خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره سوم، ۱۴۰۲، پیاپی (۳)۳۸ ص ۷۲-۵۹

Family and health Quarterly, vol13, Issue 3, Autumn 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir,

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت‌درمانی بر اضطراب و شاخص‌های زیستی در زنان باردار

پرستو نصری[۱]، منصوره تجویدی*[۲]، سعید ملیحی الذاکرینی[۳]، میترا رحیم زاده[۴]، زرین آجودانی[۵]

چکیده

مقدمه: انتظار طولانی‌مدت برای به دنیا آمدن و نگرانی مدام برای حفظ سلامت نوزاد در همه دوران بارداری همراه مادر است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت‌درمانی بر اضطراب و شاخص‌های زیستی در زنان باردار بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی زنان باردار در ۳ ماهه دوم بارداری مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های بارداری شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. که تعداد ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه‌های اضطراب کتل، بازوبند مخصوص دستگاه فشارسنج و کیت تست گلوکز بود. برای گروه آزمایش اول درمان فراشناخت سیستم آلمانی - کانادایی - ایرانی و برای گروه آزمایش دوم درمان شناختی – رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد، اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس آمیخته و از طریق نرم‌افزار SPSS-26 تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که درمان فراشناختی و درمان شناختی رفتاری باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش فشار خون و قند خون در پایان مداخلات و دوره پیگیری شده بودند ($p<۰/۰۵$). روش فراشناخت‌درمانی باعث کاهش بیشتر شاخص‌های زیستی و کاهش بیشتر اضطراب شده است ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: به دلیل تأثیری که درمان فراشناخت بر اصلاح باورهای فراشناختی مؤثر بر اضطراب و افزایش قند خون و فشار خون در زنان باردار دارد می‌تواند به تنهایی و یا با درمان مکمل در کاهش شاخص‌های زیستی و کاهش اضطراب در زنان باردار مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، درمان شناختی - رفتاری، زنان باردار، شاخص‌های زیستی، فراشناخت‌درمانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

استناد: نصری پرستو، تجویدی منصوره، ملیحی الذاکرینی سعید، رحیم زاده میترا، آجودانی زرین. مقایسه اثربخشی درمان شناختی – رفتاری و فراشناخت‌درمانی بر اضطراب و شاخص‌های زیستی در زنان باردار، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۳): ۷۲-۵۹

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
ORCOD: 0000-0003-3328-9229, Email: parastoo.nasri22@gmail.com

۲. دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران، (نویسنده مسئول).
ORCID: 0000-0002-9779-3515, Email: mansoore_tajvidi@kiau.ac.ir

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
ORCID: 0000-0003-4702-1004, Email: saied.malihi@kiau.ac.ir

۴. دانشیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران ORCID: 0000-0002-9863-5949, Email: rahimi_1351@yahoo.com

۵. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.zarrinajoodani@yahoo.com

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

بارداری از حساس‌ترین دوره‌های زندگی انسان است. انتظار طولانی‌مدت برای به دنیا آمدن و نگرانی مدام برای حفظ سلامت نوزاد در همه دوران بارداری همراه مادر است. ازاین‌رو مادران جوان عموماً تجربه مدام استرس و اضطراب دارند و بهداشت روانی دوران بارداری از مسائلی است که امروزه به آن بسیار توجه شده است (۱). نگرانی‌های مرتبط با بارداری می‌تواند با سطح بالای اضطراب دوره بارداری که به اضطراب ویژه دوره بارداری معروف است، دخیل باشد. اضطراب دوره بارداری یک حالت هیجانی خاص است که مرتبط با نگرانی‌های خاص دوره بارداری از قبیل نگرانی درباره سلامت نوزاد و زایمان می‌باشد (۲).

اضطراب دوره بارداری علل زیادی دارد. برداشت زن از بارداری و دردهای زایمانی، ترس از زایمان، سن، میزان تحصیلات و رضایت زناشویی پایین، سطح سواد مادر، وضعیت اقتصادی پایین، حمایت ناکافی، ارتباط ضعیف با همسر و خشونت جسمی از جانب همسر نیز با اضطراب دوران بارداری ارتباط تنگاتنگی دارند (۳).

بارداری به‌عنوان یک وضعیت پاتولوژیک در نظر گرفته نمی‌شود، بااین‌حال بارداری آسیب‌پذیری به شرایط هیجانی و روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی را افزایش می‌دهد، و شیوع علائم و اختلالات اضطرابی در این دوره بالاست (۴). در مطالعه‌ای که اختلال اضطراب فراگیر را در ۵۲۸ زن باردار مورد بررسی قرار داده بودند، نتایج نشان داد که شیوع اضطراب برای این نمونه ۱۷ درصد بود و برای اختلالات اضطرابی فراگیر، هراس اجتماعی، هراس اختصاصی و اختلال وسواسی جبری به ترتیب ۵ درصد، ۴ درصد، ۸ درصد و ۲ درصد گزارش کردند (۵). در پژوهشی دیگر، میزان بروز اضطراب پیش از زایمان ۱/۱ تا ۶/۷۵ درصد در نظر گرفته شده است (۶). یافته‌های مطالعات مختلف نشان داده است که اضطراب یکی از موارد آزاردهنده روانی برای مادران باردار بوده و اضطراب و نگرانی در سه ماهه اول و سوم افزایش می‌یابد (۷).

اضطراب بارداری و زایمان می‌تواند کودک را در ابتلا به اسکیزوفرنی و اختلالات عاطفی در آینده، درخودماندگی، بیش فعالی، اختلالات سازگاری و مشکلات جسمی در دوره نوزادی آسیب‌پذیر کند (۹، ۸). همچنین اضطراب قبل از زایمان نیز در بدخوابی نوزاد و مشکلات رفتاری دوران اولیه کودکی اثرگذار است (۱۰). از طرفی اضطراب بارداری مادر بر برانگیختگی، اختلال پاسخ‌های رفتاری عصبی جنین، و تکامل ذهنی نوزادان تأثیر می‌گذارد (۱۱).

از طرفی نیز اختلالات ناشی از پرفشاری خون و دیابت همچنان در رده مهم‌ترین و چشمگیرترین مشکلات حل‌نشده مامایی قرار دارد و در ۵ تا ۱۰ درصد بارداری‌ها روی می‌دهد. اختلالات فشارخون و دیابت بارداری به همراه خون‌ریزی و عفونت، چهار عامل کشنده‌ای هستند که مسئول بخش عمده‌ای از مرگ‌ومیر مادران و بروز عوارض در آنان به شمار می‌روند (۱۳، ۱۲).

پرفشاری خون و دیابت بارداری در کشورهای درحال‌توسعه و توسعه‌یافته باعث افزایش عوارض متعدد در مادر و جنین ازجمله افزایش مرگ‌ومیر جنین و نوزاد (۱۵، ۱۴)، زایمان زودرس، وزن کم زمان تولد (۱۶)، محدودیت رشد داخل رحمی (۱۷)، کنده شدن زودرس جفت، افزایش سزارین (۱۸)، نارسایی قلبی (۱۹)، نارسایی کلیه (۲۰) و سندرم هلپ[1] (۲۱) می‌شود. به‌رغم مشکل‌آفرین بودن اختلال پرفشاری خون و دیابت در بارداری و عوارض متعدد آن، هنوز درمان مشخصی برای آن یافت نشده است (۲۲).

با توجه به مطالب گفته‌شده پرداختن به اضطراب و پرفشاری و قند خون در زنان باردار و مداخلات تأثیرگذار بر آنها از اهمیت بسزایی برخوردار است.در ادبیات پژوهشی به‌طور گسترده، مداخلات روان‌شناختی مخصوصاً درمان شناختی - رفتاری برای چالش‌های بارداری در زنان باردار مطرح شده است. درمان شناختی - رفتاری رویکردی است که به بیماران کمک می‌کند تا قدرت «خودگویی» (آنچه آنها به خود می‌گویند) را تشخیص دهند و مهارت‌های مقابله‌ای خود را در برخورد با پریشانی هیجانی

1. HELLP Syndrom

افزایش دهند (۲۳). همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد درمان شناختی - رفتاری مقرون‌به‌صرفه است، اتلاف منابع را کاهش می‌دهد و نقش مهمی در جلوگیری از پیشروی شرایط مزمن و ناتوان‌کننده دارد (۲۴). بالا بردن پایبندی به رژیم‌درمانی، مزیت دیگر این مدل در مراقبت از پرفشاری و قند خون می‌باشد (۲۵).

شواهد اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را در درمان افسردگی، اضطراب و سایر مشکلات روان‌شناختی و بهبود مدیریت دیابت از طریق کنترل قند خون رانشان می‌دهد. به‌گونه‌ای که درمان شناختی - رفتاری به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی اولیه برای پرداختن «رفتارهای منفی» و «تفکر ناکارآمد» در میان افراد مبتلا به دیابت توسط مؤسسه ملی ارتقاء سلامت و مراقبت[1]، دستورالعمل شبکه‌ای بین دانشکده‌های اسکاتلند[2]، انجمن دیابت امریکا[3] و فدراسیون بین‌المللی دیابت[4] توصیه می‌شود (۲۵). همچنین درمان فراشناختی یکی از مداخله‌های تأثیرگذار روان‌شناختی است که در دهه‌های اخیر پیشرفت خوبی در درک علل مشکلات بهداشت روانی و درمان آنها داشته است (۲۶). این رویکرد در ابتدا برای درمان اختلال‌های هیجانی، افسردگی و اضطراب فراگیر استفاده شد و بعدها به‌عنوان یک رویکرد درمانی کلی گسترش یافت (۲۹-۲۷).

روش‌های مبتنی بر فراشناخت از نسل سوم روان‌درمانی هستند که به اندازه تغییر بر پذیرش نیز تأکید می‌کنند (۳۰). درمان فراشناختی، در این پژوهش روشی است در درمان اختلالات روانی که نخستین بار در سال ۲۰۰۳ توسط یک گروه بین‌المللی آلمانی – کانادایی- ایرانی (۳۱) در دانشگاه هامبورگ ابداع شد. این روش درمانی در سال ۲۰۱۰ جایزه جهانی روان‌درمانی را در اروپا دریافت کرد. شیوه مورد استفاده مجموعه مورد استناد این روش درمانی فراشناختی کاملاً متفاوت با سیستم فراشناختی ولز (۳۲) است. در پژوهش‌های متعددی به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی پرداخته شده است. حال با عنایت به آنچه گفته شد پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت‌درمانی بر اضطراب و شاخص‌های زیستی (فشارخون و قند) در زنان باردار با هم تفاوت دارد؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری ۳۰ روزه با گروه کنترل استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی زنان باردار در ۳ ماهه دوم بارداری مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های بارداری شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. گروه نمونه از بین زنان باردار مراجعه‌کننده نیکان غرب و آراد انتخاب شدند. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به تعداد گروه‌ها و تعداد متغیرهای مورد بررسی تعیین شد. گروه‌های منتخب برای اجرای مداخله آزمایشی و ایفای نقش گواه، از قبل سه گروه متفاوت بودند. بر این اساس، از جامعه مذکور ۴۵ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری، ۱۵ نفر)، (گروه آزمایش درمان فراشناختی، ۱۵ نفر) و (گروه گواه، ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال، بارداری به‌صورت طبیعی، بارداری خواسته، زندگی با شریک زندگی آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی به سؤالات و معیارهای خروج از پژوهش شامل بروز مشکلاتی مربوط به بارداری بر اساس تأیید پزشک که حضورشان در جلسات درمانی نباید ادامه پیدا کند نظیر زایمان زودرس، استراحت مطلق، بالا رفتن فشارخون، بالا رفتن قند خون و ...، عدم تمایل شرکت در جلسات گروهی درمان و غیبت بیش از دو جلسه بود.

1. National Institute for Health and care Excellence
2. The Scottish Intercollegiate Guideline Network
3. American Diabetes Association
4. The International Diabetes Federation

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی لازم با دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و مدیریت بیمارستان‌های نیکان غرب و آراد پس از انتخاب افراد نمونه با روش نمونه‌گیری هدفمند، بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۴۵ نفر از بیماران انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه‌ها پیش از اجرای آزمودنی قرار گرفتند. پس از جایگزینی در گروه‌ها، آزمودنی‌ها پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی اول، درمان شناختی رفتاری که به مدت ۱۰ جلسه یک ساعت و نیم و گروه آزمایشی دوم، درمان فراشناخت که به مدت ۸ جلسه یک ساعت و نیم به شیوه گروهی به صورت حضوری با توالی هر هفته دو جلسه در روزهای شنبه و چهارشنبه توسط پژوهشگر دریافت کردند. اما آزمودنی‌های گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و ۳۰ روز بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند همچنین برای شرکت‌کنندگان گروه گواه جهت رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش و تشکر و قدردانی از آن‌ها، پس از پایان یافتن پژوهش، جلسات درمانی برگزار شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه اضطراب کتل (CAQ): این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال است که مقیاس اضطراب تست ۱۶ عاملی شخصیت کتل را تشکیل می‌دهد. هر سؤال در یک مقیاس سه‌درجه‌ای (۰، ۱ و ۲) نمره‌گذاری می‌شود. تست ۱۶ عاملی کتل دارای شاخص‌های روان‌سنجی قابل‌قبول است. بنابراین، پرسشنامه اضطراب کتل از اعتبار و روایی لازم برخوردار است. این پرسشنامه در سال ۱۳۹۷ در یک نمونه ایرانی شامل ۹۷۷ دانشجوی دانشگاه تهران در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، هنجاریابی شد و دارای نمرات تراز یا هنجار، برای اضطراب صفت (پنهان)، حالت (آشکار) و اضطراب کلی است (۳۳). در پژوهش قاسم زاده و همکاران (۳۴) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب آلفا برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

۲. سنجش شاخص‌های زیستی: برای اندازه‌گیری فشارخون، بازوبند مخصوص دستگاه فشارسنج استاندارد مورد تأیید پزشکان و کیت تست گلوکز برای سنجش قند خون استفاده شد.

۳. بسته آموزشی درمانی فراشناختی: ساختار جلسات درمان فراشناختی از پروتکل طراحی‌شده توسط (۳۱) اجرا گردید. شرح مختصر جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱. جلسات درمانی فراشناخت سیستم آلمانی، کانادایی، ایرانی (۳۱)

سرفصل درمان	موضوع	موضوعات منحصربه‌فرد فراشناخت درمانی
تفکر و استدلال۱	پالایش ذهنی، تعمیم بیش‌ازحد	
حافظه	حافظه و تمرکز، خطای حافظه	تحریف حافظه،تغییر دوباره حافظه
تفکر و استدلال۲	استبداد/ عبارت"باید" بی‌ارزش نمایاندن نکات مثبت، تفکر سیاه‌وسفید	استبداد/ باید یافتن یک تعادل صحیح
عزت‌نفس، ارزش قائل شدن برای خود	عزت‌نفس، کمال‌گرایی	شناسایی ارزش‌ها، برای زندگی کردن بر پایه زندگی باارزش
تفکر و استدلال۳ تحریف تفکر در افسردگی	بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی، سبک اسناد	

	کناره‌گیری به سوی یک چرخه معیوب	
راهبردها و رفتارها	هدایت می‌شود، نشخوار کردن افسرده وار، سرکوب افکار	
تفکر و استدلال۴	نتیجه‌گیری عجولانه، ذهن‌خوانی، پیش‌گویی	
درک عواطف و احساسات، اعتمادبه‌نفس	درک احساسات، استدلال هیجان، درک نشانه غیرکلامی	اعتمادبه‌نفس، تغییر احساس و افکار مجسمه‌ای منفی

۴. بسته آموزشی درمانی شناختی - رفتاری: ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری از پروتکل طراحی‌شده توسط گرینبرگ و پادسکی[1] (۳۲) اجرا گردید. شرح مختصر جلسات درمان شناختی رفتاری در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲. جلسات درمانی شناختی رفتاری (۳۲)

جلسات آموزش	عنوان جلسات
جلسه ۱	اهداف: آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی، طرح شکایت‌های اصلی زنان، معرفی اجمالی نوع درمان، تشریک‌مساعی با نمونه پژوهش در تعیین اهداف پروتکل درمانی، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و تشخیص آماجها و توافق بر سر تکالیف خانگی، ثبت رویدادهای زندگی بر اساس مدل ABC
جلسه ۲	اهداف: صورت‌بندی مشکلات کلی زنان در قالب مدل شناختی رفتاری، ادغام مثلث شناختی در استراتژی‌های درمانی، استفاده از تکنیک‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی و ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد.
جلسه ۳	اهداف: ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد بیماران، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی
جلسه ۴	اهداف: بازشناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آنها در موقعیت‌های خاص، استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین، بررسی چند مورد از مسائل آماجی بیماران.
جلسه ۵	اهداف: توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، تقویت خودگویی‌های مثبت، استفاده از تکنیک‌های رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به‌جای افکار منفی.
جلسه ۶	اهداف: استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری در مورد جرئت‌ورزی، حل مسأله و آموزش مهارت‌های اجتماعی به زنان
جلسه ۷	اهداف: شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف‌سازی باورهای غیرشرطی از طریق زیر سؤال بردن آنها به روش سقراطی و درجه‌بندی باورهای منفی بر روی یک مقیاس ۰ تا ۱۰۰ درجه

1. Greenberger & Padesky

جلسه ۸	اهداف: ادامه تولید و توسعه باورهای مثبت جایگزین از طریق توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، توسعه مهارت‌های حل مسأله و رفتارهای شجاعانه، درجه‌بندی افکار جایگزین، ایجاد آمادگی برای به کار گرفتن روش‌های آموخته‌شده در شرایط زندگی آینده.
جلسه ۹	اهداف: آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی، در این جلسه به افراد آموزش سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد و مهارت‌های گوش کردن فعال داده شد سپس از افراد خواسته می‌شود تا به واکنش دیگران به این سبک‌های پاسخ‌دهی کلامی توجه کنند و در انتهای جلسه با بیماران قرارداد وابستگی بسته شد (یک شیوه درمانی رفتاری است که به موجب آن به منظور مبادله پاداش برای ابراز رفتارهای مطلوب بین اعضای گروه توافق‌هایی صورت می‌گیرد)
جلسه ۱۰	اهداف: آموزش مهارت‌های کنترل خود و هوشیاری، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی و اجرای پس‌آزمون. لازم به ذکر است در هر جلسه مطالب و تکالیف خانگی جلسه قبل مورد بررسی قرار می‌گرفت و در پایان جلسه تکالیف جدید به افراد محول می‌شد.

برای تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس آمیخته که توسط نرم‌افزار spss-26 مورد تحلیل قرار گرفت، استفاده شد.

یافته‌ها:

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد ۲۱ نفر (۴۷ درصد) از شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۰ تا ۳۰ سال سن و ۲۴ نفر (۵۳ درصد) بزرگ‌تر از ۳۰ سال تا ۴۰ سال سن داشتند. در ضمن میانگین و انحراف استاندارد میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به ترتیب ۳۰/۳ و ۵/۸ سال می‌باشد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های تحقیق به تفکیک برای سه گروه کنترل، درمان شناختی-رفتاری و فراشناخت‌درمانی در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

	مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	کنترل	۵۹۰/۰۷	۱۷/۰۷	۵۸/۸۷	۱۶/۴۳	۵۸/۹۳	۱۶/۹۲
	درمان شناختی	۶۱/۶۰	۱۵/۳۳	۴۹/۷۳	۱۱/۸۸	۵۰/۴۰	۱۳/۷۳
	فراشناخت	۶۰/۰۰	۱۶/۴۹	۴۳/۰۰	۱۴/۶۷	۴۲/۵۳	۱۲/۳۷
قند خون	کنترل	۱۲۳/۰۷	۳/۹۲	۱۲۲/۹۳	۳/۸۶	۱۲۳/۰۰	۴/۱۹
	درمان شناختی	۱۲۲/۸۷	۴/۶۰	۱۱۱/۴۰	۵/۵۱	۱۱۱/۱۳	۵/۴۰
	فراشناخت	۱۲۲/۹۳	۳/۹۵	۱۰۴/۲۷	۴/۰۴	۱۰۴/۴۰	۴/۴۰
فشارخون	کنترل	۹۸/۸۰	۴/۳۶	۹۷/۶۷	۵/۳۱	۹۷/۷۳	۵/۱۱
	درمان شناختی	۹۷/۴۰	۴/۰۰	۸۸/۸۷	۴/۹۰	۸۸/۸۰	۴/۹۵
	فراشناخت	۹۷/۰۰	۴/۲۴	۸۲/۹۳	۳/۵۶	۸۳/۲۰	۳/۹۱

خانواده و بهداشت
فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره سوم، ۱۴۰۲، پیاپی (۳)۳۸ ص ۷۲-۵۹
Family and health Quarterly, vol13, Issue 3, Autumn 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir,

در جدول ۳ نتایج نشان داده است که در گروه کنترل میانگین نمرات مؤلفه‌های اضطراب ، فشارخون و قند خون در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت درمانی شاهد کاهش نمره اضطراب در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم. همچنین شاخص‌های زیستی قند خون و فشارخون در گروه‌های شناختی - رفتاری و فراشناخت‌درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است. بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
اضطراب	درون‌گروهی	زمان	۱۹۹۱/۷۶	۲	۹۹۵/۸۸	۲۷/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲
		زمان × گروه	۸۱۰/۹۸	۴	۲۰۲/۷۵	۵/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳
		خطا	۲۴۱/۱۸	۷۶	۳۶/۰۷	-	-	-
	بین‌گروهی	گروه	۲۴۱/۱۸	۷۶	۱۷۱۱/۱۴	۲۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲
		خطا	۳۱۴۸/۶۸	۷۶	۸۲/۸۶	-	-	-
فشارخون	درون‌گروهی	زمان	۸۲/۹۳	۱/۴۵	۵۷/۰۶	۰/۲۵	۰/۷۷	۰/۰۱
		زمان × گروه	۱۶۱۹/۶۳	۲/۹۱	۵۵۷/۲۴	۲/۴۵	۰/۰۵	۰/۱۱
		خطا	۱۲۵۴۴/۸۹	۵۵/۲۲	۲۲۷/۱۷	-	-	-
	بین‌گروهی	گروه	۲۲۵۵/۲۲	۲	۱۱۲۷/۶۱	۴/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۱
		خطا	۸۶۵۶/۴۱	۳۸/۰۰۲	۲۲۷/۸	-	-	-
قند خون	درون‌گروهی	زمان	۲۹۲/۹۸	۱/۳۳	۲۲۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۰۱
		زمان × گروه	۵۸۱۲/۲	۲/۶۶	۲۱۸۷/۵	۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
		خطا	۲۴۲۸۳/۱۹	۵۰/۴۸	۴۸۱/۰۲	-	-	-

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد در متغیر اضطراب اثر زمان معنادار است ($P<۰/۰۵$) بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیرهای اضطراب، فشارخون و قند خون تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه گواه در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیرهای اضطراب ، فشارخون و قند خون بین دو گروه درمان فراشناختی و شناختی درمانی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد مقایسه دوبه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بنفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون بنفرونی برای مقایسه زوجی متغیرهای تحقیق

				اختلاف میانگین	آماره آزمون	سطح معنی داری
اضطراب	پیش‌آزمون	درمان شناختی	کنترل	-۱/ ۵۳	۱/۳۶	۰/۲۲
			فراشناخت	۰/۶۰	۱/۳۶	۰/۳۷
	پس‌آزمون	درمان شناختی	کنترل	-۹/۱۴*	۴/۰۶	۰/۰۳
			فراشناخت	-۶/۷۳*	۴/۰۶	۰/۰۰
	پیگیری	درمان شناختی	کنترل	-۸/۵۳*	۱۳/۹۲	۰/۰۳
			فراشناخت	۷/۷۸*	۱۳/۹۲	۰/۰۱
فشارخون	پیش‌آزمون	درمان شناختی	کنترل	-۰/۲۰	۱/۵۲	۰/۹۰
			فراشناخت	-۰/۰۷	۱/۵۲	۰/۹۷
	پس‌آزمون	درمان شناختی	کنترل	-۱۱/۵۳۳*	۱/۶۶	۰/۰۰
			فراشناخت	۷/۱۳۳*	۱/۶۶	۰/۰۰
	پیگیری	درمان شناختی	کنترل	-۱۱/۸۶۷*	۱/۷۱	۰/۰۰
			فراشناخت	۶/۷۳۳*	۱/۷۱	۰/۰۰
قند خون	پیش‌آزمون	درمان شناختی	کنترل	۱/۴۰	۱/۵۳	۰/۳۷
			فراشناخت	۰/۴۰	۱/۵۳	۰/۸۰
	پس‌آزمون	درمان شناختی	کنترل	-۸/۸۰۰*	۱/۷۰	۰/۰۰
			فراشناخت	۵/۹۳۳*	۱/۷۰	۰/۰۰
	پیگیری	درمان شناختی	کنترل	-۸/۹۳۳*	۱/۷۱	۰/۰۰
			فراشناخت	۵/۶۰۰*	۱/۷۱	۰/۰۰

با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون بین گروه کنترل و گروه‌های آزمایش در سطح معنی داری ۰,۰۵ تفاوت معنی داری مشاهده نمی‌شود. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، شاهد کاهش در مؤلفه‌های تحقیق گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌باشیم که نشان‌دهنده اثربخش بودن دو روش درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت‌درمانی می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۵ قابل مشاهده است، بین روش‌های درمان فراشناخت‌درمانی و شناختی - رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. و روش فراشناخت‌درمانی باعث کاهش بیشتر مؤلفه‌های فشارخون و قند خون، و کاهش بیشتر اضطراب شده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال بود که آیا بین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت‌درمانی بر اضطراب و شاخص‌های زیستی (فشارخون و قند) در زنان باردار تفاوت وجود دارد؟ نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه گواه بر روی اضطراب و شاخص‌های زیستی (فشارخون و قند) مؤثر بودند و درمان فراشناختی اثربخشی بیشتری در کاهش شاخص‌های زیستی (فشارخون و قند) و افزایش اضطراب و نسبت به درمان شناختی رفتاری داشته است.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب و شاخص‌های زیستی (فشارخون و قند) در زنان باردار، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های (۳۹-۳۶) همسو و همخوان است. می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمانگران شناختی- رفتاری از راهبردها و فنون شناختی مختلف مانند ربط دادن افکار به موقعیت‌ها و عواطف، جمع‌آوری شواهد و شناسایی تحریف‌های فکری، آزمایش‌ها، کشف باورها و پیش‌فرض‌های محوری و زیربنایی استفاده می‌کنند (۴۰).

همچنین، درمانگران شناختی در کمک به مراجعان در آزمون اعتبار شناخته‌ای خود، می‌توانند از دامنه وسیعی از راهبردهای درمانی استفاده کنند. آنان می‌توانند از فنون شناختی و رفتاری متعددی که بسیاری از آنها توسط درمانگران منطقی - عاطفی - رفتاری و رفتار درمانگران مانند فکر کردن، بحث کردن، مناظره، چالش طلبیدن، ترغیب، تغییر، توضیح، آموزش و تکالیف شناختی بهره‌مند شوند. برای نمونه، درمان‌جویان می‌آموزند که چگونه ارزش‌ها و رفتارهای مربوط به خود و دیگران را بررسی و اصلاح کنند. درمانگران به درمان‌جویان نشان می‌دهند چگونه مسائل را بد جلوه می‌دهند و چگونه خود را کوچک و حقیر می‌سازند. همچنین، در نقش آموزش‌دهنده رهبران گروه درمانی بر مباحثه افکار غیرمنطقی متمرکز می‌شوند و ایده‌های منطقی را جایگزین باورهای غیرمنطقی، مصیبت‌زا و فاجعه‌آمیز می‌سازند. آنها نشان می‌دهند که چگونه این عقاید و باورها، ناراحتی‌های غیرضروری به‌وجود می‌آورند و مراجعان را تشویق می‌کنند که این رفتارهای ناکارآمد را تغییر دهند. علاوه بر این، اعضای گروه می‌آموزند که چگونه باورهای غیرمنطقی می‌توانند با عبارات معقول کنار رانده شوند. از مراجعان انتظار می‌رود که روش صحبت کردن خود را با نوشتن و تحلیل کیفیت زبان خود بررسی کنند. در درمان شناختی - رفتاری از آرمیدگی استفاده شد که تکنیک های آرمیدگی منجر به کاهش اضطراب وفشارخون و قند خون در زنان باردار شده است(۳۷).

در تبیین اثربخشی درمان فراشناخت بر میزان اضطراب و شاخص‌های زیستی (فشارخون و قند) در زنان باردار نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های (۴۴- ۴۱، ۳۱) همسو و همخوان است. در نتیجه می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمان فراشناختی بر این اصل بنیادین استوار است که اختلال روان‌شناختی به دلیل اثرات سبک تفکر، یعنی، سندرم شناختی - توجهی بر تجارب هیجانی و دانش (باورها) تداوم می‌یابند. سندرم شناختی - توجهی از طریق مسیرهای خاص موجب تداوم احساس منفی فرد درباره خودش و ادراک تهدید می‌شود. سندرم شناختی - توجهی با فعال‌سازی باورهای فراشناختی مثبت و منفی مرتبط است. جداسازی سطح فراشناختی از سطح شناختی متداول، این پیامد را دربر دارد که ممکن است تجارب وقایع درونی (مثل افکار، باورها و هیجان‌ها) در ذهنیت‌های شناختی و فراشناختی پردازش شوند. این مدل دامنه‌ای از روش‌های درمانی احتمالی را ارائه می‌کند که متمرکز بر کنار نهادن سندرم شناختی- توجهی، اصلاح باورهای فراشناختی، شکل‌دهی شیوه‌های متفاوتی از تجربه و رابطه با وقایع درونی می‌باشند (۲۷). در درمان فراشناختی با قرار دادن باورهای فراشناختی و جایگزین کردن تجربه درونی یک فکر منفی یا باور معمول به‌جای رویداد فعال‌ساز، لازم نیست واقعه فعال‌ساز موقعیت‌های بیرونی باشند، بلکه حوادث شناختی درونی نیز می‌توانند در حکم واقعه فعال‌ساز عمل کنند (۲۷) درنتیجه اضطراب کاهش پیدا می‌کند.

در تبیین اثربخش‌تر بودن درمان فراشناخت می‌توان این‌گونه بیان کرد که آموزش و درمان فراشناختی با اصلاح فرایند تفکر در زنان بردار و کاهش عواطف و افکار منفی و تعدیل پردازش‌های غلط، مقابله با شرایط دشوار بارداری را آسان‌تر کرده و توانایی چیرگی ایشان بر مشکلات ناشی از بارداری را افزایش می‌دهد. هنگام رویارویی با شرایط دشوار و تنش‌زا، باورها و ادراک این زنان اطلاعاتی را در اختیار مغزشان قرار می‌دهد و شرایط و موقعیت در ذهنشان تفسیر می‌شود. بنابراین، آنها توانایی‌های خود و ارزش مقابله با آن موقعیت را در ذهن خویش ارزیابی می‌کنند. این ارزیابی‌ها فرایندهای شناختی و نیز هیجانات ایشان را برانگیخته می‌سازند. وقتی پردازش اطلاعات مغز متعادل و متناسب شود، زنان باردار راهبردهای مقابله‌ای منطقی‌تری به کار می‌گیرند و رویدادها را بیشتر قابل کنترل و مدیریت می‌بینند. تفکر منعطف سبب می‌شود. زنان باردار در برابر فشارهای ناشی از بارداری

بتوانند وضعیت و جایگاه خویش را بیشتر بشناسند و درک کنند. وقتی درک شرایط بالا برود و رویدادها قابل‌کنترل‌تر به حساب آیند، زندگی برای ایشان معنادارتر شده و ارزش این را خواهد داشت که آنان برای ارتقاء زندگی خود و تربیت فرزند و مراقبت فرزند بیشتر بکوشند. اضطراب با مداخله فراشناختی بیشتر کاهش پیدا کرددند درمان فراشناختی بهزیستی روانی زنان را به‌عنوان یک عامل مقاوم درونی تقویت می‌کند. وقتی سوگیری‌های شناختی آنها کاسته شود و فرایند پردازش اطلاعات ایشان متعادل‌تر گردد، از فاجعه انگاری و تفکر همه یا هیچ فاصله می‌گیرند و رویدادهای اضطراب‌زا را قابل‌کنترل‌تر می‌بینند. به‌عبارت‌دیگر، نگرش معتدل و منعطف که از آموزه‌های آموزش و درمان فراشناختی به زنان باردار است، سبب فهم روشن ایشان از وقایع شده (درک پذیری) و درنتیجه توان مدیریت شرایط موجود (اداره شدنی بودن) ایشان بالا می‌رود و زندگی‌شان هدفمندتر می‌شود (معناداری). بنابراین، اضطراب و شاخص‌های زیستی کاهش می‌یابد (۱۴، ۴۳).

به‌طورکلی نتایج نشان داد که اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت‌درمانی بر اضطراب و شاخص‌های زیستی (فشارخون و قند) در زنان باردار داشته است. ازاین‌رو می‌توان از درمان فراشناخت به‌عنوان مداخله تأثیرگذار روان‌شناختی در درمان مشکلات زنان باردار استفاده کرد.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نیمه آزمایشی بودن پژوهش؛ یعنی گروه‌ها به‌صورت هدفمند (زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان نیکان غرب و آراد) انتخاب شدند، اما افراد به‌صورت تصادفی گمارش شدند و عدم کنترل ویژگی‌های جمعیت شناختی به‌عنوان متغیر تأثیرگذار در اثربخشی مداخله به دلیل دسترسی محدود به تعداد نمونه بیشتر اشاره کرد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی سلامت نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است که در تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۳ توسط شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند رضایت کامل افراد نمونه، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شده است و پژوهشگر پس از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق با شناسه IR.IAU.ABHAR.REC.1400.001 فرآیند پژوهش را انجام داده است.

تضاد منافع

نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

سپاسگزاری

از تمامی بانوان شرکت‌کننده در این پژوهش و اساتید محترم راهنما و مشاور تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Kessler AM, Atein MK, Schunn CD. Cognitive demand of model tracing tutor tasks: conceptualizing and predicting how deeply students engage. Technology, Knowledge and Learning. 2015; 20(3):317-337. [in Persian] D.O.I: 10.30699/sjhnmf.27.2.125
2. Kane HS, Dunkel Schetter C, Glynn LM, Hobel CJ, Sandman CA. Pregnancy anxiety and prenatal cortisol trajectories. Biol Psychol. 2014; 100:13-19. doi: 10.1016/j.biopsycho.2014.04.003
3. Sadeghi, N, Azizi Sh, Molaeinezhad M. Anxiety status in pregnant mothers at third trimester of pregnancy and its related factors in referrals to Bandar Abbas Hospitals in 2012. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 2014; 17(122): 8-15. (Persian) D.O.I: 10.22038/ijogi.2014.3574

4. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. The Journal of Clinical Psychiatry. 1998; 59(2):29-33. PMID: 9559757
5. Nath S, Ryan EG, Trevillion K, Bick D, Demilew J, Milgrom J, Pickles A, Howard LM. Prevalence and identification of anxiety disorders in pregnancy: the diagnostic accuracy of the two-item Generalised Anxiety Disorder scale (GAD-2). BMJ Open. 2018; 8(9):e023766. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023766
6. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Sandall J. Poor marital support associate with anxiety and worries during pregnancy in Greek pregnant women. Midwifery. 2014; 30(6):628-35. DOI: 10.1016/j.midw.2013.10.008
7. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. Arch Womens Ment Health. 2011; 14(3):247-55.
8. Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. Current Obstetrics & Gynecology. 2013; 13(1):7-13. PMID: 16503019.
9. Satyanarayana VA, Lukose A, Srinivasan K. Maternal mental health in pregnancy and child behavior. Indian J Psychiatry. 2011; 53(4):351-61. doi: 10.4103/0019-5545.91911
10. Liu L, Setse R, Grogan R, Powe NR, Nicholson WK. The effect of depression symptoms and social support on blackwhite differences in health-related quality of life in early pregnancy: the health status in pregnancy (HIP) study. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13:125. DOI: 10.1186/1471-2393-13-125
11. Van den Bergh BR, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. Child Dev. 2014; 75(4):1085-97. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00727.x
12. Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Williams Obstetrics. 24th edition, US: McGraw-Hill Education Medical, 2014.
13. Pieper PG, Lameijer H, Hoendermis ES. Pregnancy and pulmonary hypertension. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology. 2014; 28(4):579-91. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2014.03.003
14. Regev R, Arnon S, Litmanovitz I, Bauer-Rusek S, Boyko V, Lerner-Geva L, Reichman B. Outcome of singleton preterm small for gestational age infants born to mothers with pregnancy-induced hypertension. A population-based study. The Journal of Maternal Fetal & Neonatal Medicine. 2015; 28(6):666-673. DOI: 10.3109/14767058.2014.928851
15. Xu J, Barinas-Mitchell E, Kuller LH, Youk AO, Catov JM. Maternal hypertension after a low-birth-weight delivery differs by race/ethnicity: evidence from the national health and nutrition examination survey (NHANES) 1999–2006. PloS One. 2014; 9(8):e104149. DOI: 10.1371/journal.pone.0104149
16. Hinkle S, Albert P, Mendola P, Sjaarda L, Boghossian N, Yeung E, Laughon SK. Differences in risk factors for incident and recurrent small-for-gestational-age birth weight: a hospital-based cohort study. International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2014; 121(9):1080-9.
17. Sarno L, Maruotti G, Saccone G, Sirico A, Mazzarelli L, Martinelli P. Pregnancy outcome in proteinuria-onset hypertension-onset preeclampsia. Hypertension in pregnancy. 2015; 34(3):284-90. doi: 10.3109/10641955.2015.1015731.

18. Engel S, Scher E, Wallenstein S, Savitz D, Alsaker E, Trogstad L, Magnus P. Maternal active and passive smoking and hypertensive disorders of pregnancy: risk with trimester-specific exposures. Epidemiology (Cambridge, Mass). 2013; 24(3):379-386.
19. Vest AR, Cho LS. Hypertension in pregnancy. Current atherosclerosis reports. 2014; 16(3):395. DOI: 10.1007/s11883-013-0395-8
20. Rojas-Suarez J. Vigil-De Gracia Pre-eclampsia-eclampsia admitted to critical care unit. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2012; 25(10):2051-2054. D.o.i: 10.3109/14767058.2012.678432
21. James D, Steer P, Weiner C, Gonik B. High risk pregnancy: management options (expert consult: Online and Print). 4th Edition, US: Saunders, 2010.
22. McCall C, Grimes D, Lyerly A. Therapeutic Bed Rest in Pregnancy: Unethical and Unsupported by Data. Obstetrics & Gynecology. 2013; 121(6):1305-1308. doi: 10.1097/AOG.0b013e318293f12f. PMID: 23812466.
23. Craig A. Cognitive behavioral therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice. Moloodi R, Fattahy C, editors. Tehran: Arjomand, 2010. (Persian)
24. Puri K, Sapra S, Jain V. Emotional, behavioral and cognitive profile, and quality of life of Indian children and adolescents with type 1 diabetes. Indian J Endocrinol Metab. 2013; 17(6):1078-1083. doi: 10.4103/2230-8210.122631
25. Sakura H, Tanaka Y, Iwamoto Y. Seasonal fluctuations of glycated hemoglobin levels in Japanese diabetic patients. Diabetes Res Clin Pract. 2010; 88(1):65-70. DOI: 10.1016/j.diabres.2009.12.011
26. Hauschildt M, Arlt S, Moritz S, Yassari AH, Jelinek L. Efficacy of metacognitive training for depression as add-on intervention for patients with depression in acute intensive psychiatric inpatient care: A randomized controlled trial. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2022; 1-14.
27. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press, 2019.
28. Carter JD, Jordan J, McIntosh VVW, Frampton CMA, Lacey C, Porter RJ, Mulder RT. Long-term efficacy of metacognitive therapy and cognitive behaviour therapy for depression. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2022; 56(2):137-143. DOI: 10.1177/00048674211025686
29. Dietrichkeit M, Hagemann-Goebel M, Nestoriuc Y, Mortiz S, Jelinek L. Side effects of the metacognitive training for depression compared to a cognitive remediation training in patients with depression. Scientific Reports. 2021; 12(11):7861.
30. Wells A, Reeves D, Heal C, Fisher P, Doherty P, Davies L, Heagerty A, Capobianco L. Metacognitive therapy self-help for anxiety-depression: Single-blind randomized feasibility trial in cardiovascular disease. Health Psychology. 2022; 41(5):366-377. DOI: 10.1037/hea0001168
31. Moeini P, Malihialzackerini S, Asadi J, Khajevand khoshly A. The Effectiveness of Metacognitive Training on Sense of Coherence and Quality of Life in Spouses of Addicted Men. Etiadpajohi. 2020; 13(54):181-204.
32. Wells A. Metacognitive theory and therapy for worry and generalized anxiety disorder: review and status. J Exp Psychopathol. 2010; 1(1): jep-007910. doi:10.5127/jep.007910

33. Beverly M. Clinical psychology: Principles of clinical testing and diagnosis process, including patterns of clinical interview, Beck depression inventory, Cattell anxiety scale. Dadsetan P, Mansour M, translators. Tehran: Prophet Publication; 2005. (Persian)
34. Ghasemzadeh A, Ghamari M, Hosseinian S. The Effectiveness of Mindfulness Training on Students' Anxiety and Psychological Well-being. Education Strategies in Medical Sciences. 2021; 14(1):77-87. http://edcbmj.ir/article-1-2134-en.html
35. Greenberger D, Padesky C. Mind over Mood: Psychology foundation. In: Lovibond PF, Lovibond SH eds. Manual for the depression anxiety stress scale. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation. 1995:11-23.
36. Jabari Z, Hashemi H, Haghayegh A. Survey on Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management on the Stress, Anxiety, and Depression of Pregnant Women. HSR. 2013; 8(7):1341-1347. URL: http://hsr.mui.ac.ir/article-1-479-en.html (Persian)
37. MohammadZadehFarhani A, Naderi F, Rajab A, Ahadi H, Kraskian A. Effectiveness of cognitive – behavioral therapy on psychological problems and Blood glucose control in children with diabetes mellitus type I. JPEN. 2018; 4(3):56-63. (Persian)
38. Mansour N, Labib N, Khalil M, Esmat S. Brief Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Comorbid Depression and Type 2 Diabetes in an Urban Primary Care Facility: Randomized Controlled Trial. Open Access Maced J Med Sci. 2022; 10(E):60-67. https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.7883
39. Pizga A, Kordoutis P, Tsikrika S, Vasileiadis I, Nanas S, Karatzanos E. Effects of cognitive behavioral therapy on depression, anxiety, sleep and quality of life for patients with heart failure and coronary heart disease: a systematic review of clinical trials 2010 – 2020. Health & Research Journal, 2021; 7(3):123–141.
40. Bieling P, McCabe R, Antony M. Cognitive-behavioral therapy group. Translated by Mohammad Khodayarifard, Yasmin Abedini. Tehran: University of Tehran Publishing Institute, 2015. (Persian)
41. Shaker dioulagh A, hoseinnezhad S, nabizade D. The Efficacy of Metacognitive Therapy on Metacognitive Beliefs, Meta Worry and Anxiety of Pregnant Women. Nursing and Midwifery Journal. 2018; 16(11):787-798. http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3506-en.html (Persian)
42. Moritz S, Schneider BC, Peth J, Arlt S, Jelinek L. Metacognitive Training for Depression (D-MCT) reduces false memories in depression. A randomized controlled trial. Eur Psychiatry. 2018; 53: 46-51.
43. Purewal R, Fisher PL. The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2018; 136: 16-22. DOI: 10.1016/j.diabres.2017.11.029
44. Fisher PL, Noble AJ. Anxiety and depression in people with epilepsy: The contribution of metacognitive beliefs. Seizure. 2017; 50: 153-159. DOI: 10.1016/j.seizure.2017.06.012