



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

خدابخش کرمی^۱، افسانه مردانی^{۲*}، قدرت الله شاکری نژاد^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 روبرو 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. مشارکت کنندگان، پرسشنامه سلامت روانی را پیش و ۴ هفته پس از مداخله تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون مجدور 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 ($21/1 \pm 3/9$ در برابر $6/7 \pm 3/0$). همچنین نتایج گویای آن بود که مداخله توانسته است حیطه‌های اضطراب ($p=0/01$)، افسردگی ($p=0/02$) و علائم جسمی ($p=0/01$) از سلامت روان زنان باردار را بهبود بخشد اما تاثیری بر حیطه عملکرد اجتماعی از سلامت روان آنان نداشت ($p=0/16$).

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

* - دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، خوزستان

- مرکز پژوهشی آموزش سلامت، جهاد دانشگاهی خوزستان، واحد اهواز

*(نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۳۱۲۷۷۵۶۹، پست الکترونیکی: afsanemardani@ymail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۲۳ تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۲۷

مقدمه

واقع امر این است که مداخلات آموزش روانی برای زنان باردار، سبب می‌شود که آنان در طول بارداری بهتر بتوانند با موقعیت‌های تنفس‌زا 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 این‌همه، 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 تمکز 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 ویژه‌ای قائل شوند و خود را مسئول سلامت روانی زنان باردار بدانند و با آموزش‌های صحیح در راستای ارتقای سلامت روانی زنان باردار کوشانند. 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 پیش از پیش توجه نمود زیرا اگر زنان جامعه ما بخواهند با این سیاست‌ها همگام شوند، برخورداری از سطوح بالای سلامت روان برای آنان نقش

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 تنفس‌زاها 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، ۸/۲۸٪ و ۹/۱۶٪ از آنان به ترتیب از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند و ۹/۲۴٪ از آنان نیز انواع تنفس‌ها را تجربه می‌کرند (۶).

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

با عنایت به این که 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 (۱۰-۱۲).

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 $d=1/75$ 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 هفتنه‌های 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 نیافتداده 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 در نظر گرفتن گروه‌ها از دو مرکز مجزا، مشکلی در این زمینه ایجاد نگردد.

پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه ۲۸ سوالی 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.

کلیدی ایفا خواهد نمود، در غیر این صورت این احتمال وجود دارد که با تعدد زایمان‌های 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 برخورده 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 تأکید 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 این که گروه زیادی از زنان باردار در شهر اهواز، سال‌هایی از زندگی خود را در دوران جنگ تحملی 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 بارداری آنان نمود پیدا کند. موارد یاد شده گویای ضرورت اجرای برنامه‌های آموزشی روانشناسی 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.

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 روان 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 مراقبت‌های معمول 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 نمونه‌ها 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 عالم 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،

پرسشنامه	سنجهش	سلامت روان
General Health Questionnaire-GHQ)	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 عالم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشند. در این پرسشنامه، موارد یک تا هفت مربوط به عالم 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 اصلأً، 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 برشی 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 به کار بردند، 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 ۸۴-۸۸ درصد و ویژگی ۷۹-۸۲ درصد را برای آن برآورد نموده‌اند (۱۸). یعقوبی نیز حساسیت ۸۶/۵٪ و ویژگی ۸۲٪ و همچنین پایابی 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 ۵۰-۶۰ دقیقه در محل مراکز

در پایان همه جلسات نیز از زنان باردار خواسته می شد تا بر اساس آموزش های دریافت شده، به انجام تکالیف رفتاری در این رابطه بپردازند و سپس از انجام تکالیف رفتاری توسط آنان، اطمینان حاصل می شد. 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 می گردید 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 می گرفت. در ادامه، ۴ هفته پس از کامل شدن آموزشها بر اساس برنامه ریزی 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 نمونه ها توضیحات لازم ارائه گردید و نمونه ها در خصوص مشارکت در پژوهش آزاد بودند و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محترمانه نزد پژوهشگر خواهد ماند.

تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون مجدور کای، آزمون تی مستقل و تی زوجی) تحت نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ انجام شد. سطح معنی داری نتایج نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه بین نمونه های دو گروه، مطابق آزمون آماری مجدور کای، از نظر مشخصات فردی اختلاف معنی دار وجود نداشت. فراوانی و درصد مشخصات فردی نمونه ها در جدول شماره ۱ دیده می شود.

نبود اطمینان در مورد خود و بروز واکنش های 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، آموزش هایی 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 کتاب هایی در مورد بارداری، زایمان و مرابت از نوزاد به آنان توصیه می شود، بخوانند؛ به آنها گفته شد که اگر می توانند از کتاب فروشی ها در این زمینه کتاب تهیه کنند، به خود کمک کنند تا سالم بمانند، فعالیت های جسمی متعادل داشته باشند و ورزش های 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. مثلاً تاکید شد که این افراد مشوق زن باردار در تغییر رفتار صحیح می باشند 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 مهارت هایی که فرد برای تغییر رفتار نیاز دارد از جمله مهارت هایی مانند حل مسئله، مهارت های ارتباطی و مهارت هایی جهت مدیریت افسردگی و اضطراب تاکید شد. یادگیری این مهارت ها به زنان کمک می نمود تا در عملکرد اجتماعی آنها کمتر اختلال ایجاد گردد.

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی زنان باردار

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

* آزمون محدود کای

همگن بودند. در صورتی که آزمون تی مستقل بیانگر اختلاف معنی‌دار آماری بین نمره سلامت روان زنان باردار در ابعاد عالم جسمی ($p=0.1$), اضطراب ($p=0.01$) و افسردگی ($p=0.02$), 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 ($p=0.16$). میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد سلامت روان زنان در هر دو گروه، در جدول شماره ۲ نمایان است.

نمره کلی سلامت روان نمونه‌ها در گروه آزمون در مراحل پیش و پس از مداخله به ترتیب $6/1 \pm 3/2$ و $21/1 \pm 3/9$ بود، این نمره برای گروه کنترل نیز در مراحل ذکر شده، به ترتیب $30/3 \pm 5/7$ و $6/7 \pm 3/0$ بود. یافته‌ها نشان داد که بین نمره سلامت روان زنان باردار در ابعاد چهارگانه عالم جسمی ($p=0.28$), اضطراب ($p=0.32$), افسردگی ($p=0.19$) و عملکرد اجتماعی ($p=0.26$), 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

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

متغیر	پس از مداخله			پیش از مداخله		
	گروه آزمون	انحراف معیار ± میانگین	گروه کنترل	متغیر	گروه آزمون	انحراف معیار ± میانگین
۰/۰۱	$6/5 \pm 2/2$	$4/6 \pm 2/7$	$0/28$	$6/2 \pm 1/7$	$7/8 \pm 1/8$	عالم جسمی
۰/۰۱	$8/6 \pm 2/4$	$4 \pm 1/5$	$0/32$	$8 \pm 2/2$	$9/3 \pm 2/9$	اضطراب
۰/۱۶	$6/6 \pm 2/2$	8 ± 3	$0/26$	$6/5 \pm 1/8$	$8 \pm 2/8$	عملکرد اجتماعی
۰/۰۲	$8/4 \pm 2/8$	$4/5 \pm 1/5$	$0/19$	$7/6 \pm 3$	$8/1 \pm 2/9$	افسردگی

* آزمون تی مستقل

به علاوه، آزمون تی زوجی بین نمره ابعاد چهارگانه سلامت روان در گروه کنترل در مراحل پیش و پس از مداخله اختلاف معنی دار آماری نشان نداد (علائم جسمی $p=0.48$ ، اضطراب $p=0.32$ ، عملکرد اجتماعی $p=0.26$) و افسرده $p=0.37$). این یافته ها در جدول شماره ۳ مشاهده می شوند.

سایر نتایج نشان داد که نمره حیطه های علائم جسمی ($p=0.1$)، اضطراب ($p=0.02$) و افسرده ($p=0.01$) 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 معنی داری نداشت ($p=0.18$).

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

*P	کنترل			آزمون		
	پس آزمون	پیش آزمون	انحراف معیار \pm میانگین	پس آزمون	پیش آزمون	انحراف معیار \pm میانگین
0.48	6.5 ± 3.2	6.2 ± 1.7	0.01	4.6 ± 2.7	7.8 ± 1.8	علام جسمی
0.32	8.6 ± 2.4	8 ± 2.2	0.02	4 ± 1.5	9.3 ± 2.9	اضطراب
0.26	6.6 ± 2.2	6.5 ± 1.8	0.18	8 ± 3	8 ± 2.8	عملکرد اجتماعی
0.37	8.4 ± 2.8	7.6 ± 3	0.01	4.5 ± 1.5	8.1 ± 2.9	افسرده

* آزمون تی زوجی

بحث

Thomas و همکاران در استرالیا نیز برای ۴۸ زن باردار مداخله روانشناختی به صورت گروهی اجرا نمودند. در مطالعه ایشان، زنان در ۶ جلسه گروه درمانی شرکت نمودند و اجرای مداخله، توانست از شدت علائم افسرده 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 یافته های پژوهش ماء، 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 افسرده زنان پس از مداخله به گونه معنی داری بهبود یافت (۱۰).

به طور کلی، بر اساس یافته های این پژوهش، می توان گفت با اجرای مداخلات آموزشی رفتاری در دوران بارداری از افسرده، اضطراب و علائم جسمانی زنان باردار کاسته می شود. 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

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 حیطه های علائم جسمی، اضطراب و افسرده از سلامت روان زنان باردار شده است ولی این مداخله بر بهبود عملکرد اجتماعی این گروه از زنان بی تاثیر بوده است. در این خصوص، مطالعه ای با رویکرد کیفی در ایالات متحده آمریکا با مشارکت ۲۴ زن باردار انجام شد. مشارکت کنندگان اعلام داشتند که اگر مشکلات روانشناختی آنان در طول بارداری برطرف شود، سطح تنفس کمتری را در این دوران تجربه خواهند نمود. محققان نیز پیشنهاد نمودند، ضروری است مداخلات روانشناختی به منظور کاستن از تنفس زنان باردار، اجرا گردد (۲۰). هم راستا با یافته های پژوهش حاضر، نتایج مطالعات نیمه تجربی انجام شده در کانادا و ایالات متحده آمریکا که برای زنان باردار، مداخلات آموزش روانی اجرا نمودند؛ اضطراب، افسرده و تنفس این زنان کاهش چشمگیری پیدا نمود و به طور کلی این مداخلات منجر به بهبود سلامت روان آنان شد (۴، ۲۱).

که تضمین‌کننده سلامت جامعه می‌باشند، باید مداخلات بیشتری اعمال گردد.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. از جمله این که 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 مت مرکز بر بعد 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 می‌باشد. 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 بستابند 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. نویسنده‌گان مقاله از همگی بانوان باردار شرکت‌کننده در تحقیق که با توجه به وضعیت خاص خود یاری‌گر آنان در این راه بودند؛ صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایند.

این زنان تنש زیادی را تجربه نموده‌اند. از طرفی، این زنان با به کاربستن مهارت‌های مقابله‌ای مناسب، توانستند از بار تنش وارد بخود 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 تأکید 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 بخشد(۲۵). همچنین، نتایج مطالعه‌ای نشان داد که ۳۹/۸٪ زنان باردار در بزرگی 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 سلامت روان مادران

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.* Evolitional 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]

- 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, Wilkinson 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.

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