مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۳، شماره ۹، آذر ۱۳۹۴
صفحه: ۸۸۹-۸۷۹

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 23, No.9, Nov-Dec 2015
Pages: 879-889

بررسی اثربخشی برنامه مدون آموزشی- رفتاری بر سلامت روان زنان باردار

خدابخش کرمی[۱]، افسانه مردانی[*۲]، قدرت اله شاکری‌نژاد[۳]، امل ساکی[۴]

چکیده

مقدمه: دوران بارداری به عنوان یک دوره آسیب‌پذیر در زنان تصور شده است که مادران را با مشکلات و دشواری‌های جدیدی روبه‌رو می‌نماید و این مشکلات ممکن است باعث اختلال در سلامت روانی آنان گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه مدون آموزشی-رفتاری بر سلامت روان زنان باردار انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه‌تجربی، ۶۱ زن باردار به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه آزمون(۳۱ نفر) و کنترل(۳۰ نفر) قرار گرفتند. برای گروه آزمون ۴ جلسه مداخله آموزشی- رفتاری در شهر اهواز برگزار شد. مشارکت‌کنندگان، پرسشنامه سلامت روانی را پیش و ۴ هفته پس از مداخله تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون مجذور کای، آزمون تی مستقل و تی زوجی تحلیل شدند.

نتایج: میانگین نمره سلامت روانی زنان باردار در گروه آزمون پس از مداخله، نسبت به گروه کنترل بهتر بود(۳/۹ ± ۲۱/۱ در برابر ۶/۷ ± ۳۰/۱). همچنین نتایج گویای آن بود که مداخله توانسته است حیطه‌های اضطراب(p=۰/۰۱)، افسردگی(p=۰/۰۲) و علائم جسمی(p=۰/۰۱) از سلامت روان زنان باردار را بهبود بخشد اما تاثیری بر حیطه عملکرد اجتماعی از سلامت روان آنان نداشت(p=۰/۱۶).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله آموزشی- رفتاری برای زنان باردار می‌تواند به عنوان یک مداخله مفید، در بهبود سلامت روانی آنان استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی، بارداری، برنامه آموزشی-رفتاری

۱،۲،۴- دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، خوزستان
۳- مرکز پژوهشی آموزش سلامت، جهاد دانشگاهی خوزستان، واحد اهواز
*** (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۳۱۲۷۷۵۶۹ ، پست الکترونیکی:** afsanemardani@ymail.com
تاریخ دریافت:۱۳۹۴/۴/۲۷ تاریخ پذیرش:۱۳۹۴/۷/۲۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-05]

مقدمه

مشکلات سلامت روان در میان زنانی که در سنین باروری قرار گرفته‌اند، ۷٪ از بار کلی بیماری‌های زنان را در همه سنین به خود اختصاص داده است(۱). در این میان، بارداری یک دوره بحرانی برای زنان است که در این دوران مشکلات مرتبط با سلامت روان آنان، می‌توانند نمود پیدا کنند(۲). در واقع، زنان باردار، مستعد آسیب‌پذیری از انواع تنش‌زاها هستند(۳)، به‌طوری که در این گروه از زنان، نسبت به دیگر زنان؛ میزان افسردگی و اضطراب سه برابر است(۴). در این راستا، مطالعات متعددی در گستره جهان انجام شده‌اند که حکایت از سلامت روان نامطلوب زنان در دوران بارداری دارند. Witt و همکاران با انجام مطالعه‌ای بر روی ۳۰۵۱ زن باردار در ایالت ویسکانسین آمریکا، دریافتند که ۷/۸٪ از آنان سلامت روان نامطلوب داشتند(۵). پژوهشگران با انجام تحقیقی در برزیل اظهار نمودند که از ۱۴۴۷ زن باردار، ۲۸/۸٪ و ۱۶/۹٪ از آنان به ترتیب از افسردگی و اضطراب رنج می‌بردند و ۲۴/۹٪ از آنان نیز انواع تنش‌ها را تجربه می‌کردند(۶).

مطالعه دیگری نیز با مشارکت ۱۵۱۴۳ زن باردار در فرانسه نشان داد که ۱۲/۶٪ از این زنان انواع تنش‌های روانی را تجربه نموده‌اند(۳).

با عنایت به این‌که برخورداری از سلامت روان مطلوب در پیشرفت بارداری و تکامل جنین، نقش مهمی ایفا می‌کند(۷)، به نظر می‌رسد که ارتقای سلامت روان زنان باردار به عنوان یکی از اولویت‌های بهداشت عمومی، مطرح باشد. لذا انجام مداخلات روانشناختی جهت زنان باردار ضروری به نظر می‌رسد(۸). در همین زمینه، نتایج مطالعه کارآموزیان و همکاران نشان داد که برای بهبود سلامت روان زنان در دوران بارداری، می‌توان از درمانگری‌های روانشناختی در مراکز بهداشتی درمانی استفاده نمود(۹). یافته‌های مطالعات دیگری نیز در داخل کشور حاکی از آن بود که می‌توان از برنامه‌های آموزش روانی جهت کاهش اضطراب و افسردگی و در نهایت ارتقای سلامت روان زنان باردار سود برد(۱۲-۱۰).

واقع امر این است که مداخلات آموزش روانی برای زنان باردار، سبب می‌شود که آنان در طول بارداری بهتر بتوانند با موقعیت‌های تنش‌زا برخورد کنند و کنترل بیشتری بر وضعیت جسمی و روانی خود به دست آورند و ضمن این‌که از ترس‌ها و نگرانی‌های آنان درباره زایمان کم می‌شود، از دوران بارداری خویش، رضایتمندی بیشتری نیز داشته باشند (۱۳،۱۴). افزون بر موارد ذکر شده، ارائه برنامه‌های آموزشی روانشناختی به زنان باردار در ایجاد روابط مناسب با همسر، مدیریت هیجانات سخت و خلق انعطاف بیشتر در برخورد با شرایط دشوار نقش ایفا می‌نماید(۱۵).

با این همه، مراقبت‌های سلامت روان به عنوان بخشی از مراقبت‌های معمول پیش از تولد برای زنان باردار اجرا نمی‌گردد(۴).

با توجه به مطالب مذکور و با عنایت به نقش بسیار مهم کارشناسان بهداشتی در ارائه مراقبت‌های مربوط به دوران بارداری و تمرکز آنان بر سلامت جسمانی زنان باردار و از سوی دیگر، نادیده‌گرفتن سلامت روانی در این دوران که از اهمیت زیادی برای سلامت مادر و جنین برخوردار است، از وظایف این کارشناسان است که برای این جنبه از بارداری یعنی سلامت روان نیز همانند جنبه‌های جسمانی آن، اهمیت ویژه ای قائل شوند و خود را مسئول سلامت روانی زنان باردار بدانند و با آموزش‌های صحیح در راستای ارتقای سلامت روانی زنان باردار کوشا باشند. بنابراین کارشناسان بهداشتی می‌توانند با برنامه‌های مبتنی بر آموزش‌های مناسب و مدون، به مادران بیاموزند تا با وجود شرایط دشوار، بارداری را بهتر سپری کنند.

در شرایط کنونی با توجه به این که سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور ما در جهت افزایش جمعیت تغییر یافته است، در راستای اجرای بهینه برنامه‌های مرتبط با این تغییرات؛ لازم است به اجرای مداخلات آموزش روانی جهت بهبود سلامت روان زنان باردار بیش از پیش توجه نمود زیرا اگر زنان جامعه ما بخواهند با این سیاست‌ها همگام شوند، برخورداری از سطوح بالای سلامت روان برای آنان نقش

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-05]

کلیدی ایفا خواهد نمود، در غیر این صورت این احتمال وجود دارد که با تعدد زایمان‌هایِ صرفاً متمرکز بر مراقبت‌های جسمی، علی‌رغم این مهم که جمعیت از نظر کمی افزایش می‌یابد ولی این امر با موجی از اختلالات گوناگون روانی در گروه مادران همراه گردد که در نوع خود می‌تواند تبعات جبران‌ناپذیری برای نظام سلامت کشور در حوزه سلامت زنان داشته باشد.

پژوهشگر با تکیه بر سوابق حرفه‌ای خود در مراکز بهداشتی که مکرراً با زنان باردار و مشکلات مربوط به این دوره از زندگی آنان برخورد نزدیک داشته است، بر این باور است که وضعیت سلامت روان زنان باردار در بازه‌های زمانی مختلف، ممکن است تحت تاثیر تصمیمات و تغییرات ذکر شده از سوی متولیان نظام سلامت قرار گیرد؛ به گونه‌ای که تاثیر مداخلات مدون آموزشی برای ارتقای سلامت روان زنان باردار در زمان‌های مختلف از نتایج یکسانی برخوردار نباشد. لذا پژوهشگر با عنایت به عدم وجود شواهدی مبنی بر انجام مداخله مبتنی بر برنامه مدون آموزشی به منظور ارتقای سلامت روان زنان باردار در شهر اهواز، لزوم انجام این تحقیق را مورد تاکید قرار داد. به علاوه، سلامت روان زنان باردار ساکن شهر اهواز به دلیل برخورداری این شهر از شرایط خاص اقلیمی، ممکن بود با سلامت روان زنان ساکن در سایر اقلیم‌های کشور، متفاوت باشد. همچنین با توجه به این‌که گروه زیادی از زنان باردار در شهر اهواز، سال‌هایی از زندگی خود را در دوران جنگ تحمیلی یا دوران تبعات ناشی از آن سپری کرده‌اند؛ این احتمال وجود داشت که زندگی در شرایط مذکور به عنوان عامل آشکارکننده اختلالات روانی در دوران بارداریِ آنان نمود پیدا کند. موارد یاد شده گویای ضرورت اجرای برنامه‌های آموزشی روانشناختی جهت زنان باردار بوده است. لذا هدف پژوهش حاضر، تعیین تاثیر برنامه مدون آموزشی-رفتاری بر سلامت روان زنان باردار در شهر اهواز بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی دارای یک گروه آزمون و یک گروه کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش، زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر اهواز بودند.

ابتدا فهرستی از مراکز بهداشتی تهیه شد و از میان آنها به صورت تصادفی ساده ۲ مرکز، یکی برای گروه آزمون و دیگری جهت گروه کنترل انتخاب شدند. طبق نظر مشاور آمار برای تعیین حجم نمونه لازم، در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با فرض این‌که نمره سلامت روان در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل به اندازه d=۱/۷۵ بهبود یابد تا تاثیر مداخله از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد، حجم نمونه در هر گروه ۳۲ نفر برآورد گردید. سپس از ۲ مرکز تعیین شده، تعداد ۶۴ مادر باردار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید و با استفاده از تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار داده شدند. لازم به ذکر است که قبل از اجرای مداخله، ۲ نفر از گروه آزمون و ۱ نفر از گروه کنترل به دلایل شخصی و مهاجرت از شهر اهواز، از پژوهش خارج شدند و به این ترتیب پژوهش با مشارکت ۶۱ نفر(۳۰ نفر در گروه آزمون و ۳۱ نفر در گروه کنترل) انجام شد. اگر چه به دلیل ریزش نمونه‌ها، ۳ نفر از تعداد آنها کاسته شد، لیکن نتایج حاصل از توان آزمون مبین کفایت حجم نمونه بود و تحلیل نهایی بر روی ۶۱ نفر از نمونه‌ها انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل قرار داشتن زنان در هفته‌های ۱۶ تا ۲۸ بارداری و تایید سلامتی جنین با انجام سونوگرافی برای مادر بود. همچنین، لازم بود که مرگ یکی از نزدیکان در عرض ۱ سال اخیر برای زن اتفاق نیافتاده باشد. معیارهای خروج نیز شامل سابقه مصرف داروهای موثر بر سلامت روان، مرگ جنین و انصراف از شرکت در مطالعه بود. همچنین، به منظور عدم امکان دسترسی گروه کنترل به آموزش‌های ارائه شده جهت گروه آزمون، تلاش شد تا با در نظر گرفتن گروه‌ها از دو مرکز مجزا، مشکلی در این زمینه ایجاد نگردد.

پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه ۲۸ سئوالی سنجش سلامت روان بود که در ابتدای آن، مشخصات فردی نمونه‌ها شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد بارداری، نوع بارداری، نشانی و شماره تلفن پرسیده شد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-05]

پرسشنامه سنجش سلامت روان (General Health Questionnare-GHQ)، یک پرسشنامه معتبر و استاندارد برای اندازه‌گیری اختلالات روانی است که توسط Goldberg و Hillier(۱۹۷۹) جهت غربالگری اختلالات روانی طراحی شد(۱۶). این پرسشنامه شامل ۲۸ پرسش در قالب ۴ خرده مقیاس است که هر خرده مقیاس آن هفت پرسش دارد. خرده مقیاس‌های یاد شده شامل علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشند. در این پرسشنامه، موارد یک تا هفت مربوط به علائم جسمانی، ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب، ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی و ۲۲ تا ۲۸ مربوط افسردگی می‌باشند.

گزینه‌های مربوط به هر پرسش به صورت اصلاً، در حد معمول، بیش از حدمعمول و خیلی بیش از حدمعمول به ترتیب دارای نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ می‌باشند. پرسشنامه در هر یک از حیطه‌ها دارای دامنه نمره صفر تا ۲۱ و دامنه کلی نمره آن نیز از صفر تا ۸۴ است. در نهایت، بر مبنای نمره برشِ ۲۳، اخذ نمره ۲۳ و بالاتر از آن بیانگر اختلال در سلامت روان و کسب کمتر از این نمره گویای سلامت روان می‌باشد(۱۶). در این پرسشنامه، با افزایش نمره، سطح سلامت روان کاهش می‌یابد.

Williams و همکاران در کشور انگلیس با انجام فراتحلیل روی ۴۳ تحقیق که این پرسشنامه را به‌کار برده بودند، به حساسیت ۸۴٪ و ویژگی ۸۲٪ برای این پرسشنامه اشاره نمودند(۱۷). شاخص‌های اعتبار این پرسشنامه در مطالعات مختلف در داخل کشور نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است. Noorbala و همکاران، میزان حساسیت ۸۸-۸۴ درصد و ویژگی ۸۲-۷۹ درصد را برای آن برآورد نموده‌اند(۱۸). یعقوبی نیز حساسیت ۸۶/۵٪ و ویژگی ۸۲٪ و همچنین پایایی ۸۸٪ به روش بازآزمایی را برای این پرسشنامه گزارش داده است(۱۹).

در پژوهش حاضر، اجرای برنامه مدون آموزشی-رفتاری به صورت گروهی به مدت ۶۰-۵۰ دقیقه در محل مراکز بهداشتی(کلاس آموزش مادران باردار) و به تعداد ۴ جلسه در طی ۴ هفته(هفته‌ای یکبار) بر اساس اهداف آموزشی مشخص شده، برای گروه آزمون انجام شد. به منظور اجرای برنامه فوق، محتوای علمی آن بر اساس کتب و منابع موجود در زمینه سلامت روان و با تاکید بر سلامت روانِ دوران بارداری و تغییراتی که بر اساس تجارب پژوهشگر می‌توانست زنان باردار را از نقطه نظر روانی تهدید نماید، تهیه شد. محتوای آموزشی مربوطه، قبل از انجام مداخله، در اختیار اساتید محترم گروه تحقیق و روانشناسان شاغل در مراکز بهداشتی مورد مطالعه قرار گرفت و پس از اخذ نظرات اصلاحی ایشان، برای گروه آزمون ارائه گردید. مداخله برای گروه کنترل انجام نشد بلکه این گروه تحت مراقبت‌هایِ معمولِ ارائه شده در مراکز بهداشتی قرار داشتند لیکن به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان مداخله و انجام پس آزمون برای هر دو گروه، محتوای مربوطه در قالب لوح فشرده در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت.

در جلسه اول به منظور انجام پیش‌آزمون، در ابتدا پرسشنامه تحقیق در میان زنان باردار توزیع شد و از آنان درخواست گردید که به آن پاسخ گویند. پرسشنامه‌ها به صورت خودایفا توسط نمونه ها تکمیل می‌شدند. سپس آموزش‌های مدون توسط پژوهشگر برای نمونه‌ها به شیوه سخنرانی همراه با پخش اسلاید و پرسش و پاسخ با نمونه‌ها، ارائه شد. قابل ذکر است که ارائه مطلب برای همه جلسات به همین شیوه بود و کارشناس روانشناسی شاغل در مرکز بهداشتی در تمام طول اجرای مداخله، بر نحوه عملکرد پژوهشگر نظارت فعال و مستمر داشت.

در جلسه اول به منظور افزایش آگاهی زنان باردار در جهت بهبود رفتار آنان، آموزش‌هایی از نظر علائم جسمی و روانی که مرتبط با تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری بود، ارائه شد. مثلاً اطلاعاتی در مورد مسائل جسمی شایع در بارداری مثل ویار، تهوع استفراغ، کمردرد، خواب و خستگی و تغییرات پوستی به آنان ارائه گردید. همچنین، اطلاعاتی در مورد تغییرات روانی دوران بارداری مثل شک و تردید و دلسردی،

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-05]

نبود اطمینان در مورد خود و بروز واکنش‌های هیجانی، ترس در بارداری، احساسات ناپایدار، احساس به هم ریختگی ظاهری و احساس زشتی در سه ماهه سوم به آنان داده شد. در پایان جلسه نیز تاریخ جلسه بعد تعیین شد که این امر در تمام جلسات بعدی نیز صادق بود.

در جلسه دوم، آموزش‌هایی برای پذیرش نسبت به تغییرات بارداری از طریق ارائه اطلاعات صحیح در مورد رفتار در قالب بحث گروهی، داده شد. محتوای این جلسه شامل اطلاعاتی در مورد اهمیت سلامت روانی در بارداری و تاثیر اختلالات روانی بر پیامد بارداری بود. به زنان گفته شد که اگر کتاب‌هایی در مورد بارداری، زایمان و مراقبت از نوزاد به آنان توصیه می‌شود، بخوانند؛ به آنها گفته شد که اگر می‌توانند از کتاب فروشی‌ها در این زمینه کتاب تهیه کنند، به خود کمک کنند تا سالم بمانند، فعالیت‌های جسمی متعادل داشته باشند و ورزش‌های ملایم کنند.

در جلسه سوم، آموزش با تاکید بر نقش افراد مهم و تاثیرگذار بر زندگی زن باردار از جمله همسر و مادر انجام شد و بر نقش مهم آنها در تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت روان زنان باردار تاکید شد. مثلا تاکید شد که این افراد مشوق زن باردار در تغییر رفتار صحیح می‌باشند و زنان باردار باید سعی کنند که حمایت جسمی و روانی این افراد مهم را در بارداری برای خود بیشتر جلب کنند.

در جلسه چهارم، بر مهارت‌هایی که فرد برای تغییر رفتار نیاز دارد از جمله مهارت‌هایی مانند حل مسئله، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌هایی جهت مدیریت افسردگی و اضطراب تاکید شد. یادگیری این مهارت‌ها به زنان کمک می‌نمود تا در عملکرد اجتماعی آنها کمتر اختلال ایجاد گردد.

در پایان همه جلسات نیز از زنان باردار خواسته می‌شد تا بر اساس آموزش‌های دریافت شده، به انجام تکالیف رفتاری در این رابطه بپردازند و سپس از انجام تکالیف رفتاری توسط آنان، اطمینان حاصل می‌شد. به این صورت که در پایان هر جلسه، تکالیفی متمرکز بر محتوای آموزشی ارائه شده در همان جلسه برای اجرا در منزل به آنان ارائه می‌گردید و در ابتدای جلسه بعد درباره این تکالیف و انجام آن و نتیجه احتمالی که از انجام این تکلیف برایشان حاصل شده بود؛ بحث صورت می‌گرفت. در ادامه، ۴ هفته پس از کامل شدن آموزش‌ها بر اساس برنامه‌ریزی قبلی، از زنان باردار هر ۲ گروه دعوت شد تا پرسشنامه سلامت روان را مجدداً تکمیل کنند.

پژوهشگر با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت از زنان باردار به گردآوری اطلاعات اقدام نمود، به همین منظور در خصوص اهداف مطالعه برای نمونه‌ها توضیحات لازم ارئه گردید و نمونه‌ها در خصوص مشارکت در پژوهش آزاد بودند و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه نزد پژوهشگر خواهد ماند.

تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی(آزمون مجذور کای، آزمون تی مستقل و تی زوجی) تحت نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ انجام شد. سطح معنی‌داری نتایج نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه بین نمونه‌های دو گروه، مطابق آزمون آماری مجذور کای، از نظر مشخصات فردی اختلاف معنی‌دار وجود نداشت. فراوانی و درصد مشخصات فردی نمونه‌ها در جدول شماره ۱ دیده می‌شود.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-05]

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی زنان باردار

متغیر	گروه	آزمون فراوانی(درصد)	کنترل فراوانی(درصد)	*P
سن به سال				
	کمتر از ۲۰	(۲۳/۳)۷	(۱۹/۴)۶	۰/۴۶
	۲۰-۲۹	(۶۰)۱۸	(۶۱/۲)۱۹	
	بیشتر از ۳۰	(۱۶/۷)۵	(۱۹/۴)۶	
سطح تحصیلات				
	زیردیپلم	(۳۰)۹	(۳۵/۵)۱۱	۰/۶۲
	دیپلم و بالاتر	(۷۰)۲۱	(۶۴/۵)۲۰	
وضعیت اشتغال				
	خانه دار	(۹۶/۷)۲۹	(۹۶/۸)۳۰	۰/۷۸
	شاغل	(۳/۳)۱	(۳/۲)۱	
تعداد بارداری				
	یک	(۶۰)۱۸	(۶۱/۲)۱۹	۰/۸۲
	دو	(۲۳/۳)۷	(۱۹/۴)۶	
	سه و بیشتر	(۱۶/۷)۵	(۱۹/۴)۶	
نوع بارداری				
	خواسته	(۸۳/۳)۲۵	(۸۳/۹)۲۶	۰/۶۶
	ناخواسته	(۱۶/۷)۵	(۱۶/۱)۵	

* آزمون مجذور کای

نمره کلی سلامت روان نمونه‌ها در گروه آزمون در مراحل پیش و پس از مداخله به ترتیب ۶/۱ ± ۳۳/۲ و ۳/۹ ± ۲۱/۱ بود، این نمره برای گروه کنترل نیز در مراحل ذکر شده، به ترتیب ۵/۷ ± ۳۰/۳ و ۶/۷ ± ۳۰/۱ بود. یافته‌ها نشان داد که بین نمره سلامت روان زنان باردار در ابعاد چهارگانه علائم جسمی(p=۰/۲۸)، اضطراب(p=۰/۳۲)، افسردگی(p=۰/۱۹) و عملکرد اجتماعی(p=۰/۲۶)، پیش از مداخله در گروه‌های آزمون و کنترل اختلاف معنی‌دار آماری وجود ندارد و هر دو گروه از نظر نمره سلامت روان در ابعاد مذکور، پیش از مداخله همگن بودند. در صورتی‌که آزمون تی مستقل بیانگر اختلاف معنی‌دار آماری بین نمره سلامت روان زنان باردار در ابعاد علائم جسمی(p=۰/۰۱)، اضطراب(p=۰/۰۱) و افسردگی(p=۰/۰۲)، پس از مداخله در هر دو گروه بود. این در حالی است که پس از مداخله، مطابق آزمون تی مستقل، اختلاف معنی‌دار آماری بین نمره سلامت روان نمونه‌های دو گروه در حیطه عملکرد اجتماعی از سلامت روان وجود نداشت(p=۰/۱۶). میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد سلامت روان زنان در هر دو گروه، در جدول شماره ۲ نمایان است.

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد سلامت روان زنان در هر دو گروه پیش و پس از مداخله

	پیش از مداخله			پس از مداخله		
	گروه آزمون انحراف‌معیار± میانگین	گروه کنترل انحراف‌معیار±میانگین	*P	گروه آزمون انحراف‌معیار± میانگین	گروه کنترل انحراف‌معیار±میانگین	*P
علائم جسمی	۷/۸ ±۱/۸	۶/۲ ± ۱/۷	۰/۲۸	۴/۶ ± ۲/۷	۶/۵ ± ۳/۲	۰/۰۱
اضطراب	۹/۳ ± ۲/۹	۸ ± ۲/۲	۰/۳۲	۴ ± ۱/۵	۸/۶ ± ۲/۴	۰/۰۱
عملکرد اجتماعی	۸ ± ۲/۸	۶/۵ ± ۱/۸	۰/۲۶	۸ ±۳	۶/۶ ± ۲/۲	۰/۱۶
افسردگی	۸/۱ ± ۲/۹	۷/۶ ± ۳	۰/۱۹	۴/۵ ± ۱/۵	۸/۴ ± ۲/۸	۰/۰۲

* آزمون تی مستقل

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-05]

سایر نتایج نشان داد که نمره حیطه‌های علائم جسمی(p=۰/۰۱)، اضطراب(p=۰/۰۲) و افسردگی(p=۰/۰۱) از سلامت روان زنان باردار طبق آزمون تی زوجی در گروه آزمون، پس از مداخله نسبت به پیش از آن بهبود داشت ولی حیطه عملکرد اجتماعی از سلامت روان تغییر معنی‌داری نداشت(p=۰/۱۸).

به علاوه، آزمون تی زوجی بین نمره ابعاد چهارگانه سلامت روان در گروه کنترل در مراحل پیش و پس از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری نشان نداد(علائم جسمی(p=۰/۴۸)، اضطراب(p=۰/۳۲)، عملکرد اجتماعی(p=۰/۲۶) و افسردگی(p=۰/۳۷). این یافته‌ها در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شوند.

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روان زنان در هر یک از دو گروه به تنهایی

	آزمون			کنترل		
	پیش‌آزمون انحراف‌معیار± میانگین	پس‌آزمون انحراف‌معیار±میانگین	P*	پیش‌آزمون انحراف‌معیار± میانگین	پس‌آزمون انحراف‌معیار±میانگین	P*
علائم جسمی	۷/۸ ±۱/۸	۴/۶ ± ۲/۷	۰/۰۱	۶/۲ ± ۱/۷	۶/۵ ± ۳/۲	۰/۴۸
اضطراب	۹/۳ ± ۲/۹	۴ ± ۱/۵	۰/۰۲	۸ ± ۲/۲	۸/۶ ± ۲/۴	۰/۳۲
عملکرد اجتماعی	۸ ± ۲/۸	۸ ±۳	۰/۱۸	۶/۵ ± ۱/۸	۶/۶ ± ۲/۲	۰/۲۶
افسردگی	۸/۱ ± ۲/۹	۴/۵ ± ۱/۵	۰/۰۱	۷/۶ ± ۳	۸/۴ ± ۲/۸	۰/۳۷

* آزمون تی زوجی

بحث

مطالعه حاضر، اثربخشی یک برنامه مدون آموزشی-رفتاری را بر سلامت روان زنان باردار مورد واکاوی قرار داد. نتایج حاصل از این پژوهش گویای آن بود که برنامه ذکر شده برای گروه آزمون سبب تغییرات مثبت در جهت بهبود حیطه‌های علائم جسمی، اضطراب و افسردگی از سلامت روان زنان باردار شده است ولی این مداخله بر بهبود عملکرد اجتماعی این گروه از زنان بی‌تاثیر بوده است. در این خصوص، مطالعه‌ای با رویکرد کیفی در ایالات متحده آمریکا با مشارکت ۲۴ زن باردار انجام شد. مشارکت‌کنندگان اعلام داشتند که اگر مشکلات روانشناختی آنان در طول بارداری برطرف شود، سطح تنش کمتری را در این دوران تجربه خواهند نمود. محققان نیز پیشنهاد نمودند، ضروری است مداخلات روانشناختی به منظور کاستن از تنش زنان باردار، اجرا گردد(۲۰). هم‌راستا با یافته‌های پژوهش حاضر، نتایج مطالعات نیمه‌تجربی انجام شده در کانادا و ایالات متحده آمریکا که برای زنان باردار، مداخلات آموزش روانی اجرا نمودند؛ اضطراب، افسردگی و تنش این زنان کاهش چشمگیری پیدا نمود و به طور کلی این مداخلات منجر به بهبود سلامت روان آنان شد(۴،۲۱).

Thomas و همکاران در استرالیا نیز برای ۴۸ زن باردار مداخله روانشناختی به صورت گروهی اجرا نمودند. در مطالعه ایشان، زنان در ۶ جلسه گروه‌درمانی شرکت نمودند و اجرای مداخله، توانست از شدت علائم افسردگی و اضطراب زنان بکاهد(۲۲). همچنین، پژوهشگران با اجرای مداخله روانشناختی جهت ۲۳۵ زن باردار در بلژیک دریافتند که اجرای این مداخله منجر به بهبود اضطراب زنان شده است(۲۳). در راستای تایید یافته‌های پژوهش ما، نتایج مطالعه جباری و همکاران در شهرضا نیز که به اجرای مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری برای زنان باردار اقدام نمودند، میزان اضطراب و افسردگی زنان پس از مداخله به گونه معنی‌داری بهبود یافت(۱۰).

به طور کلی، بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت با اجرای مداخلات آموزشی رفتاری در دوران بارداری از افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی زنان باردار کاسته می‌شود. در همین رابطه، Oni و همکاران در ایالات متحده آمریکا با بررسی ۱۹۲ زن که در جریان طوفان کاترینا باردار بودند یا مدت کوتاهی پس از آن حادثه، باردار شدند؛ اظهار نمودند که

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-05]

این زنان تنش زیادی را تجربه نموده‌اند. از طرفی، این زنان با به کاربستن مهارت‌های مقابله‌ای مناسب، توانستند از بار تنش وارده بر خود بکاهند. لذا محققان پیشنهاد دادند، برنامه‌های آموزشی-رفتاری برای کاستن از از انواع تنش‌های روانی دوران بارداری مدنظر کارکنان عرصه سلامت قرار گیرد(۲۴).

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش ما بیان داشتند که اجرای مداخله روانشناختی تاثیری بر بهبود اختلال عملکرد اجتماعی زنان باردار نداشته است. این در حالی است که مطالعات انجام شده در این زمینه، به نقش مداخلات روانشناختی بر بهبود عملکرد اجتماعی زنان باردار تاکید نموده‌اند. نتایج یک پیمایش در استرالیا نشان داد که ۱۸٪ از زنان باردار اختلال عملکرد اجتماعی داشتند و پژوهشگران توصیه نمودند که با اجرای برنامه‌های آموزشی و حمایتی در دوران بارداری می‌توان عملکرد اجتماعی زنان را بهبود بخشید(۲۵). همچنین، نتایج مطالعه‌ای نشان داد که ۳۹/۸٪ زنان باردار در برزیل از نظر فعالیت‌های جسمی در سطح پایین قرار داشتند و عمده‌ترین فعالیت جسمی آنان که مشکل داشت، مشارکت در انجام کارهای منزل بود. محققان در مطالعه مذکور چنین اظهار نمودند که با اجرای مداخلات روانشناختی در این زمینه، می‌توان زنان را ترغیب نمود تا ضمن برخورداری از سلامت روان مطلوب‌تر، نه تنها جهت مشارکت در امور منزل بلکه در زمینه بهبود عملکردهای اجتماعی شان نیز دارای انگیزه شوند(۶).

به نظر می‌رسد گوناگونی نتایج به دست آمده در این تحقیق و سایر تحقیقات مشابه به دلیل متعدد بودن محیط فرهنگی و اجتماعی واحد های مورد بررسی باشد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و نتایج به دست آمده از سایر مطالعات، به نظر می‌رسد در جهت تحقق اهداف و برنامه‌های سلامت‌روان مادران که تضمین‌کننده سلامت جامعه می‌باشند، باید مداخلات بیشتری اعمال گردد.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. از جمله این‌که انتخاب نمونه‌ها به صورت غیراحتمالی بود و این امر قابلیت تعمیم یافته‌ها را دشوار می‌نماید. همچنین، در این مطالعه اجرای برنامه مدون آموزشی-رفتاری برای زنان باردار متمرکز بر ابعاد چهارگانه سلامت روان به صورت کلی بود که توصیه می‌گردد در مطالعات آتی تاثیر این برنامه بر هر یک از ابعاد چهارگانه سلامت روان زنان باردار به صورت مجزا انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

بروز اختلالات روانی در دوران بارداری پیشگویی‌کننده این اختلالات در مرحله بعد از زایمان نیز می‌باشند. بنابراین دوران بارداری زمان مطلوبی برای انجام مداخلات مربوطه در این خصوص می‌باشد و بر تمامی کارکنان خدمات بهداشتی و درمانی واجب است تا با مداخلات به موقع و راهنمایی‌های لازم به یاری زنان باردار بشتابند و در جهت حفظ سلامت روان آنان بکوشند زیرا همه این اقدامات در نهایت به ارتقای سلامت جامعه می‌انجامند. با توجه به نتایج این پژوهش که اجرای برنامه آموزشی–رفتاری توانست در جهت کاهش علائم جسمی، اضطراب و افسردگی دوران بارداری عمل نماید، می‌توان چنین برنامه‌هایی را در کنار مراقبت‌های جسمی دوران بارداری برای زنان لحاظ نمود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی اهواز است. نویسندگان مقاله از همگی بانوان باردار شرکت‌کننده در تحقیق که با توجه به وضعیت خاص خود یاری‌گر آنان در این راه بودند؛ صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایند.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-05]

References:

1- Agampodi SB, Agampodi TC. ***Antenatal depression in Anuradhapura, Sri Lanka and the factor structure of the Sinhalese version of Edinburgh post partum depression scale among pregnant women.*** PLoS One 2013; 8(7): e69708.

2- Seng JSD, Andrea W, Ford JD. ***Complex Mental Health Sequelae of Psychological Trauma Among Women in Prenatal Care.*** Psychol Trauma 2014; 6(1): 41-9.

3- Bales M, Pambrun E, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal NC, Charles MA, Verdoux H, et al. ***Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort.*** Eur Psychiatry 2015; 30(2): 322-28.

4- Kingston D, Janes-Kelley S, Tyrrell J, Clark L, Hamza D, Holmes P, et al. ***An integrated web-based mental health intervention of assessment-referral-care to reduce stress, anxiety, and depression in hospitalized pregnant women with medically high-risk pregnancies: a feasibility study protocol of hospital-based implementation.*** JMIR Res Protoc 2015; 4(1): e9.

5- Witt WP, DeLeire T, Hagen EW, Wichmann MA, Wisk LE, Spear HA, et al. ***The prevalence and determinants of antepartum mental health problems among women in the USA: a nationally representative population-based study.*** Arch Womens Ment Health 2010; 13(5): 425-37.

6- Takahasi EHM, Alves MTSSD, Alves GS, Silva AAMD, Batista RFL, Simões VMF, et al. ***Mental health and physical inactivity during pregnancy: a cross-sectional study nested in the BRISA cohort study.*** Cad Saude Publica 2013; 29(8): 1583-94.

7- Guszkowska M, Langwald M, Zaremba A, Dudziak D. ***The correlates of mental health of well-educated Polish women in the first pregnancy.*** J Ment Health 2014; 23(6): 328-32.

8- Cook CA, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. ***Psychiatric disorders and treatment in low-income pregnant women.*** J Womens Health 2010; 19(7): 1251-62.

9- Karamoozian M, Askarizadeh Gh, Darekordi A. ***The impact of prenatal group stress management therapy on anxiety in mothers and newborns' physiological parameters*****.** Evolutional psychology: Iranian psychologists 2015; 11(43): 259-71. [Persian]

10- Jabbari Z, Hashemi H, Haghayegh SA. ***Survey on effectiveness of cognitive behavioral stress management on the stress, anxiety, and depression of pregnant women.*** J Health Syst Res 2012; 8(7): 1341-47. [Persian]

11- Rahimi F, Ahmadi M, Rosta F, Alavi Majd H, Valiani M. ***Effect of relaxation training on pregnancy anxiety in high risk women.*** J Safety Promotion and Injury Prevention 2014; 2(3): 180-88. [Persian]

12- Seyed Ahmadi Nejad FS, Golmakani N, Asghari Pour N, Shakeri MT. ***Effect of progressive muscle relaxation on depression, anxiety, and stress of primigravid women.*** Evidence based care 2015; 5(14): 67-75. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-05]

13- Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. ***Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing***. BMC Pregnancy Childbirth 2015; 15(1): 284.

14- Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, et al. ***Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention.*** BMC Pregnancy Childbirth 2013; 13(1): 190.

15- Sarbandi Farahani M, Mohamadkhani Sh, Moradi A**.** ***Effect of mindfulness-based childbirth and parenting program education on pregnancy anxiety and marital satisfaction in pregnant women*****.** J Behavioral Sci 2014; 8(4): 375-81. [Persian]

16- Goldberg DP, Hillier VF. ***A scaled version of general health questionnaire.*** Psycho Med 1979; 9(1): 139-45.

17- Williams P, Willkinson G, Rawnsly K. ***The scope of epidemiological psychiatry.*** London 1989.

18- Noorbala AA, Bagheri Yazdi S, Yasamy MT, Mohammad K. ***Mental health survey of the adult population in Iran.*** Br J Psychiatry 2004; 184(1): 70-3.

19- Yaghobi H. ***Screening of mental health: test position and how to determine the cut- off score and validation.*** J Ment Health 2008; 1: 39-51. [Persian]

20- Bloom TL, Bullock LF, Parsons L. ***Rural pregnant women's stressors and priorities for stress reduction.*** Issues Ment Health Nurs 2012; 33(12): 813-19.

21- Rowe H, Sperlich M, Cameron H, Seng J. ***A Quasi-experimental outcomes analysis of a psychoeducation intervention for pregnant women with abuse-related posttraumatic stress.*** J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2014; 43(3): 282-93.

22- Thomas N, Komiti A, Judd F. ***Pilot early intervention antenatal group program for pregnant women with anxiety and depression.*** Arch Womens Ment Health 2014; 17(6): 503-09.

23- Bogaerts AFL, Devlieger R, Nuyts E, Witters I, Gyselaers W, Van den Bergh BRH. ***Effects of lifestyle intervention in obese pregnant women on gestational weight gain and mental health: a randomized controlled trial.*** Int J Obes 2013; 37(6): 814-21.

24- Oni O, Harville EW, Xiong X, Buekens P. ***Impact of coping styles on post-traumatic stress disorder and depressive symptoms among pregnant women exposed to Hurricane Katrina.*** Am J Disaster Med 2011; 7(3): 199-209.

25-Yelland J, Brown SJ. ***Asking women about mental health and social adversity in pregnancy: results of an Australian population-based survey.*** Birth 2014; 41(1): 79-87.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-05]

Effectiveness of A Codified Educational Behavioral Program on the Mental Health of Pregnant Women

Karami KH (PhD) [1], Mardani A (Msc)*[2], Shakerinezhad GH (PhD) [3], Saki A (PhD) [4]

[1,2,4] Department of Health Education, Faculty of Health, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
[3] Research Center for Health Education, Khozestan Jihad University , Ahvaz, Iran

Received: 18 Jul 2015 ***Accepted:*** 15 Oct 2015

Abstract

Introduction: Pregnancy, considered as a vulnerable period, exposes women to many new problems. Dealing with new conditions and problems can affect mental health of pregnant women. Hence, the present study aimed to determine the effectiveness of a codified educational behavioral program on the mental health of pregnant women.

Methods: In this quasiexperimental study, 61 pregnant women were selected via convinience sampling who were assigned into two experimental (n=31) and control (n=30) groups. The experimental group received 4 weekly sessions of an educational behavioral program in a health center in Ahvaz. The study participants completed General Health Questionnaire (GHQ) before the treatment as the pretest and four weeks after the treatment as the posttest. The study data were analyzed via chi square test, paired t- test and independent t-test and significant level of the statistical tests was set less than 0.05.

Results: The findings of the present study showed that mean score of mental health in the experimental group was significantly better than that of the control group in the post test (21.1± 3.9 vs. 30.1 ± 6.7). Moreover, the anxiety score (p=0.01), somatoform symptoms (p=0.01) and depression (p=0.02) were significantly better in the experimental group than the control group in the post test, though the score of social dysfunction (p=0.16) did not demonstrate any improvements in this group.

Conclusion: It is can be concluded that educational behavioral program, as a beneficial method of intervention, could be applied in order to improve the pregnant women' mental health.

Keywords: Educational behavioral program; Mental health; Pregnancy

This paper should be cited as:
Karami KH, Mardani A, Shakerinejad GH, Saki A. ***Effectiveness of a codified educational behavioral program on the mental health of pregnant women.*** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2015; 23(9): 879-89.

Corresponding author: Tel: 09131277569, Email: afsanemardani@ymail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-09-05]