

مقایسه‌ی نظم بخشی هیجانی، رضایت زناشویی و استرس ادراک شده در زنان

باردار با حاملگی خواسته و ناخواسته

شیما صابری جمال* و علی اصغر نژاد^۲

۱ دانشجوی رشته‌ی روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم تحقیقات، تهران، ایران

۲ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی نظم بخشی هیجانی، رضایت زناشویی و استرس ادراک شده در زنان باردار با حاملگی خواسته و ناخواسته انجام شد. این پژوهش بر مبنای هدفش از نوع پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ روش علی-مقایسه‌ای می‌باشد و جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان باردار با حاملگی خواسته و ناخواسته که به کلینیک‌های زنان و زایمان شهر تهران در سال ۱۳۹۹ می‌باشد که تعداد زنان با بارداری خواسته ۱۳۰ نفر و زنان با بارداری ناخواسته ۱۴۵ نفر می‌باشند و به پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ (۱۹۸۹)، پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) پاسخ دادند. نتایج با آزمون آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مانوا تحلیل شد و نتایج نشان داد که بین دو گروه از لحاظ نمرات متغیر نظم بخشی هیجانی ($F=3/57$; $SIG=0/061$) تفاوت معنادار نیست اما به لحاظ رضایت زناشویی ($F=12/56$; $SIG=0/025$) و استرس ادراک شده ($F=5/12$; $SIG=0/025$) در دو گروه تفاوت معنادار است. این نتایج نشان می‌دهد که زنانی با بخشش و خود افشانی مشابه در صورت داشتن نظم بخشی هیجانی، رضایت زناشویی و استرس ادراک شده خواهند داشت. با توجه به نتایج باید گفت که مداخلات شناختی می‌تواند استرس ادراک شده زنان باردار را کاهش دهد و بر خودکارآمدی مدیریت استرس آنان در زمان زایمان تاثیر گذار باشد.

واژه‌های کلیدی: نظم بخشی هیجانی، رضایت زناشویی، استرس ادراک شده، زنان باردار با حاملگی خواسته و ناخواسته.

مقدمه

بارداری^۱ و زایمان، به عنوان یک رویداد طبیعی در چرخه زندگی زنان مطرح است. با این حال اگرچه بارداری یک عملکرد طبیعی برای زنان به حساب می آید ولی در عین حال تجربه ای پراسترس تلقی می شود که با تغییرات گسترده روانی و جسمی در مادران باردار همراه است (کاگو و آکیوز، ۲۰۱۱). پایین بودن سطح آگاهی مادران جامعه از دستورالعملها و مراقبت های ویژه دوران بارداری از یک طرف، و ضعف جسمانی ناشی از کم تحرکی و افزایش وزن بیش از حد از طرف دیگر باعث شده تا در پاره ای از موارد، دوران بارداری و زایمان با تحمل اضطراب، سختی ها و پیامدهای منفی غیر قابل انتظاری همراه گردد که حتی می تواند مادران را تا سالها بعد از زایمان و حتی در دوران سالمندی گریبانگیر و مبتلا سازد (داس، ۲۰۱۵). حاملگی به دو نوع تقسیم می شود: نوع اول بارداری خواسته، برنامه ریزی شده و کم استرس می باشد که حاملگی توصیه شده توسط متخصصین است. نوع دوم حاملگی ناخواسته، بدون برنامه ریزی و پراسترس که تأکید فراوانی بر اجتناب از آن شده است.

در حاملگی خواسته هم زن و هم مرد، پس از باروری احساس قدرت و توانایی بسیاری می کنند. ولی هر چه به زمان تولد بچه نزدیک تر می شود احساسات متضاد راجع به این که چطور تولد بچه زندگی آن ها را تغییر می دهد ایجاد می شود. در صورت بروز اختلال در مادر، رابطه بین مادر و نوزاد که رابطه ای مهم است، خدشه دار شده و در شرایطی که قادر به نگهداری نوزاد خود نباشد و یا به دلیلی توانایی فراهم کردن جو عاطفی مناسب را نداشته باشد، در ارتباطات، واکنشهای نامناسب از خود بروز داده و رفتارهای غیرعادی نظیر بی تفاوتی، عدم اطمینان به دیگران، رفتارهای ناهنجار و عدم ارتباط مؤثر با دیگران به همراه انزوای اجتماعی و عاطفی نشان خواهند داد. (خدادوستان، ۱۳۸۶). استرس^۴ بارزترین علامت در رفتارها و تابلوی بالینی زنان باردار است. امروزه مشخص شده موقعیت های استرس زندگی از جمله تعارضات زناشویی، مشکلات شغلی، نگرانی درباره دشواری های بارداری و رابطه با همسر می تواند در تغییرات روانی مادران باردار نقش داشته باشد. استرس در دوران بارداری باعث پیامدهایی برای جنین می شود از جمله: کم وزنی زمان تولد، تولد نارس یا حتی سقط جنین و همچنین باعث زایمانهای سخت و طولانی می شود (گیریجا کهانا، ۱۳۹۲). اضطراب دوران بارداری بر روی تکامل ذهنی-روانی کودک نیز اثر سوء دارد و موجب اختلالات رفتاری و هیجانی در دوران کودکی می شود. قرارگیری در معرض اضطراب به ویژه در اوایل بارداری، بر رشد و تکامل مغز جنین اثر نامطلوبی گذاشته و موجب ضعف در توانایی های زبانی (کلامی) و هوش عمومی می شود. بعضی از مطالعات این اثرات را درازمدت و ماندگار توصیف کردند و نیز با ایجاد علایم کم توجهی-بیش فعالی^۵ به ویژه در پسران همراه است. همچنین سطح بالای اضطراب مادر در بارداری خطر داشتن "کودک دشوار" را در شیرخوار افزایش می دهد. در واقع کودکانی که سرشت دشوار دارند معمولاً الگوی خواب و تغذیه آشفته ای دارند و نیازمند توجه و مراقبت بیشتر هستند، گفتنی است انجام فعالیت بدنی مناسب نه تنها موجب صدمه به جنین و مادر نمی شود، بلکه در میان زنانی که طی دوران بارداری فعالیتهای بدنی منظم و آرام دارند، طول مرحله فعال زایمان، میزان سزارین، مکونیومی بودن مایع آمنیوتیک و زجر جنینی حین زایمان کمتر دیده می شود و روحیه شادابتری دارند، و دردهای زایمانی را بهتر و آسان تر تحمل کرده اند (کاکس، ۲۰۱۵). در این دوران ورزشهایی که سبب خستگی مفرط و آسیب به مادر و جنین نشوند ممنوعیتی ندارند. ورزش و بارداری هر کدام به تنهایی ایجاد کننده شرایط فیزیولوژیکی خاصی در بدن است. اگر این شرایط به طور هم زمان در فردی ایجاد شود، تقاضاهای فیزیولوژیکی پیچیده ای به وجود می آورند که تاثیر متفاوتی بر نتایج زایمان و نوزاد دارد. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، زیر مجموعه کوچکی از یک سازه وسیع به نام کفایت هیجانی هستند. کفایت هیجانی به این اشاره دارد که چگونه افراد به طور

1 Pregnancy

2 Kug U& Akyuzs

3 Dass

4 Stress

5 Gerija Kohana

6. Add&Adhd

7. Cox,R.H.

مؤثر با هیجانات و مشکلات دارای بار هیجانی کنار می آیند. دو مؤلفه اصلی این سازه عبارتند از: ۱- توانایی تشخیص هیجانات خود فرد و ۲- توانایی مدیریت هیجانات خود. به لحاظ نظری، متغیرهای تنظیم هیجان مانند پذیرش هیجان ممکن است، به افرادی که از نظر هیجانی آسیب پذیر هستند اجازه دهد که در زمان و مکان کنونی باشند و در نتیجه به جای آنکه واکنشی بیش از حد و اضطرابی به موقعیت نشان دهند (به عنوان مثال، فاجعه آمیز کردن) درک عینی تری از میزان تهدید به دست آورند (گازنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). از جمله این پدیده‌های فیزیولوژیکی مداخله‌گر، توزیع جریان خون، افزایش درجه حرارت بدن مادر، تغییرات متابولیسمی بدن مادر و جنین، تغییرات هورمونی و تاثیر آنها بر اندورفین^۱ و افزایش قدرت عضلانی نواحی مختلف بدن مادر است. پژوهش‌هایی که در مورد واکنش فیزیولوژیکی بدن به اجرای تمرینهای ورزشی انجام شده نشان می‌دهد، مادران باردار سالم می‌توانند با نیازهای فیزیولوژیکی فعالیت ورزشی خود و جنین سازگار شوند. از سوی دیگر شناخت درمانی بر پایه الگوی پردازش اطلاعات قرار دارد. این الگو بیان می‌کند که در طی آشفتگی یا ناراحتی روانی، تفکر شخص انعطاف ناپذیر گشته و بیشتر تحریف می‌شود، قضاوت‌ها به صورت تعمیم افراطی و مطلق در می‌آیند و باورها پایه ای و زیر بنایی شخص در مورد خود دنیا تثبیت می‌گردد در چارچوب ذهنی فاقد آشفتگی، فرد تمایل دارد که برداشت‌ها و ارزیابی‌های خود از رویدادها را بررسی کند تا اطلاعات واضح و دقیقی به دست آورد. وقتی که فردی از لحاظ هیجانی ناراحت است، معمولاً اطلاعات ورودی را با سوگیری منفی مداوم نسبت به تفکر خود تحریف نموده و در نتیجه تفکر او انعطاف ناپذیر و دارای تعمیم افراطی می‌گردد (شهیدی، ۱۳۹۱). حاملگی و بچه دار شدن نوعی تحول بزرگ است. اکثر مردم به حاملگی خواسته پاسخ مناسبی نشان می‌دهند. زن و شوهر می‌بایستی با تغییرات فیزیولوژیک و روانی بارداری انطباق طبیعی پیدا کنند. اگر چه نوع مراقبت از بچه توسط والدین، وابسته به جنس است و پدرها بیش تر نقش حمایت اقتصادی و مادرها بیش تر نقش حمایت عاطفی بچه را به عهده دارند ولی این دو جدا ناشدنی هستند و در تمام مراحل بارداری و پس از آن، هر دو نوع حمایت می‌بایستی به طور متقابل توسط هر دو والد انجام شود. اگر حمایت متقابل نباشد سبب ایجاد نگرش منفی به حاملگی و تولد نوزاد خواهد شد (باقر پور، ۱۳۹۵). اگر چه بچه دار شدن و حاملگی خواسته برای والدین بسیار لذت بخش و ارزشمند است ولی والدین می‌بایستی از ابتدا نگرش واقع‌گرایانه به مسئولیت‌های بچه دار شدن و مراقبت‌های مستمر داشته باشند. در حاملگی خواسته تولید مثل و پرورش بچه نوعی تکامل است و سبب استحکام هویت جنسی، کفایت جنسی، عواطف پدران و مادران می‌شود. حاملگی ناخواسته با خود استرس و فشارهای روحی - روانی عدیده ای به همراه دارد. جنین داخل شکم مادر تحت تأثیر این فشارهای روحی روانی قرار می‌گیرد زیرا هورمون‌های وابسته به استرس تولید شده در بدن مادر از جفت عبور کرده، سیستم قلبی - عروقی و عصبی جنین را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مادرهای با حاملگی پراسترس بچه‌های تحریک پذیر، عصبانی، بی‌قرار و ناآرام، با اختلالات خواب و تغذیه به دنیا خواهند آورد. بچه‌های مشکل متعاقباً سختی‌ها و مشکلات زیادی برای خود و خانواده ایجاد خواهند کرد. رشد روحی - روانی این بچه‌ها نیز سیر مناسبی نخواهد داشت. ضمناً این بچه‌ها گاهی رشد جسمی و وزن کمتر از حد طبیعی پیدا خواهند کرد. بچه‌های ناخواسته بیش تر مورد بی‌توجهی و تنبیهات بدنی والدین قرار می‌گیرند که این دو مورد خود ضربه‌ی روحی - روانی و جسمی شدیدی به آینده‌ی کودک می‌زند. آن چه مشخص است با حاملگی خواسته و برنامه‌ریزی شده به سادگی از عوارض حاملگی ناخواسته و پراسترس می‌توان جلوگیری کرد (رنجبر، ۱۳۹۵). از این رو سوالی که در این پژوهش مطرح می‌شود آیا بین نظم بخشی هیجانی، رضایت زناشویی و استرس ادراک شده در زنان باردار با حاملگی خواسته و ناخواسته تفاوت وجود دارد؟

روش

این پژوهش بر مبنای هدفش از نوع پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ روش علی-مقایسه‌ای می‌باشد و جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان باردار با حاملگی خواسته و ناخواسته که به کلینیک‌های زنان و زایمان شهر تهران در سال ۱۳۹۹ می‌باشد که تعداد زنان با بارداری خواسته ۱۳۰ نفر و زنان با بارداری ناخواسته ۱۴۵ نفر می‌باشند.

^۱. Andrefin

ابزار پژوهش

پرسشنامه استرس ادراک شده: پرسشنامه استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده است و دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می رود. این سوالات طرح شده اند تا پاسخ دهندگان نظر خود را در مورد غیر قابل کنترل بودن، پیش بینی ناپذیری و مشقت بار بودن زندگی خویش بیان کنند. به دفعات مشخص شده است که این سه مطلب عناصر اصلی تجربه استرس را تشکیل می دهند. به علاوه، این مقیاس دارای تعدادی سوال مستقیم نیز در مورد سطوح فعلی استرس در فرد می باشد. سوالهای ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۳ بر عکس نمره گذاری می شوند. (هرگز=۴، کم=۳، متوسط=۲، زیاد=۱ و خیلی زیاد=۰) و مجموع آنها با جمع نمرات سایر سوالهای مقیاس به حساب می آید. در این بررسی از نسخه ۱۴ ماده ای آن استفاده شده است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ بدست آمده است. (امین ایزدی، ۱۳۹۰).

پرسشنامه رضایت زناشویی: در این پژوهش از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۱ (فرم کوتاه) استفاده می شود که فرم بلند آن اولین بار توسط اولسون و همکاران در سال ۱۹۸۹ تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۴۷ سؤال و ۹ مقیاس است. مقیاس موضوعات شخصیتی که شامل سؤالهای ۲-۴-۱۲-۲۲-۴۰؛ مقیاس ارتباط زناشویی شامل سؤال های ۶-۱۳-۲۳-۳۲-۴۱؛ مقیاس حل تعارض سؤال های ۷-۱۴-۲۴-۳۳-۴۲؛ مقیاس مدیریت مالی^۲ سؤال های ۸-۱۵-۱۶-۲۵-۳۴؛ مقیاس فعالیت های اوقات فراغت سؤال های ۹-۱۷-۲۶-۳۵-۴۳؛ مقیاس روابط جنسی سؤال های ۱۰-۱۸-۲۷-۳۶-۴۴؛ مقیاس فرزند و فرزند پروری سؤال های ۱۱-۱۹-۲۸-۳۷-۴۵؛ مقیاس خانواده و دوستان سؤال های ۲۰-۲۹-۳۱-۳۸-۴۶؛ مقیاس جهت گیری مذهبی سؤال های ۵-۲۱-۳۰-۳۹-۴۷ می شود. گزینه های پاسخگویی به سؤال های پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرتی و به صورت ۵ گزینه ای (کاملاً موافق- موافق- نه موافق و نه مخالف- مخالف- کاملاً مخالف) تنظیم شده است، به این صورت که به گزینه کاملاً موافق بیشترین نمره (۵) و به گزینه کاملاً مخالف کمترین نمره (یک) داده می شود. دامنه نمره هر آزمودنی در این پرسشنامه از ۴۷ تا ۲۳۵ امتیاز می باشد. ضریب اعتبار کل پرسشنامه رضایت زناشویی با ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش های مختلف ۰/۹۲ (اولسون و همکاران، ۱۹۸۹)، ۰/۹۴ (مهدویان، ۱۳۷۶)، ۰/۹۳ (سلیمانیان، ۱۳۷۳)، ۰/۹۲ (به پژوه و رضانی، ۱۳۸۴) گزارش شده است. ضریب اعتبار خرده مقیاس های این پرسشنامه در پژوهش اولسون و همکاران (۱۹۸۹) به ترتیب: تحریف آرمانی ۰/۹۰، رضایت زناشویی ۰/۸۱، مسایل شخصیتی ۰/۷۳، ارتباط زناشویی ۰/۶۸، حل تعارض ۰/۷۵، مدیریت مالی ۰/۷۴، فعالیت های اوقات فراغت ۰/۷۶، رابطه جنسی ۰/۴۸، فرزند و فرزند پروری ۰/۷۷، خانواده و دوستان ۰/۷۲، نقش های مساوات طلبی ۰/۷۱، جهت گیری مذهبی ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در سال ۲۰۰۱ توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون در کشور هلند تنظیم شده است. این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب زا ارزیابی می کند. پرسشنامه ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است. اجرای این پرسشنامه آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت های بالینی) قابل استفاده است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، از ۷ خرده مقیاس (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه آمیز پنداری، پذیرش، تمرکز مثبت مجدد و برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت) و ۳۶ ماده تشکیل شده است. هر سؤال، از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) نمره گذاری می شود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس، بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس زا و منفی است. بشارت (۱۳۸۸) در بررسی مقدماتی ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در نمونه ای، ضریب آلفای کرونباخ، برای خرده مقیاس ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ گزارش نمود. میزان ضریب پایایی بدست آمده در این پژوهش از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای تمام راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ۰/۷۸ می باشد.

¹ enriching and nurturing relationship issue, communication and happiness

یافته ها

جدول ۱- نتایج تحلیل واریانس یکراهه در بررسی نظم بخشی هیجانی

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۶۱	۳/۵۷	۲۹۴/۳۰	۱	۲۹۴/۳۰	گروه
		۸۲/۳۴	۱۷۴	۱۳۰۱۰/۵۳	خطا

نتایج جدول فوق نشان می دهد که بین دو گروه به لحاظ متغیر نظم بخشی هیجانی تفاوت معناداری در سطح $P > 0.05$ وجود ندارد. از این رو فرضیه ما مبنی بر اینکه بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تایید نمی گردد. ($F=3/57$; $SIG=0/061$).

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس یکراهه در بررسی رضایت زناشویی

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۲۵	۵/۱۲	۴۲۹/۰۲	۱	۴۲۹/۰۲	گروه
		۸۳/۶۶	۱۷۴	۱۳۲۱۸/۴۷	خطا

نتایج جدول فوق نشان می دهد که بین دو گروه به لحاظ متغیر رضایت زناشویی تفاوت معناداری در سطح $P < 0.01$ وجود دارد. از این رو فرضیه ما مبنی بر اینکه بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تایید می گردد. ($F=5/12$; $SIG=0/025$).

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس یکراهه در بررسی استرس ادراک شده

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۱	۱۲/۵۶	۲۲/۵۰	۱	۲۲/۵۰	گروه
		۱/۷۹	۱۷۴	۲۸۳	خطا

نتایج جدول فوق نشان می دهد که بین دو گروه به لحاظ متغیر استرس ادراک شده تفاوت معناداری در سطح $P < 0.01$ وجود دارد. از این رو فرضیه ما مبنی بر اینکه بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تایید می گردد. ($F=12/56$; $SIG=0/001$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ی نظم بخشی هیجانی، رضایت زناشویی و استرس ادراک شده در زنان باردار با حاملگی خواسته و ناخواسته انجام شد. در تبیین نتایج فوق باید گفت که بارداری هم یک مساله فردی و خصوصی است و هم مساله ای اجتماعی است. نیلفروشان وهمکاران (۱۳۸۹)، در تحقیقی نگرش نسبت به ناباروری و رابطه آن با افسردگی و اضطراب در افراد نابارور مراجعه کننده به مرکز، درمان ناباروری شهر اصفهان در پاییز سال ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار دادند (۵۵ نفر با تشخیص ناباروری توسط پزشک (۲۵ مرد و ۳۰ زن)، بدون فرزند و فرزند خوانده و با حداقل تحصیلات سیکل)، به طور تصادفی انتخاب شدند و به آزمون های افسردگی و اضطراب بک پاسخ دادند؛ نتایج نشان داد، بیشتر زوج های با بارداری خواسته در درجه اول،

به فرزند و نقش والدینی اهمیت دادند و اکثر آنها نسبت به پذیرش اجتماعی، نگرش منفی داشتند. با افزایش سن، افراد نگرش منفی کمتری داشتند و نگرش آنان نسبت به ناباروری با طول مدت ازدواج، سطح تحصیلات، و اینکه خود فرد، همسر، یا هر دو آنها عامل ناباروری باشند، بستگی نداشت. افسردگی و اضطراب در این زوجها بیشتر ناشی از نگرش آنان نسبت به کنترل زندگی و پذیرش اجتماعی است. بارداری با واکنش های اجتماعی و روان شناختی در ارتباط است انواع مختلف واکنش های روان شناختی مثل اضطراب، افسردگی، خشم، ناامیدی و حتی افکار خودکشی در بارداری گزارش شده است. تأثیر روانشناختی بارداری بر زندگی زناشویی زوجین با بارداری ناخواسته اغلب با کشمکش ها و درگیری های خانوادگی همراه است. در بررسی های بسیاری افراد با بارداری ناخواسته، نارضایتی بیشتری را نسبت به خود و ازدواج شان اظهار کرده اند. دیویس^۱ به بررسی اثرهای بارداری بر روابط شخصی، بین فردی و اجتماعی پرداخته و کناره گیری اجتماعی و استرس بیش از اندازه را در ارتباط های زناشویی، بین فردی و اجتماعی پیامد آن می داند.

باتوجه به اینکه در حال حاضر در علم پزشکی روش معالجه ای برای بارداری ناخواسته وجود ندارد، برای کاهش اضطراب و افسردگی آنها به منظور تداوم زندگی، تقویت باورها و اعتقادات مذهبی یکی از شیوه های درمانی بسیار مؤثر می تواند تلقی گردد. در این زمینه مطالعات اچیرت و لیستر (۱۹۹۷) نشان می دهد، اعتقادات مذهبی موجب کاهش اضطراب افراد شده و با هدفمند نمودن زندگی، از احساس پوچی آنها جلوگیری می کند. آن ها در مقابل استرس مقاومت بیشتری دارند زیرا مشکلات به وجود آمده را ناشی از اراده و خواست خدا می دانند. بر همین اساس سلامت روان آنها کمتر در معرض خطر قرار دارد.

منابع

- احمدی، احمد، موسوی صاحب الزحمانی، سایه سادات موسوی، قوامی، فرح، شفیع فرید، یعقوب، فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۳)، اثر بخشی مداخلات روانشناختی بر اضطراب، افسردگی پس از زایمان و وزن هنگام تولد نوزادان در مادران نخست زاده، مجله مراقبت های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی، دوره ۴، شماره ۱، بهار و تابستان ۹۳-۱۹-۳۱.
- تقی پور، منوچهر (۱۳۷۸). باورهای غیر منطقی و آشفتگی های روانی مجله بهداشت و روان دانشگاه شیراز، سال دوازدهم، شماره ۳.
- سیف، علی اکبر. (۱۳۹۰). درماندگی آموخته شده. پژوهش در مسایل روانی-اجتماعی. شماره ۶ و ۷، ۹-۷.
- شاه حسینی و همکاران (۱۳۸۷) بررسی رابطه بین اضطراب دوران بارداری و زایمان زودرس، مجله اصول بهداشت روانی. سال ۳، شماره ۲۲۱، ۳۹-۲۳۰.
- قهراری، شهربانو. (۱۳۹۰). مهارت های چالشی در شناخت درمانی. ۱۰۰ تکنیک تهران: انتشارات قطره. چاپ اول.
- کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین. جک، گرب (۱۹۸۸). خلاصه روانپزشکی. ترجمه نصراله پورافکاری (۱۳۷۵). تهران: انتشارات شهرآب. چاپ اول.
- کالات، جیمز (۲۰۰۵). روانشناسی عمومی. ترجمه سید یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۶). تهران: روان.
- لیهی، رابرت. (۲۰۰۳). تکنیک های شناخت درمانی. ترجمه حمیدپور، حسن. اندوز، زهرا. (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- منتظری (۱۳۹۰) اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان باردار. مطالعات تربیتی و روانشناسی سال ۷(۲)، شماره ۱۱۳-۸۸.
- میرزاییان، بهرام. (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه اثربخشی تکنیک آرمیدگی عضلانی و دارودرمانی در کاهش اضطراب زنان باردار، مجله پزشکی هرمزگان، سال دهم، شماره: ۳، ۲۵۰-۲۴۳.
- نریمانی، محمد (۱۳۹۳). بررسی تأثیر روان شناختی رفتاری در ترک اعتیاد و توانبخشی افراد معتاد. تازه ها و پژوهشهای مشاوره. ۳(۹-۱۰): ۴۲-۵۹.

- هاتون، ک؛ سالکوس کیس، پ؛ کلارک (۱۹۹۰)، رفتار درمانی شناختی؛ راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی. ترجمه حبیب اله قاسم زاده (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ارجمند.
- هاشمی ، علی پور ، فیلی ، (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مدیریت استرس(شناختی رفتاری) بر شادکامی زنان بارور. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال یازدهم، شماره: ۴، ۴۸-۴۲.
- Artal, R.and C. Sherman.l(2009). Sexual desire, coital frequencyand orgasm during pregnancy: Comparing between primigravida andmultigravida. *Journal of the Medical Association of Thailand, 71*, 124–130.
- Ball, A. (2008). The Relationship Between Emotional Arousal And Irrational Thoughts With Positive Thinking Between Student , *Journal Psychology Of Religion News Letter, 36* (9), 899-913.
- ChinSun.Y,CNM.M,RN(HeadNurse)b,ChiHung.Y,MS(Instructor)c,Chang.Y,PhDRN(AssistantProfessor,Director)a,,ChenKuo.C,PhD,CNM,RN(AssociateProfessor)d.(2010)Effects of aprenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal child birthself-efficacy inTaiwan. *Midwiery 26:e31-e36*.
- Dass., 2005. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics and Gynaecology 13*,7-13.
- Dowd E.T., Clen S.L, Arnold K.D(2010). Teachingthe Specialty Practice Of Cognitive And Behavioral Psychology *Professional Psychology: Research And Practice, 41(1):89-95*.
- Kadden.k (2001) Integrating Dialectical Behavior Therapy And Cognitive-Behavioral Couple Therapy: A Couples Skills Group For Emotion Dysregulation.*Cognitive And Behavioral Practice, 14(4):394-405*.
- Kanalz, R.H., Russo, J., Katon, W., 2012. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification
- Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry
- Parlberg,K.M.;A.J.Vingerhoets;J.Passchier;and G.A.Dekuer.d(1999). Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol; 155* (4): 293-301.
- Parlberg,K.M.;A.J.Vingerhoets;J.Passchier;andG.A.Dekuer.(1999).”Psychosocial predictors of low birth weight:a prospective study “.*Brit.J.Obestet.Gyn(106):834*.
- Sternfeld,B.; C.P.J.Quesenbrry and B.Eskenazi.(1997).”Exercise during pregnancy and pregnancy butcome”. *J Sports M ed;23:33-47*.
- Sundoick , asle.m., anital , l., histad , S., zigerd , W., & jhonson ,S. bi helgh.m bartn.pol.t (2015). The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *Journalof the Medical Association of Thailand, 89*, 124–129.