

# مقایسه اثربخشی مدیتیشن و درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب زنان باردار در سه ماهه آخر بارداری

دکتر سید ولی الله موسوی (PhD)<sup>۱</sup> - دکتر رویا فرجی (MD)<sup>۲</sup> - دکتر عدرا زبردست (PhD)<sup>۱</sup> - جلال اسماعیل زاده لنگ (MA)<sup>۳</sup>

\* نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: zebardast@guilan.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۰۱/۲۷ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۶/۰۸/۰۷ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۰۷

## چکیده

مقدمه: توجه به سلامت روانشناختی زنان باردار یکی از شاخصه‌های توسعه‌یافتگی جوامع به شمار می‌آید؛ چراکه زنان به دلیل شرایط ویژه فیزیولوژی و عوارض جسمی و روانی ناشی از زادوری دستخوش آسیب‌پذیری بیشتر هستند.

هدف: مقایسه اثربخشی مدیتیشن و درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب زنان باردار در سه ماهه آخر بارداری.

مواد و روش‌ها: این پژوهش تجربی با طرح تک‌موردی چند خط پایه‌ای است و جامعه‌ی آن دربرگیرنده همه زنان باردار شهر رشت بود که در مدت سه ماهه نخست سال ۹۴ به دلیل شکایت از اضطراب بارداری به مطب یکی از پزشکان متخصص زنان و زایمان مراجعه کرده بودند. از ایشان خواسته شد تا پرسشنامه اضطراب حاملگی (PRAQ) را کامل کنند. برپایه پاسخ به این پرسشنامه، از جامعه نامبرده، نمونه‌ای به تعداد ۸ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند که نمره بالایی در اضطراب حاملگی داشتند، انتخاب و نیز براساس متغیرهای سن، شغل و تحصیلات هم‌تا شدند. سپس، به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی تقسیم شدند. گروه اول به صورت انفرادی در نشست‌های درمان فراشناختی و گروه دوم در نشست‌های مدیتیشن شرکت داده شدند. میزان اضطراب حاملگی شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، خلال نشست‌های درمانی، پایان نشست‌های درمانی و گام پی‌گیری (۴۰ روز پس از پایان نشست‌های درمانی) اندازه‌گیری شد. روش آماری به کار گرفته شده آزمون فریدمن بود که با نرم‌افزار SPSS انجام شد.

نتایج: درمان فراشناختی و مدیتیشن بر کاهش اضطراب حاملگی زنان باردار در سه ماهه آخر بارداری کارایی دارد ( $p < 0.01$ ) و از نظر اثربخشی در مقایسه با هم تفاوت معنی‌دار ندارد.

نتیجه‌گیری: درمان‌های روانشناختی همچون درمان فراشناختی و مدیتیشن در کنترل اضطراب و سلامت روانشناختی زنان باردار تاثیر دارد.

کلید واژه‌ها: اضطراب/ درمان فراشناختی/ (مدیتیشن)

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و هفت، شماره ۱۰۶، صفحات: ۳۲-۴۳

## مقدمه

گواه زیادی در مورد بروز و شیوع آشفتگی و اختلال روانشناختی در زنان (پیش و پس از بارداری) وجود دارد (۶ و ۵)، اما به طور معمول غربالگری برای تشخیص ناراحتی‌های روانی در دوران بارداری انجام نمی‌شود (۵). این درحالی است که در سرآغاز ۱۹۶۰، در پژوهش‌ها از حاملگی به عنوان چالش یاد کردند که در همه مادران بدون توجه به سلامت فیزیکی خود نمایی می‌کند (۷).

مطالعات پسین پذیرفته‌اند که افسردگی، اضطراب، ناراحتی‌های روانی حل نشده، خشونت خانوادگی، انزوا و دیگر مسائل روانشناختی در بارداری می‌تواند برای کودک پیامد جسمی و روانی داشته باشند. به طور مثال انجمن سلامت عمومی (GHA) در سال ۲۰۰۱ بازنمود که پریشانی دوران بارداری مادر می‌تواند خطر ابتلای کودک به اختلال

دوره بارداری، مرحله مهمی از تکامل بشری است (۱) که در جریان آن تغییرات روانی و جسمانی زیادی در زنان روی می‌دهد و در اثر آن امکان آسیب‌پذیری روانی و بدنی افزایش یافته (۲) و چالش‌های جسمانی و روانشناختی زیادی برای زنان باردار و همسرانشان بوجود می‌آید (۳).

در دو دهه گذشته زمینه‌یابی‌های زیادی درباره سلامت روان زنان در بیشتر کشورها صورت گرفته است. یافته‌های همسو و یکسان در همه کشورها نشان داده که در سال‌های تولیدمثل و باروری، چه بسا استفاده و کاربری زنان از خدمات سلامت روان، دو برابر مردان باشد (۲). در ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای جهان شیوع اختلال و دشواری‌های روانشناختی در زنان دو برابر مردان است؛ به طوری که ۲۵/۹ زنان در برابر ۱۴/۹ مردان دچار بیماری روانی هستند (۴). با وجود این که

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳. گروه روانشناسی، دانشکده تحصیلات تکمیلی و مجتمع فنی، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

اضطراب دراز مدت، با برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار، ماهیچه‌ای صاف شریان‌ها کشیده شده، جریان خون رحمی-جفتی و اکسیژن رسانی به رحم کاهش یافته، الگوی ضربان قلب جنین غیرطبیعی شود و احتمال زایمان زودرس افزایش یابد (۱۴). گرچه در چگونگی پاسخ افراد به موقعیت‌های یکسان و تفسیر آنها تفاوت وجود دارد (۳) و از آن با عنوان شیوه‌های مقابله فرد با استرس یاد می‌شود (۱۲). در واقع راهبردهای مقابله‌ای، گردآوری از تلاش شناختی و رفتاری فرد است که در راستاری گزارش، گزاره و بازسازی وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و به کاهش اضطراب می‌انجامد (۱۳). انتخاب راهبرد مناسب برای مقابله با استرس‌زاها بستگی به نوع سازه‌های شناختی فرد دارد. چنانچه استفاده از راهبردهای مقابله‌ای متناسب با موقعیت استرس‌زا نباشد، می‌تواند منجر به برخی مشکلات روان‌شناختی شود (۱۵).

تاکنون پژوهش‌های بسیاری به اثر زیان‌بار حالت‌های ناخوشایند روان‌شناختی مادر در دوران حاملگی بر سلامت روان‌شناختی و جسمانی فرزند پرداخته‌اند و بر نقش حمایت عاطفی و روانی مادران باردار در شکل‌گیری رابطه استوار مادر-کودک پافشاری کرده‌اند. اما تاکنون پژوهش‌ها و فعالیت‌های بسیار کمی شده تا به متخصصان در فهم این نکته کمک کند که چگونه عامل روان‌شناختی و هیجانی، چالش‌ها و تنش‌های مادران را در طول بارداری تشدید می‌کند و چه فعالیت‌ها و مداخله‌هایی می‌تواند به طور مثبت موثر بوده و تنش را در مادران کاهش دهد (۱۶).

نتایج مطالعات نشان داده شیوه‌های روان‌شناختی در کاهش اضطراب دوران بارداری تاثیرگذار است به طوری که آموزش‌های کافی و درست سبب افزایش آگاهی نسبت به بارداری و زایمان می‌شود و فرد را قادر می‌سازد از راهبردهای مقابله با استرس درست و کارآمد استفاده کند (۱۷). یکی از مهم‌ترین مداخلات روان‌درمانی برای چیرگی بر اضطراب، راهبردهای فراشناختی است. فراشناخت (Metacognition) عبارت از هر نوع دانش یا فرایند شناختی است که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته‌باشد. نخستین بار این نوع درمان را آدرین ولز شناساند. این روش درمانی با روش

بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه (ADHD) را افزایش دهد. همچنین، مادرانی که در سه ماهه آخر بارداری مضطرب هستند، کودکانی به دنیا می‌آورند که دچار مشکلات رفتاری خواهند شد (۸). اضطراب مادر بر وزن نوزادان در زمان تولد نیز تاثیر می‌گذارد به طوری که متوسط وزن نوزادان مادران مضطرب و پراسترس، پایین‌تر از متوسط وزن نوزادان عادی است و نارس و زودتر از زمان متولد می‌شوند. به راستی نتایج نشان داده‌است که در اثر اضطراب مادران، وزن نوزادان مشابه فرزندان مادران سیگاری می‌شود (۹ و ۱۰).

از اوایل بارداری تا دوره پس از زایمان، تغییر زیادی به طور همزمان در سطح بیولوژی، اجتماعی و روانی رخ می‌دهد، شیوه سازگاری با این تغییر می‌تواند زنان و حتی مردان را در معرض خطر مشکلات روان‌شناختی قرار دهد (۱۱). از دید تغییر روانی، تجربه روان‌شناختی زنان در سه گام بارداری، برگرفته از تجربه‌های فردی آنهاست. سه ماه اول بارداری، مرحله پذیرش بارداری است که با احساس دوگانه (لذت و بیزاری) نسبت به جنین و تمرکز بر خود همراه است. سه ماه دوم، مرحله پذیرش جنین است که با تمرکز اولیه بر جنین، خودشیفتگی و در خود فرورفتن، تصویر ذهنی از بدن و تغییر در روابط جنسی همراه است. سه ماه سوم، مرحله آمادگی بارداری است که با افزایش وابستگی زنان باردار به خویشان همراه است. در صورتی که زنان از پشتیبانی مناسب برخوردار نباشند، ممکن است دچار کاهش ارزش خود پیش و پس از زایمان و نگرانی در مورد سلامت جنین، فرایند زایمان و چه بسا سقط جنین شوند (۱۲). یافته‌های مختلف نشان می‌دهند که اضطراب و نگرانی یکی از مشکلات روان‌شناختی مادر باردار است که کمان آن به صورت U آشکار می‌شود. به طوری که در سه ماه اول و سوم، میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد. این اضطراب گاهی به عنوان یک مکانیسم طبیعی، برای رویارویی با نگرانی ذهنی مادر درباره بچه‌دار شدن برداشت می‌شد که می‌تواند مادر را برای بارداری و تغییر همراه آن آماده سازد. اما گاهی نگرانی و اضطراب می‌تواند شکل بیمارگون به خود گرفته و چنان سخت شود که بر بهداشت روانی مادر باردار تاثیر گذارد (۱۳). به بیان دیگر، اضطراب در بارداری و زایمان اثر زیانبار به همراه داشته و در

تلقیح مصنوعی زن دیگر به جای زن نازا، داروهای بی‌اندازه بارورساز و افزون شدن ناگهانی چندقلو‌زایی، شگفت‌آور است که بررسی تاثیر فرایندهای فراشناختی و حالت‌های روانی و اضطراب در دوره بارداری کمتر مورد توجه قرار گرفته‌است. اضطراب بارداری دست‌کم به دو دلیل در مطالعه ما مورد توجه قرار گرفت: نخست این که اضطراب که شایع‌ترین مشکل روانی رایج در دوران بارداری است و اغلب با افسردگی همراه است، نادیده انگاشته شده و بیشتر توجه پژوهشی و بالینی بر افسردگی متمرکز شده‌اند. دوم این که اضطراب مادر در دوره بارداری می‌تواند خطر قابل توجهی برای به دنیا آوردن و رشد کودک داشته‌باشد. بارداری رخدادی است که چشم‌اندازهای بسیاری را در زندگی زنان تغییر می‌دهد. با توجه به کافی نبودن پژوهش در زمینه کاهش اضطراب بارداری در سه ماهه سوم بارداری، به نظر می‌رسد روشن شدن تاثیر گزیده مداخله فراشناختی و مدیتیشن می‌تواند در آرام‌بخشی و پذیرش شرایط روانی و هیجانی دوران بارداری موثر باشد. با همین نگرش مطالعه ما با هدف مقایسه اثربخشی مدیتیشن و درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب زنان باردار در سه ماهه آخر بارداری انجام شد.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعه‌ی تجربی با طرح تک موردی چندخط‌پایه‌ای (Multiple baseline designs) است که پس از تایید معاونت پژوهشی و تصویب کمیته‌ی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی با کد IRCT20180610040042N1 ثبت شد. برای مقایسه اثربخشی آموزش مدیتیشن و درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب زنان باردار در سه ماهه آخر بارداری استفاده شده‌است. روش تک‌موردی که در پژوهش‌های روان‌شناسی پیشینه‌ای دراز مدت دارد، در اصل به عنوان جایگزینی برای روش مطالعه‌ی موردی به وجود آمده که مشکل مطالعه‌ی موردی را نیز ندارد. همچنین، در این روش به‌واریون روش‌های گروهی که بر میانگین تاکید دارند و در نتیجه اطلاعات فردی را در نظر نمی‌گیرند، اطلاعات لازم را در مورد تاثیر متغیر مستقل یا روش آزمایشی بر تک‌تک آزمودنی‌ها به دست می‌دهد (۲۳). به همین دلیل و با توجه به

روان‌درمانی شناختی-رفتاری متفاوت است زیرا به جای این که برنامه درمان شامل چالش با افکار و باورها در مورد ضربه روانی یا رویارویی پیاپی و دراز مدت با یادمان‌های مربوط به ضربه روانی باشد، شامل ارتباط با افکار به شیوه‌ای است که بازدارنده پایداری یا موشکافی ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و بازرسی بدون نرمش بر تهدید را از بین ببرد (۱۸).

انگاره‌های شناختی در مورد آنچه که باعث به وجود آمدن الگوهای غیرسودمند پنداشت در اضطراب می‌شوند، بازنمود ناچیزی ارائه داده‌اند. باور منفی مشخصاً نمی‌تواند درباره الگوی تفکر و پاسخ‌های همراه با آن توضیحاتی ارائه دهد. آنچه مورد نیاز است به شمار آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد. این عوامل اساس نظریه فراشناختی است (۱۹). به نظر می‌رسد اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب، اثربخشی این نوع درمان بر باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی است (۲۰).

از دیگر راهبردهای سودمند و کارآمد در رویارویی با استرس، مدیتیشن است. مدیتیشن اصطلاحی جهانی است که هم ارز آن در فرهنگ عربی مراقبه نام دارد. این اصطلاح برای بیان حسی و حس معنوی، تجارب روحی و ذهنی خودجوش و هدفمند به کار می‌رود. تمامی مکاتب، ادیان و نظام‌های روان‌درمانی بخش مهمی از آموزش‌های خود را به تمرین مدیتیشن و شبه مدیتیشن اختصاص داده‌اند. بسته به فرهنگ و نیازهای زمانی و مکانی، سبک‌های مختلفی از نوع ذکرهای ویژه یا نگاره‌های نمادین نوآفرینی شده که معمولاً شرقی هستند، با وجود تفاوت‌های ظاهری در توصیف مدیتیشن، همه توضیحات ریشه یکسانی در دنیای درون دارند. اگر بخواهیم تعریف کلی از مدیتیشن ارائه دهیم می‌توان گفت که این مفهوم فرایندی فزادنی دارد و مجموعه‌ای از تمرینات درونی است که موجب رشد و پرورش روحی و توان حضور در دم می‌شود که به موازات آن تغییر بنیادین در کل زندگی روحی، روانی و مادی فرد به وجود می‌آید (۲۱ و ۲۲).

با وجود این که در ۵۰ سال گذشته، جهان شاهد پیشرفت‌های زیادی در زمینه سلامت باروری و زایمان بوده، مانند گزارش‌های فزاینده‌ای از تلقیح مصنوعی، جنین‌های یخ زده،

نکته‌های مثبت طرح‌های تجربی تک‌موردی (مثل داشتن کنترل نسبی بر شرایط آزمایشی، سنجش مداوم و سنجش خط پایه)، در این پژوهش از طرح تجربی تک‌موردی از نوع چند خط‌پایه استفاده شده‌است. گرچه برخی پژوهشگران بر این باورند که طرح‌های تک‌موردی تجربی را می‌توان بر یک مورد انجام داد (زیرا آزمودنی در حکم گروه کنترل خودش عمل می‌کند) اما چون در این پژوهش از طرح چندخط‌پایه‌ای استفاده می‌شود و به دلیل مقایسه بین اثر درمان مدیتیشن و درمان فراشناختی، تصمیم گرفته شد بیش از یک نفر در پژوهش وارد شود.

جامعه آماری دربرگیرنده زنان بارداری بود که در مدت سه ماه نخست سال ۹۴ به دلیل شکایت از اضطراب بارداری به مطب یکی از متخصصان زنان و زایمان شهر رشت مراجعه کرده‌بودند. از جامعه نامبرده افرادی که ملاک‌های ورود و خروج شرایط پژوهش را داشتند بودند تعداد ۸ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود در پژوهش شامل محدوده سنی ۲۰ تا ۳۵ سال، سطح تحصیلات از دیپلم تا لیسانس، بارداری نوبت اول، دوم و سوم و رضایت بیماران برای شرکت در تحقیق و ملاک‌های خروج شامل اختلال روانپزشکی غیر از اضطراب بارداری، باردارن‌بودن و بیماری جدی پزشکی در حین بارداری بود.

بیماران شرکت‌کننده در پژوهش (۸ نفر) در دو گروه چهار نفره که برپایه سطح تحصیلات، سن و نوبت بارداری همگن شده‌بودند، قرار داده شدند. سپس، به گروه اول آموزش مدیتیشن و به گروه آزمایش دوم آموزش درمان فراشناختی داده فرایند و آموزش برای هریک از بیماران گروه‌های آزمایشی به صورت انفرادی انجام شد. آموزش در گروه درمان فراشناختی در ۸ نشست و در گروه مدیتیشن نیز در ۷ جلسه اجرا شد. ارزیابی خط پایه برای بیماران گروه درمان فراشناختی در شش مرحله (پیش از درمان، جلسات دوم، چهارم، ششم، هشتم و ۴۰ روز بعد از پایان نشست‌های درمانی) و برای بیماران گروه درمان مدیتیشن در پنج مرحله (پیش از درمان، جلسات دوم، چهارم، ششم و ۴۰ روز بعد از پایان نشست‌های درمانی) انجام شد.

برای تشخیص اضطراب بارداری در بیماران از گفتگو و آزمون ساختاریافته استفاده شد. ابزارهای به کار گرفته شده در پژوهش به شرح زیر بود:

پرسشنامه‌ی اضطراب حاملگی (PRAQ) - پرسشنامه‌ی اضطراب حاملگی (Pregnancy Related Anxiety Questionnaire) یا PRAQ ( پرسشنامه‌ای است که ترس‌ها و نگرانی‌های مربوط به بارداری را می‌سنجد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ به وسیله وندنبرگ (Van den Bergh) ساخته شد و مجموعه‌ای متشکل از ۵۸ ماده است (۲۴). واکاوی عاملی اکتشافی داده‌ها پنج عامل را نشان داد: ترس از زایمان (۱۴ ماده)، ترس از زائیدن بچه ناسالم جسمی یا روانی (۵ ماده)، ترس از تغییر در روابط زناشویی (۱۳ ماده)، ترس از تغییر در خلق و خو و پیامد آن بر کودک (۱۶ ماده)، ترس‌های خودمحورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر (۷ ماده). همه ماده‌ها بار عاملی بالاتر از ۰/۳۰ داشت. گفتنی است سه پرسش آخر شامل حالت‌های عمومی هستند که نگاره‌ای کلی از حاملگی ارائه می‌دهند و در تحلیل گنجانده نشده‌اند. نمره نهایی این پرسشنامه با افزودن نمره‌های هر عبارت محاسبه می‌شود. نمره هر عبارت بین صفر تا هفت درجه‌بندی شده است. بنابراین، نمره اضطراب حاملگی می‌تواند بین ۱ تا ۴۰۶ باشد. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه اصلی این پرسشنامه برای روایی همزمان، همبستگی بین پرسشنامه اضطراب حاملگی و پرسشنامه‌ی اضطراب حالت\_صفت اشیپلبرگر محاسبه شد. نتایج، همبستگی بیشتری با اضطراب صفت در مقایسه با اضطراب حالت داشت. ضریب همسانی درونی هر یک از ۵ مؤلفه از اول تا آخر بارداری همگی معنی‌دار بوده است: ترس از زایمان بین ۰/۶۹ تا ۰/۷۸، ترس از زائیدن یک بچه معلول جسمی\_روانی بین ۰/۶۲ تا ۰/۷۳، نگرانی از تغییر در روابط زناشویی، بین ۰/۴۸ تا ۰/۵۴، نگرانی درباره تغییر خلق و پیامد آن برای کودک بین ۰/۵۱ تا ۰/۵۷، احساس خودمحورانه یا ترس از تغییر بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۵ و برای کل مقیاس بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ بود (۲۵ و ۲۶).

در نسخه پارسی این پرسشنامه، روایی صوری با نظر پنج روانشناس پذیرفته شد که آلفای کرونباخ هریک از مؤلفه‌ها و کل مقیاس در دوران بارداری به این شرح بود: ترس از زایمان

و مقیاس‌های مرتبط از لحاظ نظری دیده شده و ساختار عاملی آن دوباره تایید شده است (۳۱). نمره هر سوال بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (۱-موافق نیستم تا ۴-خیلی زیاد موافقم) و نیز سوال ۲۰، ۴۱ و ۴۴ به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند.

در نسخه فارسی و ایرانی این پرسشنامه ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ مولفه شد که برای مؤلفه‌ها به ترتیب ضریب آلفا از ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ بدست آمد و نیز همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آنها با یکدیگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۶۲ محاسبه شده است (۳۲ و ۳۳) که نشان می‌دهد این پرسشنامه برای اجرا مناسب است.

پرسشنامه اطلاعات فردی این پرسشنامه در برگیرنده‌ی اطلاعاتی مانند ماه بارداری، نوبت بارداری، سابقه‌ی سقط‌جنین، داروهای در حال مصرف و ... بود.

**نشست‌های درمانی:** نشست‌های درمانی مدیتیشن چهارچوب کلی و ساختار مدیتیشن به کار گرفته در پژوهش ما شامل هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (۳۴) به شرح جدول ۱ زیر بود:

نشست‌های درمان فراشناخت فرایند آموزش فراشناختی را می‌توان به صورت گذار از یک رشته گام‌های پیاپی انگاشت. ساختار درمان برپایه الگوی ولز شامل ۱۰ جلسه‌ی ۴۵

جدول ۱. محتوای نشست‌های درمانی مدیتیشن

نوبت نشست	محتوای آموزشی
نشست اول	ارائه آموزش‌های عملی برای آغاز عملی قرار گرفتن در موقعیت آرام‌کننده، مانند روی یک صندلی بنشینید، به شکلی که زانو‌ها کاملاً از هم جدا و پاها موازی و کشیده باشند و دست‌ها روی پاها قرار گیرند.
نشست دوم	آموزش‌های عملی در زمینه تنفس عمیق دیافراگمی
نشست سوم	مرور تکلیف خانگی هفته‌ی قبل - آشنایی نسبت به بدن در تنش و تنفس دیافراگمی
نشست چهارم	مرور جلسه قبل و آموزش این نکته که قسمت عمده فشار روانی ما از فکر کردن به حوادث گذشته یا نگرانی در مورد آینده سرچشمه می‌گیرد مانند مراقبه در غذا خوردن
نشست پنجم	آموزش نظری و عملی و تمرین کنار گذاشتن موقتی نارحتی و ...
نشست ششم	آموزش مشاهده افکار، احساس و هیجان‌ها
نشست هفتم	مرور تمامی مهارت‌های یاد گرفته شده در جلسات قبلی

دقیقه‌ای است اما به دلیل کنترل آماری با آزمودنی‌هایی که نشست‌های درمانی مدیتیشن را در ۷ جلسه دریافت کردند و

۰/۴۷، نگرانی از تغییر در روابط زناشویی ۰/۶۵، ترس از زاییدن بچه معلول جسمی یا روانی ۰/۴۱، نگرانی از تغییرات خلق و خو و پیامد آن بر کودک ۰/۶۶، احساسات خودمدارانه یا ترس از تغییر در زندگی شخصی مادر ۰/۵۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۱ که نشان از روایی بالای این پرسشنامه است (۲۷). همچنین در ارزیابی پایایی دیگری از نسخه فارسی این پرسشنامه، آلفای کرونباخ مولفه ترس از زایمان ۰/۷۴، ترس از تولد کودک معلول جسمی یا روانی ۰/۷۱، ترس از تغییر در روابط زناشویی ۰/۷۶، ترس از تغییرات خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک ۰/۷۰، ترس‌های خودمدارانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر ۰/۷۵ و برای کل مقیاس ۰/۷۰ بدست آمد که باز هم نشان از روایی بالا و مناسب این پرسشنامه دارد (۲۸).

پرسشنامه‌ی باورهای فراشناختی (MCQ-30) - پرسشنامه باورهای فراشناختی (Metacognition Questioner) یا (MCQ) پرسشنامه‌ای است که برای سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه‌ای که برخی از آن‌ها نقش محوری در اختلالات روان‌شناختی دارند، طراحی شده است (۲۹). این پرسشنامه حیطه‌های فراشناختی را در پنج حوزه بررسی می‌کند: ۱- باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی (مانند «نگرانی به من کمک می‌کند تا با مسایل مقابله کنم.»)؛ ۲- باورهای منفی درباره‌ی نگرانی که با کنترل‌ناپذیری و خطر مرتبط هستند. (برای مثال «وقتی نگرانی‌ام شروع می‌شود، نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم.»)؛ ۳- اطمینان شناختی ناتوان (برای مثال «حافظه‌ی ضعیفی دارم.»)؛ ۴- لزوم کنترل افکار (برای مثال «ناتوانی در کنترل افکارم، نشانه‌ی ضعف من است.»)؛ ۵- خودآگاهی شناختی (برای مثال «به شیوه کارکرد ذهنم توجه زیادی دارم.»). در نسخه اصلی ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده‌است. همبستگی بازآزمایی در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۸ روز بدین ترتیب بود: نمره‌ی کلی برابر با ۰/۷۵، باورهای مثبت برابر با ۰/۷۹، کنترل‌ناپذیری/خطر برابر با ۰/۵۹، اطمینان شناختی برابر با ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار برابر با ۰/۷۴ و خودآگاهی شناختی برابر با ۰/۸۷ (۳۰). در رابطه با روایی سازه نیز لازم است گفته شود که همبستگی مثبتی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه

## نتایج

اطلاعات توصیفی مرتبط با نتایج پژوهش ما به شرح جدول شماره ۳، نشان داد میانگین وضعیت سنی زنان باردار شرکت کننده در تحقیق، ۲۹/۵ سال، وضعیت تحصیلی افراد ۴ نفر دارای تحصیلات در سطح دیپلم، ۲ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق لیسانس بود. میانگین مدت بارداری این افراد ۷/۵ ماه بود. از نظر جنس جنین، هم در گروه فراشناخت و هم گروه مدیتیشن، ۲ نفر پسر و ۲ نفر دختر بودند. از نظر شغل نیز زنان باردار در هر دو گروه مدیتیشن و گروه فراشناخت، ۲ نفر از زنان باردار از نظر وضعیت شغلی خانه دار و ۲ نفر کارمند و در گروه فراشناخت ۲ نفر کارمند و ۲ نفر خانه دار شرکت داشتند.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی زنان باردار در دو گروه درمانی

شماره آزمودنی	سن میانگین (۲۹/۵)	تحصیلات	مدت بارداری (۷/۵)	جنسیت جنین	شغل
شماره ۱	۲۸	لیسانس	۸ ماه	پسر	کارمند
شماره ۲	۳۲	دیپلم	۷ ماه	دختر	خانه دار
شماره ۳	۳۳	فوق لیسانس	۷ ماه	دختر	کارمند
شماره ۴	۲۵	دیپلم	۸ ماه	پسر	خانه دار
شماره ۵	۲۷	لیسانس	۸ ماه	پسر	کارمند
شماره ۶	۳۳	دیپلم	۷ ماه	دختر	خانه دار
شماره ۷	۳۴	فوق لیسانس	۷ ماه	دختر	کارمند
شماره ۸	۲۴	دیپلم	۸ ماه	پسر	خانه دار

به منظور بررسی اضطراب از نظر رتبه‌های اضطراب در گروه فراشناخت و گروه مدیتیشن از آزمون میانگین فریدمن استفاده شد که نتایج این بررسی به شرح جدول شماره ۴ است. براساس نتایج مندرج در این جدول، میزان اضطراب از جلسه اول تا جلسه پیگیری کاهش یافته است. همچنین، به منظور بررسی معنی‌داری میزان اضطراب از جلسه اول درمان تا جلسه پیگیری نیز از آزمون کای دو استفاده شد که نتایج به شرح جدول ۵ است. همانطور که نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد تفاوت و کاهش میزان اضطراب زنان باردار در هر دو گروه درمانی، در سطح معنی‌داری  $p=0/001$  معنی‌دار است.

نیز به دلیل انعطاف‌پذیری موجود در ساختار مدل ولز (WellsA) مبنی بر امکان برگزاری تعداد جلسات کمتر از ۱۰ جلسه (تا ۸ جلسه)، این مدل درمانی برای آزمودنی‌های پژوهش به صورت هشت جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد. ترتیب مراحل درمان فراشناختی برای اضطراب بدین صورت است: ۱- مفهوم‌سازی موردی؛ ۲- آماده‌سازی بیمار برای شروع درمان؛ ۳- القای سبک فراشناختی؛ ۴- چالش با باورهای فراشناختی درباره‌ی کنترل‌ناپذیری؛ ۵- چالش با باورهای فراشناختی درباره‌ی خطر نگرانی؛ ۶- چالش با باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی نگرانی؛ ۷- تقویت برنامه‌های جدید برای پردازش نگرانی؛ ۸- پیش‌گیری از عود. محتوای این نشست‌های درمانی (۳۵) به صورت چکیده به شرح جدول ۲ زیر بود:

جدول ۲. محتوای آموزشی نشست‌های درمانی فراشناختی

نوبت نشست	محتوای آموزشی
نشست اول	فرمول‌بندی موردی با استفاده از نمودار ترسیم، استفاده از فنون اسناد مجدد کلامی باورهای فراشناختی منفی و ایجاد آمادگی برای اجرای تکنیک ذهن آگاهی گسلیده
نشست دوم	مرور تکلیف خانگی هفته‌ی قبل - آموزش استفاده از تکنیک به تاخیر انداختن نگرانی
نشست سوم	مرور تکلیف خانگی هفته‌ی قبل - آموزش به تاخیر انداختن نگرانی، وارونه‌سازی رفتارهای اجتنابی و اجرای آزمایش از دست دادن کنترل
نشست چهارم	مرور تکلیف خانگی هفته‌ی قبل و آموزش آزمایش القای نگرانی
نشست پنجم	مرور تکلیف خانگی هفته‌ی قبل و تمرین عملی آزمایش‌های رفتاری مثل نظرسنجی کوچک و آزمایش دیوانه شدن و درخواست تمرین خانگی برای آزمایش‌های رفتاری در بافت زندگی
نشست ششم	مرور تکلیف خانگی هفته‌ی قبل و آموزش آزمایشات رفتاری برای کنترل نگرانی
نشست هفتم	مرور تکلیف خانگی هفته‌ی قبل و چالش باورهای مثبت در مورد نگرانی، راهبرد عدم انطباق، درخواست تمرین خانگی برای گزارش مکتوب از مهارت‌های آموخته شده تاکنون
نشست هشتم	مرور تکلیف خانگی هفته‌ی قبل، آموزش پردازش مجدد، ارزیابی مجدد از شرکت‌کنندگان، اجرای دستور گزارشی شرکت کنندگان در خصوص کاربری مداوم تکنیک‌ها در زندگی

جدول ۵. نتایج آزمون خی دو برای بررسی معنی داری رتبه

میانگین اضطراب حاملگی گروه های درمانی	
گروه درمانی فراشناخت	گروه درمان مدیتیشن
کای دو=۲۰	کای دو=۱۴
درجه آزادی=۵	درجه آزادی=۴
سطح معنی داری=۰/۰۰۱	سطح معنی داری=۰/۰۰۱
تعداد=۴	تعداد=۴

جدول ۴. نتایج آزمون فریدمن برای بررسی رتبه میانگین اضطراب حاملگی

گروه های درمانی			
جلسات	رتبه اضطراب	جلسات	میانگین اضطراب
قبل از درمان	گروه فراشناخت	قبل از درمان	گروه مدیتیشن
۶	۷/۵۴	قبل از درمان	۷/۵۴
۵	۷/۵۳	جلسه دوم	۷/۵۳
۴	۵/۰۳	جلسه چهارم	۵/۰۳
۳	۲/۰۰	جلسه ششم	۲/۰۰
۲	۱/۰۰	جلسه هشتم	۱/۰۰
۱		جلسه پیگیری	

شماره ۱، نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو روش درمانی از نظر اثربخشی بر کاهش اضطراب زنان باردار وجود ندارد.

بررسی تفاوت اثربخشی دو روش درمانی بر کاهش اضطراب زنان باردار از راه مقایسه یک به یک و با استفاده از روش آماری ویل کاکسون، به شرح جدول شماره ۶ و ۷ و نمودار

جدول ۶. مقایسه یک به یک اضطراب حاملگی گروه درمانی فراشناخت و گروه مدیتیشن

جلسه	افراد میانگین نمرات	مجموع رتبه ها
جلسه قبل از درمان	۲ <sup>a</sup>	۳/۰۰
	۲ <sup>b</sup>	۴/۰۰
	۴ <sup>c</sup>	۶/۰۰
جلسه دوم	۲ <sup>d</sup>	۳/۵۰
	۲ <sup>e</sup>	۱/۵۰
	۴ <sup>f</sup>	۷/۰۰
جلسه چهارم	۳ <sup>g</sup>	۲/۶۷
	۱ <sup>h</sup>	۲/۰۰
	۴ <sup>i</sup>	۸/۰۰
جلسه ششم	۲ <sup>j</sup>	۲/۵۰
	۲ <sup>k</sup>	۲/۵۰
	۴ <sup>l</sup>	۵/۰۰
جلسه پیگیری	۳ <sup>m</sup>	۲/۶۷
	۱ <sup>n</sup>	۲/۰۰
	۴ <sup>o</sup>	۸/۰۰

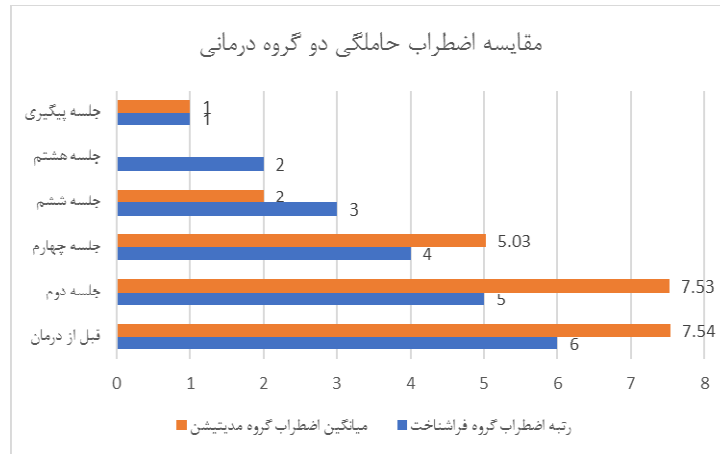
گروه درمانی فراشناخت < گروه درمانی مدیتیشن: a, d, g, j, m

گروه درمانی فراشناخت > گروه درمانی مدیتیشن: b, e, h, k, n

گروه درمانی فراشناخت = گروه درمانی مدیتیشن: c, f, I, L, o

جدول ۷. نتایج آزمون ویلکاکسون برای مقایسه‌ی اضطراب حاملگی دو گروه درمانی فراشناخت و مدیتیشن

جلسه قبل از درمان	جلسه دوم	جلسه چهارم	جلسه هشتم	جلسه پیگیری	Z
-۰/۳۶۵	-۰/۷۳۰	-۱/۰۹۵	۰/۰۰۱	-۱/۰۹۵	
۰/۷۱۵	۰/۴۶۵	۰/۲۷۳	۱/۰۰۰	۰/۲۷۳	سطح معنی داری



نمودار ۱. مقایسه اضطراب حاملگی زنان باردار در دو گروه درمانی فراشناخت و مدیتیشن

## بحث و نتیجه‌گیری

نگرانی و اضطراب از مؤلفه‌های اصلی اختلالات اضطرابی است و با باورهای مثبت و منفی فراشناختی و تنش مرتبط با اثربخشی مدیتیشن رابطه دارد. گرچه اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان در همه افراد نرمال در حد ترازینه وجود داد و در این حد به عنوان پاسخی سازش یافته تعریف می‌شود، اما گاهی این عامل روانشناختی احساس رنج‌آوری است که به یک موقعیت آسیب‌زای کنونی یا به انتظار خطری که به موضوع مبهمی وابسته است، تبدیل می‌شود (۳۸). حاملگی یک موقعیت جدید و منحصر به فرد است و زن باردار تغییر چشمگیری در نشانه‌های بدنی، ظاهری، شغلی و روابط اجتماعی تجربه می‌کند و از طرفی دیگر با مسئولیت پرسترس حفظ خود و جنین از هرگونه خطری روبه‌رو است. این امر مهم و چندوجهی به تجربه اضطراب در حد گسترده در زنان باردار منجر می‌شود. این تجربه روانشناختی ناپسند اضطراب، در سه ماهه آخر بارداری به دلیل تجربه اوج تغییر هورمونی، جسمی و روانی به حد بالای خود می‌رسد. با مشاهده و بررسی نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد اثربخشی مداخلات روان‌درمانی از جمله درمان فراشناختی و مدیتیشن با هدف‌گیری عوامل موثر بر ایجاد و

هر دو روش درمانی مدیتیشن و درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب زنان باردار تاثیر دارد. این نتیجه با نتایج سایر پژوهش‌های مشابه در این زمینه همسو است. ملک‌زادگان و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی تاثیر تمرینات تن‌آرامی بر اختلالات خواب در سه ماهه سوم بارداری را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که تن‌آرامی بر فراوانی اختلال خواب تاثیر داشته و باعث کاهش اختلالات مرتبط با خواب می‌شود (۳۶). ولز و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه‌ی اثربخشی درمان فراشناختی بر افسردگی به نتیجه مشابهی مبتنی بر اثربخشی درمان فراشناختی دست یافتند (۳۰). در اثربخشی درمان روانشناختی بر استرس و افسردگی بارداری، نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج مطالعه کارآموزیان و عسکری‌زاده (۱۳۹۲) است. پژوهش ایشان نشان داد که مدیریت استرس به روش درمان شناختی- رفتاری در زنان باردار معنی دار است و باعث کاهش معنی دار اضطراب زنان باردار می‌شود (۲۸). به غیر از روان‌درمانی، صرف توجه و آموزش‌های مرتبط با بارداری می‌تواند در زنان باردار آموزش دیده در مقایسه با زنان باردار بدون آموزش، باعث کاهش اضطراب شود (۳۷).



تنش درآورده و تغییر دهد. با اثربخشی تبیینی هر دو روش درمانی کاهش اضطراب زنان باردار دور از انتظار نیست.

از دستاوردهای مهم پژوهش ما، تایید نقش اثربخشی و مؤثر مداخلات روان‌درمانی و آموزش‌های روانشناختی در از بین بردن مشکلات و اختلالات مرتبط با بارداری است. تشکیل کارگروه (Team-work) درمانی متشکل از پزشک و کادر درمانی متخصص زنان و روانشناسان سلامت، به درمان و کمک همه جانبه‌ی جسمی و روانی زنان باردار منجر شده، امری که صرفه جویی مالی و انسانی چشمگیری را برای جامعه به بار خواهد داشت.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نبود گروه کنترل بدون دریافت هرگونه مداخله روانی در مقایسه با دو گروه روان‌درمانی اشاره کرد. همچنین، نبود بررسی طولی اثربخشی روش درمان فراشناختی و مدیتیشن در سه ماهه اول بارداری و مطالعه طولی اثربخشی این روش‌ها در کاهش اضطراب تا پایان دوره بارداری بویژه سه ماهه آخر دوران اوج اضطراب بارداری از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به این که پژوهش ما تنها در نمونه‌های زنان باردار شهر رشت انجام شد، همگانی کردن نتایج را می‌توان با دوراندیشی برای همه نمونه‌های زنان باردار در نظر گرفت. با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی از گروه کنترل بدون مداخله روان‌درمانی متشکل از زنان باردار با اضطراب حاملگی استفاده کنند. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، محققان، روش‌های مطالعه طولی را برای بررسی اثربخشی روش‌های روان‌درمانی فراشناختی و مدیتیشن بر اضطراب برای کل دوره بارداری و پس از بارداری به کار گیرند.

### سپاسگزاری و سپاسداری

از تمام افرادی که با تکمیل پرسشنامه‌ها و با شرکت در نشست‌های درمانی، ما را در این پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می‌نماییم و یادآور می‌شویم این مطالعه بدون پشتیبانی مالی نهاد ویژه‌ای انجام شده و نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

نگهدارنده‌ی اضطراب، به زنان باردار کمک شایانی خواهد کرد.

همان طور که نتایج مطالعه نشان داد درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب زنان باردار در سه ماهه سوم اثر معنی‌دار داشت. این اثربخشی در چند سطح تبیین شدنی است: اول آن که درمان فراشناختی با تمرکز بر شرایط فردی و مفهوم سازی موردی نسخه‌ی ویژه‌ای برای هر فرد تدوین می‌کند که اثربخشی درمان را با طراحی درمان مناسب هر فرد، عملی‌تر و ممکن‌تر می‌سازد؛ دوم آن که با آموزش و شفاف‌سازی و آگاه‌سازی در مورد علت اضطراب که همانا باورهای فرد در مورد نگرانی است و فرد را در حالت بازنده قرار می‌دهد سبب‌شناسی درست انگاشته‌ای برای امید به کاستن اضطراب با تاکید بر نقش عاملی فرد فراهم می‌سازد؛ سوم اکتشاف عملی مراجع به کمک درمانگر فراشناخت در مورد بی‌اثری رفتارهای خودتنظیمی وی تاکنون مانند تلاش برای سرکوبی افکار نگران‌کننده؛ چهارم استفاده از روش‌های کارا مانند اسناد دوباره کلامی نسبت به باورهای کنترل ناپذیری نگرانی و فنون ذهن آگاهی گسلیده، منجر به تجربه خوشایند کنترل یا کاهش اضطراب شده و اثربخشی یادگیری دارد. این اثربخشی باور فرد را در عامل بودن کاهش اضطراب نیرو بخشیده، باعث نیروبخشی استفاده وی از فنون درمان فراشناختی و در نتیجه کاهش اضطراب در زنان باردار می‌شود.

نتایج پژوهش ما همچنین نشان داد روش درمانی مدیتیشن در کاهش اضطراب زنان باردار مؤثر است. این اثربخشی به دلیل هدف‌گذاری مدیتیشن بر متغیرهای مرتبط با سلامت در رویارویی با اضطراب تبیین‌شدنی است. فرامود آن که در مراقبه‌ی مرتبط با مدیتیشن، متغیرهای مهم سلامت مانند تنفس، خواب، تغذیه، دلبستگی به خود و ... مورد بازنگری و پایش شخصی فرد قرار می‌گیرد و فرد با پایش خود (Self-monitoring) به توان کنترل خود، آگاهی پیدا می‌کند. در نتیجه می‌تواند با پایش خود نشانه‌های مرتبط با اضطراب را شناسایی کرده و زیر آگاهی خویش درآورد. این خودآگاهی خود باعث کاهش اضطراب شده و همچنین با آموزش‌های مرتبط با کنترل خود، نشانه‌های جسمی و بدنی را از حالت

1. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health* 2011; 11: 73-86.
2. Romans SF, Seeman MV. *Women mental health: a life-cycle approach*. Philadelphia; Lippincott Williams, Wilkins publication, 2006: 24-57.
3. Duncan LG, Baradacke N. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness during the Prenatal Period. *J Child Fam Stud* 2010; 19: 190-202.
4. Dareshouri Mohammadi Z, Bosaknejad S, Sarvghad SA. A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health of primiparous women. *JENTASHAPIR JOURNAL OF HEALTH RESEARCH (JENTASHAPIR)* 2013; 4 (9) :495 - 504. [Text in Persian].
5. Jomeen J, Martin CR. Self-esteem & mental health during early pregnancy. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2003; 23: 98-106.
6. Rubertsson C, Waldenstrom U, Wickberg B. Depressive mood in early pregnancy prevalence & women of risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 2003; 21(2): 113-123.
7. Solchany JE. *Promoting maternal mental health during pregnancy. Theory, practice & intervention*. Washington; NCAST-AVENUW publication Seattle, 2003: 23-46.
8. Mohamad Esmail E, Mousavi H. Study of students mothers mental health with behavioral disorder. *Search in MR Children* 2003; 3(2): 26-29. [Text in Persian].
9. Mansor M, Dadsetan P. *Developmental Psychology*. Tehran; Samt Pulpication, 2005: 24-25. [Text in Persian].
10. Dipietro JA, Ghera MM, Costigan K, Hawkins M. Measuring the ups & downs of pregnancy stress. *Journal of Psychosomatic Gynecology* 2004; 25: 189-201.
11. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *Journal of Affective Disorders* 2011; 132(1): 146-157.
12. Dockray S, Steptoe A. Positive affects and Psychobiological processes. *Neurosci Biobehav Rev* 2010; 35(1): 69-75.
13. Arch JJ. Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Comprehensive Psychiatry* 2013; 54(3): 217-228.
14. Condon JT. Altered cognitive functioning in pregnant women: A shift towards primary process thinking. *British Journal of Medical Psychology* 2011; 60(4): 329-334.
15. Jacques R. *Family Issues*. *Journal of Psychiatry* 2006; 5: 337-340.
16. Weiten W. *Psychology Themes and Variations*. Sixth Edition. Belmont CA: Wadsworth/Thomson Learning 2004; 432-478.
17. Saisto TH. Fear of childbirth: A Neglected Dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Mar; 82(3): 201-8.
18. Moses LJ, Baird JA. Meta-cognition. In R. A. Wilson & F.C. Keil (Eds.). *The MIT encyclopedia of the Cognitive Sciences*. 1st ed. Cambridge; MIT Press, 2000: 96-116.
19. Wells A. *Meta-cognitive therapy for anxiety and depression*. 1st ed. London; the guild ford press, 2009: 123-134.
20. Beidel DC, Morris TL, Turner MW. Social Phobia. In: Morris TL, March JS (eds). *Anxiety disorders in children and adolescents*. 2nd ed. New York; Guilford, 2005: 141-163.
21. Good M. Systematic relaxation to relieve postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 48(2): 140-150.
22. Derenzo G. A new indication for cesarean delivery? *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2010; 13(4): 217.
23. Seif AA. *Methods of assessment*. Tehran; Doran Publication, 2002: 76-79 [Text in Persian].
24. Hawkins M, Dipietro J, Costigan K. Social class Differences in maternal stress appraisal during pregnancy. *Annals of the new york academy of sciences* 2002; 896: 439-441.
25. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev* 2004; 79(2): 81-91.
26. Van den Bergh BRH. The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *J Prenat Perinat Psychol Health* 1990; 5(2): 11-30.
27. Babanazari L, Kafi SM. Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(2): 206-13 [Text in Persian].

28. Karamuzian M, AskaeryZade GH. Efficacy of stress management in CBT method on anxiety and depression in pregnancy period. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2013; 20(6): 606-621.
29. Cartwright – Hatton, S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire. J of Anx Dis 2004, 11: 279 – 315.
30. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. Nwyork ;The Guilford Press, 2009 :4-79.
31. Spada M, Georgiou GA, Wells A. The Relationship Among Metacognition, Attention Control and State Anxiety. Cog BehavTher 2010; 39(1): 64-71.
32. Salaryfar H, Poretamad H. Relation of metacognitive belief with anxiety and depression. Journal of Yafteh 2011; 13 (4): 29-39. [Text in Persian].
33. Khanypor H, Sohraby F, Tabataye, S. Comparing of metacognitive belief and methods of control of thoughts in normal an abnormal student in worry. Journal of Researches of Clinical Psychology and Counseling 2011; 1 (1): 78-82 [Text in Persian].
34. Khajehmoghy N. Relaxtion and reduce stress. Tehran ;Teymorzade Publication, 2000 : 23-28[Text in Persian].
35. Mohamadkhany SH. Practical Guideline in Metacognetive Therapy. Tehran; VrayeDanesh Publication, 2013:45-67 [Text in Persian].
36. Malekzadegan A, Mradkhany M, Ashayery H, Haghany H. Effect of relaxtion on sleep disorder in third stage of pregnancy. Journal of Iran University of Medical Science 2009; 54-67[Text in Persian].
37. Delaram M, Soltanpor, F. Effect of Counseling on anxiety in firth pregnancy. Journal of Medical research of University of Zahedan 2012; 14 92: 61-65 [Text in Persian].
38. Kaplan H, Sadock, V. Kaplan &Sadock s synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry. Philadelphia ; Wolters Kluwer , 2004: 234-286.

# Effectiveness of Meditation as a Meta-Cognitive Therapy in Reducing Anxiety in Pregnant Women in the Last Trimester of Pregnancy

Mosavi S V (PhD)<sup>1</sup>- Faraji R (MD)<sup>2</sup>- Zebardast A (PhD)<sup>1</sup>- Esmail Zade J(MA)<sup>3</sup>

\*Corresponding Address: Department of Psychology, Faculty of literature and humanities, Guilan University, Rasht, Iran.

Email: zebardast@guilan.ac.ir

Received: 16/Apr/2017 Revised: 29/Oct/2017 Accepted: 27/Jan/2018

## Abstract

**Introduction:** women, due to their physiological condition and reproductive complications, compared with men, are more vulnerable. For this reason, women's health is one of the indicators of development of the societies.

**Objective:** To compare the effectiveness of meditation meta-cognitive therapy in reducing anxiety in pregnant women in the last trimester of pregnancy

**Materials and Methods:** This study is an experimental study with multiple baseline design. The study population included all pregnant women in Rasht during the first trimester in 2016. They visited a gynecologist's doctor complaining of anxiety due to pregnancy. They were asked to complete pregnancy anxiety scale (PRAQ). Based on the answers to the questionnaire from the community, a sample of eight people targeted for sampling were selected, who had high scores in anxiety pregnancy and also based on age, occupation and education, then randomly divided into two experimental groups. The first group took part in individually meta-cognitive therapy (MCT) sessions and group meditation sessions. Participants in the pre-test anxiety in pregnancy, during therapy sessions, end of therapy sessions and follow-up phase (40 days after the end of therapy sessions) were assessed. Friedman test with SPSS software was used for statistical analysis.

**Results:** MCT and meditation are effective on reducing anxiety in pregnant women in the last trimester of pregnancy ( $P < 0/01$ ).

**Conclusion:** MCT and psychological treatments such as meditation are effective in controlling anxiety and psychological health of pregnant women.

**Conflict of interest:** non declared

**Key words:** anxiety\ meditation\ Meta-cognitive Therapy

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 106, Pages: 32-43

**Please cite this article as:** Mosavi S V, Faraji R, Zebardast A, Esmail Zade J. Effectiveness of Meditation as a Meta-Cognitive Therapy in Reducing Anxiety in Pregnant Women in the Last Trimester of Pregnancy. J of Guilan Univ of Med Sci 2018; 27(106):32-43. [Text in Persian]

1. Department of Psychology, Faculty of literature and humanities, Guilan University, Rasht, Iran.

2. Department of Obstetrics and Gynecology, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

3. Department of Psychology, Graduate School and Technical Complex, Islamic Azad University, Rasht, Iran.