

بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر کاهش اضطراب زنان در دوران بارداری

زهرا وفایی جهان^{۱*}، غلامرضا ثناگو محرر^۲

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره هجدهم، تابستان ۱۴۰۲، صفحات ۹۱-۸۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه گروهی آموزش واقعیت درمانی بر کاهش میزان اضطراب زنان در دوران بارداری بود. این مطالعه به روش شبه تجربی بود و با استفاده از روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. ۳۰ نفر از زنان باردار که مراکز بهداشتی درمانی مشهد مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزارهای موردسنجش، پرسشنامه اضطراب بارداری و ندربرگ بود؛ که با این پرسشنامه سطح اضطراب اندازه‌گیری شد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان دادند میانگین نمره‌های اضطراب گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری داشت و همچنین نسبت به گروه گواه کاهش معناداری یافت؛ به‌عبارت‌دیگر، برنامه گروهی آموزش واقعیت درمانی، اضطراب دوران بارداری زنان را به‌طور معناداری کاهش داد و توصیه می‌شود از برنامه گروهی آموزش واقعیت درمانی در مراکز بهداشت و مراکز مشاوره جهت کاهش اضطراب زنان در دوران بارداری استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: بارداری، اضطراب دوران بارداری، برنامه گروهی آموزش واقعیت درمانی.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره هجدهم، تابستان ۱۴۰۲

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی
علوم تربیتی

مقدمه

بارداری از حساس‌ترین دوران‌های زندگی انسان‌هاست و صدمات وارده بر جنین در دوران بارداری می‌تواند زمینه‌ساز اختلال‌های جسمی و روانی در سال‌های بعدی زندگی فرد باشد، به‌طوری‌که زمینه‌سبب بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی دوران بزرگسالی را باید در دوران جنینی جستجو کرد. دوران بارداری همراه با تغییرات فیزیکی و درونی بسیار زیادی می‌باشد. ممکن است این علائم در ابتدا با اختلالات روحی روانی بسیار کم شروع و سپس به اختلالات روانی شدید و حتی سایکوز منجر شود. وضعیت روانی زنان و استرس دوران حاملگی به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، سلامت مادر یا جنین را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ترس از زایمان‌های بعدی که در بارداری نخست ایجاد شده است، یکی از مسائل پرسترس دوران بارداری است (خورسندی، وکیلان، نصیر نژاد، ۱۳۹۲). سلامت روانی در دوران بارداری از مسائلی است که امروزه بسیار مورد توجه قرار دارد. ثابت شده است که از ابتدای بارداری، اضطراب و هیجان‌های زن باردار تأثیر مستقیمی بر روی جنین خواهد داشت. امروزه بسیاری بر این باورند که بارداری ظرفیتی است که در سلامتی، خوشبختی و نقش‌های اجتماعی یک زن تأثیرات مهمی را برجای می‌گذارد (مارتینی، پتزولت و ویتچن، ۲۰۱۵).

لذا بسیاری از زنان، بارداری را یکی از پرسترس‌ترین دوره‌های زندگی خود توصیف می‌کنند، که پاسخ آنان به این استرس احساس اضطراب است (اموپ، تینا، سالی و راجل، ۲۰۱۲). شیوع اضطراب در دوران بارداری بین ۲۵ تا ۵۰ درصد با توجه به فرهنگ‌های مختلف گزارش شده و در مورد دلایل ایجاد اضطراب در بارداری مطالعات مختلفی هم صورت گرفته است (بذرافشان و محموی راد، ۱۳۸۸). یافته‌های مختلف نشان دادند که اضطراب و نگرانی یکی از مشکلات روان‌شناختی مادر باردار است، به‌طوری‌که در سه‌ماهه اول و سوم میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد (فیگوریو و کانه، ۲۰۱۱). بعنوان مثال زنان بارداری که زلزله را در ماه‌های اول بارداری تجربه می‌کنند عوارض بیشتری نسبت به زنان بارداری که در ماه‌های آخر بارداری هستند و در شرایط یکسانی قرار دارند نشان می‌دهند. عدم اطلاع یا اطلاعات نادرست و ناقص در خصوص بارداری و تغییرات آن می‌تواند موجب بروز هیجان‌ها و آشفتگی‌های روانی شود. ترس، اضطراب و درد سه عاملی مهم در هنگام زایمان هستند. زن بارداری که ترس از زایمان را بیان می‌کند، نیاز به مراقبت‌های ویژه دارد تا قادر به اداره بارداری و تجربه خوشایند از زایمان باشد (علی پور، لامیان، حاجی زاده و وفایی، ۱۳۹۰). این اضطراب گاهی به عنوان یک مکانیسم طبیعی برای مقابله با نگرانی ذهنی مادر باردار و تغییرات همراه آن می‌باشد، اما گاهی نگرانی و اضطراب می‌تواند شکل بیماری به خود گرفته و چنان شدت یابد که بهداشت روانی مادر باردار را تحت تأثیر قرار دهد (سیمون، ۲۰۰۳). استرس باعث تحریک غده فوق کلیه و تحریک سیستم سمپاتیک می‌شود که طی فرایند پیچیده‌ای باعث افزایش تعداد تنفس، ضربان قلب، نبض و فشارخون می‌شود (کوهاداروگلو، ۱۹۹۳). طبق مطالعه کریمی و همکاران استرس و اضطراب مادر در دوران بارداری به عنوان عامل مستعدکننده بیماری‌های آلرژیک کودک در بزرگسالی می‌باشد (مجیبیان، نوبوشان، بیدکی، خلاصه زاده، رفیعی و صابری، ۱۳۹۱). در مطالعه بذرافشان و همکاران بین سابقه زایمان سخت و دیستونی و اضطراب پنهان رابطه معنی داری وجود داشت (بذرافشان و محمودی راد، ۱۳۸۸). در مطالعه فنویک و همکاران ترس از ناشناخته‌ها، فقدان اطمینان به زایمان، برونی‌سازی روایت‌های منفی و درد زایمان در زنانی که یک‌بار تجربه زایمان داشته‌اند باعث به وجود آمدن ترس از زایمان می‌شوند؛ بنابراین، زنان جوان و باردار جامعه نیاز به آموزش بیشتر، افزایش آگاهی و تغییر نگرش نسبت به روش‌های زایمان

دارند (فنونیک، گامبل، گریدی، بویست، تورکستا و اسندون، ۲۰۱۳). ارزیابی با استفاده از سونوگرافی داپلر نشان‌دهنده این مطلب می‌باشد که استرس و اضطراب باعث افزایش شاخص مقاومت عروقی و اختلال جریان خون رحمی - جفتی شده که این الگوهای غیرطبیعی پیش‌بینی کننده پره اکالمپسی و تأخیر رشد داخل رحمی می‌باشد (هارینگتون، کوپر، لس، هیچر، کامپبل، ۱۹۹۶). طبق مطالعات انجام شده، سابقه بیماری روان‌شناختی و اختلالات روان‌شناختی خصوصاً افسردگی و اضطراب دوران بارداری، استرس مراقبت از کودک و عوارض تولد، ارتباطات نامناسب زناشویی، حمایت اجتماعی ضعیف، حوادث استرس آمیز زندگی قبل از تولد و وضعیت اجتماعی پایین از عوامل خطر ساز آن می‌باشند (دوین، ۲۰۰۲). ترس از زایمان و اجتناب از آن برای زنان باردار و نوزادان مشکلات عدیده‌ای ایجاد می‌کند. میزان بالایی ترس و اضطراب زایمان پیش‌بینی کننده افسردگی پس از زایمان است. افسردگی پس از زایمان یکی از مشکلات اصلی بهداشتی به شمار می‌رود که عوارض سویی بر خانواده به‌جای می‌گذارد (رخ، رویسر، ریدل، بلک ول، ۲۰۱۷). با توجه به محدودیت استفاده از دارو در دوران بارداری، در خارج و داخل کشور سعی داشته‌اند تا با آموزش روانی و آرمیدگی، ترس از زایمان و متعاقب آن تعداد سزارین‌های انتخابی را کاهش دهند (روحه، سالملا، هالسمکی، سیستمو، ۲۰۰۹).

تخصص و حیطه کاری روان‌شناسان این است که بتوانند ارزیابی دقیقی با توجه به شرح‌حال و مصاحبه بالینی دقیق و تست‌های شخصیت که روایی و پایایی دارند انجام دهند و تشخیص مناسب برای هر مراجع کننده داشته باشند و با توجه به رویکرد خاص خودشان به مراجعین خود کمک‌هایی را در جهت کاهش علائم منفی اختلال‌های روان‌شناختی (مانند افسردگی، اضطراب و...) انجام دهند. روان‌شناسان و مشاورین با حمایت‌های خود باعث می‌شوند که مراجعین به کسب شناخت و سازگاری بهتر با محیط زندگی برسند به‌طوری‌که بتوانند با موقعیت‌های مختلف زندگی کنار آیند و با سازگاری بیشتر، زندگی بهتری داشته باشند (رابرتسون، گرس، والینگتون و استوارت، ۲۰۰۴).

رویکردهای درمانی بسیاری در حیطه روان‌شناسی موجود می‌باشد که یکی از این رویکردها واقعیت درمانی می‌باشد لذا در این راستا این احتمال وجود دارد که روش‌هایی مانند واقعیت درمانی بتواند در کاهش یا رفع این مشکل اساسی (اضطراب) موثر باشد. واقعیت درمانی مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، روش‌ها و ابزارهایی است برای کمک به افراد، به‌منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های مخرب به سازنده و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود (محمدی، بیات و افشار، ۲۰۰۴). بر طبق این نظریه، افرادی که ارتباط میان رفتار و پیامدهای آن را می‌فهمند از کنترل درونی برخوردارند و در واقع این افراد باور دارند می‌توانند بر محیط تاثیر بگذارند (جاماسیان، دوکان هیفرد، ۲۰۱۷). نظریه واقعیت درمانی در سال ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ توسط ویلیام گلسر تدوین شده است. این رویکرد به توان مراجع برای پرداختن به نیازهایش از طریق یک‌روند منطقی اعتماد دارد. در اوایل ۱۹۸۰ گلسر نظریه کنترل را به این نظریه افزود. اذعان کرد که معمولاً رفتارها بهترین تلاش برای کنترل دنیا و خدمات به عنوان بخشی از دنیاست و به این طریق می‌توانیم نیازهایمان را کنترل کنیم. نظریه کنترل به‌طور خلاصه اذعان می‌دارد که مردم همیشه به‌گونه‌ای رفتار می‌کنند که دنیا و خودشان را به عنوان بخشی از دنیا کنترل نمایند و بدین طریق نیازهایشان را به بهترین نحو ارضا کنند (گلسر، ۱۹۸۰). کسانی که کنترل بیرونی دارند اعتقاد دارند که رفتار خارج از کنترل آن‌هاست و کسانی که عقیده به کنترل درونی دارند معتقدند که رفتار تحت کنترل خودشان است؛ و هرگاه احساس کنند رفتار در جهت خواسته‌شان پیش نمی‌رود رفتار

دیگری را انتخاب می‌کنند اما افراد با کنترل بیرونی رفتار غیرعادی و غیرمسئولانه نشان می‌دهند. هدف واقعیت درمانی رشد یافتن کنترل درونی می‌باشد (شارف، ۲۰۰۴). جلسات واقعیت درمانی سبب افزایش مسئولیت‌پذیری به پیامد رفتارهایمان می‌شود و همچنین سبب احساس کنترل بیشتری بر اعمالمان می‌شود (بهراری، ۱۳۹۸). نخبه زعیم (۱۳۹۹) به بررسی تاثیر واقعیت درمانی بر ارتقای مسئولیت‌پذیری و سازگاری اجتماعی دختران نوجوان پرداخت و بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که استفاده از مداخله واقعیت درمانی بر مسئولیت‌پذیری و سازگاری اجتماعی نوجوانان تاثیر دارد (زعیم، ۱۳۹۹). در واقعیت درمانی اعتقاد بر این است که هر آنچه از فرد سر می‌زند یک رفتار است و تقریباً تمام رفتارهای ما انتخاب می‌شوند (گلسر، ۲۰۰۰). بر اساس نظریه واقعیت درمانی، انسان‌ها دارای انگیزه‌های درونی هستند تا قادر به محقق کردن نیاز عشق و تعلق خاطر، احساس قدرت، آزادی، بقاء، سلامت و تفریح را باشند. این نظریه ادعان می‌دارد که مردم می‌توانند با انتخاب آگاهانه احساسات و رفتارشان، زندگی خود را بهتر کنند (گلسر، ۲۰۰۳)؛ اما محققینی مانند گاسکوگا در مطالعه خود نشان دادند که مداخلات آموزشی تنها زمانی مؤثر است که زنان آموزش دیده، فاقد چنین اطلاعاتی باشند (گوسکوسکا، ۲۰۱۴). در این راستا السوالمه و الصمادی و آقایی و همکاران در پژوهشی به بررسی تاثیر واقعیت درمانی گروهی بر استرس و اضطراب در زنان باردار پرداختند (السوالما و همکاران، ۲۰۱۲). یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد واقعیت درمانی باعث کاهش استرس و اضطراب زنان باردار می‌شود. واقعیت درمانی روشی است مبتنی بر عقل سلیم و درگیری‌های عاطفی که در آن بر واقعیت، قبول مسئولیت و شناخت امور درست و نادرست و ارتباط آن‌ها با زندگی روزمره‌ی فرد تأکید می‌شود (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۱۰). قضایی و همکاران در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از زایمان، ترس از درد و خودکارآمدی زایمان، نشان دادند که مداخله واقعیت درمانی بر افزایش خودکارآمدی زایمان زنان مؤثر است (قضایی و همکاران، ۱۳۹۶). اعتمادی، نصیرنژاد و اسمخانی مطالعه ای با عنوان اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب زنان انجام دادند که نتایج نشان داد واقعیت درمانی بر کاهش چشمگیر اضطراب زنان مؤثر است (اعتمادی، سین نژاد، اکبری نژاد، ۱۳۹۳). لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت درمانی در کاهش علائم اضطراب دوران بارداری انجام شد و مسئله این است که آیا رویکرد واقعیت درمانی در کاهش علائم اضطراب دوران بارداری مؤثر است؟

روش پژوهش

این پژوهش با هدف کلی بررسی اثربخشی برنامه گروهی آموزش واقعیت درمانی در کاهش میزان اضطراب دوران بارداری زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت انجام گردید و یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گردید. به منظور انجام پیش‌آزمون قبل شروع مداخله، تمامی افراد گروه نمونه به پرسشنامه اضطراب بارداری و ندنبرگ پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش طی ۸ هفته (۸ جلسه) و هر جلسه ۹۰ دقیقه تحت برنامه گروهی آموزش واقعیت درمانی قرار گرفت؛ و همچنین گروه کنترل نیز تعداد جلسات مشابهی با گروه آزمایش داشتند اما محتوای آموزشی متفاوتی دریافت کردند. جامعه آماری شامل زنان باردار مبتلا به اضطراب که مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد بودند. پس تهیه فهرست ۱۵۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز مذکور که مبتلا به اضطراب بودند. انتخاب شدند و سپس ۳۰ نفر از آن‌ها به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، داشتن اضطراب بر اساس پرسشنامه اضطراب بارداری (وندبرگ^۱، ۱۹۹۰)؛ و ماه چهارم و پنجم بارداری. معیارهای خروج از گروه نمونه سابقه بیماری‌های مزمن جسمی و روانی قابل توجه مانند دیابت، بیماری‌های قلبی، اختلالات روان‌گسستگی مانند اسکیزوفرنی، پارانویا، اختلالات اضطرابی تحت درمان بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه اضطراب بارداری وندبرگ که ترس‌ها و نگرانی‌های مربوط به بارداری را می‌سنجد مورد استفاده قرار گرفت؛ که دارای ۵۸ ماده است. تحلیل عاملی اکتشافی داده‌های این پرسشنامه، پنج عامل را نشان داد: ترس از زایمان (۱۴ ماده)، ترس از تولد کودک توان‌خواه جسمانی یا روانی (۵ ماده)، ترس از تغییر در روابط زناشویی (۱۳ ماده)، ترس از تغییر در خلق‌وخو و پیامدهای آن بر کودک (۱۶ ماده)، ترس‌های خودمحور یا ترس از تغییر در زندگی شخصی مادر (۷ ماده). این پرسشنامه اولین بار در (بوساک نژاد، سروقد، ۲۰۱۳) ترجمه و توسط گروهی از متخصصان زبان دوباره به انگلیسی برگردانده شد و درستی و صحت تطبیق آن توسط گروه روان‌شناسان همکار تأیید گردید و برای بررسی جنبه‌های مختلف نگرانی زنان باردار مورد استفاده قرار گرفت. آزمودنی در یک مقیاس لیکرتی ۱ گزینه‌ای از هیچ اضطراب ندارم تا خیلی زیاد اضطراب دارم به گویه‌ها پاسخ می‌دهد. حداقل امتیاز برای این پرسشنامه صفر و حداکثر ۱۹ است. در مطالعه‌ای روی ۳۹۷ زن باردار پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰,۹۰ گزارش شد. در پژوهش (امسی‌گان، آلدردیس، هولمس، جاستون، ۲۰۱۱) نیز ضریب اعتبار از طریق همبستگی بین این آزمون با پرسشنامه‌ی نگرانی پنیسلوانیا برابر ۰,۶۳ به دست آمده که در سطح ۰,۰۵ معنادار می‌باشد. در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ برای افراد نمونه در پرسشنامه اضطراب بارداری ۰,۷۴ و نگرانی در مورد تغییر شکل بدن ۰,۷۸ و نگرانی در مورد احساسات و روابط ۰,۷۷ به دست آمد. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بررسی شد. جهت بررسی همگنی گروه‌ها واریانس محاسبه شد؛ و به‌منظور بررسی مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی در تحلیل کوواریانس، آزمون اثرهای بین آزمودنی اجرا شد. تحلیل کوواریانس چندمتغیری در مورد نمره‌های پس‌آزمون با گروه کنترل و پیش‌آزمون‌ها انجام شد.

مطالب و محتوای مداخله

پروتکل هر جلسه درمان بر اساس منابع در دسترس به صورت زیر تدوین شد:

جلسه اول: معارفه و آشنایی اعضای گروه با هم، آشنایی با مفهوم واقعیت‌درمانی. در این جلسه در مورد اهداف مطالعه، اثرهای احتمالی پژوهش اخیر و روش کار به‌طورکلی توضیح داده شد و بنا بر قوانین اخلاقی برگرفته از نظام کمیته اخلاق پژوهش بر موارد لازم تأکید شد. برای مثال، توضیح داده شد که عدم شرکت افراد هیچ‌گونه تأثیری بر روال تحصیلی و موقعیت ایشان ندارد و تنها در صورت علاقه‌مندی و داشتن ملاک‌های ورود می‌توانند در پژوهش شرکت کنند.

جلسه دوم: آشنایی اعضا با چگونگی پذیرش مسئولیت رفتارهای خود و آشنایی با اهمیت مسئولیت‌پذیری در زندگی

جلسه سوم: آشنایی بیشتر با مفهوم چشم‌زخم و آشنایی با مفهوم اضطراب از دیدگاه واقعیت‌درمانی و آموزش مهارت‌های تن‌آرامی جهت کنترل اضطراب.

جلسه چهارم: آشنایی با نیازهای اساسی در زندگی و انتخاب بهترین روش درسیدن به نیازهای اساسی

جلسه پنجم: آشنایی با چگونگی طرح‌ریزی حل مشکل و برنامه‌ریزی برای زندگی فعلی و در حال حاضر خود

جلسه ششم: آشنایی با چگونگی تعهد نسبت به انجام دادن و عمل کردن طرح و برنامه‌هایشان

جلسه هفتم: آشنایی با چگونگی نپذیرفتن عذر و بهانه در خصوص اجرای طرح‌ها و برنامه‌های انتخاب‌شده

جلسه هشتم: آشنایی با چگونگی پاداش دادن به خود در مواقعی که تمرینات انجام می‌شود.

همچنین گروه کنترل تعداد جلسات مشابهی با گروه آزمایش داشتند اما صرفاً برنامه آموزشی آفیس را دریافت می‌کردند.

1. van den Berg

روند اجرای پژوهش

شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل زنان باردار مبتلا به اضطراب که مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد بودند که صحبت با ایشان جهت رضایت شرکت در پژوهش و دعوت شدن به جلسه معارفه توسط پژوهشگر صورت گرفت. در این جلسه در مورد اهداف مطالعه، اثرهای احتمالی پژوهش اخیر و روش کار به‌طورکلی توضیح داده شد و بنا بر قوانین اخلاقی برگرفته از نظام کمیته اخلاق پژوهش بر موارد لازم تأکید شد. برای مثال، توضیح داده شد که عدم شرکت افراد هیچ‌گونه تأثیری بر روال تحصیلی و موقعیت ایشان ندارد و تنها در صورت علاقه‌مندی و داشتن ملاک‌های ورود می‌توانند در پژوهش شرکت کنند.

یافته‌ها

جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای موردبررسی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس متغیرها معنادار نبود؛ بنابراین، واریانس دو گروه آزمایش و گواه همگن بوده و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. به‌منظور بررسی مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی در تحلیل کوواریانس، آزمون اثرهای بین‌آزمودنی اجرا شد. (جدول ۲). با توجه به نتایج جدول ۲ اثر تعاملی پیش‌آزمون و گروه‌ها در تمام متغیرهای موردبررسی معنادار نبود؛ بنابراین می‌توان گفت بردارهای متقابل معنادار نبوده در نتیجه شیب‌های رگرسیونی گروه‌ها همگن هستند. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس چندمتغیری در مورد نمره‌های پس‌آزمون با گروه گواه پیش‌آزمون‌ها انجام شد (جدول ۲). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در مورد مؤلفه‌های اضطراب نشان دادند بین گروه‌های آزمایش و گواه دست‌کم از نظر یکی از متغیرهای وابسته (ترس از تولد کودک ناتوان جسمانی یا روانی، ترس از زایمان) تفاوت معنادار وجود دارد ($f=15,20, p < 0,01$). برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس برای مؤلفه‌های اضطراب و همچنین اضطراب کلی در جدول ۲ منعکس شده است. این نتایج نشان داد بین متغیرهای ترس از تولد کودک توان‌خواه جسمانی یا روانی ($f=16,77, p < 0,01$) و ترس از زایمان ($f=16,67, p < 0,01$) تفاوت معنادار است. مقایسه پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ هر یک از متغیرهای وابسته نشان داد بین میانگین کل نمره پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد. این امر نشان‌دهنده کاهش معنادار میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با گروه گواه بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرها
SD	M	SD	M	
۶۳,۱۶	۴۳,۸۵	۱,۱۸	۵۷,۷۰	آزمایش
۳۱,۱۴	۹۲,۷۲	۴۱,۱۳	۳۳,۶۷	کنترل
۲۲,۱۲	۸۵,۳۲	۱۵,۹	۰۷,۲۰	آزمایش
۶۵,۷	۴,۲۵	۳,۱۲	۰۶,۳۹	کنترل
۸۳,۵	۷۱,۱۵	۱۷,۶	۷۸,۳۵	آزمایش
۰۹,۱۰	۶۶,۲۳	۱۴,۱۲	۰۰,۲۳	کنترل
۸۶,۱۳	۷۱,۳۴	۵,۱۳	۱۴,۳۶	آزمایش
۳۹,۱۵	۲۶,۴۰	۱۵,۱۵	۶,۳۸	کنترل
۹,۱۴	۵,۲۴	۱۳,۱۵	۸,۶۰	آزمایش
۶۸,۲۳	۹۳,۶۸	۳۹,۲۰	۳۳,۵۷	کنترل
۳,۴۶	۶,۱۷۱	۳۴,۳۶	۲,۳۳۳	آزمایش
۹۶,۵۴	۲,۲۵۱	۶۶,۵۸	۳۳,۲۲۵	کنترل

جدول ۲. نتایج آزمون اثرهای پیش‌آزمون در متغیرهای موردبررسی

F	پیش‌آزمون در گروه‌ها
۰٫۸۵	ترس از تغییر در روابط زناشویی
۰٫۶۸	ترس از زایمان
۰٫۴۰	ترس از تولد کودک توان‌خواه
۰٫۹۷	ترس از تغییر خلق‌وخو و پیامدهای آن بر کودک
۰٫۱۷	ترس خودمحرانه یا ترس از تغییر زندگی شخصی مادر
۲٫۰۳	اضطراب کلی

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای مقایسه پس‌آزمون‌ها در متغیرهای موردبررسی

اثر	متغیر وابسته	MS	F	گروه
	ترس از تغییر در روابط زناشویی	۶۵۲٫۶۳	*۱۶٫۷۷	
	ترس از زایمان	۱۲۷۰٫۸۶	*۱۶٫۶۷	
	ترس از تولد کودک توان‌خواه	۶۳۱۷٫۵۴	*۲۵٫۵۸	
	ترس از تغییر خلق‌وخو و پیامدهای آن بر کودک	۶۹٫۸۸	۰٫۸۴	
	ترس خودمحرانه یا ترس از تغییر زندگی شخصی مادر	۴۳۷۲٫۶۳	*۲۱٫۴۴	
	اضطراب کلی	۵۲۰۳۳٫۵۸	*۳۴٫۸۳	

P<0.01

در اضطراب کلی نیز اثر گروه ($f=۳۴٫۸۳, p < ۰٫۰۱$) معنادار است در نتیجه می‌توان گفت واقعیت درمانی بر کاهش اضطراب کلی تاثیر معنادار داشته است این نتایج در جدول ۴ نیز قابل مشاهده است.

جدول ۴. خلاصه تحلیل کوواریانس اثر واقعیت درمانی بر اضطراب

متغیر پراش	DF	MS	F
پیش‌آزمون	۱	۳۱۳۳٫۷۲	۲۰٫۹۸
گروه	۱	۵۲۰۳۳٫۵۸	۳۴٫۸۳

*P<0.01

بحث و نتیجه‌گیری

ناآگاهی، نداشتن و بدتر از آن مطلع نکردن، ریشه و علت بسیاری از مشکلات و اضطراب‌های مادر در دوران بارداری است. پس این گفته را که ندانستن همراه با آرامش است باور نکنیم، چون ناآگاهی عواقب بی‌شماری دارد که گاهی جبران‌ناپذیر است. بارداری نیازمند هم بدنی سالم و هم روانی سالم است. در این پژوهش با آموزش‌ها و درمان مبتنی بر واقعیت درمانی سعی کردیم مادران باردار را از عواملی که سبب اضطراب ایشان می‌شد آگاه کنیم و با استفاده از تست سنجش میزان اضطراب، میزان اضطراب ایشان را در قبل و بعد از واقعیت درمانی بررسی کردیم.

از آنجاکه تمرکز بر بعد مسئولیت، هسته اصلی کار در واقعیت درمانی است؛ بنابراین، واقعیت درمانی می‌تواند در یادگیری رفتارهای مسئولانه در فرد مؤثر باشد و در نتیجه از بروز آسیب در فرد جلوگیری کند. به‌طور خاص، واقعیت درمانگر تمام تلاش خود را بر رفتار متمرکز می‌کند، به ایجاد یک رابطه خصوصی و فعال، به شیوه‌های مسئولانه اقدام می‌کند و زمان حال، به خصوص رفتار کنونی مراجع را برای نیل به موفقیت همواره در نظر دارد. درمانگر به هیچ وجه وقت خود را صرف آن نمی‌کند که نقش کارآگاه

و جستجوگر را ایفا کند و به عذر و بهانه های مراجع گوش دهد، بلکه سعی می کند از راه توجه دقیق به رفتار کنونی فرد و احتراز از موارد تهدیدآمیز، مقدمات تشکیل رفتار مسئولانه و هویت موفق را در او پایه گذاری کند و بدین وسیله با کاستن اضطراب و نگرانی مقدمات شخصیت سالم را در او تقویت کند (وندبرگ، ۱۹۹۰). نتایج این پژوهش نشان داد که واقعیت درمانی در کاهش اضطراب زنان باردار موثر است و نتایج این مطالعه نشان دهنده بهبود قابل توجه آزمودنیها در کاهش اضطراب دوران بارداری در مقایسه با ابتدای مطالعه بود.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به نبود شرایط انجام مرحله پیگیری در پژوهش حاضر و همچنین محدود بودن پژوهش به شهر مشهد که امکان تعمیم نتایج را به سایر شهرها با محدودیت مواجه می سازد، اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می شود پژوهشگران بعدی دوره های پیگیری جهت سنجش اثر بلندمدت مداخله در نظر بگیرند. همچنین پیشنهاد می شود این شیوه درمانی با سایر روش های درمان روان شناختی دیگر بر روی اضطراب دوران بارداری زنان انجام شود و اثربخشی واقعیت درمانی در کاهش اضطراب دوران بارداری زنان، در مقایسه با دیگر رویکردها مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد.

قدردانی: در پایان لازم است از کلیه زنان بارداری که در انجام این پژوهش شرکت نمودند و در اجرای آن ما را یاری نمودند قدردانی به عمل آید.

تعارض منافع: بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

حامی مالی: این مقاله حامی مالی ندارد.

منابع

- Aghayousefi, A. (1395). The role of pain relief in predicting the resilience of patients with chronic pain, *Health Psychology*, 17(5), 22 – 38. (In Persian).
- Alipour, Z., Lamyian, M., Hajizadeh, E., Vafaei, M. (1390). The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study, *Iran J Nurs Midwifery*, 16(2), 169-73. (In persian)
- Alsavalemah, A., Alsamadi, A. (2012). The impact of group reality therapy to reduce stress and anxiety in pregnant women, *J EducSci Jordan*, 8(4), 365- 76.
- Baazrafshan, M.R., Mahmoodirad, A. (1388). The relationship between women's anxiety during pregnancy and labor outcomes in Larestan hospitals, *JPCP*, 1(2), 65-73. (In persian)
- Basrafahan, M., Mahmoodi, R A. (2011). Relationship between anxiety and cognition believes and depression. *Quatrly of Lorestan Medical science*, 13, 64-74. (In persian)
- Cuhadaroglu, F. (1993). Observing depression and anxiety together in adolescents: a review. *Turk Psikiyatri Derg*, 4, 183-8.
- Dion, X. (2002). Anxiety: a terrifying facet of postnatal depression. *Community Pract*, 75(10), 376.
- Etemadi, A., Nasirnejhad, F., Smkhaniakbarinejhad, H. (2014/1393). Effectiveness of group Reality Therapy on the Anxiety of women, *Journal of Psychological Studies*, 10(2), 73- 88. (In persian)
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention, *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 190.

- Figueiredo, B., Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: parity differences and effects. *J Affect Disord*, 132(1), 146-57
- Ghazaei, M., Davoudi, I., Mehrabi, M., et al. (1395). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of delivery, fear of pain, self-efficacy of labor and desire for cesarean section in nulliparous women, *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*, 19(31), 1-12. (In persian)
- Guskowska, M. (2014). The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control, *Anxiety Stress Coping*, 27(2), 176-89.
- Harrington, K., Cooper, D., Lees, C., Hecher, K., Campbell, S. (1996). Doppler ultrasound of the uterine arteries: the importance of bilateral notching in the prediction of pre- eclampsia, placental abruption or delivery of a small-for-gestational-age baby, *Obstet Gynecol Sci*, 7(3), 182-8.
- Jamasian, A., Dokaneheifard, F. (1396). The effectiveness of group therapy reality on increasing resilience, promoting life and improving the quality of infertile women in Sarem infertility center, *Health Psychology*, 8(29), 237- 262. (In persian)
- Khorsandi, M., Vakilian, K., NasirZadeh, M. (1393). Investigating different factors of fear in normal delivery among pregnant women, in Arak-A cross sectional study. *J FasaUni Med Sci*, 4(2), 161- 4. (In persian)
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Wittchen, H-U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospectivelongitudinal study, *Journal of Affective Disorders*, 175, 385-395.
- Mojibian, M., Hadi Nodoshan, H., Bidaki, R., Kholacezadeh, G., Rafiee, P., Saberi, Z. (1391). Relationship between Stress During Pregnancy and Cord Blood Ige Level, *SSU_Journals*, 20(2), 142-51. (In persian)
- Mwape, L., Teena, M., Sally, E., Rochel, D. (2012). Scio-cultural factors surrounding mental distress during the prinal period in Zambia. *International Journal of Mental Health*, 6, 2-105.
- Prochaska, J., Norcross, G. (2010). *Psychotherapy systems*, Tehran: Ravan.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature, *Gen Hosp Psychiatry*, 26(4), 289-95.
- Rock, P., Roiser, J., Riedel, W., Blackwell, A. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis, *Psychol Med*, 44(10), 2029-40.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmaki, E., Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*, 116(1), 167- 73.
- Sedaghat, M., Sahebi, A., Shahabimoghadam, S. (1395). The effectiveness of case-based reality therapy on people with major depression with a history of suicide attempt, *Forensic Medicine*, 5(5), 371- 8. (In persian)
- Simon, GE. (2003). Social and economic burden of mood disorders, *Biol Psychiatry*, 54(3), 208-15.