بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی– رفتاری بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان باردار

زهرا جباری[1]، حسن هاشمی[2]، سیدعباس حقایق[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: امروزه مسایل زیادی زنان باردار را در معرض اضطراب و ناراحتی قرار می‌دهد. در اثر این امر با وجود پیشرفت‌های عظیم پزشکی تعداد قابل ملاحظه‌ای از پیامدهای منفی بارداری به وقوع می‌پیوند. مناسب‌ترین درمان‌ها به علت محدودیت‌های دوران بارداری، درمان روان‌شناختی می‌باشد. هدف از این مطالعه، بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان در دوران بارداری بود.

روش‌ها: بدین منظور از بین ۸۰ نفر از زنان باردار که بالاترین نمره استرس، اضطراب و افسردگی را در پرسش‌نامه Depression anxiety stress scale (DASS-۴۲) کسب کردند، ۲۴ نفر انتخاب شدند. این افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و شاهد (۱۲ نفر) قرار گرفتند. این طرح درمانی طی هشت جلسه هفتگی بر اساس راهنمای درمانی آنتون و همکاران در مرکز بهداشت درمانی شهید رجایی شهر شهرضا برای گروه آزمایش اجرا شد. پرسش‌نامه DASS-۴۲ (خرده مقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی) در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل شد. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات وضعیت روانی (استرس، اضطراب و افسردگی) گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معنی‌داری کمتر از میانگین نمرات استرس در گروه شاهد بود ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس می‌تواند به عنوان شیوه درمانی انتخابی در جهت کاهش استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری به کار گرفته شود. با این حال برای افزایش میزان اثربخشی مداخله باید علاوه بر توجه به افکار ناکارامد، توجه ویژه‌ای به باورهای هسته‌ای و فرض‌های زیربنایی افراد شود.

واژه‌های کلیدی: مدیریت استرس، شیوه شناختی- رفتاری، اضطراب، افسردگی، بارداری

ارجاع: جباری زهرا، هاشمی حسن، حقایق سیدعباس. **بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان باردار.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۱؛ ۸ (۷): ۱۳۴۷-۱۳۴۱.

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۴/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۱۲

۱- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرند، زرند، ایران

۲- مربی، گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: hashemi@hlth.mui.ac.ir

۳- دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

مقدمه

بارداری و زایمان به عنوان یک رویداد طبیعی در چرخه زندگی زنان مطرح می‌باشد. با این حال اگرچه بارداری یک عملکرد طبیعی برای زنان به حساب می‌آید، ولی در عین حال تجربه‌ای پراسترس تلقی می‌شود. این تجربه با تغییرات گسترده روانی و جسمی در مادران باردار همراه می‌باشد (۱). سطح آگاهی مادران جامعه از دستورالعمل‌ها و مراقبت‌های ویژه دوران بارداری پایین می‌باشد. از طرف دیگر ضعف جسمانی ناشی از کم تحرکی و افزایش وزن بیش از حد باعث می‌شود تا در پاره‌ای از موارد، دوران بارداری و زایمان با تحمل اضطراب، سختی‌ها و پیامدهای منفی غیر قابل انتظاری همراه گردد. این امر می‌تواند مادران را تا سال‌ها پس از زایمان و حتی در دوران سالمندی گریبان‌گیر و مبتلا سازد (۲).

در صورت بروز اختلال در مادر، رابطه بین مادر و نوزاد خدشه‌دار می‌شود که رابطه‌ای مهم است. در شرایطی که مادر 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 می‌دهد. در این شرایط مادر رفتارهای غیرعادی نظیر بی‌تفاوتی، عدم اطمینان به دیگران، رفتارهای ناهنجار و عدم ارتباط مؤثر با دیگران به همراه انزوای اجتماعی و عاطفی نشان خواهد داد (۳).

استرس بارزترین علامت در رفتارها و نشانه‌های بالینی زنان باردار است. امروزه مشخص شده است که موقعیت‌های استرس‌دار زندگی از جمله تعارضات زناشویی، مشکلات شغلی، نگرانی درباره دشواری‌های بارداری و رابطه با همسر می‌تواند در تغییرات روانی مادران باردار نقش داشته باشد (۴). استرس در دوران بارداری باعث پیامدهایی برای جنین از جمله کم وزنی زمان تولد، تولد نارس یا حتی سقط جنین و همچنین باعث زایمان‌های سخت و طولانی می‌شود (۵).

اضطراب یکی از شایع‌ترین علایم همراه در مادران باردار است و بزرگ‌ترین سهم را در درد زایمان دارد. آموزش زایمان این نگرانی و هراس را از بین می‌برد و در نتیجه درد را به شدت کاهش می‌دهد (۶). روان زن در دوران بارداری تحت تأثیر عواملی از قبیل احساس فرد در مورد هویت زنانگی خود، زندگی زناشویی، خانواده شوهر، همچنین احساس وی در مورد توافق‌ها و تضادها با همسر، ارتباط جنسی وخواستن یا نخواستن کودک قرار می‌گیرد (۷).

Cuhadaroglu دریافت که نوزادانی که از مادران پرتنش و مضطرب متولد شدند، در معرض خطر بی‌قراری و کم وزنی قرار داشتند. استرس مادری با سطوح بالای هورمون‌های استرس (اپی نفرین و آدرنوکورتیکوتروپین) در جریان خون جنین ارتباط دارد. این هورمون‌ها مستقیم روی شبکه عصبی اثر می‌کنند و فشار خون، ضربان قلب و سطح فعالیت را بالا می‌برند (۸). مادران مبتلا به سطح بالای اضطراب بیشتر احتمال دارد که کودکان بیش فعال، تحریک‌پذیر و کم وزن داشته باشند تا مادرانی که سطوح پایین‌تر اضطراب دارند. این کودکان در خوردن و خوابیدن مشکلاتی دارند (۹).

افسردگی اختلال شایعی در زنان باردار است که سلامت مادر و کودک را در دوران بارداری و پس از زایمان مورد تهدید جدی قرار می‌دهد. افسردگی در دوران بارداری باعث عدم مراقبت مادر از خود، بی‌اشتهایی، کم وزن بودن نوزاد و تولد زودرس نوزاد می‌گردد (۱۰). افسردگی در دوران بارداری می‌تواند منجر به عدم توجه به خود، تغذیه ناکافی، مصرف سیگار، مصرف دارو و عدم مراقبت دوران بارداری شود. این امر همچنین خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد که ممکن است عواقب ناگواری مانند خودکشی و سوء استفاده از کودک را به دنبال داشته باشد (۱۱). متأسفانه سهل‌انگاری در تشخیص و درمان افسردگی در دوران بارداری و بیشتر مواقع به علت تشابه علایم افسردگی با علایم جسمانی بارداری مانع از تشخیص به موقع و صحیح افسردگی می‌شود (۱۲). هدف از این مطالعه، اثربخشی روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان باردار بود.

روش‌ها

این مطالعه از نوع تجربی و طرح آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و شاهد) همراه با دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون بود. متغیر مستقل، درمان شناختی- رفتاری مدیریت

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

استرس بود. این متغیر تنها در گروه آزمایش اعمال شد و تأثیرات آن بر نمرات پس آزمون در بیماران گروه آزمایش با گروه شاهد مورد مقایسه قرار گرفت. کلیه زنان باردار مبتلا به استرس، اضطراب و افسردگی شهرستان شهرضا جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند. این افراد در اردیبهشت ماه ۱۳۸۹ به مطب متخصصان زنان و زایمان این شهرستان مراجعه می‌کردند. برای انتخاب این نمونه ابتدا به روش نمونه‌گیری تصادفی، ۳ مطب از مطب‌های متخصصین زنان و زایمان انتخاب شد. سپس به ۸۰ زن باردار پرسش‌نامه استرس، اضطراب و افسردگی داده شد. در انتخاب نمونه‌ها این شرط لحاظ شد که مادران حداکثر در ماه ششم زایمان باشند تا زایمان با جلسات گروه درمانی تداخل پیدا نکند.

از میان کل نمونه‌ها ۲۶ نفر از زنانی انتخاب شدند که بالاترین نمره را در پرسش‌نامه (DASS-۴۲) Depression anxiety stress scale کسب کردند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۳ نفر) و شاهد (۱۳ نفر) قرار گرفتند. جهت تکمیل پرسش‌نامه برای انجام پیش آزمون یک جلسه مقدماتی در مرکز بهداشت درمانی شهید رجایی برگزار شد و همزمان اعضای گروه شاهد پرسش‌نامه را تکمیل کردند.

مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در ۸ جلسه هفتگی (هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه) بر اساس راهنمای درمانی Antoni و همکاران (به نقل از صاحبی و همکاران) انجام شد. پس از پایان جلسات درمان، پرسش‌نامه‌های پس آزمون طی یک جلسه توسط افراد گروه آزمایشی تکمیل شد. با افراد گروه شاهد تماس گرفته شد و از آن‌ها خواسته شد با حضور در مرکز بهداشت درمانی پرسش‌نامه‌های پس آزمون را تکمیل کنند.

پرسش‌نامه DASS در سال ۱۹۹۵ توسط لاویبوند تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم اصلی آن دارای ۴۲ عبارت است که هر یک از واژه‌های استرس، اضطراب و افسردگی را توسط ۱۴ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم کوتاه آن شامل ۲۱ عبارت است که هر یک از ۷ عبارت یک عامل یا سازه روانی را اندازه‌گیری می‌کند. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی وهمکاران برای جمعیت ایران اعتباریابی شد و از مؤلفه‌های روان‌سنجی (پایایی درونی و اعتبار سازه) مطلوبی برخوردار بود (۷). داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان باردار در دو گروه آزمایشی و شاهد در جدول ۱ ارایه شده است.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش و شاهد در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمیت‌شناختی گروه آزمایش و شاهد

عضویت گروهی متغیرها و سطوح آن		گروه آزمایش n = ۱۲		گروه شاهد n = ۱۲		کل n = ۲۴	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۲۱-۱۷	۴	۳۳/۳۳	۳	۲۵/۰۰	۷	۲۹/۱۶
	۲۶-۲۲	۵	۴۱/۶۶	۲	۱۶/۶۶	۷	۲۹/۱۶
	۳۱-۲۷	۲	۱۶/۶۶	۴	۳۳/۳۳	۶	۲۵/۰۰
	۳۶-۳۲	۱	۸/۳۳	۳	۲۵/۰۰	۴	۱۶/۶۶
تحصیلات	سیکل	۴	۳۳/۳۳	۵	۴۱/۶۶	۹	۳۷/۵
	دیپلم	۷	۵۸/۳۳	۴	۳۳/۳۳	۱۱	۴۵/۸۳
	فوق دیپلم	۱	۸/۳۳	۰	۰/۰۰	۱	۴/۱۶
	لیسانس	۰	۰/۰۰	۳	۲۵/۰۰	۳	۱۲/۵۰

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]
www.mui.ac.ir

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات

متغیر	شاخص	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس	آزمایش	۱۲	۲۷/۶۶	۳۳/۶۹	۱۷/۲۵	۶/۰۹
	شاهد	۱۲	۲۶/۰۰	۵/۸۳	۳۲/۰۸	۴/۶۴
اضطراب	آزمایش	۱۲	۲۱/۲۵	۷/۳۸	۱۳/۵۰	۴/۶۰
	شاهد	۱۲	۱۹/۳۳	۴/۲۹	۲۴/۹۱	۵/۹۶
افسردگی	آزمایش	۱۲	۲۲/۰۰	۹/۲۱	۱۴/۹۱	۷/۹۱
	شاهد	۱۲	۲۳/۳۳	۸/۰۱	۲۸/۴۱	۶/۷۲

جدول ۳: نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در بررسی فرض نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	شاخص	آماره	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
استرس	آزمایش	۰/۹۵۳	۱۲	۰/۶۸۰
	شاهد	۰/۹۶۸	۱۲	۰/۸۸۹
اضطراب	آزمایش	۰/۹۲۷	۱۲	۰/۳۵۴
	شاهد	۰/۹۳۴	۱۲	۰/۴۲۱
افسردگی	آزمایش	۰/۹۰۰	۱۲	۰/۱۵۸
	شاهد	۰/۸۹۷	۱۲	۰/۱۴۵

قبل از استفاده از تحلیل ANCOVA، پیش فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. همان طور که نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در جدول ۳ نشان می‌دهد، توزیع نمرات در جامعه نرمال بود. از این رو پیش فرض نرمال بودن نمرات تأیید شد. همچنین پیش فرض تساوی واریانس‌ها با آزمون Leven مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که به غیر از افسردگی پیش فرض تساوی واریانس‌ها برای نمرات پس آزمون دو متغیر استرس و اضطراب مورد تأیید است ($P < ۰/۰۵$). با توجه به این نتایج و تساوی حجم نمونه در دو گروه، استفاده از تحلیل ANCOVA به عنوان یک آزمون پارامتریک بلامانع است.

نتایج تحلیل ANCOVA در جدول ۴ ارایه شده است.

همان طور که نتایج نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی هر دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر بالا نشان می‌دهد که بیشترین تفاوت نمرات دو گروه ناشی از مداخله مدیریت استرس است. توان آماری ۱ نشان می‌دهد که احتمال خطای نوع دوم صفر است و نتایج قابلیت تعمیم‌دهی بالایی دارد.

بحث

افسردگی در دوران بارداری باعث عدم مراقبت مادر از خود، بی‌اشتهایی، کم بودن وزن نوزاد و تولد زودرس نوزاد می‌گردد. بارداری و زایمان از تحولات نموی مهم در زندگی زنان می‌باشد. از این رو باید سازگاری‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی لازم در فرد صورت گیرد تا آمادگی برای وضع حمل موفقیت‌آمیز ایجاد شود. تبیین شناختی این مورد شبیه به اضطراب است با این تفاوت که نوع افکار ناکارامد و خطاهای شناختی در افسردگی متفاوت با اضطراب است. در افسردگی افکار منفی مانند احساس بی‌ارزشی، از دست دادن جذابیت

جدول ۴: نتایج تحلیل ANCOVA نمرات استرس، اضطراب و افسردگی

مرحله	شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
استرس		۱۴۰۶/۷۴۲	۱	۱۴۰۶/۷۴۲	۵۵/۵۰۵	< ۰/۰۰۱	۰/۷۲۶	۱
اضطراب		۸۵۲/۸۲۳	۱	۸۵۲/۸۲۳	۳۴/۰۲۳	< ۰/۰۰۱	۰/۶۱۸	۱
افسردگی		۹۶۷/۱۶۶	۱	۹۶۷/۱۶۶	۳۱/۲۶۸	< ۰/۰۰۱	۰/۵۹۸	۱

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

جسمانی و کاهش عزت نفس رایج است، ولی در اضطراب بیشتر افکار منفی مانند باور به ناتوانی در ایفای نقش مادر، زایمان بی‌خطر و حتی جنسیت جنین است.

نتایج تحلیل ANCOVA مربوط به فرضیه اول نشان داد که میانگین نمرات استرس گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معنی‌داری کمتر از میانگین نمرات استرس در گروه شاهد است (P < ۰/۰۰۱). با توجه به بالا بودن میزان این تأثیر (۷۲ درصد) می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به طور معنی‌داری میزان استرس زنان باردار را کاهش داده است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیق لین ماری مارئوریلو و کاشانیان همخوانی داشت.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که استرس باعث تحریک غده فوق کلیوی و تحریک سیستم سمپاتیک می‌شود که طی فرایند پیچیده‌ای باعث افزایش تعداد تنفس، تعداد ضربان قلب، نبض و فشار خون می‌شود. در صورت تکرار و مزمن شدن این پدیده، فرد دچار فشار خون بالا و سایر بیماری‌ها خواهد شد. یکی از روش‌های مقابله با عوامل استرس‌زا، تکنیک آرامسازی پیشرونده عضلانی است که یکی از تکنیک‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری می‌باشد. به نظر می‌رسد که با استفاده از این تکنیک می‌توان آثار نامطلوب فیزیولوژیک ناشی از استرس را از بین برد و از بروز علایم ناشی از این عوامل مخرب جلوگیری کرد.

نتایج نشان داد که میانگین نمرات اضطراب زنان باردار گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معنی‌داری نسبت به میانگین نمرات اضطراب در گروه شاهد کمتر است (P < ۰/۰۰۱). از این رو با توجه به بالا بودن میزان این تأثیر (۶۱ درصد) می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به طور معنی‌داری میزان اضطراب زنان باردار را کاهش داده است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیق نخلستانی حق، کوزه‌چیان، احمدیان و قربانی همخوانی داشت.

تجربه حاملگی در زندگی زنان را می‌توان نوعی بحران موقعیتی به حساب آورد. وجود اضطراب به شکل‌های مختلف در زنان باردار مشکلاتی را برای مادر و جنین ایجاد می‌کند. به خصوص این امر برای زنان نخست‌زا وجود دارد که در برابر این مشکلات آمادگی لازم را ندارند. مهم‌ترین عامل اثربخشی را می‌توان به نقش افکار ناکارامد و باورهای غلط در مورد بارداری و زایمان در بروز اضطراب اشاره کرد. در جلسات درمانی سعی شد با استفاده از تکنیک‌های شناختی مانند فلش رو به عقب و پرسشگری سقراطی، افکار شناختی منفی شناسایی شوند. سپس با استفاده از تکنیک‌هایی مانند فاجعه‌زدایی، بار اضطرابی آن‌ها کاهش یابد.

نتایج نشان داد که میانگین نمرات افسردگی زنان باردار گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معنی‌داری نسبت به میانگین نمرات افسردگی در گروه شاهد کمتر است (P < ۰/۰۰۱). بنابراین با توجه به بالا بودن میزان این تأثیر (۵۹ درصد) می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به طور معنی‌داری میزان افسردگی زنان باردار را کاهش داده است. یافته‌های این مطالعه با نتایج تحقیق بنازاده و همکاران همخوانی داشت.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس می‌تواند به عنوان شیوه درمانی انتخابی در جهت کاهش استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری به کار گرفته شود. با این حال برای افزایش میزان اثربخشی مداخله باید علاوه بر توجه به افکار ناکارامد، توجه ویژه‌ای به باورهای هسته‌ای و فرض‌های زیربنایی افراد شود. لازم به ذکر است که این پژوهش در مورد زنان باردار انجام شد و نتایج آن در مورد افراد دارای اختلالات دیگر قابل تعمیم نیست. همچنین این مطالعه در شهر شهرضا انجام شد و در تعمیم آن به دیگر شهرها باید به شباهت فرهنگی توجه نمود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی (کد ۲۱۱۲۰۷۰۶۸۸۲۰۲۵) بود. از همکاری آقای دکتر حمیدطاهر نشاط دوست و خانم وحیده منتظری در انجام این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

References

1. Kugu N, Akyuz G. Psychological state in pregnancy. Journal of the Faculty of Medicine Cumhuriyet University 2001; 23(1): 61-4.
2. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. Br J Clin Psychol 2003; 42(Pt 2): 111-31.
3. Khodadostan M. The relationship between factors of postpartum depression in women referred to health centers in Isfahan [Thesis]. Isfahan, Iran: Department of Medicine, University of Isfahan; 1997. [In Persian].
4. Nasiri M. Pregnancy and Childbirth mental health. Tehran, Iran: Boshra Publication; 1997. [In Persian].
5. Khana G. Stress. Trans. Ghandehari Sh. Tehran, Iran: Peydayesh Publication; 2003. [In Persian].
6. Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. Current Obstetrics & Gynaecology 2003; 13(1): 7-13.
7. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Developmental Pscychology 2005; 1(4): 299-312. [In Persian].
8. Cuhadaroglu F. Observing depression and anxiety together in adolescents: a review. Turkish Journal of Psychiatry 1993; 4: 183-8.
9. Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackmann A. Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.
10. Lovibond SH, Lovibond PF. The Dass: Manual for the Depression, Anxiety Stress Scales. Kensington, Australia: University of New South Wales; 1996.
11. Lerner H. 12 Tips for Coping With Stress During Pregnancy, How to Gain Control of Your Life [Online]. 2009 [cited 2009 Jul 17]; Available from: URL: http://womenshealth.about.com/cs/pregnancy/a/mispregstress.htm. 2013.
12. Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? Gen Hosp Psychiatry 2001; 23(3): 107-13.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

Survey on Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management on the Stress, Anxiety, and Depression of Pregnant Women

Zahra Jabbari[1], Hassan Hashemi[2], Sayyed Abbas Haghayegh[3]

Original Article

Abstract

Background: Today many women are at risk of anxiety. Therefore, despite medical advances, a significant number of negative outcomes occur during pregnancy. Due to restrictions during pregnancy, psychological treatment is the most appropriate treatment method. The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive behavioral stress management on the stress, anxiety, and depression of pregnant women.

Methods: From 80 pregnant women who had the highest score of stress, anxiety, and depression in the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42) 24 were selected and assigned to two experimented and control groups (12 in each group). The experimental group received 8 weekly sessions in the Shahid Rajaei Health Centre in Shahreza, Iran. DASS-42 inventory with subscales of depression, anxiety, and stress was used as pre-test and post-test. Data were analyzed by SPSS software (version 16).

Findings: The results of covariance analysis showed that the mean score of mental states (stress, anxiety, and depression) in the experimental group was significantly lower than the control group in the post-test.

Conclusion: It is concluded that cognitive behavioral stress management can be used, as an interventional method, to decrease stress, anxiety, and depression during pregnancy.

Keywords: Cognitive Behavioral Stress Management Therapy, Stress Anxiety, Depression, Pregnancy

Citation: Jabbari Z, Hashemi H, Haghayegh SA. **Survey on Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management on the Stress, Anxiety, and Depression of Pregnant Women.** J Health Syst Res 2013; 8(7): 1341-7.

Received date: 07/07/2012 Accept date: 03/10/2012

1- Department of General Psychology, Islamic Azad University, Zarand Branch, Zarand, Iran
2- Lecturer, Department of Environmental Health Engineering, School of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran (Corresponding Author) Email: hashemi@hlth.mui.ac.ir
3- Department of Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]