

## اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره‌های اسلامی-معنوی بر اضطراب بارداری مادران و سلامت جسمانی نوزادان

الهه اسلمی\*، احمدعلیپور\*\*، علیرضا آقا یوسفی\*\*\*، فاطمه نجیب\*\*\*\*

\* گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ص. پ. ۳۶۹۷-۱۹۳۹۵، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

\*\* گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ص. پ. ۱۹۳۹۵-۳۶۹۷، تهران، ایران.

\*\*\* گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ص. پ. ۱۹۳۹۵-۳۶۹۷، تهران، ایران.

\*\*\*\* مرکز تحقیقات ناباروری، گروه زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران.

### چکیده

### تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۱۳

تجدید نظر: ۱۳۹۴/۱۲/۰۵

پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۰۴

**هدف:** اضطراب دوران بارداری از عوامل دخیل در نتایج نامطلوب بارداری و زایمان است. از روش هایی که برای کنترل این اضطراب به کار می رود می توان به ذهن آگاهی اشاره کرد. هدف از این مطالعه بررسی اثر ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره های معنوی-اسلامی بر اضطراب بارداری زنان باردار و شاخص های فیزیولوژیک نوزادان آنها بود.

**روش:** طرح تحقیق نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه می باشد. از بین زنان باردار بین هفته ۱۶ تا ۳۲ بارداری که به مرکز بهداشت مراجعه کرده اند ۳۰ نفر از افراد با نمره بالا در پرسشنامه اضطراب بارداری بر حسب تصادف انتخاب شدند که ۱۵ نفر بر حسب تصادف در گروه آزمایشی (تحت درمان ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره های معنوی اسلامی) و ۱۵ آزمودنی دیگر در گروه گواه قرار گرفتند. از پرسشنامه اضطراب بارداری دره شوری در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده گردید.

### کلیدواژه ها:

ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره های اسلامی، معنوی، اضطراب بارداری، آپگار نوزاد.

**یافته ها:** آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره های اسلامی-معنوی باعث کاهش شاخص های اضطراب بارداری (نگرانی از احساسات و روابط بین فردی، نگرانی از تغییرات ظاهری و نگرانی از تولد نوزاد) و افزایش نمرات شاخصهای فیزیولوژیک نوزادان (مثل وزن، اندازه دور سر و آپگار دقیقه اول) شده است.

**نتیجه گیری:** می توان از مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره های معنوی-اسلامی به منظور کاهش اضطراب بارداری مادران و بهبود شاخص های فیزیولوژیک نوزادان ایشان استفاده کرد.

## Assessing the effectiveness of mindfulness-based Islamic – spiritual schemas on anxiety of mothers pregnancy and infants physiological health

\*E. Aslami, \*\*A. Alipour, \*\*\*A. Aghayusefi, \*\*\*\*F. Najib

\* Assistant Professor of psychology, Payame Noor University, Fars, Iran.

\*\* Professor of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

\*\*\* Professor of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

\*\*\*\* Associate Professor of Infertility research Center , Department of Obstetrics and Gynecology, Shiraz medical school, university of medical sciences, Shiraz, Iran

### Abstract

**Objective:** Anxiety of pregnancy influences the childbirth factors and pregnancy outcomes. Mindfulness is an approach that can be used to control this anxiety. The aim of this study was to evaluate the effects of mindfulness-based Islamic-spiritual schemas on pregnancy anxiety in pregnant women and their infants' physiological parameters.

**Method:** This study was a pre- experimental study by pretest-posttest design with a control group. Thirty women pregnant had 16 to 32 weeks were selected with the high score in anxiety of pregnancy questionnaire. The study participants were placed in two groups (one experimental with mindfulness-based Islamic spiritual schema and another control) by chance selection. The Dareshori anxiety of pregnancy Questionnaire was used for collecting the data in pre-test and post-test stages. Multivariate Analysis of Covariance was used for analyzing the data.

**Results:** mindfulness-based Islamic –spiritual schemas training reduced indicators of pregnancy anxiety ( fear of emotions and interpersonal relationships, fear of appearance changes and fear of childbirth) and increased the physiological characteristics of newborns (eg, weight, head circumference and score at the first minute and the fifth minute Apgar).

**Conclusion:** Mindfulness-based Islamic spiritual schema training is effective in reducing pregnancy anxiety and improving physiological parameters of their infants

### Article Information:

#### History:

Receipt: 2016/08/06

Revise: 2016/09/26

Acceptance: 2016/10/20

#### Keywords:

Anxiety of pregnancy,  
Mindfulness, based  
Islamic, spiritual schemas.  
Infant's Apgar.

سنین ۸ سالگی افزایش می‌یابد. در نهایت ساسمن، سمیلک، پونیراکیس و گریپی<sup>۹</sup> (۲۰۰۱) و همکاران نشان دادند سطوح بالاتر اضطراب در دوران بارداری با مشکلات هیجانی و خودتنظیمی کودکان ارتباط دارد.

شواهد اولیه تعداد محدودی از مطالعات که از دیدگاه‌های ذهن-بدن برای کاهش استرس بارداری استفاده می‌کردند نشان داد، آرامبخشی پیشرونده عضلانی، یوگا و مدیتیشن (به‌ویژه مدیتیشن مورد استفاده در برنامه‌های درمانی ذهن آگاهی) می‌تواند سلامت روانشناختی مادران را بهبود دهند و به بارداری و یک زایمان خوب بینجامند (بدوئه و لی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۸).

ذهن آگاهی هشیاری غیرقضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ایست که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد. علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یادشده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود (جانوسکی و لوکجان<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰). در تعریفی دیگر، ذهن آگاهی فنی است که با ترکیب با مدیتیشن و جهت‌گیری‌های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیرقضاوتی با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می‌کند (پوتک<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۲). در پژوهش‌هایی که از ذهن آگاهی استفاده می‌کنند تأکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی است (میچالیک، برگ و هایدنریچ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲). در اهمیت ذهن آگاهی می‌توان به تحقیقات متولی باشی نایینی، سجادیان و بشارت (۱۳۹۵) مبنی بر نمرات پایین تر ذهن آگاهی و خودتنظیم گری زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی نسبت به زنان سالم و همچنین پژوهش ولیدی پاک، خالدی و معینی منش (۱۳۹۴) در خصوص اثربخشی

برخی مطالعات نشان داده‌اند، اضطراب بارداری می‌تواند خطرات بارداری و تولد نوزاد را افزایش دهد (کرامر و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). برخی استرس‌های خاص دوران بارداری، به نگرانی‌های مادر درباره جنبه‌های بارداری (از جمله نگرانی درباره آزمایش‌های بارداری، توانایی برای مادری خوب بودن و تغییرات زندگی پس از بارداری) اختصاص دارد (دانکل شتر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). استرسورهای حاد و شدید مثل مرگ یک فرد عزیز و مورد حمله قرار گرفتن نیز وجود دارند که به‌ویژه اگر در اوایل بارداری تجربه شوند، می‌توانند حتی به سقط جنین بینجامند (براکنر، کاتالانو و اهرن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). هرچند تحقیقات کمی درباره اثر استرس‌های وابسته به فرهنگ و نژاد در بارداری انجام شده، اما تحقیقات انجام‌شده بر زنان امریکایی-آفریقایی نیز در تأیید یافته‌های یاد شده قرار می‌گیرد (لوئکن، پوردام، هوئه<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

توجه به شرایط و استرس روانشناختی مادران باردار، در طی چند دهه اخیر با تمرکز بر نتایج بارداری از جمله زایمان زودرس و وزن نوزاد تازه متولد شده خود را نشان داده است (دانکل شتر، ۲۰۱۱؛ لیتلتون، بریتکوف و برنسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). این علاقه به آثار طولانی‌مدت این استرس بر رشد، خلق و خو و رفتار کودک نیز کشیده شده است (تالگه، نیل و گلاور<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). در مطالعه اوکانر و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۰۲) اضطراب دوران بارداری مادر با مشکلات رفتاری کودک ۴ ساله ایشان ارتباط داشت. به همین نحو ون‌دربرگ و مارکوئن<sup>۸</sup> (۲۰۰۴) به این نتیجه رسیدند احتمال بروز نشانه‌های بیش‌فعالی، برونی‌سازی مشکلات و اضطراب در

<sup>1</sup> Kramer et al.

<sup>2</sup> Dunkel Schetter

<sup>3</sup> Bruckner, Catalano, & Ahern

<sup>4</sup> Luecken, Purdom, & Howe

<sup>5</sup> Littleton, Breitkopf, Berenson

<sup>6</sup> Talge, Neal, Glover, et al

<sup>7</sup> O'Connor, Heron, Golding, Beveridge, Glover

<sup>8</sup> Van den Bergh BRH, Marcoen

<sup>9</sup> Susman, Schmeelk, Ponirakis, Garipey

<sup>10</sup> Beddoe & Lee

<sup>11</sup> Janowski & Lucjan

<sup>12</sup> Potek

<sup>13</sup> Michalak, Burg & Heidenrich

ذهن آگاهی بر افزایش خوش بینی زنان باردار دیابتی اشاره داشت.

در عمل تحقیقات گسترده انجام شده بر جمعیت بزرگسال مفید بودن این روش درمانی را در حیطه‌های گوناگون همچون مدیریت استرس و اضطراب و ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان به اثبات رسانده‌است (پوتک، ۲۰۱۲).

مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس<sup>۱</sup> (MBSR)، توسط کابات-زین<sup>۲</sup> در سال ۱۹۷۹، برای کمک به بیماران جهت سازگاری با شرایطشان ایجاد شد. این قبیل مداخلات به‌طور فزاینده‌ای نظر محققان حیطه سلامت به‌ویژه محققان حیطه بارداری را به خود جلب کرده‌است. آن هم به این دلیل که نشان داده ذهن آگاهی اثر قابل توجهی در کاهش اضطراب و پریشانی روانپزشکی و نیز بهبود وضعیت سلامت برای گروه وسیعی از افرادی دارد که با شرایط استرس آور از جمله افسردگی، سرطان و ایدز دست به گریباند (کرسول-میرز، کول و اروین، ۲۰۰۹، ۳).

از مطالعات انجام شده در حیطه بارداری، یک مطالعه کیفی در پی بررسی معنای معنویت در زندگی ۱۳۰ زن باردار از طریق سؤالات بازپاسخ بود. سؤال عبارت بود از اینکه «به نظر شما، ایمان یا معنویت چگونه بر دوره بارداریتان اثر می‌گذارد؟». ۴۷ درصد زنان مورد مطالعه معتقد بودند این اثر مثبت است، ۴۵ درصد معتقد بودند اثری ندارد و ۵/۴ درصد از این بابت مطمئن نبودند. تحلیل محتوای پاسخ‌ها، ۶ زمینه تأثیر معنویت بر بارداری را مشخص کرد: (۱) هدایت و حمایت (۲) پاداش و تقویت مثبت (۳) ارتباط با خدا (۴) قدرت و اعتماد به نفس (۵) کمک به انتخاب‌های اخلاقی دشوار (۶) آثار مثبت کلی. بنابراین معنویت منبعی

است که می‌تواند در مطالعات بارداری مورد توجه قرار گیرد (جس، شونبوم و بلنچارد، ۲۰۰۷).

محققان باورهای معنوی را به عنوان یک سازه یا طرحواره شناختی مفهوم سازی می‌کنند که به کاهش اختلاف بین اهداف موجود و اهداف آرزومندانه کمک می‌کند. این مفهوم سازی امکان تلفیق مفاهیم روانشناسی معنوی را با روش شناختی روانشناسی شناختی معاصر فراهم می‌سازد. فرایند فعالسازی یک طرحواره مذهبی یا معنوی تفاوتی با فرایندهای عمومی فعالسازی طرحواره‌های شناختی دیگر ندارد (اکبری، شفیع‌آبادی، کرمی و دلور، ۱۳۹۲). در روانشناسی شناختی یک طرحواره، مجموعه‌ای از باورها یا دانش‌های کاملاً خودکار، منظم و سازمان یافته درباره مقاصد و قابلیت‌های فرد می‌باشد که در حافظه بلندمدت ذخیره شده است و ملاکهای اثربخشی را برای تنظیم توجه، تمرکز، کدگذاری، ذخیره و بازیابی اطلاعات ایجاد می‌کند و یک رابطه تداعی قوی با سایر مؤلفه‌های سیستم مانند فیزیولوژی و هیجان دارد (رامر و اورسیلو، ۲۰۰۹). این رویکرد درمانی، تلفیقی از مفاهیم ذهن آگاهی، طرحواره درمانی، معنویت درمانی و آموزه‌های اسلامی است. در تدوین این طرح درمانی بر اصول مشترکی که بین مفاهیم ذهن آگاهی غربی و آموزه‌های معنوی اسلام وجود داشته است تأکید شده است. سعی بر آن شده‌است که از نکات عملی و کاربردی که در متن آیات و روایات موجود بوده است فنون درمانی برای کاهش اضطراب اجتماعی استخراج و فرمول بندی شود (اکبری، شفیع‌آبادی، کرمی و دلور، ۱۳۹۲). تا کنون پژوهشی با استفاده از ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی - اسلامی به بررسی سطوح اضطراب و نحوه کاهش اضطراب دوران بارداری نپرداخته به بیان دیگر تا کنون پژوهشی انجام نشده که اثر ذهن

<sup>1</sup> mindfulness-based stress reduction

<sup>2</sup> Kabat-Zinn

<sup>3</sup> Creswell, Myers, Cole, & Irwin

<sup>4</sup> Jesse, Schoneboom & Blanchard  
<sup>5</sup> Roemer and Orsillo

شود. افراد گروه آزمایش دارای اضطراب بارداری بالا تحت آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره های معنوی اسلامی هشت هفته و هر هفته یک جلسه حداکثر دو ساعته آموزش می بینند. علاوه بر این به بیماران آموزش داده می شود روزی ۴۵ دقیقه و ۶ روز هفته را به انجام تکالیف خانگی بپردازند. به بیماران کتابچه راهنمای انجام تکالیف خانگی داده می شود. برای گروه گواه این دوره برگزار نمی شود. زنان باردار طی انجام تحقیق تحت روان درمانی و آموزش های خارج مداخله تحقیق قرار نمی گیرند. بیمارانی که دو جلسه از دوره آموزشی را غیبت کنند از تحقیق کنار گذاشته می شوند. البته قابل ذکر است که محقق، اصل رازداری در پژوهش را رعایت خواهد کرد و آزمودنیها را از این موضوع مطلع می کند که نوشتن نام آنها ضرورتی ندارد و آنها با استفاده از کد شناسایی خواهند شد و نتایج کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و از نتایج این پژوهش فقط در زمینه پژوهشی و آموزشی استفاده خواهد شد. اهداف جلسات این پروتکل درمانی به صورت خلاصه به شرح زیر می باشد، جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر و بیان قوانین مشاوره گروهی، جلسه دوم: آشنایی با مولفه های بدنی، هیجانی و شناختی اضطراب بارداری، جلسه سوم: آشنایی با طرحواره های معنوی و حضور ذهن، جلسه چهارم: یادآوری موقعیتهای اضطراب زا و فراخوانی مجدد تجربه، جلسه پنجم: یادآوری ارتباط بین ذکر و دعا با آرامش درونی، جلسه ششم: بکارگیری عملی فراخوانی تجربه معنوی، جلسه هفتم: آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی و اجرای آن در جلسه، جلسه هشتم: مرور تجارب کسب شده در گروه و بستن احساس ناتمام.

## ابزار

آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی - اسلامی را بر کاهش اضطراب بارداری و در نتیجه ویژگی‌های جسمانی نوزاد تازه متولد شده را مورد بررسی قرار دهد؛ لذا این پژوهش در پی آن بوده که ضمن تأیید اثربخشی این رویکرد درمانی، آن را به‌عنوان روشی کاربردی در جهت کاهش استرس بارداری و بهبود شرایط جسمانی نوزاد پیشنهاد دهد.

## روش پژوهش

طرح تحقیق نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه می باشد. در این پژوهش یک گروه آزمایش و یک گروه گواه وجود دارد. ابتدا بعد از هماهنگی با مرکز بهداشت شهر شیراز و برگزاری یک جلسه توجیهی با زنان بارداری که در هفته ۱۶ تا ۳۲ بارداری قرار دارند، شماره تلفن زنان باردار داوطلب شرکت کننده در طرح که خودشان ادعا داشتند که اضطراب بالایی دارند توسط محقق ثبت شد. در جلسه بعدی که با حضور افراد داوطلب جلسه قبل برگزار شد، آزمون اضطراب بارداری از ایشان گرفته و افرادی را که نمره آنها در مقیاس اضطراب از ۷ بیشتر بود انتخاب شدند. سپس از بین افراد دارای نمره بالا در اضطراب بارداری ۳۰ نفر بر حسب تصادف انتخاب می شوند. سپس ۱۵ نفر از افراد با نمره اضطراب بارداری بالا بر حسب تصادف در گروه آزمایش و همچنین ۱۵ آزمودنی دارای نمره بالا در اضطراب در گروه گواه قرار می گیرند. گروه آزمایش تحت آموزش ذهن آگاهی قرار می گیرند. سپس اعضای گروه گواه با همتا کردن متغیرهایی مانند شدت اضطراب بارداری، سطح تحصیلات، سن و تعداد فرزندان (زایمان چندم بودن آزمودنی) و وضعیت اقتصادی خانواده با گروه آزمایش انتخاب می شوند. بعد از انتخاب نمونه برای اطمینان از رضایت و امکان افراد برای شرکت در تحقیق و همچنین برای اطمینان از داشتن ملاک های لازم تحقیق (ذکر شده در بالا) مصاحبه ای با آنها انجام می

پرسشنامه اضطراب بارداری: این پرسشنامه شامل ۱۲ گویه است که سه عامل نگرانی از تولد نوزاد (۷ ماده)، نگرانی در مورد ظاهر جسمانی (۲ ماده) و نگرانی در مورد احساسات و روابط بین فردی (۳ ماده) را در بر میگیرد. که اولین بار توسط دره شوری محمدی و همکاران (۱۳۹۱) ترجمه و توسط گروهی از متخصصان زبان دوباره به انگلیسی برگردانده شد و درستی و صحت تطبیق آن توسط گروه روانشناس همکار تأیید گردید و برای بررسی جنبه های مختلف نگرانی زنان باردار مورد استفاده قرار گرفت. آزمودنی در یک مقیاس لیکرتی ۵ گزینه ای از هیچ اضطراب ندارم تا خیلی زیاد اضطراب دارم به گویه ها پاسخ میدهد. حداقل امتیاز برای این

پرسشنامه صفر و حداکثر ۴۶ است. در پژوهش اولیه آلدردیس ۱ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه ای روی ۲۶۳ زن باردار پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شد. در پژوهش دره شوری محمدی و همکاران (۱۳۹۱) نیز ضریب اعتبار از طریق همبستگی بین این آزمون با پرسشنامه ی نگرانی پنسیلوانیا برابر ۰/۶۳ به دست آمد که در سطح  $P < 0/05$  معنادار میباشد. در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ برای افراد نمونه در پرسشنامه ی اضطراب بارداری ۰/۷۴ و برای هر یک از خرده مقیاسها نگرانی در مورد تولد نوزاد ۰/۷۴ و نگرانی در مورد تغییر شکل بدن ۰/۷۸ و نگرانی در مورد احساسات و روابط ۰/۷۷ به دست آمد.

پارامترهای سلامت جسمانی نوزاد: اندازه گیری پارامترهای سلامت جسمانی نوزاد با کمک کادر فنی اتاق زایمان انجام شد. وزن نوزاد بلافاصله پس از تولد و بدون لباس با ترازوی کفه ای مخصوص با دقت ۵۰ گرم، قد نوزاد در حالت خوابیده و با کمک دو نفر و دور سر نوزاد با استفاده از یک متر نواری باریک با دقت ۰/۵ سانتیمتر اندازه گیری شد.

نمره آپگار: این مقیاس به متخصصان زایمان و مامایی این امکان را می دهد که وضعیت جسمانی نوزاد را ثبت کنند. آزمون آپگار که برای سنجش میزان سلامتی نوزاد مورد استفاده قرار می گیرد، به عنوان اولین مقیاس استاندارد شده برای سنجش نوزادان شناخته می شود. این مقیاس وضعیت فیزیولوژیک نوزادان را شامل ضربان قلب، تنفس، پاسخ های بازتابی، برانگیختگی و فعالیت عضلانی و رنگ پوست ارزیابی می کند. به هر نشانه سلامت پنج گانه نمره صفر، یک یا دو تعلق می گیرد. بنابراین نمره کامل ۱۰ است. نمره آپگار هفت یا بیشتر بیانگر آن است که نوزاد وضع جسمانی خوبی دارد. اگر این نمره بین چهار تا شش باشد نوزاد برای تثبیت تنفس و سایر نشانه های حیاتی به کمک نیاز دارد. اگر این نمره ۳ یا کمتر باشد، نوزاد در وضعیت خطر جدی است و به مراقبت پزشکی اضطراری نیاز دارد. نمره آپگار نوزادان در دقایق یک و پنج توسط کادر اتاق زایمان مشخص شود.

#### یافته ها

در این بخش ابتدا یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و به دنبال آن یافته های مربوط به اثربخشی مداخله مورد نظر از طریق تحلیل کواریانس بررسی شده است.

دامنه سنی زنان باردار ۲۳-۴۱ سال و میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان بترتیب در گروه آموزشی ذهن آگاهی ۲۷/۶ و ۳/۸ و در گروه گواه ۲۹/۲ و ۳/۳ بود.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی در پیش آزمون و پس آزمون دو گروه را نشان می دهد. برای بررسی پیش فرضهای تحلیل کواریانس چند متغیری ابتدا از آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس متغیرها استفاده شد، جدول ۲ نتایج همگنی واریانسهای لوین در متغیرهای وابسته را نشان می دهد.

<sup>1</sup> Alderdice

جدول ۱. شاخصهای توصیفی در پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	گروه ها	پیش آزمون	پس آزمون
		SD	M
نگرانی از تولد نوزاد	آزمایش	۳/۰۳	۵/۷۳
	گواه	۲/۵۸	۲/۱۹
نگرانی از تغییرات ظاهر	آزمایش	۰/۹۷	۱
	گواه	۱/۲	۰/۸۳
نگرانی در مورد احساس و روابط	آزمایش	۱/۵۴	۲/۴
	گواه	۱/۵۱	۱/۷۹
اضطراب بارداری	آزمایش	۴/۸۹	۹/۷۳
	گواه	۴/۸۷	۳۵/۲۶

گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری ندارد. بنابراین مفروضه همگنی واریانسها رعایت شده است.

نتایج آزمون لوین نشان می دهد که واریانسهای چهار متغیر (نگرانی از تولد نوزاد، نگرانی از تغییرات ظاهری، نگرانی از احساسات و روابط بین فردی و اضطراب بارداری) بین

جدول ۲. نتایج همگنی واریانسهای لوین در متغیرهای وابسته

متغیر	آماده لوین	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	سطح معناداری
نگرانی از تولد نوزاد	۱/۹	۲	۴۲	۰/۱۶۲
نگرانی از تغییرات ظاهری	۲/۴۵۹	۲	۴۲	۰/۰۹۸
نگرانی از احساسات و روابط بین فردی	۱/۴۱۸	۲	۴۲	۰/۲۵۴
اضطراب بارداری	۱/۴۵۴	۲	۴۲	۰/۲۲۵

در پس آزمون بین دو گروه اختلاف معنی دار وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس یک متغیری در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۵ ذکر شده است. ضریب اندازه اثر نشان می دهد که از ۶۶ تا ۷۸ درصد از تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

پس از بررسی همگنی شیب رگرسیون متغیرها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یکراهه و تایید این پیش فرض، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. مندرجات جدول ۴ نشان می دهد که بین گروههای آزمایش و گواه از لحاظ پس آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش آزمون در سطح  $P < 0/001$  تفاوت معنی دار وجود دارد. بر این اساس می توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته

جدول ۴: نتایج تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره های پس آزمون اضطراب بارداری و مولفه های آن

آزمون	ارزش	f	df زمینه	df خطا	سطح معناداری	مجذوراتا
اثر پیلائی	۱/۱۱۶	۱۱/۶۶۷	۸	۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵۸
لامبدای ویکلز	۰/۱۰۵	۱۸/۸۳	۸	۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷۷
اثر هتیلینگ	۶/۴۶۳	۲۸/۲۷	۸	۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴
بزرگترین ریشه روی	۶/۱۱۸	۵۹/۵۹	۸	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره های پس آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین F	سطح معنی داری	اندازه اثر
نگرانی از تولد نوزاد	۱۴۴۹/۴۰۱	۲	۷۲۴/۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸۸
نگرانی از تغییرات ظاهری	۱۱۹/۰۷	۲	۵۹/۵۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹
نگرانی از احساسات و روابط بین فردی	۲۱۹/۲۲۰	۲	۱۰۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
اضطراب بارداری	۴۳۴۹/۰۳۱	۲	۲۱۷۴/۵۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸۹

نوزادان گروه آزمایش بطور معنی داری بالاتر از نوزادان گروه گواه است.

مطابق جدول ۶ به منظور بررسی تفاوت شاخصهای سلامت جسمانی نوزادان در دو گروه ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره های معنوی اسلامی و گروه گواه، پس از انجام آزمایش لوین و مطمئن شدن از عدم تفاوت واریانسها و تایید فرض همگنی واریانسها و نرمال بودن متغیرها، آزمون t مورد استفاده قرار گرفت. نتیجه نهایی آزمون t در دو گروه آزمایش و گواه از نظر متغیرهای وزن نوزادان ( $P < 0/01$ )، اندازه دور سر نوزادان ( $P < 0/05$ ) و نمره آپگار دقیقه اول ( $P < 0/05$ ) تفاوت معنی داری داشتند. بنابراین می توان گفت وزن، اندازه دور سر و نمره آپگار دقیقه اول



جدول ۶. شاخص‌های توصیفی سلامت جسمانی نوزادان در دو گروه آزمایش و گواه به همراه نتایج آماری

متغیرها	گروه	M	SD	df	t	Sig
وزن	آزمایش	۳/۱	۰/۱۱۱	۲۸	۲/۴۸۳	۰/۰۱۹
	گواه	۲/۸۵	۰/۳۱۳			
دور سر	آزمایش	۳۴/۵	۰/۸۸۶	۲۸	۲/۳۹۸	۰/۰۲۳
	گواه	۳۳/۸	۰/۷۰۲			
آپگار دقیقه اول	آزمایش	۸/۳۳	۰/۸۹۹	۲۸	۲/۲۸۳	۰/۰۳
	گواه	۷/۲	۱/۶۹			
آپگار دقیقه پنجم	آزمایش	۹/۳۳	۰/۸۱۶	۲۸	۱/۸۲۳	۰/۰۶۳
	گواه	۹/۰۶	۱/۵۳			
قد	آزمایش	۵۰/۰۲	۰/۷۸	۲۸	۱/۲	۰/۲۳۸
	گواه	۴۹/۰۱	۰/۸۱			

### بحث

نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر طرحواره‌های اسلامی-معنوی باعث کاهش اضطراب بارداری مادران و افزایش پارامترهای سلامت جسمانی نوزادان شد. که این یافته در جهت تصدیق یافته‌های کاسانز-رید<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲؛ دانکل شتر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱؛ دانکل شتر و گلین<sup>۳</sup>؛ ۲۰۱۱، دی‌پیترو<sup>۳</sup> و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ بلومفیلد<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱؛ وادوا، سندمن و گارتیه<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ داکاستا، دریتسا، لاروچه و برندر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰؛ دایان و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲؛ بذرافشان و محمودی‌راد، ۱۳۸۹) می‌باشد مبنی بر اینکه اضطراب مادران احتمال به دنیا آوردن نوزادان نارس یا کم‌وزن را افزایش می‌دهد و بر رشد جنین و رشد هیجانی و شناختی نوزاد و کودک تاثیر منفی دارد.

اضطراب دوران بارداری با مکانیسم ویژه ای بر جنین اثر می‌گذارد: اولاً هورمونهای استرس (استروئیدهای آدرنال، کته کولامینها و هورمونهای آزادکننده کورتیکوتروپین) به علت استرس مادر ترشح می‌شوند که با عبور از جفت بر رشد مغزی جنین در هفته‌های ۲۲-۱۲ اثر می‌گذارند. همچنین این هورمونها باعث انقباض شریان جفتی می‌شوند که اکسیژن رسانی و تغذیه جنین را محدود می‌کند و یکی از دلایل محرومیت رشد جنینی و آسفیکی جنین بشمار می‌رود و در نتیجه مداخلات پزشکی همانند سزارین را می‌طلبند. مورد دیگر اینکه این هورمونها رشد سیستم ایمنی جنین را متوقف می‌سازند که در نتیجه شیوع بالاتری از عفونتهای تنفسی و دیگر عفونتها را در نوزادان زنان مضطرب داریم (علی پور، نعمیان و حاجی زاده، ۱۳۹۰).

به دلیل مخاطرات قرار گرفتن جنین در معرض داروهای روانپزشکی، استفاده از روش‌های غیردارویی برای مشکلات روانشناختی مادران باردار، ضروری است. ذهن‌آگاهی از

- 1 Coussons- Read
- 2 Dunkel Schetter & Glynn
- 3 DiPietro
- 4 Bloomfield
- 5 Wadhwa, Sandman, Garite
- 6 da Costa, Dritsa, Larouche, Brender
- 7 Dayan et al.

درمان‌های شناختی-رفتاری مشتق شده و از مؤلفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمانی روانشناختی بشمار می‌رود (مک‌کارنی، شولز و گری، ۲۰۱۲). تمام تمرین‌های موجود در ذهن‌آگاهی به نحوی طراحی شده‌اند که توجه به بدن را افزایش می‌دهند. نقش مهم بدن در حیطه‌های بین‌رشته‌ای جدید همچون پزشکی ذهن-بدن هم به اثبات رسیده است. ذهن‌آگاهی با ایجاد عقاید خاص خود در آزمودنیها بر میزان دلسوزی خود<sup>۲</sup>، افکار تکراری (نشخوار ذهنی و نگرانی) مهارت‌های مقابله‌ای و باورهای افراد تاثیر گذاشته و از این طریق میزان اضطراب افراد را کاهش می‌دهد (ون دام، هابکایرک، شپرد، آندریوس، ارلی واین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

از دلایل دیگر موثر بودن این مداخله می‌توان به نحوه نشستن آزمودنیها به صورت دایره وار و رودرروی یکدیگر اشاره کرد که بر ابراز هیجانها و پذیرش آنها تاکید می‌شود. یالوم (۱۹۸۰)؛ به نقل از کارآموزیان، عسکریان و دره کردی، (۱۳۹۴) معتقد است گروه ویژگیهایی دارد که نمی‌توان آن را به سادگی با سایر مداخله‌های روانشناختی پیوند داد. او معتقد است گروه این فرصت را در اختیار اعضای خود قرار می‌دهد تا با افرادی آشنا شوند که در بعضی زمینه‌ها وضعیت بدتر و در حیطه‌های دیگر بهتر هستند. همه اینها فرصتی بی‌نظیر فراهم می‌کند تا افراد از طریق تعامل مستقیم با یکدیگر تصویر واقع بینانه تری از شرایط خود بدست آورند.

### نتیجه‌گیری

در پژوهش این نتیجه به دست آمد که ذهن‌آگاهی مبتنی بر طرحواره‌های معنوی-اسلامی در کاهش اضطراب و

افسردگی زنان باردار مؤثرست. بنابراین یک دوره ذهن‌آگاهی که آموزش‌های ذهن‌آگاهی و مهارت‌های مقابله را با اطلاعات مربوط به بارداری، تولد کودک و نگرانی‌های والدین ترکیب کرده باشد، می‌تواند وضعیت سلامت مادران را ارتقا دهد. برای پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود این پژوهش با بررسی سایر شاخص‌های روانشناختی از جمله استرس، خشم، کیفیت زندگی و رفتارهای خودمدیریتی و نیز در مقایسه با درمان‌های روانشناختی دیگر همچون آموزش مهارت‌های حل مسئله و آموزش مدیریت استرس تکرار و با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش‌ها، ذهن‌آگاهی مبتنی بر طرحواره‌های معنوی-اسلامی در برنامه‌های درمانی زنان باردار گنجانده شود.

### منابع

اکبری، حبیب‌الله؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ کرمی، ابوالفضل؛ دلاور، علی. (۱۳۹۲). تدوین پروتکل درمانی براساس ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی - اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان پرده‌اشی - تجربه‌ای /هیجان مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۴(۱۴): ۱-۲۲.

بذرافشان، م. ر و محمودی راد، ع. (۱۳۸۹). تأثیر اضطراب زنان باردار بر آپگار و وزن نوزادان در هنگام تولد. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان. ۱۷(۱۳): ۵۸-۶۲.

دره شوری محمدی، زینب؛ بساک نژاد، سودابه؛ سروقد، سیروس (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس با رویکرد گروه درمانی شناختی رفتاری بر روی اضطراب حالت/صفت، اضطراب بارداری و سلامت روان

<sup>1</sup> Mc Carney, schulz & Grey

<sup>2</sup> Self- compassion

<sup>3</sup> Van Dam, Hobkirk, Sheppard, Andrews, Earleywine

- Coussons-Read, M. E. (2012). Stress and immunity in pregnancy. In S. C. Segerstrom (Ed.), *The Oxford handbook of psychoneuroimmunology* (pp. 3–17). New York, NY: Oxford University Press.
- Creswell, J. D., Myers, H. F., Cole, S. W., & Irwin, M. R. (2009). Mindfulness meditation training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults: A small randomized controlled trial. *Brain Behavior and Immunity*, 23, 184–188.
- Da Costa, D., Dritsa, M., Larouche, J., & Brender, W. (2000). Psychosocial predictors of labor/delivery complications and infant birth weight: a prospective multivariate study. *Journal of Psychosom Obstet Gynaecol*, 21:137–48.
- Dayan, J., Creveuil, C., Herlicoviez, M., Herbel, C., Baranger, E., Savoye, C. (2002). Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am Journal of Epidemiol*, 155:293–301.
- DiPietro, J. A., Kivlighan, K. T., Costigan, K. A., Rubin, S. E., Shiffler, D. E., Henderson, J. L., & Pillion, J. P. (2010). Prenatal antecedents of newborn neurological maturation. *Journal of Child Development*, 81, 115–130.
- Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, 62, 531–558.
- Dunkel Schetter, C., & Glynn, L. M. (2011). Stress in pregnancy: Empirical evidence and theoretical issues to guide interdisciplinary research. In R. Contrada & A. Baum (Eds.), *Handbook of stress* (pp. 321–343). New York, NY: Springer.
- Dunkel Schetter, C., & Lobel, M. (2012). Pregnancy and birth: A multilevel analysis of stress and birth weight. In T. A. Revenson, A. Baum, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (2nd ed., pp. 427–453). London: Psychology Press.
- Janowski K., & tucjan, P. (2012). Worry and mindfulness: the role in anxiety and depressive symptoms. *Journal of European Psychiatry* (Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry), 27(Supplement 1), P-133 : Pages 1.
- Jesse, D. E., Schoneboom, C., & Blanchard, A. (2007). The Effect of Faith or Spirituality in Pregnancy. *Journal of Holist Nurse*, 25 (3): 151-158.
- Kramer, M. S., Lydon, J., Seguin, L., Goulet, L., Kahn, S. R., McNamara, H., Platt, R. W. (2009). Stress pathways to spontaneous preterm birth: The role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *American Journal of Epidemiology*, 169, 1319–1326.
- Littleton, H. L., Breitkopf, C. R., & Berenson, A.B. (2007). Correlates of anxiety symptoms during
- زنان نخست زا. فصلنامه علمی پژوهشی جنتاشاپیر، ۳ (۴): ۴۹۵–۵۰۴.
- علی پور، زهرا؛ لمیعیان، می نور و حاجی زاده، ابراهیم. (۱۳۹۰). اضطراب در بارداری: عامل خطری برای پیامدهای جسمانی نوزادان؟. *دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۹ (۱): ۳۸–۳۰.
- کارآموزیان، مهسا؛ عسکری زاده، قاسم و دره کردی، علی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی مدیریت تنیدگی بر اضطراب دوران بارداری و پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان. *مجله روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۱ (۴۳): ۲۷۱–۲۵۹.
- متولی باشی ناینی، افسانه؛ سجادیان، ایلناز؛ بشارت، محمد علی. (۱۳۹۵). مقایسه ی ذهن آگاهی و خودتنظیم گری در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و عادی شهر تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱۹: ۷۲–۸۷.
- ولیدی پاک، آذر؛ خالدی، شادیه؛ معینی منش، کیومرث. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خوش بینی در زنان باردار دیابتی. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱۴: ۷۸–۶۱.
- Alderdice, F., & Lynn, F. (2011). Factor structure of the prenatal distress Questionnaire. *Journal of Midwifery*, 27(4):553-9.
- Beddoe, A. E., & Lee, K. A. (2008). Mind-body interventions during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37, 165–175.
- Bloomfield, F. H. (2011). Epigenetic modifications may play a role in the developmental consequences of early life events. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 3, 348–355.
- Bruckner, T. A., Catalano, R., & Ahern, J. (2010). Male fetal loss in the US following the terrorist attacks of September 11, 2001. *BMC Public Health*, 10, 273.

and the Treatment of Depression. *Journal of Mindfulness*, 3(3): 190-199.

O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M. Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioral/emotional problems at 4 years. Report from the Avon longitudinal study of parents and children. *British journal of Psychiatry*, 180:502-8.

Potek, R. (2012). Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation Ph.D., NEW YORK UNIVERSITY, 184 pages; 3493866

Roemer & Orsillo (2009). Mindfulness and Acceptance based Behavioral therapies in practice, Guilford publications, USA.

Susman, E. J., Schmeelk, K.H., Ponirakis, A., & Garipey, J. L. (2001). Maternal prenatal, postpartum, and concurrent stressors and temperament in 3- year-olds: a person and variable analysis. *Journal of Developmental Psychopathology*, 13:629-52.

Talge, N. M., Neal, C., Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 48:245-61.

VandenBergh, B. R. H., Mulder, E. J. H., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Journal of Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 237-258.

Van Dam, N. T., Hobkirk, A. L., Sheppard, S. C., Andrews, R. A., & Earleywine, M. (2014). How Does Mindfulness Reduce Anxiety, Depression, and Stress? An Exploratory Examination of Change Processes in Wait-List Controlled Mindfulness Meditation Training. *Journal of Mindfulness*, 5:574-588.

Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., & Garite, T. J. (2001). The neurobiology of stress in human pregnancy: implications for prematurity and development of the fetal central nervous system. *Journal of Prog Brain Res*, 133:131-42.

pregnancy and association with perinatal outcomes: A metaanalysis. *American Journal of Obstet Gynecol*, 196:424-32.

Luecken, L. J., Purdom, C. L., & Howe, R. (2009). Prenatal care initiation in low-income Hispanic women: Risk and protective factors. *American Journal of Health Behavior*, 33, 264-275.

McCarney R.W., Schulz J. & Grey A.R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counseling*, 14(3): 279-299.

Michalak J., Burg J., Heidenreich T. (2012). Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment,