

## اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر اضطراب، کیفیت خواب و شدت علائم افسردگی پس از زایمان در مادران نخست‌زا

### The Effectiveness of stress management training on anxiety, sleep quality and severity of postpartum depression symptoms in primiparous mothers

**Kimia Gholizadeh**

MSc Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

**Farbod Amin Anaraki**

MSc Student in Measurement and Assessment (Psychometrics), Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Dr. Elahe Sadeghi\***

Assistant Professor, Department of Psychology, Ayandegan Institute of Higher Education, Tonekabon, Iran. [sadeghi@aihe.ac.ir](mailto:sadeghi@aihe.ac.ir)

**Dr. Eshagh Samkhaniani**

Lecturer, Department of Psychology, Ayandegan Institute of Higher Education, Tonekabon, Iran.

**Fatemeh Ghanbari**

MSc. Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

**کیمیا قلیزاده**

دانشجوی کارشناسی‌ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

**فرید امین انارکی**

دانشجوی کارشناسی ارشد سنجش و اندازه گیری (روانشنجی)، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

**دکتر الهه صادقی** (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی آیندگان، تنکابن، ایران.

**دکتر اسحاق سام خانیانی**

مدرس گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی آیندگان، تنکابن، ایران.

**فاطمه قنبری**

دانشجوی کارشناسی‌ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

## Abstract

This research aimed to determine the effectiveness of stress management training on anxiety, sleep quality, and severity of postpartum depression symptoms in primiparous mothers. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up. The statistical population was the first pregnancy women of Tunkabon city in 2023. From this population, based on the entry and exit criteria, 30 women were selected by purposeful sampling, and 15 women were randomly assigned to the experimental group and the control group. Beck Anxiety Questionnaire (BAI, 1988), Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire (PSQI, 1989), and Edinburgh Postpartum Depression Questionnaire (EPDS) (2003) were used to collect data. Data analysis was done with the statistical method of analysis of variance with repeated measurements. The results showed that the difference in the mean scores between the pre-test and post-test stages for the anxiety variables and postpartum depression symptoms in the experimental group showed a significant decrease, and for the sleep quality variable, a significant increase (0.001), and the differences from the post-test stage to the stage. Follow-up was not significant, meaning that the effects of stress management training were stable over time. From the above findings, it can be concluded that stress management training increases sleep quality and reduces anxiety and the severity of postpartum depression symptoms.

**Keywords:** Sleep Quality, Anxiety, Severity of Postpartum Depression Symptoms, Stress Management.

## چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر اضطراب، کیفیت خواب و شدت علائم افسردگی پس از زایمان در مادران نخست‌زا بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با دوه پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری، زنان بارداری اول شهر تنکابن در سال ۱۴۰۲ بودند که از این جامعه بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج، به روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ زن انتخاب شده و در گروه آزمایش و گروه گواه هر گروه ۱۵ زن به صورت تصادفی جایگزین شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب بک (BAI، ۱۹۸۸)، پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI، ۱۹۸۹) و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان (EPDS) ادینبورگ (۲۰۰۳) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که تفاوت نمرات میانگین‌ها بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای متغیرهای اضطراب و علائم افسردگی پس از زایمان در گروه آزمایش، بیانگر کاهش و برای متغیر کیفیت خواب افزایش معنادار (۰/۰۰۱) و تفاوت‌ها از مرحله پس آزمون به مرحله پیگیری معنادار نبود، به این معنا که اثرات آموزش مدیریت استرس در طول زمان ثابت داشت. از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت خواب و کاهش اضطراب و شدت علائم افسردگی پس از زایمان می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت خواب، اضطراب، شدت علائم افسردگی پس از زایمان، مدیریت استرس.

## مقدمه

زایمان<sup>۱</sup> اولین فرزند می‌تواند برای زنان باردار یک تجربه استرس‌زا باشد. علاوه بر تغییرات فیزیولوژیکی و هورمونی، نگرانی‌های روانی مانند ترس از درد زایمان، نگرانی درباره سلامت نوزاد، و اضطراب در مورد نقش جدید مادری می‌تواند باعث افزایش سطح استرس شود (دیاز-تورس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). استرس مزمن در دوران بارداری می‌تواند عوارض جانبی نامطلوبی مانند زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد و افزایش خطر افسردگی پس از زایمان را به همراه داشته باشد (آبرا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴).

زنان نخست‌زا اغلب با اضطراب<sup>۴</sup> و نگرانی‌های فراوانی در طول بارداری و پس از زایمان مواجه می‌شوند. این اضطراب می‌تواند ریشه در ترس از نقش جدید مادری، تغییرات جسمی و روانی، و عدم اطمینان از توانایی خود در مراقبت از نوزاد داشته باشد (محلّی و همکاران، ۱۴۰۳). اضطراب می‌تواند بر تجربه بارداری و روابط مادر و کودک تأثیر بگذارد و حتی ممکن است با افسردگی پس از زایمان همراه باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سطوح بالای اضطراب در دوران بارداری می‌تواند بر رشد جنین و وزن هنگام تولد تأثیر بگذارد (هاندشاو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، اضطراب مادر پس از زایمان می‌تواند بر رفتارهای مراقبتی از کودک و تعامل مادر-کودک اثر بگذارد. عوامل متعددی از جمله سابقه اختلالات روانی، حمایت اجتماعی ضعیف، استرس‌های زندگی و مشکلات جسمی می‌توانند خطر ابتلا به اضطراب را در زنان نخست‌زا افزایش دهند (نژادحسینیان و همکاران، ۱۴۰۲). درک این عوامل خطر و ارائه حمایت‌های روانی و اجتماعی مناسب می‌تواند به کاهش اضطراب در این گروه از زنان کمک کند (لینبلاد<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

علاوه بر این، کیفیت خواب در زنان نخست‌زا اغلب با چالش‌های جدی روبرو می‌شود. تغییرات هورمونی، ناراحتی‌های جسمی ناشی از بارداری، و نگرانی‌های مرتبط با نقش جدید مادری می‌تواند بر الگوی خواب این زنان تأثیر بگذارد (کوچک‌سرایبی و همکاران، ۲۰۲۲). کمبود خواب و خواب نامناسب می‌تواند پیامدهای منفی بر سلامت روان و جسمی مادر و همچنین رشد و تکامل جنین داشته باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنان نخست‌زا در مقایسه با زنان باردار با تجربه قبلی، به طور معناداری از کیفیت خواب پایین‌تری رنج می‌برند (کلسلی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). این مشکلات خواب می‌تواند شامل مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن‌های مکرر در طول شب و خواب آشفته باشد. عوامل مختلفی از جمله اضطراب، استرس، و ناراحتی‌های جسمی می‌توانند در این امر نقش داشته باشند (علوی و همکاران، ۱۴۰۲). کیفیت خواب پایین در دوران بارداری می‌تواند با افزایش خطر افسردگی پس از زایمان، زایمان زودرس و کاهش وزن هنگام تولد همراه باشد (ریان<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، شناسایی و مدیریت مشکلات خواب در زنان نخست‌زا از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است تا از عوارض احتمالی آن پیشگیری شود.

همچنین، شدت علائم افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا اغلب بیشتر از زنانی است که قبلاً تجربه مادر شدن را داشته‌اند. افسردگی پس از زایمان یک اختلال روانی شایع در میان مادران تازه‌کار است که می‌تواند تأثیر منفی بر سلامت روان مادر و همچنین رشد و تکامل کودک داشته باشد (امیری و همکاران، ۱۴۰۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنان نخست‌زا در معرض خطر بالاتری برای تجربه علائم شدیدتر افسردگی پس از زایمان قرار دارند (حسن‌زاده<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). این افزایش شدت علائم می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد، از جمله استرس ناشی از تطبیق با نقش جدید مادری، کمبود تجربه در مراقبت از نوزاد، و عدم آمادگی روانی برای این تغییر عمده در زندگی. علائم شدیدتر افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا می‌تواند شامل احساسات شدید غم و ناامیدی، بی‌علاقگی به فعالیت‌های روزانه، تغییرات اشتها و الگوی خواب، و حتی افکار خودکشی باشد (هوانگ<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). این علائم می‌توانند بر توانایی مادر در مراقبت از کودک و برقراری پیوند عاطفی با او تأثیر بگذارند. شناسایی به موقع و مدیریت علائم افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است تا از پیامدهای منفی آن بر مادر و کودک جلوگیری شود (علوی و همکاران، ۱۴۰۲).

1 Delivery  
2 Diaz-Torres  
3 Abera  
4 Anxiety  
5 Henshaw  
6 Lindblad  
7 Kiliqli  
8 Ryan  
9 Hassanzadeh  
10 Huang

به طور کلی استرس زایمان می‌تواند تجربه دشواری برای زنان نخست‌زا باشد. آنها ممکن است نگرانی‌های زیادی در مورد درد زایمان، سلامت نوزاد و تغییرات زندگی بعد از تولد فرزند داشته باشند (امانی و همکاران، ۱۴۰۲). مدیریت استرس در این دوران بسیار مهم است زیرا استرس مفرط می‌تواند بر روند زایمان و سلامت مادر و نوزاد تأثیر بگذارد. یکی از راه‌های کاهش استرس، آموزش تکنیک‌های تنفس عمیق و تمرینات آرامش است. این روش‌ها می‌توانند به مادر کمک کنند تا در لحظات دشوار آرامش خود را حفظ کند. همچنین آموزش روانشناختی و حمایت عاطفی از سوی همسر و خانواده نیز بسیار سودمند است (افروزه و همکاران، ۱۴۰۲). آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس مانند تن‌آرامی، مدیتیشن، و تمرینات تنفسی می‌تواند به این زنان کمک کند تا با چالش‌ها به شیوه‌ای سازنده‌تر مقابله کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنان نخست‌زایی که در برنامه‌های آموزشی مدیریت استرس شرکت می‌کنند، سطوح پایین‌تری از استرس، اضطراب و افسردگی را در دوران بارداری و پس از زایمان تجربه می‌کنند (گوانی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). این برنامه‌ها همچنین می‌توانند به بهبود کیفیت خواب، کاهش ناراحتی‌های جسمی و افزایش رضایت از تجربه بارداری کمک کنند.

مادران تازه نخست‌زا در معرض خطر بالاتری برای تجربه اضطراب، اختلالات خواب و علائم افسردگی پس از زایمان قرار دارند. این تجربه استرس‌زا می‌تواند تأثیر منفی بر سلامت روان و جسمی مادر و همچنین رشد و تکامل نوزاد داشته باشد (امانی و همکاران، ۱۴۰۲). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که آموزش مدیریت استرس می‌تواند در کاهش این عوارض موثر باشد. در مجموع، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد آموزش مدیریت استرس می‌تواند اثرات مفیدی بر سلامت روان مادران نخست‌زا داشته باشد، از جمله کاهش اضطراب، بهبود کیفیت خواب و کاهش شدت علائم افسردگی پس از زایمان (گوانی و همکاران، ۲۰۲۲؛ آقامحمدی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲؛ علیزاده<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

پژوهش حاضر شکاف‌ها و خلأهای موجود در زمینه مداخلات آموزشی برای کمک به مادران نخست‌زا در مدیریت استرس و پیشگیری از عوارض روانی مرتبط با آن را پر می‌کند. اگرچه تحقیقات قبلی به اهمیت مدیریت استرس در دوران بارداری و پس از زایمان اشاره کرده‌اند، اما کمتر به نیازهای ویژه زنان نخست‌زا پرداخته شده است. این مطالعه به طور خاص بر روی گروه آسیب‌پذیر زنان نخست‌زا تمرکز دارد که در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی پس از زایمان و مشکلات خواب قرار دارند. با ارائه شواهد تجربی در مورد تأثیر مثبت برنامه‌های آموزش مدیریت استرس بر این عوامل، این پژوهش اهمیت طراحی و ارائه مداخلات متناسب با نیازهای خاص این گروه از مادران را برجسته می‌کند. علاوه بر این، این مطالعه نشان می‌دهد که چگونه آموزش مدیریت استرس می‌تواند به عنوان یک رویکرد پیشگیرانه و غیرتهاجمی برای کاهش خطر ابتلا به اختلالات روانی در مادران نخست‌زا مورد استفاده قرار گیرد. این امر می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های درمانی و بهبود کیفیت زندگی این زنان در دوران حساس بارداری و پس از زایمان شود. در نهایت، این پژوهش بر لزوم دسترسی آسان به برنامه‌های آموزش مدیریت استرس برای زنان نخست‌زا و نیاز به سرمایه‌گذاری بیشتر در این زمینه از سوی سیستم‌های بهداشتی و مراقبت‌های مادر و کودک تأکید می‌کند. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر اضطراب، کیفیت خواب و شدت علائم افسردگی پس از زایمان در مادران نخست‌زا بود.

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری، زنان بارداری اول شهر تنکابن در سال ۱۴۰۲ بودند که از این جامعه بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج، به روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ زن انتخاب شده و در گروه آزمایش و گروه گواه هر گروه ۱۵ زن به صورت تصادفی جایگزین شدند. به طوری که گروه آزمایشی پروتکل مدیریت استرس را به مدت ۱۰ جلسه دو ساعته و هر هفته یک جلسه دریافت کردند؛ در حالی که گروه گواه گواه دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش بارداری اول، سن آنها در دامنه سنی ۲۰ الی ۳۲ سال باشد، حداقل تحصیلات دیپلم و تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش باشد. همچنین شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری و غیبت در بیش از دو جلسه درمانی و شروع به استفاده از داروهای روانپزشکی به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شده بود. به منظور رعایت اصول

1 Güney

2 Aghamohammadi

3 Alizadeh

اخلاقی، فرم رضایت آگاهانه برای همکاری در پژوهش توسط شرکت کنندگان تکمیل شده و پژوهشگر به مراجعان این اطمینان را داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و داده‌های پرسشنامه محرمانه خواهد بود. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ابزار سنجش

**پرسشنامه اضطراب بک<sup>۱</sup> (BAI):** این سیاهه توسط آرون تمکین بک<sup>۲</sup> و همکارانش در سال ۱۹۸۸ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که علائم اضطراب را فهرست کرده است. پرسشنامه اضطراب بک برای اندازه‌گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است و هر یک از ماده‌های آن یکی از علائم شایع اضطراب یعنی علائم ذهنی، علائم بدنی و هراس را می‌سنجد (بک و استر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰). شیوه نمره گذاری پرسشنامه بر مبنای طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ درجه است. بک و همکاران (۱۹۸۸) نشان دادند که این پرسشنامه از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر بوده است. براساس مطالعات خارج از کشور، پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد (بک و همکاران، ۱۹۸۸). در مطالعه رفیعی و سیفی (۱۳۹۲) پایایی به روش آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۰ بدست آمد که نشان دهنده پایایی مناسب این ابزار است. همچنین یافته‌های حاصل از تحلیل عاملی نشان داد که ۵۸/۵۴ درصد از کل پراکندگی موجود در مقادیر اضطراب را تبیین می‌کند و این نشان دهنده روایی مناسب پرسشنامه در نمونه‌های ایرانی است. در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ بدست آمد.

**پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ<sup>۴</sup> (PSQI):** این پرسشنامه توسط بویس<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۸۹) برای اندازه‌گیری کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند طراحی شد و در اصل دارای ۹ گویه است اما چون سؤال ۵ خود شامل ۱۰ گویه فرعی است، بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدتزمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکردی روزانه است. دامنه نمرات در این پرسشنامه ۰ تا ۲۱ در نظر گرفته می‌شود. نمرات بالا در هر مولفه یا در نمره کلی نشان دهنده کیفیت خواب نامناسب می‌باشد. نمره کلی ۶ یا بالاتر به معنای نامناسب بودن کیفیت خواب می‌باشد. باس و همکاران (۱۹۸۹) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۳ و روایی آن را به روش همگرا بر اساس چک‌لیست مشکلات خواب  $T = 0.85$  تعیین کردند. پایایی این پرسشنامه در ایران با استفاده از آزمون مجدد ۰/۸۸ به‌دست آمد؛ همچنین روایی این ابزار با استفاده از روایی همگرا با پرسشنامه اضطراب ۰/۵۴ محاسبه شد (حسین آبادی و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهشی حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

**مقیاس افسردگی پس از زایمان<sup>۶</sup> (EPDS):** این مقیاس را ادینبورگ در سال ۲۰۰۳ به‌منظور سنجش افسردگی پس از زایمان طراحی و تدوین کرد. این مقیاس در ایران نیز اعتباریابی شده است (احمدی کانی گلزار و قلی زاده، ۱۳۹۴) و ۱۰ سؤال دارد و بر اساس طیف لیکرت، با سؤالاتی (مانند، وقتی کارها بر وفق مراد من نبوده است، بی‌جهت خود را سرزنش کرده‌ام) به سنجش افسردگی پس از زایمان می‌پردازد. نمره مقیاس ادینبرگ بین صفر تا ۳۰ است. سؤال‌های ۱، ۲ و ۴ از صفر تا ۳- و سؤال‌های ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰ از ۳ تا صفر نمره‌گذاری می‌شوند. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌ها با هم جمع می‌شوند. هرچه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر افسردگی پس از زایمان خواهد بود و بالعکس. ادینبرگ و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ آلفا کرونباخ برای پرسشنامه برابر ۰/۷۰ و روایی پرسشنامه از روش همسانی درونی برابر ۰/۸۲ بدست آورده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده در پژوهش کانی گلزار و قلی‌زاده (۱۳۹۴) برای این مقیاس بیشتر ۰/۷۰ برآورد شد. همچنین مقدار همبستگی‌های درونی آزمون با آزمون کیزر-میر-اولکین برابر با ۰/۸۰ می‌باشد که نشان از صحت گویه‌های پرسشنامه در تشخیص افسردگی پس از زایمان می‌دهد (احمدی کانی گلزار و قلی زاده، ۱۳۹۴). در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۴۸ بدست آمده است.

1 Beck Anxiety Inventory (BAI)

2 Beck Temkin A

3 Steer

4Petersburg Sleep Quality Questionnaire (PSQI)

5 Buysse,

6Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

**پروتکل مدیریت استرس:** این برنامه درمانی بر اساس پروتکل مدیریت استرس آنتونی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۷) تنظیم شد که هر هفته دو جلسه به مدت دو ساعت برگزار شد.

**جدول ۱- محتوای جلسات آموزشی مدیریت استرس آنتونی**

| جلسات | محتوای جلسه                                                                                         |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | معرفی برنامه ها، آگاه شدن از استرسها و پاسخهای استرس، تمرین آرمیدگی عضلانی برای ۱۶ گروه ماهیچه.     |
| دوم   | تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه و چگونگی تأثیرگذاری بر تفکر، عواطف و رفتار.          |
| سوم   | تمرین تنفس، تصویرسازی، تشریح ارتباط متقابل افکار و عواطف و آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه |
| چهارم | تمرین تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل و معرفی انواع رایج افکار منفی و تحریفات شناختی.  |
| پنجم  | آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما و جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی.                       |
| ششم   | آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی و آموزش انواع سبکهای مقابله کارآمد.                 |
| هفتم  | آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقای و اجرای پاسخهای مقابلهای مؤثر.                           |
| هشتم  | تمرین مراقبهی مانترا و آموزش روشهای مدیریت خشم.                                                     |
| نهم   | تمرین مراقبه و شمارش تنفس و آموزش ابراز گری در روابط بین فردی.                                      |
| دهم   | توضیح فواید حمایت اجتماعی، آموزش تکنیکهای حمایت اجتماعی و برنامه‌ریزی مدیریت استرس شخصی             |

## یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان گروه آزمایش در پژوهش ۲۷/۰۷ سال با انحراف معیار ۳/۷۱۲ و میانگین سنی شرکت کنندگان گروه کنترل ۲۷/۳۳ سال با انحراف معیار ۴/۱۰۰ بود. از نظر تحصیلات نیز ۵۳/۳٪ افراد گروه آزمایش دارای سطح تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۲۰٪ دارای سطح تحصیلات فوق دیپلم، ۱۳/۳٪ دارای سطح تحصیلات کارشناسی و ۱۳/۳٪ دارای سطح تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر و ۴۶/۷٪ افراد گروه کنترل دارای سطح تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۲۰٪ دارای سطح تحصیلات فوق دیپلم، ۲۶/۷٪ دارای سطح تحصیلات کارشناسی و ۶/۷٪ دارای سطح تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در جدول ۲ شاخص های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش ذکر شده است.

**جدول ۲. شاخص های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش**

| متغیرها                    | گروه   | پیش آزمون |              | پس آزمون |              | پیگیری  |              |
|----------------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|
|                            |        | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| اضطراب                     | کنترل  | ۲۷/۲۷     | ۷/۱۰۶        | ۲۷/۴۰    | ۷/۳۰۸        | ۲۷/۲۰   | ۶/۸۴۷        |
|                            | آزمایش | ۲۸/۵۳     | ۸/۵۷۶        | ۲۴/۹۳    | ۸/۲۹۳        | ۲۵/۹۳   | ۷/۹۲۳        |
| کیفیت خواب                 | کنترل  | ۱۱        | ۲/۷۷۷        | ۱۱/۱۳    | ۲/۷۲۲        | ۱۱/۲۰   | ۲/۵۶۹        |
|                            | آزمایش | ۱۰/۸۷     | ۲/۴۴۶        | ۹/۳۳     | ۲/۴۹۸        | ۹/۳۳    | ۲/۳۲۰        |
| علائم افسردگی پس از زایمان | کنترل  | ۱۶/۲۷     | ۳/۷۷۰        | ۱۶/۲۰    | ۳/۳۴۲        | ۱۶/۰۷   | ۳/۵۵۵        |
|                            | آزمایش | ۱۶        | ۳/۴۲۳        | ۱۳/۴۷    | ۲/۶۴۲        | ۱۴/۱۳   | ۳/۶۲۳        |

با توجه به نتایج جدول ۲ میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه در مرحله پس آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش در اضطراب، کیفیت خواب و علائم افسردگی پس از زایمان در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون

کاهش داشته است. قبل از انجام تحلیل های آماری، پیش فرض های آماری مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که سطح معناداری هیچکدام از متغیرهای پژوهش در هر دو گروه آزمایش و کنترل معنادار نیست ( $p > 0/05$ )؛ بنابراین توزیع داده ها در تمام متغیرها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل نرمال می باشد. همچنین نتیجه آزمون ام باکس جهت بررسی همگنی واریانس ها معنادار نشد ( $\text{Box's } M = 0/095$ ؛  $p > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده ها در در تمامی متغیرها رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). با توجه به برقراری پیش فرض ها اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مقدور شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چندمتغییری (میکس آنوا) برای متغیرهای وابسته

| اثر               | آزمون | ارزش   | مقدار F | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | Sig.  | اندازه اثر |
|-------------------|-------|--------|---------|------------------|----------------|-------|------------|
| اثر پیلایی        | ۰/۵۳۷ | ۶/۵۵۹  | ۶       | ۱۱۰              | ۰/۰۰۱          | ۰/۲۶۴ |            |
| لامبدای ویلکز     | ۰/۴۷۶ | ۸/۰۹۵  | ۶       | ۱۰۸              | ۰/۰۰۱          | ۰/۳۱۰ | گروه       |
| اثر هتلینگ        | ۱/۰۹۶ | ۹/۶۷۹  | ۶       | ۱۰۶              | ۰/۰۰۱          | ۰/۳۵۴ |            |
| بزرگترین ریشه روی | ۱/۰۹۰ | ۱۹/۹۸۸ | ۳       | ۵۵               | ۰/۰۰۱          | ۰/۵۲۲ |            |

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می دهد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب متغیرهای وابسته به طور همزمان تفاوت معنی داری وجود داشت. به عبارتی یافته های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نیست که در کدام یک از متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در متن میکس آنوا برای متغیرهای وابسته در سه مرحله اندازه گیری

| مولفه                      | منبع       | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | P-مقدار | مجذور اتا |
|----------------------------|------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------|-----------|
| اضطراب                     | درون گروهی | زمان          | ۲          | ۲۴/۷۱۱          | ۱۹/۰۲۰ | ۰/۰۰۱   | ۰/۴۰۵     |
|                            | بین گروهی  | زمان × گروه   | ۲          | ۲۷/۲۴۴          | ۲۰/۹۷۰ | ۰/۰۰۱   | ۰/۴۲۸     |
|                            | خطا        |               | ۵۶         | ۱/۲۹۹           |        |         |           |
| کیفیت خواب                 | درون گروهی | زمان          | ۲          | ۴/۶۷۸           | ۶/۰۲۰  | ۰/۰۰۴   | ۰/۱۷۷     |
|                            | بین گروهی  | زمان × گروه   | ۲          | ۷/۲۳۳           | ۹/۳۰۹  | ۰/۰۰۱   | ۰/۲۵۰     |
|                            | خطا        |               | ۵۶         | ۰/۷۷۷           |        |         |           |
| علائم افسردگی پس از زایمان | درون گروهی | زمان          | ۲          | ۱۴/۱۴۴          | ۱۰/۶۱۵ | ۰/۰۰۱   | ۰/۲۷۵     |
|                            | بین گروهی  | زمان × گروه   | ۲          | ۱۱/۸۷۸          | ۸/۹۱۴  | ۰/۰۰۱   | ۰/۲۴۱     |
|                            | خطا        |               | ۵۶         | ۱/۳۳۳           |        |         |           |

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که بین گروه ها در متغیرهای اضطراب، کیفیت خواب و علائم افسردگی پس از زایمان تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به تفکیک گروه ها در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون یونفرونی برای مقایسه زمان ها

| متغیر                      | زمان                | آموزش مدیریت استرس |            |
|----------------------------|---------------------|--------------------|------------|
|                            |                     | میانگین تفاوت ها   | خطای معیار |
| اضطراب                     | پیش آزمون- پس آزمون | ۱/۷۳۳              | ۰/۲۴۲      |
|                            | پیش آزمون - پیگیری  | ۱/۳۳۳              | ۰/۳۳۵      |
|                            | پس آزمون - پیگیری   | -۰/۴۰۰             | ۰/۲۹۸      |
|                            | پیش آزمون- پس آزمون | ۰/۷۰۰              | ۰/۲۳۳      |
| کیفیت خواب                 | پیش آزمون - پیگیری  | ۰/۶۶۷              | ۰/۲۶۳      |
|                            | پس آزمون - پیگیری   | -۰/۰۳۳             | ۰/۱۷۹      |
| علائم افسردگی پس از زایمان | پیش آزمون- پس آزمون | ۱/۳۰۰              | ۰/۲۸۲      |
|                            | پیش آزمون - پیگیری  | ۱/۰۳۳              | ۰/۳۳۵      |
|                            | پس آزمون - پیگیری   | -۰/۲۶۷             | ۰/۲۷۴      |
|                            | پس آزمون - پیگیری   |                    |            |

نتایج آزمون تعقیبی یونفرونی برای مقایسه زوجی در جدول ۶ نشان داد، تفاوت نمرات میانگین ها بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و بین مراحل پیش آزمون و پیگیری برای متغیرهای اضطراب و علائم افسردگی پس از زایمان در گروه آزمایش، بیانگر کاهش معنادار نمرات در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مراحل پیش آزمون در گروه مداخله است. همچنین تفاوت نمرات میانگین ها بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای متغیر کیفیت خواب در گروه آزمایش، بیانگر افزایش معنادار نمرات در مراحل پس آزمون در مقایسه با مراحل پیش آزمون در گروه مداخله است. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و آموزش مدیریت استرس بر اضطراب، کیفیت خواب و شدت علائم افسردگی پس از زایمان در مادران نخست زایم اثربخش است. تفاوت ها از مرحله پس آزمون به مرحله پیگیری معنادار نبود، به این معنا که اثرات آموزش مدیریت استرس در طول زمان ثبات داشت.

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مدیریت استرس بر اضطراب، کیفیت خواب و شدت علائم افسردگی پس از زایمان در مادران نخست زایم بود. یافته پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت استرس بر اضطراب در مادران نخست زایم اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش های نژادحسینیان و همکاران (۱۴۰۲)، گوایینی و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. نتایج پژوهش نشان می دهد که آموزش مدیریت استرس بر کاهش اضطراب در مادران نخست زایم اثربخش است. بارداری و تولد نخستین فرزند، یک تجربه استرس زا و پرچالش برای زنان محسوب می شود. مادران نخست زایم با مسائل و نگرانی های متعددی روبرو هستند، از جمله تغییرات فیزیولوژیکی و هورمونی، تغییر نقش ها و مسئولیت ها، و نگرانی در مورد زایمان و مراقبت از نوزاد. این عوامل می تواند منجر به افزایش سطح استرس و اضطراب در آنها شود (موتوینکو- سیکار و همکاران، ۲۰۲۳). آموزش مدیریت استرس به مادران نخست زایم کمک می کند تا راهبردهای مقابله ای مناسب را بیاموزند و بر تنش های روانی ناشی از این تجربه جدید غلبه کنند. تکنیک های آموزش داده شده شامل تمرینات آرامش، تنفس عمیق، تصویرسازی ذهنی، و شناسایی و اصلاح افکار منفی و ناکارآمد است (رمضانلو و ابوالعالی، ۲۰۲۳). این مهارت ها به مادران کمک می کند تا بر احساسات و هیجانات خود کنترل بیشتری داشته باشند و از راهبردهای مقابله ای سازگارانه برای مدیریت استرس استفاده کنند. علاوه بر این، آموزش مدیریت استرس معمولاً در قالب گروهی انجام می شود که به مادران نخست زایم فرصت را می دهد تا تجربیات خود را با دیگران به اشتراک بگذارند و از حمایت اجتماعی بهره مند شوند (گوایینی و همکاران، ۲۰۲۲). این امر می تواند به کاهش احساس تنهایی و انزوای اجتماعی در آنها کمک کند که خود یک عامل خطر برای اضطراب است.

همچنین یافته های پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت استرس بر کیفیت خواب و در مادران نخست زایم اثربخش بوده است. این یافته با نتایج پژوهش های علیزاده و همکاران (۲۰۲۲)، کلسلی و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. مادران نخست زایم در دوران بارداری و پس از زایمان با چالش های متعددی از جمله تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی روبرو می شوند که می تواند منجر به استرس و اختلال در خواب آنها شود. بر اساس پژوهش های اخیر، آموزش مدیریت استرس می تواند در بهبود کیفیت خواب این گروه از مادران مؤثر باشد. شواهد نشان

می‌دهد که استرس مزمن می‌تواند موجب افزایش ترشح هورمون‌هایی مانند کورتیزول شود که بر چرخه خواب و بیداری تأثیر می‌گذارد (علیزاده و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، استرس می‌تواند باعث افزایش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک شود که این امر با تشدید اضطراب و نگرانی همراه است و خواب را مختل می‌کند. از سوی دیگر، آموزش مدیریت استرس شامل تکنیک‌هایی مانند تنفس عمیق، تن‌آرامی عضلانی و تصویرسازی ذهنی است که می‌تواند موجب کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و افزایش فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک شود (گوانینی و همکاران، ۲۰۲۲). این تغییرات به نوبه خود باعث کاهش سطح استرس، اضطراب و نگرانی می‌شود و در نتیجه، کیفیت خواب را بهبود می‌بخشد. علاوه بر این، آموزش مدیریت استرس می‌تواند موجب افزایش توانایی مادران در مقابله با چالش‌های مربوط به نقش جدید آنها شود و از این طریق، استرس و اختلالات خواب آنها را کاهش دهد (علیزاده و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، نتایج پژوهش مذکور که نشان می‌دهد آموزش مدیریت استرس بر کیفیت خواب مادران نخست‌زا اثربخش است، با شواهد علمی موجود همخوانی دارد.

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت استرس بر افسردگی پس از زایمان و در مادران نخست‌زا اثربخش بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های هوانگ و همکاران (۲۰۲۳) و حسن زاده و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. دوران پس از زایمان یک دوره پرتنش و چالش‌برانگیز برای مادران جدید است که می‌تواند خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش دهد (هوانگ و همکاران، ۲۰۲۳). تغییرات هورمونی، خستگی، نگرانی‌های مربوط به نقش‌های جدید و مسئولیت‌های مادری، از جمله عوامل خطر ساز برای افسردگی پس از زایمان هستند. از طرف دیگر، آموزش مهارت‌های مدیریت استرس به مادران می‌تواند به آنها کمک کند تا با شناسایی منابع استرس و یادگیری راهبردهای مقابله‌ای مناسب، سطح استرس و اضطراب خود را کاهش دهند (شمس دانش و همکاران، ۲۰۲۳). تکنیک‌هایی مانند تن‌آرامی، تمرینات تنفسی، شناخت‌درمانی، و آموزش مهارت‌های حل مسئله می‌توانند به مادران کمک کنند تا با چالش‌های دوران پس از زایمان بهتر کنار بیایند و در نتیجه، خطر ابتلا به افسردگی را کاهش دهند با کاهش سطح استرس و اضطراب، مادران نخست‌زا می‌توانند با تجربه مثبت‌تری از مادری روبرو شوند و از لحاظ روانی آمادگی بیشتری برای مقابله با چالش‌های این دوران داشته باشند. این امر می‌تواند خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را کاهش دهد و به سلامت روان و رفاه مادر و نوزاد کمک کند (حسن زاده و همکاران و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، آموزش مهارت‌های مدیریت استرس به مادران نخست‌زا، با کاهش سطح استرس و اضطراب آنها در دوران پس از زایمان، می‌تواند به کاهش شدت علائم افسردگی پس از زایمان کمک کند.

در مجموع بر اساس نتایج این پژوهش، آموزش مدیریت استرس می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامت روانی مادران نخست‌زا داشته باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزش راهبردهای مدیریت استرس می‌تواند به کاهش اضطراب، بهبود کیفیت خواب و کاهش شدت علائم افسردگی پس از زایمان در این گروه از مادران کمک کند. این نتایج قابل توجه است، زیرا دوران پس از زایمان با چالش‌های روانی و جسمی متعددی همراه است که می‌تواند سلامت مادر و نوزاد را تحت تأثیر قرار دهد. آموزش مدیریت استرس به عنوان یک مداخله غیردارویی می‌تواند راهکاری مؤثر برای حمایت از سلامت روان مادران باشد و از بروز عوارض جدی‌تر جلوگیری کند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجایی که پژوهش حاضر بر روی زنان نخست‌زا انجام شد؛ لذا تعمیم نتایج به سایر مادران را با مشکل مواجه می‌سازد. استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان مهم‌ترین محدودیت دیگر در این پژوهش مطرح بود. انجام مطالعات مشابه با حجم نمونه بزرگ‌تر و نمونه‌گیری از جوامع متنوع‌تر برای افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها و استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و پیشنهاد می‌شود. همچنین امید است این پژوهش به دلیل فراهم آوردن دانش و شناخت عواطف و هیجانات فرد در مسائل بارداری بتواند در جهت افزایش توانمندی‌ها و کیفیت روابط زنان باردار راهکار مناسبی ارائه دهد. در همین راستا هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش مدیریت استرس بر اضطراب، کیفیت خواب و شدت علائم افسردگی پس از زایمان در مادران نخست‌زا بود.

## منابع

- احمدی‌کانی گلزار، ا. و قلی زاده، ز. (۱۳۹۴). اعتبار سنجی ایرانی آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبرگ برای غربالگری افسردگی پس از زایمان. *روان پرستاری*. ۳ (۳): ۱-۱۰. URL: <http://ijpn.ir/article-1-611-fa.html>
- افروزه، م.، حیدرزاده، ا.، مقدم احمدی، ا.، افروزه، ف. و کاظمی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش کنترل استرس بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. *سلامت جامعه*. ۱۷ (۲)، ۸۴-۹۴. doi: [10.22123/chj.2023.318476.1823](https://doi.org/10.22123/chj.2023.318476.1823)



- امامی آلتی، ز.، سلطانی، ا.، محمدبیگی، ا.، و قارلی پور، د. (۱۴۰۲). روایی و پایایی ابزار سنجش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان نخست باردار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. ۱۷ (۱). URL: <http://journal.muq.ac.ir/article-1-3708-fa.html>
- امیری، س.، امیرپور، ب.، و اعتصامی پور، ر. (۱۴۰۲). مقایسه درد ذهنی، فاجعه سازی درد و ترس از زایمان در زنان نخست زا با و بدون اختلال افسردگی پس از زایمان (مطالعه موردی بیمارستان معتضدی کرمانشاه). *تحقیقات سلامت در جامعه*، ۹ (۱)، ۸۸-۹۸. SID. <https://sid.ir/paper/1132437/fa>
- حسین‌آبادی، ر.، نوروزی، ک.، پوراسماعیلی، ر.، کریملو، م.، مداح، س. س. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر ماساژ نقاط فشاری بر کیفیت خواب سالمندان. *مجله توانبخشی*. ۹ (۲)، ۱۴-۸. URL: <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-247-fa.html>
- رضانلو، م.، و ابوالمعالی، خ. (۲۰۲۳). اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس-هیجان بر کیفیت رابطه مادر-کودک مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم. *Clinical Psychology Studies* ۱۲ (۳۱۸۹-۲۳۲۲)، ۱۲ (۴۸). DOI: [10.22054/jcps.2023.63124.2629](https://doi.org/10.22054/jcps.2023.63124.2629)
- علوی، م.، باقرزاده، ر.، معتمد، ن.، و روانی پور، م. (۱۴۰۲). ارتباط بین حس انسجام و کیفیت خواب با علائم افسردگی پس از زایمان و دل‌بستگی مادر - نوزاد در مادران نخست‌زای مراجعه کننده به زایشگاه‌های شهرستان لامرد در سال ۱۴۰۰. *مجله طب جنوب*. ۲۶ (۳)، ۱۸۹-۲۰۲. URL: <http://ismj.bpums.ac.ir/article-1-1855-fa.html>
- محلی، ف.، علی نژاد مقدم، م.، کاتبی، م. س.، دشتگرد، ع.، و قلعه نوئی، م. (۱۴۰۳). بررسی تأثیر آرام‌سازی بنسون بر اضطراب قبل از سزارین مادران باردار نخست‌زا. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۳۱ (۱)، ۷۲-۸۲. doi: [10.30468/jsums.2024.7640.2972](https://doi.org/10.30468/jsums.2024.7640.2972)
- نژادحسینیان، ز.، بختیارپور، س.، و زنگنه مطلق، ف. (۱۴۰۲). مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس دل‌بستگی مادر به جنین با میانجی‌گری اضطراب بارداری در زنان باردار. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۸ (۷۰)، ۲۵۱-۲۵۹. doi: [10.22034/jmpr.2023.16517](https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.16517)
- Abera, M., Hanlon, C., Daniel, B., Tesfaye, M., Workicho, A., Girma, T., ... & Wells, J. C. (2024). Effects of relaxation interventions during pregnancy on maternal mental health, and pregnancy and newborn outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Plos one*, 19(1), e0278432. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278432>
- Aghamohammadi, F., Saed, O., Ahmadi, R., & Kharaghani, R. (2022). The effectiveness of adapted group mindfulness-based stress management program on perceived stress and emotion regulation in midwives: a randomized clinical trial. *BMC psychology*, 10(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00823-7>
- Alizadeh, Z., Noroozi, F., Kaveh, M. H., Cousins, R., & Ghahremani, L. (2023). Effect of a stress management intervention based on self-efficacy theory for enriching marital relationships and sleep quality in pregnant women. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3197031/v1>
- Antoni MH, Ironson G, Schneiderman N. (2007). Cognitive - behavioral stress management. *Oxford University Press*. 1 -144.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A.T. and Steer, R.A. (1990) Manual for the beck anxiety inventory. *The Psychological Corporation, San Antonio*.
- Buysse, D.J (1989)The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.*, 28(2): 193 -213. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1572543025735961216>
- Díaz-Torres S, Díaz-López A, Arija V. (2024). Effect of Prenatal Iron Supplementation Adapted to Hemoglobin Levels in Early Pregnancy on Fetal and Neonatal Growth—ECLIPSES Study. *Nutrients*. 2024; 16(3):437. <https://doi.org/10.3390/nu16030437>
- Farrahi Moghaddam, J., Nakhaee, N., Sheibani, V., Garrusi, B., & Amirkaifi, A. (2012). Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep and Breathing*, 16, 79-82. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11325-010-0478-5>
- Güney, E., Cengizhan, S. Ö., Okyay, E. K., Bal, Z., & Uçar, T. (2022). Effect of the Mindfulness-Based Stress Reduction program on stress, anxiety, and childbirth fear in pregnant women diagnosed with COVID-19. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 47, 101566. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101566>
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedy, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2022). Comparison of childbirth experiences and postpartum depression among primiparous women based on their attendance in childbirth preparation classes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(18), 3612-3619. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1834531>
- Heidari, A. R., Ehteshamzadeh, P., & Marashi, M. (2010). The relationship between insomnia intensity, sleep quality, sleepiness and mental health disorder with educational performance in female adolescences of Ahwaz city. *woman and culture*. <https://www.sid.ir/paper/189639/en>
- Henshaw, J., Cooper, E., Wood, M., , T. et al. (2023). Psychosocial predictors of early postpartum depressive and anxious symptoms in primiparous women and their partners. *BMC Pregnancy Childbirth* 23, 209 <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05506-8>
- Huang, C MM\*; Fan, Yajing MA\*; Hu, Sanlian MA†. The Prevalence and Influencing Factors of Postpartum Depression Between Primiparous and Secundiparous. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 211(3):p 190-194, March 2023. | DOI: [10.1097/NMD.0000000000001591](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001591)
- Kiliçli ID A, Zeyneloglu ID S. Effect of Reflexology on Pain, Fatigue, Sleep Quality, and Lactation in Postpartum Primiparous Women After Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Human Lactation*. 2024;40(2):221-236. doi:10.1177/08903344241232982

- Koochaksaraei F Y, Nasiri-Amiri F, Faramarzi M, Khafari S, Kheirkhah F. Late-pregnancy sleep quality and psychological distress in Iranian primiparous women. *Caspian J Reprod Med* 2022; 8 (1) :1-8  
URL: <http://caspijrm.ir/article-1-198-en.html>
- Lindblad V, Melgaard D, Jensen KL, Eidhammer A, Westmark S, Kragholm KH, Gommessen D. Primiparous women differ from multiparous women after early discharge regarding breastfeeding, anxiety, and insecurity: A prospective cohort study. *Eur J Midwifery*. 2022 Mar 10;6:12. doi: 10.18332/ejm/146897. PMID: 35350798; PMCID: PMC8908029.
- Mahin, S. (2009). The effect of sedation on the quality of sleep and the rate of drowsiness of nurses on duty. *University of Medical Sciences*.
- Matvienko-Sikar, K., Redsell, S., & Flannery, C. (2023). Effects of maternal stress and/or anxiety interventions in the first 1000 days: Systematic review of reviews. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 41(2), 114-151. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1976400>
- Ryan, J. T., Day, H., Egger, M. J., Wu, J., Depner, C. M., & Shaw, J. M. (2024). Night-time sleep duration and postpartum weight retention in primiparous women. *Sleep Advances*, 5(1), zpad056. <https://doi.org/10.1093/sleepadvances/zpad056>
- Shamsdanesh, S., Nourizadeh, R., Hakimi, S., Ranjbar, F., & Mehrabi, E. (2023). The effect of counseling with stress management approach on postpartum anxiety and distress and breastfeeding self-efficacy during COVID-19 pandemic: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05356-4>