

«زن و مطالعات خانواده»

سال دوازدهم - شماره چهارم و نهم - پاییز ۱۳۹۹

ص: ۱۰۷-۱۲۴

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۹/۵/۲۹

پیش بینی اضطراب بارداری بر اساس باورهای فراشناختی و سلامت روانشناختی در زنان باردار شهر تبریز

فریده نصیری کناری^۱

مهدی رهنورد بخشایش^۲

مرتضی عزیزی^۳

چکیده

تحقیق حاضر با هدف پیش بینی اضطراب بارداری بر اساس باورهای فراشناختی و سلامت روانشناختی در زنان باردار انجام شد. طرح تحقیق در چهارچوب طرح های توصیفی از نوع همبستگی قرار دارد. با توجه به طرح تحقیق و جامعه آماری، ۱۰۰ زن باردار با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در فرآیند گردآوری داده ها، پرسشنامه سلامت عمومی کلیبرگ، اضطراب بک و باورهای فراشناختی ولز استفاده گردید. با استفاده از روش تجزیه و تحلیل آماری پیرسون و رگرسیون چندگانه ($p < 0/05$)، نتایج نشانگر رابطه معنادار مثبت بین سلامت روانشناختی و اضطراب بارداری؛ باورهای فراشناختی و اضطراب بارداری بود. همچنین، در خصوص فرضیه ی اصلی تحقیق، یافته ها نشان داد ترکیب متغیرهای سلامت روانشناختی و باورهای فراشناختی بطور معنی داری توانستند اضطراب بارداری را تبیین کنند؛ بر این اساس، نتایج پژوهش حاضر می تواند در راستای ارتقای دانش علمی و کاربردی برای متخصصان زنان زایمان و روانشناسان، اطلاعات مفیدی را فراهم آورد.

کلید واژه ها: اضطراب بارداری، باورهای فراشناختی، سلامت روانشناختی.

۱. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران
۲. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سراب، سراب، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

پرواضح است که بارداری نوعی تجربه ی جدید، زیبا و البته نا آشنا برای بسیاری از زنان به شمار می رود. در فرآیند این نوع تجربه ی نا آشنا، زنان به دلایل گوناگون با نوعی اضطراب که نتیجه ی موقعیت های غیرآشنا و تهدید کننده است، مواجه هستند. اگرچه در بررسی های بالینی و روانشناختی، تجربه ی اضطراب در اکثر بیماری های روانی بچشم می خورد؛ ولی تجربه آن در هر دوران، مخصوصاً در دوران بارداری بسیار با اهمیت است. اگرچه آمار دقیقی در دست نمی باشد؛ ولی بر اساس تحقیق های انجام شده، شیوع اختلالات اضطرابی در دوران بارداری، بالاتر از ۳۰ درصد گزارش شده است (بونویسیوس و سیسنایت^۱، ۲۰۰۷). در ایران نیز، شیوع اختلالات اضطرابی در بارداری بالا و به ۶۴ درصد می رسد (شاه حسینی، عابدیان و عظیمی، ۲۰۰۸).

ادبیات مربوط نشان از این امر دارد که دایره ی تجربه ی اضطراب چنان وسیع می باشد که می تواند از نگرانی های بی دلیل تا آشفتگی های درونی را شامل گردد؛ تجربه ای که در نهایت می تواند بطور معنی داری سلامت و تعادل روانی فرد را مختل سازد (احمدی و بنی جمال، ۱۹۹۶). ناگفته پیداست که تجربه ی اضطراب در دوران بارداری می تواند با نابسامانی و فروریختگی های روانی و رفتاری هم برای مادر و هم جنین و یا نوزاد همراه باشد. متخصصان بر این باورند که اضطراب بارداری عامل نیرومندی در پیش بینی پیامدهای منفی هنگام تولد و نوزاد است (هیدی^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). این امر در تحقیق های اخیرتر با رویکردهای جدید نیز به چشم می خورد. به عنوان مثال، نتایج پژوهش های مدل های ایمنی شناسی مغز و اعصاب نشان داده است که تنیدگی دوره ی بارداری، بهداشت روانی مادر و رشد جنین را تحت تاثیر قرار می دهد و می تواند منجر به تولد زودرس نوزاد شود (کریستین^۳، ۲۰۱۲). همچنین، پژوهش ها حاکی از آن است که اضطراب بارداری و زایمان می تواند در ابتلای کودک به اختلال های عاطفی (اُکان^۴، ۲۰۰۰)، ابتلا به درخود ماندگی (کینی^۵ و همکاران، ۲۰۰۸)، فزون کنشی (وندنبرگ^۶ و همکاران، ۲۰۰۵) و تنگی تنفسی در دوره ی نوزادی (کوکسان^۷ و همکاران، ۲۰۰۹) نقش داشته باشد. بعلاوه، متخصصان به رابطه ی مستقیم بین اضطراب مادر و ناهنجاری های تحول مغز جنین (اُکانر^۸ و همکاران، ۲۰۰۲) و پریشانی جنین (بحقوانانی^۹ و همکاران، ۱۹۹۷) توجه نموده اند؛ بطوریکه این اضطراب در نهایت

-
1. Bunevicius & Cesnaite
 2. Heidi
 3. Christian
 4. Okeane
 5. Kinney
 6. Vandenberg
 7. Cookson
 8. O'Connor
 9. Bhagwanani

می تواند با کاهش تکامل ذهن در دو سالگی همراه باشد (سلچانی^۱، ۲۰۰۳). از طرفی، به اعتقاد اکانر و همکاران (اکانرو همکاران، ۲۰۰۵)، اضطراب قبل از زایمان مادر در بدخوابی نوزادان نیز تاثیر منفی دارد. بعلاوه، اضطراب در بارداری باعث ایجاد عوارض مختلف و جبران ناپذیر تهوع و استفراغ شدید در اوایل بارداری، بروز مسمومیت بارداری، محدودیت رشد جنین، شکاف کام، لب شکری و حتی افزایش میزان زایمان زودرس، مرده زایی و مرگ نوزاد می شود (بحری بیناباج^۲، ۲۰۰۱؛ برورز، ون بار و پاپ^۳، ۲۰۰۱). برخی محققین نیز بر وجه روانشناختی این نوع تجربه ی منفی اشاره دارند. به اعتقاد این متخصصان، اضطراب شدید در دوران بارداری بر ارتباط مادر و نوزاد لطمه وارد کرده و توانایی مادر را در ایفای نقش مادری کاهش می دهد (کت - آرسنالت و مه لانگو^۴، ۱۹۹۹ و آرمسترونگ و هوتی^۵، ۱۹۹۸). فرلند^۶ و همکاران (۲۰۱۱)، نیز، به این نکته ی مهم در بهداشت روانی دوران بارداری تاکید دارند که ریشه دل بستگی ضعیف والد - کودک به هنگام افسردگی پس از زایمان، در چگونگی سیر دوره ی بارداری نهفته است. بعلاوه، سطوح بالای اضطراب در طول بارداری نه تنها باعث افزایش خطر افسردگی، اضطراب و کاهش تولید و ترشح شیر مادر در طول دوره ی نفاس شده، بلکه در نوزاد نیز منجر به تحریک پذیری، گریه بیشتر، وضعیت ناپایدارتر و حتی کاهش رشد ذهنی کودک در سن دو سالگی می شود (بحری بیناباج، ۲۰۰۱؛ برورز، ون بار و پاپ، ۲۰۰۱).

از آنجا که اضطراب و نگرانی مادر باردار، فرآیندی برای مقابله با فشار روانی در طی مراحل مختلف بارداری است، توجه به سلامت روانی مادر و جنین مورد توجه بسیاری از محققان بهداشت روان قرار گرفته است (باستانی و همکاران، ۲۰۰۵؛ یوریزر و مونوز^۷، ۲۰۱۱). با پررنگ تر شدن عواقب جسمانی و روانی این نوع اضطراب، متخصصان امر در جستجوی مسیرهای احتمالی برای بهبود و ارتقای سلامت روانی این گروه آسیب پذیر بوده اند. در بررسی ادبیات مربوط به رویارویی با این نوع مشکلات روانی، روانشناسی با نوعی دیدگاه جدید روبه رو است. در قرن بیست و یکم روانشناسی متوجه این امر شده است که انسان باید انرژی عقلانی خود را صرف جنبه های مثبت تجربه اش کند (سلیگمن^۸، ۲۰۰۰). یکی از مفاهیم اساسی دنیای پیچیده انسان مفهوم سلامتی است. سلامت روانشناختی به عنوان یکی از این جنبه های مثبت به شمار می رود. سازمان بهداشت جهانی سلامتی را حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی می داند (باباپور خیرالدین و همکاران، ۲۰۰۳). در تعریف دیگر دان (به نقل از

-
1. Solchany
 2. Bahribinabaj
 3. Brouwers, Van Baar & Pop
 4. Cote-Arsenault & Mahlangu
 5. Armstrong & Hutti
 6. Farland
 7. Urizar & Munoz
 8. Seligman

ادلین^۱ و همکاران، ۱۹۹۹) سلامتی را یک روش کنش وری وحدت یافته می داند که هدفش به حداکثر رساندن توان فرد است (اراسموس^۲، ۱۹۹۷). در دیدگاه روانکاو پیوستار سلامت و بیماری بر اساس سطوح ناهشیاری قابل تحلیل است. روانکاوان در جریان واکاوی سلامت روانشناختی بر نقش تعارض های درون فردی از جمله تکانه ها، اضطراب ها و دفاع های ناخودآگاه تاکید دارند. در دیدگاه انسانگرایی بر عکس روانکاو سلامت روان تنها در محدوده انسان های به غایت سالم مطالعه شده است. بنابراین سلامت روانشناختی به معنای ارتقاء دادن جنبه های مثبت در انسان ها است. در دیدگاه شناختی نیز همانند انسان گرایان بر جنبه های مثبت انسانی در سلامت روان تاکید شده است. در مدل سلامت روانشناختی که در سال های ۱۹۷۰ متولد شد بطور تصریحی بر نقش جنبه های زیستی، روانشناختی و اجتماعی در موضوع سلامت روان و یا نابهنجاری تاکید گردیده است. در همین ارتباط جورج اینگلندر سال ۱۹۷۷ مدعی گردید که سلامت و بیماری نتیجه دخالت همزمان عوامل بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی است (جاگر^۳، ۲۰۰۱) در دیدگاه روانشناسی مثبت نگر معتقدند که بهزیستی و اختلال روانی را نباید دو سوی یک پیوستار دانست. آنان در همین زمینه معتقدند که بهزیستی می تواند عاملی محافظتی در برابر اختلال روانی و شرطی برای دستیابی به سلامت روانشناختی باشد (سایپینگتون، ۲۰۰۱). همچنین سلامت روانشناختی متأثر از عوامل مختلفی است که این عوامل می توانند به صورت مستقیم یا غیر مستقیم، به صورت مثبت یا منفی بر آن اثر بگذارند. (هاریگوپال^۴، ۱۹۹۵).

فلاول نخستین کسی بود که در سال ۱۹۷۹ اصطلاح فراشناخت را مطرح کرد. به نظر فلاول^۵ (۱۹۷۹ و ۱۹۸۷)، فراشناخت هم شامل فرآیندهای شناختی و هم شامل تجارب یا تنظیم شناختی است. دانش فراشناختی به اکتساب دانش پیرامون فرآیندهای شناختی و دانش درباره ی نحوه ی استفاده از فرآیندهای کنترل شناختی اشاره دارد (وست وود، ۱۹۹۳، به نقل از لوینگ استون^۶، ۱۹۹۷). فلاول (۱۹۹۷) فراشناخت را به عنوان آگاهی از اینکه فرد چگونه یاد می گیرد، آگاهی از چگونگی استفاده از اطلاعات موجود برای رسیدن به یک هدف، توانایی قضاوت درباره فرآیندهای شناختی در یک تکلیف خاص، آگاهی از اینکه چه راهبردهایی را برای چه هدف هایی مورد استفاده قرار دهد و ارزیابی پیشرفت خود در حین عملکرد تعریف کرده است (فلاول و میلر^۷، ۱۹۹۸). اصطلاح فراشناخت به دانش درباره ی فرآیندهای شناختی و چگونگی استفاده ی بهینه از آنها برای رسیدن به اهداف یادگیری گفته می شود (بایلرو اسنومن، ۱۹۳۳؛ به نقل از

-
1. Edlin
 2. Erasmus
 3. Jagger
 4. Harigopal
 5. Flavell
 6. Livingston
 7. Flavell & Miller

زوهار^۱، ۱۹۹۹). فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم در برگیرنده ی دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی می کنند (ولز^۲، ۲۰۰۰). اغلب نظریه پردازان بین دو جنبه از فراشناخت، یعنی باورهای فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز قایل شده اند (ولز، ۲۰۰۰؛ فلاول، ۱۹۷۹). دانش فراشناختی، اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خود و راهبردهای یادگیری دارند که این راهبردها بر آن ها اثر می گذارد. نظارت فراشناختی به دامنه ای از کارکردهای اجرایی نظیر توجه، کنترل، برنامه ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد (ولز، ۲۰۰۰).

فلاول درباره دانش فراشناختی به سه مولفه اشاره کرده است: ۱- اطلاع فرد از نظام شناختی خود؛ اطلاع از توانایی های حافظه و برآورد درست این توانایی ها می تواند به فرد در اکتساب، نگهداری و استفاده درست از آنچه یاد گرفته است، کمک کند (سوانسون^۳، ۱۹۹۰). ۲- اطلاع فرد از تکلیف: اطلاع فرد از تکلیف شامل دانش درباره ی ماهیت تکلیف، نوع، کیفیت و چگونگی تکلیفی است که قرار است فرد با آن درگیر شود. (کار، جویس و اسپوان فلوگل^۴، ۱۹۹۶). ۳- اطلاع فرد از راهبردها: این مولفه به آگاهی از راهبردهای شناختی و فراشناختی و اینکه فرد بداند چه وقت و کجا، از چه راهبردی می تواند استفاده کند، اشاره دارد. (کدیور، ۲۰۰۴). مطالعات اخیر نشان می دهد باورهای فراشناختی پیش بینی کننده ی احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی هستند (ساعد، پور احسان و اکبری، ۲۰۱۱؛ یلماز، جنکاس و ولز^۵، ۲۰۱۱). در واقع بین باورهای فراشناختی و علایم افسردگی، اضطراب و افسردگی رابطه ی معنادار وجود دارد (پورنامداریان، ۲۰۱۲).

بر این اساس، قابل ذکر است که تجربه ی اضطراب در دوران بارداری، موضوعی است بین رشته ای، که توجه به آن می تواند اطلاعات مفید به فایده ای را برای هر دو گروه متخصصان زنان زایمان و روانشناسان در پی داشته باشد. یکی از دلایل این اهمیت، به تاثیر این نوع تجربه ی منفی در سلامت جسمانی و روانی زنان باردار مربوط می باشد همچنین، اهمیت پرداختن به سلامت روانشناختی در موقعیت های هیجانی، شناختی و اجتماعی و باورهای فراشناختی در مطالعات گوناگون نشان داده شده است. بنابراین، با توجه به این امر که مادران باردار به علت شرایط نا آشنا و خطیری که تجربه می کنند؛ در معرض اضطراب و استرس بالاتری قرار دارند؛ شناخت عوامل و متغیرهای درگیر در این دوران می تواند برای متخصصان امر بسیار راه گشا باشد. همچنین، همان طور که مطرح شد، متغیرهای روانشناسی مثبت در نگاه های رایج درمانی و آموزشی نقش مهمی را ایفا می کنند؛ ولی به نظر می رسد که اهمیت این سازه ها در دنیای آسیب پذیر زنان باردار در حاله ای از ابهام قرار دارد؛ ابهامی که به تعداد بسیار اندک پژوهش

-
1. Zohar
 2. Wells
 3. Swanson
 4. Carr, Joyce & Schwanenflugel
 5. Yilmaz, Gencoze & Wells

ها در این حوزه مربوط می باشد. لذا، با توجه به اهمیت بالای تجربه ی اضطراب در چگونه سپری کردن دوران خطیر بارداری و تاثیر این نوع هیجان منفی در سلامت مادران و جنین آنها، انجام پژوهش هایی در این حوزه می تواند بر آگاهی متخصصان امر بیافزاید. این امر میسر نخواهد شد مگر به واسطه ی انجام تحقیق هایی که بتواند متغیرهای درگیر با این نوع تجربه ی منفی را مورد بررسی قرار دهد. بر این اساس، با عنایت به این امر که تحقیق های اندکی در حوزه ی مسایل روانشناختی زنان باردار انجام گرفته است؛ تحقیق حاضر بر آن است تا به بررسی رابطه ی اضطراب بارداری با متغیرهای باورهای فراشناختی و سلامت روانشناختی زنان باردار بپردازد. و فرضیه هایی که مورد بررسی قرار می گیرند عبارتند از: ۱- بین باورهای فراشناختی و اضطراب بارداری زنان باردار شهر تبریز رابطه وجود دارد. ۲- بین سلامت روانشناختی و اضطراب بارداری زنان باردار شهر تبریز رابطه وجود دارد. ۳- باورهای فراشناختی و سلامت روانشناختی می تواند اضطراب بارداری زنان باردار شهر تبریز را پیش بینی نماید.

مواد و روشها

پژوهش حاضر بر پایه ی تحقیق های توصیفی از نوع همبستگی استوار می باشد؛ چراکه به بررسی روابط بین متغیرهای باورهای فراشناختی و سلامت روانشناختی (متغیرهای پیش بین) با اضطراب بارداری (متغیر ملاک) در زنان باردار شهر تبریز پرداخته است. جامعه پژوهش حاضر کلیه ی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز پزشکی زنان زایمان شهر تبریز بود. بر اساس اطلاعات کسب شده در طی انجام این پژوهش حدود ۱۲۰۰۰ زن باردار به این مراکز جهت دریافت خدمات مراجعه کردند که همگی دارای پرونده ی پزشکی بودند. بر اساس دستورالعمل پیشنهادی آنوگبوزی و کالینز (۲۰۰۷)، حجم نمونه در مطالعات ای همبستگی با فرضیه دو طرفه حداقل ۸۲ شرکت کننده برای اندازه اثر متوسط با توان آماری ۰/۸۰ و سطح معنی داری ۰/۰۵ پیشنهاد شده است. بر این اساس، و برای بالا بردن روایی بیرونی، تعداد ۱۰۰ نفر به عنوان نمونه تحقیق حاضر از دو بیمارستان امام علی و شهرداری تبریز به روش در دسترس انتخاب شدند. بعلاوه، از آنجایی که امکان دسترسی به تک تک اعضای جامعه وجود نداشت (زنان باردار در زمان های مشخص و براساس برنامه برای دریافت خدمات به مرکز مراجعه نمی کردند)؛ لذا از نمونه گیری در دسترس برای انتخاب نمونه تحقیق استفاده شد. و برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد. پرسشنامه فراشناخت ولز (MCQ-30): یک مقیاس ۳۰ گویه ای خود گزارشی است که باورهای افراد درباره ی تفکراتشان را می سنجد. پاسخ ها در این مقیاس بر اساس مقیاس چهار درجه ای لیکرت (۱- موافق نیستم تا ۴- خیلی زیاد موافقم) محاسبه می شود. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس ۱- کنترل ناپذیری و خطر افکار که روی غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی ها تاکید می کند. ۲- باورهای مثبت درباره ی نگرانی. ۳- وقوف شناختی. ۴- اطمینان شناختی و ۵- نیاز به کنترل افکار است. این پرسشنامه توسط کارترایت - هاتن و ولز در ۱۹۹۷ ساخته شده است و توسط شیرین زاده برای جمعیت ایرانی ترجمه و آماده شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است

و برای خرده مقیاسهای کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است (تقوی، ۲۰۰۱). پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) ساخته شد و یک پرسشنامه سرندی، مبتنی بر خود گزارش دهی است که در مجموعه های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می گیرد (استورا^۱، ۱۹۹۸). در این پژوهش از فرم ۲۸ سوالی آن استفاده شده است که نمره گذاری آن با استفاده از مقیاس لیکرت ۴ درجه ای (۰ = اصلاً ای = ۳ = به مراتب بیشتر از حد معمول) صورت می گیرد. نوربالا و همکاران (۱۳۷۸). همسانی درونی زیر مقیاس های GHQ را با استفاده از آلفای کرونباخ برای علایم جسمانی ۰/۸۵، علایم اضطراب و بیخوابی ۰/۸۷، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹، علایم افسردگی و خیم ۰/۹۱ و برای کل مقیاس که نشان دهنده سلامت عمومی است ۰/۸۳ بیان کرده است.

پرسشنامه اضطراب بک^۲: توسط آرون تی بک و همکارانش در سال ۱۹۸۸ ساخته شد (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که علایم اضطراب را فهرست کرده است و بیشتر به چک لیست شباهت دارد. پرسشنامه اضطراب بک برای اندازه گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است و هر یک از ماده های آن یکی از علایم شایع اضطراب یعنی علایم ذهنی، علایم بدنی و هراس را می سنجد (فتحی آشتیانی، ۲۰۰۹). پایایی آزمون - بازآزمون پرسشنامه پس از یک هفته ۰/۷۵ محاسبه گردید. روایی همگرای این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتون (HDRS) ۰/۵۱ به دست آمد که میزان متوسطی است. در نمونه ایرانی نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۲، آزمون دو نیمه سازی اسپیرمن ۰/۹۵ و پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۷۷ برای این پرسشنامه گزارش شده است. همچنین، ضریب پایایی این مقیاس در نمونه ی مورد تحقیق بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ بدست آمد

در راستای انجام تحقیق حاضر، در گام اول محقق به مرکز پزشکی زنان زایمان بیمارستان امام علی و بیمارستان شهریار مراجعه کرد و مراحل ابتدایی کار با یکی از متخصصان زنان زایمان آن مرکز مطرح شد. در گام دوم بعد از مشخص شدن تعداد افراد مراجعه کننده به مراکز جهت اخذ خدمات بارداری، تعداد ۱۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس برای انجام تحقیق حاضر انتخاب شدند. در گام سوم هر سه پرسشنامه با جلب رضایت نمونه ها در بین آن ها پخش شد و از آن ها خواسته شد با دقت پرسشنامه ها را بخوانند و به سوالات جواب دهند. در گام چهارم تمامی پرسشنامه ها به صورت کامل از سوی مراجعان پر شد و هیچگونه پرسشنامه مخدوش یا خالی وجود نداشت. در آخر پرسشنامه ها بعد از تکمیل شدن با استفاده از نرم افزار SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

1. Estoura
2. Beck

یافته ها

به منظور آزمون فرضیات این تحقیق آمار استنباطی پیرسون و رگرسیون چندگانه برای پژوهش کنونی متناسب در نظر گرفته شد. نخست پیش فرض های نرمال بودن توزیع داده ها و هم خطی چندگانه برای رگرسیون چندگانه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بدست آمده از تحلیل شاخص های چولگی و کشیدگی نشان داد که توزیع نمرات متغیرها (باورهای فراشناختی، سلامت روانشناختی و اضطراب بارداری)، در یک بازه قابل قبول چولگی و کشیدگی یعنی -1 الی $+1$ قرار دارند. بنابراین، پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها برای متغیرهای فوق الذکر مفروض گردید. تشخیص هم خطی چندگانه نشان داد که برای ارتباط خطی بین باورهای فراشناختی و سلامت روانشناختی با اضطراب بارداری هم شاخص تلرانس (Tolerance) و هم عامل تورم واریانس (VIF) به ترتیب بیشتر از $0/10$ و کمتر از 10 بود. این نتایج حاکی از عدم وجود ارتباط هم خطی بین باورهای فراشناختی و سلامت روانشناختی با اضطراب بارداری بود. همچنین براساس نتایج به دست آمده از آمار توصیفی، بیشترین و کمترین نمره و میانگین نمرات برای متغیر باورهای فراشناختی (37 ، 71 و $49/19$)، برای متغیر سلامت روانشناختی (28 ، 87 و $51/32$) و برای متغیر اضطراب بارداری (7 ، 51 و $18/32$) می باشد.

جدول ۱. نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای باورهای فراشناختی و اضطراب بارداری

متغیر	باورهای فراشناختی
ضریب پیرسون	$0/354^{**}$
اضطراب بارداری	$0/000$
تعداد	۱۰۰

در فرضیه ی اول مبنی بر اینکه "بین باورهای فراشناختی و اضطراب بارداری زنان باردار شهر تبریز رابطه وجود دارد؛ نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که شاخص همبستگی به دست آمده برابر است با ($r = 0/35$) که در سطح آلفای $0/05$ معنی دار می باشد. بنابراین با رد فرض صفر؛ فرض تحقیق مورد تایید قرار می گیرد.

جدول ۲. نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای سلامت روانشناختی با اضطراب بارداری

متغیر	سلامت روانشناختی
ضریب پیرسون	$0/433^{**}$
اضطراب بارداری	$0/000$
تعداد	۱۰۰

در فرضیه ی دوم مبنی بر اینکه "بین سلامت روانشناختی و اضطراب بارداری زنان باردار شهر تبریز رابطه وجود دارد"; نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که شاخص همبستگی به دست آمده برابر است با ($r = 0/43$) که در سطح آلفای $0/05$ معنی دار می باشد. بنابراین، با رد فرض صفر، فرض تحقیق تایید می شود.

جدول ۳. تحلیل رگرسیون نمرات متغیر اضطراب بارداری بر

نمرات باورهای فراشناختی و سلامت روانشناختی

مدل رگرسیون	R	مجذور R	مجذور R اصلاح شده	خطای معیار تخمین	F	P
کلی	0/492	0/242	0/226	7/08	15/469	0/000

در فرضیه ی سوم (اصلی) تحقیق حاضر که بیان می کرد "باورهای فراشناختی و سلامت روانشناختی می تواند اضطراب بارداری زنان باردار شهر تبریز را پیش بینی نماید"; مقدار مجذور R برابر است با $0/242$ که نشان دهنده ی میزان واریانس تبیین شده توسط مدل پیشنهادی می باشد. مقدار مجذور R حاکی از آن است که حدود ۲۴ درصد واریانس در متغیر اضطراب بارداری به علت متغیرهای پیش بین باورهای فراشناختی و سلامت روانشناختی می باشد.

با توجه به معنی داری رگرسیون ($F=15/469; p=0/000$)، فرضیه سوم تحقیق مورد تایید قرار گرفت.

جدول ۴. ضریب استاندارد شده ی رگرسیون برای اضطراب بارداری

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		t	سطح معناداری*
	B	خطای معیار	بتا	خطای معیار		
(ثابت)	-۳/۹۸	۴/۳۸			-۰/۹۰	0/366
سلامت روانشناختی	0/217	0/056	0/35	0/056	3/85	0/000
باورهای فراشناختی	0/217	0/086	0/24	0/086	2/65	0/009

* سطح معناداری $< 0/05$

همانطوریکه در جدول بالا آمده، ضریب استاندارد شده ی رگرسیون برای سلامت روانشناختی برابر $0/35 = \beta$ و معنی دار می باشد ($t=3/85; p=0/000$). و همچنین، ضریب استاندارد شده ی رگرسیون برای باورهای فراشناختی برابر $0/24 = \beta$ و معنی دار می باشد ($t=2/65; p=0/009$). بدین سان، سلامت روانشناختی (۳۵ درصد) در مقایسه با باورهای فراشناختی (۲۴ درصد)، پیش بین بهتری برای اضطراب بارداری است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اثرات منفی جسمانی و روانی اضطراب در دوران بارداری، متخصصان در پی یافتن متغیرهای درگیر در تجربه ی این نوع اضطراب می باشند. در تحقیق حاضر که به این منظور انجام گرفته بود، رابطه ی بین باورهای فراشناختی و سلامت روانشناختی با اضطراب بارداری مورد بررسی قرار گرفت؛ و نتایج حاکی از وجود رابطه ی هر دو متغیر پیش بین بطور جداگانه با اضطراب بارداری بود. و در مدل بررسی شده، هر دو متغیر قادر به پیش بینی متغیر ملاک بودند که سهم سلامت روانشناختی به مراتب بیشتر از باورهای فراشناختی می باشد. در خصوص مقایسه ی نتایج تحقیق حاضر با یافته های دیگر پژوهش های مرتبط، یافته ی اول تحقیق (بین باورهای فراشناختی و اضطراب بارداری رابطه وجود دارد)؛ با نتایج پژوهش های همچون اسلامی و علیوندی وفا (۲۰۱۶)؛ انج ۱ و همکاران (۲۰۰۵)؛ انهاری و همکاران (۲۰۱۶)؛ داوری (۲۰۰۷)؛ حکیم جواد و همکاران (۲۰۱۱)؛ پورنامداریان و همکاران (۲۰۱۱)؛ پورنامداریان (۲۰۱۲) و صالحی و همکاران (۲۰۱۵) همسو می باشد. همچنین یافته دوم تحقیق (بین سلامت روانشناختی و اضطراب بارداری رابطه وجود دارد)؛ با نتایج پژوهش های همچون قاسمی و همکاران (۲۰۱۱)؛ والرث ۲ (۲۰۰۶)؛ پاویترا، چاندراشینکار و چادوری ۳ (۲۰۰۷)؛ گوپتا، بخشی، دوگرا و کومار ۴ (۲۰۰۹)؛ خسروانی (۲۰۰۵) و ابراهیمی (۲۰۰۵) همسو می باشد. همین طور یافته سوم تحقیق (باورهای فراشناختی و سلامت روانشناختی می تواند اضطراب بارداری را پیش بینی نماید)، با نتایج پژوهش های همچون محمد امینی (۲۰۰۷)؛ عاشوری و همکاران (۲۰۰۹)؛ حکیم جواد و همکاران (۲۰۱۱)؛ پیرخالقی (۲۰۱۲)؛ پورنامداریان و همکاران (۲۰۱۱)؛ پورنامداریان (۲۰۱۲)؛ ساعد، پور احسان و اکبری (۲۰۱۱)؛ یلماز، جنکاس و ولز، (۲۰۱۱) و صالحی و همکاران (۲۰۱۵) همسو می باشد.

در روانشناسی امروزه، باور و دیدگاه جدیدی به تعریف سلامت روان و نداشتن بیماری روانی ایجاد شده است. در این دیدگاه، بجای پررنگ نمودن بدکنشی و آشفتگی های روانی، به داشته های سالم و مثبت انسان ها توجه می شود. پرواضح است که تجربه ی اضطراب در دوران خطیر بارداری امری اجتناب ناپذیر و غیرقابل انکار می باشد؛ موضوعی که مطالعات انجام شده در این حوزه، بر تاثیر این نوع اضطراب در جسم و روان جنین و کودک صحنه می گذارد. بر این اساس، توجه به متغیرهای دخیل در اضطراب بارداری با نگاه جدید روانشناسی مثبت، امری ضروری می نماید. در این راستا، یکی از مقوله های بااهمیت در نگاه روانشناسی مثبت نگر، سلامت روانشناختی است؛ که یکی از بزرگترین حوزه های پرچالش دنیای علمی بشر به شمار می رود. سلامت روانشناختی مستلزم درک چالشهای وجودی زندگی بوده؛ و به شدت بر

-
1. Eng
 2. Vollrath
 3. Pavitra, Chandrashekar & Choudhury
 4. Gupta, Bakhshi, Dogra & Kumar

توسعه انسانی تاکید دارد. به عنوان مثال، شادابی، نشاط، لذت بردن از زندگی و هدفمندی مستلزم داشتن شخصیت سالم است.

از طرفی دیگر وجود باورهای فراشناختی مثبت در مادران باردار میزان تحمل آنها را در برابر ناملایمات افزایش می دهد و به دنبال آن از میزان اضطراب در این دوران کاسته می شود. براساس نظر فلاول (۱۹۷۹ و ۱۹۸۷)، فراشناخت هم شامل فرآیندهای شناختی و هم شامل تجارب یا تنظیم شناختی است. دانش فراشناختی به اکتساب دانش پیرامون فرآیندهای شناختی و دانش درباره ی نحوه ی استفاده از فرآیندهای کنترل شناختی اشاره دارد (وست وود، ۱۹۹۳، به نقل از لوینگ استون، ۱۹۹۷). با توجه به این تعریف و این که فراشناخت راهبردهای کنترل فرد را تقویت می کند پس مادران باردار به راحتی می توانند در مقابل فشارهای روانی حاصل از بارداری و تولد فرزند و پذیرش عضو جدید و مشکلاتی که به دنبال آن رخ خواهد داد، راهکارهای موثر را به کار گیرند. استفاده از این راهکارها به نوبه ی خود کاهش اضطراب را در زنان باردار در پی خواهد داشت و آنها از سلامت روان بالایی برخوردار خواهند بود.

توجه به بحث های ارایه شده ی فوق می باید اذعان نمود که اضطراب جزء لاینفک شرایط نا آشنا و تهدید کننده می باشد؛ و بارداری به دلیل شرایط ویژه ای که دارد از اضطراب فراوانی برخوردار می باشد که باید از میزان آن کاسته شود. همچنانکه بیان گشت سلامت روانشناختی و باورهای فراشناختی به عنوان سازه های تاثیرگذاری هستند که از نیازهای مهم زندگی بشر شمرده می شوند و از درون روانشناسی که هدف آن شناسایی سازه ها و شیوه هایی است که بهزیستی و سلامت انسان را فراهم می کند، بیرون می آیند. باورهای فراشناختی مثبت در کنار سلامت روانی بالا به انسان کمک می کنند تا عواطف منفی خود را پشت سر بگذارد و با تمرکز بر عواطف مثبت زندگی خود را بهبود بخشد. وجود سلامت روانشناختی و باورهای فراشناختی مثبت در انسان توانایی های او را در درک مسائل و حل مسائل افزایش می دهد و به دنبال آن رشد و شکوفایی زندگی انسان مهیا گردد. با توجه به ویژگی های ذکر شده وجود این سازه ها در مادران باردار توانایی آن ها را در زندگی افزایش و قدرت مقابله با ناسازگاری ها، ناملایمات و ورود به شرایط جدید را برای آن ها مهیا می سازد.

از آنجایی که دوران خطیر بارداری خود آبتن تجربه ی نابسامانی های جسمانی و روانی است؛ و در آن زن نه تنها به سلامتی خود متوجه است؛ بلکه هر آن در دایره ی هیجانی و فکری سلامت جنین نیز می باشد؛ لذا حضور تنش، آشفتگی و اضطراب عجین شده با این دوران باعث کم رنگ شدن سلامت روانشناختی و حمله باورهای فراشناختی منفی می باشد. باورهای فراشناختی در برگیرنده تلاش برای کمال و تحقق نیروهای بالقوه ی واقعی فرد می باشد. این امر در زنان باردار نیز که دوران پرخطر و مرموزی را سپری می نمایند؛ به همین تفسیرها و تجربه ها مربوط می باشد.

از طرفی، از آنجایی که اضطراب در دوران بارداری نوعی متفاوت از اضطراب می باشد و دارای جنس متفاوتی بوده و عوامل گوناگونی را در خود به همراه دارد؛ لذا هیجان های عاطفی مثبت گذرا نمی تواند به

تنهایی در کاهش اضطراب در این دوران خطیر نقش مهمی بازی نماید؛ و نیاز به توجه به ابعاد وسیعتری همچون ابعاد شناختی، هیجانی و اجتماعی است. بعلاوه، علیرغم نتایج مشابه کسب شده در این تحقیق، مطالعه ی ادبیات مربوط نشان از این واقعیت داشت که متغیر سلامت روانشناختی از زمان یونان باستان تا کنون، متغیری سخت سازه و مبهم به شمار می رود؛ لذا، انجام تحقیقات عمیق تر مفهومی در بافت های فرهنگی و اجتماعی متفاوت می تواند مسیر شناخت متغیرهای مهم روانشناسی مثبت گرا چون سلامت روانشناختی را بیش از پیش شفاف تر سازد. امید است که بتوان با فهم درست این متغیرها، از پتانسیل فطری آنها در امور مداخله ای و درمانی استفاده نمود.

References

- Adler. A. (1926). *The Neurotic Constitution*. New York: Dood, Mead..
- Ahmadi. H; Banijamali. SH. (1996). *Psychology of development of basic concepts in child psychology*. Tehran, Jaihoon publication. (In Persian).
- Anhari, S; Alivandi Vafa, M; Jafari, A. (2016). *A Comparitive Study of Spritual Intelligence, Happiness and Life Satisfaction in Women with High and Low Pregnancy Anxiety*. M.A. Thesis, Deparment of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz branch. (In Persian).
- Armstrong D, Hutti M.(1998). *Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment*. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 27(2),183-189. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02609.x>.
- Ashouri, A; Vakili, Y; Ben Saeed, S; & Noui, Z. (2009). *Metacognitive Beliefs and Mental Health among Students*, *Research and Scientific Journal of Principles of Mental Health*. 11(1) (Frequently 41),15-20. (In Persian).
- Babapour Khair Aldin, J; Rasoulzadeh Tabatabaei, S. K; Edge, K; & Fathi Ashtiani, A. (2003). *Studying the Relationship between Problem Solution Methods and Psychological Health of Students*. *Journal of Psychology*. 7(1), 3-18. (In Persian)
- Bahribinabaj N. (2001). *Effects of psychological support, physical training during labor on pain severity in nulliparous women*. Thsis in Persian. Mashhad:Mashhad School of Nursing and Midwifery. (In Persian).

Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. (2005). A Randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *J Midwifery & Womens Health*.50(4):36-40. (In Persian). <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.11.008>.

Beck, A.T; Epstein, N; Brown, G; Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(6), 893-897. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>.

Bhagwanani, S. G; Seagraves, K; Leroy, J; Dierker, M; & Lax, M. (1997). Relationship between prenatal anxiety & prenatal outcome in nulliparous woman: A prospective study. *Journal of the National Medical Association*. 89 (2), 93-98. PMID: 9046762

Brouwers EP, van Baar A. & Pop VJ. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *J Infant Behav Dev*. 24(1):95-106. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(01\)00062-5](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(01)00062-5).

Bunevicius A, Cesnaite E. (2007). Antenatal Maternal Mental State and Anthropometric Characteristics of the Neonates: Impact of Symptoms of Depression and Anxiety. *Biologinè Psichiatrija*. 91(1): 3-6.

Carr, M; Joyce, A. Schwanenflugel, P. (1996). Where Gifted Children do and do not excel on metacognitive task. *Roeper Review*. 18(3), 212-217. <https://doi.org/10.1080/02783199609553740>.

Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusion: The Metacognitions Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*. 11(3), 279-296. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00011-X).

Christian, L.M. (2012). Psychoneuroimmunology in pregnancy: Immune pathways linking stress with maternal health, adverse birth outcomes, and fetal development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 36 (1), 350- 361. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.07.005>.

Cookson, H; Granell, R; Joinson, C; Ben, S. Y; & Henderson, A. J. (2009). Mothers' anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children.

Journal of Allergy and Clinical Immunology. 123 (4), 847-853.
<https://doi.org/10.1016/j.jaci.2009.01.042>.

Cote-Arsenault D, & Mahlangu N. (1999). Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences.. Journal of Obstetric, Gynecologic Neonatal Nursing. 28(3), 274-282.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1999.tb01992.x>.

Davari, R. (2007). The Relationship among Creativity, Emotional Intelligence and Coping Styles of Stress, Journal of Thoughts and Behavior, Islamic Azad University, Roudehen Branch, 2nd period, No 6, Winter. (In Persian).

Ebrahimi,E. (2005). Studying and Comparing the Relationship between Coping Styles and Mental Pressure (Stress), Emotional Creativity and Mental Health among Male Athlete and Non-athlete Students of Kharazmi University of Tehran. M.A Thesis in Psychology, Faculty of Psychology and Education of Kharazmi University of Tehran. (In Persian).

Edlin, G; Golanty, E; & Brown, K. M. (1999). Health and wellness: Web enhanced sixth edition. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. Retrieved February 9, 2001, from <http://emedia.netlibrary.com/api-bnfo&record={AE}&softpage=Document>.

Eng, W; Coles, M. E; Heimberg, R. G; & Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. Journal of Anxiety Disorders. 19(2), 143 – 156. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.01.007>.

Erasmus, R.V. (1997). Advances in Understanding Happiness. Revue Quebecoise de Psychologie. (18), 29-79.

Eslami, Sh; Alivandi Vafa, M. (2016). The Prediction of Pregnancy Anxiety on the basis of Emotional Intelligence, Cognitive Emotion Regulation and Alexithymia of Pregnant Women in Tabriz. M.A. Thesis, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz branch. (In Persian).

Estoura L. (1998). Stress: Modern Disorder. Translator: Dadsetan, P. 1st ed. Tehran: Samt Publication. (In Persian)

Farland, J. M; Salisbury, A. L; Cynthia, L. B, Hawes, K. K; Halloran, K; & Lester, B. M. (2011). Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Archive of Women's Mental Health*. 14 (5), 425-434.

Fathi Ashtiani, A. (2009). *Psychological tests: personality evaluation and mental well-being*, Tehran, Bahman publication. (In Persian).

Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>.

Flavell, J. H; & Miller, P. (1998). Social cognition. In W. Doman (Series Ed.) & D. Kuhn & R. Siegler (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition. Perception and language* (5th ed. 951-898). New York: Wiley.

Ghasemi N A; Kajbaf, MB; & Rabiei, M. (2011). Efficacy of life quality-oriented group treatment on mental well-being and health. *Clinical psychology quarterly*. 2(3), 13-21.. (In Persian).

Gupta, G. Bakhshi, A. Dogra, P & Kumar, K. (2009). Effect of gender and creativity on mental health of adolescents. *Social Science Research Network*. <https://ssrn.com/abstract=1411770>.

Hakim Javadi, M; Gholamali Lavasani, M; & Haghghat, M. (2011). Metacognition, Anxiety and Depression among Mothers of Deaf and Normal Preschool and Elementary Students, *Advances in Cognitive Science*. 13(2), 35-46. (Persian).

Harigopal, K. (1995). *Conflict Management (Managing Interpersonal Conflict)*. Oxford and IBH Publishing Co. Pvt. Ltd.

Heidi, S. KC, Christine, D. SC, Laura, M. GC, Calvin, J. HC, & Curt, A. S. (2014). Pregnancy anxiety and prenatal cortisol trajectories. *Biological Psychology*. (100), 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.04.003>.

Homan HA. (1999). [Psychometric properties of general health questionnaire on student of Tarbiat Moallem University]. *Student counseling Tehran University research*. 12-5. (In Persian).

Jagger, C. (2001). *Mental health indicators in Europe international seminar on the measurement of disability*. New York.

Kadivar, P. (2004). *Educational Psychology*. Tehran, SAMT Publication, 8th edition. (In Persian).

Khosravani, S. (2005). *Relationship among creativity and five factors of personality Health and Mental Health*. M.A thesis, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran. (In Persian).

Kinney, D. K; Munir, K. M; Crowley, D. J; & Miller, A. M. (2008). Prenatal stress and risk for autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 32(8), 1519-1532. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.06.004>.

Livingston, J. A. (1997). Metacognition: An overview. *Journal of Reading*. Vol 5. 110-123.

Mohammad Amini, Z. (2007). Studying the relationship among Metacognitive Beliefs, Mental health and Academic Achievement among Oshnaviyeh boy students, *Journal of Educational Innovations*. 19(6), 141-154. (In Persian).

Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*. 184(1), 70-73. (In Persian). <https://doi.org/10.1192/bjp.184.1.70>.

O'Connor, T.G; Ben Shlomo, Y; Heron, J; Golding, J; Adams, D; & Glover, V. (2005). Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biological Psychiatry*. 58 (3), 211-217. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.03.032>.

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(6), 502-508. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.502>.

Okeane, V. (2000). Evolving model of depression as an expression of multiple interacting risk factors. *British Journal of Psychiatry*. 177(6), 482-483. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.482>.

Onwuegbuzie, A. J; & Collins, K. M. T. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report*. 12(2), 281-316. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol12/iss2/9>.

Papageorgiou C, Wells A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*. 27(3), 261-73.

Pavitra, K.S. Chandrashekar, C. R & Choudhury, P (2007). Creativity and mental health: A profile of writers and musicians. *Indian Journal Psychiatry*. 49(1), 34-43. doi: 10.4103/0019-5545.31516.

Pir Khaleghi, A. (2012). the relationship between metacognitive components of creativity and Mental health in students, two research and scientific journals of social cognition. 1(2), 101-112. (In Persian).

Pournamdarian, S. (2012). The Clarification of Contribution of Meta-Cognitive Beliefs in Explaining the Symptoms of Depression, Anxiety and Stress in Nurses. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 13(3), 86-94. (In Persian).

Pournamdarian, S; Bishak, B; & Asgharnejad Farid, A. (2011). Explaining Role of Metacognitive Beliefs in Prediction of Depression, Anxiety and Stress Symptoms in Nurses, *Research and Knowledge in Applied Psychology*. 3(3), (frequently 49), 86-94. (In Persian).

Saeed, O; Purehsan, S; Akbari, S. (2010). "Correlation among meta cognitive beliefs and anxiety-depression symptoms". *Procedia Social and Behavioral Sciences*. (5), 1685-1689. (In Persian). <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.346>.

Sapington, A. (2000). *Mental Health*. translated by Hussein Shahi, H. Tehran, Metacognition Publication. (In Persian).

Salehi, S; Mousavi, S. A. M; Yarichlou, M. E; & Ghafele Bashi, S. H. (2015). Studying Metacognitive Beliefs and Personality Traits of Obsession Patients. *Journal of Medical Sciences University of Sabzevar*. 23(1), 21-30. (In Persian).

Seligman, M. E. P; & Csikszentmihalyi. (2000). M.Positivepsychology: An introduction. *American Psychologist*. (55), 5-14.

Swanson, C. (1990). What is metacognition? *Journal of Educational Psycholog*. (211), 114-123.

Shahhosseini Z, Abedian K, Azimi H. (2008). Role of anxiety during pregnancy in preterm delivery. Article in Persian. *Journal of Zanzan University of Medical Sciences and Health Services*. 16(63), 85-92. (In Persian). <http://zums.ac.ir/journal/article-1-634-en.html>.

Solchany, J. E. (2000). Promoting maternal mental health during pregnancy: Theory, practice & intervention. Washington: NCAST Publication.

Taghavi M. (2001). [Investigating reliability and validity of general health questionnaire]. *Journal of psychology*. (20), 381-98. (In Persian)

Urizar GG Jr, Munoz RF. (2011). Impact of a prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants. *Psychoneuroendocrinology*. 36(10), 1480-1494. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.04.002>.

Vandenberg, B.R; Mulder, E. J; Mennes, M; & Glover,V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 29(2), 237-258.

Vollrath, M.E. (2006). *Handbook of personality and health*. John wiley and sons. LTD.

Wells A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. 1 st ed. Chichester: Wiley and sons: 14-54.

Yilmaz, E.A; Gencoze, T; & Wells, A. (2011) The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context oflifstress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorder*. 25(3), 389-396. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.001>.

Zohar, A. (1999). Teachers Metacognitive knowledge and the inStruction of Higher Order Thinking, *Teaching and Teacher Education*. (15), 413-429.

Predicting Pregnancy Anxiety Based on Metacognitive Beliefs and Psychological Health in Pregnant Women in Tabriz

Farideh nasirikenariKenari
Mehdi Rahnavard Bakhshayesh
Mortaza Azizi

Abstract

The aim of this study was to predict pregnancy anxiety based on metacognitive beliefs and psychological health in pregnant women. The research design Was descriptive correlational According to the research design and statistical population, 100 pregnant women were selected by available sampling method. The Kelberg General Health Questionnaire, Beck Anxiety and Wells Metacognitive Beliefs questionnaire were used in the data collection process. Collected data were analyzed by using Pearson correlational analysis and Pearson correlational analysis and multiple regression ($p < 0.05$). The results showed a significant positive relationship between mental health and gestational anxiety; and between metacognitive beliefs and pregnancy anxiety. Also, regarding the main hypothesis of the research, the findings showed that the combination of psychological health variables and metacognitive beliefs could significantly explain pregnancy anxiety; Accordingly, the results of the present study can provide useful information to promote scientific and practical knowledge for obstetricians and psychologists.

Keywords: Pregnancy Anxiety, Metacognitive Beliefs, Psychological Health.

- 1- Master, Department of Clinical Psychology, Science and Research, Islamic Azad University of Tabriz, Tabriz, Iran
- 2- Master, Department of Clinical Psychology, Science and Research, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran
- 3- Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sarab Branch, Sarab, Iran (Corresponding Author)