

اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب مادران نوزادان زودرس بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان

مینا افشار 1

1. کارشناسی ارشد، روانپرستاری، عضو هیئت علمی گروه پرستاری دانشگاه آزاد، تاکستان، قزوین

چکیده

مقدمه: مادران نوزادان خیلی زودرس و نیازمند بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان سطوح بالایی از افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر طرحواره درمانی بر میزان اضطراب مادران نوزادان زودرس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان انجام شد.

روش کار: در این مطالعه تجربی 60 مادر نوزاد زودرس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان در دو گروه آزمون و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های مطالعه با استفاده از مقیاس اضطراب بک و پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ-فرم کوتاه جمع‌آوری شد. برای گروه آزمون، طرحواره درمانی فردی به صورت دو جلسه در هفته به مدت 5 هفته اجرا شد. داده‌های مطالعه قبل از انجام مداخله، سپس بلافاصله پس از مداخله، یک ماه، دو ماه و سه ماه بعد جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 23 و از طریق آماره‌های توصیفی و استنباطی (تی مستقل، کای دو و من ویتنی و فریدمن) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی موجب کاهش اضطراب مادران نوزادان زودرس بعد از انجام مداخله نسبت به قبل از انجام مداخله شده است ($P < 0.001$). همچنین روند کاهش در میانگین نمرات اضطراب مادران در پیگیری‌های انجام شده نیز چشمگیر و معنی دار می‌باشد ($P < 0.001$).

بحث: با توجه به نتایج مطالعه حاضر توصیه می‌شود متخصصین سلامت روان با شناسایی طرحواره‌های ناسازگارانه که منجر به اضطراب در مادران نوزاد بستری در بخش ویژه می‌گردد نسبت به کاهش اضطراب آنان اقدام نمایند.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، اضطراب، زایمان زودرس، بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

مقدمه

تولد نوزاد زودرس (Preterm) و بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان یک پدیده استرس‌زا است و موجب اضطراب در والدین می‌شود [Arshadi, 2017]. مطابق گزارش سازمان بهداشت جهانی، سالانه تقریباً 15 میلیون نوزاد زودرس متولد می‌شوند که حدود یک‌دهم تمامی تولدها بوده و این آمار در کشورهای مختلف بین 5-18 درصد تفاوت دارد [World Health Organization; 2017]. در ایران نیز 12 درصد نوزادان زنده متولدشده زودرس هستند که سالانه به‌طور متوسط 120 هزار نوزاد می‌باشد. تقریباً 27 تا 70 درصد مادران نوزادان زودرس تحت تأثیر سطوح بالای فشار روانی-ذهنی قرار می‌گیرند [Jafari, 2014; Mianaei].

استرس، اضطراب و افسردگی بیانگر مجموعه‌ای از وضعیت‌های شناختی و رفتاری است که در مواجهه با وقایع استرس‌آور زندگی دیده می‌شود و تولد نوزاد نارس یک تجربه خاص از این نوع است که با بحران روانی چشمگیری برای والدین همراه است [Jebrayili M, 2007]. در بیشتر موارد بستری شدن نوزاد زودرس پس از تولد به خاطر نیاز به مراقبت‌های ویژه غیرقابل اجتناب است که خود موجب جدایی مادر و نوزاد و سطوح بالای استرس، اضطراب و افسردگی در مادر می‌گردد [Bastani F, 2012]. پژوهش‌های قبلی نشان داده است که بستری شدن نوزادی که به مراقبت ویژه نیاز دارد، ازجمله نوزادان زودرس، بیمار و کم‌وزن یا نوزادان مبتلا به نقص‌های مادرزادی می‌تواند برای والدین استرس‌آور باشد و وجود سطوح بالای اضطراب و افسردگی در بین والدین نوزادان زودرس نسبت به نوزادان فول ترم و رسیده گزارش شده است [Pace C, 2016].

زایمان زودرس وقوع بیماری‌های روان‌شناختی مادر را تسریع می‌کند [2016, Welch M]. مطالعات زیادی به بررسی سطح استرس حین و پس از حاملگی پرداخته‌اند و اضطراب مادر را به‌عنوان یک فاکتور خطر قوی برای اختلال تعادل روانی مادر و مختل کردن رشد و تکامل بچه و حتی جنین دانسته‌اند. سازمان بهداشت جهانی به‌کارگیری مداخلاتی برای بهبود نتایج این عوارض؛ از قبیل مداخلات خانواده محور، تقویت روابط خانواده، مداخلات روانی،

طرحواره درمانی (Schema Therapy) را توصیه کرده است [Welch 2016، Kenner C،2015]. [M،

طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش به وجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک برای درمان اختلالات منش شناختی (characterological) بنا شده است [Young JE،2003]. طرحواره درمانی بر این مفهوم استوار است که طرحواره‌های ذهنی، ساختارهای عمیق و غیرقابل‌انکاری هستند که در مسیر زندگی تداوم داشته، حاصل تکامل خلق‌و‌خوی کودک با تجارب ناکارآمدش در رابطه با خانواده و اطرافیان در سال‌های اول زندگی بوده و برگرفته از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت واژه‌ها و احساسات بدنی است و هنگام فعال شدن، سطح بالایی از عواطف را در برمی‌گیرند [Cecero JJ،2004]. موریس (2005) نشان داده است که افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب و استرس دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشند [Muris P،2006]. طرحواره‌های ناسازگار اولیه با صفات شخصیتی روان رنجورانه و مشکلات روان‌شناختی مانند: اختلالات اضطرابی، افسردگی، رفتارهای پریشان، مشکلات خوردن و مصرف مواد در ارتباط است [2003، Sam Khaniyani].

همچنین این نوع روان‌درمانی تاکنون نتایج مثبتی را بر روی اضطراب فراگیر، افسردگی، استرس، اختلالات شخصیت و سوءمصرف مواد نشان داده است. علاوه بر این تأثیر طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روان بیماران دیابتی، کاهش خشونت و اضطراب اجتماعی نوجوانان، اضطراب اجتماعی دانشجویان، علائم سه‌گانه جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی، اختلالات خوردن، بهداشت روانی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی، علائم افسردگی در بالغین جوان و اختلالات روانی متعدد دیگر در گروه‌های دیگر بیماران بررسی و نتایج نشانگر تغییر معنادار سطح اضطراب شرکت‌کنندگان بوده است [Khoshnud G،2015 - Harris A،2002].

تحقیقات انجام‌شده نشانگر آن است که افراد دچار اضطراب دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند [Sam Khaniyani،2003]. مبانی نظری و پژوهشی موضوع حاکی از آن است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه از دلایل مهم ایجاد اضطراب محسوب می‌شوند که بایستی با انجام مداخله مناسب آن‌ها را اصلاح نمود [Sam Khaniyani،2003]. در همین راستا مشخص شده است که اضطراب مادران نوزادان زودرس بستری در NICU به‌عنوان پیشگوی اختلال در ارتباط مادر-

نوزاد، اختلال رفتارهای تعاملی کودک پس از سن یکسالگی و تأثیر سوء بر مراقبت از نوزاد پس از ترخیص است؛ بنابراین شناسایی زودرس مادران مضطرب جهت شروع مداخلات پیشگیرانه و درمانی در جهت حمایت از سلامت مادر و رابطه مادر - نوزاد ضروری است [Zelkowitz, 2009].

با عنایت به موارد گفته شده و از آنجاکه سلامتی مادر بر سلامت خانواده و نوزاد تأثیر دارد و سلامت مادر و نوزاد یکی از اولویتهای برنامه‌های تأمین سلامت محسوب می‌شود، یکی از اهداف مهم مدیریت سلامت مادر و نوزاد، تأمین سلامت روانی مادر به‌ویژه مدیریت اضطراب مادران نوزادان زودرس است، چراکه مادران نوزادان زودرس درجات بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند [Pace C, 2016, Young JE, 2003]. مطابق مبانی دانش نظری و نیز تحقیقات انجام‌شده تاکنون، طرحواره‌های ناسازگار اولیه از دلایل مهم ایجاد اضطراب محسوب می‌شوند [19] که بایستی با انجام مداخله نسبت به اصلاح آن‌ها اقدام نمود.

نگاهی اجمالی به پژوهش‌های انجام‌شده در ایران و سایر نقاط جهان بیانگر لزوم مداخلات روان‌شناختی در مادران نوزادان زودرس با توجه به شیوع اضطراب در آن‌ها و اهمیت انجام مداخله برای اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه آنان به جهت وجود ارتباط بین اضطراب با این طرحواره‌ها می‌باشد. بر این اساس و با عنایت به عدم دستیابی به مطالعه‌ای که روی تأثیر طرحواره درمانی بر میزان اضطراب مادران نوزادان زودرس انجام‌شده باشد، مطالعه حاضر با هدف «تعیین تأثیر طرحواره درمانی بر میزان اضطراب مادران نوزادان زودرس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان» انجام گردید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تجربی با گروه کنترل و آزمون مادران نوزادان زودرس بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان شرکت کردند. افراد پژوهش از بین مادران نوزادان زودرس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان شهر قزوین انتخاب گردید نمونه‌گیری در دو بیمارستان متفاوت که بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان داشت انجام شد. چون دو اتاق در اختیار مادران بود با هماهنگی مسئول بخش تقریباً مجزا سازی انجام شد. برای گروه آزمون توضیح داده شد که جهت اعتبار مطالعه اطلاعات را در اختیار گروه کنترل قرار ندهند و نهایت همکاری توسط مادران انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زایمان در هفته 37-26 حاملگی (فقط مادران نوزادانی که پره ترم

بودن وارد مطالعه شدند) و کسب نمره بالاتر از 16 در پرسشنامه اضطراب بک بود. در صورت ترخیص یا مرگ نوزاد حین مطالعه و یا مصرف داروهای مؤثر بر اضطراب توسط مادر، این مادران از مطالعه کنار گذاشته شدند. مادران براساس معیارهای ورود انتخاب و با استفاده از بلوکهای تصادفی متعادل شده (balanced block randomization) با بلوکهای چهارتایی در دو گروه آزمون (30 نفر) و کنترل (30 نفر) قرار گرفتند (نمودار 2).

با توجه به مطالعه ارشدی بستان‌آبادی و همکاران (1) میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب مادران بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون در سطح خطای نوع اول $\alpha = 0/05$ و $\beta = 0/1$ برآورد و حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-B})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{(1.96 + 1.28)^2 (13.23^2 + 12.28^2)}{(51.54 - 36.72)^2} \sim 18$$

بنابراین برای دو گروه 36 نفر وارد مطالعه شدند که با احتساب 30 درصد ریزش نمونه 48 نفر وارد مطالعه شدند. برای اطمینان از نتایج حاصل، این حجم به 60 نفر نیز افزایش یافته و در هر گروه 30 شرکت‌کننده حضور داشتند. قبل از امضاء فرم رضایت نامه کتبی در مورد اهداف و روش مطالعه، داوطلبانه بودن مشارکت در پژوهش، خروج از مطالعه در صورت تمایل، اطمینان از این که مداخله بر درمان‌های رایج تأثیری ندارد، رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات و اعلام نتایج به صورت کلی، به مادران توضیح داده شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی والدین، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی نوزادان شامل سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، زایمان زودرس، رتبه فرزند و سابقه سقط، پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه طرحواره یانگ نسخه کوتاه (YSQ-SF¹) استفاده گردید. پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته بوده و شامل: سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، سابقه سقط‌جنین، سابقه زایمان زودرس، سابقه شرکت در مداخلات روان‌شناختی دیگر، سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی و سابقه مصرف الکل و مواد بود. پرسشنامه به ده نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی به منظور تایید روایی محتوا ارائه شد پرسشنامه تایید و به عنوان پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی استفاده شد.

¹ Young Schema Questionnaire-Short Form

جهت تعیین میزان اضطراب شرکت‌کنندگان از پرسشنامه اضطراب بک استفاده شد. این پرسشنامه که در یک طیف لیکرت 4 درجه‌ای (صفر اصلاً تا 4 شدید) نمره‌گذاری می‌شود، شامل 21 ماده یا آیتم است [30]. پرسشنامه بک به‌طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد و از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. در این پرسشنامه 21 گویه ای، آزمودنی‌ها در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کنند. چهار گزینه هر سؤال از صفر تا 3 نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های این آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (روانی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند؛ بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه صفر تا 63 قرار می‌گیرد. آزمودنی‌های بدون اضطراب یا کمترین اضطراب نمره 0-7، اضطراب خفیف نمره 8 تا 15، اضطراب متوسط نمره 16 تا 25 و اضطراب شدید نمره 26 تا 63 می‌گیرند. این پرسشنامه دارای روایی و پایایی (0/91) تأیید شده است [31].

طرحواره های ناسازگار اولیه از طریق پرسشنامه طرحواره یانگ - نسخه کوتاه تعیین شد. این ابزار در یک طیف لیکرت 6 درجه‌ای (6= کاملاً درست، 5= تقریباً درست، 4= اندکی درست، 3= بیشتر درست است تا غلط، 2= تقریباً غلط و 1= کاملاً غلط) نمره‌گذاری شد. این پرسشنامه شامل 75 گویه است که به سنجش 15 خرده مقیاس مشتمل بر موارد 1 تا 5 محرومیت هیجانی، موارد 6 تا 10 رهاسدگی، موارد 11-15 بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، موارد 16 تا 20 انزوای اجتماعی، بیگانگی، موارد 21 تا 25 نقص / شرم، موارد 26 تا 30 شکست‌خورده، موارد 31 تا 35 وابستگی/ بی‌کفایتی، موارد 36 تا 40 آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، موارد 41 تا 45 گرفتار، موارد 46 تا 50 اطاعت، موارد 51 تا 55 ایثار، موارد 56 تا 60 بازداري هیجانی، موارد 61 تا 65 معیارهای سرسختانه، موارد 66 تا 70 استحقاق، موارد 71 تا 75 خویشنداری و خود انضباطی ناکافی، پرداخته است؛ نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده وجود طرحواره های ناسازگار پیشرفته در فرد بوده و در صورتی‌که جمع نمره در هر خرده مقیاس از 5 بیشتر باشد، آن طرحواره در ذهن فرد نقش بسته است [16].

[32]. روایی پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه 75 آیتمی با ضریب آلفای کرونباخ در دامنه 90-62 گزارش و مورد تأیید قرار گرفته است [16].

پس از کسب رضایت آگاهانه شرکت در مطالعه، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و مقیاس اضطراب به روش مصاحبه حضوری تکمیل شد. سپس از بین

آن‌ها افرادی که در پرسشنامه اضطراب یک به صورت هم‌زمان دارای میزان اضطراب متوسط و شدید بودند، وارد مطالعه شدند و پس از تکمیل پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه، براساس بلوک تصادفی 4 تایی به دو گروه کنترل و آزمون تقسیم شدند. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک به صورت خوداظهاری تکمیل شد. پس از حصول اطمینان از همسانی دو گروه، شرکت‌کنندگان گروه آزمون با استفاده از پروتکل مصوب و به صورت فردی تحت فرآیندهای طرحواره درمانی قرار گرفتند. طرحواره درمانی توسط پژوهشگر دوره دیده که مدرک دریافت کرده بود به صورت دو جلسه در هفته به مدت 5 هفته قرار گرفتند. جلسات 90 دقیقه‌ای بود و در اتاق آموزش اختصاصی بخش اجرا شد. در این مدت گروه کنترل مداخله خاصی دریافت نکرد. سپس بلافاصله پس از مداخله، یک ماه، دو ماه و سه ماه بعد مجدداً مقیاس اضطراب و پرسشنامه طرحواره یانگ اجرا گردید (جدول 1) [16, 23].

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 23 و از طریق آماره‌های توصیفی و استنباطی متناسب با وضعیت برخورداری متغیرهای مطالعه از توزیع نرمال در آزمون شاپیرو-ویلک و با سطح اطمینان 95% تجزیه و تحلیل گردید. در این پژوهش برای حصول اطمینان از همسانی گروه‌های آزمون و کنترل در نقطه شروع مطالعه، از آزمون من ویتنی، برای مقایسه میانگین متغیرهای زمینه‌ای و وابسته کمی برخوردار از توزیع طبیعی، از آزمون تی مستقل و برای مقایسه میانگین رتبه متغیرهای زمینه‌ای غیربرخوردار از توزیع نرمال از آزمون من ویتنی و و از آزمون مجذور کای برای مقایسه توزیع فراوانی متغیرهای زمینه‌ای کیفی بین دو گروه استفاده شد. همچنین جهت مقایسه میانگین نمرات اضطراب مادران در دو گروه از آزمون من ویتنی و جهت مقایسه میانگین نمرات اضطراب مادران قبل و بعد از انجام مداخله و در پیگیری‌های انجام شده و در طول زمان از آزمون ناپارامتری فریدمن استفاده شده است.

یافته‌ها

نتایج پژوهش با استفاده از آزمون من ویتنی و کای دو نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، اشتغال، سابقه سقط‌جنین، سابقه زایمان زودرس قبلی و نوبت تولد فرزند در زمان ورود به مطالعه تفاوت آماری معناداری نداشتند ($P > 0/05$) (جدول 2). جهت بررسی

نرمال بودن نمرات اضطراب والدین در تمامی زمان‌ها مورد بررسی از شاپیروویلک استفاده شد که نتایج عدم نرمال بودن مشاهدات را تأیید می‌کند ($P < 0/05$).

نتایج نشان می‌دهد قبل از مداخله بین میانگین نمرات اضطراب والدین با استفاده از آزمون من ویتنی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است ($P > 0/05$). در بررسی‌های درون‌گروهی، در زمان‌های پس‌آزمون و پیگیری‌های انجام‌شده در گروه آزمون با کاهش بیشتری در میانگین نمرات مواجهه شدیم؛ به‌طوری‌که پس از 3 ماه پیگیری میانگین نمرات از $24/47 \pm 10/08$ (قبل از مداخله) به $7/81 \pm 16/93$ (3 ماه بعد از مداخله) کاهش‌یافته است که معنی‌دار بود ($P < 0/05$). همچنین کاهش میانگین نمرات در گروه کنترل نیز از $24/47 \pm 10/05$ به $7/56 \pm 17/83$ بوده است که از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است ($P < 0/05$). به‌طور کلی میانگین نمرات اضطراب در گروه آزمون پس از انجام مداخله نسبت به گروه کنترل کمتر می‌باشد که این تفاوت 1 ماه پس از انجام مداخله بیشتر نیز بوده است اما این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنی‌داری نمی‌باشند ($P < 0/05$) (جدول 3).

براساس سیستم نمره بندی مقیاس اضطراب بک هالفاکر و همکاران (Halfaker et al. (2011)، اکثریت شرکت‌کنندگان دارای سطح اضطراب متوسط (70%) بودند (33). درمجموع اکثریت شرکت‌کنندگان در نقطه شروع مطالعه (70 درصد)، پایان مداخله (41/7 درصد) و پیگیری اول (43/3 درصد) دارای اضطراب متوسط بودند؛ اما در پیگیری دوم اکثریت شرکت‌کنندگان دو گروه آزمون و کنترل دارای سطح اضطراب خفیف (58/3 درصد) بودند. این نتیجه بیانگر آن است که مداخله انجام‌شده در این مطالعه موجب کاهش در طرحواره گروه آزمون شده است اما تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشده و در نتیجه موجب تغییر خود طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشده است بلکه برآیند این طرحواره‌ها را تعدیل کرده است (نمودار 1).

نتایج نشان داد تفاوت طرحواره‌های ناسازگار اولیه قبل و بعد از مداخله معنادار نمی‌باشد ($p < 0.05$) و با توجه به توان آماری 1 و 0/59 که نشانگر دقت معناداری تأثیرات است، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که تفاوت آماری معناداری بین حوزه‌های مختلف طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دونقطه قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل وجود ندارد (جدول 4).

بر اساس اهداف پژوهش نتایج این مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی می‌تواند باعث کاهش اضطراب مادران شود. در تبیین یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان گفت رویکرد طرحواره درمانی یک رویکرد متشکل از رویکردهای شناختی - رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد؛ علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار اولیه که علت شکلگیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون‌شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود. تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرحواره درمانی برای الگو شکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به‌جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کنند.

پژوهش‌های بسیاری نشان داده است که افراد مضطرب دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند. همسوبا مطالعه حاضر موریس (2005) نشان داده است که افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب و استرس دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه با صفات شخصیتی روان رنجورانه و مشکلات روان‌شناختی مانند: اختلالات اضطرابی، افسردگی، رفتارهای پریشان، مشکلات خوردن و مصرف مواد در ارتباط است [18].

نتایج مطالعه همتی ثبت و همکاران (2016) از این نظر که تأثیر طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه ناحیه ی یک آموزش و پرورش شهر همدان بود انجام شده است. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش پرخاشگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان پسر 17 تا 18 ساله شهرستان همدان موثر است انجام شده است با مطالعه حاضر همخوانی دارد [21]. نتایج مطالعه صفاری نیا (2014) که به تأثیر طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی دانشجویان پرداخته است. یافته‌های این مطالعه نشان داده است طرحواره درمانی گروهی به‌طور معناداری باعث کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علائم اضطراب اجتماعی شده است که در این مطالعه نیز از طرح اندازه‌گیری مکرر برای متغیر وابسته اضطراب اجتماعی استفاده شده است [22].

ابرهارت و همکاران (2011) در ارزیابی علائم نمونه‌هایی از افراد بزرگسال به این نتیجه رسیدند که مولد درونی استرس و اضطراب در افراد تعدادی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل: محرومیت عاطفی، بی‌اعتمادی/سوء استفاده، انزوای اجتماعی، نقص، شکست، اطاعت بوده که همین طرحواره‌های ناسازگار متعاقباً موجب بروز اضطراب و افسردگی خواهند شد [25].

همچنین هریس و همکاران (2002) در پژوهشی با عنوان درک والدین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علائم افسردگی در بالغین جوان که در آمریکا انجام شده است، نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار نقص و شرم، خود انضباطی ناکافی، آسیب‌پذیری، بی‌کفایتی - خودکم‌بینی با نشانه‌شناسی افسرده ساز همبستگی دارد [26]. به‌بیان دیگر طرحواره‌های منفی، نشانه‌های افسردگی

را ایجاد می‌کنند. شدت افسردگی به‌گونه‌ای معنادار با تمام پنج بُعد طرحواره مفهوم‌سازی شده یانگ همبستگی داشته است، درحالی‌که اضطراب شدیدتر به نحو معناداری تنها با بعد بازداري/مراقبت بیش‌ازحد همبستگی داشته است.

ملکی و همکاران (2015) مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلالات اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی انجام دادند. نتایج حاکی از کاهش معنادار علائم اضطراب در این گروه بوده است. داده‌های این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد [34].

حمید پور و همکاران (2011) نیز کارایی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را بررسی کردند. نتایج نشان داد که اثر طرح‌واره‌درمانی بر آماج‌های درمان معنادار است و طرح‌واره‌درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر زنان از کارآیی لازم برخوردار است و داده‌های این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. داده‌های این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد [35]. در این مطالعه نیز همانند مطالعه صفاری نیا و مطالعه حاضر طرحواره درمانی کاهش معناداری در علائم اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی نشان داده است. [35]

خالقی و همکاران (2016) با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش نگرانی، علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نمونه‌های خود را ده جلسه یک‌ساعتی تحت درمان قرار دادند و هفت مرتبه بیماران توسط مقیاس‌های مربوطه ارزیابی شدند. دوره پیگیری مطالعه نیز دو ماه بوده است. طرحواره درمانی برعکس شناخت درمانی روندی نزولی دارد و از بالا به پایین می‌باشد. به‌بیان‌دیگر می‌توان می‌گفت که هیجانات در موقعیت‌های مختلف بر شناخت واره‌ها در افراد تأثیرگذار هستند و پیشنهاد کرده‌اند که طرح واره درمانی هیجانی را می‌توان (با احتیاط) به عنوان درمانی موثر در مداخلات روان شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مدنظر قرار داد [36].

با توجه به مطالعه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه گروه آزمون در دوره بعد از اتمام مداخله مشخص گردید که که کمتر از یک سوم واحدهای پژوهش گروه آزمون و کنترل دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند و در گروه آزمودنی بیشترین طرحواره ناسازگار اولیه مشاهده شده شامل رها شدگی (3/43 درصد)، بی اعتمادی/بد رفتاری (7/36 درصد)، شکست خورده (7/36 درصد) و ایثار (7/36 درصد) بود.

نتیجه‌گیری

نظر به این که اضطراب مادران دارای نوزادان زودرس در سطح بالایی است بر اساس نتایج این مطالعه مداخلات غیر دارویی و شناسایی طرح واره‌های ناسازگار اولیه در مادران و مداخلات به موقع می‌تواند منجر به کاهش

علایم روان شناختی به ویژه اضطراب گردد لذا توصیه می شود از این مداخله روان شناختی در راستای کاهش اضطراب مادران دارای نوزاد زودرس بستری در بخش های مراقبت ویژه نوزادان استفاده نمود. هرچند انجام این پژوهش با محدودیت هایی همراه بود که شامل داشتن نمونه تک جنسیتی و حجم نمونه کم است.

پیشنهاد می شود بررسی هایی در راستای مقایسه تأثیر طرحواره درمانی بر اضطراب پدران نوزادان زودرس صورت گیرد. و در پژوهش های بعدی تأثیر طرحواره درمانی با سایر روش های روان درمانی از قبیل واقعیت درمانی، گروه درمانی رفتاری-هیجانی و شناختی - رفتاری، فراشناختی و غیره مقایسه شود.

سپاسگزاری

پژوهش حاصل بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد مصوب شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال 1398 است که با رعایت حق مؤلفان و نویسندگان در استفاده از متون و منابع چاپی و الکترونیک و تصویب طرح تحقیقاتی در کمیته اخلاق دانشگاه با کد اخلاق TR.QUMS.REC.1397.078 از دانشگاه علوم پزشکی قزوین صورت گرفته است. مراتب قدردانی و سپاس خویش را از همکاری و مساعدت کارکنان پزشکی و پرستاری و مادران بخش ویژه نوزادان بیمارستان قدس و کوثر ابراز میکنیم.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منافع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است.

The Effects of Schema Therapy on the Anxiety of Preterm Infant's Mothers Hospitalized in the NICU

Mina Afshar¹

MSc of Psychiatric Nursing member of the nursing faculty of Azad University Takestan Qazvin

m.afshar0913@gamil.com

Abstract

Introduction: The Mothers of newborns suffer from high levels of depression and anxiety much earlier and need to be admitted to the neonatal intensive care unit. of preterm infants who needs hospitalization in NICU experiences a various degree of anxiety and depression. Therefore, this study was aimed to determine the effects of schema therapy on the anxiety of mothers of preterm infants which hospitalized in the NICU.

Methods: In this Experimental study 60 mother of infants who hospitalized in NICU of Qazvin medical university in 2018 were selected through simple sampling and assigned in two equal group of intervention and control group randomly. Data was collected using Beck anxiety inventory and Young schema questionnaire-short form (YSQ-SF). The intervention includes individualized schema therapy sessions that provided 2 sessions per week for 5 consecutive weeks. The control group didn't receive any special intervention from researcher. Data was collected at beginning of the study, at the end of fifth week, one, two, and three months later. Data was analyzed using SPSS software package, version 23 through using descriptive and inferential statistics.

Results: The study findings showed that schema therapy can reduce anxiety of mothers of preterm infants in intervention group comparing with control group ($P < 0.001$). Determination and comparison of participant's anxiety in four stage of anxiety level measurements and its relationship with schema therapy have shown that interaction and group effects and also p value of group (schema therapy group) was statistically significant ($P < 0.001$).

Conclusion: Considering the study findings, schema therapy can be used by psychiatric nurses for reducing the anxiety of mothers of preterm infants who hospitalized in NICU as non-invasive and effective intervention.

Keywords: Schema therapy, Anxiety, Preterm labor, Neonatal intensive care units

References

1. Arshadi Bostanabad M, NamdarAreshtanab H, Balila M, Asgari Jafarabadi M, Ravanbakhsh K. Effect of Family-centered Intervention in Neonatal Intensive Care Unit on Anxiety of Parents. *Int J Pediatr*. 2017;5(6):5101-11.
2. Organization WH. Preterm birth Geneva: World Health Organization; 2017 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>].
3. Jafari Mianaei S, Alaei Karahroudy F, Rassouli M, Zagheri Tafreshi M. The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety, and participation in NICU wards in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014;19(1):94-100.
4. Cano G, Sánchez-Luna M. providing parents with individualized support in a neonatal intensive care unit reduced stress, anxiety and depression. *Acta Paediatr*. 2015;104(2015):e300–e5.
5. Lindberg B, Öhrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*. 2008;67(5):461-71.
6. Lee S-N, Long A, Boore J. Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46(3):326-36.
7. Jebrayili M. The stress resources from the viewpoints of mothers of infants hospitalized in NICU. *Nursing Midwifery*. 2009;15(4):35-41.
8. Bastani F, Ali Abadi T, Haghani H. The effectiveness of participatory care program in neonatal intensive care unit on state anxiety of mothers of preterm newborns. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2012;14(3):59-65.
9. Segre L, Chuffo-Siewert R, Brock R, OHara M. Emotional distress in mothers of preterm hospitalized infants: a feasibility trial of nurse-delivered treatment. *Journal of Perinatology*. 2013;33(12):924-8.
10. Pace C, Spittle A, Molesworth C, Lee K, Northam E, al e. Evolution of Depression and Anxiety Symptoms in Parents of Very Preterm Infants During the Newborn Period. *JAMA Pediatrics*. 2016;170(9):863-70.
11. Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, Mascheroni E, Confalonieri E, Castoldi F, et al. Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Europe's Journal of Psychology*. 2016;12(4):604-21.
12. Welch M, Halperin M, Austin J, Stark R, Hofer M, Hane A, et al. Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(1):51-61.
13. Neri E, Agostini F, Salvatori P, Biasini A, Monti F. Mother-preterm infant interactions at 3 months of corrected age: influence of maternal depression, anxiety and neonatal birth weight. *Front Psychol*. 2015;6(1234):1-12.
14. Youshizadeh M. Assessing the effectiveness of schema therapy on reducing depression symptoms in women with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Philosophy and Social-Psychological Sciences*. 2017;3(6):18-24.
15. Kenner C, Press J, Ryan D. Recommendations for palliative and bereavement care in the NICU: a family- centered integrative approach. *Journal of Perinatology*. 2015;35(2015):519-23.
16. Young JE, Klosko, J. S., Weishaar, M. E. . Schema therapy: A practitioner's guide. London: Guilford Press; 2003.

17. Cecero JJ, Nelson, J. D., Gillie, J. M. . Tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire–research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2004;11(5):344-57.
18. Muris P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2006;13(6):405-13.
19. Sam Khaniyani N, Yazdandoost, R. Y., Asghar-Nejad, F. A. . Faces patterns of perfectionism, mental schemas and confirm whether the depression of thought and behavior. *Journal of Clinical Psychology*. 2003;8(3):65-74.
20. Khoshnud G, Shirkavand N, Ashuri J, ArabSalari Z. The impact of Schematherapy on happiness and mental health of patients with type II diabetes. *Journal of Nursing Diabetes*. 2015;3(1):8-18.
21. Hemmati Sabet V, Rohani Shahrestani N, Hemmati Sabet A, Ahmadpanah M. The Effectiveness of Schema Therapy in Reducing Aggression and Social Anxiety in adolescents of Hamedan city aged 17 to 18 years. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2016;3(2):82-93.
22. Safarinia M, Zare H, Karami J, Solgi Z. the effect and duration of group schema therapy on social anxiety of the students. *Pajoohanded - SBMU Journal*. 2014;4(100):211-8.
23. Shahamat F. Forecasts public health symptoms (somatization, anxiety and depression) Based on primary maladaptive schemas. *Journal of Psychology University of Tabriz*. 2010;5(20):107-28.
24. Simpson S, Morrow E, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in psychology*. 2010;1(182):1-10.
25. Nadort M, Arntz A, Smit J, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, et al. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(11):961-73.
26. Harris A, Curtin L. Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*. 2002;26(3):405.
27. Zelkowitz P, Papageorgiou, A., Bardin, C., Wangd, T. . Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. *Early Human Development*. 2009;85(1):51-8.
28. Schmücker G, Brisch, K. H., Köhntop, B., et al. . The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother–infant interactions. *Infant mental health journal*. 2005;26(5):423-41.
29. Brooten D, Gennaro, S., Brown, L. P., et al. . Anxiety, Depression, and Hostility In Mothers of Preterm Infants. *Nursing Research*. 1988;37(4):213-6.
30. Lovibond P, Lovibond S. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(3):335-43.
31. Beck A, Steer R. *The Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1990.
32. Eghbalmanesh A, Nooryan K, Zoladl M. The impact of Group Schema therapy on depression, anxiety and stress in patients with Insulin-dependent diabetes. *Yasuj: Yasuj University of Medical Sciences*; 2016.

33. Halfaker DA, Akeson ST, Hathcock DR, Mattson C, Wunderlich TL. 3 - Psychological Aspects of Pain. In: Lennard TA, Walkowski S, Singla AK, Vivian DG, editors. Pain Procedures in Clinical Practice (Third Edition). Saint Louis: Hanley & Belfus; 2011. p. 13-22
34. Maleki Z, Naderi I, Ashoori J, Zahedi O. The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. jmed. 2015; 10 (1) :47-56
35. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour shahbaz A, Dadkhah A. The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder . IJPCP. 2011; 16 (4) :420-431
36. Khalegh M, Mohammadkhani Sh, Hasani J. Effectiveness of Emotional Schema Therapy in Reduction of Worry and Anxiety's Signs and Symptoms in Patients with Generalized Anxiety Disorder: Single-Subject Design. jcp. 2016; 8(2)-43-55

جدول 1- محتوای جلسات طرحواره درمانی در گروه آزمون

جلسه اول	معارفه و ذکر قوانین. مشخص کردن اهداف مطالعه جهت کاهش اضطراب و سنجش تناسب نمونه ها برای طرحواره درمانی جهت سنجش و آموزش مشتمل بر ارزیابی اولیه با هدف شناخت مشکلات فعلی مادران بوده است. در پایان جلسه به هر یک از نمونه ها پرسشنامه سنجش تاریخچه زندگی به عنوان تکلیف خانوادگی داده شد تا از این طریق اطلاعات جامعی از مشکلات فعلی، علائم، تاریخچه، روابط بین فردی، عوامل بیولوژیک، خاطرات و تجارب زندگی فرد فراهم شود.
جلسه دوم	نتایج پرسشنامه سنجش تاریخچه زندگی و طرحواره یانگ برای هر یک از مادران بررسی و طرحواره های ناسازگار افراد و مشکلات فعلی و همراه مربوط به داشتن نوزاد زودرس به طور دقیق مورد شناسایی قرار گرفت.
جلسه سوم	با استفاده از تکنیک تصویرسازی دوران کودکی مرتبط با هیجان، علائم بدنی موارد زیر مدنظر قرار گرفت: 1- شناخت و برانگیختن طرحواره های شرکت کنندگان 2- درک ریشه های تحولی طرحواره ها 3- ارتباط دادن طرحواره ها به مشکلات همراه با زایمان زودرس 4- کمک به مادر برای تجربه کردن هیجان های مرتبط با طرحواره ها
جلسه چهارم	در این جلسه تمرکز روی تکنیک های تجربی برای غلبه بر اجتناب طرحواره ها از طریق: بررسی مزایا و معایب انجام تمرین، شروع با تصاویر آرام بخش و ادامه کار با موضوعات اضطراب انگیزتر و استفاده از تکنیک های نظم بخشی عاطفی مثل هشیاری فراگیر یا آرامش آموزی، انجام شد.
جلسه پنجم	با استفاده از تکنیک آزمون اعتبار طرحواره به مقابله با طرحواره های ناسازگار افراد پرداخته شد و مادران به بررسی شواهد عینی تأیید کننده طرحواره های خویش و ارائه تعریف جدید از شواهد تأیید کننده پرداختند.
جلسه ششم	فهرستی از شواهد تأیید کننده طرحواره تهیه و از زوایای دیگر به شواهد نگاه شد. همچنان وقایعی را که مادران تأیید کننده طرحواره به شمار می آورند، مدنظر قرار گرفت.
جلسه هفتم	در این جلسه باهدف این که مادران ماهیت خود-آسیب رسان سبک های مقابله ای شان را بشناسند و رفتارهای سالم را جایگزین آن کرده و شادکامی را در زندگی شان افزایش دهند، به ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای افراد پرداخته شد.
جلسه هشتم	با استفاده از تکنیک صندلی خالی به برقراری گفتگو بین "جنبه طرحواره" و "جنبه سالم" پرداخته شد و به مادران آموزش داده شد که تکنیک را انجام داده و جنبه طرحواره ای و سالم را تمرین کنند.
جلسه نهم	به کمک مادران کارت آموزشی طرحواره آماده شد که در این کارتها قوی ترین شواهد و استدلال های علیه طرحواره در نظر گرفته شده و با استفاده از کلمات خود نمونه ها، کارتها تکمیل شد. همچنین اعضا آموختند که هنگامی که طرحواره برانگیخته شد، جهت کار کردن روی مشکل و رسیدن به یکراه حل درست، فرم ثبت طرحواره را تکمیل کنند. این فرم در انتهای جلسه به عنوان تکلیف خانگی به آنها داده شد.
جلسه دهم	در این جلسه فرم ثبت طرحواره های هر نمونه بررسی و خلاصه تمام تکنیک ها در یک بروشور به آنها تحویل داده شد و با پاسخ به سؤالات آنها نسبت به برطرف کردن ابهامات آنها اقدام شد.

جدول 2- بررسی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مورد مطالعه

مشخصات	آزمون (درصد) تعداد	کنترل (درصد) تعداد	جمع کل	سطح معنی داری
سن	27/63±6/043	27/57±4/932	27/60±5/469	*P=0/830
وضعیت تأهل	متأهل مطلقه	28 (93/3) 2 (6/7)	57 (95) 3 (5)	^P=0/718
تحصیلات	ابتدایی راهنمایی متوسطه فوق دیپلم لیسانس و بالاتر	3 (10/0) 6 (20/0) 5 (16/7) 7 (23/3) 9 (30/0)	4 (6/7) 8 (13/3) 13 (21/7) 15 (25/0) 20 (33/3)	^P=0/412
اشتغال	خانه دار آزاد کارمند	29 (96/7) 1 (3/3) 0	53 (88/3) 4 (6/7) 3 (5/0)	^P=0/107
سابقه سقط	بلی خیر	8 (26/7) 22 (73/3)	14 (23/3) 46 (76/7)	^P=0/542
زایمان زودرس	بلی خیر	8 (26/7) 22 (73/3)	16 (26/7) 44 (73/3)	دو گروه یکسان بودند
رتبه فرزند	اول دوم سوم	11 (36/7) 19 (63/3) 0	22 (36/7) 35 (58/3) 3 (5/0)	^P=0/196

* = آزمون من ویتنی ^ = آزمون کای دو

جدول 3- بررسی اضطراب مادران قبل و بعد از مداخله در دو گروه

اضطراب گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	1 ماه بعد مداخله	2 ماه بعد مداخله	3 ماه بعد مداخله	سطح معنی داری (آزمون فریدمن)
آزمون	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
کنترل	± 10/08 24/47	22/60 ± 8/76	19/13 ± 7/02	17/77 ± 8/98	16/93 ± 7/81	*P=0/001 <
سطح معنی داری (آزمون)	± 10/05 24/47	22/50 ± 7/96	22/20 ± 7/31	19/03 ± 8/97	17/83 ± 7/56	*P=0/001 <
	= 0/994P	= 0/982P	= 0/086P	= 0/287P	= 0/338P	

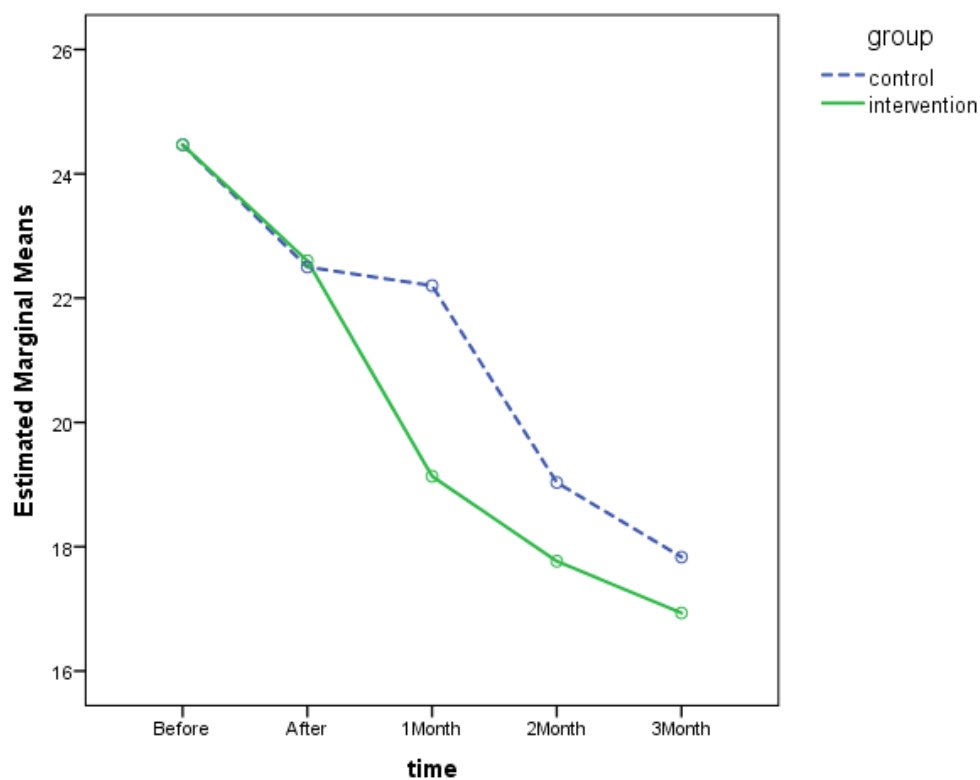


						من ویتنی)
--	--	--	--	--	--	--------------

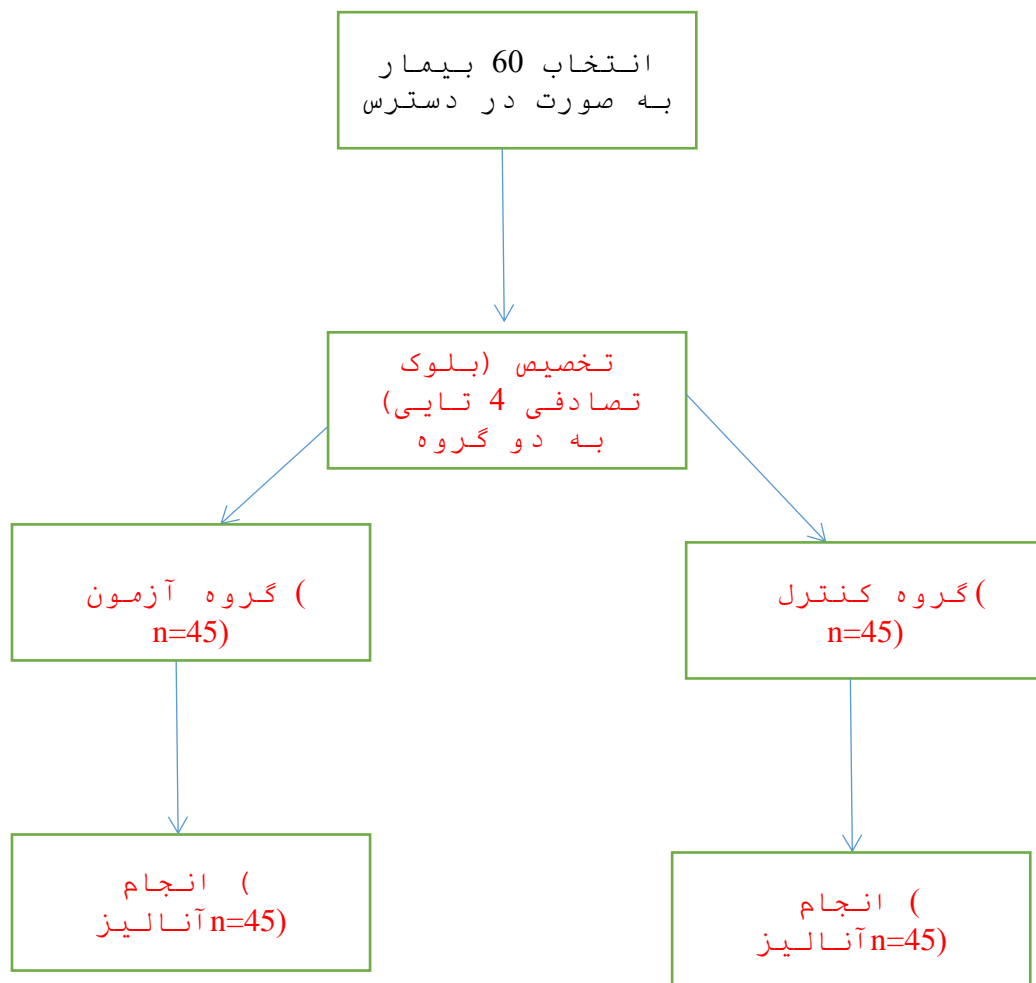
جدول 4- توزیع فراوانی و مقایسه وضعیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه مادران نوزادان زودرس در دو گروه آزمون و کنترل در پایان دوره مطالعه

آزمون آماری		ندارد		دارد		گروه	طرحواره ناسازگار
P-value	آماره χ^2	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
0/065	17/00	76/7	23	23/3	7	آزمون	محرومیت هیجانی
		73/3	22	26/7	8	کنترل	
0/102	25/78	56/7	17	43/3	13	آزمون	رها شدگی
		70	21	30	9	کنترل	
0/808	9/343	63/3	19	36/7	11	آزمون	بی اعتمادی/ بد رفتاری
		76/7	23	23/3	7	کنترل	
0/436	17/27	83/3	25	16/7	5	آزمون	انزوای اجتماعی / بیگانگی
		83/3	25	16/7	5	کنترل	
0/18	17/45	86/7	26	13/3	4	آزمون	نقص / شرم
		76/7	23	23/3	7	کنترل	
0/547	15/67	63/3	19	36/7	11	آزمون	شکست خورده
		80	24	20	6	کنترل	
0/325	16/90	86/7	26	13/3	4	آزمون	وابستگی / بی‌کفایتی
		83/3	25	16/7	5	کنترل	
0/789	9/63	80	24	20	6	آزمون	آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری
		73/3	22	26/7	8	کنترل	
0/597	9/27	83/3	25	16/7	5	آزمون	گرفتار
		70	21	30	9	کنترل	
0/536	13/87	80	24	2	6	آزمون	اطاعت
		80	24	20	6	کنترل	
0/679	15/67	63/3	19	36/7	11	آزمون	ایثار
		73/3	22	26/7	8	کنترل	
0/849	6/35	73/3	22	26/7	8	آزمون	بازداری هیجانی

		80	24	20	6	کنترل	
0/316	18/14	90	27	10	3	آزمون	معیارهای سرسختانه
		80	24	20	6	کنترل	
0/414	14/49	76/7	23	23/3	7	آزمون	استحقاق
		83/3	25	16/7	5	کنترل	
0/595	11/19	83/3	25	16/7	5	آزمون	خویشنداری / خود انضباطی ناکافی
		63/3	19	36/7	11	کنترل	



نمودار 1- بررسی روند تغییرات در میانگین نمرات اضطراب والدین در دو گروه و پیگیری‌های انجام شده



نمودار 2- کانسورت روند نمونه گیری

