Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 10, Issue 3, Autumn 2021

# The Effectiveness of Stewart Cognitive-behavioral Family Therapy on Mental Weakness and Emotional Self-regulation in Pregnant Women in the Corona Epidemic

**Parviz Karimi sani[1*], Nasrin Abbasi[1], Reza Karimi Johani[2]**

1- Department of Psychology, Islamic Azad University, Shabestar Branch, Shabestar, Iran.
2- Nursing Departments, Graduate of the Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Sarab Branch, Sarab, Iran.

**Corresponding author:** Parviz Karimi Sani, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shabestar Branch, Shabestar, Iran.
**Email:Karimisani.counsel@gmail.com**

## Abstract

**Introduction** : Pregnancy is one of the most important and influential periods of a mother's life. The physical health and mental state of the mother have a significant impact on the growth and development of the fetus and the future health of the mother and child. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Stuart Cognitive Behavioral Family Therapy on reducing mental weakness and emotional self-regulation of pregnant women in the obstetrics and neonatal ward of Imam Sajjad Hospital in Tabriz in the corona epidemic.

**Methods:** The research method was quasi-experimental pre-test and post-test with a control group. The statistical population of this project is pregnant mothers referring to the specialized gynecology and obstetrics clinic of Imam Sajjad Hospital in Tabriz during the third quarter of 1399. From a statistical population of 160 people, at least 24 pregnant women under 30 weeks of gestation were selected by purposive sampling and divided into two groups of experiments and control by lot. The first group was selected as the experimental group and the second group as the control group and answered the Mental Impairment Questionnaire (seventh scale of the MMPI questionnaire) and the Emotional Self-Regulation Questionnaire (Garnfsky et al., 2001). The reliability coefficient of the MMPI questionnaire was 0.84 and that Garanovsky et al. Mentioned good validity and validity for this scale.The alpha coefficient for the subscales of this questionnaire has been reported by Granfski et al. In the range of 0.71 to 0.81. Analysis of covariance was used to analyze the research data using SPSS software version 24.

**Results:** The results showed that family therapy has a significant effect on reducing the feeling of mental weakness in pregnant women (significance level 0.01). Also, family therapy sessions training has a positive effect on emotional self-regulation of pregnant women and Stewart cognitive-behavioral family therapy has an effect on the components of emotional self-regulation of pregnant women (significance level 0.01).

**Conclusions:** Stuart Cognitive Behavioral Family Therapy can be used to reduce mental weakness, increase emotional self-regulation and components among pregnant women.

**Keywords:** Stewart Cognitive Behavioral Family Therapy, Mental Impairment, Emotional Self-Regulation, Pregnant Women.

[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۰، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

# اثربخشی خانواده درمانی رفتاری شناختی استوارت بر ضعف روانی و خودتنظیمی هیجانی در زنان باردار در اپیدمی کرونا

پرویز کریمی ثانی[1*]، نسرین عباسی[1]، رضا کریمی جوهنی[2]

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر، شبستر، ایران.
۲-گروه پرستاری، دانش آموخته دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سراب، سراب، ایران.

**نویسنده مسئول:** پرویز کریمی ثانی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر، شبستر، ایران.
**ایمیل:** Karimisani.counsel@gmail.com

## چکیده

**مقدمه:** دوران بارداری از مهمترین و تاثیرگذارترین دوران زندگی یک مادر می باشد. سلامت جسمانی و وضعیت روحی-روانی مادر تاثیر بسزایی روی رشد و تکامل جنین و سلامتی آتی مادر و کودک دارد. این پژوهش با هدف اثربخشی خانواده درمانی رفتاری شناختی استوارت بر کاهش ضعف روانی و خودتنظیمی هیجانی زنان باردار بخش زنان زایمان و نوزادان بیمارستان امام سجاد (ع) تبریز در اپیدمی کرونا انجام گرفت.

**روش کار:** روش تحقیق نمیه تجربی از نوع پیش آزمونو پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این طرح، مادران باردار مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی زنان و مامایی بیمارستان امام سجاد (ع) شهرستان تبریز طی سه ماهه سوم سال ۱۳۹۹ می باشد. از میان جامعه آماری ۱۶۰ نفری به تعداد حداقل ۲۴ نفر از زنان باردار زیر ۳۰ هفته بارداری بصورت نمونه گیری هدفمند انتخاب نموده و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم بندی بصورت قرعه کشی انجام گرفت. گروه اول به عنوان گروه آزمایش و گروه دوم به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند و به پرسشنامه ضعف روانی (مقیاس هفتم از پرسشنامه MMPI) و پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) پاسخ دادند. ضریب پایایی پرسشنامه MMPI ۰/۸۴ بود و اینکه گارانفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این مقیاس ذکر کردند. ضریب آلفا برای خرده مقیاس های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. برای تحلیل داده های پژوهش از تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

**یافته ها :** نتایج نشان داد که خانواده درمانی بر کاهش احساس ضعف روانی زنان باردار تأثیر معناداری دارد (سطح معنی داری ۰،۰۱). همچنین آموزش های جلسات خانواده درمانی در خودتنظیمی هیجانی زنان باردار تأثیر مثبت دارد و خانواده درمانی رفتاری شناختی استوارت بر مولفه های خودتنظیمی هیجانی زنان باردار موثر است (سطح معنی داری ۰،۰۱).

**نتیجه گیری:** برای کاهش ضعف روانی، افزایش خودتنظیمی هیجانی و مولفه های در بین زنان باردار می توان از خانواده درمانی رفتاری شناختی استوارت استفاده نمود.

**کلیدواژه ها:** خانواده درمانی، رفتاری شناختی استوارت، ضعف روانی، خودتنظیمی هیجانی، زنان باردار.

## مقدمه

با توجه به اهمیت دوران بارداری و تاثیرآن بر سلامت مادر و نوزاد و تاثیر این مسئله بر کل خانواده، مطالعات زیادی بر جنبه های مختلف سلامت جسمانی، روحی و روانی مادر و نوزاد انجام گرفته است. از طرفی با عنایت به این موضوع که در دوران بارداری تغییرات شدید هورمونی در بدن مادر اتفاق می افتد، و این دوران با تغییرات فیزیولوژیک و روان شناختی مهمی همراه است که علیرغم احساس لذت از بارداری و مادر شدن می تواند با تغییرات پاتولوژیک نیزهمراه گردد؛ تاثیر اختلالات روانی احتمالی بوجود آمده در مادر بر سلامت مادر و نوزاد غیر قابل انکار می باشد (۲،۱).

بنابراین مطالعه و کنترل مسایل روانی دوران بارداری از

[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]

اهمیت خاصی برخوردار است. شناخت دقیق این اختلالات، کنترل و بهبود وضعیت روانی مادر به کمک روش های مختلف دارویی و روان درمانی در دوران بارداری در دنیا دارای جایگاه خاصی است. عوامل متعددی بر وضعیت روحی و روانی زنان باردار در دوران بارداری تاثیر دارند. از این جمله می توان به وضعیت فیزیولوژیکی مادر شامل سن، وضعیت جسمانی قبل از بارداری و ژنتیک، و وضعیت خانوادگی شامل مسایل زناشویی، نقش همسر، وضعیت مالی، میزان تحصیلات مادر و همسر و اعتقادات مذهبی و دینی خانواده اشاره نمود. به دلیل تاثیر عوامل متعدد مذکور، کنترل و حفظ سلامت روحی و روانی زنان باردار مسئله ساده ای نبوده و نیاز به کار کارشناسی و روان شناختی تخصصی دارد (۴،۳).

مطالعات باینز و ویسمن نشان می دهد حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد زنان باردار دچار اختلالات روانی و ضعف روانی می شوند (۶،۵).

ضعف روانی شامل وسواسهای فکری، وسواسهای عملی، ترسهای غیر منطقی و تردیدهای افراطی و اضطراب هاست و بعنوان یک عامل مهم بر سلامت مادر و کودک تاثیرگذار است. افرادی که ضعف روانی دارند حساسیت و وسواس بیشتری نسبت به مسائل مختلف دارند و همین حساسیت باعث می شود عملکرد خوبی نداشته باشند و در میان زنان باردار این حساسیت شکل متفاوتی ممکن است پیدا کند و میزان اضطراب آنها را افزایش دهد (۷).

اضطراب بارداری با پیامدهای نامطلوب سلامتی برای مادر و نوزاد مرتبط می باشد لذا مطالعات زیادی در خصوص پیش بینی وجود اضطراب و شناسایی عوامل ایجاد کننده و یافتن راهکارهایی جهت شناسایی و پیشگیری و درمان استرس و اضطراب دوران بارداری صورت گرفته است مطالعات نشانگر ارتباط مثبت بین استرس و اضطراب بارداری و سوگیری شناختی می باشد یعنی در صورت وجود سوگیری شناختی اضطراب بارداری افزایش خواهد یافت. و همچنین ارتباط مثبت معنی دار بین اضطراب بارداری و ارزیابی مجدد شناختی از مولفه های خودتنظیمی هیجان وجود دارد. درزنان باردار دارای سوگیری شناختی و راهبرد خودتنظیمی هیجان از عوامل پیش بینی کننده اضطراب بارداری می باشد (۸). بنابراین خودتنظیمی هیجانی بعنوان یک مشخصه رفتاری- مهارتی است که می تواند در بهبود وضعیت روحی-روانی و ضعف روانی زنان باردار تاثیر بسزایی داشته باشد. خود تنظیمی هیجانی فرآیندی است که افراد توسط آن هیجانات خود را تحت کنترل قرار داده و مشخص می نماید فرد هیجانات مثبت و منفی را چگونه تجربه، ابراز و کنترل می کند. به عبارتی دیگر خودتنظیمی هیجانی یعنی مهارت کنترل، هدایت، ارزیابی و اصلاح فرآیند هیجانات فردی است و شامل مولفه های فرونشانی و ارزیابی مجدد شناختی است (۷).

این موضوع از دو جنبه اهیمت دارد: تاثیر مهارت خودتنظیمی هیجانی بر بهبود سلامت روحی- روانی مادر؛ و تاثیر اختلالات روانی دوران بارداری مادر بر مهارت خودتنظیمی هیجانی نوزاد، با این توضیح که این مهارت از دوران کودکی در انسان نقش می بندد و اختلالات روانی مادر در دوران بارداری و پس از زایمان و به تبع آن تاثیر منفی بر ارتباط های بعدی مادر و نوزاد می تواند باعث شود تا کودک مهارت لازم در خودتنظیمی هیجانی را کسب ننماید (۹). به منظور کنترل، حفظ و بهبود سلامت روحی و روانی زنان باردار روش های مختلف پیشگیرانه و درمانی وجود دارد. روش های دارویی و روان شناختی در این زمینه می توانند مفید باشند. همچنین برخی مطالعات تاثیرگذاری انواع روش های دارویی، روان درمانی، مسایل اعتقادی و روش تن آرامی بر وضعیت روحی و روانی زنان باردار را نیز نشان می دهند (۱۱،۱۰،۹). همچنین شایان ذکر است که مطالعات متعددی، تاثیر قطعی روش های درمان رفتاری شناختی بر اختلالات روانی شامل اضطراب، استرس، ضعف روانی (۱۳،۱۲). و مشکلات روانی مانند فوبیای خون و تزریق در زنان باردار را نشان داده اند. برخی تحقیقات تمایل بیشتر زنان باردار به درمان های غیردارویی مانند روان درمانی خصوصا درمان رفتاری شناختی را نشان می دهد. قابل ذکر است که در تحقیقاتی میزان امن بودن این روش درمان بر زنان باردار مورد مطالعه قرار گرفته و تایید گشته است (۱۴). در این میان روش خانواده درمانی رفتاری شناختی استوارت نیز بعنوان یکی از روش های درمان اختلالات روانی توجه زیادی به خود جلب کرده است، که در این تحقیق از این روش برای درمان اختلالات خود بیمارانگاری و هیستری معلمان زن استفاده شده و این روش تاثیر بسزایی در کاهش میزان این اختلالات داشته است. خانواده درمانی رفتاری شناختی توسط استوارت مطرح شده است و در این رویکرد بر تغییر رفتار، نحوه ارتباط، بازخورد اعضای خانواده و تغییر باورها و افکار تاکید می کند، ارتباط روشن و مشخص،



[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]

افزایش تبادلات مثبت بین زوجین، دادن بازخورد مناسب، کنار گذاشتن باورها و انتظارات نادرست و همدلی از دید این رویکرد برای خانواده های بالنده لازم و ضروری است (۱۵). در انتها باید یادآور شد با توجه به دوران پاندمی کووید ۱۹ و طولانی شدن دوران قرنطینه، خانواده ها با مشکلات مختلفی از جمله استرس و اضطراب فراوان، تحریک پذیری زیاد، مشکلات اقتصادی، اختلافات زناشوئی و فشارهای اقتصادی مواجه شدند و در این میان زنانی که باردار هستند بالطبع بیشتر در معرض این فشارها هستند بر این اساس با توجه به شرایط موجود جهت بهبود ارتباط زوجین و کاهش مشکلات ارتباطی و تغییر باورها در شرایط بحرانی نیاز به رویکرهایی داریم که بتوانند خانواده ها را توانمند سازند (۱۵). تحقیقات نشان می دهد زنان بارداری که افسردگی آنها درمان نشده باشد میزان ابتلا آنها به بدخوابی، سوءتغذیه، کاهش وزن، تمایل به مصرف مواد مخدر و الکل افزایش می یابد (۱۶) با توجه به ضرورت مطالب فوق الذکر تحقیق حاضر درصدد است این سؤال پژوهش، که آیا خانواده درمانی رفتاری شناختی استوارت بر ضعف روانی و خود تنظیمی هیجانی زنان باردار تاثیر دارد را، بررسی کند.

## روش کار

این پژوهش به شیوه نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون و با دو گروه کنترل و آزمایش انجام شده است؛ که مدل اجرای طرح بصورت زیر می باشد. جامعه آماری این طرح، مادران باردار مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی زنان و مامایی بیمارستان امام سجاد (ع) شهرستان تبریز در اپیدمی کرونا طی سه ماهه سوم سال ۱۳۹۹ می باشد. در این دوره زمانی در کل تعداد ۱۶۰ مادر باردار به درمانگاه مراجعه نمودند که تمامی نمونه های انتخابی در این پژوهش زنان باردار که در دوره شش ماهه اول بارداری قرار داشتند، بوده است. طبق نظر دلاور (۱۷) در تحقیقات نیمه آزمایشی تعداد نمونه حدود ۱۲ تا ۱۵ نمونه برای هر گروه کنترل و آزمایش کفایت می کند. بر این اساس از میان جامعه آماری ۱۶۰ نفری به تعداد حداقل ۲۴ نفر از زنان باردار زیر ۳۰ هفته بارداری بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب نموده و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم بندی بصورت قرعه کشی انجام گرفت. گروه اول به عنوان گروه آزمایش و گروه دوم به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. ملاکهای ورود عبارت بودند از: ۱- مادران باردارتحت کنترل ۲. رضایت مندی مادران باردار بر شرکت در طرح پژوهشی۳. سن بارداری زنان باردار کمتر از ۳۰ هفته.

جهت ارزیابی متغیرهای پژوهش از دو ابزار استفاده شده است: الف) پرسشنامه ضعف روانی (مقیاس هفتم از پرسشنامه بلند MMPI)، ب) پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی. پرسشنامه ضعف روانی مقیاس هفتم از پرسشنامه MMPI که یک مقیاس بالینی می باشد که دارای ۴۸ ماده می باشد و استرس، اضطراب، وسواس های فکری و وسواس های عملی، ترس های غیر منطقی و تردیدهای افراطی را اندازه گیری می کند. هر سئوال پس از مطالعه دقیق با یکی از دو پاسخ، « بلی و یا خیر » جواب داده می شود. در پرسشنامه از زنان باردار خواسته شد تا پرسشنامه را پس از مطالعه دقیق بطور صادقانه جواب دهند.

نحوه نمره گذاری بصورت ۰ و ۱ است و بر اساس کلید نمره گذاری بعضی سوالات، بلی نمره ۱ دارد و در بعضی از سوالات خیر نمره ۱ می گیرد.

طریقه نمره دهی در این پرسشنامه بدین صورت است که نمره های بالا در مقیاس ۷ یا همان ضعف روانی نشانگر کسانی است که بیمناک، نگران، کمال گرا، و تنیده اند و ممکن است دارای انواع گسترده ای از ترس های بدگمانی باشند.

نمرات بالاتر نشانگر وجود اختلال در انجام کارهای روزانه توسط فرد می گردد. نمره های پایین در مقیاس ضعف روانی نشانگر کسانی است که گرم ،راحت، با نشاط ، صمیمی، هشیار، و دارای اعتماد به نفس هستند. رویکرد این افراد به زندگی متعادل است و اغلب به عنوان افرادی کارآمد، مستقل، متین، و دارای احساس امنیت توصیف می شوند.

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی توسط گارنفسکی و همکاران ساخته شده است دارای ۳۶ آیتم می باشد که پاسخگویی به هر یک از آیتم ها به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه ای می باشد (۱۸). این پرسشنامه دارای ۲ راهبرد انطباقی و غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان و ۹ زیر مقیاس است.

در راهبردهای شناختی غیرانطباقی دامنه نمرات از ۱تا ۸۰ می باشد و در راهبردهای شناختی انطباقی دامنه نمرات از ۱ تا ۱۰۰ می باشد. راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان که راهبردهای مقابله ای بهنجار نیز محسوب می شود دارای ۵ زیرمقیاس ۱- پذیرش: تفکر با محتوای پذیرش و تسلیم رخداد شامل سوالات (۲،۱۱،۲۰،۲۹) ۲-



[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]

تمرکز مجدد مثبت: فکر کردن به موضوع لذت بخش و شاد به جای تفکر درباره ی حادثه واقعی شامل سوالات (۴،۱۳،۲۲،۳۱) ۳- تمرکز مجدد بر برنامه ریزی : فکر کردن درباره ی مراحل فائق آمدن بر واقعه منفی یا تغییر آن شامل سوالات (۵،۱۴،۲۳،۳۲) ۴- ارزیابی مجدد مثبت: تفکر درباره ی جنبه های مثبت واقعه یا ارتقای شخصی شامل سوالات (۶،۱۵،۲۴،۳۳) ۵-اتخاذ دیدگاه: تفکرات مربوط به کم اهمیت بودن واقعه یا تاکید بر نسبیت آن در مقایسه با سایر وقایع می باشد. (۷،۱۶، ۲۵،۳۴) راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان دارای ۴ زیر مقیاس می باشد و راهبردهای مقابله ای نابهنجار محسوب می شود که عبارتند از :۱- سرزنش خود: تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش خود شامل سوالات (۱،۱۰،۱۹،۲۸) ۲- نشخوار فکری: استفاده ذهنی درباره ی احساسات و تفکر مرتبط با واقعه منفی شامل سوالات (۳،۱۲،۲۱،۳۰) ۳-فاجعه انگاری: تفکر با محتوای وحشت از حادثه شامل سوالات (۸،۱۷،۲۶،۳۵) ۴- سرزنش دیگری: تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش دیگران به خاطر آنچه اتفاق افتاده است که شامل سوالات (۹،۱۸،۲۷،۳۶) می باشد.

پرسشنامه شامل طیف ۵ درجه ای لیکرت می باشد که به ترتیب امتیاز ۱ به تقریبا هرگز ، ۲ به هرگز، ۳ گاهی اوقات، ۴ به اغلب اوقات، ۵ به همیشه تعلق می گیرد. دامنه نمرات در راهبردهای شناختی غیر انطباقی از ۱تا ۸۰ و در راهبردهای شناختی انطباقی از ۱ تا ۱۰۰ می باشد.

در بررسی مشخصات روان سنجی آزمون، گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی آزمون خودتنظیمی هیجانی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ٪۹۱ و ٪۸۷ به دست آوردند. پایایی این مقیاس در ایران مورد تائید قرار گرفته است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیر مقیاس ها مابین ٪۶۴ تا ٪۸۲ گزارش شده است (۱۹).

خلاصه جلسات خانواده درمانی مبتنی بر رفتاری شناختی استوارت در ۱۰ جلسه به شرح زیر انجام شد:

جلسه اول:پیش آزمون درباره ضعف روانی و خودتنظیمی هیجانی ومولفه های آن، معارفه، مشخص کردن قوانین.

جلسه دوم: آشنایی با علایم و خصوصیات بیماری ضعف روانی وچگونگی خودتنظیمی هیجان.

جلسه سوم:بررسی علل مشکلات ضعف روانی و خودتنظیمی هیجان با تاکید بر خانواده درمانی رفتاری شناختی استورات.

جلسه چهارم: اجرای تکنیک روز محبت. (زوجین همانند روزهای اول آشنائی، از لحاظ کلامی و هیجانی به هم محبت بورزند)

جلسه پنجم: ارتقاء بهبود پیام رسانی، ارتباط روشن، همدلی، دادن بازخورد به موقع و مناسب، مهارت های گوش دادن فعال.

جلسه ششم: ارتقاء بهبود پیام رسانی و مهارت های ابراز وجود، جلسه هفتم :بستن قرار داد رفتاری و تقاضا از زوجین جهت ارائه رفتارهای مثبت و اجتناب از پیام های منفی و نامشخص، جلسه هشتم: بازسازی شناختی و انتظارات معقول (تغییر باروهای منفی، جایگزینی باورهای غیرمنطقی با باورهای منطقی و استفاده از تفکر مثبت)..

جلسه نهم :تصمیم گیری راجع به مسئولیت ها توان تغییرات رفتاری و مهارت حل مسئله، جلسه دهم:جمع بندی و پس آزمون، برای تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از این پژوهش از روش های آمار توصیفی: میانگین، انحراف معیار و... و آمار استنباطی : تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. توجیه افراد شرکت در مورد پژوهش و اهداف آن، رعایت اصل رازداری در انتشار اطلاعات و محرمانه نگه داشتن آن ها، آزادی واحدهای مورد پژوهش در ترک مطالعه و رعایت حقوق مؤلفین در استفاده از متون ازجمله اصول اخلاقی بودند که در این مطالعه رعایت شدند، همچنین کد اخلاقی به شماره ۱۶۲۲۷۱۸۴۹ برای این تحقیق اخذ شده است.

## یافته ها

در (جدول۱): آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک زنان باردار تحت جلسات خانواده درمانی و بدون جلسات خانواده درمانی در دو بخش پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است. آماره های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرها است.

[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]

**جدول ۱:** آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیرها | گروه آزمودنیها / زیر مقیاس ها | نوع گروه: زنان باردار تحت آموزش جلسات خانواده درمانی | | نوع گروه: زنان باردار بدون جلسات خانواده درمانی | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| خودتنظیمی هیجانی | پذیرش پیش آزمون | ۱۰,۹۲ | ۴,۳۶ | ۱۲,۱۷ | ۳,۳۳ |
| | پذیرش پس آزمون | ۱۵,۲۵ | ۲,۶۷ | ۱۱,۱۷ | ۲,۶۲ |
| | تمرکز مجدد مثبت پیش آزمون | ۱۰,۹۲ | ۴,۸۱ | ۱۳,۹۲ | ۴,۰۶ |
| | تمرکز مجدد مثبت پس آزمون | ۱۵,۱۷ | ۲,۶۲ | ۱۳,۵۸ | ۴,۲۹ |
| | تمرکز مجدد بر برنامه ریزی پیش آزمون | ۱۲,۲۵ | ۴,۲۰ | ۱۲,۳۳ | ۳,۸۲ |
| | تمرکز مجدد بر برنامه ریزی پس آزمون | ۱۷,۲۵ | ۲,۵۳ | ۱۲,۲۵ | ۴,۴۷ |
| | ارزیابی مجدد مثبت پیش آزمون | ۱۲,۰۸ | ۴,۱۰ | ۱۳,۶۷ | ۳,۶۸ |
| | ارزیابی مجدد مثبت پس آزمون | ۱۶,۷۵ | ۲,۹۶ | ۱۲,۶۷ | ۳,۰۶ |
| | اتخاذ دیدگاه پیش آزمون | ۱۲,۰۰ | ۳,۷۴ | ۱۱,۹۲ | ۳,۱۵ |
| | اتخاذ دیدگاه پس آزمون | ۱۵,۰۰ | ۲,۳۴ | ۱۱,۶۷ | ۲,۴۲ |
| | سرزنش خود پیش آزمون | ۷,۹۲ | ۲,۴۳ | ۱۱,۰۸ | ۲,۹۷ |
| | سرزنش خود پس آزمون | ۶,۶۷ | ۱,۸۷ | ۱۱,۰۸ | ۳,۴۲ |
| | نشخوار فکری پیش آزمون | ۱۲,۳۳ | ۶,۰۸ | ۱۳,۲۵ | ۴,۱۸ |
| | نشخوار فکری پس آزمون | ۱۰,۲۵ | ۳,۵۵ | ۱۲,۶۷ | ۳,۲۸ |
| | فاجعه انگاری پیش آزمون | ۸,۴۲ | ۳,۲۶ | ۱۰,۷۵ | ۳,۳۹ |
| | فاجعه انگاری پس آزمون | ۶,۲۵ | ۱,۹۶ | ۹,۴۲ | ۳,۸۲ |
| | سرزنش دیگری پیش آزمون | ۹,۹۲ | ۵,۰۵ | ۹,۵۸ | ۲,۰۷ |
| | سرزنش دیگری پس آزمون | ۶,۴۲ | ۱,۷۳ | ۸,۹۲ | ۱,۹۸ |
| ضعف روانی | راهبردهای مقابله ای بهنجار پیش آزمون | ۵۸,۱۷ | ۱۷,۹۰ | ۶۴,۰۰ | ۱۳,۸۰ |
| | راهبردهای مقابله ای بهنجار پس آزمون | ۷۴,۱۷ | ۸,۷۱ | ۶۴,۷۵ | ۱۴,۱۴ |
| | راهبردهای مقابله ای نابهنجار پیش آزمون | ۳۸,۵۸ | ۱۴,۸۶ | ۴۴,۶۷ | ۹,۲۷ |
| | راهبردهای مقابله ای نابهنجار پس آزمون | ۲۹,۵۸ | ۶,۲۷ | ۴۲,۰۸ | ۱۰,۱۸ |
| | ضعف روانی پیش آزمون | ۱۹,۵۰ | ۷,۴۰ | ۲۱,۵۰ | ۷,۷۲ |
| | ضعف روانی پس آزمون | ۱۲,۷۵ | ۳,۵۲ | ۲۱,۷۵ | ۶,۴۴ |

همانگونه که ملاحظه می‌شودبین میانگین نمره پیش آزمون و پس آزمون در زنان باردار که در جلسات خانواده درمانی تفاوت ایجاد شده است اما بین نمرات زنانی که در گروه کنترل بودند تفاوت زیادی وجود ندارد.



[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]

**آزمون نرمال بودن داده ها**

**جدول ۲:** آماره های مربوط به نرمال بودن داده ها

| متغیر | کجی | خطای انحراف معیار کجی | کشیدگی | خطای انحراف معیار کشیدگی |
|---|---|---|---|---|
| پذیرش پیش آزمون | -۰,۰۸۸ | ۰,۴۷۲ | -۰,۶۹۱ | ۰,۹۱۸ |
| پذیرش پس آزمون | ۰,۱۸۹ | ۰,۴۷۲ | ۰,۱۵۳ | ۰,۹۱۸ |
| تمرکز مجدد مثبت پیش آزمون | -۰,۳۱۵ | ۰,۴۷۲ | -۱,۰۴۹ | ۰,۹۱۸ |
| تمرکز مجدد مثبت پس آزمون | -۰,۰۲۳ | ۰,۴۷۲ | -۱,۰۱۲ | ۰,۹۱۸ |
| تمرکز مجدد بر برنامهریزی پیش آزمون | -۰,۲۷۱ | ۰,۴۷۲ | -۰,۳۱۹ | ۰,۹۱۸ |
| تمرکز مجدد بر برنامه ریزی پس آزمون | -۰,۷۰۹ | ۰,۴۷۲ | -۰,۲۲۵ | ۰,۹۱۸ |
| ارزیابی مجدد مثبت پیش آزمون | -۰,۸۶۲ | ۰,۴۷۲ | ۰,۲۷۴ | ۰,۹۱۸ |
| ارزیابی مجدد مثبت پس آزمون | -۰,۴۴۶ | ۰,۴۷۲ | -۰,۷۸۲ | ۰,۹۱۸ |
| اتخاذ دیدگاه پیش آزمون | -۰,۲۰۴ | ۰,۴۷۲ | ۰,۳۱۰ | ۰,۹۱۸ |
| اتخاذ دیدگاه پس آزمون | -۰,۱۸۶ | ۰,۴۷۲ | ۰,۵۳۰ | ۰,۹۱۸ |
| سرزنش خود پیش آزمون | ۰,۳۸۰ | ۰,۴۷۲ | ۰,۳۸۴ | ۰,۹۱۸ |
| سرزنش خود پس آزمون | ۰,۹۶۳ | ۰,۴۷۲ | ۰,۶۲۸ | ۰,۹۱۸ |
| نشخوار فکری پیش آزمون | ۰,۰۴۷ | ۰,۴۷۲ | -۱,۳۸۱ | ۰,۹۱۸ |
| نشخوار فکری پس آزمون | ۰,۰۷۳ | ۰,۴۷۲ | -۰,۴۱۴ | ۰,۹۱۸ |
| فاجعه انگاری پیش آزمون | ۰,۶۷۹ | ۰,۴۷۲ | ۰,۴۵۱ | ۰,۹۱۸ |
| فاجعه انگاری پس آزمون | ۰,۹۷۲ | ۰,۴۷۲ | ۰,۲۵۳ | ۰,۹۱۸ |
| سرزنش دیگری پیش آزمون | ۰,۸۷۶ | ۰,۴۷۲ | ۰,۶۰۵ | ۰,۹۱۸ |
| سرزنش دیگری پس آزمون | ۰,۰۹۶ | ۰,۴۷۲ | -۰,۶۵۰ | ۰,۹۱۸ |
| راهبردهای مقابله ای بهنجار پیش آزمون | -۰,۷۴۵ | ۰,۴۷۲ | ۱,۳۱۳ | ۰,۹۱۸ |
| راهبردهای مقابله ای بهنجار پس آزمون | -۰,۷۰۰ | ۰,۴۷۲ | ۰,۶۲۱ | ۰,۹۱۸ |
| راهبردهای مقابله ای نابهنجار پیش آزمون | ۰,۰۰۳ | ۰,۴۷۲ | -۰,۷۹۰ | ۰,۹۱۸ |
| راهبردهای مقابله ای نابهنجار پس آزمون | ۰,۵۲۰ | ۰,۴۷۲ | ۰,۳۱۵ | ۰,۹۱۸ |
| پیش آزمون ضعف روانی | ۰,۴۰۶ | ۰,۴۷۲ | -۰,۶۹۰ | ۰,۹۱۸ |
| پس آزمون ضعف روانی | ۰,۶۸۳ | ۰,۴۷۲ | ۰,۰۶۲ | ۰,۹۱۸ |

به منظور آزمون فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد، به همین منظور برای بررسی کیفیت داده ها درباره رعایت پیش فرضهای مورد نیاز تحلیل کوواریانس ابتدا نرمال بودن داده ها مورد بررسی قرار گرفت. نرمال بودن یا نبودن توزیع زمانی حساس است که حجم نمونه پائین تر باشد. به بیان دیگر با بزرگ بودن حجم نمونه آزمونهای پارامتریک در قبال عدم توجیه نرمال بودن مقاوم است و همچنان نتایج آزمون های پارامتریک بر آزمون ناپارامتریک برتری دارد (۲۰). در این پژوهش از آماره کجی و کشیدگی برای بررسی نرمال بودن داده ها استفاده شد. همانگونه که ملاحظه می‌شود، آماره های کجی و کشیدگی متغیرها در جدول ۲ نشان داده شده است. چولگی این متغیر همه متغیرها کمتر از ۲ می‌باشد لذا دارای چولگی منفی است، مقدار قدرمطلق بیش از ۲ چولگی زیاد را نشان می دهد (۲۱). منفی بودن چولگی حاکی از این است که توزیع چوله به سمت چپ کشیدگی دارد. مقدار کشیدگی متغیر های مورد مطالعه کمتر از ۳ است. مقادیر کشیدگی برابر با گشتاور چهارم نرمال شده است، به عبارت دیگر کشیدگی معیاری از تیزی منحنی در نقطه ماکزیمم است مقدار کشیدگی برای توزیع نرمال برابر ۳ می باشد (۲۲). نتایج بدست آمده بیانگر این است که تقریبا همه متغیرها دارای توزیع نرمال هستند.

**آزمون فرضیه های پژوهش**

فرضیه اول: خانواده درمانی رفتاری شناختی استوارت بر



[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]

کاهش ضعف روانی زنان باردار موثراست.
به منظور آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد، نمره پس آزمون به عنوان متغیر وابسته و نمره پیش آزمون بعنوان متغیر همپراش و متغیر مستقل گروه های زنان باردار دارای آموزش های جلسات خانواده درمانی می‌باشد (گروه زنان باردار دارای آموزش های جلسات خانواده درمانی و زنان باردار عادی). نتایج (جدول۳) نشان می دهد که میانگین نمرات احساس ضعف روانی به تفکیک گروه پس از حذف اثر پیش آزمون تعدیل شده است. در گروه زنان باردار عادی میانگین نمره احساس ضعف روانی برابر با ۲۱,۷۵ و در زنان باردار دارای آموزش های جلسات خانواده درمانی میانگین احساس ضعف روانی ۱۴,۷۵ است.

**جدول ۳:** آماره های کلی توصیفی متغیر احساس ضعف روانی به تفکیک گروه و آزمون

| گروه آزمون | میانگین احساس ضعف روانی به تفکیک گروه | |
|---|---|---|
| | میانگین | انحراف معیار |
| زنان باردار بدون جلسات خانواده درمانی | ۲۱,۷۵ | ۶,۴۴ |
| زنان باردار تحت آموزش جلسات خانواده درمانی | ۱۴,۷۵ | ۱,۶۰ |

**جدول ۴:** خلاصه جدول پیش فرضهای تحلیل کواریانس و مقایسه میانگین نمرات پس آزمون گروه زنان باردار دارای آموزش های جلسات خانواده درمانی و زنان باردار عادی در نمره احساس ضعف روانی

| متغیر | همگنی واریانس | | F کوواریانس | سطح معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|
| | لون | سطح معناداری | | | |
| احساس ضعف روانی | ۱,۴۳۰ | ۰,۲۰۳ | ۲۰,۶۰۴ | ۰,۰۰۰ | ۰,۷۰ |

**جدول ۵:** آزمون تحلیل کوواریانس متغیر احساس ضعف روانی

| متغیر مستقل: پس آزمون احساس ضعف روانی | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری |
| احساس ضعف روانی | ۲۷۳,۹۵۲ | ۱ | ۲۷۳,۹۵۲ | ۲۷,۳۲۴ | ۰,۰۰۰ |
| گروه | ۲۰۶,۵۸۱ | ۱ | ۲۰۶,۵۸۱ | ۲۰,۶۰۴ | ۰,۰۰۰ |
| خطا | ۲۱۰,۵۴۸ | ۲۱ | ۱۰,۰۲۶ | | |
| مجذور اتا ۰,۷۳ = (مجذور اتا تعدیل شده۰,۷۰ = ) | | | | | |

نتیجه آزمون لون (جدول ۵) نشان دهنده همگنی واریانس احساس ضعف روانی در گروه زنان باردار دارای آموزش های جلسات خانواده درمانی و زنان باردار عادی است چون مقدار F در آزمون لون برابر با ۱,۷۲۷ است که در سطح احتمال ۰,۰۵ معنادار نیست، لذا به نظر می‌رسد که فرض برابری واریانس جمله خطا در سطح متغیر عامل، تایید شده است ، پس فرض صفر که برابری واریانس‌ها بود، تایید می‌شود. لذا همگنی واریانس دو گروه تایید می شود. به منظور حذف اثرات پیش آزمون احساس ضعف روانی بر پس آزمون و بررسی تاثیر آموزش های جلسات خانواده درمانی بر روی احساس ضعف روانی تحلیل کواریانس انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس (جدول ۵) نشان می‌دهد که آموزش های جلسات خانواده درمانی بر روی احساس ضعف روانی اثر معناداری دارد، چون مقدار F برابر با ۲۰,۶۰۴ است که در سطح احتمال ۰,۰۱ معنادار است. لذا فرضیه اول پژوهش تایید می‌شود. لذا می‌توان گفت که آموزش های جلسات خانواده درمانی در احساس ضعف روانی زنان باردار تأثیر معنادار دارد. این آموزش های خانواده درمانی موجب کاهش ضعف روانی زنان باردار شده است. فرضیه دوم : خانواده درمانی رفتاری شناختی استوارت بر افزایش خودتنظیمی هیجانی زنان باردار موثر است. به منظور آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد، نمره پس آزمون به عنوان متغیر وابسته و نمره پیش آزمون بعنوان متغیر همپراش و متغیر مستقل گروه های زنان باردار دارای آموزش های جلسات خانواده درمانی می‌باشد (گروه زنان باردار دارای آموزش های جلسات خانواده درمانی و زنان باردار عادی). نتایج جدول ۶ نشان می دهد که میانگین نمرات خودتنظیمی هیجانی به تفکیک گروه پس از حذف اثر پیش آزمون تعدیل شده است. در گروه زنان باردار عادی میانگین نمره خودتنظیمی هیجانی برابر ۱۱۶,۸۳ و در



[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]

زنـان بـاردار دارای جلسـات خانـواده درمانـی میانگیـن خودتنظیمی هیجانـی ۱۳۰،۸۳ اسـت.

**جدول ۶ :** آماره های کلی توصیفی متغیر خودتنظیمی هیجانی به تفکیک گروه و آزمون

| گروه آزمون | میانگین خودتنظیمی هیجانی به تفکیک گروه | |
|---|---|---|
| | میانگین | انحراف معیار |
| زنان باردار بدون جلسات خانواده درمانی | ۱۱۶،۸۳ | ۱۸،۳ |
| زنان باردار تحت آموزش جلسات خانواده درمانی | ۱۳۰،۸۳ | ۱۱،۹ |

**جدول ۷ :** خلاصه جدول پیش فرضهای تحلیل کواریانس و مقایسه میانگین نمرات پس آزمون گروه زنان باردار دارای آموزش های جلسات خانواده درمانی و زنان باردار عادی در نمره خودتنظیمی هیجانی

| متغیر | همگنی واریانس | | F کوواریانس | سطح معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|
| | لون | سطح معناداری | | | |
| خودتنظیمی هیجانی | ۰،۴۳۱ | ۰،۵۳۳ | ۵،۶۱۹ | ۰،۰۲۷ | ۰،۴۳ |

**جدول ۸:** آزمون تحلیل کوواریانس متغیر خودتنظیمی هیجانی

| متغیر مستقل: پس آزمون خودتنظیمی هیجان‌ی | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه ازادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری |
| خودتنظیمی هیجانی | ۱۵۵۸،۸۴۹ | ۱ | ۱۵۵۸،۸۴۹ | ۸،۸۹۰ | ۰،۰۰۷ |
| گروه | ۹۸۵،۴۱۳ | ۱ | ۹۸۵،۴۱۳ | ۵،۶۱۹ | ۰،۰۲۷ |
| خطا | ۳۶۸۲،۴۸۵ | ۲۱ | ۱۷۵،۳۵۶ | | |
| مجذور اتا ۰،۴۳ = (مجذور اتا تعدیل شده۰،۳۷ = ) | | | | | |

نتیجـه آزمـون لـون (جـدول ۸) نشـان دهنـده همگنـی واریانـس خودتنظیمـی هیجانـی در گـروه زنـان بـاردار دارای آمـوزش هـای جلسـات خانـواده درمانـی و زنـان بـاردار عـادی اسـت چـون مقـدار F در آزمـون لـون برابـر بـا ۰،۴۳۱ اسـت کـه در سـطح احتمـال ۰،۰۵ معنـادار نیسـت، لـذا همگنـی واریانـس دو گـروه تاییـد مـی شـود. بـه منظـور حـذف اثـرات پیـش آزمـون خودتنظیمـی هیجانـی بـر پـس آزمـون و بررسـی تاثیـر آمـوزش هـای جلسـات خانـواده درمانـی بـر روی خودتنظیمـی هیجانـی تحلیـل کواریانـس انجـام شـد.

نتایـج تحلیـل کواریانـس (جـدول ۸) نشـان می‌دهـد کـه آمـوزش هـای جلسـات خانـواده درمانـی بـر روی خودتنظیمـی هیجانـی اثـر معنـاداری دارد، چـون مقـدار F برابـر بـا ۵،۶۱۹ اسـت کـه در سـطح احتمـال ۰،۰۵ معنـادار اسـت. لـذا فرضیـه دوم پژوهـش تاییـد می‌شـود. لـذا می‌تـوان گفـت کـه آمـوزش هـای جلسـات خانـواده درمانـی در خودتنظیمـی هیجانـی زنـان بـاردار تأثیـر مثبـت دارد.

فرضیـه سـوم: خانـواده درمانـی رفتـاری شـناختی اسـتوارت بـر مولفـه هـای خودتنظیمـی هیجانـی زنـان بـاردار موثـر اسـت.

پرسشـنامه خودتنظیمـی هیجانـی دارای ۲ مولفـه راهبـرد انطباقـی و غیـر انطباقـی تنظیـم شـناختی کـه مولفـه هـای راهبـرد انطباقـی هیجـان دارای ۵ زیـر مقیـاس اسـت و بـه عنوان نمـره هـای ۵ مقیـاس راهبردهـای مقابلـه ای بهنجـار جمـع شـد. راهبردهـای غیـر انطباقـی تنظیـم شـناختی هیجـان دارای ۴ زیـر مقیـاس مـی باشـد و راهبردهـای مقابلـه ای نابهنجـار محسـوب مـی شـود کـه نمـره ایـن ۴ زیـر مقیـاس هـم بایکدیگـر جمـع و بـه عنـوان راهبرهـای نابهنجـار ذخیـر شـد.

بـه منظـور آزمـون فرضیـه پژوهـش از تحلیـل کوواریانـس اسـتفاده شـد، نمـره پـس آزمـون بـه عنـوان متغیـر وابسـته و نمـره پیـش آزمـون بعنـوان متغیـر همپـراش و متغیـر مسـتقل گـروه هـای زنـان بـاردار دارای آمـوزش هـای جلسـات خانـواده درمانـی می‌باشـد (گـروه زنـان بـاردار دارای آمـوزش‌هـای جلسـات خانـواده درمانـی و زنـان بـاردار عـادی). نتایـج (جـدول۹) نشـان مـی دهـد کـه میانگیـن نمـرات راهبردهـای مقابلـه ای بهنجـار بـه تفکیـک گـروه پـس از حـذف اثـر پیـش آزمـون تعدیـل شـده اسـت. در گـروه زنـان بـاردار عـادی میانگیـن نمـره راهبردهـای مقابلـه ای بهنجـار برابـر بـا ۵،۹۷ و در زنـان بـاردار دارای جلسـات خانـواده درمانـی میانگیـن راهبردهـای مقابلـه ای بهنجـار ۱۲،۷۳ اسـت.



[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]

**جدول ۹:** آماره های کلی توصیفی متغیر راهبردهای مقابله ای بهنجار به تفکیک گروه و آزمون

| گروه آزمون | میانگین راهبردهای مقابله ای بهنجار به تفکیک گروه | |
|---|---|---|
| | میانگین | انحراف معیار |
| زنان باردار بدون جلسات خانواده درمانی | ۶۴,۷۵ | ۱۴,۱۴ |
| زنان باردار تحت آموزش جلسات خانواده درمانی | ۷۴,۱۷ | ۸,۷۱ |
| **میانگین راهبردهای مقابله ای نابهنجار به تفکیک گروه** | | |
| زنان باردار بدون جلسات خانواده درمانی | ۴۲,۰۸ | ۱۰,۱۸ |
| زنان باردار تحت آموزش جلسات خانواده درمانی | ۲۹,۵۸ | ۶,۲۷ |

**جدول۱۰:** خلاصه جدول پیش فرضهای تحلیل کواریانس و مقایسه میانگین نمرات پس آزمون گروه زنان باردار دارای آموزشهای جلسات خانواده درمانی و زنان باردار عادی در نمره راهبردهای مقابله ای بهنجار و نابهنجار

| متغیر | همگنی واریانس | | F کوواریانس | سطح معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|
| | لون | سطح معناداری | | | |
| راهبردهای مقابله ای بهنجار | ۲,۰۹۱ | ۰,۱۶۲ | ۷,۰۸۸ | ۰,۰۵ | ۰,۳۶ |
| راهبردهای مقابله ای نا بهنجار | ۰,۴۳۶ | ۰,۵۱۶ | ۱۰,۴۵۹ | ۰,۰۱ | ۰,۴۶ |

**جدول ۱۱:** آزمون تحلیل کوواریانس متغیر راهبردهای مقابله ای بهنجار و نابهنجار

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه ازادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| **متغیر مستقل: پس آزمون راهبردهای مقابله ای بهنجار** | | | | | |
| راهبردهای مقابله ای بهنجار | ۷۴۶,۳۸۴ | ۱ | ۷۴۶,۳۸۴ | ۶,۸۵۸ | ۰,۰۱۶ |
| گروه | ۷۷۱,۴۰۲ | ۱ | ۷۷۱,۴۰۲ | ۷,۰۸۸ | ۰,۰۱۵ |
| خطا | ۲۲۸۵,۵۳۲ | ۲۱ | ۱۰۸,۸۳۵ | | |
| مجذور اتا ۰,۳۶ = (مجذور اتا تعدیل شده۰,۳۰ = ) | | | | | |
| متغیر مستقل: پس آزمون راهبردهای مقابله ای نابهنجار | | | | | |
| راهبردهای مقابله ای نابهنجار | ۲۱۵,۲۹۹ | ۱ | ۲۱۵,۲۹۹ | ۳,۳۲۸ | ۰,۰۸۲ |
| گروه | ۶۷۶,۶۱۷ | ۱ | ۶۷۶,۶۱۷ | ۱۰,۴۵۹ | ۰,۰۰۴ |
| خطا | ۱۳۵۸,۵۳۴ | ۲۱ | ۶۴,۶۹۲ | | |
| مجذور اتا ۰,۴۶ = (مجذور اتا تعدیل شده۰,۴۱ = ) | | | | | |

نتیجه آزمون لون (جدول ۱۰) نشان دهنده همگنی واریانس راهبردهای مقابله ای بهنجار در گروه زنان باردار دارای آموزش های جلسات خانواده درمانی و زنان باردار عادی است چون مقدار F در آزمون لون برابر با ۲,۰۹۱ است که در سطح احتمال ۰,۰۵ معنادار نیست، لذا همگنی واریانس دو گروه تایید می شود. به منظور حذف اثرات پیش آزمون راهبردهای مقابله ای بهنجار بر پس آزمون و بررسی تاثیر آموزش های جلسات خانواده درمانی بر روی راهبردهای مقابله ای بهنجار تحلیل کواریانس انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس (جدول ۱۱) نشان می‌دهد که آموزش های جلسات خانواده درمانی بر روی راهبردهای مقابله ای بهنجار اثر معناداری دارد، چون مقدار F برابر با ۷,۰۸۸ است که در سطح احتمال ۰,۰۵ معنادار است. لذا فرضیه سوم پژوهش در زمینه راهبردهای بهنجار تایید می‌شود. لذا می‌توان گفت که آموزش های جلسات خانواده درمانی در راهبردهای مقابله ای بهنجار زنان باردار تأثیر مثبت دارد.

همچنین در زمینه زیر مقیاس راهبردهای نابهنجار نتیجه آزمون لون (جدول ۱۰) نشان دهنده همگنی واریانس راهبردهای مقابله ای نابهنجار در گروه زنان باردار دارای آموزش های جلسات خانواده درمانی و زنان باردار عادی است چون مقدار F در آزمون لون برابر با ۰,۴۳۶ است که در سطح احتمال ۰,۰۵ معنادار نیست، لذا همگنی واریانس دو گروه تایید می شود. به منظور حذف اثرات پیش آزمون راهبردهای مقابله ای نابهنجار بر پس آزمون



[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]

و بررسی تاثیرآموزش های جلسات خانواده درمانی بر روی راهبردهای مقابله ای نابهنجار تحلیل کواریانس انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس (جدول ۱۱) نشان می‌دهد که آموزش های جلسات خانواده درمانی بر روی راهبردهای مقابله ای نابهنجار اثر معناداری دارد، چون مقدار F برابر با ۱۰,۴۵۹ است که در سطح احتمال ۰,۰۱ معنادار است. لذا فرضیه سوم پژوهش در مورد زیر مقیاس راهبردهای مقابله ای نابهنجار تایید می‌شود. لذا می‌توان گفت که آموزش های جلسات خانواده درمانی در راهبردهای مقابله ای نابهنجار زنان باردار تأثیر منفی دارد.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد خانواده درمانی رفتاری شناختی استوارت بر کاهش ضعف روانی زنان باردار تاثیر معناداری دارد. همچنین خانواده درمانی رفتاری شناختی استوارت بر افزایش خودتنظیمی هیجانی و مولفه های آن در زنان باردار موثر بود. نتیجه بدست آمده با نتایج پژوهشهای کارگر برزی, چوبداری و ثمری صفا (۲۰۱۹)، همسو است (۲۵،۲۴،۲۳).

در واقع اضطراب بارداری با پیامدهای نامطلوب سلامتی برای مادر و نوزاد مرتبط می باشد لذا مطالعات زیادی در خصوص پیش بینی وجود اضطراب و شناسایی عوامل ایجاد کننده و یافتن راهکارهایی جهت شناسایی و پیشگیری و درمان استرس و اضطراب دوران بارداری صورت گرفته است. 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 و سختی ها و پیآمدهای منفی غیرقابل انتظاری همراه گردد. این امر می تواند مادران را تا سال ها پس از زایمان حتی در دوران سالمندی گریبانگیر و مبتلا سازد (۲۶).

در صورت بروز اختلال در مادر، رابطه بین مادر و نوزاد خدشه دار می شود. در شرایطی که مادر قادر به نگداری نوزاد خود نباشد و یا به دلیلی توانایی فراهم کردن جو عاطفی مناسب را نداشته باشد، درنتیجه در ارتباطات واکنش های نامناسب از خود بروز می دهد. در این شرایط مادر رفتارهای غیر عادی نظیر بی تفاوتی، عدم اطمینان به دیگران، رفتارهای ناهنجار و عدم ارتباط موثر با دیگران به همراه انزوای عاطفی و اجتماعی نشان خواهد داد (۲۷). الگوهای تعامل خانواده و ابراز محبت یکی از متغیرهایی است که در بروز و نگهداری یا کاهش ضعف روانی دخالت دارد. خانواده درمانی استوارت که از اصول درمان شناختی – رفتاری پیروی می کند چه به صورت آشکار و چه به صورت پنهان از اعضای خانواده درخواست می کند تغییراتی را در الگوهای رفتاری خود در محیط خانواده بوجود آورند. خانواده درمانی اعضای خانواده را با این اصل آشنا می کند که برای از میان برداشتن مشکلات جاری لازم است که تغییراتی در الگوهای رفتاری و ساختارهای اعتقادی آنان نسبت به اعضای خانواده و وضعیت خانواده بوجود آید. به کمک خانواده درمانی شناختی – رفتاری استوارت برای حاکم شدن الگوهای رفتاری و تعاملی مناسب تر در اعضای خانواده لازم است که در بین اعضای خانواده شک و تردیدهایی در مورد کارآمد بودن الگوهای رفتاری و درستی اعتقادات اعضای خانواده در مورد وضعیت جاری خانواده و علل مشکلات موجود در خانواده بوجود آید (۲۸). زنان باردار و شوهران شان با استفاده از تمرین ها و اصول خانواده درمانی استوارت، با تغییر شیوه برقراری ارتباط، ارتقاء خودکنترلی و منطقی کردن سطح انتظارات متناسب با وضعیت موجود می توانند میزان ضعف، سستی و اضطراب را کاهش دهند و به تدریج به روزهای محبت، تعامل سازنده و سطح مناسبی از خودتنظیمی هیجانی برگردند. استفاده از درمان های روانشناختی شناختی- رفتاری می تواند به از بین بردن علل روانشناختی زیربنایی مشکلات مربوط به ضعف روانی، مشکلات تنظیم هیجان و حل تعارضات زمینه ساز آن کمک شایانی نماید. به ویژه با توجه به اینکه عوامل فشارزا و استرس های زندگی نقش زیادی در بروز این اختلالات بر عهده دارند و با تاکید بر اینکه بسیاری از این عوامل فشارزا و استرس زا مربوط به خانواده بوده و خانواده می تواند با استفاده از آموزش الگوهای صحیح تقویت رفتار، افکار و باورهای منطقی و شناخت الگوهای باور، انتظارات و تعاملات منفی و جایگزین کردن آنهاه با الگوهای مثبت تعاملات نقش اساسی در برقراری روابط عاطفی سالم و در نتیجه سلامت جسمانی و روانی افراد خود داشته باشد (۲۹).

بر اساس دیدگاه خانواده درمانی رفتاری – شناختی اعضای خانواده به عنوان افرادی که می توانند با برقراری روابطی صمیمانه و توجهات توأم با تایید و کاهش عیب جویی تاثیر بسیار مهمی در کاهش مشکلات هیجانی و عاطفی داشته باشند. بر اساس دیدگاه خانواده درمانی رفتاری – شناختی



[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]

بنابرایـن در یـک خانـواده بسـیار مهـم اسـت کـه اعضـای آن انتظـارات خـود را بـه طـور آشـکار بیـان کننـد. ایـن باعـث مـی شـود فـرد دقیقـا بـه آن چـه نیـاز دارد دسـت یابـد. و ایـن مسـاله قـدرت روانـی وی را افزایـش داده سـبب مـی شـود عـزت نفـس بیشـتری پیـدا کنـد. ایـن مسـاله قطعـا در کاهـش بـروز اختلالـی هماننـد ضعـف روانـی و بدتنظیمـی هیجانـی تاثیـر زیـادی دارد. گـوش دادن دقیـق بـه صحبـت هـای یـک شـخص و ادای احترام متقابـل باعـث مـی شـود اعضـای خانـواده خـود را در جایـگاه وجـودی بالاتـری ببیننـد. ایـن مسـاله هـم در روانـکاوی وجـودی و هـم در روانشناسـی شـناختی بارهـا مـورد تاکیـد قـرار گرفتـه که داشـتن جایـگاه ذهنـی بالاتـر باعـث مـی شـود فـرد عقـده هـا و کمبودهـای روانـی کمتـر داشـته باشـد (۳۰). بـا توجـه بـه نتایـج ایـن پژوهـش پیشـنهاد مـی شـود در کاهـش ضعـف روانـی از روش خانـواده درمانـی رفتـاری شـناختی اسـتوارت اسـتفاده گـردد.

**ملاحظات اخلاقی**

پژوهشـگران بـه منظـور صیانـت از ارزش هـای انسـانی و اصـول اخلاقـی پژوهـش، خـود را ملـزم بـه رعایـت نـکات اخلاقـی دانسـتند. توجیـه افـراد شـرکت در مـورد پژوهـش و اهـداف آن، رعایـت اصـل رازداری در انتشـار اطلاعـات و محرمانـه نگـه داشـتن آنهـا، آزادی واحدهـای مـورد پژوهـش در تـرک مطالعـه و رعایـت حقـوق مؤلفیـن در اسـتفاده از متـون از جملـه اصـول اخلاقـی بودنـد کـه در ایـن مطالعـه رعایـت شـدند، همچنیـن کـد اخلاقـی بـه شـماره ۱۶۲۲۷۱۸۴۹ بـرای ایـن تحقیـق اخـذ شـده اسـت.

## سپاسگزاری

پژوهشـگران ایـن پژوهـش مراتـب قدردانـی خـود را از مدیـران و مسـئولین زحمـت کـش مرکـز درمانـی امـام سـجاد (ع) شـهر تبریـز و از همـه مراجعیـن محتـرم کـه مـا را در ایـن تحقیـق یـاری نمودنـد، بخاطـر همـکاری صمیمانـه و مشـارکت فعـال آنها در ایـن مطالعـه، اعـلام مـی نماینـد.

**References**

1. Berle, J.O., et al. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from The Nord-Trondelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. Arch Womens Ment Health, 8(3): p. 181-9.
2. Brouwers, E., B. Anneloes, and P. Victor. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. Infant Behavior & Development, 24: p. 95-106.
3. Field, T., et al. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. Depress Anxiety, 17(3): p. 140-51.
4. Monk, C. (2001). Stress and mood disorders during pregnancy: Implications for child development. Psychiatric Quarterly. 72(4): p. 347-357.
5. Byrnes, L. (2018). Perinatal Mood and Anxiety Disorders. The Journal for Nurse Practitioners, 14(7): p. 507-513.
6. Viswasam, K., G.D. Eslick, and V. Starcevic. (2019). Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord, 255: p. 27-40.
7. Gregrat, M. (2003). Psychological Assessment Guide, Sharifi, Hassan Pasha, Nikkho, Mohammad Reza, Tehran, Roshd Publications, Volume One
8. Basharpoor, S. and M. Taheri fard. (2019). Predicting the Pregnancy Anxiety in pregnant women basing on Cognitive Biases and Emotion Regulation strategies. Journal of Nursing Education,7(2): p. 23-31.
9. Azizi, S., F. Pelarak, and J. Mohagheghi. (2018). Effectiveness of Religious Teachings in Reducing Anxiety in Pregnant Women. Religion and Health, 4(2): p. 46-55.
10. Kim, D.R., et al. (2014). Computer-assisted cognitive behavioral therapy for pregnant women with major depressive disorder. J Womens Health (Larchmt), 23(10): p. 842-8.
11. Alipour, M, Ghahremani, L, Amoui, S, Keshavarzi, S, (1396). Evaluation of the effectiveness of relaxation techniques on depression, anxiety and stress in pregnant women: based on the theory of self-efficacy. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences, 22, 20-30
12. Aslami, E., et al. (2017). A Comparative Study of Mindfulness Efficiency based on Islamic-Spiritual Schemes and Group cognitive



[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]

Behavioral Therapy on Reduction of anxiety and Depression in Pregnant Women. ijcbnm.sums.ac.ir, 5(2): p. 144-152.

13. Jabbari, Z, Hashemi, H, Facts, S. (2012). Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral stress management on stress, anxiety and depression in pregnant women, Health System Research, (7), 1347-1347.
14. Arch, J.J. (2014). Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: treatment preferences and credibility among pregnant and non-pregnant women. Behav Res Ther,52: p. 53-60.
15. Wen Yan Jiao, Lin Na Wang, Juan Liu, Shuan Feng Fang, Fu Yong Jiao, Massimo PettoelloMantovani, and Eli Somekh. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. J Pediatr. 221: 264–266.e1.
16. Womenshealth, g. (2012). Depression during and after pregnancy fact sheet. Washington,DC:Office on Women's Health. Retrieved from https://www.womenshealth.gov/publications/ourpublications/fact-sheet/depression pregnancy.html.
17. Delavar, A. (2013). Research Method in Psychology and Educational Sciences, Tehran, Editing Publications
18. Garnefski, N. , Kraaji, . & Spinhoven, P. (2001). Negetive Life event, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and individual differences. 30, 420-440.
19. Abdi, Salman, B, Kh., Fathi, Jalil, Fathi, H. (2010). The Relationship between Cognitive Regulation Styles and Students› General Health. Scientific-Research Journal of the University of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran, 8 (4): 264- 258
20. Hooman, H. (1373). Statistical inference in behavioral research. Organization of the study and compilation of books on humanities universities (position).
21. Hildebrand‹ David K. (1986). Statistical thinking for behavioral scientists. Duxbury.
22. Hassani Pak, Ali Asghar (2013). Geostatistics. University of Tehran
23. Kargar Barzi, Hamid; Woodworking, Asgar; Samari Safa, Jafar. (2019). The effectiveness of Bowen›s emotional therapy-based family therapy on the transformational functions of the family and maladaptive emotional psyches of women with major depressive disorder. Family Psychology, 6 (1), 0-0.
24. 24. Farmer Bahramabadi, M; Nazari, T. (2014). The effectiveness of cognitive group therapy on depression and self-efficacy of female-headed households. Clinical Psychology Studies, 4 (14), 83-98.
25. Mousavi, M; Mohammadkhani, P; Kaviani, H; Delaware, A. (2006). The effectiveness of systemic-behavioral couple therapy on family functioning and self-confidence of women with depressive disorder. Family Studies, 2 (1).
26. Crawford JR, Henry JD. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. Br J Clin Psychol; 42(Pt 2): 111-31.
27. Khodadostan M. (1997).The relationship between factors of postpartum depression in women referred to health centers in Isfahan [Thesis]. Isfahan, Iran: Department of Medicine, University of Isfahan; [In Persian].
28. Naghizadeh, N, Karimi sani, P, Mahmoudi, A. (1397). The Effectiveness of Stuart Behavioral-Cognitive Family Therapy on Depression and Pessimism of Female Teachers in Naqadeh Education, National Conference on New Ideas in Psychology and Educational Sciences with Emphasis on Recent Scientific Research, Tehran, Payame Noor University. [In Persian].
29. Khodaiarifard, M. (2005). Application of cognitive-behavioral family therapy along with chiropractic in the treatment of psychiatric disorders (skeletal muscle), Master Thesis, University of Tehran, Faculty of Psychology and Educational Sciences. 144-1. [In Persian].
30. Delshad, N, Sanati Z, Hatami Kia, M, Mohammadi, Sh. (2014). Self-morbidity and its effective factors in the population of 20-50 years old in Gonabad. Knowledge horizon. 19 (5): 17-22. [In Persian].

[ Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12 ]