



عنوان پایان نامه:

**بررسی تأثیر روش مقابله درمانگری در
اضطراب حالت-صفت زنان نخست
باردار سه ماهه سوم**

استاد راهنما:

دکتر علیرضا آقاییوسفی

استاد مشاور:

دکتر فرهاد شقایق

محقق:

فریبا طاهری

فهرست مطالب

عنوان صفحه

۱- فصل اول کلیات:

۱-۱- مقدمه	۲
۱-۲- بیان مسئله	۷
۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق	۹
۱-۴- اهداف پژوهش	۱۱
۱-۵- فرضیه های تحقیق	۱۱
۱-۶- تعریف متغیرها	۱۲

۲- فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق

۲-۱- بارداری	۱۴
۲-۱-۱- اهمیت دوران بارداری	۱۴
۲-۱-۲- بارداری و تغییرات زیستی- روانی آن	۱۵
۲-۱-۳- سیر هیجانات حاملگی	۱۶
۲-۱-۴- آسیب پذیری در دوران بارداری	۱۸
۲-۲- بهداشت روانی و بارداری	۱۹
۲-۲-۱- تعریف بهداشت روانی	۱۹
۲-۲-۲- بهداشت روانی بارداری	۱۹
۲-۲-۲-۱- بهداشت روانی مراحل بارداری	۱۹
۲-۲-۲-۲- عوامل موثر بر بارداری	۲۱
۲-۲-۲-۳- شیوع اختلالات روانی در دوران بارداری	۳۱
۲-۳- اضطراب و بارداری	۳۴
۲-۳-۱- تعریف اضطراب	۳۴
۲-۳-۲- اضطراب حالت و صفت	۳۵
۲-۳-۲-۱- نظریه اضطراب حالت- صفت اشپیل برگر	۴۰
۲-۳-۲-۲- بارداری و اختلالات اضطرابی	۴۳

۴۷	..... میزان شیوع اضطراب بارداری ۱-۴-۳-۲
۴۸	..... شیوع نشانگان اضطراب ۲-۴-۳-۲
۴۹	..... شیوع اختلالات اضطرابی خاص ۳-۴-۳-۲
۵۰	..... پیشینه درمان اضطراب بارداری ۵-۳-۲
۵۴	..... اضطراب بارداری و متغیرهای جمعیت شناختی ۶-۳-۲
۵۶	..... ۴-۲- راههای مقابله ای و مقابله درمانی
۵۶	..... نظریه سازگاری با استرس لازاروس-فولکمن ۱-۴-۲
۵۷	..... ارزیابی شناختی ۱-۱-۴-۲
۵۹	..... مقابله ۲-۱-۴-۲
۶۱	..... راههای مقابله ۳-۱-۴-۲
۶۶	..... پیشینه راههای مقابله ای ۲-۴-۲
۶۶	..... راههای مقابله ای و ویژگیهای شخصیتی ۱-۲-۴-۲
۷۵	..... راههای مقابله ای و سازش نیافتگی ۲-۲-۴-۲
۷۹	..... راههای مقابله ای و بهزیستی روانی ۳-۲-۴-۲
۸۱	..... مقابله در زنان باردار ۳-۴-۲
۸۴	..... ۵-۲- جمع بندی و طرح مدل نظری پژوهش

۳- فصل سوم: روش شناسی پژوهش

۸۶	..... روش انجام تحقیق ۱-۳-۱
۸۶	..... جامعه آماری و تعداد نمونه ۲-۳-۱
۸۷	..... روش نمونه گیری ۳-۳-۱
۸۷	..... ابزار گردآوری اطلاعات ۴-۳-۱
۸۷	..... ۱-۴-۳ ابزارهای پژوهشی
۸۷	..... پرسشنامه دموگرافیک
۸۸	..... آزمون اضطراب صفت-حالت
۹۰	..... پرسشنامه راههای مقابله ای لازاروس-فولکمن
۹۲	..... ۲-۴-۳ تکنیک مقابله ای لازاروس-فولکمن
۹۵	..... ۵-۳ روش اجرا
۹۶	..... ۶-۳ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

۴- فصل چهارم: تحلیل داده ها و آزمون فرضیات

۹۸	۱-۴ مقدمه
۹۸	۲-۴ توصیف داده ها
۹۸	- توصیف اطلاعات جمعیت شناختی تحقیق
۱۰۲	- توصیف متغیرهای اصلی پژوهش
۱۱۱	۳-۴ استنباط آماری و آزمون فرضیه ها
۱۱۱	۱-۳-۴ آزمون فرضیه ها
۱۱۹	۲-۳-۴ یافته های جانبی

۵- فصل پنجم: تبیین نتایج و بحث در یافته ها

۱۲۴	۱-۵ مقدمه
۱۲۵	۲-۵ استنتاج آماری و طرح نتایج کلی
۱۲۶	۳-۵ تبیین نتایج اصلی پژوهش
۱۲۶	- ارائه مدل نظری
۱۲۷	- بحث در یافته های اصلی پژوهش
۱۳۲	۴-۵ تبیین یافته های جانبی پژوهش
۱۳۴	۵-۵ نتیجه گیری و طرح مدل عملی تحقیق
۱۳۵	۶-۵ محدودیت های تحقیق
۱۳۶	۷-۵ پیشنهادها

۶- منابع و مأخذ

۱۳۸	۱-۶ منابع فارسی
۱۴۹	۲-۶ منابع لاتین

۷- ضمائم تحقیق

۱۵۵	- پرسشنامه جمعیت شناختی
۱۵۶	- پرسشنامه اضطراب حالت-صفت
۱۵۷	- پرسشنامه راههای مقابله ای
۱۶۰	- مجوزهای صادره از دانشگاه علوم پزشکی زنجان

فهرست جداول و نمودارها

عنوان صفحه

الف) - فهرست جداول:

- جدول ۱-۲ تغییرات شایع روانی - اجتماعی در دوران بارداری ۱۶
- جدول ۱-۳ اطلاعات توزیع نمونه ۸۶
- جدول (۱-۴): توزیع فراوانی و درصد آزمودنیها بر حسب طبقه سنی و سطح تحصیلات ۹۷
- جدول (۲-۴): توزیع فراوانی و درصد آزمودنیها بر حسب طبقه سنی و گروههای مورد سنجش ۹۸
- جدول (۳-۴): توزیع فراوانی و درصد آزمودنیها بر حسب سطح تحصیلات و گروههای مورد سنجش ۹۹
- جدول (۴-۴): میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیها در شاخصهای مورد سنجش پیش آزمون بر حسب طبقات سنی آنها ۱۰۰
- جدول (۵-۴): میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیها در شاخصهای مورد سنجش پیش آزمون بر حسب سطح تحصیلات آنها ۱۰۱
- جدول (۶-۴): میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیها در شاخصهای مورد سنجش پیش آزمون بر حسب گروههای مورد ارزیابی ۱۰۲
- جدول (۷-۴): میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیها در شاخصهای مورد سنجش پس آزمون بر حسب طبقات سنی آنها ۱۰۳
- جدول (۸-۴): میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیها در شاخصهای مورد سنجش پس آزمون بر حسب طبقات سنی آنها ۱۰۴
- جدول (۹-۴): میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیها در شاخصهای مورد سنجش پس آزمون بر حسب گروههای مورد ارزیابی ۱۰۵
- جدول (۱۰-۴): میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهای گروه گواه و آزمایش در شاخصهای مورد سنجش پیش آزمون و پس آزمون ۱۰۶
- جدول (۱۱-۴): میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهای گروه گواه و آزمایش برای خرده مقیاسهای پرسشنامه روشهای مقابله در پیش-آزمون ۱۰۷
- جدول (۱۲-۴): میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهای گروه گواه و آزمایش برای خرده مقیاسهای پرسشنامه روشهای مقابله در پس-آزمون ۱۰۸
- جدول (۱۳-۴): میانگین اضطراب حالت در دو گروه آزمایشی و گواه، در دو موقعیت پیش-آزمون و پس-آزمون ... ۱۱۰

- جدول (۴-۱۴): خلاصه نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای معنی داری تفاوت واریانس ها در درون گروه آزمایش (پیش آزمون و پس آزمون) ۱۱۰
- جدول (۴-۱۵): خلاصه نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای معنی داری تفاوت واریانس ها در بین گروههای آزمایش و گواه (در موقعیت پس آزمون) ۱۱۱
- جدول (۴-۱۶): تفاوت بین میانگینهای اضطراب صفت در دو گروه آزمایشی و گواه، در دو موقعیت پیش-آزمون و پس-آزمون ۱۱۲
- جدول (۴-۱۷): خلاصه نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای معنی داری تفاوت واریانس ها در درون گروه آزمایش (پیش آزمون و پس آزمون) ۱۱۲
- جدول (۴-۱۸): خلاصه نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای معنی داری تفاوت واریانس ها در بین گروههای آزمایش و گواه (در موقعیت پس آزمون) ۱۱۳
- جدول (۴-۱۹): میانگین راههای مقابله ای دو گروه آزمایشی و گواه، در دو موقعیت پیش-آزمون و پس-آزمون ۱۱۴
- جدول (۴-۲۰): خلاصه نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای معنی داری اختلاف میانگین مهارتهای مقابله ای در گروه آزمایش (پیش-آزمون و پس-آزمون) ۱۱۴
- جدول (۴-۲۱): خلاصه نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای معنی داری تفاوت واریانس های شیوه های مقابله در بین گروههای آزمایش و گواه (در موقعیت پس آزمون) ۱۱۵
- جدول (۴-۲۲): خلاصه نتیجه آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معنی داری اختلاف میانگین خرده مقیاسهای روشهای مقابله در دو گروه آزمایش و گواه (پس-آزمون) ۱۱۵
- جدول (۴-۲۳): مقایسه میانگینهای اضطراب حالت در طبقات سنی مختلف ۱۱۷
- جدول (۴-۲۴): آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معنی داری تفاوت میانگینها در طبقات سنی مختلف ۱۱۷
- جدول (۴-۲۵): آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه دو به دو تفاوت میانگین در گروههای سنی ۱۱۸
- جدول (۴-۲۶): نتیجه آزمون تعقیبی شفه برای معنی داری اختلاف میانگینهای اضطراب حالت در گروههای سنی مختلف ۱۱۸
- جدول (۴-۲۷): مقایسه میانگینهای اضطراب حالت بر حسب سطح تحصیلات ۱۱۹
- جدول (۴-۲۸): آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای معنی داری تفاوت میانگینهای اضطراب حالت بر حسب سطح تحصیلات ۱۱۹

ب) - فهرست نمودارها:

- مدل (۱-۲): فرآیند چند بعدی بارداری ۲۲
- مدل (۲-۲): نمودار طرحواره ای نظریه اضطراب حالت-صفت اسپیل برگر ۴۲
- نمودار (۳-۲): نمودار مدل نظری تحقیق ۸۴
- نمودار (۱-۴): توزیع درصدی آزمودنیها برحسب سن و تحصیلات ۹۷
- نمودار (۲-۴): توزیع فراوانی و درصد آزمودنیها برحسب طبقه سنی و گروههای مورد سنجش ۹۸
- نمودار (۳-۴): توزیع فراوانی و درصد آزمودنیها برحسب سطح تحصیلات و گروههای مورد سنجش ۹۹
- نمودار (۴-۴): مقایسه اضطراب حالت گروههای آزمایش و گواه در دو موقعیت پیش و پس-آزمون ۱۱۲
- نمودار (۵-۴): مقایسه اضطراب صفت گروههای آزمایش و گواه در دو موقعیت پیش و پس-آزمون ۱۱۴
- نمودار (۶-۴): مقایسه راههای مقابله ای گروه آزمایش و گواه در موقعیت پس-آزمون ۱۱۷
- نمودار (۷-۵): مقایسه اضطراب حالت در میان طبقات سنی مختلف ۱۱۹
- نمودار (۸-۴): مقایسه اضطراب حالت برحسب سطوح تحصیلی ۱۲۲
- نمودار (۱-۵): طرح مدل عملی تحقیق ۱۳۴

چکیده تحقیق

حاملگی پدیده ای است که چشم اندازهای زیادی از زندگی زنان را تحت تأثیر و تغییر قرار می دهد و به عنوان یک دوره زمانی زمینه ساز بحرانهای روانشناختی، زیست شناختی و دگرگونی عاطفی مورد توجه واقع شده است و یکی از مهمترین رخدادهای زندگی است که مادران نخست زارا به یک نقش اجتماعی جدید وارد می سازد و خود تحت تأثیر عوامل مختلف زندگی زنان از قبیل؛ ساخت ژنتیکی مادر، زمینه های فرهنگی، تجارب زندگی قبل از بارداری و مرحله رشد فردی مادر در طول بارداری قرار می گیرد که نیازمند نوعی سازگاری روانی است و در صورت عدم حل تنش، سازش نایافته ماند؛ افسردگی، اضطراب، بی ثباتی عاطفی، تحریک پذیری و سایر مشکلات زیستی روانی را در پی داشته باشد.

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی مقابله درمانگری بر کنترل اضطراب حالتی و صفتی اضطراب زنان نخست باردار شهر زنجان صورت گرفت. برای جمع آوری داده ها تعداد ۶۰ نفر از زنان باردار دارای سطوح بالاتر اضطراب غربال و در دو گروه (آزمایش و گواه) قرار گرفتند. از آزمودنیها خواسته شد که به پرسشنامه های راههای مقابله ای لازاروس- فولکمن و اضطراب حالت- صفت اسپیل برگر پاسخ دهند. سپس گروه آزمایش در طی ۱۰ جلسه مهارتهای مقابله ای خود را شناسایی و اصلاح نمودند. بعد از جلسات نیز هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه های فوق پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و روش های آماری تحلیل واریانس یکراهه و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

نتایج تحقیق نشان داد که:

- ۱- شرکت در جلسات مقابله درمانی به طور معنی داری اضطراب حالتی و صفتی زنان باردار را بهبود می بخشد.
- ۲- اجرای مقابله درمانی مهارتهای مقابله ای آزمودنیها را در مواجهه با موقعیت های تنش زا افزایش می دهد.
- ۳- زنان باردار دارای سن متوسط نسبت به زنان جوانتر و مسن تر در مواجهه با هیجانات بارداری واکنش های کارآمدتری دارند.

واژه های کلیدی: مقابله درمانی، اضطراب بارداری، اضطراب حالت- صفت

اثر بخشی مقابله درمانگری بر اضطراب زنان باردار

دکتر علیرضا آفایوسفی^۱، دکتر فرهاد شقاقی^۱، فریبا طاهری^۲

بارداری یک دوره زمانی زمینه ساز بحرانهای روانشناختی، زیست شناختی و دگرگونی عاطفی محسوب می شود که با شیوع بالای اختلالات اضطرابی همراه است و با وجود شیوع بیشتر اضطراب نسبت به افسردگی در این دوران، به مراتب کمتر از افسردگی مورد توجه قرار گرفته است (برو کینگتن^۳، مکدونالد و وینسکات، ۲۰۰۶). اضطراب بارداری از فاکتورهای مهم حاملگی است که بطور بالقوه دارای دلالت‌های کوتاه مدت و بلندمدت مهمی برای بهزیستی مادر و نوزاد وی می باشد (کلین^۴، دانکل-اسکاتر، هابل و ساندمن، ۲۰۰۸)

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی مقابله درمانگری بر کنترل اضطراب حالتی و صفت اضطراب زنان نخست باردار شهر زنجان صورت گرفت. برای جمع آوری داده ها تعداد ۶۰ نفر از زنان باردار دارای سطوح بالاتر اضطراب غربال و در دو گروه (آزمایش و گواه) قرار گرفتند. از آزمودنیها خواسته شد که به پرسشنامه های راههای مقابله ای لازاروس-فولکمن و اضطراب حالت-صفت اسپیل برگر پاسخ دهند. سپس گروه آزمایش در طی ۹ جلسه مهارتهای مقابله ای خود را شناسایی و اصلاح نمودند. و ۲ جلسه نیز برای همسران آنان آموزش حمایتی و مهارت ارتباطی برگزار شد. بعد از جلسات نیز بعد از یک ماه هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه های فوق پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و روش های آماری تحلیل واریانس یکراهه و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که:

۱- شرکت در جلسات مقابله درمانی به طور معنی داری اضطراب حالت و صفت زنان باردار را بهبود می بخشد.

۲- اجرای مقابله درمانی مهارتهای مقابله ای آزمودنیها را در مواجهه با موقعیت های تنش افزایش می دهد.

۳- زنان باردار دارای سن متوسط نسبت به زنان جوانتر و مسن تر از روشهای مقابله ای کارآمدتری بهره می گیرند.

واژه های کلیدی: مقابله درمانی، اضطراب بارداری، اضطراب حالت-صفت، زنان نخست باردار

^۱ . عضو هیات علمی دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی

^۲ . کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران

^۳ . Brockington, I. F., Macdonald, E., & Wainscott, G.

^۴ . Glynn, L.M., Dunkel-Schetter, C., Hobel, C.J. & Sandman, C.A.

فصل اول:

کلیات تحقیق

مقدمه:

آمار مرگ^۱ و میر مادران باردار ایرانی در سال ۱۹۹۰ به ازای هر ۱۰۰ هزار بارداری ۹۱ نفر بوده است و خوشبختانه این رقم در سال ۲۰۰۷ به ۲۴٫۶ نفر رسیده است. یعنی طی ۱۸ سال گذشته مرگ و میر مادران باردار در کشور معادل ۷۳٫۶ درصد کاهش یافته است. این در حالی است که در افغانستان این میزان، ۶۵۰۰ در ۱۰۰ هزار نفر می باشد. افزایش سطح آگاهی مردم، بهبود تغذیه، بهبود مراقبتهای بارداری^۲، افزایش امکانات بهداشتی در دسترس، و تجهیزات و دانش پزشکی کشور، از عوامل کاهش میزان مرگ و میر زایمان محسوب می شود.

هرچند در گذشته شیوع بیماریهای عفونی و واگیردار، سوء تغذیه، پایین بودن سطح آگاهی مردم، کمبود امکانات بهداشتی - پزشکی علل مهم مرگ و میر نوزادان و مادران باردار، و اضطراب و فشار روانی دوره بارداری را تشکیل می دادند، با وجود رفع مشکلات فوق، هنوز هم استرس و اضطراب بارداری به عنوان یکی از مهمترین دغدغه های جوامع و سیاستگذاران امر سلامت به صورت لاینحل باقی مانده است. با وجود بهبود کیفیت زندگی^۳، امروزه از مهمترین عوامل تشدید نگرانی و اضطراب مادران، شیوع بیماریهای رفتاری از قبیل؛ فشارخون، بیماریهای قلبی، کم تحرکی، چاقی و ...، بطور متوسط ۸۰٪ بار بیماریها را در کشورهای در حال توسعه به خود اختصاص داده است.

لذا با وجود رفع بسیاری از مشکلات بهداشت بارداری، علاوه براین که نگرانی های مادران باردار کاهش پیدا نکرده، بلکه به میزان آن افزوده شده است.

1 . death rate
2 . pregnancy
3 . quality of life

تاکنون توجه عمده مسئولان امر به رفع مشکلات محیطی بارداری سبب شده بود که از عوامل درونی موثر بر استرس بارداری زنان غفلت شود. لذا در وضعیت کنونی که اضطراب به عنوان بیماری محصول تمدن، شیوع چشمگیری در همه اقشار جامعه، خصوصاً زنان باردار دارد، باید اقدامات پیشگیرانه و مداخله‌ای-درمانی جهت رفع آن و جلوگیری از تبعات زیستی-روانی-اجتماعی^۴ آن بر مادر و نوزاد صورت پذیرد.

در طول عمر مراحل حیاتی خاصی وجود دارد که تأثیرات عمیقی بر زندگی فرد می‌گذارند. از جمله حاملگی یکی از این دوران با اهمیت زندگی است. از آنجا که تحولات دوران پیش‌زادی و جنینی^۵ تأثیرات عمیقی بر کیفیت رشد و سلامت انسان برجای می‌گذارد، و همچنین به دلیل آنکه تغییرات عاطفی بارداری می‌تواند سلامت جسمی-روانی مادر را حتی بعد از زایمان با خطر مواجه سازد، مراقبت از سلامتی مادر در دوران بارداری و پیشگیری از اضطراب^۶ و تنیدگی^۷ و نگرانی‌ها، ضروری است.

در طول بارداری، نگرانی زن باردار درباره روابط آتی زناشویی، ترس از مرگ خود یا نوزاد، نگرانی در مورد مشکلات احتمالی جسمی-روانی نوزاد از قبیل؛ عقب ماندگی ذهنی^۸، نقصهای فیزیولوژیکی، زیبایی و سلامت جسمی نوزاد، اشتغال ذهنی درباب نحوه تصور دیگران از وی در زندگی بعد از زایمان، تغییر تصورات بدنی، نگرانی درباره مهارت‌های مادری و کفایت فرزند پروری، تنیدگی و اضطراب زن باردار را ایجاد نموده، ممکن است وضع روانی وی را مختل نماید.

4 . bio-psycho-social sequela

5 . fetal

6 -anxiety

7- stress

8 . mental retardation

به تبع بروز و شدت تنش و اضطراب بارداری، تغییرات گسترده روان-تنی^۹، از جمله؛ تغییر ضربان و بازده قلب، فشار خون، دردهای شدید، بیخوابی، و ... در مادر رخ می دهد که در نتیجه آن علاوه بر اینکه از نظر روانی مادر باردار آسیب می بیند، بلکه تأثیرات قابل توجهی بر روند و کیفیت تکامل جنین می گذارد. مادر که تا حدی در سه ماهه دوم بارداری با تغییرات هیجانی و زیستی-روانی موجود سازگار شده بود، در سه ماهه سوم، رشد جنین، حرکت و فعالیت مادر را کند می کند و از طرفی، فکر رسیدن موعد زایمان و نگرانی در مورد نحوه آن، دیر رسیدن به بیمارستان، و ... مجدداً سطح اضطراب مادر را افزایش می دهد (نصیری، ۱۳۷۹).

در زنان نخست زایمان، ترس از زایمان، ترس از مرگ، دیر رسیدن به بیمارستان، دردهای زایمان، بستری شدن در محیط ناآشنای بیمارستان، سلامتی فرزند، مسئولیت های بعد از زایمان، ناقص الخلقه بودن جنین، بخیه زایمان باعث اضطراب در ماههای آخر بارداری می شود (دادستان، ۱۳۷۶).

بارداری برای بسیاری از زنان دوره ای پر از تنیدگی و نیازمند نوعی سازگاری روانی است. افسردگی و گوشه گیری و اضطراب و ترس مرضی و بی ثباتی عاطفی و تحریک پذیری، اختلال در خواب و روابط جنسی از جمله اختلالات روانی است که ممکن همراه با بارداری دیده شوند. بررسیها نشان می دهد که شیوع کلی اختلالات روانی در زنان باردار ۱۵ درصد می باشد (جتی، ۱۳۸۴).

اختلالات خلقی و اضطرابی به طور معمول در سنین باروری بیشتر دیده می شوند (۴۴-۱۸ سالگی) و شیوع اختلالات اضطرابی- که جزء مشکلات شایع بهداشت روانی محسوب می شود- در زنان بیشتر از مردان، و در دوره بارداری بیشتر از سایر دوره ه شایع است. (قاسمی، ۱۳۸۲).

۹ . psycho-somatic

اختلالات اضطرابی درمان نشده، ممکن است باعث عوارض جانبی همچون؛ زایمان زودرس^{۱۰}، کم وزنی نوزادان و ناهنجاری های نوزادی، در دوره نئوناتال^{۱۱} شود. اضطراب مادر روی خود وی تاثیر گذاشته و سبب ادراک منفی نسبت به زایمان، تولد، ترس های غیر ضروری در مورد تولد بچه و مادر شدن، خوددرمانی یا محدودیت فعالیت می گردد. محققین زیادی در مورد اضطراب مادران باردار، پژوهش کرده اند. بعضیها معتقدند، این اختلال در سه ماهه دوم کاهش و در سه ماه سوم افزایش می یابد. تحقیقات نشان می دهد، بیش ترین اضطراب و تنیدگی در سه ماهه سوم بارداری و ۳ روز پس از زایمان دیده می شود (گرگی زاده، ۱۳۷۸).

عوامل تنش زای دوران بارداری در شش حوزه شناسایی شدند که به ترتیب عبارتند از: ۱- سلامت ۲- تصور دیگران نسبت به فرد ۳- محیطی ۴- شخصی و خانوادگی ۵- مذهبی ۶- مالی، (سالاری؛ فیروزی ۱۳۸۴)، که طبق نتایج برخی تحقیقات، ۱۶٫۷ درصد مادران تنش شدید و ۱۳٫۶ درصد تنش خفیف در طی بارداری تجربه می کنند. لازم به یادآوری است که از بین این عوامل، حوزه سلامت و حوزه تصور دیگران نسبت به فرد، به ترتیب بیشترین فراوانی را به خود اختصاص می دهند (جنیفر و ویجما^{۱۲}، ۲۰۰۳؛ گرگی زاده، ۱۳۷۸).

شیوع کلی اختلالات روانی در زنان باردار در ایران (صحتی، ۱۳۷۹) و سایر کشورها (کمبل^{۱۳}، ۲۰۰۰) ۱۵٪ گزارش شده است. عمده ترین اختلالات شایع در دوران بارداری اضطراب و افسردگی می باشد (بارکلی^{۱۴}، ۱۹۹۲)، و شیوع اختلالات اضطرابی در زنان بیشتر از مردان و در دوران بارداری بیشتر از سایر دوره هاست و براساس آمارهای موجود، میزان شیوع اضطراب بارداری در برخی پژوهشها ۱۵٪

¹⁰ . pretem delivery

¹¹ . new natal

¹² . Jennifer & wijima

¹³ . Chambell

¹⁴ Barkley

(جنتی، ۱۳۸۴) و در تحقیقات دیگر ۴۲/۸ درصد (منگلی، رضانی و محمدعلیزاده، ۱۳۸۲)، و میزان شیوع افسردگی بالینی، ۳۲٪ می باشد (شاهمیری و ممتازی؛ ۱۳۸۴).

اضطراب و تنیدگی مادران باردار، عوارض و مشکلات متعددی را برای مادر فراهم می سازد. بطور نمونه؛ **دردهای زایمانی** غیر موثر و طولانی مدت و **کارکرد نامناسب ماهیچه رحمی** (سیمپسون، کریهان^{۱۵}، ۲۰۰۱)، افزایش احتمال بروز **زایمان زودرس** (شاه حسینی، عابدیان و عظیمی، ۱۳۸۷) (کوپر^{۱۶} و دیگران، ۱۹۹۶؛ دوله^{۱۷} و دیگران، ۲۰۰۳؛ نقل از گلین^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۸)، بروز **پره اکلامپسی** یا نوعی اختلال فشار خون (علیپور دیزجی و همکاران، ۱۳۸۵)، از تأثیرات اضطراب بارداری بر سلامت مادر می باشد.

همچنین استرس و اضطراب بارداری یکی از عوامل مهم زایمان زودرس محسوب می شود و زایمان زودرس تبعات منفی زیادی برای نوزاد ایجاد می کند که از آن جمله می توان به **افزایش سطح کلسترول فرزند**، بعد از تولد تا نوجوانی (توماس جی^{۱۹}، اوکنار و دیگران، ۲۰۰۵)، **مشکلات شناختی** (عقب ماندگی ذهنی) و **مشکلات تحصیلی** (بهاتا^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۲)، **افت سلامت جسمی و هیجانی** **کودک** (کوکه^{۲۱} و فولدر-هاقز، ۲۰۰۳)، **مشکلات بیانی** (بیک^{۲۲}، ۱۹۹۴؛ نقل از گلین و همکاران، ۲۰۰۸) اشاره کرد.

لذا توجه و درمان اضطراب، ضمن ارتقاء سطح سلامت زیستی- روانی- اجتماعی مادر، می تواند نقش موثر و پیشگیرانه ای در کاهش بسیاری از مشکلات فرزندان داشته باشد.

15 . Simpson- Creahan

16 . Copper

17 . Dole

18 . Glynn, Laura M.

19 .Tomas G, O'Conar & et..al

20 . Bhutta

21 . Cooke & Foulder-Haghes

22 . Beek, Van

بیان مسأله:

تمایز یافتگی انسان با سایر موجودات کره خاکی در قدرت تفکر، هوش و توانایی خارق العاده وی در سازگاری^{۲۳} با محیط، قابل تعبیر است. نتایج پژوهشهای اخیر همگی در نقش رابطه « ظرفیت سازش » موجود زنده با بهداشت روان تأکید می کنند. بسیاری از بیماریهایی که در گذشته صرفاً جسمانی تلقی می شدند، امروزه با عوامل تنیدگی زا، ظرفیت مقابله و نهایت ظرفیت سازش روان شناختی در رابطه گذاشته می شود، بدون آنکه وجود عوامل موقعیتی از نظر دور نگه داشته شود. شخصیت که در طول تحول شکل می گیرد و ساختهای آن پیچیده تر می شود، فرایند های شناختی را نیز تغییر می دهد و بدین ترتیب بر مفهوم سازی ما از عوامل موقعیتی تأثیر می گذارد (منصور، ۱۳۷۸).

همین تبیین است که روابط میان ساختهای موجود سازمان روانی با راهبردهای مقابله ای بر مبنای دیدگاه شناختی لازاروس و فولکمن^{۲۴} را برجسته می سازد. یعنی کدام موقعیتها می توانند ساختار را تغییر داده (اثرات موقعیتی)، و به سازش نقش اساسی دهند.

بنابراین با اینکه بارداری و زایمان یک عملکرد طبیعی برای زن به حساب می آید ولی در عین حال تجربه ای پر اضطراب و پر استرس نیز هست خصوصاً در بارداری نخست و تطابق روانی در دوران بارداری از عوامل مهم بهداشت روانی مادر و جنین می باشد. با توجه به اینکه در دوران بارداری، دارو درمانی و مواد شیمیایی که توسط مادر مصرف می شود، قادرند از جفت عبور کرده و مشکلات جبران ناپذیری برای جنین ایجاد نمایند (جتی، ۱۳۸۴) و از طرف دیگر در بحث

²³ . adjustment

²⁴ . Lazarus, R. S., & Folkman, S.

روانشناسی سلامت^{۲۵} شناسایی عوامل سبب شناختی و شناسایی عوامل مرتبط با سلامت، و ایجاد خط مشی های بهداشتی مورد تاکید قرار گرفته است (سارا فینو^{۲۶}، ۲۰۰۲).

هرچند در دهه های اخیر جهت گیری مثبتی در کنترل غیر دارویی استرس و اضطراب بارداری شکل گرفته است، بطور نمونه؛ بررسی میزان آگاهی و نگرش مادران باردار به ورزش در هنگام بارداری (دیبران و نادیا، ۱۳۸۴)، تأثیر آموزش تنش زدایی بر بهداشت روانی مادران باردار (باستانی، حیدرنیا و دیگران، ۱۳۸۳)، زوج درمانی رفتاری بر افسردگی زنان باردار (بنازاده، باغبان، فاتحی زاده، ۱۳۸۶)، تأثیر فعالیت های جسمی منظم بر سطح اضطراب زنان باردار (صدقاتی، خلجی، کوزه چیان، ۱۳۸۳).

اما با این اوصاف تحقیقات و اقدامات صورت گرفته هر کدام محدودیتهای متدولوژیکی خاصی داشته و بیشتر آنها تمایزی بین مراحل مختلف بارداری قایل نشده اند. لذا وجود یک راهبرد درمانی در راستای ایجاد «ظرفیت سازش»، کاهش اضطراب و فشار روانی در سه ماهه سوم بارداری، می تواند ضمن توسعه دانش کاربردی کنترل اضطراب، نقش مهم و پیشگیرانه ای ایفاء نماید. بنابراین موضوع اصلی این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان های شناختی - رفتاری^{۲۷} بر اساس الگوی مقابله درمانگری^{۲۸} - لازاروس بر کنترل تنیدگی و اضطراب زنان باردار سه ماهه سوم می باشد. به عبارت دیگر پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخی برای سئوالات زیر است.

۱- آیا روش مقابله درمانگری (اصلاح راههای مقابله با تنیدگی در فرد) اضطراب را در زنان باردار سه ماهه سوم (نخست زا) کاهش میدهد؟

۲- آیا مقابله درمانگری موجب افزایش مهارتهای مقابله ای در زنان باردار سه ماهه آخر (نخست زا) میشود؟

²⁵ . health psychology

²⁶ . Sarafino

²⁷ . cognitive-behavior therapies

²⁸ . Coping therapy model

اهمیت و ضرورت مسأله:

اهمیت دوران بارداری از این نظر چشمگیر است که سلامت و بهتر زیستی مادر، علاوه بر خود وی، مستقیماً در زندگی فرد دیگر نیز اثرگذار است. در این زمان، آسیب پذیری و حساسیت جنین به عوامل مختلف، خصوصاً وضعیت عاطفی و هیجانی مادر، به مراتب بیشتر از سایر دوره های زندگی است. به دلیل همین حساسیت ها، ضمن تأکید بر کنترل اضطراب مادر و افزایش توانایی سازگاری وی، توصیه می گردد تا از روش های درمان غیر دارویی یاری جسته شود. در این راستا، و بنا به دلایل ذیل، استفاده از روش مقابله درمانی برای کنترل اضطراب مادران باردار نخست زا در سه ماهه سوم، ضرورتی مضاعف می یابد:

- ۱- قریب ۹۰٪ زنان در طول زندگی خود حداقل یکبار بارداری را تجربه می کنند.
- ۲- شیوع اختلالات اضطرابی در اکثر زنان خصوصاً در دوران بارداری بالاست.
- ۳- عدم کنترل و درمان اضطراب مادران باردار می تواند عوارض جبران ناپذیری بر جنین و نوزاد داشته باشد. بطور نمونه می توان به؛ افزایش ضربان قلب جنین، سقط جنین، زایمان زودرس، کم وزنی بدو تولد، دیسترس جنین^{۲۹}، برخی مشکلات رفتاری خاص دوران نوزادی، ناهنجاریهای مادرزادی بدو تولد اشاره کرد.
- ۴- همچنین تجربه سطوح بالای اضطراب در دوران بارداری، منجر به تجربه درد شدید زایمان، و افزایش خطر بروز نشانه های افسردگی و اضطراب شدید مادر را پس از زایمان می شود.
- ۵- مرحله سوم بارداری به خاطر نزدیک شدن به زمان زایمان از حساسیت بالایی برخوردار بوده، و در این مقطع هیجانات مادران باردار به اوج خود می رسد.

²⁹ . fetus distress

۶- ضمناً تحقیقات اندکی در حوزه مداخلات درمانی برای کنترل اضطراب زنان باردار صورت گرفته است.

۷- به دلیل عدم شناخت فرآیند بارداری و زایمان توسط مادران نخست زاء، این رویداد مهم زندگی می تواند اضطراب آنها را تشدید نموده، مهارتهای مقابله ای آنان را در هم شکند.

۸- به دلیل اثرات مخرب داروها بر جنین، استفاده از روشهای درمان دارویی برای کنترل علائم اضطراب و درمان مشکلات هیجانی مادران باردار توصیه نمی شود.

۹- روش مقابله درمانگری، به خاطر ویژگیهایی چون؛ اجرای آسان، کوتاه مدت بودن فرآیند درمان، سادگی تکالیف درمانی، می تواند به عنوان یکی از شیوه های درمانی موثر بکار گرفته شود.

۱۰- از آنجا که روش مقابله درمانگری ابداعی و جدید می باشد، اجرای این پژوهش می تواند در توسعه و کاربست این رویکرد موثر واقع گردد.