 184-203.
  14. Akbar Zadeh, N. *Passing from youth to aging (developmental psychology)*. Tehran: Al-Zahra University Press; 1997.
  15. Endler ND, Parker JD. A. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Perso Soci Psychol* 1999; 58 (5), 844- 54.
  16. Suleimani A, Babaie K, Atadkht A. Investigating the Distinctive Role of Psychological Resilience and Emotional and Problem-Oriented Coping Styles in Student's Student's Psychological Disturbance Forecasting and Comparison of Gender Based Approach. *Culture in The Islamic University* 2016; 19(6):2.
  17. Inanloo M, Baha R, Seyedfatemi N, Hosseini A, Stress Coping Styles among Nursing Students. *Hayat* 2012; 18 (3): 66-75. (Persian)
  18. Ramirez M, Toussaint M, Woods-Jaeger B, Harland K, Wetjen K. A Patient-Centered Program of Psychological First Aid after Trauma 2017; 33: 532-6.
  19. Choudhary, Vijay, Sharma, Parag, Dhingra, Aastha Be Equipped Psychologically: The Psychological First Aid. *Inte J Indian Psychol* 2016; 4(1): 2349-9.
  20. Pięta B, Jurczyk MU, Wszolek K, Opala T. Emotional changes occurring in women in pregnancy, parturition and lying-in period according to factors exerting an effect on a woman during the peripartum period. *Anna Agricul Env Med* 2014; 21(3): 661-5.
  21. Madalinska-Michalak, J. Developing Emotional Competence for Teaching. *Croa J Educ* 2015; 17: 71-97.
  22. Australian Psychological Society. *Psychological First Aid an Australian guide to supporting people affected by disaster*. Australian Red Cross; 2013.
  23. Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during

- the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery* 2011;27(2):237-42.
24. Lee J-S, You S, Choi Y-K, Youn H-Y, Shin HS. A preliminary evaluation of the training effects of a didactic and simulation-based psychological first aid program in students and school counselors in South Korea. *PLoS ONE* 2017;12(7):e0181271.
25. Kavian M, Khojaste kashani A, Tahami E. Psychological First Aid for Children of Divorce: A Literature Review. *J Ro-Ravan* 2017; 5(3), 16, 185-202.
26. Fox JH, Burkle FM, Bass J, Pia FA, Epstein JL, Markenson D. The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster Med Public Health Prep* 2012;6(3):247-52.

## THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL FIRST AID ON COPING SKILLS WITH STRESS AND THE EMOTIONAL COMPETENCE OF POSTPARTUM WOMEN IN GHAMAR BANIHASHEM HOSPITAL IN KHOY

*Elham Haji hosseinlu<sup>1</sup>, Parviz Karimi Sani<sup>\*2</sup>*

*Received: 17 May, 2018; Accepted: 24 Aug, 2018*

### **Abstract**

**Background & Aims:** The purpose of this study was to determine The Effectiveness of psychological First aid on Coping Skills with Stress and the Emotional competence of postpartum women. In this semi experimental study, a two-group design with pre and posttest was used.

**Materials & Methods:** The study population consisted of all women referred to Ghamar Banihashem Hospital in Khoy for delivery in February 2018. A total of 24 people were selected through purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups. For the experimental group, psychological First aid was conducted in 8 sessions of 90 minutes, while the control group did not receive any training. The data were collected by Endler & Parker Stress coping strategies Questionnaire and Brasseur et al. Data analysis was done by using covariance analysis in SPSS21 software.

**Results:** The findings of the study showed that the mean score of the problem-solving coping strategy in the experimental group was higher than the control group and the mean score of the Emotional coping strategy of the excitement circuit was significantly decreased. ( $P < 0.005$ ). But scores of avoidant coping in the experimental group compared to the control group had no significant difference. There was a significant difference between two groups in terms of emotional competence ( $P < 0.005$ ).

**Conclusion:** Based on the results, it can be concluded that psychological First aid in postpartum period is effective in coping with stress (Emotional and problem-solving) and women's emotional competence.

**Key Words:** psychological First aid, Coping Skills with Stress, Emotional competence

**Address:** Islamic Azad University of Tabriz Branch, psychology Department

**Tel:** (+98) 9143496856

**Email:** karimisani.counsel@gmail.com

---

<sup>1</sup> Department of Consulting, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychology, Islamic Azad University, Shabestar Branch, Shabestar, Iran (Corresponding Author)