

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراساخت درمانی بر آشفتگی روانشناختی زنان باردار

سعید ملیحی الذاکرینی (نویسنده مسوول)

استادیار، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول مقاله)

پرستو نصری

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران.

Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on the psychological disturbance of pregnant women

Saied Malihialzackerini

Assistant Professor of Health Psychology, Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University – Karaj Branch, Iran.

Parastoo Nasri

PhD student of Health Psychology, Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University – Karaj Branch, Iran.

Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on psychological disturbance in pregnant women. The method of the present research was quantitative of the type of semi-experimental design with pre-test, post-test and follow-up and control group. The statistical population of the present study consisted of pregnant women in the second 3 months of pregnancy who referred to hospitals and pregnancy clinics for monthly checkups at Arad Hospital in Tehran in 2019-1400. After checking the entry and exit criteria, 45 women who met the criteria for entering the research were identified and were randomly assigned into three groups of 15 people, that is, two experimental groups and one control group. The sampling method was non-random and available. After obtaining the sample group, first all the indicators, namely the psychological disturbance questionnaire of Labivand and Labivand (1995) were performed on the subjects as a pre-test.

Then, cognitive behavioral therapy courses, which lasted for 10 sessions of one and a half hours, as well as metacognitive therapy sessions, which lasted for 8 sessions of one and a half hours, were performed on the experimental group. After the end of the course, a post-test and two follow-up tests were taken from both experimental and control groups.

The findings indicated that metacognitive therapy and cognitive behavioral therapy reduced the basic indicators of psychological disturbance including anxiety, stress and depression at the end of the interventions and the follow-up period ($p < 0.05$). The method of metacognitive therapy has caused a greater reduction in the components of anxiety, stress and depression ($p < 0.05$).

It can be concluded that in metacognitive therapy, it is assumed that metacognitions are factors that evaluate, monitor and control the process of a person's consciousness, and due to the effect that metacognitive therapy has on correcting metacognitive beliefs, it can be used alone or with complementary therapy to reduce Anxiety, stress and depression in pregnant women are effective.

Keywords:

cognitive-behavioral therapy, metacognitive therapy, psychological disturbance, pregnant women.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی بر آشفتگی روانشناختی در زنان باردار بود. روش پژوهش حاضر، کمی از نوع طرح های نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از زنان باردار در ۳ ماهه دوم بارداری مراجعه کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های بارداری برای چکاپ ماهانه ی بیمارستان آراد در شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، ۴۵ نفر از زنانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، مورد شناسایی قرار گرفتند و در سه گروه ۱۵ نفره، یعنی دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به صورت گمارش تصادفی، قرار گرفتند. روش نمونه گیری غیرتصادفی و در دسترس بود. پس از دستیابی به گروه نمونه ابتدا تمامی شاخص‌ها یعنی پرسشنامه آشفتگی روانشناختی لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) به عنوان پیش آزمون بر روی آزمودنی اجرا شد. سپس دوره های درمان شناختی رفتاری که به مدت ۱۰ جلسه یک ساعت و نیم بود و همچنین دوره درمان فراشناخت که به مدت ۸ جلسه یک ساعت و نیم بود، بر روی گروه آزمایش اجرا شد. پس از پایان دوره از هر دو گروه آزمایشی و گروه گواه، پس آزمون و ۲ بعد آزمون پیگیری گرفته شد. یافته ها حاکی از آن بود که درمان فراشناختی و درمان شناختی رفتاری باعث کاهش شاخص های اساسی آشفتگی روانشناختی شامل اضطراب، استرس و افسردگی در پایان مداخلات و دوره پیگیری شده بودند ($p < 0/05$). روش فراشناخت درمانی باعث کاهش بیشتر مؤلفه های اضطراب، استرس و افسردگی شده است ($p < 0/05$). می توان اینگونه نتیجه گرفت که در درمان فراشناختی فرض می شود فراشناخت ها عواملی هستند که فرایند آگاهی شخص را ارزیابی، نظارت و کنترل می کنند و به دلیل تأثیری که درمان فراشناخت بر اصلاح باورهای فراشناختی دارد می تواند به تنهایی و یا با درمان مکمل در کاهش اضطراب، استرس و افسردگی در زنان باردار مؤثر باشد. **واژه های کلیدی:** درمان شناختی-رفتاری، فراشناخت درمانی، آشفتگی روانشناختی، زنان باردار.

مقدمه

بارداری از حساس ترین دوره های زندگی انسان است. انتظار طولانی مدت برای به دنیا آمدن و نگرانی مدام برای حفظ سلامت نوزاد در همه دوران بارداری همراه مادر است. از این رو مادران جوان عموماً تجربه مدام استرس و اضطراب دارند و بهداشت روانی دوران بارداری از مسائلی است که امروزه به آن بسیار توجه شده است (قاسمی کاگر، سهرابی، امینی و مظاهری، ۱۴۰۱). سطح آگاهی مادران جامعه از دستورالعمل ها و مراقبت های ویژه دوران بارداری پایین می باشد. از طرف دیگر ضعف جسمانی ناشی از کم تحرکی و افزایش وزن بیش از حد باعث می شود تا در پاره ای از موارد، دوران بارداری و زایمان با تحمل اضطراب، سختی ها و پیامدهای منفی غیرقابل انتظاری همراه گردد. این امر می تواند مادران را تا سال ها پس از زایمان و حتی در دوران سالمندی گریبان گیر و مبتلا سازد (نیگاتو، ورکنه، مکوری، بیفتر، مامویه و گیزه، ۲۰۲۲). استرس بارزترین علامت در رفتارها و نشانه های بالینی زنان باردار است. امروزه مشخص شده است که موقعیت های استرس دار زندگی از جمله تعارضات زناشویی، مشکلات شغلی، نگرانی درباره دشواری های بارداری و رابطه با همسر می تواند در تغییرات روانی مادران باردار نقش داشته باشد. استرس در دوران بارداری باعث پیامدهایی برای جنین از جمله کم وزنی زمان تولد، تولد نارس یا حتی سقط جنین و همچنین باعث زایمان های سخت و طولانی می کند (قطبی و سادات گلی، ۱۴۰۲). نگرانی های مرتبط با بارداری می تواند با سطح بالای اضطراب دوره بارداری که به اضطراب ویژه دوره بارداری معروف است، دخیل باشد. اضطراب دوره بارداری یک حالت هیجانی خاص است که مرتبط با نگرانی های خاص دوره بارداری از قبیل نگرانی درباره سلامت نوزاد و زایمان می باشد (کان، اسپیتز، گلاین، هوبل، ساندرمن، ۲۰۱۴، شاه طاهری، جمهری، نیکنام و رفیعی پور، ۱۴۰۱). اضطراب دوره بارداری علل زیادی دارد. زنی که دارای شرایط پرخطر پزشکی از قبیل فشارخون بالا یا بیماری دیابت می باشد ممکن است در مورد اثرات سوء این بیماری ها بر روی خود و فرزندش نگران باشد. فردی که سابقه نازایی یا مرده زایی داشته ممکن است درباره قدرت ادامه زندگی پس از تولد نگرانی داشته باشد (سجادی، بخشانی، شگری پور، باغبان حقیقی، صمدی و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین فردی که برای نخستین بار مادر می شود ممکن است درباره تغییرات قریب الوقوعی که در زندگی وی روی خواهد داد، نگرانی داشته باشد و بسیاری از زنان در مورد نقایص مادرزادی و سلامت نوزاد نیز می اندیشند (سایرت و مارچ، ۲۰۲۳). افسردگی اختلال شایعی در زنان باردار است که سلامت مادر و کودک را در دوران بارداری و پس از زایمان مورد تهدید جدی قرار می دهد. افسردگی در دوران بارداری باعث عدم مراقبت مادر از خود، بی اشتها، کم وزن بودن نوزاد و تولد زودرس نوزاد می گردد. افسردگی در دوران بارداری می تواند منجر به عدم توجه به خود، تغذیه ناکافی، مصرف سیگار، مصرف دارو و عدم مراقبت دوران بارداری شود. این امر همچنین خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش می دهد که ممکن است عواقب ناگواری مانند خودکشی و سوء استفاده از کودک را به

- ۱ Nigatu, Workneh, Mekuria, Yifter, Mamuye & Gize
- ۲ . Kane HS, Schetter CD, Glynn LM, Hobel CJ, Sandman CA
- ۳ . Cyert & March

دنبال داشته باشد (ون دن برگ، مولدر، منز، گلاور^۴، ۲۰۱۵). متأسفانه سهل‌انگاری در تشخیص و درمان افسردگی در دوران بارداری و بیشتر مواقع به علت تشابه علائم افسردگی با علائم جسمانی بارداری مانع از تشخیص به‌موقع و صحیح افسردگی می‌شود (نورمن و مورینا^۵، ۲۰۱۸). در همین راستا یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه‌مدت کارآ و مؤثر از جمله ضرورت‌ها پژوهش در حوزه درمان برای عوامل روانی زنان باردار است (اندوز، ۱۳۹۵). در رویکرد درمانی شناختی-رفتاری فرض بر آن است که بوقوع پیوستن رویدادها عامل اصلی ظاهر شدن مشکلات روانشناختی نمی‌باشد بلکه در این مورد شیوه‌ای که اشخاص رویدادها را تفسیر می‌کنند به عنوان عامل اصلی مطرح می‌باشند. در فرایند درمان شناختی-رفتاری فرض می‌گردد معنایی که مردم به تجربیات خود می‌دهند عامل مهمی در شکل‌گیری هیجانات و انجام واکنش‌های آنها می‌باشد (پولو-کانتلا^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). در درمان شناختی-رفتاری تلاش می‌گردد تا با به زیر سوال بردن اعتبار افکار و نگرش‌های منفی شخص، میزان اعتقاد شخص به آنها کاهش یابد. اما در درمان فراشناختی درمانگر با شیوه‌ی سبکی که مراجع فکر می‌کند سروکار دارد و در این نوع درمان فرض می‌گردد که مراجع در پاسخ به افکار، احساسات و اعتقادات منفی خود از سبک‌های تفکر غیرقابل انعطاف و نامناسب استفاده می‌کند. در درمان فراشناختی بر خلاف درمان شناختی-رفتاری که بر روی شناسایی و مقابله با تحریفات شناختی تأکید می‌گردد بر روی برداشتن سبک پردازش غیر مفید تأکید می‌گردد (اسلایکرمن^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین از نظر درمانگران فراشناختی اختلالات هیجانی (اختلالات افسردگی و اضطرابی) زمانی ایجاد می‌شوند که شخص سبکی از حالت فراشناختی دارد که وی را به مدت طولانی درگیر پردازش و تفاسیر منفی در مورد رویدادهایی که با آنها روبرو ساخته است می‌نماید. در نهایت یکی از تفاوت‌های درمان شناختی با درمان شناختی-رفتاری آن است که در درمان شناختی-رفتاری اعتقاد بر آن است که انواع اعتقادات و نگرش‌های منفی از شناخت‌های معمول^۸ سرچشمه می‌گیرند اما در درمان فراشناختی فرض می‌شود که اعتقادات و نگرش‌های منفی از تولیدات و یا ساخته‌های فراشناختی می‌باشد و آنها در اثر الگوهای توجه و تفکر خاص ایجاد شده‌اند (بلک مور^۹ و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال‌ها است که آیا اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی بر میزان استرس، اضطراب، افسردگی در زنان باردار با هم تفاوت دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر ماهیت داده‌های جمع‌آوری‌شده جزء مطالعات کمی، از حیث هدف جزء مطالعات کاربردی و از نظر شیوه جزء طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از زنان باردار در ۳ ماه دوم بارداری مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های بارداری جهت کنترل بارداری بیمارستان آراد در شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و هدفمند (به نمونه‌گیری هدفمند، نمونه‌گیری قضاوتی، انتخابی یا ذهنی نیز گفته می‌شود زیرا نمونه بر اساس تصمیم یک فرد گرفته می‌شود. نمونه هدفمند به عنوان روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در نظر گرفته می‌شود، زیرا تصمیم‌گیری در مورد گنجانیدن یک فرد در گروه نمونه توسط خود محقق گرفته می‌شود) و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش از بین زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان آراد (به دلیل شاغل بودن پژوهشگر در بیمارستان آراد) که در بیمارستان جهت کنترل بارداری، پرونده تشکیل داده بودند، انتخاب شد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها:

- حداقل تحصیلات در سطح دیپلم
- حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال (به دلیل اینکه بارداری زیر ۲۰ سال و بالای ۴۰ سال، پرخطر محسوب می‌شود)
- بارداری به‌صورت طبیعی بوده باشد.
- سابقه سقط نداشته باشند.
- بارداری خواسته باشد.
- زندگی با شریک زندگی
- زنان نخست‌زا
- ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها:

- ۴ . Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V
- ۵ . Normann N, Morina N
- ۶ . Polo-Kantola P
- ۷ . Slykerman RF
- ۸ . Ordinary cognitive
- ۹ . Blackmore

-ابتلا به هرگونه بیماری جسمی و روانی که منجر به تداخل با متغیرهای تحقیق شود (بنابر گزارش خود آزمودنی).
-بروز مشکلاتی مربوط به بارداری بر اساس تأیید پزشک که حضورشان در جلسات درمانی نباید ادامه پیدا کند، نظیر زایمان-زودرس،
استراحت مطلق، بالا رفتن فشارخون، بالا رفتن قند خون و ...
-عدم تمایل شرکت در جلسات گروهی درمان
-دارای بیماری دیابت و فشار خون بالا باشند (بنابر گزارش پزشک متخصص).

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است توسط لایویند و لایویند در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است. این عبارات مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بی‌قراری را در بر می‌گیرد.

سؤال‌ها	خرده مقیاس‌ها
۲۱-۱۷-۱۶-۱۳-۱۰-۵-۳	افسردگی
۲۰-۱۹-۱۵-۹-۷-۴-۲	اضطراب
۱۸-۱۴-۱۲-۱۱-۸-۶-۱	استرس

هر یک از خرده مقیاس‌های ۲۱-dass شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید (جدول ۱). هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. سپس با مراجعه به جدول شماره ۲ می‌توان شدت علائم را مشخص کرد (لایویند و لایویند، ۱۹۹۵، به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

شدت	افسردگی	اضطراب	استرس
عادی	۰-۹	۰-۷	۰-۱۴
خفیف	۱۰-۱۳	۸-۹	۱۵-۱۸
متوسط	۱۴-۲۰	۱۰-۱۴	۱۹-۲۵
شدید	۲۱-۲۷	۱۵-۱۹	۲۶-۳۳
بسیار شدید	+۲۸	+۲۰	+۳۳

آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن‌ها مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل موردسنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین در پژوهش نیک آذین و نائینیان (۱۳۹۴) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بدست آمد و ضرایب بازآزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۷ و ۰/۶۴ بدست آمد که قابل قبول می‌باشند. در پژوهش حاضر نیز اعتبار این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای استرس، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ بدست آمد و روایی نیز برای هر ۳ متغیر مطلوب گزارش شد.

یافته ها

آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات استرس، اضطراب و افسردگی به تفکیک برای افراد سه گروه کنترل، درمان شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی در سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های تحقیق به تفکیک برای سه گروه کنترل، درمان شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی در سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)

مرحله	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس	۳۴,۲۷	۳,۲۸	۳۴,۱۳	۳,۵۸	۳۳,۹۳	۳,۵۱
	۳۴,۰۰	۳,۳۰	۲۲,۶۰	۲,۸۰	۲۲,۲۷	۲,۹۱
	۳۳,۳۳	۳,۴۴	۱۷,۰۷	۲,۸۱	۱۶,۸۷	۲,۹۷
اضطراب	۳۴,۴۰	۳,۱۴	۳۴,۰۷	۳,۱۷	۳۳,۸۰	۳,۲۱
	۳۵,۲۰	۳,۶۹	۲۳,۲۷	۲,۷۴	۲۳,۰۰	۲,۹۳
	۳۵,۲۰	۳,۴۵	۱۶,۶۷	۲,۰۶	۱۶,۲۷	۲,۰۵
افسردگی	۳۵,۴۷	۳,۸۹	۳۵,۳۳	۴,۰۵	۳۵,۱۳	۴,۳۴
	۳۵,۳۳	۳,۹۰	۲۳,۲۰	۲,۷۳	۲۳,۰۷	۲,۶۳
	۳۴,۰۰	۳,۱۲	۱۸,۰۰	۳,۴۸	۱۷,۷۳	۳,۴۷

بررسی فرضیه

برای بررسی تفاوت استرس، اضطراب، افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی و شاخص‌های زیستی (فشارخون و قند) در زنان باردار در مرحله پس آزمون در دو گروه درمان شناختی رفتاری و فراشناخت درمانی با مرحله پیگیری از تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در اولین مرحله برای انجام تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر، نرمال بودن متغیرهای تحقیق در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله تحقیق (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بررسی شد که در جدول ۲ آورده شده است. بر اساس نتایج جدول ۲ با توجه به سطح معناداری ضریب W ماچلی برای مؤلفه‌های تحقیق نشان می‌دهد همگنی ماتریس کوواریانس نمرات مؤلفه‌های تحقیق در مراحل مختلف رعایت شده است.

جدول ۲: آزمون ماچلی برای متغیرهای تحقیق در مقایسه دو گروه آزمایش

اثر بین گروهی	ضریب ماچلی	کای اسکوتر	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	گرین هاوس-گیسر	هوین-فلت	حد پایین
استرس	.۱۵۶	۵۰,۱۲۱	۲	.۰۶۰	.۵۴۲	.۵۶۷	.۵۰۰
اضطراب	.۰۸۳	۶۷,۳۶۰	۲	.۰۸۰	.۵۲۲	.۵۴۳	.۵۰۰
افسردگی	.۰۸۴	۶۶,۸۲۱	۲	.۰۷۰	.۵۲۲	.۵۴۴	.۵۰۰
بهزیستی	.۱۱۶	۵۸,۱۹۲	۲	.۰۸۰	.۵۳۱	.۵۵۴	.۵۰۰
فشارخون	.۵۱۰	۱۸,۱۸۷	۲	.۰۶۰	.۶۷۱	.۷۱۸	.۵۰۰
قند خون	.۲۵۳	۳۷,۰۶۷	۲	.۰۷۰	.۵۷۳	.۶۰۲	.۵۰۰

جدول ۳: آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه مؤلفه‌های تحقیق در دو گروه آزمایش

مقدار	F آماره	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی داری	مرحله* گروه
۰.۹۱۸	۷,۳۴۶	۱۲,۰۰۰	۱۰۴,۰۰۰	۰.۰۰۰	اثر پیلار
۰.۰۸۹	۴۲۰,۰۶۲	۱۲,۰۰۰	۱۰۲,۰۰۰	۰.۰۰۰	لامبدای ویکلز
۱۰,۲۲۳	۴۲,۵۹۴	۱۲,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۰.۰۰۰	اثر هتلینگ
۱۰,۲۱۶	۸۸,۵۳۷ ^d	۶,۰۰۰	۵۲,۰۰۰	۰.۰۰۰	بزرگ‌ترین ریشه روی

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، سطح معنی‌داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه، یعنی اثربخشی، لامبدای ویکلز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، کوچک‌تر از ۰,۰۱ است. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که بین مؤلفه‌های تحقیق در دو گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. به‌منظور مقایسه زوجی گروه‌ها با یکدیگر، از آزمون بنفرونی استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آزمون بنفرونی برای مقایسه مؤلفه‌های تحقیق در دو گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری						
استرس	شناختی-رفتاری	پیگیری	پس‌آزمون	اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
	فراشناخت	پیگیری	پس‌آزمون	-۰.۳۳۳*	۰.۱۱۷	۰.۰۰۸
اضطراب	شناختی-رفتاری	پیگیری	پس‌آزمون	-۰.۲۶۷*	۰.۱۲۵	۰.۰۴۱
	فراشناخت	پیگیری	پس‌آزمون	-۰.۴۰۰*	۰.۱۲۵	۰.۰۰۳
افسردگی	شناختی-رفتاری	پیگیری	پس‌آزمون	-۰.۱۳۳	۰.۱۰۵	۰.۲۱۶
	فراشناخت	پیگیری	پس‌آزمون	-۰.۲۶۷*	۰.۱۰۵	۰.۰۱۷
بهبودی	شناختی-رفتاری	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۶۶۷	۰.۸۹۶	۰.۴۶۳
	فراشناخت	پیگیری	پس‌آزمون	-۱,۴۶۷	۰.۸۹۶	۰.۱۱۳
فشارخون	شناختی-رفتاری	پیگیری	پس‌آزمون	-۰.۲۶۷	۰.۴۲۲	۰.۵۳۲
	فراشناخت	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۱۳۳	۰.۴۲۲	۰.۷۵۴
قند خون	شناختی-رفتاری	پیگیری	پس‌آزمون	-۰.۰۶۷	۰.۲۰۶	۰.۷۶۹
	فراشناخت	پیگیری	پس‌آزمون	۰.۲۶۷	۰.۲۰۶	۰.۲۰۷

همان‌طور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، اختلاف بین نمرات متغیرهای استرس و اضطراب در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه شناختی-رفتاری در سطح معنی‌داری ۰,۰۵ معنادار شده است. همچنین اختلاف بین متغیرهای اضطراب و افسردگی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیگیری برای گروه فراشناخت در سطح معنی‌داری ۰,۰۵ معنی‌دار می‌باشد. اما برای متغیرهای بهبودی، فشارخون و قند خون در گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری سطح معنی‌داری ۰,۰۵ اختلاف معنادار وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه: میزان استرس، اضطراب، افسردگی، بهبودی روان‌شناختی و شاخص‌های زیستی (فشارخون و قند) در زنان باردار در مرحله پس‌آزمون در دو گروه درمان شناختی رفتاری و فراشناخت درمانی با مرحله پیگیری تفاوت دارد. در ارزیابی فرضیه نتایج نشان داد که اختلاف بین نمرات متغیرهای استرس و اضطراب در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه شناختی-رفتاری معنادار شده است. همچنین اختلاف بین متغیرهای اضطراب و افسردگی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیگیری برای گروه فراشناخت معنی‌دار می‌باشد. اما برای متغیرهای بهبودی، فشارخون و قند خون در گروه‌های آزمایش شناختی-رفتاری و فراشناخت درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معنادار وجود ندارد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش هاشمی و همکاران (۱۴۰۱)، آزاد و همکاران (۱۴۰۰)، رنجبر و همکاران (۱۳۹۹)، حسینی (۱۳۹۹)، هاشمی و همکاران (۱۳۹۹)، ملیحی الذاکرنی و همکاران (۱۳۹۸)، منفردپویا و همکاران (۱۳۹۸)، اجباری و همکاران (۱۳۹۸)، محمد زاده فراهانی و همکاران (۱۳۹۸)، شاکر دولق و همکاران

(۱۳۹۷)، کارتر و همکاران (۲۰۲۲)، موریس و همکاران (۲۰۲۱)، کاش و فلمینگ (۲۰۲۰)، دانیال و استرانک (۲۰۲۰)، کالسن و همکاران (۲۰۲۰)، موریتز و همکاران (۲۰۱۸)، جلینگ و همکاران (۲۰۱۷)، پورووال و ال فیشر (۲۰۱۷)، هرز و هود (۲۰۱۷)، ولز و همکاران (۲۰۱۷)، جانسون و همکاران (۲۰۱۶) و هاسون -اوهایا و همکاران (۲۰۱۵) به صورت ضمنی همسو و همخوان است. اضطراب و افسردگی تجربه‌های هیجانی نامطلوبی هستند که نشانه‌ای از وجود انواع تهدید یا فقدان می‌باشند. وقتی افراد با تغییر الگوی توجه و تفکر به آن‌ها پاسخ می‌دهند، پایدار و مسئله‌ساز می‌شوند. باین حال اکثر افراد قادر به این مسئله نیستند که توجهشان بر خود و تفکر و احساسشان قفل شده است و این فرایند، احساس‌ها و باورهای منفی را درباره خود افزایش داده و تداوم می‌بخشد. بنابراین می‌توان گفت که در درمان فراشناختی با استفاده از فن‌های ذهن آگاهی انحصالی، به تعویق انداختن نگرانی و به‌ویژه فن موقعیتی توجه که برای مقابله با تهدیدهای بیرونی در زنان باردار، به کار می‌رود و میزان برانگیختگی را افزایش می‌دهد، ممکن است در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر باشد (حسینی، ۱۳۹۹). یکی دیگر از تبیین‌های احتمالی برای کاهش اضطراب و نگرانی زنان باردار با استفاده از تحلیل سود-زیان صورت می‌گیرد. به طوری که درمانگر تلاش کرد تا بیمار متوجه شود که نگرانی و اندیشناکی نتیجه کمی دارد و در گرفتار کردن او، صرفاً در تکرار جنبه‌های منفی رویداد آسیب‌زا یا فکر درباره تهدیدهای آینده، نقش دارد. درمانگر با این هدف و به‌منظور تضعیف باورهای مثبت درباره نیاز به درگیری در این الگوهای تفکر پایدار، مراجع را به سمت تحلیل سود و زیان نگرانی و اندیشناکی پیش می‌برد. هدف تضعیف سودها و برجسته کردن زیان‌ها برای تسهیل استفاده از تعویق نگرانی و اندیشناکی است (کاش و فلمینگ، ۲۰۲۰). طبق این دیدگاه افکار مزاحم به شیوه گسلیده و بدون اینکه مورد تحلیل یا تفسیر یا کنترل قرار بگیرند در نظر گرفته می‌شوند. زمانی که بیمار مفهوم ذهن آگاهی گسلیده را متوجه شد و در جلسه درمان تمرین انجام شد. درمانگر راهبرد به تعویق انداختن نگرانی و اندیشناکی را معرفی می‌کند. درمانگر به بیمار آموزش داد هرگاه افکار یا علائم مزاحم (مثل افزایش برانگیختگی ناگهانی) را تجربه کرد، باید از وقوع آن‌ها آگاه شود و با خودش بگوید الآن در مورد رویداد آسیب‌زا اندیشناک نباش، نگران نباش و علائم را تحلیل نکن، فقط اجازه بده علائم به وقت خودشان ناپدید شوند. درمانگر از مراجع خواست که ذهن آگاهی گسلیده و تعویق نگرانی و اندیشناکی را در پاسخ به تمام افکار مزاحم مرتبط با رویداد آسیب‌زا به کار ببرد (ملیحی الذاکرینی و همکاران، ۱۳۹۸). احتمال دارد بتوان برای تبیین دیگر این یافته به تعمیم فن ذهن آگاهی گسلیده متوسل شد. درمانگر به بیمار آموزش داد تا بتواند ذهن آگاهی گسلیده را برای هرگونه پیامد کابوس‌ها به کار ببرد. پس از آن، گام بعدی بررسی وجود راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی است که برای سازگاری زیان‌بخش است. درمانگر به دقت استفاده از راهبردهای کنترل علائم، کوچک شمردن تهدیدها، افکار کنترل‌کننده و کاهش اضطراب را ارزیابی می‌کند. راهبردهای معمول که مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل استفاده از الکل و سایر داروها، سرکوبی افکار، اجتناب از برانگیزاننده‌های رویداد آسیب‌زا و واریسی کردن می‌باشد. شناسایی این رفتارها، به بیمار کمک می‌کند تا موارد مسئله‌ساز را بشناسد (شاکر دولق و همکاران، ۱۳۹۷).

منابع

- انوری، حسن. (۱۳۹۹). رابطه معنای زندگی با بهزیستی روانشناختی در رضایت از زندگی دانشجویان شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان.
- دانش، عصمت؛ امین الرعایایی، پریسا و نوری پورلیاوی، رقیه. (۱۳۹۶). رابطه سطوح تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی در زوجین نابارور تحت درمان لقاح خارج رحمی. مجله سلامت اجتماعی، دوره ۴، شماره ۳، صص ۱۷۰-۱۷۸.
- قائدی، غلامحسین؛ یعقوبی، حمید. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر. مجله ارمان دانش، دوره ۱۳، شماره ۲ (پیاپی ۵). ۸۱-۶۹.
- کاپلان - سادوک سادوک، ب.؛ سادوک، و. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۴۰۲). تهران: انتشارات ارجمند.
- نوروزی، حمید؛ عطادخت، اکبر؛ غفاری، عذرا. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش حل مسئله اجتماعی در ارتقای بهزیستی روان شناختی و تاب آوری کودکان دارای اختلال یادگیری. دوره سوم. مجله علمی - پژوهشی. شماره ۲. ۱۰۸-۹۲.

- Ahmadi, S., Tabibi, Z., Mashhadi, A., Eshraghi, P., Faroughi, F., Ahmadi, P. (2017). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on anxiety, depression and glycemic control in children with type 1 diabetes. *Int J Pediatr*. 2(3.1):165-71.
- Akiki S, Avison WR, Speechley KN, Campbell MK. Determinants of maternal antenatal state-anxiety in mid-pregnancy: Role of maternal feelings about the pregnancy. *J Affect Dis*. 2016;196:260-7.
- Arch, J. J. (2013). Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Compr Psychiatry*, 54(3) 21728.
- Banerjee, S. (2012). Causes and management of stress at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 59: 67-72
- Beattie J, Hall H, Biro MA, East C, Lau R. Effects of mindfulness on maternal stress, depressive symptoms and awareness of present moment experience: A pilot randomised trial. *Midwifery* 2017;50:174-83.
- Ben-Zur H. (2013). Happy adolescents: the link between subjective well-being, internal resources, and parental factors. *Journal of Youth and Adolescence*; 32(2): 67-79.
- Blackburn, D.F., Swidrovich, J., Lemstra, M. (2018). Nonadherence in type 2 diabetes: practical considerations for interpreting the literature. *Patient Prefer Adherence*. 7:183-9. DOI: 10.2147/PPA.S30613 PMID: 23487395
- Campbell, R.L., & Svenson, L.W. (2012). Perceived level of stress among University undergraduate students in Edmonston, Canada. *Perceptual and Motor Skills*, 75: 552-554.
- Cartwright - Hatton. S and Wells. A, (2017), Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates, *Journal of Anxiety Disorders* 11, pp. 279-296.
- Colbear, J., & Wells, A. (2008). Randomized controlled trial of metacognitive therapy for posttraumatic stress disorder. Manuscript in preparation.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2010). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Duncan, L. G., & Baradacke, N. (2010). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness during the Perinatal Period. *Child FAM Stud*, 19:190-202.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Sandall, J. (2014). Poor marital support associate with anxiety and worries during pregnancy in Greek pregnant women. *Midwifery*; 30(6): 628-35.
- Hall HG, Beattie J, Lau R, East C, Biro MA. Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review. *Women and Birth*. 2016; 29(1):62-71.