

The effectiveness of problem solving skill on social attitude in delinquent girls in Tehran

G. Ali Afrooz

Distinguished Professor, Department of Psychology and Exceptional Children Education, University of Tehran, Iran.

Fatemeh-sadat Minoo¹

Ph.D. student in Psychology. Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran, Iran.

Abstract

This study was conducted to aim at determining the efficacy of the family-based psychological intervention plans on mental health, marital satisfaction and the pregnant mothers' infants' birth weight in Ghazvin. This research was carried out based on a Quasi-experimental research with pre and post-test exam in which 50 pregnant mothers were chosen based on convenience sampling. The subjects were randomly divided into two 25-person groups_ an intervention group and a control one_ the intervention group was trained and asked to take part in a 15-session family-based psychological intervention training course. However, this training course was not implemented to the control group. The tools used in this research were Afrooz Marital Satisfaction Questionnaire (AMSQ), and the General Health Questionnaire (GHQ). The collected data were analyzed using Analysis of Covariance. Results revealed that, after intervention, the average score of marital, mental health and infants' birth weight satisfaction were significantly higher than that of control group. Also, implementing family-based psychological intervention plans training course seemed to have positive and substantial effects on all minor marital satisfaction scales (spouses' ideal thinking, marital satisfaction, personal behaviors, communicational and social behaviors, problem solving method, financial affairs and economic activities, feeling in religious behaviors, parenting or child rearing method, leisure time, feeling interaction_ verbal & visual_ , physical symptoms, anxiety and insomnia, social efficiency, and depression). Family-based psychological intervention plans improved pregnant mothers' situations and positively affected on the infants' birth weight. Thus, performing appropriate plans for implementing such training courses to pregnant mothers is of great importance.

Keywords: psychological interventions, marital satisfaction, mental health, infants' birth weight

اثر بخشی برنامه مداخلات روان‌شناختی خانواده محور بر سلامت روان، رضامندی زوجیت و وزن تولد نوزادان مادران باردار شهر قزوین

غلامعلی افروز

استاد ممتاز دانشگاه تهران، روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، تهران، ایران

فاطمه السادات مینو^۱

دانشجو دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۲/۲۱ - پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۴/۲۶

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی برنامه مداخلات روان‌شناختی خانواده محور بر سلامت روان، و رضامندی زوجیت و وزن تولد نوزادان مادران باردار در شهر قزوین می‌باشد. روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون بود که بررسی ۵۰ مادر باردار در شهر قزوین در سال ۱۳۹۴ انجام شد. آزمودنی‌ها از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه ۲۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های رضامندی زوجیت افروز و پرسشنامه سلامت عمومی GHQ4 استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده‌است. مقایسه میانگین گروه آزمایش پس از مداخله در زمینه سلامت روان و رضامندی زوجیت ($P < 0/01$) به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی می‌تواند موجب بهبود سلامت روان و رضامندی زوجیت و افزایش وزن نوزادان به هنگام تولد گردد.

کلیدواژه‌ها: مداخلات روان‌شناختی، رضامندی زوجیت، سلامت روان، وزن نوزاد به هنگام تولد

¹ bh.minoo@gmail.com

مقدمه

کاهش سلامت روان مادران عوارض زایمانی نظیر افزایش طول مدت زایمان و زایمان زودرس را به دنبال دارد (نیوهم و همکاران، ۲۰۱۲).

با توجه به آنکه گفته شد به نظر می‌رسد استفاده از روش های خانواده محور روش مناسبی برای کار با زنان باردار باشد. مداخلات روانشناختی خانواده محور روشی یکپارچه و متشکل از دو مدل تئوریک؛ خانواده درمانی ساختاری و درمان متمرکز بر هیجان است. هر دوی روش های یاد شده بر تغییر لحن هیجانی و الگوهای تعاملی میان اعضای خانواده اشاره دارد (زاپوکسنیک و ویلیام، ۲۰۰۰). درمان متمرکز بر خانواده به بازسازی روابط خانواده و کاربست عاطفه برای شکل دادن همبستگی میان اعضای خانواده طراحی شده است. در این درمان با برقراری یک اتحاد درمانی سعی در پیوند میان اعضای خانواده و در نتیجه افزایش احترام متقابل، عزت نفس و شایستگی میان اعضا می‌باشد (برندترو، بروکنلگ و بوکن، ۲۰۰۲). با توجه به هدف درمان خانواده محور با این روش می‌توان رابطه آن ها را با همسران خود بهبود بخشیده به گونه ای که بتوانند صمیمیت و حمایت را به خوبی تجربه نمایند. با این حال نگاهی به مطالعات تجربی پیرامون این مسئله حکایت از خلاء پژوهشی و عدم بررسی میدانی تأثیر درمان های خانواده محور بر جنبه های روانشناختی زنان باردار دارد. به همین دلیل در این مطالعه به دنبال بررسی تأثیر برنامه مداخلات روانشناختی خانواده محور بر سلامت روان، رضامندی زوجیت و وزن تولد نوزادان مادران باردار می‌باشد.

مطالعه در مورد زنان و مشکلات آن ها با توجه به نقش اساسی که این افراد در خانواده و پرورش نسل آینده ایفا می کنند بسیار حائز اهمیت است. در واقع زنان چه در مقام همسر و چه در مقام مادر دارای وظایف و مسئولیت هایی هستند که بسیار کلیدی و محوری است. این افراد در مقام مادر در سلامت کودک بسیار موثرند و چنانچه نتوانند از عهده وظایف مادری برآیند حاصل آن پرورش افرادی است که از سلامت اندکی برخوردارند. از سوی دیگر در مقام همسر زنان به عنوان کسانی هستند که می توانند آرامش و سلامت را برای زوج خود فراهم سازند. بنابراین توجه ابعاد سلامتی این زنان بسیار ضروری و حیاتی به نظر می رسد. این مسئله در مورد زنان باردار از اهمیت بیشتری برخوردار است. چرا که هر گونه مشکلات روانشناختی مادران می تواند در تولد کودکی با مشکلات عمده نقش داشته باشد (فیلد و همکاران، ۲۰۱۰؛ باس و همکاران، ۲۰۱۰؛ آکیوز و همکاران، ۲۰۱۳؛ آکسو، ۲۰۱۲).

حاصل این حرکت علمی، تامین بهداشت روانی خانواده است و می توان بر اساس یافته های این بررسی،

به طور کلی این موضوع قابل پذیرش است که وزن تولد^۲ شاخص بسیار مهمی برای سلامت افراد است (ناسرین و همکاران، ۲۰۱۰؛ موتایا^۴، ۲۰۰۹) که در نهایت منجر به سلامت همه افراد جامعه می گردد (سمبا و همکاران، ۲۰۰۱^۵) وزن تولد اشاره به وزن نوزاد در اولین ساعت پس از تولد دارد (اکس و همکاران^۶، ۲۰۱۰) که پیش بینی کننده مهمی برای سلامت جسمانی، عصبی - روانی و شناختی نوزاد است (آشتکار همکاران^۷، ۲۰۱۰) همواره تقسیم نوزادان بندی نوزادان بر مبنای وزن هنگام تولد بر اساس توانایی ها و امکانات رشته پزشکی در ارائه خدمت به نوزادان تغییر کرده است. در سال ۱۹۶۰ نوزادان به دو گروه وزنی تقسیم می شدند: طبیعی و کم وزن. نوزادان با وزن طبیعی شامل نوزادان با وزن تولد بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم است (چارنیگو و همکاران، ۲۰۱۰^۸) کم وزنی هنگام تولد^۹ آن دسته از نوزادان هستند که با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد می شوند. با پیشرفت در مراقبت از نوزادان در دهه ۷۰ و ۸۰ میلادی که منجر به زنده ماندن نوزادان با وزن کم شد گروه نوزادان خیلی کم وزن^{۱۰} نیز تعریف شد که شامل نوزادانی با وزن هنگام تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم است (اکس و همکاران، ۲۰۱۰؛ ریسو و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۰) در سال های پایانی قرن بیستم این تقسیم بندی با اصلاح و گسترش همراه شد به این ترتیب نوزادان ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ گرم را خیلی کم وزن نامیدند و نوزدانی که وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم داشتند بیش از حد کم وزن^{۱۲} نامیدند (اکس و همکاران، ۲۰۱۰، چارنیگو و همکاران، ۲۰۰۱، تمپل و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۰)

عوارض ناشی از کاهش سلامت روان مادران پس از زایمان توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب نموده و اخیراً نیز مطالعات زیادی در این زمینه صورت گرفته است (بار-شای، گات، کرنین و مارمور، ۲۰۱۴؛ گلاور، ۲۰۱۴؛ متشی، ۲۰۱۴). شواهدی وجود دارد که نشان می دهد استرس، نگرانی و عدم سلامتی در دوران بارداری احتمال بروز افسردگی پس از زایمان، (گلاور، ۲۰۱۴)، سلامت روانی نوزادان (فیلد و همکاران، ۲۰۱۰)، و برخی از مشکلات جسمانی از قبیل کاهش تراکم ماده خاکستری در مغز کودک (باس و همکاران، ۲۰۱۰)، رشد سلول های مغزی کودک (آکیوز و همکاران، ۲۰۱۳؛ آکسو، ۲۰۱۲) موثر است. همچنین

2 - Brith weight

3 - Nasreen Et Al

4 - Muthayya

5 - Semba Et Al

6 - Acs Et Al

7 - Ashtekar Et Al

8 - Charngo Et Al

9 - Low Birth Weight

10 - Very Low Birth Weight

11 - Riccio Et Al

12 - Extremely Low Birth Weight

13 - Temple Et Al

یعقوبی - نصر و شاه محمدی (۱۳۷۴) نشان داد که حساسیت این آزمون در بهترین نمره بر ۲۳ برابر با ۸۶/۵٪ و ویژگی آن برابر با ۸۲٪ می‌باشد. ضریب پایایی و بازآزمایی و آلفای کرونباخ در این مطالعه برابر با ۸۸٪ به دست آمد. از جمله ابزارهای مورد استفاده در بررسی سلامت روانی افراد جامعه و مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی - پرسشنامه و سلامت روان می باشد که توسط گلدنبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در جامعه - مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بوده است. ضریب پایایی به روش دونیمه سازی ۹۵٪ و به روش بازآزمایی با فاصله زمانی هشت ماه، ۹۰٪ گزارش شده است. تقوی (۱۳۸۰) در ایران ضریب پایایی پرسشنامه یاد شده را با سه روش باز آزمایی، دو نیمه‌سازی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۷۰٪ - ۹۳٪ - ۹۰٪ گزارش کرده است. همچنین، این پژوهشگر روایی همزمان آن را با پرسشنامه میدلسکس (کروان و کریسب، ۱۹۶۶) ۵۵٪ و ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل را بین ۷۲٪ تا ۸۷٪ در نوسان گزارش نموده است. تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و بر پایه آزمون اسکری، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم جسمانی در این پرسشنامه بود که در مجموع بین ۵۰٪ واریانس کل آزمون را تبیین می‌نمودند (کشاورز، مهرابی و سلطانی زاده، ۱۳۸۸).

جهت اجرای پژوهش بعد از این که شرکت کنندگان پژوهش حاضر به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند یا مقیاس های رضایت مندی زوجیت و پرسشنامه سلامت عمومی GHQ مورد سنجش اولیه قرار گرفتند سپس به مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای مادران باردار گروه آزمایش جلسات آموزشی مطابق با جدول شماره ۱ برگزار گردید در پایان جلسات آموزش هر دو گروه کنترل و آزمایش به عنوان پس آزمون توسط پرسشنامه سلامت روانی (GHQ) و پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده های بدست آمده از این دو موقعیت آزمون برای هر دو گروه با استفاده از تحلیل کوواریانس در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

با توجه به جدول ۲، میانگین نمره پیش آزمون در دو گروه آمایش و کنترل تقریباً برابر است اما در پس آزمون نمره گروه آمایش به مراتب بیشتر است و این نشان دهنده تاثیر برنامه مداخلات روان شناختی خانواده محور می باشد. که بر بهبود رضایت از زناشویی در مادران باردار است.

پیشنهادهای علمی در وهله ی اول، به خانواده ها و سپس به درمانگران و مشاوران خانواده ارائه داد از تزلزل خانواده و انحراف آن از مسیر تعادل و توازن، جلوگیری به عمل آید و با ارائه روش هایی، نارضامندی و درگیری های زوجین را به حداقل رسانده و تا حد امکان از بروز درگیری های عاطفی زنان در حین بارداری جلوگیری به عمل آید، چرا که تامین و حفظ خانواده برای تربیت سالم کودکان از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

روش

در این پژوهش از نوع مطالعات شبه آزمایش از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان باردار شهر قزوین می باشد از روش نمونه گیری در دسترس ۵۰ نفر به شیوه تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه ۲۵ نفری گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شده‌اند.

ابزار پژوهش

الف) مقیاس رضامندی زناشویی افروز: از این پرسشنامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده می شود و اعتقاد بر این است که این مقیاس نسبت به تغییراتی که در خانواده بوجود می‌آید حساس است. پرسشنامه به صورت ۵ گزینه‌ای (که در اصل یک نگرش سنج از نوع لیکرت است) می‌باشد. برای هر یک از عبارات ۵ گزینه‌ای، «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «نه موافق و نه مخالفم»، «مخالفم»، «کاملاً مخالفم» است. که برای آنها نمره‌ای از ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. این مقیاس‌ها شامل ۱- مطلوب اندیشی همسران ۲- رضایت زناشویی ۳- رفتارهای شخصی ۴- رفتارهای ارتباطی و اجتماعی ۵- روش حل مسئله ۶- امور مالی و فعالیت های اقتصادی ۷- احساس و رفتار مذهبی ۸- روش فرزند پروری ۹- اوقات فراغت ۱۰- تعامل احساس (کلامی و بصری) را می‌سنجد همسانی این مقیاس برابر ۸۲٪ و ردایی همزمان آن با مقیاس رضایت زناشویی انریچ ۹۳٪ بوده است (مشهد فراهانی، ۱۳۸۷).

ب) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد که توسط گلدنبرگ و هیلر (۱۹۷۹) با روش تحلیل عاملی ساخته شده است و دارای چهار مقیاس می باشد. علائم جسمانی - اضطراب - افسردگی و اختلال در کنش اجتماعی را می‌سنجد و هر مقیاس هفت سوال دارد. مطالعات انجام شده حاکی از اعتبار و پایایی بالای این پرسشنامه می باشد نتایج فرا تحلیل ۴۳ پژوهش که توسط ویلیامز - ماری (گله برگ ۱۹۸۸) انجام شد میانگین حساسیت ۸۴٪ و متوسط ویژگی ۸۲٪ به دست آمد. همچنین نتایج بررسی مقدماتی در گیلان توسط

جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی مداخلات خانواده محور در گروه آزمایش

جلسات	موضوع
جلسه اول	پخش فیلم آموزش مراحل رشد جنین
جلسه دوم	همسران برتر و اندیشه فرزند پروری قبل از تولد
جلسه سوم	مراقبت های دوران بارداری
جلسه چهارم	همدلی و دلگرمی در رابطه زناشویی
جلسه پنجم	برقراری ارتباط موثر
جلسه ششم	مدیریت استرس های خانوادگی
جلسه هفتم	مهارت حل مساله و تصمیم گیری
جلسه هشتم	مهارت مدیریت خشم
جلسه نهم	افسردگی دوران بارداری و راههای مقابله با آن
جلسه دهم	اضطراب دوران بارداری و راههای مقابل با آن
جلسه یازدهم	برنامه غذایی برای یک مغز نیرومند و افزایش ظرفیت هوشی
جلسه دوازدهم	رشد مغز کودک
جلسه سیزدهم	تقویت توان هوشی فرزند
جلسه چهاردهم	تغذیه هوشمندانه برای کودکی با هوش
جلسه پانزدهم	همسران آرامشگر و ملاحظات در فرزند آوری و فرزند پروری

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات خرده مقیاس رضایت زناشویی در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل

گروه	رضایت زناشویی		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۲۰/۳۲	۲/۸۸	۳۶/۳۲	۲/۶۵		
کنترل	۲۰/۰۴	۴/۵۲	۲۸/۶۲	۴/۵۰		

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر برنامه مداخلات روان شناختی بر بهبود رضایت زناشویی در مادران باردار

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب آتا
پیش آزمون	۶۳۲/۵۱	۱	۶۳۲/۵۱	۳۰۰۸/۶۸	<۰/۰۱	۰/۹۸
گروه	۲۹۰/۹۵	۱	۲۹۰/۹۵	۱۳۸۳/۹۵	<۰/۰۱	۰/۹۶

زناشویی در زنان باردار گروه مداخله ناشی از برنامه مداخلات روان شناختی خانواده محور می باشد.

با توجه به آزمون F لون معنادار بود لذا از آزمون t مستقل با فرض نابرابری واریانس ها استفاده می شود که نشان داد تفاوت بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر وزن نوزادان معنادار بود و این نشان دهنده این است که برنامه مداخلات روان شناختی خانواده محور بر افزایش وزن تولد نوزادان موثر بوده است.

بنابراین نتایج حاصله، F مشاهده شده در سطح $P < 0/001$ تفاوت معناداری را بین پس آزمون رضایت زناشویی زنان باردار گروه مداخله و گروه کنترل نشان می دهد. بنابراین می توان نتیجه گرفت برنامه مداخلات روان شناختی محور بر بهبود رضایت زناشویی در زنان باردار تأثیر دانسته است. بر اساس ضریب آتا بدست آمده ۰/۹۶ تفاوت در واریانس نمرات پس آزمون رضایت

جدول ۴: مقایسه میانگین وزن نوزادان در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
آزمایش	۲۵	۳۰۲۴/۰	۲۸۳/۲۵	<۰/۰۰۱
کنترل	۲۵	۳۴۶۰/۰۰	۱۵۸/۱۱	

جدول ۵: مقادیر میانگین و انحراف معیار نمرات خرده مقیاس علائم جسمانی در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل

گروه	علائم جسمانی		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۱/۳۶	۲/۵۱	۵/۱۶	۲/۴۶		
کنترل	۱۲/۴۲	۴/۵۵	۸/۷۲	۴/۵۵		

با توجه به جدول ۵ میانگین نمرات پیش آزمون در دو گروه تقریباً برابر است و در پس آزمون نمرات گروه آزمایش بزرگتر است که نشان می دهد برنامه مداخلات روان شناختی بر بهبود علائم جسمانی در گروه آزمایش تأثیر داشته است.

جدول ۶: مقادیر میانگین و انحراف معیار نمرات خرده مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل

گروه	رضایت زناشویی		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۲/۹۶	۲/۸۰	۱/۹۶	۲/۷۶		
کنترل	۱۳/۶۰	۴/۰۶	۷/۴۰	۴/۵۱		

می دهد برنامه مداخلات روان شناختی بر بهبود علائم اضطرابی و اختلال خواب در گروه آزمایش تأثیر گذاشته است. با توجه به جدول فوق نمرات پیش آزمون در دو گروه تقریباً برابر است و در پس آزمون نمرات گروه آزمایش بزرگتر است که نشان

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر مداخلات روان شناختی خانواده محور بر بهبود علائم اضطرابی و اختلال خواب مادران باردار

منبع	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب آتا	توان آزمون
پیش آزمون	۶۰۴/۴۷	۱	۶۰۴/۴۷	۴۱۸/۷۲	</0.01	.۸۹	۱
گروه	۱۱۰۸/۳۰	۱	۱۱۰۸/۳۰	۷۶۷/۴۰	</0.01	.۹۴	۱

جدول فوق نشان دهنده معنادار بودن اثر مداخله (</0.01) پس از کنترل اثر نمره پیش آزمون است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر مداخلات روان شناختی خانواده محور بر بهبود کارکرد اجتماعی زنان باردار

منبع	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب آتا	توان آزمون
گروه	۱۵۴/۳۱	۱	۱۵۴/۳۱	۳۲/۳۰	</0.01	۰/۴۷	۱

بر اساس ضریب آتا به دست آمده ۰/۴۷ در جدول ۸، تفاوت در واریانس نمرات بهبود کارکرد اجتماعی در مادران باردار گروه آزمایش ناشی از برنامه مداخلات روان شناختی می باشد.

جدول ۹: نتایج آنالیز واریانس تأثیر مداخلات روان شناختی خانواده محور بر بهبود علائم افسردگی در مادران باردار

منبع	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب آتا	توان آزمون
پیش آزمون	۲۹۳/۱۷	۱	۲۹۳/۱۷	۱۸۷/۱۴	</0.01	.۹۷	۱
گروه	۱۹۸/۱۹	۱	۱۹۸/۱۹	۱۲۶۴/۲۹	</0.01	.۹۶	۱

نتیجه جدول ۹ نشان دهنده معنادار بودن اثر مداخله (</0.01) است.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها در ارتباط با فرض دیگر پژوهش نشان می دهد تفاوت معناداری (</0.01) بین وزن نوزادان مادران باردار گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد به عبارت دیگر برنامه مداخله روان شناختی خانواده محور توانسته است اطلاعات و آگاهی مادران گروه آزمایش را بالا برده و همین امر باعث دستیابی به آرامش و زندگی آرام و دور از دغدغه و استرس بوده که بتواند دوران بارداری سالمی را طی کنند که منجر به زایمان سالم و خوب و تولد فرزندی سالم و با وزن مطلوب بوده است.

نتایج به دست آمده از تأثیر مداخلات روان شناختی خانواده محور بر رضایت مندی زوجیت مادران باردار در اکثر خرده مقیاس های آن تفاوت معناداری را بین مادران گروه آزمایش و بارداران گروه کنترل را نشان داد به عبارت دیگر بین مقیاس های مطلوب اندیشی همسران، رضایت زناشویی، رفتارهای شخصی، رفتارهای ارتباطی و اجتماعی، روش های حل مساله، رضایت از امور مالی، رضایت از احساس رفتارهای مذهبی، رضایت از فرزند پروری، رضایت از اوقات فراغت، تعامل احساسی (کلامی - بصری) در دو گروه مورد مطالعه گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است که نشان دهنده اثر بخشی مداخلات روان شناختی خانواده محور بر خرده مقیاس های مذکور بوده و افزایش رضایت زناشویی در آنها بوده است.

نتایج به دست آمده از تأثیر برنامه مداخلات روان شناختی خانواده محور بر سلامت روان مادران باردار در اکثر خرده مقیاس های آن خرده مقیاس علائم جسمانی خرده مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب، خرده مقیاس کارکرد اجتماعی، خرده مقیاس علائم افسردگی، تفاوت معناداری را بین مادران گروه آزمایش و گروه کنترل نشان داد که این نشان دهنده تأثیر برنامه مداخله روان شناختی می باشد که به صورت کارگاه های آموزشی

- Arch, J.J.(2014). Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: Treatment preferences and credibility among pregnant and non-pregnant women.
- Bar-shai, M., Kreinin, D., Marmor, S.(2014). A typical presentation of pregnancy-specific Generalized Anxiety Disorders in women without Previous psychiatric Background. *Psychosomatics*, 2, 3, 34-44.
- Beak, C.T., Driscoll, J.W.(2006). Post partum mood and Anxiety Disorders. A clinicians Guide. Ied. USA: journal and Bartlett, 177-209.
- Behaviour Research and Therapy, 52, 2014, 53-60.
- Chen C.H., Lin H.C.(2011). Prenatal care and adverse pregnancy outcomes among women with depression; A nationwide population-based study. *Can J Psychiatry*. 56(5): 273-280.
- Chen, W.C., Lin, M.J., Liu, J.T.(2010). Maternal age a crucial factor between low birth weight and crime: Evidence from Taiwan's National Data - A research note. *Social Science Research*. 39, 1047-1058.
- Dudek- Shriber, L. (2004). Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *American Journal of Occupational Therapy*. 58:509-520.
- Ferri CP, Mitsuhiro SS Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, Prince M, Laranjeira R(2007). The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey adolescent mothers in Sao Paulo Brazil. *BMC Publ Health*. 7:209.
- G loer, V(2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome. What needs to be done. *Best practice & Research clinical obstetrics & Gynaecology*, 28, 1, 25-35.
- G lover, V.sarkav, P.(2007). Stress experienced by a women during pregnancy may effect unborn child, Imperial college. London. Uk.
- Hosseini, M., Ghavami, B., Salimzadeh, H., Eftehkar.H.(2009). Low birth weight and its relation to unwanted pregnancies: A cohort Study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 7(1).
- Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H. Marcus SM. Davis MM(2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 202: 5-14.
- Mulder EJ. Robles demedina PG, Huizink AC, randeen Bergh BR, Buitelaarjk, visser GH. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Hum Dev*. 2002 Dec, 70(1-2): 3-14.
- Nasreen, H., Kabir, Z., N., Forsell, Y., Edhborg M. (2010). Low birth weight in offspring of women with Depressive and anxiety symptoms during pregnancy: results from a population based study in Bangladesh. *BMC Public Health*. 10, 1-8.
- Oates, M.R.(2002). Adverse effects of maternal antenatal anxiety on children: causal effector developmental continuum *Brj psychiatry*, 180, 478-90.
- Pahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F(2007). Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand*, 115: 481-486.
- Patel V, Prince M(2006). Maternal psychological morbidity and low birth weight in India. *Br J Psychiatry*, 188: 284-285.
- Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF(2009). Depression during pregnancy: prevalence and risk factor among women attending a

۱۵ جلسه برگزار گردید و مادران گروه آزمایش در این کارگاه‌ها شرکت نمودند و نتایج این به‌دست آمده نشان می‌دهد که شرکت در کارگاه تأثیر بسیار مهمی در سلامت روان مادران باردار گذاشته و باعث کاهش تنش و استرس و اضطراب در آنها شده و همین امر باعث گردیده زندگی و دوران بارداری با آرامش را سپری کنند.

منابع

- آرزو قوی، کلثوم فداکار، مریم نیکفامی، احسان کاظم نژاد لیلی، عوامل مادری مرتبط با کم وزنی نوزادان مادر مراجعه کننده به مرکز بهداشتی شهر رشت، مجله علمی پرستاری و مامایی جامع نگر، زمستان ۱۳۹۰.
- اخلاقی، خریده. (۱۳۹۱)، رابطه‌ی افسردگی، اضطراب، عزت نفس، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت‌شناسی با ترس از زایمان در زنان نخست‌زاده، فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۳، ۱۴، ۱۲۲ - ۱۳۱.
- حسینی، سید مصطفی؛ قوامی، بیتا؛ سلیم زاده، حمیده؛ افتخار اردبیلی، حسین (۱۳۸۸). کم وزنی حین تولد رابطه آن با حاملگی‌های ناخواسته، یک مطالعه همگروهی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*: ۷ (۱)، ۱۱-۱۸.
- رویا رایگان شلمانی، ناهید خداکرمی، سید مهدی حسن زاده خوانساری، علی رضا اکبرزاده باغبان، ارزیابی سلامت روان مادران با بارداری پرخطر و کم خطر، مجله علمی سازمان نظام پزشکی، زمستان ۹۱.
- فروزنده، نسرین، دل آرام، معصومه، درس، فاطمه (۱۳۸۰) وضعیت سلامت روان دوران بارداری و عوامل موثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهرک، سال ۸۱-۱۳۸۰، مجله باروری و ناباروری، ۴، ۲، ۱۴۶، ۱۵۵.
- کلثوم فداکار سوخته، آرزو قوی، مریم نیکفامی، احسان کاظم نژاد لیلی، ارتباط وضعیت تغذیه و وزن گیری مادر در دوران بارداری با کم وزنی زمان تولد نوزاد، *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۳۹۱.
- محمد رضا زربخش بحری، سیمین حسینیان - غلامرضا افروز، حیدرعلی هومن، شیوع کم وزنی هنگام تولد و مقایسه برخی از ویژگی‌های زیستی مادران نوزادان کم وزن با مادران نوزادان دارای وزن طبیعی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۳۹۰.
- مردانی محوله، مرجان، ابراهیمی، احترام. (۱۳۸۹) وضعیت سلامت روان زنان باردار در مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شاهین شهر اصفهان، *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان*، ۱، ۷، ۳۳ - ۲۷.
- هنگلی، معصومه، رضانی، طاهره، منگلی، صدیقه (۱۳۸۷). تأثیر آموزش تغییرات طبیعی دوران بارداری و نحوه سازگاری به آنها بر رضایت مندی زناشویی زنان باردار، *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۸، ۳۰۵ - ۳۱۳.
- Alexander GR, wingate MS, Morj, Boulet: Birth outcomes of Asian - Indian- Americans. In *J Gynaecol obstet*. 2007, 97(3): 275-20.

- medical group practice. *J Epidemiol Community Health*. 60: 221-227.
- Rondo PHC & Ferreira RF. (2010) maternallpsychdologicalstres and distresas predictors of low birth weight prematurity and intrauterine growth relardation *European journal of clinical Nutriron* (pp 266-272).
- Rondo, P. (2007).Meternal stress / distress and low birh weight, preterm birth and intrauterine growth restriction – A review. *Current Women's Health Reviews*, 3: 13-29
- public health clinic in Rio de janeiro, Brazil. *Cad SaudePublica*. 25: 2725-2736.
- Punamaki RL, Repokaril, Vilskas, Poikkeus p, tiitinen A, Sinkkonenj, TulppalaM. Maternal mental health and medical Predictors of infant developemental and health problems From Pregnancy T.one year: Does former in fertility matter infant Behavior and Development. 2006, 29(2):2.
- Rich –Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, Mc Laughlin TJ, Joffe H, Gillman MW(2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptomts among women in a