

مقایسه تأثیر دو روش سخنرانی و درمان شناختی- رفتاری با رویکرد مشاوره‌ای بر میزان اضطراب زنان باردار پرخطر مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر سنندج

زینب آزادیان^۱، نازیلا علیایی^۲، دائم روشنی^۳، فریبا ابتکار^{۴*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۲ کارشناس ارشد آموزش روان‌پرستاری، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۳ دکتری آمار، دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۴ دکتری بهداشت جامعه، استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۵/۲۶

چکیده

مقدمه: بارداری پرخطر عبارت است از یک بارداری که در آن به هر دلیلی سلامت مادر و جنین به خطر می‌افتد و موجب اضطراب می‌شود. در این راستا، مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر دو روش شناختی- رفتاری (CBT: Cognitive-Behavioral Therapy) و سخنرانی بر میزان اضطراب زنان باردار پرخطر در شهر سنندج انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی است، در ارتباط با ۱۴۴ زن باردار پرخطر ۲۴ تا ۳۵ هفته مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر سنندج در سال ۱۳۹۷ انجام شد. برای انتخاب نمونه‌ها، شهر به پنج منطقه تقسیم گردید و براساس بیشترین آمار زنان باردار پرخطر، شش مرکز به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. در هر مرکز نیز واحدهای مورد نظر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. پیش از مداخله به‌منظور ارزیابی نمره اضطراب، پرسشنامه Spielberg تکمیل گردید. سپس نمونه‌ها به سه گروه شناختی- رفتاری (۴۸ نفر)، سخنرانی (۴۸ نفر) و کنترل (۴۸ نفر) تقسیم شدند. در ادامه، گروه شناختی- رفتاری به چهار گروه ۱۲ نفره و گروه سخنرانی به دو گروه ۲۴ نفره تقسیم گردیدند. مداخله در جلسات ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌صورت دو بار در هفته برای هر گروه شناختی- رفتاری و یک بار در هفته برای هر گروه سخنرانی به مدت چهار هفته انجام شدند. گروه کنترل نیز مراقبت‌های معمول بارداری را دریافت کرد. چهار هفته پس از مداخله، مجدداً پرسشنامه Spielberg توسط پژوهشگر برای گروه‌ها تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 و آزمون‌های آماری کروسکال- والیس (Kruskal-Wallis)، کای دو، T زوجی، توکی، تحلیل کوواریانس و آنالیز واریانس یک‌طرفه انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که میزان اضطراب در سه گروه سخنرانی، شناختی- رفتاری و کنترل قبل از مداخله تفاوت معناداری نداشت ($P > 0/05$). همچنین، پس از مداخله میزان اضطراب در گروه کنترل نسبت به قبل از مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$)؛ اما در دو گروه سخنرانی ($P < 0/05$) و شناختی- رفتاری ($P < 0/05$) تفاوت معناداری به‌دست آمد و اضطراب در گروه شناختی- رفتاری نسبت به گروه‌های کنترل و سخنرانی کاهش بیشتری داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان دادند که آموزش با رویکرد شناختی- رفتاری و شیوه سخنرانی بر کاهش اضطراب دوران بارداری تأثیر داشته است که تأثیر آموزش با رویکرد شناختی- رفتاری بیشتر بوده است؛ از این رو می‌توان گفت که در روش‌های سخنرانی و شناختی- رفتاری، مادران توانایی بیشتری را برای مدیریت اضطراب خود کسب می‌کنند و از پرداختن به افکار یا رفتاری که منجر به افزایش اضطراب در آن‌ها می‌گردد، اجتناب می‌نمایند.

کلمات کلیدی: اضطراب، بارداری پرخطر، سخنرانی، شناختی- رفتاری

مقدمه

بارداری یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی یک زن محسوب می‌شود. اگرچه این دوره برای بیشتر زنان دوره‌ای لذت‌بخش می‌باشد؛ اما به دلایل مختلفی می‌تواند موجب ایجاد نگرانی در آن‌ها شود (۱). تغییرات جسمانی، روانی، هورمونی و اجتماعی ایجاد شده در دوران بارداری، خطر مشکلات احساسی و روانی را افزایش می‌دهد و موجب تجربه اضطراب با درجاتی از علائم خفیف تا شدید در زنان باردار می‌گردد (۲). اضطراب حسی بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که به صورت ترس شدید، بیم و هراس و یا تردید نسبت به یک عامل ناشناخته ظاهر می‌شود (۳). مادران مضطرب در دوران بارداری دچار عوارضی مانند تهوع و استفراغ شدید، پره‌اکلامپسی، افسردگی و زایمان زودرس می‌گردند (۴). چنانچه اضطراب در دوران بارداری درمان نشود منجر به عوارضی مانند افزایش خونریزی زایمانی و کاهش تولید و ترشح شیر مادر در دوره پس از زایمان می‌گردد (۵). نتایج مطالعه Field و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که اضطراب در دوران بارداری منجر به وزن کم هنگام تولد می‌شود (۶). در مطالعه دیگری که توسط Chuang و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد، گزارش گردید که نوزادان مادران مضطرب در معرض دیسترس تنفسی قرار دارند (۷).

مطالعات مختلف شیوع متفاوتی از اضطراب را در ماه‌های مختلف بارداری نشان داده‌اند. به این صورت که اضطراب در سه ماهه اول بارداری به دلیل تغییرات هورمونی، احساس خستگی شدید، تهوع، استفراغ و ترس از سقط جنین افزایش می‌یابد؛ اما در سه ماهه دوم به دلیل رفع مشکل تهوع و استفراغ و احساس حرکات جنین کاهش پیدا می‌کند. در ادامه، در شروع سه ماهه سوم به دلیل بزرگ‌شدن شکم، اضافه‌شدن وزن و فکر رسیدن زمان زایمان مجدداً افزایش می‌یابد (۸،۹). میزان اضطراب در

بارداری پرخطر مشخص نبوده و بیشتر مطالعات میزان اضطراب در بارداری را به‌طور کلی تعیین کرده‌اند (۱۱،۱۰). باردای پرخطر شامل مواردی همچون سن بالای ۳۵ سال و کمتر از ۱۸ سال، داشتن سابقه بیماری‌های مزمن، مشکلاتی مانند سقط و مرده‌زایی در بارداری‌های قبلی، وزن کمتر از ۴۵ کیلوگرم، قد کمتر از ۱۵۰ سانتی‌متر، سابقه مشکلات در بارداری‌های قبلی و ناسازگاری RH می‌باشد (۵). شیوع بارداری پرخطر در جهان حدود ۲۰ درصد گزارش شده است (۱۲). شیوع اضطراب بارداری در مطالعات انجام‌شده در کانادا ۲۳ درصد (۱۳)، در آلمان ۱۵/۶ درصد (۱۴) و در پاکستان ۴۹ درصد بوده است (۱۵). علاوه‌براین، در مطالعه‌ای اضطراب در زنان باردار ایرانی معادل ۴۹/۳ درصد گزارش شده است (۱۶).

مطالعات نشان می‌دهند که اضطراب مادر در مواردی مانند سابقه بیماری روانی، عوامل تنش‌زا، خشونت خانگی، سابقه سقط، مرده‌زایی، حاملگی ناخواسته، مصرف مواد مخدر، عدم حمایت اجتماعی و سایر عواملی که حاملگی را پرخطر می‌سازد، افزایش می‌یابد (۱۷،۱۸). بر مبنای نتایج پژوهش‌های صورت‌گرفته می‌توان گفت که روش‌های دارویی و غیردارویی می‌توانند موجب کاهش اضطراب گردند (۱۹،۲۰). با توجه به عوارض دارویی برای جنین، امروزه بیشتر از روش‌های غیردارویی در بارداری استفاده می‌شود (۲۱). موسیقی‌درمانی، حمایت خانوادگی و اجتماعی و آموزش از روش‌هایی هستند که می‌توانند موجب کاهش اضطراب شوند (۲۲،۲۳). روش‌های آموزشی متفاوتی از جمله روش سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، ایفای نقش و یادگیری- مشارکتی وجود دارند (۲۴). یکی از روش‌های رایج در آموزش، روش سخنرانی است (۲۵). در شیوه سخنرانی از بیان شفاهی برای توضیح مطالب استفاده شده و یک رابطه ذهنی بین مدرس و

ضامن سلامت خانواده و فرزند است که به زودی متولد خواهد شد (۳۳). با توجه به اهمیت زیاد حاملگی‌های پرخطر و اضطراب دوران بارداری و اثرات آن بر سلامت روان مادران باردار و نیز با توجه به اینکه تأثیر دو روش درمان شناختی- رفتاری و سخنرانی بر میزان اضطراب بارداری پرخطر در ایران در هیچ مقطع زمانی مورد مقایسه قرار نگرفته است، مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر دو روش شناختی- رفتاری و سخنرانی بر میزان اضطراب زنان باردار پرخطر در شهر سنندج در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی است. مطالعه سه گروه حاضر به منظور مقایسه تأثیر دو روش سخنرانی و درمان شناختی- رفتاری با رویکرد مشاوره‌ای بر میزان اضطراب زنان باردار پرخطر مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر سنندج در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر را کلیه زنان باردار پرخطری که در سه ماهه سوم بارداری (۲۴ تا ۳۵ هفته) قرار داشتند و برای مراقبت به مراکز جامع سلامت شهر سنندج مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. شایان ذکر می‌باشد که در این مطالعه، مداخله به شیوه کورسازی انجام نشده است. برای انتخاب مراکز جامع سلامت، ابتدا شهر به پنج منطقه شمال، جنوب، مشرق، مغرب و مرکز تقسیم شد و براساس بیشترین آمار زنان باردار پرخطر در ۴۰ مرکزی که در این پنج منطقه قرار داشتند، شش مرکز به صورت تصادفی- طبقه‌ای انتخاب شدند. سپس براساس بلوک‌های تصادفی سه‌تایی، دو مرکز جامع سلامت به‌عنوان مراکز آموزش شناختی- رفتاری، دو مرکز به‌عنوان مراکز سخنرانی و دو مرکز به‌عنوان مراکز کنترل انتخاب گردیدند. در هر مرکز نیز واحدهای مورد نظر به روش نمونه‌گیری در دسترس

فراگیران ایجاد می‌گردد. برخی از ویژگی‌های این روش عبارت هستند از: فعال و متکلم وحده بودن مدرس، پذیرنده و غیرفعال بودن فراگیران، کاملاً ضعیف بودن همکاری و روابط میان‌گروهی و عدم توجه به تفاوت‌های فردی (۲۶). این روش به دلیل برخورداری از مزایایی از جمله آسان بودن، مناسب بودن برای کلاس‌های پرجمعیت، حجم زیاد مطالب آموزشی، محدود بودن زمان تدریس و کم‌هزینه بودن، هنوز جایگاه خود را در آموزش حفظ نموده است (۲۷).

روش شناختی- رفتاری یکی از روش‌های روان‌شناختی است که نتایج مطالعات نشان‌دهنده اثرات گسترده آن بر بهبود اختلالات اضطرابی می‌باشند (۲۸،۲۹). در این نوع مداخله به بیمار کمک می‌شود تا افکار تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و در ادامه برای تغییر این افکار و رفتارها از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری به دقت سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود. اساس درمان شناختی- رفتاری، تغییر فرایند شناخت است و در آن توضیح داده می‌شود که تجربه، یک رفتار به‌تنهایی کافی نیست؛ بلکه تعبیر و تفسیر فرد از آن تجربه است که منجر به اختلال روان‌شناختی می‌شود (۳۰).

در این راستا، صالحی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای نشان دادند که روش آموزش سخنرانی و درمان شناختی- رفتاری می‌توانند موجب کاهش اضطراب دوران بارداری شوند که در این میان، درمان شناختی- رفتاری مؤثرتر از روش سخنرانی می‌باشد (۳۱). این درحالی است که در مطالعه Rapee و همکاران (۲۰۰۹) گزارش گردید که درمان شناختی- رفتاری نه‌تنها بر اضطراب تأثیر نداشته است؛ بلکه نشانه‌های اضطراب شدیدتر گردیده‌اند (۳۲).

امروزه با وجود تأثیرات منفی اضطراب بر بارداری، به بهداشت روان مادران کمتر توجه می‌شود. این درحالی است که سلامت جسم در گرو سلامت روان بوده و سلامت روان،

پرسشنامه دارای دو بعد اضطراب آشکار و پنهان می‌باشد که هر کدام از ابعاد، ۲۰ گویه دارد که به هریک از گویه‌ها "۱ تا ۴" امتیاز تعلق می‌گیرد. نمره کل پرسشنامه برای هر دو قسمت آن (اضطراب آشکار و پنهان) نیز بین ۱۶۰-۴۰ می‌باشد. باید خاطرنشان ساخت که اعتبار پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و مامایی با استفاده از روش اعتبار محتوا بررسی شده و اعتبار پرسشنامه اضطراب حالت- صفت براساس مطالعه صالحی و همکاران (۱۳۹۴) به صورت صوری گزارش گردیده است. علاوه بر این، برای بررسی پایایی پرسشنامه دموگرافیک و مامایی در این مطالعه از آزمون آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و پایایی پرسشنامه اضطراب حالت- صفت با استفاده از نرم افزار SPSS 16 به روش آلفای کرونباخ در بخش اضطراب حالت معادل ۰/۷۹ و در بخش اضطراب صفت برابر با ۰/۹۴ گزارش گردید (۳۱). پژوهشگر با ارائه معرفی نامه و کسب اجازه از مسئولان محترم مراکز جامع سلامت و با همکاری ماماها شایسته در مراکز، مادران بارداری که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند (با کمک مشخصات استخراج شده از پرونده مادران باردار) را در جریان مطالعه قرار می‌داد و از آن‌ها دعوت به عمل می‌آورد تا در جلسه‌ای به منظور آشناسدن با نوع و اهداف مطالعه در مراکز جامع سلامت حضور یابند. پژوهشگر و همکار پژوهشی زن (روان شناس) با حضور در مراکز جامع سلامت ضمن معرفی خود، اطلاعات لازم در زمینه اهداف پژوهش، مراحل اجرای کار، محل، مدت، تعداد و روزهای انجام مداخله را در اختیار افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، قرار می‌دادند.

پس از اخذ رضایت نامه کتبی از نمونه‌ها، پرسشنامه Spielbergر توسط پژوهشگر تکمیل شد. پس از ارزیابی اطلاعات این پرسشنامه، زنان بارداری که نمره اضطراب آن‌ها در بازه ۲۰ تا ۶۰ بود، به صورت در دسترس به عنوان

انتخاب شدند. نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر را ۱۴۴ زن باردار پرخطر مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر سنندج که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، تشکیل دادند. در پایان به دلیل انصراف از حضور در جلسات آموزش، زایمان زودرس، بستری و مهاجرت، تعداد نمونه‌ها به ۱۲۹ نفر رسید که ۴۳ نفر در گروه سخنرانی، ۴۳ نفر در گروه شناختی- رفتاری و ۴۳ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به این مطالعه عبارت بودند از: حاملگی پرخطر با سن ۲۴ تا ۳۵ هفته، قرارداشتن در بازه سنی ۵۰-۱۵ سال، کسب نمره اضطراب ۲۰ تا ۶۰، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، نداشتن سابقه بستری در بخش اعصاب و روان، استفاده نکردن از داروهای روان گردان، عدم مواجهه با حوادث غیرمترقبه مانند فوت، جابه جایی محل سکونت، از دست دادن شوهر و فرزند در شش ماه اخیر و تمایل به شرکت در مطالعه. انصراف از ادامه همکاری نیز به عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه دو قسمتی ویژگی‌های دموگرافیک و مامایی و پرسشنامه اضطراب حالت- صفت Spielbergر بود. پرسشنامه دو قسمتی ویژگی‌های دموگرافیک و مامایی پیش از انجام مداخله تکمیل گردید. قسمت ویژگی‌های دموگرافیک شامل سؤالاتی در مورد سن زن، سن همسر، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، شغل زن، شغل همسر، سطح درآمد خانوار، طول مدت ازدواج و رضایت از زندگی زناشویی بود و قسمت ویژگی‌های مامایی سؤالاتی در مورد تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد مرده زایی، تعداد فرزندان، سابقه نازایی، جنسیت جنین، رضایت از جنسیت جنین، عوامل خطر در بارداری فعلی و عوامل خطر در وضعیت بارداری و زایمان قبلی را شامل می‌شد. پرسشنامه Spielbergر دارای ۴۰ سؤال است که نمره گذاری آن بر مبنای طیف چهار گزینه‌ای لیکرت انجام می‌شود. این

واریانس یک‌طرفه یا آنووا استفاده گشت. سطح معناداری نیز معادل ($P < 0/05$) در نظر گرفته شد.

نتایج

جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشتر واحدهای مورد مطالعه در گروه کنترل (۹۰/۷ درصد)، گروه سخنرانی (۷۶/۷ درصد) و گروه شناختی- رفتاری (۸۸/۴ درصد) دارای شاخص توده بدنی ۲۵ و بیشتر از آن بوده‌اند. براساس نتایج آزمون آماری کروسکال- والیس می‌توان گفت که هر سه گروه از نظر عوامل خطر وضعیت بارداری فعلی همگن بوده‌اند ($P = 0/603$) (جدول ۱).

نتایج آزمون آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه حاکی از آن بودند که میزان اضطراب قبل از مداخله بین سه گروه کنترل، سخنرانی و شناختی- رفتاری تفاوت معناداری نداشته است (جدول ۲).

از سوی دیگر، نتایج آزمون آماری T زوجی نشان دادند که میزان اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل تفاوت معناداری نداشته است؛ درحالی که این تفاوت در گروه‌های سخنرانی و شناختی- رفتاری معنادار

نمونه نهایی انتخاب گردیدند و وارد مطالعه شدند. به‌منظور انجام مداخله، گروه شناختی- رفتاری و گروه سخنرانی به‌طور تصادفی به‌ترتیب به چهار گروه ۱۲ نفره و دو گروه ۲۴ نفره تقسیم گردیدند. مطالب آموزشی گروه شناختی- رفتاری طی هشت جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌صورت دو بار در هفته و به مدت چهار هفته ارائه شد. به‌منظور انجام روش شناختی- رفتاری، پس از تهیه فهرست مشکلات، اهداف مشخص گردید و هر جلسه توضیحاتی در مورد ماهیت ترس و اضطراب، نحوه نظارت بر نشانه‌های خود، مراقبت از خود، مدیریت افکار و مدیریت نشانه‌های جسمانی اضطراب بیان شد. مطالب آموزشی سخنرانی نیز طی چهار جلسه ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک بار در هفته و به مدت چهار هفته توسط پژوهشگر ارائه شد. شایان ذکر است که در جلسات سخنرانی در مورد آناتومی دستگاه تولیدمثل، تغییرات فیزیولوژیکی دوران بارداری، تغییرات روحی و روانی این دوران و دلایل آن و مدیریت و پیشگیری از اضطراب صحبت گردید. در انتها به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 21 و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس، T زوجی و تحلیل کوواریانس آنالیز

جدول ۱: توزیع فراوانی عوامل خطر بارداری فعلی در گروه‌های مورد مطالعه

عوامل خطر بارداری فعلی	گروه							
	کنترل		سخنرانی		شناختی- رفتاری		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن کمتر از ۱۸ سال	۱	۲/۳	۰	۰	۱	۲/۳	۲	۱/۶
سن بیشتر از ۳۵ سال	۶	۱۴	۱۳	۳۰/۲	۷	۱۶/۳	۲۶	۲۰/۲
حاملگی ناخواسته	۱	۲/۳	۲	۴/۷	۱	۲/۳	۴	۳/۲
چندقلویی	۰	۰	۲	۴/۷	۰	۰	۲	۱/۶
سرکلاژ	۴	۹/۳	۲	۴/۷	۰	۰	۶	۴/۷
کم‌کاری تیروئید	۱۰	۲۳/۳	۶	۱۴	۵	۱۱/۶	۲۱	۱۶/۳
وقوع بارداری با کمک روش‌های کمک باروری	۰	۰	۱	۲/۳	۱	۲/۳	۲	۱/۶
دیابت بارداری	۵	۱۱/۶	۵	۱۱/۶	۱	۲/۳	۱۱	۸/۶
شاخص توده بدنی $> 18/5$	۰	۰	۱	۲/۳	۲	۴/۷	۳	۲/۴
شاخص توده بدنی ≤ 25	۳۹	۹۰/۷	۳۳	۷۶/۷	۳۸	۸۸/۴	۱۱۰	۸۵/۳
فشار خون بالا	۱	۲/۳	۰	۰	۰	۰	۱	۰/۸

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار میزان اضطراب در گروه‌های مورد مطالعه قبل از مداخله

گروه	کنترل	سخنرانی	شناختی- رفتاری	سطح معناداری
قبل از مداخله	۹۳/۷±۴/۲	۹۲/۹±۴/۲	۹۴/۷±۵/۶	۰/۱۶۸

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار میزان اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه‌های مورد مطالعه

گروه	میانگین و انحراف معیار قبل از مداخله	میانگین و انحراف معیار بعد از مداخله	سطح معناداری
کنترل	۹۳/۷±۴/۲	۹۲/۶±۸/۸	۰/۰۸۷
سخنرانی	۹۲/۹±۴/۲	۸۰/۹±۵/۱	۰/۰۰۱
شناختی- رفتاری	۹۴/۷±۵/۶	۷۲/۵±۵/۹	۰/۰۰۱

جدول ۴: بررسی تفاوت درون‌گروهی میانگین گروه کنترل و دو گروه مداخله پس از مداخله

گروه (الف)	گروه (ب)	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
سخنرانی	شناختی- رفتاری	*۸/۰۶	۰/۰۰۱
	کنترل	*-۱۲/۲۵	۰/۰۰۱
شناختی- رفتاری	سخنرانی	*-۸/۰۶	۰/۰۰۱
	کنترل	*-۲۰/۳۲	۰/۰۰۱

بوده است (جدول ۳).

علاوه بر این، نتایج آزمون توکی نشان دادند که این تفاوت در گروه شناختی- رفتاری نسبت به گروه سخنرانی و گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است ($P < 0/05$) (جدول ۴).

بحث

نتایج این مطالعه نشان دادند که آموزش با رویکرد شناختی- رفتاری و شیوه سخنرانی بر کاهش اضطراب دوران بارداری تأثیر داشته است. لازم به ذکر می‌باشد که آموزش با رویکرد شناختی- رفتاری، تأثیر بیشتری بر کاهش اضطراب دوران بارداری داشته است. در ارتباط با عوامل خطر بارداری فعلی واحدهای مورد مطالعه نیز باید گفت که بیشتر نمونه‌ها دارای شاخص توده بدنی ۲۵ و بیشتر از آن بودند. باید خاطرنشان ساخت که توده بدنی بالا، عوارض بارداری، زایمان و تولد را برای مادر و نوزاد افزایش می‌دهد؛ به طوری که پیامدهایی چون دیابت

بارداری، پره‌اکلامپسی، القای زایمان، زایمان سزارین، خونریزی پس از زایمان، عفونت زخم، ماکروزومی نوزاد و مرگ داخل رحمی در مادران دارای توده بدنی بالا در مقایسه با مادران دارای توده بدنی نرمال بیشتر گزارش شده است (۳۴). همچنین هزینه مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان مادران دارای توده بدنی بالا در مقایسه با مادران با توده بدنی نرمال، بیشتر می‌باشد (۳۵). نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های پژوهش محدثی و همکاران (۱۳۹۲) که در ارومیه انجام شد، همسو نمی‌باشد (۳۶). در مطالعه فوق بیشتر نمونه‌ها دارای عامل خطر الیگو هیدرآمنیوس و بیماری قلبی بودند؛ در حالی که در مطالعه حاضر بیشتر نمونه‌ها دارای عامل خطر شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۵ بودند. علت این ناهمخوانی احتمالاً شرایط محیطی و نوع تغذیه نمونه‌های مورد بررسی می‌باشد.

بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، تفاوت معناداری بین میانگین میزان اضطراب قبل و بعد از

مخدوش‌کننده از جمله تأثیر رسانه‌ها و وسایل ارتباط جمعی بر کاهش اضطراب، وضعیت روحی مادران باردار پرخطر در زمان تکمیل پرسشنامه و عدم تعمیم نتایج مطالعه به سه ماهه اول و دوم بارداری.

در مقابل، در ارتباط با نقاط قوت پژوهش حاضر می‌توان به همکاری همه‌جانبه نمونه‌های مورد بررسی در طول انجام پژوهش اشاره کرد که با وجود دشواری‌ها و محدودیت‌ها، از آغاز تا پایان فرایند انجام مطالعه حضور داشتند و با پژوهشگران همکاری نمودند.

با توجه به نتایج این پژوهش، انجام مطالعات بیشتر در راستای بررسی و مقایسه تأثیر روش شناختی- رفتاری و سخنرانی با تن‌آرامی و تأثیر آن بر میزان اضطراب مادران باردار پرخطر پس از زایمان پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان دادند که هر دو روش شناختی- رفتاری و سخنرانی بر کاهش اضطراب زنان باردار پرخطر اثرگذار بوده‌اند و موجب شده‌اند که مادران باردار به لحاظ عاطفی و روانی به توانایی‌های لازم دست یابند و در زمینه بارداری و تغییرات این دوران به نوعی تفکر منطقی دست یابند. شایان ذکر است که روش شناختی- رفتاری نسبت به روش سخنرانی، تأثیر بیشتری بر کاهش اضطراب مادران پرخطر داشته است؛ از این رو می‌توان گفت که از طریق آموزش شیوه‌های شناختی- رفتاری ارائه‌شده در برنامه مداخله‌ای، مادران توانایی بیشتری را برای مدیریت اضطراب خود کسب می‌نمایند و از پرداختن به افکار یا رفتاری که منجر به افزایش اضطراب در آن‌ها شده است، اجتناب می‌کنند.

حمایت مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی

مطالعه در گروه کنترل وجود نداشت؛ درحالی که تفاوت بین میانگین میزان اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه سخنرانی و شناختی- رفتاری معنادار بود. این مهم با نتایج مطالعه جباری و همکاران (۱۳۹۱) که در شهرضا انجام شد، مغایرت دارد (۳۷). این عدم همخوانی می‌تواند ناشی از سطح تحصیلات نمونه‌های مورد پژوهش و همسران آن‌ها باشد. بدین‌صورت که در مطالعه جباری و همکاران (۱۳۹۱) بیشتر افراد مورد بررسی در گروه کنترل دارای تحصیلات در سطح دیپلم بودند؛ درحالی که در مطالعه حاضر بیشتر افراد مورد بررسی در گروه کنترل دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

علاوه‌براین بر مبنای نتایج مطالعه حاضر، تفاوت معناداری بین میانگین میزان اضطراب گروه‌های مورد مطالعه پس از مداخله وجود داشت؛ به‌طوری که میزان اضطراب در گروه سخنرانی نسبت به گروه کنترل ۱۳/۳ درصد کاهش یافته بود، میزان اضطراب در گروه شناختی- رفتاری نسبت به گروه کنترل ۲۱/۳ درصد کمتر شده بود و میزان اضطراب در گروه شناختی- رفتاری نسبت به گروه سخنرانی ۹/۹ درصد کاهش یافته بود؛ بنابراین آموزش به روش شناختی- رفتاری نسبت به آموزش به روش سخنرانی بر کاهش میزان اضطراب تأثیر بیشتری داشته است. نتایج مطالعه صالحی و همکاران (۱۳۹۴) که با عنوان "بررسی و مقایسه تأثیر دو روش درمان شناختی- رفتاری گروهی و سخنرانی تعاملی بر کاهش اضطراب دوران بارداری" در شهر ساری انجام شد با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳۱). در تبیین یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان گفت که آموزش‌های دوران بارداری یکی از راه‌های مؤثر در کاهش اختلالات روانی و اضطراب و همچنین ارتقای سلامت جسمی و روانی افراد می‌باشد (۳۸).

در انتها باید گفت که برخی از محدودیت‌های این مطالعه عبارت هستند از: عدم کنترل برخی از عوامل

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی با شماره ۳۰ است که در تاریخ ۱۳۹۶/۱۰/۱۶ به تصویب دانشگاه علوم پزشکی کردستان رسیده است. به منظور انجام این مطالعه، کد اخلاق پژوهش (IR.MUK.REC.1397/30) از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان اخذ گردید و شماره ثبت مطالعه در سایت IRCT.ir (IRCT20180519039727N1) دریافت گردید. در پایان، نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از سرکار خانم دکتر شاهوی و همراهی تمامی عزیزانی که پژوهشگران را در راستای انجام این پژوهش یاری رساندند و به ویژه مادران باردار شرکت کننده در پژوهش اعلام می نمایند.

بوده و با حمایت مالی حوزه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

نمونه‌ها پس از کسب مجوز اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان و ثبت مطالعه در سایت IRCT.ir با هماهنگی دانشگاه علوم پزشکی کردستان تهیه شدند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافی با یکدیگر ندارند.

References

- Yuksel F, Akin S, Durna Z. Prenatal distress in Turkish pregnant women and factors associated with maternal prenatal distress. *J Clin Nurs*. 2014; 23(1-2):54-64.
- Din ZU, Ambreen S, Iqbal Z, Iqbal M, Ahmad S. Determinants of antenatal psychological distress in Pakistani women. *Noro Psikiyatr Ars*. 2016; 53(2): 152-7.
- Ghazavi H, Ahadi M, Aghasi Yazdi Z, Behzadmehr A. Anxiety in pregnancy. *J Raze Behzistan*. 2008; 17(35):19-21. [in Persian]
- John T, Spong Catherine Y. Management of high-risk pregnancy: an evidence-based approach. 5th ed. New Jersey: Blackwell Publishing; 2007.
- Cunningham F. Williams obstetrics. Trans: Ghazi Jahani B, Ghotbi R. Tehran: Golban; 2014. [in Persian]
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Deeds O, Ascencio A, et al. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behav Dev*. 2010; 33(1):23-9.
- Chuang LL, Lin LC, Cheng PJ, Chen CH, Wu SC, Chang CL. The effectiveness of arelaxation training program for women with preterm labour on pregnancy outcomes. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(3):257-64.
- Babanazari L, Kafi M. Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2008; 14(2) 206-13. [in Persian]
- Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*. 2007; 110(5): 1102-12.
- Hernandez-Martinez C, Val VA, Murphy M, Busquets PC, Sans JC. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. *Women Health*. 2011; 51(2):124-35.
- Rico MA, Rodríguez AJ, Díez SM, Real MC. Análisis de la relación entre riesgo gestacional y ansiedad materna. *Progresos Obstetr Ginecol*. 2010; 53(7):273-9.
- James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, Robson SC. High-risk pregnancy: management options. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
- Bayrampour H, McDonald S, Tough S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*. 2015; 31(6):582-9.
- Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Hofler M, Wittchen HU. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery. *J Affect Disord*. 2015; 175:385-95.
15. Waqas A, Raza N, Lodhi HW, Muhammad Z, Jamal M, Rehman A. Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: is social support a mediator. *PloS One*. 2015; 10(1):e0116510.
- Rezaee R, Framarzi M. Predictors of mental health during pregnancy. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014; 19(7):45-50. [in Persian]
- Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante C. Identifying

- the women at risk of antenatal anxiety and depression. *J Affect Disord.* 2016; 191:62-77.
18. Helbig A, Kaasen A, Malt UF, Haugen G. Maternal psychological distress and placental circulation in pregnancies after a previous offspring with congenital malformation. *PLoS One.* 2014; 9(1):e86597.
 19. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2012; 16(2):77-84.
 20. Li AW, Goldsmith C. The effects of yoga on anxiety and stress. *Altern Med Rev.* 2012; 17(1):21-35.
 21. Gleeson PB, Pauls JA. Obstetrical physical therapy review of the literature. *Phys Ther.* 1988; 68(11):1699-702.
 22. Escribano B, Quero I, Feijoo M, Tasset I, Montilla P, Tunez I. Role of noise and music as anxiety modulators: Relationship with ovarian hormones in the rat. *Appl Animal Behav Sci.* 2014; 152:73-82.
 23. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014; 28(1):25-35.
 24. Shabani H. Educational and developmental skills (methods and techniques of teaching). 3th ed. Tehran: Center for Human Sciences Research and Development; 2011. [in Persian]
 25. Adib-Hajbaghery M, Afazel MR. A comparison of the effects of instructional methods on satisfaction, anxiety and learning of nursing students. *Future Med Educ J.* 2011; 4(3):11-5. [in Persian]
 26. Martin-Gronert MS, Ozanne SE. Maternal nutrition during pregnancy and health of the offspring. *Biochem Soc Trans.* 2006; 34(Pt 5):779-82.
 27. Solati M, Javadi R, Hosseini Teshnizi S, Asghari N. Desirability of two participatory methods of teaching, based on students' view point. *Hormozgan Med J.* 2010; 14(3):191-7. [in Persian]
 28. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3 months postpartum: parity differences and effects. *J Affect Disord.* 2011; 132(1-2):146-57.
 29. Arch JJ, Dimidjian S, Chessick C. Are exposure-based cognitive behavioral therapies safe during pregnancy? *Arch Womens Ment Health.* 2012; 15(6):445-57.
 30. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82(3):201-8.
 31. Salehi F, Pourasghar M, Khalilian A, Shahhosseini Z. Comparison of group cognitive behavioral therapy and interactive lectures in reducing anxiety during pregnancy: a quasi experimental trial. *Medicine.* 2016; 95(43):e5224.
 32. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009; 5:311-41.
 33. Shayeghian Z, Tabatabaey SK, Seddighi Looye E. Effect of maternal anxiety during third trimester on pregnancy outcomes and infants' mental health. *J Hayat.* 2008; 14(4):57-65. [in Persian]
 34. Mighty HE, Fahey AJ. Obesity and pregnancy complications. *Curr Diab Rep.* 2007; 7(4):289-94.
 35. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001; 25(8):1175-82.
 36. Mohaddesi H, Bahadory F, Khalkhali H, Baghi P. Comparison of quality of life in low risk pregnant with high risk pregnant women in perinatology clinic of Kowsar ward Shahid Motahari Hospital in Urmia. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul.* 2013; 21(4):69-95. [in Persian]
 37. Jabbari Z, Hashemi H, Haghayegh SA. Survey on effectiveness of cognitive behavioral stress management on the stress, anxiety and depression of pregnant women. *Health Syst Res.* 2013; 8(7):1342-8. [in Persian]
 38. Aslami E, Alipour A, Aghayusefi A, Najib F. Assessing the effectiveness of mindfulness-based Islamic-spiritual schemas on anxiety of mothers pregnancy and infants physiological health. *Quart J Health Psychol.* 2016; 4(14):129-40. [in Persian]



Original Article

Comparison of the Effects of Lecture and Cognitive Behavioral Therapy with a Consulting Advisory Approach on the Anxiety Level of Women with High-risk Pregnancy in Comprehensive Health Centers of Sanandaj, Iran

Zaynab Azadian¹, Nazila Oliaei², Daem Roshani³, Fariba Ebtakar^{4*}

¹ MSc student in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

² MSc in Psychiatric Nursing Education, Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

³ PhD in Statistics, Associate Professor, Department of Statistics and Epidemiology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

⁴ PhD in Community Health, Assistant Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Received: 17 August 2019

Accepted: 10 October 2019

Abstract

Introduction: High-risk pregnancy is a kind of pregnancy that causes anxiety and compromises the health of the mother and fetus. The current study aimed to compare the effect of lecture and cognitive behavioral methods on the anxiety level in women with high-risk pregnancy in Sanandaj, Iran.

Materials and Methods: The present interventional study was a randomized clinical trial performed on 144 women with high-risk pregnancy of 24-35 weeks referring to comprehensive health centers in Sanandaj, within 2018. To select samples, the city was divided into five districts and then the subjects were randomly selected from 6 centers with the highest number of women with high-risk pregnancy. In each center, the sampling units were selected by the available sampling method. Before the intervention, the Spielberger questionnaire was completed to assess the anxiety score. Then the samples were divided into three groups of cognitive behavioral (n=48), lecture (n=48), and control (n=48). The cognitive behavioral group was divided into four groups of 12 participants and the lecture group into two groups of 24 people, each. The intervention was performed twice a week in a 90-120 minute sessions for each cognitive behavioral group and once a week for each lecture group for a period of 4 weeks. The control group also received routine pregnancy care. Four weeks after the intervention, the Spielberger questionnaire was completed again by the researcher for all groups. Data analysis was performed using SPSS software (version 21) and the collected data were analyzed by Kruskal-Wallis, Chi-square, paired t-test, Tukey, covariance analysis, and one-way ANOVA.

Results: The results of the current study showed that before intervention there was no significant difference in the level of anxiety in the three groups of lecture, cognitive behavioral, and control groups ($P < 0.05$). In addition, no significant difference was observed in the anxiety level of the control group ($P > 0.05$). However, there was a significant difference in the lecture group ($P < 0.05$) and the cognitive behavioral group ($P < 0.05$) and the anxiety in the cognitive behavioral group decreased significantly ($P < 0.05$), compared to the control and lecture groups.

Conclusion: The results of the current study showed that educating with the cognitive behavioral approach and lecture style reduced pregnancy anxiety. Moreover, cognitive behavioral training had a more effective impact on reducing anxiety during pregnancy. Therefore, it was concluded that in lecture and cognitive behavioral methods, mothers gain a higher ability to manage their anxiety and avoid thoughts or behaviors that lead to increased anxiety.

Keywords: Anxiety, Cognitive behavioral therapy, High-risk pregnancy, Lecture