

## ارتباط بین ذهن آگاهی و استرس، افسردگی و نگرانی در زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان شهر تهران

مریم طالبی<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۶/۰۴ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۰۸/۰۹

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** یکی از حساس‌ترین دوران زندگی زنان، دوران بارداری است، که با توجه به تغییرات جسمانی، به لحاظ روانی نیز تحولاتی را به همراه خواهد داشت. هدف از پژوهش حاضر تعیین ارتباط ذهن آگاهی زنان باردار با سلامت روان‌شناختی در بارداری بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی-همبستگی در زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان شهر تهران در سال ۱۳۹۸ است که تعداد ۱۹۲ نفر از آنان به صورت در دسترس انتخاب شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس چندمتغیره، از نرم‌افزار SPSS 24 استفاده شد و داده‌ها به وسیله پرسشنامه‌های ذهن آگاهی براون و ریان، استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران، پرسشنامه تجدیدنظر شده نگرانی‌های دوران بارداری و افسردگی ادینبورگ گردآوری شد.

**یافته‌ها:** بین ذهن آگاهی با استرس ادراک‌شده، اضطراب و افسردگی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. ( $P < 0.001$ ). اما بین ذهن آگاهی و سلامت روان‌شناختی زنان باردار در سه بازه زمانی تفاوت وجود نداشت. و مرحله بارداری در رابطه ذهن آگاهی و سلامت روان‌شناختی زنان باردار نقش تعدیل‌کننده ندارد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به ارتباط و همبستگی بین سطح استرس، اضطراب و افسردگی در بین زنان باردار و پایین بودن سطح ذهن آگاهی آنان می‌توان با تمهیداتی در رابطه با درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به کاهش مشکلات در جامعه مذکور کمک نمود.

**کلیدواژه:** استرس ادراک‌شده، اضطراب، افسردگی، بارداری، ذهن آگاهی

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۱۴۳، شهریور ۱۴۰۰، ص ۴۴۹-۴۵۸

آدرس مکاتبه: بابل، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی راه دانش، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۲۴۷۴۱۸۳۳

Email: Maryam.talebi68@yahoo.com

### مقدمه

معمولاً پاسخ زنان به وقایع دوران بارداری، احساس اضطراب است. امروزه شیوع اضطراب بارداری بین ۲۵ تا ۵۰ درصد گزارش شده و در مورد دلایل ایجاد اضطراب در این دوره، مطالعات مختلفی نیز صورت گرفته است که با در نظر داشتن نتایج این مطالعات می‌توان به عواملی همچون مشکلات جسمی و روانی ناشی از بارداری، ترس از زایمان و سلامت مادر و نوزاد، مشخصات فردی زن باردار و نظام‌های حمایتی موجود در جامعه، باورهای مذهبی و مهم‌تر از همه به عوامل اقتصادی و اجتماعی اشاره کرد (۳). از جمله عواملی که باعث اضطراب زنان باردار می‌شود، می‌توان به ترس از درد زایمان، شنیدن داستان‌های ترسناک از دیگران درباره زایمان، عوامل شخصیتی، مشکلات روانی اجتماعی و احساس درماندگی در پیش‌بینی روند زایمان اشاره کرد (۴).

بارداری برای همه زنان تجربه‌ای شیرین و خوشایند نبوده می‌تواند طیفی از پاسخ‌های متفاوت مثبت تا منفی را در فرد ایجاد نماید. بدیهی است که علل این پاسخ‌های متفاوت، پیچیدگی این پدیده از جهت تحولات گسترده جسمانی، روانی، اجتماعی، شخصیت زن، تجارب زندگی فردی و انتظارات فرهنگی در هر جامعه است. بر این اساس بسیاری از زنان، بارداری را یکی از پراسترس‌ترین دوره‌های زندگی خود توصیف می‌کنند (۱). بارداری مرحله هویت‌شناسی زنانه است. زنان آن را مرحله‌ای می‌دانند که برآورده‌کننده نیاز بنیادی خودشیفتگی آنان است چراکه آن‌ها را با رشد انسان دیگری در وجودشان روبرو می‌کند. اما این دوره جدید با فشار روانی، هیجانی و جسمی بسیاری همراه است که نیازمند تغییرات فیزیولوژیک و روان‌شناختی بسیار است (۲).

<sup>۱</sup> استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی راه دانش بابل، بابل، ایران

مثبت مانند خوش‌بینی اقدام نمایند. پژوهش‌های آینده باید به تلاش برای تکرار این یافته‌ها با پیگیری ارزیابی‌ها معطوف گردد. مزایای متعددی هنگامی که ترس‌ها درمان می‌شود، نمایان می‌گردد. در واقع، کاهش ترس در زنان باردار می‌تواند تأثیر مثبت بر کیفیت دوره‌ی بارداری و حتی بعدازآن، در فرزندپروری نیز داشته باشد (۱۴). کانترویتز<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) گزارش کردند که انجام یوگای مبتنی بر ذهن آگاهی در سه‌ماهه دوم بارداری به کاهش استرس درک شده و کاهش اضطراب در سه‌ماهه سوم بارداری منجر می‌شود (۱۵). همچنین، بوکهورست<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در زنان باردار باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس می‌شود (۱۶).

در حقیقت، گرچه بارداری بخشی از روند تکاملی و طبیعی در زنان است، اما واقعیت این است که علیرغم پیشرفت‌هایی که در امر مراقبت و آموزش زنان در دوران بارداری در خصوص جنبه‌های فیزیولوژیک صورت گرفته است، ابعاد روان‌شناختی زنان باردار به‌ندرت موردتوجه قرار گرفته است (۱۷). بسیاری از مشکلات جسمانی و روانی زنان باردار به ناآگاهی از تغییرات طبیعی بارداری در جسم و روان مربوط می‌شود (۱۸)؛ بنابراین 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، این افراد نیاز به آموزش بیشتر و افزایش آگاهی از دوران بارداری خود دارند و انجام چنین مطالعاتی کمک‌کننده می‌باشد.

بنابراین، هدف از پژوهش حاضر ارتباط صفت ذهن آگاهی با سلامت روان‌شناختی در طول دوره بارداری می‌باشد. که فرضیه‌ها شامل موارد زیر است:

- ذهن آگاهی و سلامت روان‌شناختی زنان باردار در سه‌ماهه اول، دوم و سوم تفاوت دارد.
- بین ذهن آگاهی و سلامت روان‌شناختی (استرس ادراک‌شده، نگرانی و افسردگی) زنان باردار رابطه وجود دارد.
- مرحله بارداری در رابطه ذهن آگاهی و سلامت روان‌شناختی زنان باردار نقش تعدیل‌کننده دارد.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر به روش توصیفی-همبستگی انجام شد. جامعه پژوهش، شامل کلیه زنان بارداری است که در سال ۱۳۹۸ به دو تا از کلینیک‌های زنان و زایمان شهر تهران مراجعه نموده‌اند. انتخاب

علاوه بر استرس و اضطراب، افسردگی نیز از دیگر مشکلات روان‌شناختی شایع در زنان باردار می‌باشد. بارداری می‌تواند خطر دوره‌های افسردگی را تا ۱۰ درصد افزایش دهد (۵). افسردگی اساسی در ۳ درصد از زنان باردار دیده می‌شود که این آمار در مادران نوجوان به حدود ۱۷ درصد می‌رسد (۶). نکته بسیار مهم درباره افسردگی آن است که زنان با سابقه افسردگی در صورت باردارشدن، در معرض خطر بسیار بالای عود و بازگشت نشانه‌ها قرار دارند (۷). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که بین استرس ادراک‌شده‌ی مادر در دوران بارداری و پیامدها و عوارض بارداری رابطه وجود دارد (۸). در صورتی که زنان در مدت حاملگی دچار استرس هیجانی شدید شوند، کودکان آن‌ها در معرض انواع مشکلات قرار می‌گیرند (۹). استرس مشخص‌ترین علامت در رفتارها و نشانه‌های بالینی مادر باردار می‌باشد (۱۰). بر اساس تعریف کوهن از استرس، زمانی که نیازهای محیطی اعم از درونی یا بیرونی و حقیقی یا تخیلی فشار آورده و یا بیشتر از ظرفیت فرد باشد موجب تغییرات روانی و بیولوژیکی می‌شود که فرد را در معرض خطر بیماری قرار می‌دهد (۱۱).

در دهه اخیر افزایش ناگهانی در استفاده از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی دیده شده است و روز به روز این رویکرد در حال گسترش است. ذهن آگاهی روش خاصی از توجه است که به‌وسیله زینکبت<sup>۱</sup> به‌عنوان "آگاهی‌ای که از توجه به خواست و هدف و توجه غیرقابل قضاوتی در گشودگی به تجربه در لحظه حال، نشأت می‌گیرد" توصیف می‌شود. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به‌عنوان یک فرایند ایجاد حالات شناختی، ذهنی و عاطفی انعطاف‌پذیر شناخته شده است که می‌تواند به کاهش باورهای خود تحریف‌کننده کمک کند (۱۲).

استول<sup>۲</sup> و همکاران طی پژوهش خود تحت عنوان میزان ترس و اضطراب در زنان باردار نشان دادند که از افراد موردبررسی، ۴۸ درصد آنان سطوح شدید اضطراب را از خود نشان دادند، سایر نتایج آنان نیز نشان داد که ارتباط معنی‌دار بین میانگین نمرات سن حاملگی، سطح تحصیلات، دریافت آموزش‌های پیش از زایمان و در دسترس بودن حمایت اجتماعی وجود داشته است. علاوه بر این، ارتباط آماری معنی‌دار بین میانگین نمرات و نوع خانواده، سن حاملگی، سطح تحصیلات، تعداد زایمان نوزاد زنده و دریافت آموزش‌های پیش از زایمان به دست آمد (۱۳).

تحقیق افراپی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که مداخلات بالینی که باهدف کاهش ترس در طول دوره بارداری عمل می‌کنند باید با توجه به علائم اضطراب قبل از تلاش برای توسعه استراتژی‌های

<sup>3</sup> Kantrowitz

<sup>4</sup> Boekhorst

<sup>1</sup> Zin-Kabat

<sup>2</sup> Stoll

### استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران<sup>۷</sup>:

این مقیاس توسط کوهن، کاماراک و مرملستین (۱۹۸۳) به‌منظور سنجش استرس ادراک‌شده طراحی شده است. این آزمون دارای ۱۴ سؤال برای سنجش افکار و احساسات فرد در یک ماه گذشته می‌باشد. این پرسشنامه افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۴ (بیشتر اوقات) نمره گذاری می‌شود. عبارات ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۳ به‌طور معکوس نمره گذاری می‌شوند. کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ خواهد بود. نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده بیشتر است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

### افسردگی ادینبورگ<sup>۸</sup>:

این پرسشنامه برای اندازه‌گیری افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان به کار می‌رود. این پرسشنامه توسط کوکس و همکاران در سال ۱۹۸۷ تدوین و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. این ابزار از ده سؤال چهار گزینه‌ای تشکیل شده است، گزینه‌های هر سؤال امتیازی از صفر تا سه بر اساس شدت علامت به خود اختصاص می‌دهند که دامنه امتیازات می‌تواند از صفر تا ۳۰ متغیر باشد. پرسشنامه ادینبورگ در جمعیت زنان باردار و پس از زایمان شهر کرمان مورد بررسی قرار گرفت که روایی این آزمون با استفاده از شیوه تعیین ضریب همبستگی همزمان ادینبورگ و آزمون افسردگی بک معادل ۰/۷۸ محاسبه گردیده و پایایی این آزمون از روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه کردن معادل ۰/۷۵ برآورد گردید. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

### پرسشنامه تجدیدنظر شده نگرانی‌های دوران بارداری<sup>۹</sup>:

این مقیاس که توسط آلدردسی و لین ساخته شده دارای ۳ زیرمقیاس نگرانی درباره تولد و نوزاد، نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی، نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط می‌باشد فرم خود گزارشی است که از ۱۷ ماده تشکیل شده و گویه‌ها در مقیاس ۳ نقطه‌ای لیکرت (به هیچ وجه ۰، ۱ تا حدودی و ۲ بسیار)، رتبه بندی می‌شوند کل امتیازات از ۰ تا ۳۴ متغیر است. پایایی این ابزار در مطالعات گذشته بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۵ بوده است. این پرسشنامه ابتدا توسط پژوهشگر به فارسی برگردانده شد، سپس توسط یک متخصص زبان

نمونه‌ها به روش نمونه‌های در دسترس پس از کسب رضایت آگاهانه بر اساس فرمول  $104+k$  محاسبه شد که  $k$  تعداد متغیرهای پیش‌بین است (۱۹)، و حداقل حجم نمونه برای تحقیق ۱۰۷ نفر است. ۲۱۰ پرسشنامه از بین زنانی که مایل به شرکت در مطالعه بودند اجرا شد که ۱۹۳ پرسشنامه بعد از حذف پرسشنامه‌های دارای سؤالات بدون پاسخ زیاد باقی ماندند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از ساکن شهر تهران بودن، سن بین ۱۹ تا ۳۸ سال، فقدان بیماری یا ناهنجاری شناخته شده در جنین و تمایل به شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم رضایت شرکت‌کننده‌ها و یا ناقص بودن پرسشنامه‌ها بود. ۶۴ نفر از زنان باردار در سه‌ماهه اول، ۶۱ نفر سه‌ماهه دوم و ۶۸ نفر در سه‌ماهه سوم بارداری بودند. میانگین سن اعضای نمونه (۲۷/۴۲=میانگین،  $2/86$ =انحراف معیار) بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی و استنباطی در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) برای بررسی تفاوت در دوره‌های سه‌ماهه بارداری استفاده شده است. برای کلیه آزمون‌ها حداکثر خطا ۱ درصد بود.

ابزارها شامل موارد زیر است:

### ذهن آگاهی<sup>۵</sup>:

این مقیاس یک آزمون ۱۵ سؤالی است که ریان و براون<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) آن را به‌منظور سنجش سطح هشیاری و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری در زندگی روزانه ساختند. سؤال‌های آزمون، سازه ذهن آگاهی را در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از نمره یک برای (تقریباً همیشه) تا نمره ۶ برای (تقریباً هرگز) می‌سنجد (۲۰). این مقیاس یک نمره کلی برای ذهن آگاهی به دست می‌دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر بوده است. نمره بالاتر نشان‌دهنده ذهن آگاهی بیشتر است. همسانی درونی سؤال‌های آزمون بر اساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۱). روایی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود، کافی گزارش شده و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز در فاصله زمانی یک‌ماهه ثابت گزارش شده است (ریان و براون، ۲۰۰۷). آلفای کرونباخ برای پرسش‌های نسخه فارسی این مقیاس در مورد یک نمونه ۷۲۳ نفری از پرستاران ۰/۸۱ محاسبه شده است (۲۲).

<sup>8</sup> Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

<sup>9</sup> Prenatal Distress Questionnaire Revised (PDQR)

<sup>5</sup> Mindful Attention Awareness Scale

<sup>6</sup> Ryan, Brown & Creswell

<sup>7</sup> Perceived Stress Scale

۶۴ نفر از زنان باردار در سه‌ماهه اول، ۶۱ نفر ماه دوم و ۶۸ نفر در سه‌ماهه سوم بارداری بودند. میانگین سن اعضای نمونه (۲۷/۴۲=میانگین، ۲/۸۶=انحراف معیار) بود. میانگین افسردگی، نگرانی و استرس در بین زنان باردار که در سه‌ماهه اول هستند بالاتر از زنان باردار سه‌ماهه دوم و سوم است. زنان باردار سه ماه سوم کمترین میانگین را دارند. میزان ذهن آگاهی زنان باردار سه‌ماهه دوم بالاترین مقدار است، در حالیکه تفاوت ذهن آگاهی زنان باردار سه‌ماهه اول و سوم بسیار اندک و تنها ۰/۰۳ است.

انگلیسی با مدرک دکتری تخصصی ترجمه معکوس شد و نواقص ترجمه اصلاح گردید. درنهایت پس از مشورت با سه نفر متخصص روان شناسی در مورد نسخه فارسی، ابزار برای اجرا آماده شد. ضرایب پایایی همسانی درونی گویه برای کل مقیاس در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۸۳ و برای زیر مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۹ قرار دارند (۲۳).

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرها در جدول ۱ آورده شده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار متغیرها

متغیر	سه‌ماهه اول	سه‌ماهه دوم	سه‌ماهه سوم	کل نمونه
ذهن آگاهی	۳/۲۳(۰/۸۰)	۳/۴۸(۰/۷۸)	۳/۲۰(۰/۶۹)	۳/۳۱(۰/۷۶)
افسردگی	۸/۱۵(۴/۱۲)	۷/۷۰(۴/۲۱)	۷/۵۱(۴/۳۵)	۷/۷۹(۴/۲۱)
نگرانی	۱۰/۸۰(۵/۲۰)	۱۰/۳۶(۵/۱۱)	۱۰/۲۲(۵/۴۶)	۱۰/۴۶(۵/۲۵)
استرس	۱۶/۰۴(۶/۰۷)	۱۵/۳۲(۶/۳۶)	۱۵/۱۰(۶/۷۰)	۱۵/۴۹(۶/۳۶)

واریانس چندمتغیره است که نتیجه آزمون ام‌باکس نشان داد مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار است (۰/۹۱۹،  $P=0/۶۰$ ،  $F(۱۲۷۵۵۰، ۲۰/۹۶)=0/۶۰$ ). آماره لامبدای ویلکز برای تفاوت ترکیب خطی متغیرهای وابسته ۰/۹۵ است که سطح معناداری آن بیشتر از ۰/۰۵ است (جدول ۲). اندازه اثر مشاهده شده ۰/۰۲۴ است که بر اساس ملاک کوهن (۱۹۸۸) یک اثر کوچک محسوب می‌شود. معنادار نبودن آزمون چندمتغیره نشان می‌دهد زنانی که در سه‌ماهه‌های اول، دوم و سوم بارداری هستند از نظر میزان ذهن آگاهی، افسردگی دوران بارداری، نگرانی‌های دوران بارداری و استرس ادراک شده تفاوت معناداری ندارند.

نرمال بودن توزیع متغیرها با بررسی شاخص‌های کجی و کشیدگی یک متغیره انجام شد. مقادیر مشاهده شده در دامنه (۲-، ۲) قرار داشت که برای آزمون‌های پارامتریک قابل قبول است. در شرایطی که متغیرهای مورد مقایسه دارای همبستگی باشند (به جدول ۳ نگاه کنید)، میزان خطای نوع اول تحلیل واریانس یک متغیره بیشتر از مقدار اسمی خواهد بود. در این تحقیق به‌منظور اجتناب از این مشکل، میانگین ذهن آگاهی و سه متغیر مربوط به سلامت روان‌شناختی در سه گروه زنان با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) مقایسه شدند.

همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از مفروضات تحلیل

جدول (۲): نتیجه تحلیل کوواریانس چندمتغیره

لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری	اندازه اثر
۰/۹۵۳	۱/۱۴	۸	۳۷۴	۰/۳۳۳	۰/۰۲۴

جدول (۳): ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. ذهن آگاهی	۱			
۲. افسردگی	-۰/۵۱xx	۱		
۳. نگرانی	-۰/۴۴xx	۰/۵۴xx	۱	
۴. استرس	-۰/۶۲xx	۰/۶۴xx	۰/۶۱xx	۱

\*\* p<0.001

رابطه ذهن آگاهی و سلامت روان‌شناختی مورد حمایت قرار می‌گیرد.

برای هر کدام از متغیرهای سلامت روان‌شناختی یک تحلیل انجام شد که نتیجه آن‌ها در جدول ۴ مشاهده می‌شود. اثر اصلی مرحله بارداری برای هیچکدام از سه نشانگر سلامت روان‌شناختی معنادار نیست که این نتیجه با نتیجه تحلیل واریانس چندمتغیره مبنی بر عدم تفاوت سه گروه همخوان است. اثر اصلی ذهن آگاهی برای هر سه متغیر معنادار است ( $P < 0/001$ ) که با نتیجه ضریب همبستگی که حاکی از رابطه منفی ذهن آگاهی با سلامت روان‌شناختی است مطابقت دارد. سطح معناداری اثرات مربوط به کنش متقابل ذهن آگاهی با مرحله بارداری برای افسردگی، نگرانی و استرس ادراک شده بیشتر از  $0/05$  است. بنابراین فرضیه نقش تعدیل‌کننده مرحله بارداری رد می‌شود و رابطه ذهن آگاهی و سلامت روان‌شناختی زنان باردار در طول دوره بارداری تغییر نمی‌کند.

رابطه ذهن آگاهی با سلامت روان‌شناختی زنان باردار به‌وسیله همبستگی پیرسون بررسی شد. ضریب همبستگی ذهن آگاهی با افسردگی  $r = -0/51$ ، نگرانی‌های دوره بارداری  $r = -0/44$ ، و استرس ادراک شده  $r = -0/62$  بود که همگی در سطح  $0/001$  معنادار بودند. بنابراین ذهن آگاهی رابطه منفی با سلامت روان‌شناختی زنان باردار دارد. قویترین رابطه به استرس ادراک شده تعلق داشت. بین سه متغیر سلامت روان‌شناختی نیز رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد ( $P < 0/001$ ). در مرحله بعد به آزمون این فرضیه پرداخته شد که رابطه ذهن آگاهی و سلامت روان‌شناختی تحت تأثیر مرحله بارداری (سه ماه اول، دوم سوم) قرار می‌گیرد. بدین منظور از مدل خطی تعمیم یافته بهره گرفته شد. ذهن آگاهی، مرحله بارداری و کنش متقابل این دو متغیر به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین هر کدام از سه متغیر سلامت روان‌شناختی در نظر گرفته شدند. در بررسی نتایج در صورت معنادار شدن اثر کنش متقابل ذهن آگاهی و مرحله بارداری، نقش تعدیل‌کننده مرحله بارداری در

جدول (۴): نقش تعدیلگر مرحله بارداری در رابطه ذهن آگاهی و سلامت روان‌شناختی زنان باردار

متغیر ملاک	منبع	کای اسکوتر	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی	عرض از مبدأ	۲۲۵/۶۹	۱	۰/۰۰۱
	مرحله بارداری	۱/۰۵	۲	۰/۵۹۱
	ذهن آگاهی	۶۸/۹۷	۱	۰/۰۰۱
	ذهن×مرحله	۰/۵۰	۲	۰/۷۷۹
نگرانی	عرض از مبدأ	۱۹۱/۵۶	۱	۰/۰۰۱
	مرحله بارداری	۰/۰۲	۲	۰/۹۸۶
	ذهن آگاهی	۴۷/۷۲	۱	۰/۰۰۱
	ذهن×مرحله	۰/۱۵	۲	۰/۹۲۸
استرس	عرض از مبدأ	۴۴۲/۲۹	۱	۰/۰۰۱
	مرحله بارداری	۱/۴۵	۲	۰/۴۸۵
	ذهن آگاهی	۱۲۶/۴۰	۱	۰/۰۰۱
	ذهن×مرحله	۰/۶۲	۲	۰/۷۳۲

## بحث

تأثیر دوره بارداری قرار نمی‌گیرد و ممکن است شرایط مادران طوری باشد که رابطه‌ی دو متغیر تشدید و یا تضعیف شود. اما بین ذهن آگاهی و سلامت روان‌شناختی زنان باردار رابطه منفی وجود داشت. همان‌طور که فرض شد، سطوح بالاتر ذهن آگاهی با علایم افسردگی کم‌تر، پریشانی کم‌تر و استرس درک شده کم‌تر در طول دوره بارداری همراه بود. در تحقیق بایرامپور<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۶)

هدف از پژوهش حاضر تعیین ارتباط ذهن آگاهی زنان باردار با سلامت روان‌شناختی در بارداری بود. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات ذهن آگاهی و سلامت روان‌شناختی زنان باردار در سه بازه زمانی (سه‌ماهه اول، دوم و سوم) تفاوت وجود ندارد؛ و با توجه به تعدیل‌کننده نبودن آن، رابطه‌ی بین این دو متغیر تحت

<sup>۱</sup>Bayrampour

استرس و اضطراب ممکن است رخ دهد اما جز ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی تأمل پاسخ دهد لحظاتی بیندیشد در نتیجه می‌توان این گونه استنباط کرد که در ذهن آگاهی کنترل و اداره هیجانات مدنظر قرار می‌گیرد و فرد باید به افکار و احساسات خود آگاهی و حضور ذهن کامل داشته باشد (۹).

در واقع ذهن آگاهی برای افراد بینشی فراهم می‌کند که این بینش با به کارگیری مکانیسم‌های ممکن ذهن آگاهی برای فرد، پیشرفت در بهزیستی روان‌شناختی را فراهم می‌کند (۴). در بانوان بارداری که میزان ذهن آگاهی در آن‌ها بالاست، جنبه‌های مدیریت استرس در طول دوران بارداری، تولد فرزند و دوران والدین بودن را به راحتی سپری می‌کنند و پریشانی روان‌شناختی کاهش می‌یابد (۸). به نظر می‌رسد ذهن آگاهی در دوره بارداری تأثیر گسترده‌ای بر استراتژی‌های مقابله و کنار آمدن با مشکلات و همچنین تأثیر بالقوه‌ای در پیشرفت مسیر والدشدن و مراقبت از فرزند دارد. بارداری یک دوره کوتاه از زندگی بانوان است، بنابراین بهینه است که فرد اطلاعات جدیدی در مورد مهارت‌های مقابله و کنار آمدن با تولد و والدین شدن دریافت کند و خود را برای این دوره کوتاه از زندگی‌اش آماده کند. به نظر می‌رسد هیجانات مثبت در خنثی کردن تجارب استرس زا نقشی حیاتی دارند و راهبردهای ذهن آگاهی می‌تواند پیش‌بینی کننده مدیریت اضطراب و استرس باشند (۵).

یافته‌های پژوهش مبین این نکته است که، فرد از شیوه ذهنی خود، آگاه می‌شود و بر روی یک محرک خاص مثل تنفس و احساسات بدنی و غیره تمرکز می‌کند که مستلزم داشتن مهارت‌های رفتاری، شناختی و فراشناختی برای متمرکز کردن فرایند توجه است. بنابراین، ذهن آگاهی می‌تواند به افراد در برون ریزی افکار، عادات و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند، از این رو در تنظیم رفتاری افراد دارای اهمیت زیاد است. همچنین، ذهن آگاهی با ایجاد عقاید خاص خود در آزمودنی‌ها بر میزان دلسوزی خود، افکار تکراری، نشخوار ذهنی، نگرانی، مهارت‌های مقابله‌ای و باورهای افراد تأثیر گذاشته و از این طریق میزان اضطراب افراد را کاهش می‌دهد (۱۰). در واقع ذهن آگاهی تمرکززدایی بیماران از قضاوت روی افکار، هیجانات و احساسات بدنی ناراحت کننده را تسهیل می‌کند (۱۳). اینکه در ذهن آگاهی افراد، افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده می‌کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای می‌بینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آنکه آن‌ها را قسمتی از خودشان یا انعکاسی از

نشان‌داده شده است که برنامه‌های مبتنی بر شیوه‌های مراقبه به منظور افزایش ذهن آگاهی، به بهبود علایم افسردگی و اضطراب در نمونه‌های زنان باردار منجر شد (۱۷). یافته‌های حاضر با این تحقیق سازگار است و پیشنهاد می‌کند که مداخلات قبل از بارداری احتمالاً می‌تواند تأثیر آنچه که به نظر می‌رسد یک خصوصیت محافظتی باشد را افزایش دهد. در پژوهش کارمدی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) ذهن آگاهی، ارزیابی استرس و پاسخ‌های واکنش‌پذیری استرس را تغییر می‌دهد. کاهش در سطوح استرس می‌تواند رابطه بین ذهن آگاهی و سلامت افراد را تبیین کند (۲۱). یافته دیگر پژوهش نشان داد، اضطراب به طور معناداری ذهن آگاهی زنان باردار را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های مودرا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۰)، پن<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۹) (۱، ۵)، و با نتایج تحلیل استانوا<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۵) که در آن افسردگی، فرایند تغییر در ذهن آگاهی را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند، نیز همسو است. (۱۰) همچنین در پژوهش کروش، کران و دیموند (۲۰۱۹) نیز اثربخشی ذهن آگاهی بر مادران باردار با سابقه خلق افسرده و مضطرب انجام گرفت و نتایج این پژوهش را تأیید می‌کند و درمان ذهن آگاهی به صورت معنی‌داری در کاهش خلق منفی و افزایش آرامش و کاهش اضطراب مادران مؤثر بود (۲۴). هم راستا با مطالعه حاضر، واندردیت<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۹) دریافتند در مادران بارداری که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت می‌کنند در مقایسه با گروه کنترل در سه ماه سوم بارداری به طور معناداری میزان اضطراب کاهش پیدا می‌کند و ذهن آگاهی، باعث کاهش افسردگی و اضطراب در دوران بارداری و بعد از زایمان می‌شود (۳). در پژوهش همسوی دیگر، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش دیسترس‌های روانی در زنان باردار شد (۲۵).

مادران ذهن آگاه، سطوح پایینی از پریشانی مربوط به بارداری و استرس ذهنی را گزارش کردند. به طور جالب توجهی، رابطه بین ذهن آگاهی و استرس درک شده در طول زمان متفاوت بود. ذهن آگاهی استرس درک شده در اوایل بارداری پیش‌بینی کننده قوی‌تری در مقایسه با اواخر دوران بارداری بود. ممکن است نمرات ذهن آگاهی مادران در طول بارداری آن‌ها متفاوت بوده باشد. متوسط ذهن آگاهی ممکن است در طول دوران بارداری تغییر کند، زیرا زنان ممکن است بیشتر با بدن خود هماهنگ شوند و از آن آگاه شوند (۱۸).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، ذهن آگاهی به ما یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجانات منفی مثل درک

<sup>5</sup> Staneva

<sup>6</sup> Van der Riet

<sup>2</sup> Carmody

<sup>3</sup> Mudra

<sup>4</sup> Pan

محدودیت این پژوهش این است که نتایج سلامتی با استفاده از گزارشات فردی به دست آمده‌اند. گرچه، قبلاً اثبات شده است که گزارشات فردی مادران روشی معتبر برای جمع‌آوری داده‌های نتایج بارداری است. این پژوهش به شیوه توصیفی-همبستگی انجام شد. از این رو هر گونه تفسیر علت و معلولی از رابطه ذهن آگاهی می‌تواند همراه کننده باشد. انجام تحقیقات آزمایشی در زمینه آموزش ذهن آگاهی و تأثیر آن بر سلامت روان‌شناختی زنان باردار به درک رابطه علی کمک می‌کند. محدودیت دیگر در دسترس بودن شیوه نمونه‌گیری است که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند. طبق یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده ارتباط بین صفت ذهن آگاهی با سلامت جسمانی مادران باردار هم، اندازه‌گیری شود.

### سپاسگزاری

این طرح در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه بابل با کد ۶۰۰۷۶۱۱۴۷ تصویب شده است. با توجه به مسائل خاص و آیین نامه‌ای و ضرورت محرمانه بودن وضعیت فردی شرکت‌کننده‌ها فرم رضایت‌نامه‌ی اخلاقی قبل از شرکت در پژوهش از آزمودنی‌ها جمع‌آوری شد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه بابل و همچنین از کلیه مادرانی که به‌عنوان شرکت‌کننده با مشارکت و همکاری خود، ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند کمال قدرانی را به عمل می‌آورم.

### تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

### منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسنده تأمین شده است.

واقعیت در نظر بگیرند، همین نگرش می‌تواند باعث عدم تشدید الگوی افکار تکراری آزاردهنده شود(۶).

در پژوهش حاضر، درمان ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال مادر می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد 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 شده و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید همه اینها فرصتی بی نظیر فراهم می‌کند تا افراد از طریق تمرکز به خود تصویر واقع‌بینانه تری از شرایط خود به دست آورند(۲۶). ذهن آگاهی معمولاً به‌عنوان توجه و آگاهی به تجربیات لحظه به لحظه به‌صورتی پذیرنده، تعریف می‌گردد بنابراین شامل تنظیم توجه، حضور در لحظه حال و پذیرش احساسات چه خوشایند و چه ناخوشایند است(۲۷). یکی از مزایای ذهن آگاهی تعامل و درک وضعیت فیزیولوژیکی فرد است، افزایش مهارت‌های ذهن آگاهی و پذیرش و همچنین عدم شناخت اندیشه‌ها و احساسات، به زنان کمک می‌کند که حالت‌های منفی درونی خود را با روش‌های جدیدی تجربه کنند برنامه ذهن آگاهی سبب کاهش استرس در زنان شده و زنان در برنامه ذهن آگاهی خود و تجربیات خود در زمان حال را پذیرفته و برنامه ذهن آگاهی می‌تواند یک موضع خود پذیرفتن در فرد ایجاد کرده و سلامتی فرد را وابسته به دیگران نکند در واقع عوامل مرتبط با ذهن آگاهی باعث واکنش پذیری و استرس کمتر است و سرکوب کردن پاسخ‌های اضطرابی را پیش‌بینی می‌کند(۲۸).

**نتیجه‌گیری:** ذهن آگاهی باعث سلامت روان‌شناختی در دوره‌ی بارداری می‌شود.

## References:

- Pan W-L, Gau M-L, Lee T-Y, Jou H-J, Liu C-Y, Wen T-K. Mindfulness-based programme on the psychological health of pregnant women. *Women Birth* 2019;32(1):e102-e9.
- Mikšić Š, Miškulin M, Juranić B, Rakošec Ž, Včev A, Degmečić D. Depression and suicidality during pregnancy. *Psychiatr Danub* 2018;30(1):85-90.
- Van der Riet P, Francis L, Rees A. Exploring the impacts of mindfulness and yoga upon childbirth outcomes and maternal health: an integrative review. *Scand J Caring Sci* 2020;34(3):552-65.
- Hoyer J, Wieder G, Höfler M, Krause L, Wittchen H-U, Martini J. Do lifetime anxiety disorders (anxiety liability) and pregnancy-related anxiety predict complications during pregnancy and delivery? *Early Hum Dev* 2020;144:105022.
- Mudra S, Göbel A, Barkmann C, Goletzke J, Hecher K, Schulte-Markwort M, et al. The longitudinal course of pregnancy-related anxiety in parous and nulliparous women and its association with symptoms of social and generalized anxiety. *J Affect Disord* 2020;260:111-8.

6. Vigod SN, Wilson CA, Howard LM. Depression in pregnancy. *BMJ* 2016;352:i1547.
7. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: Short-and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience* 2017;342:154-66.
8. Grobman WA, Parker CB, Willinger M, Wing DA, Silver RM, Wapner RJ, et al. Racial disparities in adverse pregnancy outcomes and psychosocial stress. *Obstet Gynecol* 2018;131(2):328.
9. Duhig K, Chappell LC, Shennan AH. Oxidative stress in pregnancy and reproduction. *Obstet Med* 2016;9(3):113-6.
10. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women Birth* 2015;28(3):179-93.
11. Lee E-H. Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2012;6(4):121-7.
12. Kabat-Zinn J. *Mindfulness for beginners: Reclaiming the present moment—and your life.* Sounds True; 2012.
13. Stoll K, Swift EM, Fairbrother N, Nethery E, Janssen P. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth* 2018;45(1):7-18.
14. Arfaie K, Nahidi F, Simbar M, Bakhtiari M. The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research. *Electron Physician* 2017;9(2):3733.
15. Kantrowitz-Gordon I. Factor structure and external validity of the five facet mindfulness questionnaire in pregnancy. *Mindfulness* 2018;9(1):243-57.
16. Boekhorst MG, Potharst ES, Beerthuisen A, Hulsbosch LP, Bergink V, Pop V, et al. Mindfulness During Pregnancy and Parental Stress in Mothers Raising Toddlers. *Mindfulness*;11(7):1747-61.
17. Bayrampour H, Ali E, McNeil DA, Benzies K, MacQueen G, Tough S. Pregnancy-related anxiety: a concept analysis. *Int J Nurs Stud* 2016;55:115-30.
18. Daugirdaitė V, van den Akker O, Purewal S. Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. *J Pregnancy* 2015;2015:646345.
19. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychol Inq* 2007;18(4):272-81.
20. Carmody J, Baer RA, LB Lykins E, Olendzki N. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *J Clin Psychol* 2009;65(6):613-26.
21. Nejat M, Zibad A, Irani H. Ertebat zejnahahi ba ehmkari parastaran bimarestan allameh bohlul gonabadi. *zanko* 2020;21(68):39-46.
22. Yousefi R. Psychometric Properties of Persian Version of Renataldistressquestionnaire (PDQ). *Nurs Midwifery J* 2015; 13 (3):215-25.
23. Yousefi R. Psychometric Properties of Persian Version of renatalDistressQuestionnaire (PDQ). *Nursing And Midwifery Journal.* 2015 May 10;13(3):215–25.
24. Krusche A, Crane C, Dymond M. An investigation of dispositional mindfulness and mood during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19(1):273.
25. Matvienko-Sikar K, Lee L, Murphy G, Murphy L. The effects of mindfulness interventions on prenatal well-being: A systematic review. *Psychol Health* 2016;31(12):1415-34.
26. Lenz B, Eichler A, Schwenke E, Buchholz VN, Hartwig C, Moll GH, et al. Mindfulness-based stress reduction in pregnancy: an app-based programme to improve the health of mothers and children (MINDFUL/PMI Study). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2018;78(12):1283.



27. Hulsbosch LP, Nykliček I, Potharst ES, Meems M, Boekhorst MG, Pop VJ. Online mindfulness-based intervention for women with pregnancy distress: design of a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20(1):1-10.
28. Lucena L, Frange C, Pinto ACA, Andersen ML, Tufik S, Hachul H. Mindfulness interventions during pregnancy: A narrative review. *J Integr Med* 2020;18(6):470-477.

## THE RELATIONSHIP BETWEEN MINDFULNESS AND STRESS, DEPRESSION, AND ANXIETY IN PREGNANT WOMEN REFERRED TO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY CLINICS

Maryam Talebi<sup>1</sup>

Received: 25 August, 2020; Accepted: 31 October, 2021

### Abstract

**Background and Aims:** One of the most sensitive periods of a women's life is pregnancy, which due to physical changes, will also bring psychological changes. The aim of this study was to determine the relationship between mindfulness and mental health in pregnant women.

**Materials & Methods:** The study population consisted of all women referring to gynecology and obstetrics clinics in Tehran in 2019, of which 193 were selected by convenience sampling. Data were analyzed using multivariate analysis of variance using SPSS 24 software. The data collection tool was the Brown and Ryan Mindfulness Questionnaire, Cohen et al. Edinburgh.

**Results:** There is a significant negative correlation between mindfulness and perceived stress, anxiety, and depression. There was no significant difference between mindfulness and mental health of pregnant women in three different periods. Birth of mindfulness and mental health of pregnant women have a moderating role.

**Conclusion:** Considering the relationship between the level of stress, anxiety, and depression among pregnant women and their low level of mindfulness, it is possible to help reduce the problems in this community by taking measures related to mindfulness-based therapies.

**Keywords:** perceived stress, anxiety, depression, pregnancy, mindfulness

**Address:** Non-Profit Higher Education Institute, Rah-e Danesh, Babol, Iran

**Tel:** +989124741833

**Email:** Maryam.talebi68@yahoo.com

<sup>1</sup> Assistant Professor of Psychology, Non-Profit Higher Education Institute, Rah-e Danesh, Babol, Iran