

تأثیر آموزش بهداشت روانی مادر- کودک بر اضطراب و سلامت روان مادران باردار نخست‌زا

آذین عادل^۱، سودابه بساک نژاد^۲، نجمه حمید^{۳*}، ایران داودی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۲/۱۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۵/۲۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اگرچه بارداری یک حادثه فیزیولوژیک برای مادر در نظر گرفته شده است، ولی تغییرات جسمی و هورمونی ممکن است سبب تغییرات خلق و خو، بی‌ثباتی احساسات و هیجانات گذرا شود. از این رو به بررسی تأثیر آموزش بهداشت روانی مادر- کودک بر اضطراب و سلامت روان مادران باردار نخست‌زا در بیمارستان نفت اهواز پرداخته شده است.

مواد و روش کار: این پژوهش از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش نیز شامل کلیه زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی بیمارستان نفت اهواز در زمستان ۱۳۹۴ بود. ه است. از میان افرادی که دارای ملاک‌های ورود (۱۲ تا ۳۲ هفته بارداری و نخست‌زا) و داوطلب شرکت در جلسات آموزش بهداشت روانی بودند خواسته شد تا آزمون اضطراب بارداری را تکمیل کنند. از بین داوطلبین مراجعه کرده تعداد ۲۴ نفر که نمره بالاتر از یک انحراف معیار از میانگین در آزمون اضطراب بارداری داشتند و از لحاظ سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی و روانی و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش کاملاً همگون بودند، انتخاب و به طور تصادفی به گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه و به مدت دو ماه تحت آموزش بهداشت روانی مادر- کودک بودند و پس‌از آن مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز در این تحقیق از پرسشنامه‌های استاندارد اضطراب بارداری و سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شده است.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ اضطراب بارداری و سلامت روان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<0.001). میزان اضطراب بارداری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش اما میزان سلامت روان افزایش یافت.

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش بهداشت روانی مادر- کودک بر اضطراب و سلامت روان (و همه ابعاد آن) در زنان باردار تأثیر مثبت و معناداری دارد.

واژه‌های کلیدی: آموزش بهداشت روانی مادر- کودک، اضطراب بارداری، سلامت روان، مادران نخست‌زا

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۰۹، آبان ۱۳۹۷، ص ۵۹۲-۵۸۳

آدرس مکاتبه: اهواز-دانشگاه شهید چمران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، تلفن: ۰۹۱۶۱۱۸۷۵۸۶

Email: n.hamid@scu.ac.ir

مقدمه

بر بارداری اثر بگذارند. مادران باردار، نگرانی‌های مداومی را در مورد سلامت جنین، مراقبت از کودک، تغییرات شیوه زندگی و یا ترس از درد زایمان بیان می‌کنند (۲). دوران بارداری با تغییرات جسمانی و روان‌شناختی در زنان باردار همراه است. این پدیده در زنان نخست‌زا با شدت بیشتری همراه است زیرا آن‌ها برای بار اول با این تغییرات مواجه می‌شوند. عوارض ناشی از استرس بارداری بیانگر علل مهم مرگ‌ومیر مادران و پیش‌زادی به علت زایمان زودرس، نوزادان کم وزن هنگام تولد، فشار خون بالای ناشی از بارداری مادر و تأخیر رشد

فرایند مادر شدن از وقایع لذت‌بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می‌شود، با این وجود به دلیل تغییرات جسمانی و روانی ایجاد شده، می‌تواند با درجاتی از تنش و اضطراب همراه باشد. اگر چه استرس به‌طور کلی یک واکنش انطباقی به چالش‌های محیطی است، اما عوامل استرس‌زا در دوران بارداری ممکن است اثر منفی بر سلامت مادران باردار و نوزادان آن‌ها داشته باشد (۱). عوامل بیوشیمیایی (آثار هورمون‌ها) و عوامل استرس‌زای زندگی می‌توانند

^۱ E-mail: n.hamid@scu.ac.ir

^۲ E-mail: n.hamid@scu.ac.ir

^۳ E-mail: n.hamid@scu.ac.ir

^۴ E-mail: n.hamid@scu.ac.ir

عصبی فرزند مبتلا می‌باشد. عوامل روانی اجتماعی مانند وضعیت اقتصادی، تراکم کاری، وضعیت تأهل، سطح آموزش و پرورش، دسترسی به مراقبت‌های دوران بارداری، سوءمصرف مواد، قومیت، زمینه‌های فرهنگی و کیفیت روابط با پدر و مادر به عنوان عوامل فشار روانی در دوران بارداری شناخته شده‌اند. (۳).

در دوران بارداری، خلق‌وخو، روابط خانوادگی و مسئولیت‌های پدر و مادر تغییر می‌کند و نحوه سازگاری آن‌ها متفاوت است. تغییرات جسمی و هورمونی ممکن است سبب تغییرات خلق‌وخو، بی‌ثباتی احساسات و هیجانات گذرا شود. عوامل بیوشیمیایی و هورمون‌ها و عوامل استرس‌زای زندگی مثل سلامت جنین، مراقبت از کودک، تغییرات شیوه زندگی، ترس از درد زایمان بر اضطراب مادر اثر گذاشته و در مادرانی که زمینه اختلالات روانی دارند تأثیر چشمگیری می‌گذارد. سه ماهه دوم، با تغییرات جسمی همراه است. مانند بزرگ شدن پستان‌ها و رحم، افزایش وزن و از همه مهم‌تر حرکت جنین به وجود جنین واقعیت می‌بخشد. مادر باردار، جنین را به‌صورت موجودی جدا ولی وابسته به خود احساس می‌کند. ممکن است مادر باردار بگوید من بچه دار می‌شوم. توجه به جنین، در این زمان مادر باردار حال عمومی بهتری دارد و به جنین بیشتر توجه می‌کند. مادر مایل است در مورد تغذیه و نحوه رشد و نمو جنین بداند. مادر باردار به توانمندی خود در محافظت از جنین بسیار علاقه مند است که گاهی به‌صورت خود شیفتگی بروز می‌کند. به خوراک و پوشاک خود بیشتر از گذشته اهمیت می‌دهد. در سه ماهه سوم، مادر باردار با آسیب‌پذیری و وابستگی و نگرانی بیشتری مواجه است. در این زمان و مشخصاً در ماه هفتم احساس آسیب‌پذیری داشته و تصور می‌کند که ممکن است آسیبی به جنین وارد شده یا از بین برود. به همین دلیل از حضور در محیط‌های شلوغ خودداری می‌کند. (۴).

یافته‌های تحقیقی (۵) نشان می‌دهد که اضطراب دوران بارداری و مشکلات بالینی، باعث کاهش سلامت نوزاد شده و این احتمال وجود دارد که نوزادان نارس به دنیا بیایند و خصوصیات مثل تغذیه نامنظم، نفخ و دل‌دردهای شدید، بی‌خوابی شبانه، گریه‌های ممتد و نیاز به بغل کردن را از خود بروز دهند. اضطراب بارداری و زایمان در ابتدای کودک به اسکیزوفرنی، اختلالات عاطفی در آینده، اوتیسم، تنگی تنفسی در دوره نوزادی نقش دارد رابطه مستقیمی میان اضطراب مادر، ناهنجاری‌های تکامل جنین و فشار روانی جنین، کاهش تکامل ذهنی در دو سالگی، بدخوابی نوزاد و مشکلات رفتاری اولیه کودک وجود دارد (۶). آموزش بهداشت به عنوان رویکردی اثربخش برای توجه ویژه به موضوع پیشگیری در کلیه سطوح آن مدت زیادی است در کشورهای پیشرفته دنیا مؤثر واقع شده و به عنوان یکی از حیطه‌های کلیدی هر چه بیشتر بیماری‌های انسانی

مطرح است. اثربخشی برنامه‌های آموزشی، بستگی به کاربرد صحیح تئوری‌ها در آموزش بهداشت دارد. هدف مدل‌های مختلف آموزشی، کمک به تشخیص و درک عوامل مؤثر در رفتار و تعیین نحوه عملکرد این عوامل است. یکی از این مدل‌های مؤثر، آموزش بهداشت مادر و کودک است. مطالعات پیشین نشان داده است، کسانی که به‌طور موفقیت‌آمیز با مشکلات مقابله می‌کنند، افرادی هستند که خود را به مجموعه مهارت‌های مقابله‌ای مجهز کرده و از سه مهارت انعطاف‌پذیری، دور اندیشی و منطقی بودن بهره می‌جویند (۷). این مهارت‌ها قابل فراگیری هستند و می‌توان آن‌ها را به خزانه رفتار خود افزود. با توجه به مطالب فوق می‌توان چنین اظهار داشت که اضطراب و تنش ناشی از وقوع بارداری، علاوه بر پاشیدگی وضعیت روانی و سلامتی خود مادر، بر نوزاد تازه متولد شده و سایر افراد خانواده نیز اثر می‌گذارد؛ بنابراین تلاش در جهت تأمین نیازهای بهداشت روانی مادران، همپای توجه به نیازهای جسمانی آن‌ها، بر کاهش آسیب‌ها و افزایش سلامت روان مادران مفید به نظر می‌رسد. به بیان دیگر، آموزش بهداشت روانی مادر و کودک در برخورد با عوامل تنش‌زای زندگی می‌تواند در کاهش اختلالات روانی مادران باردار نخست‌زا و عوارض ناشی از بارداری، اثرات مثبتی داشته و دخالت مؤثری در به وجود آوردن جامعه‌ای پویا، سالم و آباد بنماید. در مطالعه‌ای، اثر مثبت مهارت‌های تن آرامی، بر کاهش استرس حوالی تولد، زایمان زودرس، درد و همین‌طور کاهش استفاده از دارو درمانی در زایمان، به اثبات رسیده است (۸). در تحقیق دیگری، بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس با رویکرد گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر روی اضطراب حالت/صفت، اضطراب بارداری و سلامت روان زنان نخست‌زا، مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاصل نشان داد که برنامه آموزشی مدیریت استرس، رویکردی مناسب برای ارتقا سلامت روان، کاهش نگرانی و اضطراب زنان نخست‌زا در برخورد با استرس‌های موقعیت بارداری می‌باشد (۹).

همچنین در پژوهشی مشخص شد که استرس و اضطراب مادر باردار، پیش‌بینی کننده تولد زودتر و وزن پایین نوزاد، هنگام تولد است. همچنین در این پژوهش به بررسی استرس و اضطراب بارداری و نقش آن در تولد پرداخته شد. نتایج حاصل، نشان داد که آموزش رفتارهای بهداشتی در دوران بارداری، موجب کاهش اضطراب بارداری شده است (۱۰).

پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش بهداشت روانی مادر-کودک بر اضطراب و سلامت روان زنان نخست‌زا مؤثر است؟

مواد و روش کار

در این پژوهش، طرح تحقیق از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش نیز شامل کلیه زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی بیمارستان نفت شهر اهواز در زمستان ۱۳۹۴ بود. در زمینه انتخاب نمونه ابتدا به تمامی داوطلبین جهت شرکت در آزمون اضطراب بارداری اعلان عمومی شد و سپس از میان افرادی که دارای ملاک‌های ورود (۱۲) تا ۳۲ هفته بارداری و نخست‌زا) و داوطلب شرکت در جلسات آموزش بهداشت روانی بودند خواسته شد تا آزمون اضطراب بارداری را تکمیل کنند. از بین داوطلبین مراجعه کرده تعداد ۲۴ نفر که نمره بالاتر از یک انحراف معیار از میانگین در آزمون داشتند و از لحاظ سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد

جسمانی و روانی و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش کاملاً همگون بودند، انتخاب و به تصادف به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه و به مدت دو ماه تحت آموزش بهداشت روانی مادر و کودک بودند و پس‌از آن مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند، اما به لحاظ ضرورت رعایت نکات اخلاقی پژوهش ۲ جلسه تحت آموزش بهداشت روانی مادر و کودک قرار گرفتند. ابزار مورد نیاز در این تحقیق شامل پرسشنامه‌های استاندارد اضطراب بارداری و سلامت روان (GHQ-28) بود. در پایان جلسات، هر دو گروه به پیش‌آزمون مجدداً پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از SPSS-21 و سطح معناداری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جلسات آموزشی

جلسه اول: معارفه، آشنایی با مفهوم حالات روان به مادران نخست‌زا و آشنایی با مراقبت‌های دوران بارداری
جلسه دوم: آشنایی با بهداشت فردی و آشنایی با مراحل مختلف زایمان در مادران نخست‌زا و تمرین‌های کششی و تنفسی، تن آرامی
جلسه سوم: آموزش جنبه‌های روان شناختی بارداری و نقش زنان در رشد روابط بین فردی و انجام وظایف مادری
جلسه چهارم: مرحله پذیرش بارداری و مقابله با احساسات دو گانه نسبت به جنین و تمرکز بر خود و تمرین‌های کششی و تنفسی، تن آرامی + تکلیف خانگی
جلسه پنجم: آموزش وظایف بچه دار شدن، رابطه با زوجین، پذیرش مسئولیت و سازگاری با شرایط جدید زندگی و خود گوئی مثبت
جلسه ششم: پذیرش جنین، تمرکز اولیه بر جنین، خود شیفتگی، آشنایی با تصویر ذهنی بدنی جدید، تمرین‌های کششی و تنفسی تن آرامی
جلسه هفتم: روش‌های کاهش نگرانی ذهنی درباره بچه دار شدن، آمادگی برای تغییرات بدنی، افزایش توانایی مقابله با نگرانی‌های روزمره و حل مسئله
جلسه هشتم: آشنایی با احساسات هیجانی غم و شادی به هنگام زایمان و پس‌از آن، روش‌های آشنایی با ساعات اولیه پس از تولد، کنترل هیجانات، مروری و جمع‌بندی جلسات گذشته

پرسشنامه سلامت روان

پرسش نامه‌ی سلامت روان شامل ۲۸ سؤال و ۴ خرده مقیاس (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و بی خوابی، کار کرد اجتماعی) می‌باشد که هر کدام ۷ سؤال است. آزمودنی لازم است به هر سؤال بر اساس شیوه لیکرتی بین ۰-۳ پاسخ دهد. نقطه برش این پرسش نامه ۲۲ است. لذا افرادی که کمتر از ۲۲ کسب کنند، جزء افراد سالم و کسانی که نمره بیشتر از ۲۲ گرفته‌اند، بیمار محسوب می‌شوند. پایایی این پرسش نامه به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون، برابر ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۱). همچنین ضریب همبستگی بین خرده آزمون‌ها پرسش نامه با نمره کل بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. در این پژوهش، پایایی این پرسش نامه

به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون، برابر ۰/۸۵ بدست آمده است.

پرسشنامه اضطراب بارداری

این پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال است که دارای سه عامل است. عامل اول سؤالات ۳-۶-۹-۱۰-۱۱-۱۲ منعکس کننده نگرانی در مورد زایمان و نوزاد است. عامل دوم سؤالات ۱-۷ نگرانی نسبت به اضافه وزن بدن/تصور دیگران را منعکس می‌کند و عامل سوم سؤالات ۲-۴-۵-۸ منعکس کننده احساسات و تغییر روابط بین فردی و همسر است. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت لیکرتی از صفر تا چهار می‌باشد. بیشترین نمره بیانگر نگرانی و اضطراب بیشتر می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری معکوس ندارد. آزمودنی در یک مقیاس لیکرتی ۵

گزینه‌ای از؛ هیچ اضطراب ندارم تا خیلی زیاد اضطراب دارم به گویه ها پاسخ می‌دهد. حداقل امتیاز برای این پرسش نامه صفر و حداکثر ۴۸ است. در مطالعه‌ای روی ۲۶۳ زن باردار، پایایی این پرسش نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شد (۱۲). در تحقیقی، آلفای کرونباخ برای افراد نمونه در پرسش نامه‌ی اضطراب بارداری ۰/۷۴ و برای هریک از خرده مقیاس‌ها نگرانی در مورد تولد نوزاد ۰/۷۴ و نگرانی در مورد تغییر شکل بدن ۰/۷۸ و نگرانی در مورد احساسات و روابط ۰/۷۷ به دست آمده است (۱۳). در این پژوهش ضریب پایایی برای متغیر اضطراب بارداری با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه و مقدار ۰/۷۶ به دست آمده است.

یافته ها

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمرات اضطراب بارداری گروه آزمایشی در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۲۶/۳۳ و در مرحله پس‌آزمون برابر با ۱۴/۰۸ می‌باشد. در گروه کنترل، میانگین نمرات اضطراب بارداری در مرحله پیش‌آزمون برابر ۲۴/۸۳ و در مرحله پس‌آزمون ۲۱/۰۸ می‌باشد.

جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌ها نشان می‌دهد. مندرجات جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح ۰/۰۰۶ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب بارداری و سلامت روان) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی نقطه‌ی تفاوت، دو تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس‌های یک راهه در متن مانکوا را روی میانگین (اضطراب بارداری) و میانگین (سلامت روان) با کنترل پیش‌آزمون‌ها، در گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۳ نشان داده شده است که تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیرهای آزمون اضطراب بارداری ($F=8/21$ و $p=0/009$) و سلامت روان

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌ها نشان می‌دهد. مندرجات جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح ۰/۰۱۲ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه‌ی اثربخشی برابر با ۰/۴۸ و توان آماری آزمون برابر ۰/۸۵ می‌باشد. برای بررسی نقطه‌ی تفاوت، دو تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس‌های یک راهه در متن مانکوا را روی میانگین (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی) با کنترل پیش‌آزمون‌ها، در گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۵ نشان داده شده است. نتایج مندرج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیرهای آزمون نشانه‌های جسمانی ($F=8/81$ و $p=0/007$)، اضطراب و بی‌خوابی ($F=4/84$ و $p=0/039$)، اختلال عملکرد اجتماعی ($F=6/91$ و $p=0/015$) و افسردگی ($F=6/37$ و $p=0/019$) معنی‌دار می‌باشند. به علاوه ضریب اندازه‌ی اثر نشان می‌دهد که ۰/۲۹ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر نشانه‌های جسمانی، ۰/۱۸ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر اضطراب و بی‌خوابی، ۰/۲۴ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر اختلال عملکرد اجتماعی و ۰/۲۲ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر افسردگی مربوط به مداخله‌ی آزمایشی می‌باشد.

جدول (۱): میانگین، انحراف معیار، حداکثر و حداقل نمرات اضطراب بارداری در گروه آزمایش و گروه کنترل

مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	حداکثر نمره	حداقل نمره
پیش‌آزمون	آزمایشی	۲۶/۳۳	۳/۳۱	۳۳	۲۳
	کنترل	۲۴/۸۳	۷/۲۲	۴۲	۱۲
پس‌آزمون	آزمایشی	۱۴/۰۸	۶/۸۳	۲۳	۶
	کنترل	۲۱/۰۸	۴/۹۹	۳۰	۱۰

جدول ۲. نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لوین مربوط به جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و متغیرهای پژوهش (اضطراب بارداری و سلامت روان، آسیب افسردگی) را نشان می‌دهد.

جدول (۲): نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لوین مربوط به متغیرهای پژوهش (اضطراب بارداری و سلامت روان، آسیب جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی)

اثر	متغیر وابسته	درجه آزادی	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری
گروه	اضطراب بارداری	۱	۲۲	۰/۴۲۸	۰/۲۹۵
	سلامت روان	۱	۲۲	۰/۰۱۹	۰/۰۷۵
	آسیب جسمانی	۱	۲۲	۰/۰۱۷	۰/۸۱۳
	اضطراب و بی‌خوابی	۱	۲۲	۰/۰۱	۰/۳۷۸
	نارسایی در عملکرد اجتماعی	۱	۲۲	۰/۰۱۷	۰/۸۳۳
	افسردگی	۱	۲۲	۰/۰۴۴	۰/۳۹۱

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهند که آزمون لوین در متغیر اضطراب بارداری ($F=0/428$ و $p=0/295$) و سلامت روان ($F=0/019$ و $p=0/075$)، آسیب جسمانی ($F=0/017$ و $p=0/813$)، اضطراب و بی‌خوابی ($F=0/01$ و $p=0/378$)، نارسایی در عملکرد اجتماعی ($F=0/017$ و $p=0/833$) و افسردگی ($p=0/391$ و $F=0/44$) معنی‌دار نمی‌باشند؛ بنابر این، واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای اضطراب بارداری و سلامت روان، آسیب جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی به‌طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول (۳): - خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی نمره‌های اضطراب بارداری و سلامت روان در گروه آزمایش و گروه

متغیر وابسته	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	توان آماری	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۳۸۱	۶/۴۷۵	۲	۲۱	۰/۳۸	۰/۸۵۹	۰/۰۰۶
لامبدای ویلکز	۰/۶۱۹	۶/۴۷۵	۲	۲۱	۰/۳۸	۰/۸۵۹	۰/۰۰۶
اثر هتلینگ	۰/۶۱۷	۶/۴۷۵	۲	۲۱	۰/۳۸	۰/۸۵۹	۰/۰۰۶
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۰/۶۱۷	۶/۴۷۵	۲	۲۱	۰/۳۸	۰/۸۵۹	۰/۰۰۶

جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌های پژوهش (اضطراب بارداری و سلامت روان) انجام گرفت. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌ها نشان می‌دهد مندرجات جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح ۰/۰۰۶ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب بارداری و سلامت روان) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد، دو تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول (۴): نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون اضطراب بارداری و سلامت روان

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر	توان آماری	سطح معناداری
اضطراب بارداری	۲۹۴	۱	۲۹۴	۸/۲۱	۰/۲۷	۰/۷۸	۰/۰۰۹
سلامت روان	۳۶۸/۱۶	۱	۳۶۸/۱۶	۶/۵۲	۰/۲۲	۰/۶۸	۰/۰۱۸

متغیری (MANCOVA) بر روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌های پژوهش (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی) انجام گرفت.

نتایج مندرج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیرهای آزمون اضطراب بارداری ($F=8/21$) و $p=0/09$ و سلامت روان ($F=6/52$ و $p=0/018$) معنی‌دار می‌باشند. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس چند

جدول (۵): نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال

عملکرد اجتماعی و افسردگی							
متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر	توان آماری	سطح معناداری
نشانه‌های جسمانی	۶۰/۱۶	۱	۶۰/۱۶	۸/۸۱	۰/۲۹	۰/۸۱	۰/۰۰۷
اضطراب و بی‌خوابی	۳۷/۵	۱	۳۷/۵	۴/۸۴	۰/۱۸	۰/۵۶	۰/۰۳۹
اختلال در عملکرد اجتماعی	۶۳/۳۷	۱	۶۳/۳۷	۶/۹۱	۰/۲۴	۰/۷۱	۰/۰۱۵
افسردگی	۲۸/۱۶	۱	۲۸/۱۶	۶/۳۷	۰/۲۲	۰/۶۷	۰/۰۱۹

عدم اطلاع یا اطلاعات نادرست و ناقص در خصوص بارداری و تغییرات آن می‌تواند موجب بروز اضطراب و آشفتگی‌های روانی شود؛ چرا که در آغاز حاملگی مادر، نگرانی‌هایی در ارتباط با پذیرش بارداری، سلامت جسمی، از دست دادن تناسب اندام و تغییر در نقش‌های خانوادگی و اجتماعی وجود دارد که باعث بروز اضطراب می‌شود.

درمان اختلالات اضطرابی به شیوه‌های گوناگون توسط متخصصین این حوزه انجام و پیشنهاد شده است اما همگی این روش‌ها کارآمدی یکسانی، نداشته‌اند. به غیر از روش‌های دارویی که اکثر پژوهشگران رأی به عدم کارایی لازم را داشته‌اند هدف آموزش بهداشت روان، ایجاد سلامت روان به وسیله‌ی پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل مؤثر در بروز بیماری‌های روانی، تشخیص زودرس بیماری‌های روانی، پیشگیری از عوارض ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است (۲۱).

اهمیت سلامت روان در دوران بارداری به اندازه‌ای است که محققین معتقدند منشأ بسیاری از مسائل دوران بزرگسالی در شرایط نامناسب دوران جنینی و کودکی است. از این‌رو خانواده باید ضمن حمایت روانی عاطفی از مادر از وارد آمدن هر گونه فشار روانی به ایشان جلوگیری نمایند، زیرا داشتن فرزند و خانواده سالم آرزوی والدین است. بر همین اساس است که آموزش بهداشت روانی دوران بارداری از مسایلی است که امروزه باید مورد توجه قرار گیرد و توجه نداشتن به وضعیت روانی مادر باردار می‌تواند با عواقب وخیمی همراه باشد. چرا که آمادگی روانی همانند آمادگی جسمانی برای باردار شدن، زایمان و پرورش کودک از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۹، ۲۰)؛ زیرا سلامت جسم در گرو سلامت روان و سلامتی

نتایج مندرج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیرهای آزمون نشانه‌های جسمانی ($F=8/81$ و $p=0/007$)، اضطراب و بی‌خوابی ($F=4/84$ و $p=0/039$)، اختلال در عملکرد اجتماعی ($F=6/91$ و $p=0/015$) و افسردگی ($F=6/37$ و $p=0/019$) معنی‌دار می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش بهداشت روانی مادر کودک بر اضطراب و سلامت روان زنان با بارداری نخست‌زا بیمارستان نفت اهواز بود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش بهداشت روانی مادر کودک بر اضطراب و سلامت روان زنان با بارداری نخست‌زا تأثیر مثبتی داشته است.

یافته‌های پژوهش نشان داد که در میانگین نمرات اضطراب بارداری مادران نخست‌زا، قبل و بعد از آموزش بهداشت روانی مادر و کودک، تفاوت معنا داری وجود دارد و میانگین نمرات اضطراب بارداری گروه آزمایش قبل از مداخله، نسبت به نمرات آن‌ها، بعد از مداخله بالاتر است. به عبارتی، بعد از آموزش بهداشت روانی مادر و کودک به گروه آزمایش، اضطراب بارداری آن‌ها کمتر شد. نتایج به دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مشابه صورت گرفته قبلی (۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷) هم‌هنگ می‌باشد. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که در میانگین نمرات سلامت روان مادران باردار نخست‌زا، قبل و بعد از آموزش بهداشت روانی مادر و کودک، تفاوت معنا داری وجود داشت و آموزش بهداشت روانی مادر و کودک بر بهبود وضعیت سلامت روان مادران باردار نخست‌زا، قبل و بعد از انجام مداخله مؤثر بوده است. این نتایج همسو با نتایجی است که قبلاً انجام شده است (۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲).

روان مادر ضامن سلامت خانواده و فرزندی است که او پرورش می‌دهد.

افرادی که آموزش‌های بهداشت روان را گذرانده و مسلط به شرایط و تغییرات خود باشند، وقت کمی را در نگرانی، ترس، اضطراب سپری می‌کنند، اغلب آرامند و نسبت به عقاید تازه گشاده‌رو هستند و دارای طیب خاطر و طبعی شوخ هستند و اعتماد به نفس بالایی نیز دارند (۲۱). بنابر این با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین تبیین کرد که آموزش بهداشت روانی مادر و کودک در کاهش نشانه‌های جسمانی مانند درد و بیماری، احساس ضعف و سستی و نیاز به داروهای تقویتی در مادران باردار نخست‌زا مؤثر است و با توجه به پژوهش‌های یاد شده، تن آرامی و ماساژ درمانی به عنوان یکی از اجزاء آموزش بر کاهش کمر درد و دردهای عضلانی در زنان باردار نقش مفیدی داشته است.

در رابطه با فرضیه آموزش بهداشت روانی مادر و کودک بر نمره خرده مقیاس اضطراب و بی‌خوابی در مادران باردار نخست‌زا بیارستان نفت اهواز مؤثر است.

نتایج حاکی از آن است که بین گروه آزمایش از نظر نمره خرده مقیاس اضطراب و بی‌خوابی در قبل و بعد از انجام مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین نمرات اضطراب و بی‌خوابی گروه آزمایش قبل از مداخله، نسبت به نمرات آن‌ها، بعد از مداخله بالاتر است. به عبارتی، بعد از آموزش بهداشت روانی مادر و کودک به گروه آزمایش، نمره اضطراب و بی‌خوابی آن‌ها کمتر شد. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های (۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۰، ۱۵) می‌باشد. در این رابطه انجمن ماماها ی خانگی آمریکا تأثیر مثبت آموزش‌های را چنین توجیه می‌کند که برای ورود به یک محیط ناآشنا و ترسناک وجود همراه آشنا و آگاهی قبلی نسبت به محیط مورد نظر ضروری است (۲۱، ۲۰، ۱۹).

بنابر این با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین تبیین کرد که آموزش بهداشت روانی مادر و کودک در کاهش اضطراب و بی‌خوابی مادران باردار نخست‌زا مؤثر است. تن آرامی و ماساژ درمانی به عنوان یکی از اجزاء آموزش بر کاهش عصبانیت، اضطراب و اختلالات خواب در زنان باردار نقش مفیدی داشته است. همچنین، یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین گروه آزمایش از نظر نمره خرده مقیاس افسردگی در قبل و بعد از انجام مداخله آموزشی بهداشت روانی مادر و کودک تفاوت معنا داری وجود دارد و میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش قبل از مداخله، نسبت به نمرات آن‌ها، بعد از مداخله بالاتر است. به عبارتی، بعد از آموزش بهداشت روانی مادر و کودک به گروه آزمایش، افسردگی آن‌ها کمتر شد. این نتایج همسو با نتایج قبلی است (۲۱، ۲۰). بنابر این با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین تبیین کرد که

آموزش بهداشت روانی مادر و کودک در افزایش سلامت روانی و جسمانی و کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی مؤثر است و باعث افزایش عزت نفس در مادران باردار نخست‌زا شده و تعامل اجتماعی فرد را رشد داده و کاهش اضطراب، افسردگی و گوشه گیری را به دنبال دارد

بنابر این در مرحله بارداری، مادران باید اصول بهداشت روانی را فراگیرند و پرسش‌های اساسی خود را به‌وسیله در میان گذاردن مراقبان مربوطه حل کنند؛ چرا که گاهی در این مرحله مادر احساس می‌کند که تنها در زمین است و خویشتن را در مرکز می‌بیند و در اندیشه‌اش احساس شکوفایی دارد و این مرحله را گامی جهت پذیرش نقش‌های بزرگ می‌داند. پذیرش حاملگی به معنی شناسایی نقش جدید مادری، ایجاد ارتباط بین خود و مادرش، بین خود و شوهر، برقرار کردن رابطه با نوزاد متولد نشده و آماده شدن جهت زایمان است. پذیرفتن بارداری یعنی پذیرفتن واقعیت وجود یک بچه که هنوز به دنیا نیامده است (۱۴).

اهمیت سلامت روان در دوران بارداری به اندازه‌ای است که محققین معتقدند منشأ بسیاری از مسائل دوران بزرگسالی در شرایط نامناسب دوران جنینی و کودکی است. از این‌رو خانواده باید ضمن حمایت روانی عاطفی از مادر از وارد آمدن هر گونه فشار روانی به ایشان جلوگیری نمایند، زیرا داشتن فرزند و خانواده سالم آرزوی والدین است. بر همین اساس است که آموزش بهداشت روانی دوران بارداری از مسائلی است که امروزه بایستی بسیار مورد توجه قرار گیرد و توجه نداشتن به وضعیت روانی مادر باردار می‌تواند با عواقب وخیمی همراه باشد. چرا که آمادگی روانی همانند آمادگی جسمانی برای باردار شدن، زایمان و پرورش کودک از اهمیت زیادی برخوردار است. با توجه به اینکه اضطراب در طول بارداری ثابت نبوده و در سه ماهه اول افزایش، در سه ماهه دوم کاهش و در سه ماهه سوم افزایش می‌یابد و در هنگام زایمان نیز به حداکثر می‌رسد، لذا عدم افزایش اضطراب در گروه آزمایش می‌تواند حاکی از مؤثر بودن روش‌های آموزشی باشد (۱۵).

به طور کلی نتایج پژوهش نشانگر آن است که آموزش بهداشت روانی مادر - کودک، تأثیر معناداری بر اضطراب بارداری و سلامت روانی مادر دارد. با مرور بر نتایج پژوهش حاضر و نتایج سایر پژوهش‌های مرتبط می‌توان گفت که درمان ارجح طی دوران بارداری برای اختلالات خفیف تا متوسط اضطرابی درمان‌های شناختی- رفتاری می‌باشد. از طرفی نگاهی به تاریخچه بهداشت روانی در کشور، نشان می‌دهد که در طی چند دهه گذشته پیشرفت‌های قابل توجهی در زمینه ارائه خدمات بهداشت روان در ایران صورت گرفته است، بالاخص در سال‌های اخیر، برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران به عنوان الگویی برای سایر

بدن مادر در دوران بارداری رخ داده است. این آموزش، در مادران باردار، موجب روشنگری و کاهش ابهامات و از طرفی کاهش اختلالات عملکرد اجتماعی آنها شده است. چرا که این آموزش‌ها در کاهش اختلال عملکرد اجتماعی و افزایش توانایی‌های تصمیم‌گیری در مسائل و مشکلات زندگی، مؤثر است. نتایج حاصل از پژوهش فعلی نیز نشانگر آن است که آموزش‌های مورد اشاره در مادران باردار نخست‌زا، موجب تعدیل و کنترل فشارها و تنش‌های ناشی از بارداری، احساس مفید بودن و رضایت از انجام کارهای روزمره می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه همکاران بیمارستان شرکت نفت اهواز و دانشکده روانشناسی و علوم تربیت، دانشگاه شهید چمران اهواز، به جهت همکاری بی دریغ تشکر و قدر دانی می‌شود.

کشورهای منطقه قرار گرفته است. اما به طور کلی شیوع اختلالات روانی و وسعت نیاز مردم کشور به خدمات بهداشت روانی و همچنین محرومیت نسبی مردم روستاها و شهرهای متوسط و کوچک از خدمات بهداشت روانی اهمیت توجه به آموزش بهداشت روان را بیشتر می‌سازد. بنابر این، همانطور که بیان شد هدف از بهداشت روانی شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است. مقابله با بیماری‌های روانی برای ایجاد جامعه‌ای سالم از وظایف اصلی دولتها و افراد جامعه است و هر اجتماعی که خواستار بهزیستی و شادکامی افراد خود باشد باید بر این مهم همت گمارد.

تاکید پژوهشگر بر آموزش‌های داده شده در بهداشت روانی بر روی عواملی از جمله: آموزش جنبه‌های روان‌شناختی در بارداری، خود‌گویی مثبت، کاهش ترس و اضطراب به علت حرکت جنین و کاهش نگرانی ذهنی درباره بچه دار شدن و تغییراتی است که در

References:

1. Kashmery A. The effectiveness of depression and anxiety in development and growth Pregnancy Period. J Kerman Med Univ 2013, 20(6): 606 -.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams's obstetrics. 23rd ed. 2010, 2: 78-88.
3. Cardwell MS. Stress pregnancy considerations. Obst and Gyn Sur 2013, 68(2):43-8.
4. Imami Afshar N, Zahrani Tork SH, Khodakarami N. Turning of prenatal and delivery. 5th Ed. Nashre pajvak; 2013. P. 16-36.
5. Akiki S, Avison W R, Speechley K N, Campbell M K. Determinants of maternal antenatal state-anxiety in mid-pregnancy: Role of maternal feelings about the pregnancy. J Affect Dis 2016; 196: 260-7.
6. Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the Prenatal Distress Questionnaire. Midwifery 2011;27(4):553-9.
7. Kleinke CL. Coping with life challenges. 9th Ed. Nashre rasane; 2014: P. 85.143.
8. Asselmann E, Hoyer J, Wittchen H U, Martini J. Sexual Problems during Pregnancy and After Delivery among Women With and Without Anxiety and Depressive Disorders Prior to Pregnancy: A Prospective-Longitudinal Study. J Sex Med 2016, 13(1), 95-104.
9. Nagl M, Linde K, Stepan, H, Kersting A. Obesity and anxiety during pregnancy and postpartum: A systematic review. J Affec Dis 2015; 186: 293-305.
10. Martini J, Asselmann E, Einsle F, Strehle J, Wittchen H U. A prospective-longitudinal study on the association of anxiety disorders prior to pregnancy and pregnancy- and child-related fears. J Anx Dis 2016, 40, 58-66.
11. Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the Prenatal Distress Questionnaire. Midwifery 2011;27(4):553-9.
12. Blackmore E R, Gustafsson H, Gilchrist M, Wyman C, O'Connor T G. Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. J Affect Dis 2016; 197: 251-8.
13. Bayrampour H, Ali E, McNeil D A, Benzies K, MacQueen G, Tough S. Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. Int J Nur Stu 2016; 55: 115-30.

14. Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F. Effect of Relaxation and Attachment Behaviors Training on Anxiety in First-time Mothers in Shiraz City, 2010: A Randomized Clinical Trial. *Qom Univ Med Sci* 2012;6(4):14-23.
15. Preciado A, D'Anna-Hernandez K. Acculturative stress is associated with trajectory of anxiety symptoms during pregnancy in Mexican-American women. *J Anxiety Disord* 2017;48:28-35.
16. Dareshor Z, Bassak S, Sarvghad S. The effectiveness of stress magmata of cognitive-behavioral primigravida on pregnancy stress and mental Health. *Genta* 2012; 3(4).
17. 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. *Wom Birt* 2016; 28(3): 179-93.
18. Brunton RJ, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *J Affect Dis*, 2015, 176, 24-34.
19. Tinglöf S, Högberg U, Lundell IW, Svanberg A S. Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *Sex Repr Health* 2015; 6(2): 50-3.
20. Aleksandra A, Staneva FB, Anja W. The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *J Midwifery* 2015; 31(6): 563-73.
21. Petrovic D, Perovic M, Lazovic B, Pantic I. Association between walking, dysphoric mood and anxiety in late pregnancy: A cross-sectional study. *Psych Res* 2016; 246: 360-3.

THE EFFECTIVENESS OF MENTAL HEALTH TRAINING OF MOTHER AND CHILD ON PREGNANCY ANXIETY AND MENTAL HEALTH OF PRIMIGRAVIDA MOTHERS

Azin Adel¹, Sodabe Basaknejad², Najmeh Hamid³, Iran Davoudi⁴

Received: 05 May, 2018; Accepted: 17 Aug, 2018

Abstract

Background & Aims: The purpose of this research was to evaluate the effectiveness of the maternal and child mental health training on anxiety and mental health of nulliparous pregnant women in Ahvaz Naft (Oil) Hospital. The research method of this study was pretest-posttest and control group.

Materials & Methods : The sample consisted of all nulliparous pregnant women who visited the health centers in Ahvaz Naft (Oil) Hospital in the winter of 1394. In terms of selecting samples, first a public announcement was made to all volunteers willing to participate in this study. Then those who possessed pregnancy entry criteria of 12 to 32, were nulliparous pregnant women, and volunteered to attend the mental health training sessions, were asked to complete the pregnancy anxiety test. From among those who volunteered, 24 who scored higher than one standard deviation from the mean in the test, were selected and randomly divided into two groups as experimental control. The experimental group administered, 8 sessions of maternal and child mental health training but the control group did not receive any intervention.

Results: The results indicated that there was a significant difference between experimental and control group in mental health and pregnancy anxiety ($P < 0/001$). The rate of pregnancy anxiety in experimental group significantly decreased in comparison with pretest and control group, but The rate of mental health in experimental group significantly increased ($P < 0/001$) in compare with pretest and control group.

Conclusion: maternal and child mental health training significantly decreased the anxiety and increased the mental health of nulliparous pregnant women.

Keywords : mental health education, anxiety pregnancy, pregnant women, mental health

Address: Shahid Chamran University of Ahvaz, College of Education and Psychology, Dept of Clinical Psychology, Ahvaz, Iran

Tel: (+98) 09161187586

Email: n.hamid@scu.ac.ir

¹ MSc of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

² Associate professor of psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

³ Associate professor of psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran (Corresponding Author)

⁴ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran