

تأثیر دو روش مشاوره گروهی با حضور همسر و مراجع محور، به شیوه شناختی-رفتاری در دوران بارداری، بر ارتقا سلامت روان پس از زایمان: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

مریم دافعی^۱، شهناز مجاهد^۲، طیبه شجاع‌الدینی اردکانی^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۶/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۱۱/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: دوران بارداری، دورانی بحرانی همراه با تغییرات جسمی و روان‌شناختی است. آموزش زنان با تأکید بر شناخت کافی خود و همسر از تغییرات دوران بارداری، موجب افزایش حمایت روانی آن‌ها خواهد شد. لذا، هدف از پژوهش حاضر، تعیین تأثیر دو روش مشاوره گروهی با حضور همسر و مراجع محور، به شیوه شناختی-رفتاری در دوران بارداری، بر ارتقا سلامت روان پس از زایمان بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی می‌باشد که ۶۰ زن باردار، طبق معیارهای ورود به پژوهش، به روش تصادفی در سه گروه مشاوره گروهی با حضور همسر، مشاوره گروهی مراجع محور و گروه کنترل، هر گروه (n=20) قرار گرفتند. جلسات مشاوره در گروه‌های مداخله، طی سه ماهه سوم، توسط محقق و با حضور روانشناس بالینی مدعو به صورت، هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار به شیوه شناختی-رفتاری، انجام شد. گروه کنترل مراقبت روتین و یک جلسه مشاوره، پس از پایان پژوهش، پس از زایمان، دریافت کرد. ابزار جمع‌آوری داده، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مقیاس استرس، افسردگی و اضطراب (DASS21) بود که قبل از مداخله و روز ۱۴ پس از زایمان در هر سه گروه تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کولموگراف اسمیرنوف، تی مستقل، تی زوجی، تحلیل واریانس، آزمون آنوای یک‌طرفه انجام شد. سطح معناداری آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد میانگین نمره‌های اضطراب، افسردگی و استرس پس از زایمان بین گروه‌های مداخله و کنترل، تفاوت آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$)؛ هرچند که کاهش میانگین مؤلفه‌های سلامت روان در گروه مشاوره با حضور همسر بیشتر بود؛ اما از نظر تفاوت تأثیر مداخله، دو روش مشاوره، اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، انجام مشاوره گروهی، به شیوه شناختی-رفتاری در دوران بارداری تأثیر مثبتی بر کاهش میزان اضطراب، استرس و افسردگی پس از زایمان دارد. شناسایی به‌موقع زنان با فاکتور خطر، طراحی مداخلات آموزشی و اقدامات مشاوره‌ای زودهنگام، می‌تواند در افزایش سلامت روان مادران در دوران پس از زایمان مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: مشاوره و آموزش، شناختی رفتاری، پس از زایمان، سلامت روان

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۱۳۷، اسفند ۱۳۹۹، ص ۹۳۲-۹۲۰

آدرس مکاتبه: یزد، میبد، دانشگاه آزاد اسلامی، تلفن: ۰۳۵۳۲۳۵۰۱۶۱

Email: tshojaaldini@gmail.com

مقدمه

طول زندگی به علت مواجهه با استرس‌های مختلف از جمله بارداری و مراقبت از کودک، وجود تفکراتی از قبیل «زن باید به نیازهای همه افراد خانواده پاسخ دهد- زن باید همه چیز را تحت کنترل داشته باشد» مستعد ابتلا به استرس هستند (۲). اگرچه شواهد کافی برای بیان تأثیر دقیق استرس دوران بارداری بر عوارض

روان‌پزشکان استرس را به دو دسته مثبت و مزمن تقسیم‌بندی کرده‌اند. تنها، استرس‌های مزمن که مداوم و حل‌نشده باقی بمانند، می‌تواند موجب فرسایش روان و جسم افراد شود. محققان عامل ایجاد استرس را مولتی فاکتوریال می‌دانند (۱) و معتقدند، زنان در

^۱ دکترای تخصصی بهداشت باروری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری مامایی در سلامت خانواده، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

^۲ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری مامایی در سلامت خانواده، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

^۳ عضو هیات علمی گروه مامایی، واحد میبد، دانشگاه آزاد اسلامی، میبد، ایران (نویسنده مسئول)

نوزادی وجود ندارد؛ اما، پژوهش‌ها مؤید این است که افزایش سطح استرس در دوران بارداری، با افزایش احتمال زایمان زودرس، تأثیرات منفی بر سیستم ایمنی دوران نوزادی، تأخیر در روند وزن‌گیری، اختلالات رشدی نوزاد، وزن کم هنگام تولد و کاهش اندازه دور سر نوزاد در بدو تولد همراه است (۳، ۴). در صورتی که استرس به‌موقع شناسایی و حل نشود، فرد دچار تأثیر هیجانی مرتبط با استرس شده و از این‌پس احتمال بروز اضطراب افزایش می‌یابد (۲). در واقع، اضطراب در پاسخ به استرس‌های مزمن و ترس‌های نهفته ایجاد می‌شود (۵)، که می‌تواند بر عملکرد و کیفیت زندگی افراد آثار بسیار منفی به جا بگذارد (۶). به‌طور کلی شیوع اختلالات اضطرابی در زنان متأهل نسبت به زنان مجرد بیشتر است (۵) و در صورت هم‌پوشانی با دوران بارداری، احتمال بروز اضطراب پره‌ناتال افزایش می‌یابد. اضطراب پره‌ناتال، یک احساس منفی همراه با نگرانی‌های مختلف است که شامل: نگرانی از زمان و مکان تولد، سلامت مادر طی بارداری و زایمان، سلامت پس از زایمان، سلامت نوزادی و ایفای نقش والدی می‌شود. در مطالعه وکیلین و همکاران شیوع اختلالات اضطرابی قبل از تولد، در سه‌ماهه اول ۱۸/۲ درصد و در سه‌ماهه سوم ۲۴/۴ درصد گزارش شده است (۷). در مطالعه امیلی و همکاران میزان شیوع اختلالات اضطرابی دوران بارداری، به‌طور کلی ۲۰/۷ درصد ذکر شده است (۸). از عوامل مستعدکننده ابتلا به اضطراب دوران بارداری، می‌توان به ناراضی‌های زناشویی و فقدان یا ناکافی بودن حمایت اجتماعی اشاره کرد. متأسفانه، نمی‌توان سطح طبیعی اضطراب در دوران بارداری را به‌درستی تخمین زد (۹)، اما؛ اضطراب می‌تواند اثرات مخربی چون؛ تأثیر منفی بر دل‌بستگی بین مادر و نوزاد و کاهش توانایی مادر در انجام مسئولیت‌های مادری (۱۰)، افزایش احتمال زایمان زودرس، زایمان سخت، پره‌اکلامپسی، وزن کم هنگام تولد، مشکلات احساسی، اختلالات شناختی-رفتاری، اضطراب و افزایش میزان شیوع افسردگی را در پی داشته باشد (۷). افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است (۱۱) که حضور همسر و حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی می‌تواند به نحو مؤثری در کاهش علائم اضطراب و افسردگی کمک‌کننده باشد (۱۲). یک از مهم‌ترین دلایل مستعدکننده جهت ابتلا به افسردگی، بارداری و زایمان است. در این دوران به علت افزایش آستانه تحریک‌پذیری از نظر روحی، همچنین ترس از ناشناخته‌های بارداری و زایمان، زنان در معرض خطر هستند (۱۳). تغییرات بیولوژیکی که طی دوران بارداری اتفاق می‌افتد مستقیماً بر احساسات، سبک زندگی و تصویر فرد از خود اثر می‌گذارد. نگرانی، استرس، اضطراب، ترس و نگرش‌های منفی دوران بارداری موجب اختلال در روابط جنسی و زناشویی نیز می‌شود (۱۴). متأسفانه، مسائل ذکر شده و علائم افسردگی از قبیل کاهش اشتها، خستگی، تهوع، با علائم بارداری همپوشانی داشته و یک مراقبت‌کننده بهداشتی نمی‌تواند به‌درستی موضوع را تشخیص

دهد (۱۵). در صورتی که زن علائم روانی افسردگی را در طی بارداری تجربه کنند به‌احتمال بیشتری حتی تا یازده سال بعد از تولد، ممکن است دچار افسردگی اساسی شوند (۱۶). امروزه روش‌های درمانی متفاوتی برای درمان افسردگی در نظر گرفته شده است. یکی از روش‌های غیر دارویی که می‌تواند برای کاهش اضطراب و افسردگی مورد استفاده قرار گیرد رویکرد شناختی-رفتاری است. طبق مطالعه Surkan و همکاران (۲۰۲۰) این رویکرد به‌عنوان درمان مؤثر اضطراب پره‌ناتال، مورد بررسی قرار گرفته است (۱۷) همچنین در مطالعه Ntow و همکاران (۲۰۲۰) به‌عنوان یک روش مؤثر در درمان افسردگی پس از زایمان از آن یاد شده است (۱۸). درمان شناختی-رفتاری، یک رویکرد مشارکتی بین مددجو و مشاور است. به این صورت که مددجویان آنچه در فکر و ذهنشان خطور کرده و آن‌ها را نگران می‌کند بیان کرده و مشاور سعی در برطرف کردن آن‌ها خواهد داشت. در طول جلسات، مداخلات رفتاری برای کاهش رفتارهای منفی و افزایش رفتارهای مثبت با بهره‌گیری از دو اصل موافقت بر سر تغییر رفتار و آموزش حل مسئله انجام خواهد گرفت. برای تکمیل این روش مشاوره‌ای تکالیف ساختاریافته بسیار کمک‌کننده خواهد بود؛ چراکه باید برای افزایش تأثیر مشاوره، مهارت‌های آموخته‌شده به‌طور مداوم در هفته تکرار شود (۱۹، ۲۰). از نکات جالب‌توجه این مشاوره این است که این روش بسته به نیاز مددجویان قابل‌انعطاف و تغییر است؛ هرچند که اصول اولیه آن ثابت است (۲۱). این نوع مشاوره می‌تواند به‌صورت فردی، گروهی و زوجی به مددجویان ارائه گردد. فرض اولیه مشاوره شناختی-رفتاری این است که احساسات و رفتار تا حدود زیادی از شناخت منشأ می‌گیرند؛ پس بنابراین به‌وسیله مداخلات شناختی-رفتاری می‌توان احساس، رفتار و تفکر را تغییر داد. در این نوع مشاوره، حوادث و تجربه‌های گذشته فرد، با شناسایی و تغییر در نقش‌ها یا تحریف‌های شناختی دوباره بازسازی می‌شوند. آموزش الگوی مشاوره (رابطه بین موقعیت، افکار، احساس و رفتار)، شناسایی افکار در موقعیت‌های مختلف، آشنایی با تحریف‌های شناختی (تفکر همه‌باهیچ- بزرگنمایی و کوچک‌نمایی بیش‌ازحد- بی‌توجهی به امور مثبت- فیلتر ذهنی- نتیجه‌گیری شتابزده- استدلال احساسی- بایدها- برچسب زدن- شخصی‌سازی و سرزنش- تعمیم مبالغه‌آمیز) و تشخیص آن، ارزیابی افکار جهت بهبود فرایند تغییر شناختی، خود‌گویی مثبت، آموزش حل مسئله، آموزش رفتار جرئت‌مندانه و داشتن زمان‌بندی برای رسیدن به اهداف نهایی، با استفاده از تکالیف خانگی ساختاریافته از گام‌های اصلی مشاوره شناختی رفتاری است (۲۲). به‌طور کلی می‌توان گفت که، هدف مشاوره شناختی-رفتاری، این است که فرد، تحریف‌های شناختی ایجاد شده در طول زمان را به‌درستی بشناسد و بتواند اختلالات رفتاری و تنش‌های احساسی ایجاد شده را، به‌درستی مدیریت کند و تغییر دهد (۱۴). اساساً، مشاوره شناختی- رفتاری بر

روش‌های مؤثر ارتباط است (۲۶) از آنجایی که سلامت روان مادر موجب تأمین سلامت جسمی و روانی کودک (۲۷) می‌شود و از این منظر، شناسایی و اقدام به‌موقع در اختلالات روانی طی دوران بارداری (۲۸) اهمیت ویژه می‌یابد، لازم است تا با بهترین و مؤثرترین روش مشاوره به حل مشکلات و تعارضات فردی و زوجی در ارتباط با بارداری و مسائل ایجاد شده جدید پیرامون بارداری، اقدام نمود (۲۹). بنابراین، محققان بر آن شدند تا به تعیین تأثیر دو روش مشاوره گروهی با حضور همسر و مراجع محور، به شیوه شناختی-رفتاری در دوران بارداری، بر ارتقا سلامت روان پس از زایمان بپردازند.

مواد و روش کار

طرح پژوهش، یک کارآزمایی بالینی تصادفی (کد طرح ۴۶۹۹) با سه گروه، طرح موازی و دومرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون) می‌باشد. پس از کسب کد اخلاق (ir.ssu.rec.1395.57) مطالعه توسط مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تصویب نهایی و حمایت مالی شد. جامعه آماری مطالعه حاضر را، کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به کلاس‌های آمادگی برای زایمان شهرستان اردکان- یزد طی تابستان ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود به مطالعه، سن ۲۰ تا ۴۰ سال، توانایی تکلم و فهم زبان فارسی و حداقل سواد سیکل در نظر گرفته شد. معیارهای خاص جهت عدم ورود به مطالعه داشتن سابقه اختلالات روان‌پزشکی جدی درج‌شده در کارت مراقبت‌های بارداری نظیر؛ اختلالات خلقی، روان‌پریشی، اضطرابی، افسردگی اساسی و دوقطبی، داشتن سابقه نازایی، استفاده از روش‌های کمک باروری، مصرف داروهای روان‌پزشکی، سابقه شرکت در جلسات مشاوره به روش شناختی-رفتاری در رابطه با درمان افسردگی بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: داشتن هرگونه عارضه در دوران بارداری که با عدم توانایی در شرکت در جلسات مشاوره همراه باشد، نمره پیش‌آزمون پرسشنامه مذکور به ترتیب جهت خرد مقیاس‌های استرس، افسردگی و اضطراب بیشتر از ۳۳، ۲۸ و ۲۰، وابستگی به مواد و فوت نزدیکان درجه اول در سه ماه اخیر (سوغ) بود. مکان‌های نمونه‌گیری، دو مرکز برگزارکننده کلاس‌های آمادگی برای زایمان شهرستان اردکان یزد بود. محل اجرای مداخله بیمارستان ضیایی اردکان تعیین گردید. فاصله زمانی بین شروع مداخله تا خاتمه مداخله در هر دو گروه ۲ ماه طول کشید. گروه مداخله در دو گروه ۱۱ نفری در جلسات مشاوره شناختی- رفتاری که توسط مامای آموزش‌دیده (محقق) اداره می‌شد شرکت داده شدند؛ البته لازم به ذکر است که روانشناس بالینی مدعو، در جلسات حضور داشته و از نزدیک روند کار را مورد بررسی قرار می‌داد. جلسات به شرح زیر می‌باشد (جدول ۱).

دو پایه اصلی استوار است (یک) شناخت شما تأثیر کنترل‌کننده بر احساس و رفتارشان دارد (دو) اینکه چگونه عمل کنید، به‌طور قدرتمندی تحت تأثیر الگوی افکار و احساس شماست. در بعد شناختی درمان، در ارتباط با مسائل مختلف با ۴ سطح شناختی خواهید شد که شامل آگاهی، افکار اتوماتیک، احساس شرم و خطاهای شناختی می‌شود. آگاهی به‌عنوان بالاترین درجه شناخت در بیماری افسردگی و اختلالات اضطرابی به‌طور جدی دچار تغییر می‌شود. آشنایی با سبک تفکر در این دو اختلال از دلایل احتمالی دیگر جهت تأثیر روش بود. در اختلالات اضطرابی سبک تفکر بر مبنای ۱- توجه بیش‌ازحد به محرک‌های محیطی ۲- ترس ۳- بروز افکار اتوماتیک در مواجهه با مشکل جدید و ۴- عدم توانایی جهت تطبیق با شرایط جدید، تغییر می‌یابد. در بیماری افسردگی، سبک تفکر به سه دسته کلی تقسیم می‌شود ۱- درون در مقابل بیرون؛ در افراد افسرده پس از بروز مشکل، یا اتفاقات منفی مدام خود را به‌عنوان عامل اصلی سرزنش می‌کنند. درحالی‌که در افراد سالم، مسائل بیرونی از قبیل شانس، تأثیر افراد دیگر نیز به‌عنوان علت‌های دیگر مشکل بیان می‌شود ۲- عمومیت در برابر خاص بودن؛ در افراد افسرده این تفکر وجود دارد که مشکل جدید می‌تواند بر تمام جنبه‌های زندگی‌شان سایه افکنده و موجب تغییرات در تمامی زندگی‌شان شود لذا این افراد به‌مرور در موقعیت‌های جدید دچار کاهش عزت‌نفس و اختلال در بروز پاسخ‌های رفتاری متناسب با موضوع می‌شوند ۳- ثبات در مقابل تغییرپذیری؛ در افراد افسرده، مسئله جدید را غیرقابل تغییر می‌دانند و این عقیده دارند که تأثیرات آن تا مدت‌ها باقی می‌ماند اما در درمان شناختی رفتاری افراد می‌آموزند که آنچه اکنون با آن درگیر هستند با گذر زمان بهبود می‌یابد. به‌عبارت‌دیگر ((این نیز بگذرد)). از دیگر مسائل آموزش داده‌شده تمرکز بر دو واژه بسیار ساده اما مهم (اکنون و اینجا) است. به‌طوری‌که افراد یاد بگیرند تنها در زمان حال و در همین مکان فعلی حضور جسمی و ذهنی داشته باشند. بخش مهم دیگری از درمان، تغییرات رفتاری است. در این روش مشاوره، با افزایش مشارکت و فعالیت افراد، افزایش خلق، تغییر الگوهای اجتناب و ناامیدی افراد، کاهش احساسات منفی، شناسایی افکار اتوماتیک، آموزش فن حل مسئله، آموزش تنفس، آموزش ریلکسیشن و در نظر گرفتن تکالیف خانگی منظم، افراد یاد می‌گیرند که چگونه با شرایط و موقعیت‌های جدید سازگاری و تطبیق داشته باشند (۲۳، ۲۴). نتایج مطالعات نشان داده است که، جلسات مشاوره به‌صورت گروهی با بیشترین تأثیر همراه می‌باشد که این مهم، به دلیل عوامل درون‌گروهی ایجاد می‌شود. از مهم‌ترین این عوامل می‌توان به حمایت افراد هم‌تراز اشاره کرد (۲۵). از طرفی، رویکرد مشاوره زوجی با کاهش تعارض و آشفتگی ارتباطی میان زوج همراه است. هدف از این نوع مشاوره، کمک به زوجها جهت سازگاری بهتر با مشکلات جاری و یادگیری

جدول (۱): محتوای کلی جلسات مشاوره گروهی به شیوه شناختی- رفتاری

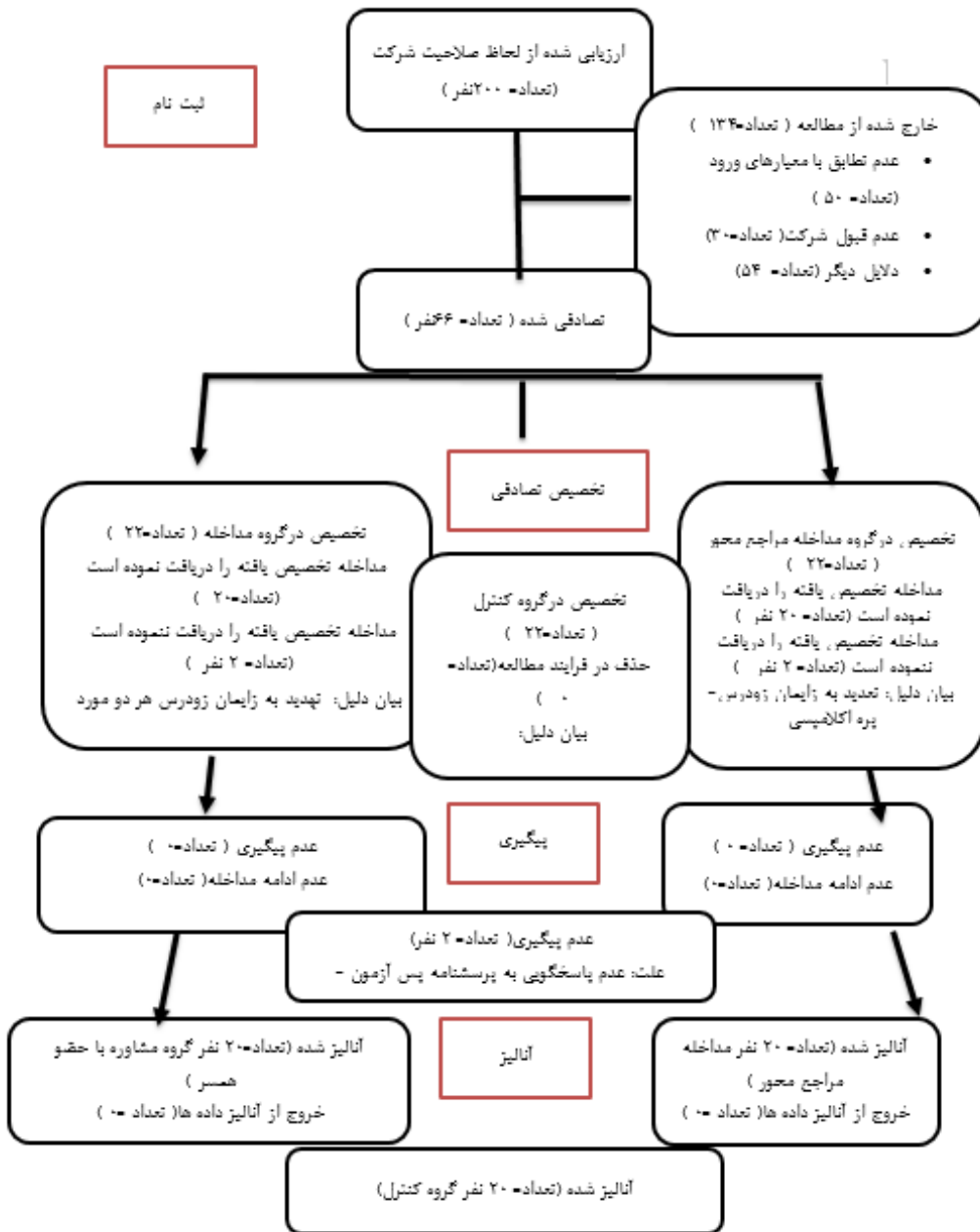
جلسه	محتوای جلسه	تکالیف
جلسه اول:	استفاده از فن آشنا سازی، توزیع دفترچه یادداشت و ذکر خلاصه‌ای از کل جلسات، تأکید بر اصول اولیه کلاس از جمله رازدار بودن و ...، آموزش‌های روانی در رابطه با ماهیت و علائم اضطراب در دوران پره ناتال، اضطراب طبیعی در رابطه با بارداری و پس از زایمان.	-
جلسه دوم:	خلاصه‌ای از مطالب جلسه قبل، توضیح مدل شناختی رفتاری و اهداف درمانی آن اعم از تغییر در رفتار و افکار مشکل ساز،	تکمیل فرم خودیاری: افکار چگونه احساسات را به وجود می‌آورد و فن A.B.C
جلسه سوم:	بررسی تکالیف جلسه قبل، توضیح خطاهای شناختی، انواع خطاهای شناختی و بازسازی تحریف‌های شناختی، شناسایی و دوباره ارزیابی کردن افکار منفی در رابطه با خود/ دیگران/ جهان، آموزش کنترل افکار تحریف شده،	تکمیل فرم ثبت تغییر افکار و فرم بررسی افکار خودآیند
جلسه چهارم:	بررسی تکالیف جلسه قبل، توضیح نگرانی‌های سازنده و نگرانی‌های مخرب و نحوه افتراق آن‌ها از همدیگر در رابطه با بارداری	تکمیل فرم خودیاری درجه بندی هیجانات و افکار
جلسه پنجم:	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت حل مسئله	تکمیل فرم مهارت حل مسئله
جلسه ششم:	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش فعال سازی رفتاری	تکمیل فرم فعال سازی رفتاری
جلسه هفتم:	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت رفتار جرأت‌مندانه	-
جلسه هشتم:	مرور کلیه جلسات، انجام پس‌آزمون اول در هر سه گروه، تأکید بر اطلاع دادن تاریخ زایمان.	-

لازم به ذکر است که ۱۰ دقیقه ابتدایی هر جلسه به بررسی تکالیف جلسه قبل و ۲۰ دقیقه پایانی جهت تعیین تکالیف جلسه بعد و انجام آرمیدگی عضلانی اختصاص داده شد. آرمیدگی عضلانی یک فن انقباض و انبساط در عضلات مختلف بدن است که نیاز به ابزار یا مکان خاص یا پوزیشن خاصی ندارد. به همین دلیل این نوع آرمیدگی به صورت نشسته روی صندلی با چشمان بسته و با تمرکز به جاری بودن هوا موقع انقباض و انبساط عضله انجام شد. نحوه انتخاب نمونه به این صورت بود، که در این پژوهش، ۶۰ تن از زنان باردار، با سن حاملگی ۲۸-۳۲ هفته (بسیار زن باردار جهت گروه مشاوره با حضور همسر، بیست زن باردار جهت گروه مشاوره مراجع‌محور و بیست زن باردار جهت گروه کنترل) وارد مطالعه شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعات رضایی و همکاران (۳۰) و با در نظر گرفتن $\beta=0.8, \alpha=0.05$ و سطح اطمینان ۹۵ درصد ۲۰ نفر در هر گروه محاسبه شد، که با ۱۰ درصد ریزش ۲۲ نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری به صورت سهمیه‌ای احتمالی بر اساس درصد مراجعین به دو مرکز، از یک مرکز ۶۰ درصد و از مرکز دیگر ۴۰ درصد (مرکز شماره اول ۲۸ و مرکز شماره دوم ۱۶ نفر)، به روش در دسترس، بر اساس معیارهای ورود و با استفاده از تخصیص تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. جهت تصادفی سازی، دو کیسه انتخاب شد و در هر کدام دو پاکت قرار گرفت. در یک کیسه روی پاکت‌ها نام روزهای زوج و فرد و در کیه دوم روی پاکت‌ها

جهت کاهش هزینه‌های رفت و آمد مکان برگزاری کلاس‌ها، بیمارستان ضیایی اردکان انتخاب و زمان تشکیل کلاس‌ها به صورت هفته‌ای یک‌بار تعیین گردید. شروع جلسات در ابتدای سه‌ماهه سوم دوران بارداری و پایان جلسات حدود ۱۰ روز مانده به تاریخ زایمان برنامه‌ریزی شد. نمونه‌های پژوهش، در ارتباط با ایاب و ذهاب نگرانی خاصی را ابراز نکردند. جهت تکمیل و یادآوری آموزش‌ها، گروهی در فضای مجازی باهدف هماهنگی جلسات آموزشی، قرار دادن فایل‌های آموزشی جهت تکرار در منزل، ارائه تکالیف خانگی و ارائه موسیقی‌های ریلکسیشن تشکیل شد. جلسات آموزشی با استفاده از وسایل کمک آموزشی، بحث گروهی و ایفای نقش اداره شد. قوانینی از قبیل حضور به موقع، رازدار بودن و اهمیت انجام تکالیف، ابراز مسائل به صورت شفاهی یا کتبی به اطلاع شرکت‌کنندگان در پژوهش رسانده شد. گروه کنترل مراقبت روتین را ادامه دادند. برای رعایت ملاحظات اخلاقی پس از پایان مطالعه یک جلسه آموزش و مشاوره برای گروه کنترل، در دوره پس از زایمان و پایان مطالعه برگزار شد. همچنین ضمن اشاره به محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان از آن‌ها رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد و به آنان اطمینان داده شد که در صورت تمایل در هر زمان از مطالعه می‌توانند به شرکت در مطالعه پایان دهند. جلسات مشاوره شناختی- رفتاری در گروه مداخله به مدت ۸ جلسه هفته‌ای یک‌بار و هر جلسه ۹۰ دقیقه برگزار شد.

نظر گرفته شد. نام گروه‌های مداخله به صورت شماره روی برگه نوشته شد، سپس برگه‌های اسامی را یکی یکی خارج کرده و اولین اسم انتخاب شده در پاکت شماره اول و دوی در پاکت شماره دو قرار گرفت. در مرحله آخر به صورت تصادفی نام پاکت اول و دو تعیین شد. برای دو نفر از زنان باردار گروه مداخله مراجع محور، به علت تهدید به زایمان زودرس و پره اکلامپسی، دو نفر از زنان باردار گروه مشاوره با حضور همسر به علت تهدید به زایمان زودرس و دو نفر از زنان باردار گروه کنترل به دلیل عدم پاسخگویی به پرسشنامه پس از آزمون از مطالعه خارج شدند (فلوچارت شماره ۱).

گروه‌های مداخله و کنترل نوشته شد. سپس به طور تصادفی یک پاکت از کیسه اول و یک پاکت از کیسه دوم برداشته شد و بدین ترتیب مشخص شد که زنان بارداری که در روزهای زوج به کلاس‌های آمادگی برای زایمان مراجعه می‌کنند، مربوط به گروه مداخله و زنان بارداری که در روزهای فرد به کلاس‌های آمادگی برای زایمان مراجعه می‌کنند مربوط به گروه کنترل هستند. سپس اسامی زنان گروه مداخله (که توسط مسئول محترم برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان به ترتیب ساعت ورود به کلاس لیست شده بود) بر روی برگه‌های جداگانه نوشته شد و دو پاکت نیز جهت گروه مداخله مراجع محور و مداخله با حضور همسر در



فلوچارت (۱): الگوریتم انجام مطالعه

نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آزمون‌های پارامتریک تی مستقل، تی زوجی، تحلیل واریانس، آنوای یک‌طرفه و جهت بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای کمی از آزمون کولموگراف اسمیرنوف استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

این مطالعه با شرکت ۶۶ زن باردار مراجعه‌کننده به کلاس‌های آمادگی زایمان شهرستان اردکان انجام شد، که از هر گروه ۲ نفر از مطالعه خارج‌شده و درنهایت ۲۰ نفر در هر گروه در مطالعه باقی ماندند. قبل از مداخله، دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک همسان بودند ($p > 0.05$) (جدول شماره ۳ و ۲).

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه اطلاعات فردی و بارداری) شامل نام و نام خانوادگی، سن، تاریخ آخرین قاعدگی برای تعیین سن حاملگی، شغل (شاغل یا خانه‌دار) سطح تحصیلات، تعداد فرزند و وضعیت اقتصادی (و پرسشنامه DASS21^۱ بود. پرسشنامه DASS21 که فرم کوتاه شده DASS42 سؤالی و حاوی ۲۱ سؤال و مجموعه‌ای از سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است، بود. روایی و پایایی پرسشنامه DASS21 در ایران توسط مرادی منش و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است و با در نظر گرفتن ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۹۲، افسردگی ۰/۹۰، اضطراب ۰/۸۱ و استرس ۰/۸۹ مورد تأیید گزارش شده است (۳۱). این پرسشنامه قبل از شروع جلسات و در روز ۱۴ پس از زایمان برای هر دو گروه تکمیل شد. پس از جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از

جدول (۲): مقایسه توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی گروه‌های مداخله و کنترل جهت متغیرهای کمی

گروه متغیر	مشاوره با حضور همسر	مشاوره مراجع‌محور	گروه کنترل	p-value*
سن (سال)	۲۴/۵±۳/۵۳	۲۷/۲۰±۴/۴۲	۲۷/۲۵±۶/۶۴	۰/۱۵۲
سن بارداری (هفته)	۳۰/۶۶±۱/۵۳	۳۱/۳۶±۱/۳۸	۳۰/۹±۱/۶۴	۰/۳۵

جدول (۳): مقایسه توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی گروه‌های مداخله و کنترل جهت متغیرهای کیفی

گروه متغیر	مشاوره با حضور همسر	مشاوره مراجع‌محور	گروه کنترل	p-value*
	فراوانی و درصد	فراوانی و درصد	فراوانی و درصد	
فرزند قبلی	دارد	۴ نفر (۲۰ درصد)	۸ نفر (۴۰ درصد)	۰/۱۳
	ندارد	۱۶ نفر (۸۰ درصد)	۱۲ نفر (۶۰ درصد)	
نوع بارداری	خواسته	۱۷ نفر (۸۵ درصد)	۱۷ نفر (۸۵ درصد)	۰/۶۸
	ناخواسته	۳ نفر (۱۵ درصد)	۳ نفر (۱۵ درصد)	
تحصیلات	دیپلم و کمتر	۱۰ نفر (۵۰ درصد)	۱۱ نفر (۵۵ درصد)	۰/۲۷
	دانشگاهی	۱۰ نفر (۵۰ درصد)	۹ نفر (۴۵ درصد)	
تحصیلات همسران	دیپلم و کمتر	۱۵ نفر (۷۵ درصد)	۹ نفر (۴۵ درصد)	۰/۹۱
	دانشگاهی	۵ نفر (۲۵ درصد)	۱۱ نفر (۵۵ درصد)	
وضعیت اقتصادی	خوب	۵ نفر (۲۵ درصد)	۲ نفر (۱۰ درصد)	۰/۹۳
	متوسط	۱۵ نفر (۷۵ درصد)	۱۸ نفر (۹۰ درصد)	
شغل	شاغل	۶ نفر (۳۰ درصد)	۶ نفر (۳۰ درصد)	۰/۶۵
	خانه‌دار	۱۴ نفر (۷۰ درصد)	۱۴ نفر (۷۰ درصد)	

¹ Depression anxiety stress score

میزان مشارکت در گروه مشاوره مراجع‌محور نسبت به گروه مشاوره با حضور همسر بهتر بود که در (جدول شماره ۴) به تفکیک نشان داده شده است.

جدول (۴): میزان مشارکت و انجام تکالیف در دو گروه مشاوره با حضور همسر و مشاوره مراجع‌محور

مشاوره مراجع‌محور	مشاوره با حضور همسر	متغیرهای ذکر شده گروه‌های مورد مطالعه
۹۰ درصد / تمام جلسات	۷۵ درصد تمام جلسات	حداکثر میزان شرکت در کلاس
۱۰ درصد / ۶ جلسه	۲۵ درصد / ۶ جلسه	حداقل میزان شرکت در کلاس
۵۰ درصد	۷۰ درصد	درصد انجام تکالیف

تفاوت معنی‌داری با نتایج افراد در گروه کنترل دارند. همچنین نتایج آزمون آماری t زوجی، در گروه‌های مداخله، کاهش معناداری را در میانگین نمره استرس قبل و بعد از مداخله، نشان داد ($p < 0/001$)؛ درحالی‌که در گروه کنترل به‌طور معنی‌داری میزان استرس بعد از زایمان افزایش یافته است ($p = 0/020$).

همان‌طور که جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، میزان استرس بعد از زایمان در گروه‌های مورد مطالعه با یکدیگر تفاوت معنادار داشته ولی میزان تغییرات میانگین در هر سه گروه مورد مطالعه در وضعیت یکسانی وجود ندارد. بر اساس نتایج آزمون توکی، اختلافی بین دو گروه مداخله وجود ندارد ($p = 0/710$)، اما این دو گروه،

جدول (۵): مقایسه میانگین نمره استرس و تغییرات آن در مرحله قبل از مداخله و بعد از زایمان در سه گروه

P value	تفاوت میانگین	بعد از زایمان		متغیر استرسی گروه
		میانگین \pm انحراف معیار	قبل از مداخله میانگین \pm انحراف معیار	
$< 0/001$	$5/50 \pm 3/03$	$4/15 \pm 2/01$	$9/65 \pm 2/51$	مشاوره با حضور همسر
$< 0/001$	$4/7 \pm 2/75$	$4/95 \pm 1/61$	$9/65 \pm 3/03$	مراجع‌محور
$0/020$	$-2/85 \pm 4/99$	$11/45 \pm 4/9$	$8/6 \pm 2/96$	کنترل
		$31/375$	$0/907$	F
		$< 0/001$	$0/409$	p-value

بین این دو گروه و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0/001$). همچنین آزمون آماری t زوجی نشان داد که در گروه‌های مداخله میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله به‌طور معنی‌داری کاهش نشان داد- ($p < 0/001$).

همان‌طور که جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، میزان اضطراب بعد از زایمان در گروه‌های مورد مطالعه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشته است ولی میزان تغییرات میانگین در هر سه گروه مورد مطالعه در وضعیت یکسانی نبود. بر اساس نتایج آزمون توکی، اختلاف آماری بین دو گروه مداخله مشاهده نشد ($p = 0/944$)؛ اما

جدول (۶): مقایسه میانگین نمره اضطراب و تغییرات آن در مرحله قبل از مداخله و بعد از زایمان در سه گروه

P value	تفاوت میانگین	بعد از زایمان		متغیر اضطراب گروه
		میانگین \pm انحراف معیار	قبل از مداخله میانگین \pm انحراف معیار	
$< 0/001$	$4/1 \pm 1/94$	$2 \pm 1/29$	$6/1 \pm 1/44$	مشاوره با حضور همسر
$< 0/001$	$3/05 \pm 1/14$	$2/3 \pm 1/38$	$5/35 \pm 1/66$	مراجع‌محور

کنترل	۵/۶۵±۱/۶۶	۷/۵۵±۴/۷۱	-۱/۹۰±۵/۵۶	۰/۱۴۳
F	۱/۱۲۱	۲۲/۷۱		
p-value	۰/۳۳۳	<۰/۰۰۱		

میانگین نمره افسردگی بعد از زایمان به طور معنی‌داری کاهش داشته ($p < ۰/۰۰۱$)، و در گروه کنترل هم میانگین نمره افسردگی بعد از زایمان نسبت به قبل از زایمان تفاوت آماری معنی‌داری داشته است و همان‌طور که در جدول مشخص است میانگین نمره افسردگی از ۴/۶۰ به ۸/۷۰ افزایش یافته است ($p = ۰/۰۰۱$).

همان‌طور که جدول شماره ۷ نشان می‌دهد، میزان افسردگی بعد از زایمان در گروه‌های مورد مطالعه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشته ($p < ۰/۰۰۱$)، البته بر اساس نتایج آزمون توکی، اختلافی بین دو گروه مداخله مشاهده نشد ($p = ۰/۸۱۷$)، ولی این دو گروه تفاوت معنی‌داری با نتایج افراد در گروه کنترل دارند ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین آزمون آماری t زوجی نشان داد که در گروه‌های مداخله،

جدول (۷): مقایسه میانگین نمره افسردگی و تغییرات آن در مرحله قبل از مداخله و بعد از زایمان در سه گروه

P value	تفاوت میانگین	قبل از مداخله		متغیر افسردگی گروه
		بعد از زایمان	میانگین ± انحراف معیار	
<۰/۰۰۱	۳/۸۰±۱/۹۹	۱/۸±۱/۲	۵/۶±۲/۶۷	مشاوره با حضور همسر
<۰/۰۰۱	۳/۲۰±۱/۷۰	۲/۲۵±۱/۴۱	۵/۴۵±۲/۴۴	مراجع‌محور
۰/۰۰۵	-۳/۴۵±۴/۹۳	۸/۵۵±۳/۶۲	۵/۱±۲/۷۹	کنترل
		۷۲/۵۱	۰/۲۰۵	F
		<۰/۰۰۱	۰/۸۱۵	p-value

یکی را به نحو مؤثری کاهش دهد و از این طریق به طور غیرمستقیم به بهبود روابط کمک کند. همچنین تأثیر مشخصی بر کاهش سطح استرس در زوجین و تغییر رفتار و نگرش آن‌ها در مورد افسردگی و استرس دارد. در این روش با افزایش سطح درک زوجین نسبت به بارداری و تغییرات آن، به حداقل رساندن رفتار و نگرش منفی، افزایش حمایت عاطفی، افزایش ارتباطات همدلانه در دوران بارداری موجب کاهش اضطراب استرس و افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان می‌شود (۳۳). در مطالعه‌ای که توسط Karamouzian و همکاران انجام شد، نشان داد که آموزش به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی دوران بارداری مؤثر بوده است (۳۴) که می‌توان گفت با پژوهش حاضر همسو می‌باشد. مطالعه Kaboli و همکاران نیز نشان‌دهنده تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب بوده است (۳۵). مطالعه قربانی و همکاران (۳۶) صفر علی نژاد و همکاران (۳۲) نیز نشان داد که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند هم بر کاهش اضطراب و هم بر کاهش افسردگی زنان باردار مؤثر باشد. در ارتباط با تأثیر مشاوره زوجی بر افسردگی نتایج مطالعات متفاوت گزارش شده است. نتایج مطالعه Le و همکاران (۳۷) نشان داد که مشاوره شناختی-رفتاری به هر شیوه‌ای می‌تواند بر کاهش میزان افسردگی

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به گستردگی افسردگی حین بارداری و پس از زایمان که برخی از مطالعات تا ۳۰ درصد گزارش کرده‌اند (۳۲)، همچنین اثرات مثبت درمان شناختی-رفتاری بر مؤلفه‌های سلامت روان، مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر دو روش مشاوره گروهی با حضور همسر و مراجع‌محور، به شیوه شناختی-رفتاری در دوران بارداری، بر ارتقا سلامت روان پس از زایمان انجام شد در این مطالعه مشاوره گروهی به شیوه شناختی-رفتاری، توانست نمره استرس، اضطراب و افسردگی را در دو گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به صورت معناداری ($p < 0.05$) کاهش دهد. در گروه مشاوره با حضور همسر میزان کاهش نمره هر سه مؤلفه نسبت به گروه مراجع‌محور، بیشتر بوده است؛ اما، از نظر آماری معنادار نبود ($p > 0.05$). در نتیجه به طور کلی می‌توان گفت که مشاوره شناختی-رفتاری به هر دو روش بر ارتقا سلامت روان زنان طی دوران بارداری و پس از زایمان مؤثر می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر با پژوهش Cohen و همکاران، همسو می‌باشند؛ در این مطالعه که به تبیین مکانیسم زوج‌درمانی در اختلال افسردگی پرداخته بود، نشان داد که مشاوره شناختی-رفتاری به شیوه زوجی، نیز می‌تواند افسردگی طرفین و یا حتی

موجب افزایش اضطرابشان می‌شود را شناسایی کرده و دارای الگوهای پاسخ‌دهی، افکار و احساسات اضطرابی به‌صورت خودکار و مداوم می‌گردند. تداوم این زنجیره، می‌تواند موجب شود که به محضی که فرد در شرایط اضطرابی قرار گرفت، کاملاً خارج از زنجیره آگاهی، مضطرب شوند. آموزش شیوه‌های تن آرامی، شناخت افکار تحریف‌شده، بازسازی شناختی، تمرین تنفس، آموزش روش‌های مقابله‌ای جهت مدیریت استرس، شناخت افکار خودآیند و... جهت مدیریت اضطراب می‌تواند در کنار یکدیگر، به کاهش میزان افسردگی و ارتقا سلامت روان زنان در دوران بارداری و پس از زایمان، نیز کمک کند. در بررسی مطالعات مختلف، هیچ‌گونه پژوهشی ایرانی و خارجی، غیرهمسو با مطالعه حاضر یافت نشد. محدودیت‌های این پژوهش، در نظر گرفتن معیارهای ورود می‌باشد که تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر را غیرممکن می‌کند. به دلیل احتمال ریزش، نخست‌زا بودن به‌عنوان معیار ورود به پژوهش در نظر گرفته نشد، درحالی‌که مطالعات سطح استرس زنان نخست‌زا و مولتی‌پار را متفاوت گزارش کرده‌اند. به جهت در نظر گرفتن بافت‌های اجتماعی مشابه و یکسان بودن نمونه‌ها از نظر آگاهی پایه (با توجه به اینکه در کلاس‌های آمادگی برای زایمان دو جلسه روانشناسی نیز گنجانده شده است)، محل نمونه‌گیری کلاس‌های آمادگی برای زایمان انتخاب گردید. مواردی از قبیل مرگ‌ومیر دوران نوزادی، ناهنجاری‌های بدو تولد، نوع زایمان، مشکلات بستری نوزاد، مشکلات بستری مادر پس از زایمان در نظر گرفته نشد؛ که خارج از محدوده کنترل پژوهشگر بود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مشاوره گروهی به شیوه شناختی-رفتاری به‌صورت مراجع‌محور یا با حضور همسر، بر کاهش میانگین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی مؤثر است. آموزش مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل مسئله، مهارت جرئت‌ورزی، و شناخت تحریف‌های شناختی و بازسازی آن، از عوامل آموزشی مهم جهت تحقق این امر بوده است. با توجه به ارتباط سلامت روان دوران بارداری با سلامت روان پس از زایمان و به‌ویژه سلامت کودک، توصیه می‌گردد که در مراکز مراقبت از مادران با غربالگری روانی مادران سالم، افراد در معرض خطر شناسایی شوند، سپس ماماها دوره‌دیده و روانشناسان بالینی مستقر در مراکز بهداشتی و درمانی، به‌عنوان اولین مراقبت‌کننده بهداشتی زنان باردار، با استفاده از یکی از روش‌های روان‌درمانی غیر دارویی-مشاوره شناختی رفتاری - سلامت روانی زنان باردار را ارتقا دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب و دفاع شده به شماره ۴۶۹۹ و کد اخلاق Irct2016081029293N1 در دانشگاه

مؤثر باشد. نتایج مطالعه مروری Thimm and Antonsen که همسو با پژوهش حاضر است، نشان داد که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند به‌عنوان یک مراقبت روتین با نتایج خوب می‌باشد. اگرچه احتمال ترک دوره درمان در افراد وجود خواهد داشت و حتی در تعدادی از افراد ممکن است از مداخله سودی نبرند؛ اما، تأثیر قوی درمان را در افرادی که در جلسات به‌طور مرتب شرکت کرده و تکالیف خانگی را تکمیل کنند، قابل پیش‌بینی است (۳۸). مطالعات فوق‌الذکر، همگی با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. علت همسویی نتایج مطالعات می‌تواند به دلیل نکات مشترک در ساختار بندی و طراحی جلسات، تأکید بر عنصر شناخت افراد نسبت به تغییرات دوران بارداری و پس از زایمان، می‌باشد که توانسته است تأثیر معناداری را بر کاهش نمرات استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان داشته باشد. نتایج پژوهش Barbato and Avanzo (۳۹) نشان می‌دهد که مشاوره زوجی می‌تواند در مواردی که مشکل ارتباطی بین زوجین وجود داشته باشد را به‌طور کامل حل کند. اما اینکه حضور همسر در جلسات بتواند میزان افسردگی را کاهش دهد مشخص نیست. نتیجه این مطالعه نیز با پژوهش حاضر از این منظر همسویی دارد که در دو گروه مداخله کاهش نمرات مشاهده شد و بین مداخله مراجع‌محور و مداخله با حضور همسر تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد؛ هر چند که هر دو روش توانست میزان استرس، اضطراب و افسردگی را کاهش دهد. با توجه به اینکه میانگین نمرات هر سه مؤلفه، در دو گروه مداخله حتی پس از زایمان، نسبت به قبل از مداخله نیز کاهش یافته بود، می‌توان نتیجه گرفت تأثیر این نوع مشاوره به‌صورت پایدار می‌باشد چراکه، حتی با گذشت زمان، نمرات هر سه مؤلفه در مرحله پیگیری (پس از زایمان) و در دو گروه مداخله کاهش یافته بود؛ اما در گروه کنترل به‌طور معناداری پس از زایمان مؤلفه استرس افزایش یافته بود ($p=0.020$). در مطالعات مختلف میزان شیوع افسردگی در کشورهای آسیایی بین ۳/۵ درصد تا ۶۳/۳ درصد گزارش شده است. در ایران شیوع افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان به میزان ۲۸/۷ درصد گزارش شده است (۴۰). همچنین در صورتی که استرس دوران بارداری، به‌درستی شناسایی و حل نشود، در سه‌ماهه سوم بارداری و پس از زایمان، زمینه‌ساز اختلالات روان‌پزشکی جدی از قبیل افسردگی پس از زایمان و اختلالات اضطرابی می‌گردد (۴۱). مطالعه خانزاده و همکاران نشان داد که مشاوره شناختی رفتاری می‌تواند اضطراب را کاهش دهد (۴۲). یافته پژوهش یاد شده با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. از نکات مشترک همسو بودن تأثیر مشاوره بر کاهش اضطراب می‌توان به این مورد اشاره کرد که زنان مضطرب در دوران بارداری، تهدیدهایی که

دانشکده پرستاری مامایی یزد، مسئولین برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان شهرستان اردکان و نمونه‌های پژوهش اعلام نمایند.

علوم پزشکی شهید صدوقی یزد دانشکده پرستاری مامایی استخراج شده است. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و

References:

1. O'Malley EG, Walsh MC, Reynolds CM, Kennelly M, Sheehan SR, Turner MJ. A cross-sectional study of maternal-fetal attachment and perceived stress at the first antenatal visit. *J Reprod Infant Psychol*2020;38(3):271-80.
2. KHodayari fard M, Parand A. Stress and confront method. *Tehran university*; 2011. (in Persian)
3. Garcia-Flores V, Romero R, Furcron A-E, Levenson D, Galaz J, Zou C, et al. Prenatal Maternal Stress Causes Preterm Birth and Affects Neonatal Adaptive Immunity in Mice. *Front Immunol* 2020;11:254.
4. Lim HA, Chua T-E, Malhotra R, Allen JC, Chern BS, Tan KH, et al. Trajectories of antenatal maternal psychological stress and their association with gestational age and neonatal anthropometry: A prospective cohort study of multi-ethnic Asian women in an urban setting. *Asian J Psychiatr* 2020;48:101923.
5. Naraghizadeh A. problems of adolescents and young adult. *Mehrandish*; 2016. (in Persian)
6. Beşirli A, Alptekin JÖ, Kaymak D, Özer ÖA. The relationship between anxiety, depression, suicidal ideation and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Psychiatr Q* 2020;91(1):53-64
7. Vakilian K, Zarei F, Majidi A. Effect of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety and quality of life during pregnancy: A mental health clinical trial study. *Iran Red Crescent Med J* 2019;21:8.
8. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a multivariate Bayesian meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2019; 80(4):18r12527.
9. Lee AM, Lam SK, Lau SMSM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*2007; 110(5): 1102-12.
10. Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F. Effect Of Relaxation And Attachment Behaviors Training On Anxiety In First-Time Mothers In Shiraz City, 2010: A Randomized Clinical Trial (Clinical Trial Article). *Qom Univ Med Sci J* 2013;6(4):14-23.
11. Jeffrey ML. Patient information: Depression in adults (Beyond the Basics) 2016 [updated 6.Jan]. Available from: <http://www.uptodate.com>
12. Redinger S, Pearson RM, Houle B, Norris SA, Rochat TJ. Antenatal depression and anxiety across pregnancy in urban South Africa. *J Affect Disord* 2020; 277: 296-305.
13. Zarrabi Jourshari F, Zargham Hajebi M, Saravani S, Eghbali Z. The Effect of Antenatal Physiological Classes on Depression, Anxiety and Social Support in the Last Month of Pregnancy. *Journal of Health and Care* 2020;22(1):65-74.
14. Nezamnia M, Iravani M, Sayyah bargard M, Latifi M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: An RCT. *Int J Reprod Biomed* 2020;18(8):625-36.
15. Shaikh K, Sulaiman S. Antenatal Stress and Depression: A Neglected Area. *i-Manager's Journal on Nursing* 2012;2(1):1.
16. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: Prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord*2007;100(1):115-21.
17. Surkan PJ, Hamdani SU, Huma Z-e, Nazir H, Atif N, Rowther AA, et al. Cognitive-behavioral therapy-based intervention to treat symptoms of anxiety in pregnancy in a prenatal clinic using non-specialist providers in

- Pakistan: design of a randomised trial. *BMJ open* 2020;10(4):e037590.
18. Ntow KO, Krzeczowski JE, Amani B, Savoy CD, Schmidt LA, Van Lieshout RJ. Maternal and Infant Performance on the Face-to-Face Still-Face Task following Maternal Cognitive Behavioral Therapy for Postpartum Depression. *J Affect Disord* 2021: 278:583-91.
19. Asarnow LD, Manber R. Cognitive behavioral therapy for insomnia in depression. *Sleep Med Clin* 2019;14(2):177-84.
20. Reynolds GO, Saint-Hilaire M, Thomas CA, Barlow DH, Cronin-Golomb A. Cognitive-behavioral therapy for anxiety in Parkinson's disease. *Behav Modif* 2020;44(4):552-79.
21. Turner R, Swearer SM. Cognitive Behavioral Therapy (CBT). *Encyclopedia of Cross-Cultural School Psychology*: Springer; 2010. P. 226-9.
22. Zarghami F, Heidari NI, Shaeiri Mr, Shahrivar Z. A study in the impact of coping-cat-based cognitive-behavior therapy (CBT) on reduced anxiety in the children aged 8 to 10 with anxiety disorder. *Clinical Psychology Studies* 2015; 5(19): 183-202.
23. Thimm JC, Antonsen L. Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC psychiatry* 2014;14(1):292.
24. Li Z, Liu Y, Wang J, Liu J, Zhang C, Liu Y. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* 2020;29(17-18):3170-82
25. Kashani Lotfabadi M, Aboozarian S S, Farnosh M, Mohammadi A, Hashemi B M, Salarhaji A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Symptoms of Depression and Anxiety in Women with Chronic Schizophrenia Admitted to Hejazi Hospital in Mashhad. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2021; 29(2) :146-59.
- URL: <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-2231-fa.html>
26. Mohammadi M, Sheykh Hadi Siruii R, Garafar A, Zahrakar K, Shakarami M, Davarniya R. Effect of Group Cognitive Behavioral Couples Therapy on Couple Burnout and Divorce Tendency in Couples. *Armaghane danesh* 2017; 21 (11) :1069-86
27. Dareshouri Mz, Bosaknejad S, Sarvghad S. A Survey On The Effectiveness Of Stress Management Training With Cognitive-Behavioral Group Therapy Approach On State/Trait Anxiety, Pregnancy Anxiety And Mental Health Of Primiparous Women. *Jentashapir journal of cellular and molecular biology* 2013; 4(9): 495-504.
28. Safaralinezhad A, Oveisi S, Jourabchi Z. Effect of cognitive-behavioral group therapy on gestational depression: A clinical trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018;21(2): 48-59.
29. Palas Karaca P, Oskay ÜY. Effect of supportive care on the psychosocial health status of women who had a miscarriage. *Perspect Psychiatr Care* 2020; 57(1): 179-88.
30. Rezaei S, Bazarganiyan N, Jahangirpoor M, Tousy H. Effectiveness of group Cognitive Therapy (CT) in reducing depression, anxiety and perceived stress in men with HIV. *Bimonthly Official publication Medical Daneshvar* 2015;22(116):23-34.
31. Moradi Msanesh f, Ahadi h, Jomehri f, Rahgozar m. Relationship between Psychological Distress and Quality Of Life in Women with Breast Cancer. *J Rostamineh Zabol Univ Med Sci* 2012;4(2):51-9.
32. Safaralinezhad A, Oveisi S, Jourabchi Z. Effect of cognitive-behavioral group therapy on gestational depression: A clinical trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(2): 48-59.
33. Cohen S, O'Leary KD, Foran HM, Kliem S. Mechanisms of change in brief couple therapy for depression. *Behav Ther* 2014;45(3):402-17.
34. Karamoozian M, Askarizadeh G, Behroozi N. The study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2017; 5(4): 22-34.
35. Seyed Kaboli K, Mahmoodi Z, Mehdizadeh Tourzani Z, Tehranizadeh M, Kabir K, Dolatian M. The Effect of Group Counseling Based on Cognitive-

- Behavioral Approach on Pregnancy-Specific Stress and Anxiety. Shiraz E-Med J 2017; 18(5):e13183.
36. Ghorbani S, Jourabchi Z, Olfati F. The effect of group counseling based on cognitive behavioral therapy on anxiety of pregnant women with constipation: Clinical Trial. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care 2020; 28(4): 32-44.
37. Le H-N, Perry DF, Stuart EA. Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. J Consult Clin Psychol 2011;79(2):135.
38. Thimm JC, Antonsen L. Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. BMC psychiatry 2014;14(1):292.
39. Barbato A, D'Avanzo B. Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. Psychiatr Q 2008;79(2):121-32.
40. Mahdavy M, Kheirabadi G. The Prevalence of Postpartum Depression and Its Related Factors among Women in Natanz City in 2018 (Iran). Qom Univ Med Sci J 2020; 14(2): 78-85.
41. Noorbala A A, Malek Afzali H, Abedinia N, Akhbari M, Moravveji A, Vaseghi F, et al . Mental Health Status and Marital Satisfaction of Pregnant Women Referring to Health Centers in Kashan, Iran . J Sch Public Health Inst Public Health Res 2018; 16 (3) :279-94.
42. Khanzadeh A, Rostampour A, Nedae N, Khosrojauid M. Effectiveness of cognitive-behavioral education on anxiety during pregnancy and delivery method in primiparous women. Journal of Nursing Education 2017; 5(6): 24-32.

EFFECTIVENESS OF GROUP-COUNSELING IN THE PRESENCE OF SPOUSE AND CLIENT-ORIENTED, USING COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACH DURING PREGNANCY ON PROMOTING POSTPARTUM MENTAL HEALTH: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Maryam Dafei¹, Shahnaz Mojahed², Tayebeh Shojaaddini Ardakani^{3*}

Received: 02 October, 2020; Accepted: 20 January, 2021

Abstract

Background & Aim: Pregnancy is a critical period with physical and psychological changes. Educating women by emphasizing that they and their husbands know enough about the changes during pregnancy will increase their psychological support. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of group-counseling in the presence of spouse and client-oriented, using Cognitive-behavioral approach during pregnancy on promoting postpartum mental health.

Materials & Methods: The present study is a clinical trial that was performed on 60 pregnant women (40 in the intervention groups, 20 in the control group) who were randomly assigned to the group counseling in the presence of spouses, client-oriented group therapy and the control group (each group: n=20) according to the inclusion criteria. Cognitive-behavioral group counseling was performed by the midwife and under the supervision of a psychologist. The counseling was performed for the intervention group in eight sessions, each session lasting 90 min, once a week and during the third trimester. The control group received routine care and a counseling session. Data collection tools were demographic information questionnaire and Depression-Anxiety-Stress Scale 21 which were completed before the intervention, immediately after the intervention, and on the 14th day after delivery in both groups. Data analysis was performed using statistical tests, independent *t*-test, paired T-test, and ANOVA.

Results: The results of this study showed that the mean scores of stress, anxiety, and depression in the three groups in the post intervention stage in the intervention group were significantly reduced compared to the control group ($p < 0.001$). However, in terms of the difference in the effect of the intervention, no statistically significant difference was observed between the two methods of counseling ($p > 0.05$).

Conclusion: According to the research findings, cognitive-behavioral group counseling can be effective as an approach in improving the symptoms of stress, anxiety, and postpartum depression. Early identification of women with risk factors, designing educational interventions and early counseling can be effective in increasing the mental health of mothers in the postpartum period.

Keywords: counseling and education, cognitive-behavioral, postpartum, mental health

Address: Department of midwifery, Maybod branch, Islamic Azad University, Maybod, Iran

Tel: +983532350161

Email: tshojaaldini@gmail.com

¹ Research Center for Nursing and Midwifery Care, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

² Research Center for Nursing and Midwifery Care, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

³ Department of midwifery, Maybod branch, Islamic Azad University, Maybod, Iran (Corresponding Author)