Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2020; Vol 6(1), Summer, pp 106-117.

# The Impact of Mindfulness-based Counseling on the Levels of Anxiety during Pregnancy and on Newborns' Physiological Parameters

**Sousan Heydarpour[*1], Rouzhin Feli[2], Kamran Yazdanbakhsh[3], Fatemeh Heydarpour[4]**

1- Department of Midwifery, Nursing and Midwifery Faculty, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
2- Student Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
3- Ph.D. Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.
4- Social Development & Health Promotion Research Center, Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

***Corresponding author:** Sousan Heydarpour, **Email:** s.heydarpour1394@yahoo.com

**Received:** 20 May 2020 **Accepted:** 28 May 2020

## Abstract

**Background & Aim:** Anxiety is one of the most common accompanying symptoms in pregnant mothers and is associated with adverse maternal and neonatal consequences. The aim of the present study was to examine the impact of mindfulness-based counseling on the levels of anxiety during the pregnancy period and on newborns' physiological parameters.

**Materials & Methods:** This study was a semi experimental pretest-posttest with a control group. Sixty primiparous pregnant women who referred to the health clinics of Kermanshah were selected using convenient sampling and were randomly assigned into either experiment or control group. The control group received routine prenatal care, and the experimental group underwent eight groups mindfulness-based counseling sessions (60-90min) twice a week, in addition to routine prenatal care. Before, immediately after and one month after the intervention, both groups completed the Vandenberg Gestational Anxiety Questionnaire. In addition, after delivery, the newborns' physiological parameters (weight, height, gestational age and Apgar score) checklist was completed. The data was analyzed using Mann-Whitney, Independent t-test, and Friedman's tests using SPSS- 25.

**Results:** Pregnancy anxiety was not significant between the control and intervention groups before the intervention ($p = 0.694$). However, immediately and one month after the intervention the difference was significant ($p \leq 0.001$). After delivery, the physiological parameters of infants born to women in the intervention and control groups were not significantly different.

**Conclusion:** According to the study results, mindfulness-based counseling was effective in reducing pregnancy anxiety, but did not affect the physiological parameters of newborns at birth.

**Keywords:** Pregnancy, Anxiety, Physiological parameters

**How to cite this article:**
**Heydarpour S, Feli R, Yazdanbakhsh K, Heydarpour F. The impact of mindfulness-based counselling on the levels of anxiety during pregnancy and on newborns' physiological parameters. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2020:6(1): 106-116.**
**URL:** http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-328-fa.html

**Copyright** © 2020 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-13 ]

# بررسی تاثیر مشاوره مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب دوران بارداری و پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان

**سوسن حیدرپور*[1]، روژین فعلی[2]، کامران یزدانبخش[3]، فاطمه حیدرپور[4]**

۱-دکترای تخصصی بهداشت باروری، گروه سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۳- دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۴-دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

**نویسنده مسئول:** سوسن حیدرپور، ایمیل: s.heydarpour1394@yahoo.com

**تاریخ دریافت:** ۱۳۹۹/۰۲/۳۱ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۹/۰۳/۰۸

## چکیده

**زمینه و هدف:** اضطراب یکی از شایع‌ترین علائم همراه در مادران بارداراست و با عواقب ناگوار مادری و نوزادی همراه است، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب بارداری و پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه به روش شبه تجربی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون –پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. ۶۰ زن باردار نخست زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمانشاه به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. گروه کنترل مراقبت‌های معمول بارداری و گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌های معمول بارداری، هشت جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای مشاوره مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند. قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از مداخله پرسشنامه اضطراب بارداری وندنبرگ توسط هر دو گروه تکمیل شد. بعد از زایمان چک‌لیست پارامترهای فیزیولوژیک (وزن، قد، سن بارداری و نمره آپگار) نوزادان مادران هر دو گروه تکمیل شد. یافته‌ها پس از ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** اضطراب بارداری قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر آماری تفاوت معنادار نداشت ($p = ۰/۶۹۴$) ولیکن در بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله تفاوت معنادار بود ($P<۰/۰۰۱$). پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان متولدشده از زنان گروه مداخله و کنترل در بعد از زایمان تفاوت معناداری نداشت.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج مطالعه مشاوره مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب بارداری مؤثر بود ولیکن تأثیری بر پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان در هنگام تولد نداشت.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب، بارداری، پارامترهای فیزیولوژیک

## مقدمه

اضطراب یکی از شایع‌ترین علائم همراه در مادران بارداراست و شیوع آن از ۶/۶ تا ۲۱/۷ درصد گزارش شده است (۱). بروز علائم اضطراب بالا در ۸۶ درصد زنان باردار ایرانی گزارش شده است (۲)، اضطراب بارداری عامل نیرومندی در پیش‌بینی پیامدهای منفی هنگام تولد نوزاد است (۳-۵). در اضطراب طولانی‌مدت، به دلیل تحریک سیستم عصبی خودمختار، عضلات صاف شریان‌ها منقبض‌شده، جریان خون رحمی- جفتی و اکسیژن‌رسانی به رحم کاهش‌یافته، الگوی ضربان قلب جنین غیرطبیعی گردیده و احتمال زایمان زودرس افزایش می‌یابد (۶-۸). در مقایسه با مادرانی که اضطراب کمتری دارند، مادران مبتلا به سطح بالای اضطراب، بیشتر احتمال دارد کودکان بیش‌فعال، تحریک‌پذیر و کم‌وزن که در خوردن و خوابیدن مشکلاتی دارند، داشته باشند.



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-13 ]

همچنین اضطراب بارداری در ابتلای کودک به اسکیزوفرنی، اختلالات عاطفی در آینده، درخودماندگی و تنگی نفس نیز نقش دارد (۹, ۱۰).

از آنجا که مشکلات روحی روانی و اضطراب در دوران بارداری با عواقب ناگوار برای مادر و نوزاد همراه است، بنابراین مهم است که اطمینان حاصل شود که مداخلات روان‌شناختی مؤثر در دسترس هستند. استدلال شده است که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است یک رویکرد جدید برای درمان مشکلات سلامت روانی را ارائه دهد (۱۱). ذهن آگاهی برای بیماران با این هدف صورت می‌گیرد که آنان به درک این نکته نائل آیند که افکار تنها «فکر» هستند و «خود آن‌ها «واقعیت» نیستند. هنگامی که آن‌ها توانستند به افکارشان صرفاً به عنوان یک فکر و چیزی جدا و بیرون از خودشان بنگرند، آنگاه می‌توانند با دید روشن‌تری به واقعیت بنگرند و مدیریت بیشتری بر وقایع داشته باشند (۱۲, ۱۳).-افراد ذهن آگاه واقعیت درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها اعم از خوشایند و ناخوشایند دارند (۱۴).

گرچه نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر مواردی همچون افسردگی، استرس ادراک‌شده، بهزیستی روانی و علائم جسمانی اثربخش باشد (۱۵, ۱۶). با این حال جدیدترین یافته‌های مطالعه نظام‌مند و فراتحلیل پژوهش‌های این حوزه نشان می‌دهد که برخی از پژوهش بیانگر فاقد اثربخشی درمان ذهنی آگاهی بر روی مادران باردار به‌ویژه در مقایسه با گروه کنترل است و دو خلأ پژوهشی عمده شامل خطر سوگیری در پژوهش‌ها و همچنین کم بودن مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی شاهددار در این حوزه می‌باشد (۱۷, ۱۸).

با توجه به چالش‌های روان‌شناختی، بیولوژیکی و اجتماعی مربوط به حاملگی و زایمان و توجه نسبتاً اندک به برنامه‌های پیشگیرانه در مورد استرس و مشکلات شناختی - رفتاری در دوران بارداری، علی‌رغم اثرات طولانی‌مدت آن بر جنین و نوزاد و با توجه به اهداف ذهن آگاهی، مبنی بر اینکه فردی که با استرس‌های مادر شدن مواجه است، می‌تواند مراقبه مبتنی بر ذهن آگاهی را یاد بگیرد و این مسئله باعث می‌شود یک فرد به عنوان مادر، از واکنش‌های هیجانی خود آگاه شود و با مهارت بیشتری با آن‌ها برخورد کند؛ بنابراین پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر مشاوره بارداری و زایمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب بارداری و پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان در سال ۱۳۹۷ در مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمانشاه انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه تجربی و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه مورد مطالعه را مادران نخست زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۹۰٪ و با در نظر گرفتن امکان ریزش نمونه‌ها، در هریک از دو گروه مداخله و کنترل ۳۰ نفر (در کل ۶۰ نفر) در نظر گرفته شد. در طی مطالعه ۵ نفر به دلایلی از جمله عدم شرکت در کلاس، جابجایی منزل و ترک استان از مطالعه خارج شدند و مطالعه با ۲۵ زن باردار در گروه مداخله و ۳۰ زن باردار در گروه کنترل کامل شد. در این پژوهش نمونه‌ها به روش در دسترس انتخاب و سپس با روش تصادفی ساده به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-13 ]

شامل: زنان باردار با سن حاملگی ۱۴ تا ۲۴ هفته، نخست زا بودن، خواسته بودن حاملگی، نداشتن مشکلات طبی و مامایی بر اساس پرونده پزشکی، تک قلویی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری‌های شدید اعصاب و روان و یا مصرف داروهای اعصاب و روان، نداشتن اعتیاد و مصرف داروهای روان‌گردان و نداشتن افکار خودکشی، سابقه سایکوز یا خودکشی بود. همچنین معیارهای خروج عبارت بودند از عدم شرکت در دو جلسه یا بیشتر از جلسات مداخله، بروز هرگونه بیماری روانی نیازمند به مصرف دارو در طی مداخله، ایجاد یک استرس پیش‌بینی‌نشده در طول انجام مداخله، عدم رضایت فرد از ادامه شرکت در مطالعه و ختم بارداری قبل از پایان مداخله.

گروه مداخله، هشت جلسه مشاوره گروهی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت دو بار در هفته توسط نویسنده دوم و تحت نظارت نویسنده سوم دریافت نمودند. مشاوره در قالب گروه‌های ۱۲ تا ۱۵ نفره انجام شد.

پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و ویژگی‌های توصیفی مربوط به حاملگی فعلی شرکت‌کنندگان قبل از شروع مداخله توسط شرکت‌کنندگان هردو گروه تکمیل شد. قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از مداخله فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب بارداری Van den berg توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. این پرسشنامه دارای ۱۷ ماده و پنج بعد است. بعد اول ترس از زایمان (۳ ماده)، بعد دوم ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی یا روانی، بعد سوم ترس از تغییر در روابط زناشویی (۴ ماده)، بعد چهارم ترس از تغییرات در خلق‌وخو و پیامدهای آن بر کودک (۳ ماده) و بعد پنجم ترس‌های خود محورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر (۳ ماده).

نمره نهایی این پرسشنامه از جمع‌کردن نمره‌های هر عبارت به دست می‌آید. نمره هر عبارت بین یک تا هفت درجه‌بندی‌شده است؛ بنابراین نمره اضطراب بارداری می‌تواند بین ۱۷ تا ۱۱۹ باشد. نمره بیشتر بیانگر اضطراب بیشتر است. Huizink و همکاران در بررسی روان‌سنجی این پرسشنامه، ضریب همبستگی آن را با پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اشپیلبرگر قابل‌قبول نشان دادند و آلفای کرونباخ همه خرده مقیاس‌ها ۰/۷۶ به دست آمد (۱۸). روان‌سنجی مقیاس اضطراب بارداری در ایران توسط کارآموزیان و همکاران در سال ۱۳۹۵ انجام شد (۱۹). نتایج تحلیل عاملی تأییدی برازش قابل قبولی برای پرسشنامه در سطح سؤال و در سطح ۵ خرده مقیاس به دست داد. همچنین، همبستگی معنی‌دار، مؤلفه‌ها و مقیاس کلی پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب بک روایی هم‌زمان پرسشنامه را تأیید کرد. پایایی پرسشنامه بر اساس ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۸ تأیید و برای عامل‌های پنج‌گانه بین ۰/۶۹ تا ۰/۷۶ بود. دامنه ضریب اعتبار باز آزمایی بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۶ (۰/۰۱ $p<$) بود که حاکی از پایایی پرسشنامه در طول زمان است. همچنین پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان شامل قد، وزن، سن بارداری و آپگار دقیقه اول و پنجم با استفاده از چک‌لیست در پس از زایمان ثبت گردید. به این صورت که بعد از زایمان پژوهشگر با مراجعه روزانه به بخش بعد از زایمان، پارامترهای فوق را اندازه‌گیری و در چک‌لیست ثبت نمود.

ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش شامل توضیح اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان و اخذ رضایت‌نامه کتبی امضاشده، محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان، داوطلبانه بودن نمونه‌ها و امکان خروج از مطالعه در هر زمان برای شرکت‌کنندگان بود. پژوهش حاضر با کد IR.KUMS.REC.1397.606 درکمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تائید



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-13 ]

شد. برنامه آموزش زایمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر طبق الگوی آموزشیNancy Bardacke و بر اساس برنامه MBSR و MBCP ساخته شده و به تائید اساتید حوزه روانشناسی و مامایی رسیده است که شامل ۸ جلسه آموزشی یک ساعته است. شرح جلسات مداخله به صورت مختصر در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله**

| جلسات | محتوای جلسات |
|---|---|
| جلسه اول و دوم | سلام و خوش‌آمد گویی، توضیح درباره تاریخچه برنامه آموزش بارداری و زایمان مبتنی بر ذهن آگاهی، بیان موضوعاتی که در سراسر دوره مشترک است، ارائه تعریف ذهن آگاهی، بیان رابطه بین استرس و تغییرات، بیان علت آموزش گروهی، تنفس آگاهانه، تمرین همراه بودن با کودک، وارسی بدن، تنفس آگاهانه در حالت نشسته، توضیح فعالیت منزل. |
| جلسه سوم و چهارم | بررسی تکالیف منزل، تنفس آگاهانه در حالت نشسته و تمرین همراه بودن با کودک، تمرین ترس و درد، یوگا، نفس کشیدن به مدت ۳ دقیقه، پذیرش درد، توضیح فعالیت منزل. |
| جلسه پنجم و ششم | بررسی تکالیف منزل، آموزش یوگا، پذیرش درد، توضیح فرآیند زایمان، مراقبه نشسته، پذیرش درد، تمرین همراه بودن با کودک، شنیدن و صحبت کردن از ترس‌ها و شادی‌ها، توضیح فعالیت منزل |
| جلسه هفتم و هشتم | بررسی تکالیف منزل، مراقبه نشسته، توضیح رابطه فیزیولوژی شیر دادن و ذهن آگاهی، تشویق شرکت‌کنندگان به ادامه تمرین‌های ذهن آگاهی تا زمان تولد فرزندشان و بعد از آن |

تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. علاوه بر روش‌های آمار توصیفی از روش‌های آمار تحلیلی شامل آزمون کای اسکوئر، آزمون دقیق فیشر، تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و در صورت نبودن پیش‌فرض‌های لازم از آزمون فریدمن برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. سطح معنی‌دار برای تمام آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۵۵ زن در قالب گروه مداخله (۲۵ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) شرکت کردند. ۹۲/۷ درصد از واحدهای پژوهش خانه‌دار و ۵۶/۴ درصد تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم و ۸۰ درصد درآمدی کمتر از ۳ میلیون داشتند. ۵۴/۵ درصد از واحدهای پژوهش ساکن منزل شخصی بودند. ۹۶/۴ درصد رضایت جنسی و تماماً رضایت زناشویی داشتند، ۸۹/۱ درصد ترس از زایمان داشتند. ۴۵/۵ درصد از همسران واحدهای پژوهش تحصیلات دانشگاهی و ۷۲/۷ درصد آن‌ها شغل آزاد داشتند (جدول ۲).

جهت بررسی همسانی متغیرهای وضعیت اشتغال و ترس از زایمان از تست دقیق فیشر استفاده شد که نتایج آزمون نشان‌دهنده همگونی متغیرهای مذکور در گروه مداخله و کنترل است (P>۰/۰۵). همچنین برای بررسی متغیرهای سکونت، تحصیلات، درآمد، رضایت جنسی، تحصیلات همسر و شغل همسر از آزمون کای دو استفاده شد که نتایج آزمون نشان‌دهنده همگونی متغیرهای مذکور در گروه مداخله و کنترل است (P>۰/۰۵) (جدول ۲). همچنین میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان گروه مداخله ۵/۰۵±۲۷/۵۲ و در گروه کنترل ۵/۹۱±۲۸ سال سال بود که دو گروه با هم از نظر سنی تفاوت معنی داری نداشتند (p=۰/۷۵). میانگین و انحراف معیار سن همسر در



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-13 ]

گروه مداخله ۳/۳۸±۳۰/۵۲ و در گروه کنترل ۴/۵۷±۳۰/۸۰ سال بود (p=۰/۸۰).

میانگین و انحراف معیار سن بارداری در گروه مداخله ۰/۷۴±۳۲/۸۸ و در گروه کنترل ۱/۲۰±۳۱/۸۷ سال بود و آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت بین دو گروه معنادار نبود (p=۰/۶۲).

**جدول ۲. ویژگی‌های دموگرافیک گروه های مداخله و کنترل**

| متغیرها | | مداخله | | کنترل | | آماره | P value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | | |
| وضعیت اشتغال | شاغل | ۳ | ۱۲ | ۱ | ۳/۳ | ۱/۴۹ | ۰/۳۲* |
| | خانه دار | ۲۲ | ۸۸ | ۲۹ | ۹۶/۷ | | |
| تحصیلات | شخصی | ۱۱ | ۴۴ | ۱۹ | ۶۳/۳ | ۲/۰۷ | ۰/۱۸** |
| | مستجر و خانه اقوام | ۱۴ | ۵۶ | ۱۱ | ۳۶/۷ | | |
| | زیر دیپلم و دیپلم | ۱۳ | ۱۲ | ۱۸ | ۱۲ | ۰/۳۸ | ۰/۸۸** |
| | دانشگاهی | ۵۲ | ۴۸ | ۶۰ | ۴۰ | | |
| درآمد | کمتر از ۳ میلیون | ۲۰ | ۸۰ | ۲۴ | ۸۰ | ۰/۰ | ۱/۰** |
| | بیش از ۳ میلیون | ۵ | ۲۰ | ۶ | ۲۰ | | |
| رضایت زوجین | راضی | ۲۳ | ۹۲ | ۳۰ | ۱۰۰ | ۰/۲۰ | ۲/۴۴* |
| | ناراضی | ۲ | ۸ | ۰ | ۰ | | |
| رضایت زناشویی | دارد | ۲۵ | ۱۰۰ | ۳۰ | ۱۰۰ | – | – |
| | ندارد | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | | |
| تمایل زایمان | دارد | ۲۰ | ۵ | ۲۹ | ۹۶/۷ | ۳/۸۳ | ۰/۰۸* |
| | ندارد | ۸۰ | ۲۰ | ۱ | ۳/۳ | | |
| شغل همسر | زیر دیپلم | ۸ | ۳۲ | ۵ | ۱۶/۷ | ۰/۲۸ | ۰/۶۲** |
| | دیپلم | ۵ | ۲۰ | ۱۲ | ۴۰ | | |
| | دانشگاهی | ۱۲ | ۴۸ | ۱۳ | ۴۳/۳ | | |
| | آزاد | ۱۹ | ۶ | ۲۱ | ۹ | | |
| | کارمند | ۷۶ | ۲۴ | ۷۰ | ۳۰ | | |

*آزمون دقیق فیشر **آزمون کای دو

میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب بارداری در قبل از مداخله در گروه مداخله ۱۴/۷۷± ۷۲/۶ و در گروه کنترل ۱۶/۷۲± ۷۰/۹ بود و نتایج آزمون تی مستقل نشان داد نمره اضطراب بارداری قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معنادار آماری نداشت (p =۰/۶۹۴).

در بلافاصله بعد از مداخله، میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب بارداری در گروه مداخله ۹/۱۸±۴۰/۳۲ و در گروه کنترل ۱۶/۳۴±۷۳/۴ بود و آزمون من ویتنی نشان داد که تفاوت بین دو گروه معنادار بود (P≤۰/۰۰۱) و گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل نمره اضطراب پایین تری داشتند. یکماه بعد از مداخله نیز آزمون من ویتنی نشان دادتفاوت معناداری در نمره اضطراب بارداری دو گروه مداخله و کنترل وجود دارد و گروه مداخله اضطراب پایین تری داشتند (P≤۰/۰۰۱) (جدول شماره ۳)



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-13 ]

**جدول ۳. مقایسه میانگین نمره اضطراب در دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری**

| متغیر | زمان/ گروه | مداخله | کنترل | آماره آزمون | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | | انحراف معیار± میانگین | انحراف معیار± میانگین | | |
| اضطراب بارداری | بلافاصله بعد | ۴۰/۳۲±۹/۱۸ | ۷۳/۴±۱۶/۳۴ | Z=-۵/۸۳ | P≤۰/۰۰۱ |
| | یکماه بعد | ۳۰/۸۴±۷/۵۰ | ۷۶/۶ ± ۱۳/۷۸ | Z=-۶/۳۲ | P≤۰/۰۰۱ |

نتایج آزمون فریدمن نشان داد که میانگین اضطراب بارداری در سه مرحله قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و یکماه بعد از مداخله (پیگیری) در گروه مداخله تفاوت معناداری داشت (P≤۰/۰۰۱) ولیکن در گروه کنترل تفاوت معنادار نبود (P=۰/۲۳۶)(جدول شماره ۴).

**جدول ٤. مقایسه اضطراب بارداری در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در هر یک از گروه های مداخله و کنترل**

| متغیر | زمان/ گروه | مداخله | کنترل |
|---|---|---|---|
| | | انحراف معیار± میانگین | انحراف معیار± میانگین |
| اضطراب بارداری | قبل از مداخله | ۷۲/۶ ±۱۴/۷۷ | ۷۰/۹ ±۱۶/۷۲ |
| | بلافاصله بعد | ۴۰/۳۲±۹/۱۸ | ۷۳/۴±۱۶/۳۴ |
| | یکماه بعد از مداخله(پیگیری) | ۳۰/۸۴±۷/۵۰ | ۷۶/۶ ± ۱۳/۷۸ |
| آماره آزمون | | $X^2$=۴۴/۴۲ | $X^2$=۲/۸۸ |
| P-value | | <۰/۰۰۱ | ۰/۲۳۶ |

همچنین نتایج آزمون یو من ویتنی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن بارداری، وزن، نمره آپگار و قد نوزادان در بعد از زایمان در نوزادان متولد شده از مادران گروه کنترل و مداخله تفاوت معنادار آماری نداشت(p>۰/۰۵) (جدول۵)

**جدول ۵: میانگین و انحراف معیار پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان مادران گروه مداخله و کنترل**

| متغیرها | مداخله | | کنترل | | آماره آزمون | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | |
| سن بارداری(هفته) | ۳۲/۸۸ | ۰/۷۴ | ۳۱/۸۷ | ۱/۲۰ | -۰/۴۹ | **۰/۶۲ |
| وزن نوزاد (گرم) | ۳۴۲۵/۲ | ۵۷/۰۵ | ۳۳۶۲ | ۶۶/۳۱ | -۰/۸۷ | **۰/۳۸ |
| نمره آپگار | ۸/۸۶ | ۰/۱۰ | ۸/۷۳ | ۰/۱۱ | -۰/۸۴ | **۰/۴۰ |



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-13 ]

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| قد نوزاد (سانتی متر) | ۴۹/۸۴ | ۰/۲۰ | ۴۹/۷۲ | ۰/۱۹ | -۰/۶۴ | **۰/۵۲ |

**Man-Whitney U

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که مشاوره گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش میزان اضطراب بارداری در بازه‌های زمانی مختلف (بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله) شد. ولیکن تأثیری بر پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان در هنگام تولد نداشت. هم‌راستا با مطالعه حاضر، Vieten و Astin (۲۰۰۸)، دریافتند در مادران بارداری که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت می‌کنند در مقایسه با گروه کنترل در سه ماه سوم بارداری به‌طور معناداری میزان اضطراب کاهش پیدا می‌کند (۱۴).Bowen و همکاران (۲۰)، دریافتند که گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، باعث کاهش افسردگی و اضطراب در دوران بارداری و بعد از زایمان می‌شود. Beddoe و همکاران (۲۰۰۹)، گزارش کردند که انجام یوگای مبتنی بر ذهن آگاهی در سه‌ماهه دوم بارداری به کاهش استرس درک شده و اضطراب در سه‌ماهه سوم بارداری منجر می‌شود (۲۱).Dunn و همکاران (۲۰۱۲) و Goodman و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند که گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در زنان باردار باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس می‌شود (۱۶, ۲۲). در پژوهش همسوی دیگر Woolhouse و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش دیسترس های روانی در زنان باردار شد (۲۳). در تبیین نتایج می‌توان گفت، درمان ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید (۲۴). همچنین تأثیر مثبت در گروه بودن و در کنار سایر زنان باردار قرار گرفتن و صحبت کردن در مورد نگرانی‌ها با سایر زنان باردار ممکن است دلیل دیگری برای کاهش اضطراب آنان در مطالعه حاضر باشد. علاوه بر این در مشاوره گروهی بر ابراز هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها تأکید می‌شود. Yallome (۱۹۸۰) معتقد است گروه ویژگی‌هایی دارد که نمی‌توان آن را به سادگی با سایر مداخله‌های روان‌شناختی پیوند داد. او معتقد است گروه این فرصت را در اختیار اعضای خود قرار می‌دهد تا با افرادی آشنا شوند که در بعضی زمینه‌ها وضعیت بدتر و در حیطه‌های دیگر بهتر هستند. همه این‌ها فرصتی بی‌نظیر فراهم می‌کند تا افراد از طریق تعامل مستقیم با یکدیگر تصویر واقع‌بینانه‌تری از شرایط خود به دست آورند (۲۵). بیان تمرینات اعضای گروه در برخی از جلسات گروهی نشان‌دهنده این واقعیت بود که بر اثر افزایش نگرش مثبت و کنترل رفتار و کنترل اضطراب توانایی مقابله با مشکلات روحی روانی به سبب اجرای مشاوره گروهی با رویکرد مشاوره‌ای افزایش یافته است. نکته قابل‌ذکر در این مطالعه، آموزش گروهی به زنان بود که موجب استفاده زنان از تجربیات یکدیگر در بارداری، ایجاد فضایی صمیمی و دوستانه و تأثیر بیشتر آرام‌سازی گردید. در پژوهش اکبر زاده و همکاران نیز آموزش گروهی به زنان نخست زا عاملی برای تأثیر بیشتر آرام‌سازی گزارش شده است (۲). علاوه براین دریافت حمایت



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-13 ]

اجتماعی در گروه، استفاده از آرام‌سازی، تصویرسازی و تمرکز بر اداره احساسات می‌تواند دلیلی برای توجیه کاهش اضطراب در زنان گروه مداخله باشد. مخالف با نتایج پژوهش حاضر، Dhillon و همکاران (۲۰۱۷) با مرور سیستماتیک و متاآنالیز سه کارآزمایی بالینی تصادفی شده در زمینه تأثیر مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب بارداری دریافتند که بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری در میزان اضطراب مشاهده نشد؛ اما ادغام نتایج سه مطالعه غیر کارآزمایی بالینی نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب مؤثر بوده است. در مجموع نتایج مطالعهDhillon و همکاران، نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی باعث تغییر معناداری در میزان اضطراب نشد و عنوان کرد که دلیل این نتیجه ممکن است تعداد اندک مطالعه‌های واردشده در مطالعه مرور سیستماتیک و متاآنالیز و تعداد اندک نمونه‌های کارآزمایی بالینی‌های مورد بررسی باشد (۱۵). در مطالعه‌ای که توسط Shi & Mcbeth (۲۰۱۷)، انجام گرفت، نویسندگان بیان کردند این مطالعه شواهد اولیه‌ای برای مؤثر بودن مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب بارداری نشان می‌دهد و توصیه می‌شود مطالعات کارآزمایی بالینی با متدولوژی قوی‌تر و مدت‌زمان پیگیری طولانی‌تر انجام شود (۱۷). مطالعه مرور سیستماتیک دیگری نشان داد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس درک شده مؤثر باشد، با این وجود شواهد کافی در این زمینه وجود ندارد (۲۶). همان‌طور که در مطالعات بالا عنوان شده دلیل عدم تأثیر مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به دلیل پایلوت بودن مطالعات، حجم نمونه اندک و روش کار ضعیف باشد.

نتایج این پژوهش در بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر پارامترهای فیزیولوژیک نوزادانشان نشان داد در شاخص‌های مورد بررسی (وزن، سن بارداری، قد و آپگار) تفاوت معناداری بین گروهای مداخله و کنترل مشاهده نشد. ولیکن کارآموزیان و همکاران دریافتند که آموزش مدیریت تنیدگی شناختی رفتاری باعث بهبود پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان (قد، دور سر، وزن و آپگار) می‌شود (۱۹).

در مطالعه رحیمی و همکاران نیز، آموزش در دوران بارداری به زنان با حاملگی پرخطر به بهبود قد، وزن و دور سر نوزاد منجر شد ولیکن بر نمره آپگار تأثیری نداشت (۲۷). Chuang و همکاران دریافتند که برنامه ۱۳ دقیقه‌ای آرام‌سازی در دوران بارداری به طولانی‌تر شدن مدت بارداری منجر شد ولیکن به بهبود وزن کم هنگام تولد و آپگار دقیقه اول و پنجم نوزادان منجر نشد (۲۸). در مطالعه طوسی و همکاران ۱۳۹۲ شرکت در رده‌های آموزشی در دوران بارداری و انجام تن آرامی به روش بنسون در ۱۴ زن باردار موجب بهبود ضریب آپگار در دقیقه اول و پنجم بعد از تولد شد (۲۹). تفاوت در نتایج مطالعات انجام شده می‌تواند به دلیل تفاوت در محدوده سنی مشارکت‌کنندگان و نوع مداخله انجام شده باشد. به عنوان مثال در مطالعه رحیمی زنان ۱۱ تا ۳۰ ساله مورد بررسی قرار گرفته‌اند و در مطالعه طوسی زنان زیر ۱۱ سال و بالای ۳۰ سال که همین عامل می‌تواند دلیل عدم تأثیر مداخله بر آپگار در مطالعه رحیمی در مقایسه با مطالعه طوسی باشد؛ زیرا میزان آموزش پذیری افراد با افزایش سن آن‌ها کاهش می‌یابد. نوع مداخله نیز می‌تواند توجیه‌کننده تفاوت نتایج به دست آمده باشد به عنوان مثال در مطالعه رحیمی ریلکسیشن به روش جاکوبسن (پیش‌رونده عضلانی) صورت گرفته ولیکن در مطالعه طوسی تن آرامی به روش بنسون، استفاده شده است و شواهد نشان می‌دهد که تأثیرگذاری انواع روش‌های تن آرامی متفاوت است.



[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-13 ]

این پژوهش محدودیت‌هایی نیز داشت ازجمله اینکه نمونه‌گیری محدود به زنان نخست زا بود. عدم حضور همسران در مداخله که می‌توانست بر نتایج تأثیرگذار باشد از محدودیت‌های دیگر این پژوهش است. عدم رضایت همسران نمونه‌ها جهت شرکت در انجام پژوهش یکی دیگر از محدودیت‌هایی بود که در انجام پژوهش وجود داشت که در برخی موارد با توضیح بیشتر در زمینه روش انجام و بدون عارضه بودن مداخله، رضایت آنان جلب می‌شد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی میزان تأثیر مشاوره مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب بارداری و پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان با سایر روش‌های درمانی و روان‌شناختی مقایسه شود.

بر اساس نتایج مطالعه مشاوره مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب بارداری مؤثر بود ولیکن تأثیری بر پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان در هنگام تولد نداشت؛ بنابراین با توجه به‌سادگی، ارزانی و غیرتهاجمی بودن این روش، و با توجه به اهمیت محدود کردن استفاده از داروهای روانی پیشنهاد می‌شود در برنامه مراقبت‌های دوران بارداری، استفاده از رویکرد مشاوره مبتنی بر ذهن آگاهی جهت کاهش اضطراب زنان باردار و ارتقاء سلامت روانی آنان مورداستفاده قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

این پژوهش منتج از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی و طرح پژوهشی با شماره ۹۷۸۸۸ دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه است. بدین‌وسیله، از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که حمایت مالی این طرح را به عهده گرفتند، همکاران شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمانشاه و مادران باردار شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌نماییم.

## References

1. Fink NS, Urech C, Cavelti M, Alder J. Relaxation during pregnancy: what are the benefits for mother, fetus, and the newborn? A systematic review of the literature. J Perinat Neonat Nur. 2012;26(4):296-306.
2. Akbarzadeh M, Sharif F, Zare N, Ghodrati F. Prevalence of symptoms post-partum anxiety and baby blues and factors effective uponit in women with high risk pregnancies. J Fam Res. 2009;5(1):57-71. [In Persian].
3. Babanazari L, Kafi M. Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2008;14(2):206-13. [In Persian].
4. Da Costa D, Dritsa M, Verreault N, Balaa C, Kudzman J, Khalifé S. Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. Arch Womens Ment Health. 2010;13(3):249-57.
5. Rafiee B, Akbarzade M, Asadi N, Zare N. Comparison of attachment and relaxation training effects on anxiety in third trimester and postpartum depression among primipara women. hayat. 2013;19(1):76-88. [In Persian].
6. Kent A. Psychiatric disorder in pregnancy. Obstet Gynaecol Reprod Med. 2011(11):317-22.
7. Schmid G, Schreier A, Meyer R, Wolke D. Predictors of crying, feeding and sleeping problems: a prospective study. Child: Care Health Dev. 2011;37(4):493-502.
8. Richter R, Bergmann RL, Dudenhausen JW. Previous caesarean or vaginal delivery: which mode is a greater risk of perinatal death at the second delivery? Eur J Obstet Gynecol Reprod. Biol. 2007;132(1):51-7.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-13 ]

9. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. Best Practice & Research. Clin Obstet Gynecol. 2014;28(1):25-35.
10. Susman EJ, Schmeelk KH, Ponirakis A, Gariepy JL. Maternal prenatal, postpartum, and concurrent stressors and temperament in 3-year-olds: a person and variable analysis. Dev Psychopathol. 2001;13(3):629-52.
11. Van den Bergh PhD B. The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. J Prenat Perinat Psychol Health. 1990;5(2):119-30.
12. Arai YC, Ueda W, Ushida T, Kandatsu N, Ito H, Komatsu T. Increased heart rate variability correlation between mother and child immediately pre-operation. Acta Anaesthesiol. Scand. 2009;53(5):607-10.
13. Pakari N, Zahrani ST, Nasiri M, Mahmoodi Z. Spatio-Temporal Distribution of Entomophages in Phytocenoses of Anthropogenically Modified Landscape in the Forest-Steppe of Western Siberia. Biosci Biotechnol Res Asia. 2016;13(1): [In Persian].
14. Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. Arch Womens Ment Health. 2008;11(1):67-74.
15. Dhillon A, Sparkes E, Duarte RV. Mindfulness-based interventions during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. Mindfulness. 2017;8(6):1421-37.
16. Goodman JH, Guarino A, Chenausky K, Klein L, Prager J, Petersen R, et al. CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. Arch Womens Ment Health. 2014;17(5):373-87.
17. Shi Z, MacBeth A. The effectiveness of mindfulness-based interventions on maternal perinatal mental health outcomes: a systematic review. Mindfulness. 2017;8(4):823-47.
18. Huizink AC, Mulder EJ, de Medina PGR, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? Early hum dev. 2004;79(2):81-91.
19. Karamoozian M, Askarizadeh G, Behroozi N. The Study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. J Clin Nurs Midwife. 2017;5(4):22-34. [In Persian]
20. Bowen A, Baetz M, Schwartz L, Balbuena L, Muhajarine N. Antenatal group therapy improves worry and depression symptoms. Isr J Psychiatr Rel. 2014;51(3):226-31.
21. Beddoe AE, Yang C-PP, Kennedy HP, Weiss SJ, Lee KA. The effects of mindfulness-based yoga during pregnancy on maternal psychological and physical distress. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009;38(3):310-9.
22. Dunn C, Hanieh E, Roberts R, Powrie R. Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. Arch. Womens. Ment. Health. 2012;15(2):139-43.
23. Woolhouse H, Mercuri K, Judd F, Brown SJ. Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14(1):369.
24. Roth B, Robbins D. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: Findings from a bilingual inner-city patient population. Psychosom Med. 2004;66(1):113-23.
25. Aslami E, Alipour A, Aghayusefi A, Najib F. Assessing the effectiveness of mindfulness-based Islamic –spiritual schemas on anxiety of mothers pregnancy and infants physiological health. Health Psychol. 2016;4(14):1-10. [In Persian].
26. McBride DM. The process of research in psychology: Sage Publications; 2015.
27. Rahimi F, Islami F, Kahangi MM. Effects of Prenatal Education on Maternal and Neonatal Outcomes in High risk Pregnant Women. Pajouhan. 2018;16(3):48-57. [In Persian].
28. Chuang L-L, Lin L-C, Cheng P-J, Chen C-H, Wu S-C, Chang C-L. The effectiveness of a relaxation training program for women with preterm labour on pregnancy outcomes: A controlled clinical trial. Int J Nurs. Stud. 2012;49(3):257-64.

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-13 ]

29. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. The role of relaxation training to pregnant mothers on health index of infants. J Jahrom Univ Med Sci. 2013;11(1):15-21. [In Persian]

[ Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-12-13 ]