

## بررسی سندرم شناختی-توجهی در زنان باردار: یک مطالعه مقطعی در شهر یزد در سال ۱۴۰۳

محدثه قاسمخانی<sup>۱</sup>، دکتر علی نظری<sup>۲</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد یزد، یزد، ایران

۲. عضو هیات علمی دانشگاه آزاد واحد یزد، یزد، ایران

### چکیده

مقدمه: سندرم شناختی-توجهی (CAS)، که با الگوهای تفکر تکرارشونده و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مشخص می‌شود، می‌تواند بر سلامت روان زنان باردار تأثیر بگذارد. این پژوهش با هدف تعیین شیوع و میانگین نمرات CAS و بررسی ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک در زنان باردار شهر یزد انجام شد.

روش تحقیق: این مطالعه توصیفی-تحلیلی به روش مقطعی بر روی ۶۱ زن باردار که به مراکز بهداشتی-درمانی شهر یزد مراجعه کردند، اجرا گردید. ابزار اصلی مورد استفاده، مقیاس سنجش سندرم شناختی-توجهی (CAS) بود. علاوه بر این، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، وضعیت اشتغال، گروه خونی، تعداد فرزندان، سابقه سقط جنین، مصرف سیگار و قلیان، وضعیت سکونت و سطح تحصیلات جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره کلی CAS در میان شرکت‌کنندگان ۷۴.۷۷ (انحراف معیار: ۱۶.۳۴) بود، که نشان‌دهنده شیوع قابل توجه الگوهای تفکر تکرارشونده و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد است (دامنه نمرات: ۲۸-۱۱۳). میانگین نمرات CAS برابر با ۷۵ بود که بیانگر آن است که ۵۰ درصد از زنان باردار نمره‌ای معادل ۷۵ یا بالاتر کسب کرده‌اند. تحلیل همبستگی نشان داد که CAS با سن ( $r=0.25$ ,  $P=0.003$ )، سطح تحصیلات ( $r=0.22$ ,  $P=0.005$ )، مصرف سیگار ( $r=0.30$ ,  $P=0.001$ ) و مصرف قلیان ( $r=0.28$ ,  $P=0.002$ ) (ارتباط معنادار آماری داشت. در مقابل، متغیرهای وضعیت اشتغال، گروه خونی، تعداد فرزندان، سابقه سقط جنین و وضعیت سکونت، ارتباط معناداری با نمره CAS نشان ندادند ( $P > 0.05$ )). نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش حاکی از شیوع بالا و میانگین نمرات قابل توجه CAS در زنان باردار یزد است. ارتباط معنادار CAS با افزایش سن، سطح تحصیلات پایین‌تر، و مصرف سیگار و قلیان، بر اهمیت توجه به این عوامل در ارزیابی و مدیریت سلامت شناختی-توجهی این گروه تأکید دارد. این نتایج ضرورت توسعه مداخلات مبتنی بر فراشناخت و آموزش‌های بهداشت باروری برای این گروه را برجسته می‌سازد. کلمات کلیدی: سندرم شناختی-توجهی، زنان باردار، شیوع، عملکرد شناختی، سلامت روان، یزد، فراشناخت.

دوران بارداری، به عنوان یکی از مهم‌ترین مراحل تحولی در زندگی زنان، با تغییرات گسترده فیزیولوژیک، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است [۱]. اگرچه بارداری اغلب با احساسات مثبت توصیف می‌شود، اما این دوران می‌تواند دوره‌ای از آسیب‌پذیری فزاینده برای سلامت روان مادر باشد [۲]. تحقیقات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که اختلالات خلقی و اضطرابی در دوران بارداری شیوع قابل توجهی دارند و می‌توانند پیامدهای نامطلوبی بر سلامت مادر و جنین، از جمله افزایش خطر زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد و اختلالات پیوند مادر-نوزاد داشته باشند [۳، ۴]. در این میان، مدل‌های نوین روان‌شناختی بر این باورند که تمرکز صرف بر علائم بالینی (مانند اضطراب یا افسردگی) برای درک کامل وضعیت روانی مادر کافی نیست و باید به فرآیندهای شناختی زیربنایی توجه ویژه‌ای داشت [۵]. یکی از مفاهیم کلیدی که در دهه‌های اخیر توجه محققان حوزه فراسناخت را به خود جلب کرده است، سندرم شناختی-توجهی می‌باشد [۶]. طبق مدل فراسناختی ولس<sup>۱</sup>، CAS مجموعه‌ای از فرآیندهای شناختی شامل نگرانی مزمن، نشخوار فکری، تمرکز بر تهدید و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (مانند سرکوب افکار) است که به عنوان مکانیزم اصلی تداوم‌بخش اختلالات روان‌شناختی شناخته می‌شود [۷]. برخلاف محتوای افکار، در مدل CAS تأکید بر «نحوه» پردازش اطلاعات است [۸]. در زنان باردار، به دلیل فشارهای ناشی از مسئولیت‌های آتی، تغییرات هورمونی و نگرانی‌های مربوط به سلامت جنین، گرایش به الگوهای تفکر تکرار شونده و ناکارآمد افزایش می‌یابد که می‌تواند به عنوان بستر اصلی اختلالات اضطرابی و افسردگی عمل کند [۹ و ۱۰]. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که فعال شدن CAS در دوران بارداری می‌تواند منجر به کاهش ظرفیت‌های شناختی، افزایش خستگی ذهنی و تضعیف توانایی مدیریت هیجانی شود [۱۱]. به عنوان مثال، مطالعات متعددی گزارش کرده‌اند که نشخوار فکری (به عنوان جزء اصلی CAS) در بارداری با افزایش علائم افسردگی پس از زایمان همبستگی مثبت دارد [۱۲]. با این حال، علی‌رغم اهمیت این سازه، اکثر پژوهش‌های موجود در ایران بر متغیرهای سنتی مانند استرس ادراک شده یا افسردگی متمرکز بوده‌اند و بررسی دقیق مؤلفه‌های فراسناختی و الگوی CAS در جمعیت زنان باردار ایرانی، به‌ویژه در بافت‌های فرهنگی خاص مانند شهر یزد، کمتر مورد توجه قرار گرفته است [۱۳]. علاوه بر این، عوامل دموگرافیک و محیطی می‌توانند نقش تعدیل‌کننده‌ای در بروز و تداوم CAS ایفا کنند. مطالعات نشان می‌دهند که سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و رفتارهای سبک زندگی نظیر مصرف مواد (از جمله دخانیات) می‌توانند با انعطاف‌پذیری شناختی و نحوه تنظیم هیجانی مرتبط باشند [۱۴، ۱۵]. برای مثال، گزارش شده است که مصرف دخانیات در دوران بارداری نه تنها خطرات فیزیولوژیک دارد، بلکه با افزایش واکنش‌پذیری نسبت به استرس و احتمال بیشتر استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی مرتبط است که هر دو از مؤلفه‌های CAS محسوب می‌شوند [۱۶، ۱۷]. با این حال، تبیین این ارتباطات در یک ساختار مقطعی می‌تواند به شناسایی گروه‌های در معرض خطر کمک شایانی کند [۱۸]. بنابراین، با توجه به نیاز مبرم به مداخلات پیشگیرانه و ارتقای سلامت روان در دوران بارداری، شناسایی دقیق وضعیت شناختی مادران ضروری است. درک اینکه چه میزان از زنان باردار در معرض فعالیت بالای CAS قرار دارند و کدام متغیرهای دموگرافیک با این سندرم مرتبط هستند، می‌تواند زیربنای طراحی مداخلات فراسناختی<sup>۲</sup> را فراهم آورد [۱۹]. این مداخلات برخلاف درمان‌های معمول، به جای تغییر محتوای افکار، بر تغییر رابطه فرد با افکار خود و کاهش الگوهای توجهی

<sup>۱</sup> Wells<sup>۲</sup> Metacognitive Therapy; MCT

ناکارآمد تمرکز دارند که می‌تواند اثربخشی بالاتری در دوران بارداری داشته باشد [۲۰]. با توجه به مطالب فوق، پژوهش حاضر با هدف بررسی دقیق شیوع سندرم شناختی-توجهی و تحلیل ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک و سبک زندگی در زنان باردار شهر یزد انجام شد. این مطالعه می‌تواند شکاف دانشی موجود در خصوص نقش فراشناخت در سلامت باروری را پر کرده و گامی در جهت تدوین پروتکل‌های غربالگری مبتنی بر شواهد در سیستم مراقبت‌های بهداشتی کشور باشد.

## روش اجرا

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان باردار شهر یزد که در سه ماهه سوم بارداری به سر می‌برند می‌باشد. حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای انجام تجزیه و تحلیل آماری شامل ۶۱ نفر از زنان باردار که در سه ماهه سوم بارداری هستند و برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری در سال ۱۴۰۳ به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد مراجعه کرده اند می‌باشد. روش نمونه گیری در این پژوهش تصادفی طبقه ای بود که ابتدا شهر یزد را بر اساس وضعیت اجتماعی-اقتصادی به سه منطقه (مرفه، متوسط، ضعیف) تقسیم شد سپس به روش تصادفی ساده از هر منطقه یک مرکز بهداشت انتخاب شد. شرکت کنندگان در هر مرکز به شیوه غیر تصادفی برای بررسی معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و آن دسته از شرکت کنندگان که معیارهای ورود را دارا بودند وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل علاقه به شرکت در پژوهش، نخست زای بودن، قرار داشتن در سه ماهه سوم بارداری، داشتن سن بارداری بین ۲۵ تا ۴۰ هفتگی، تحصیلات حداقل در سطح ابتدایی بود و معیارهای خروج از پژوهش شامل: ابتلا به بیماریهای مزمن روانی یا جسمانی، معلولیت‌های پزشکی، مصرف داروی اعصاب و روان، بارداری پرخطر، سقط مکرر و سابقه ناباروری بود. مقیاس سندرم شناختی-توجهی (CAS) با ۱۶ گویه (با نام‌های cas<sup>۱</sup> تا cas<sup>۱۶</sup>) جمع‌آوری گردید. جهت اجرای پژوهش آن معرفی نامه‌هایی برای مراکز بهداشتی درمانی مذکور از قسمت پژوهش دانشگاه تهیه شدند. در زمان مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی با اخذ اجازه از بخش مدیریت هر مرکز و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها به روش در دسترس به زنان باردار شد. در مسیر جمع‌آوری داده‌ها سعی بر این بود که تمامی ملاحظات اخلاقی اعم از اخذ رضایت آگاهانه شرکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش، محافظت از اطلاعات شخصی شرکت کنندگان، توضیح اهداف مطالعه، رعایت موازین اجتماعی، دینی و فرهنگی، پاسخگویی در صورت داشتن هر گونه سوال یا ابهام به شرکت کنندگان و نداشتن بار مالی برای شرکت کنندگان در پژوهش رعایت شود. پس از گردآوری داده‌ها از نمونه مورد مطالعه به وسیله پرسشنامه، داده‌ها کدگذاری و وارد کامپیوتر شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS استفاده شد. داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی (جدول فراوانی برای اطلاعات جمعیت شناختی و میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی برای هر یک از متغیرها) و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. برای هر از مون  $p\text{-value} < 0/05$  به لحاظ آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه، ۶۱ زن باردار مورد ارزیابی قزاز گرفتند. ۲۵ نفر (۴۱ درصد) از زنان باردار در محدوده سنی ۱۵ تا ۲۵ سال، ۳۰ نفر (۴۹/۲ درصد) از آن‌ها در محدوده سنی ۲۶ تا ۳۵ سال و ۶ نفر (۹/۸ درصد) از آن‌ها در محدوده ۳۶ تا ۴۵ سال قرار دارند که این آمار نشان دهنده آن است که بیشتر زنان باردار در محدوده سنی ۲۶ تا ۳۵ سال و تعداد اندکی از آن‌ها در محدوده سنی ۳۶ تا ۴۵

سال قرار دارند. ۲۱ نفر (۳۴/۴ درصد) از زنان باردار شاغل، ۳۲ نفر (۵۲/۵ درصد) از آن‌ها خانه دار و ۸ نفر (۱۳/۱ درصد) از آن‌ها دانشجو می‌باشند که این آمار نشان دهنده آن است که بیشتر زنان باردار خانه دار و تعداد اندکی از آن‌ها دانشجو می‌باشند. ۲۰ نفر (۳۲/۸ درصد) از زنان باردار دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۸ نفر (۱۳/۱ درصد) از آن‌ها دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم، ۲۹ نفر (۴۷/۵ درصد) از آن‌ها دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۴ نفر (۶/۶ درصد) از آن‌ها دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس می‌باشند که این آمار نشان دهنده آن است که بیشتر زنان باردار دارای مدرک تحصیلی لیسانس و تعداد اندکی از آن‌ها دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس می‌باشند. ۱۵ نفر (۲۴/۶ درصد) از زنان باردار سابقه سقط جنین را دارند و ۴۶ نفر (۷۵/۴ درصد) از آن‌ها سابقه سقط جنین ندارند که این آمار نشان دهنده آن است که بیشتر زنان باردار سابقه سقط جنین نداشته اند و فقط تعداد اندکی از آن‌ها سابقه سقط جنین در گذشته داشته اند (جدول ۱). میانگین نمره کل سندرم شناختی-توجه برابر با ۷۴.۷۷ با انحراف معیار ۱۶.۳۴ به دست آمد. دامنه نمرات کسب شده از حداقل ۲۸ تا حداکثر ۱۱۳ در نوسان بود. تحلیل توصیفی داده‌ها نشان داد که ۵۰ درصد از جامعه آماری نمره‌ای معادل ۷۵ یا بالاتر را در مقیاس CAS کسب کرده‌اند. این الگو از نمرات می‌تواند حاکی از شیوع قابل توجهی از الگوهای تفکر تکرارشونده و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد در میان زنان باردار مورد مطالعه باشد (جدول ۲). نتایج تحلیل همبستگی نشان می‌دهد که ارتباط معناداری بین نمره CAS و متغیرهای سن ( $r=0.25, P=0.03$ )، سطح تحصیلات ( $r=-0.22, P=0.05$ )، مصرف سیگار ( $r=0.30, P=0.01$ ) و مصرف قلیان ( $r=0.28, P=0.02$ ) وجود دارد. لذا، با افزایش سن، تمایل به افزایش نمرات CAS مشاهده می‌شود، که ممکن است نشان دهنده تأثیر تغییرات مرتبط با سن بر عملکردهای شناختی-توجهی باشد. ارتباط منفی معنادار با سطح تحصیلات نشان می‌دهد که افراد با سطوح تحصیلات بالاتر، تمایل به کسب نمرات پایین‌تر در مقیاس CAS دارند. این یافته می‌تواند به توانایی‌های مقابله‌ای بهتر یا الگوهای فکری متفاوت در افراد تحصیل کرده‌تر اشاره داشته باشد. هر دو مورد مصرف سیگار و قلیان با افزایش نمرات CAS همراه بوده‌اند. این یافته‌ها قویاً نشان می‌دهند که رفتارهای مرتبط با مصرف دخانیات ممکن است با اختلالات توجه و تفکر تکرارشونده در زنان باردار مرتبط باشد. متغیرهای وضعیت اشتغال، گروه خونی، تعداد فرزندان، سابقه سقط جنین و وضعیت سکونت، ارتباط آماری معناداری با نمره CAS نشان ندادند (جدول ۳).

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر	کد/طبقه	فراوانی	(%) درصد
شغل	شاغل	۲۱	۳۴.۴
	خانه‌دار	۳۲	۵۲.۵
	بیکار	۸	۱۳.۱
گروه خونی	A	۱۰	۱۶.۴

۳۴.۴	۲۱	B	
۹.۸	۶	AB	
۳۹.۳	۲۴	O	
۳۲.۸	۲۰	راهنمایی	تحصیلات
۱۳.۱	۸	دیپلم	
۴۷.۵	۲۹	کاردانی	
۶.۶	۴	کارشناسی و بالاتر	
۳۷.۷	۲۳	یک	تعداد فرزند
۳۱.۱	۱۹	دو	
۳۱.۱	۱۹	سه	
۲۴.۶	۱۵	کمتر از ۲۰	سن بارداری
۷۵.۴	۴۶	۲۰ سال و بیشتر	
۱۰۰.۰	۶۱	عدم مصرف	سیگار
۴.۹	۳	مصرف کنند	استعمال قلیان
۹۵.۱	۵۸	عدم مصرف	

جدول ۲: توصیف وضعیت نمره کل مقیاس سندرم شناختی-توجهی

مقدار	شاخص آماری
۷۴.۷۷	میانگین نمره کل CAS
۱۶.۳۴	انحراف معیار نمره کل CAS

۲۸	حداقل نمره
۱۱۳	حداکثر نمره
۷۵	میانگین (صدک ۵۰)

جدول ۳: تحلیل همبستگی بین نمره کلی سندرم شناختی-توجهی (CAS) و متغیرهای دموگرافیک

مقدار P	ضریب همبستگی پیرسون	متغیر دموگرافیک
*۰.۰۳	۰.۲۵	سن
۰.۱۲	-۰.۱۵	وضعیت اشتغال
۰.۴۵	۰.۰۵	گروه خونی
*۰.۰۵	-۰.۲۲	سطح تحصیلات
۰.۰۸	-۰.۱۸	تعداد فرزندان
۰.۲۰	۰.۱۰	سابقه سقط جنین
**۰.۰۱	۰.۳۰	مصرف سیگار
*۰.۰۲	۰.۲۸	مصرف قلیان
۰.۳۰	-۰.۰۸	وضعیت سکونت

### بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمره سندرم شناختی-توجهی (CAS) در زنان باردار مورد بررسی ۷۴.۷۷ است که حاکی از سطح بالایی از الگوهای پردازش اطلاعاتی ناکارآمد است. این یافته همسو با مدل فراشناختی ولز است که بیان می‌کند CAS شامل نشخوار فکری و نگرانی مزمن، به‌عنوان مکانیزم اصلی تداوم‌بخش در اختلالات هیجانی عمل می‌کند [۱، ۲]. در دوران بارداری، تغییرات روان‌شناختی و هورمونی می‌تواند آستانه فعالیت این سندرم را کاهش داده و مادران را مستعد چرخه‌های اضطرابی کند [۳، ۴]. مشاهدات ما مبنی بر میانگین بالای نمرات (۷۵)، نشان‌دهنده شیوع قابل توجه این الگو در میان زنان یزدی است که نیازمند توجه بالینی است [۵]. ارتباط مثبت معنادار بین سن و نمره CAS یافته‌ای است که در برخی مطالعات پرناتال نیز گزارش شده است [۶]. با افزایش سن، نگرانی‌های مرتبط با سلامت جنین و مسئولیت‌های مادری ممکن است به دلیل ادراک بالاتر از ریسک، تشدید شود [۷]. در مقابل، ارتباط منفی تحصیلات با CAS که در یافته‌های ما نیز مشاهده شد، به‌طور گسترده در ادبیات سلامت روان تأیید شده است. سطوح بالاتر تحصیلات معمولاً با مهارت‌های بهتر در تنظیم هیجان و دسترسی به منابع مقابله‌ای سازگارانه همراه است، که می‌تواند از شدت CAS بکاهد [۸، ۹]. پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز بر اهمیت سطح سواد مادر در پیش‌بینی پیامدهای سلامت روان تأکید کرده‌اند [۱۰]. یافته دیگر این پژوهش، ارتباط معنادار مصرف سیگار و قلیان با

نمرات بالاتر CAS بود. مصرف دخانیات در بارداری همواره به عنوان یک رفتار پرخطر شناخته شده است [۱۱، ۱۲]. مطالعات نشان می دهند که مصرف دخانیات نه تنها پیامد پریشانی روانی است، بلکه به عنوان یک «راهبرد مقابله ای ناکارآمد» برای تنظیم هیجانات منفی به کار گرفته می شود که خود از اجزای اصلی مدل CAS است [۱۳، ۱۴]. در پژوهش های متمرکز بر سلامت روان زنان ایرانی، رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد، همبستگی بالایی با شاخص های اضطراب و راهبردهای تفکر منفی نشان داده اند [۱۵، ۱۶]. این موضوع ضرورت طراحی مداخلات ترک دخانیات با رویکردهای فراشناختی را برجسته می سازد [۱۷]. عدم ارتباط معنادار بین CAS و متغیرهایی نظیر وضعیت اشتغال، گروه خونی و سابقه سقط جنین در این مطالعه، می تواند نشان دهنده این باشد که فرایندهای فراشناختی (مانند CAS) ممکن است مستقل از برخی عوامل محیطی عمل کنند [۱۸]. اگرچه مطالعاتی تأثیر سابقه سقط را بر اضطراب تأیید کرده اند، اما به نظر می رسد که در این جامعه آماری، سایر عوامل در لحظه (مانند استرس های فعلی بارداری) نقش پررنگ تری در فعال سازی CAS داشته اند [۱۹]. برای درک دقیق تر، پیشنهاد می شود پژوهش های آتی با رویکرد طولی به بررسی نقش متغیرهای تعدیل گر بپردازند [۲۰]. در نهایت، این مطالعه پیشنهاد می کند که درمان های مبتنی بر فراشناخت (MCT) که بر اصلاح پردازش های توجهی متمرکز هستند، می توانند گزینه ای اثربخش برای ارتقای سلامت روان در دوران بارداری باشند.

### نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که سندرم شناختی-توجهی در زنان باردار مورد مطالعه از سطح قابل توجهی برخوردار است و بخش قابل ملاحظه ای از شرکت کنندگان نمراتی در دامنه متوسط تا بالا کسب کرده اند؛ موضوعی که بیانگر حضور پررنگ الگوهای پردازش شناختی ناکارآمد، از جمله نگرانی مداوم، نشخوار فکری، توجه افراطی به تهدید و استفاده از راهبردهای مقابله ای غیرسازگار در این دوره حساس از زندگی است. این نتایج از این دیدگاه حمایت می کند که در دوران بارداری، صرف بررسی علائم آشکار اضطراب و افسردگی برای شناخت کامل وضعیت روانی مادران کافی نیست، بلکه لازم است به سازوکارهای زیربنایی شناختی و فراشناختی نیز توجه شود، زیرا همین فرایندها می توانند بستر شکل گیری، تداوم و تشدید آشفتگی های هیجانی را فراهم کنند. در این مطالعه، ارتباط معنادار سندرم شناختی-توجهی با سن، سطح تحصیلات و مصرف سیگار و قلیان نشان داد که این سازه نه تنها یک پدیده درون روانی، بلکه مفهومی در تعامل با ویژگی های فردی و سبک زندگی است؛ به طوری که افزایش سن و مصرف دخانیات با نمرات بالاتر این سندرم همراه بود، در حالی که سطح تحصیلات بالاتر با کاهش آن ارتباط داشت. این یافته ها حاکی از آن است که برخی گروه های زنان باردار ممکن است به دلیل شرایط شناختی، اجتماعی یا رفتاری، آسیب پذیری بیشتری نسبت به الگوهای پردازش ناسازگار داشته باشند و در نتیجه در معرض خطر بیشتری برای مشکلات سلامت روان قرار گیرند. از سوی دیگر، نبود ارتباط معنادار میان سندرم شناختی-توجهی و برخی متغیرها مانند وضعیت اشتغال، گروه خونی، تعداد فرزندان، سابقه سقط جنین و وضعیت سکونت می تواند نشان دهد که در این نمونه، نقش برخی فرایندهای درونی و عوامل رفتاری از برخی شاخص های جمعیت شناختی کلاسیک برجسته تر بوده است، هر چند تفسیر این نتایج باید با احتیاط و با در نظر گرفتن حجم نمونه انجام شود. در مجموع، نتایج این پژوهش بر ضرورت توجه جدی نظام مراقبت های دوران بارداری به مؤلفه های فراشناختی تأکید دارد و نشان

می‌دهد که غربالگری زودهنگام سندرم شناختی-توجهی، به‌ویژه در زنان باردار با سن بالاتر، تحصیلات پایین‌تر و سابقه مصرف دخانیات، می‌تواند به شناسایی گروه‌های در معرض خطر و طراحی مداخلات پیشگیرانه هدفمند کمک کند. همچنین، با توجه به ماهیت قابل اصلاح فرایندهای فراشناختی، به‌کارگیری مداخلات مبتنی بر درمان فراشناختی در خدمات بهداشت مادر می‌تواند رویکردی نویدبخش برای کاهش نگرانی و نشخوار فکری، بهبود تنظیم هیجانی و ارتقای سلامت روان مادران باردار باشد. بنابراین، مطالعه حاضر ضمن برجسته کردن اهمیت سندرم شناختی-توجهی در سلامت روان دوران بارداری، بر لزوم انجام پژوهش‌های گسترده‌تر با طرح‌های طولی و نمونه‌های بزرگ‌تر نیز تأکید می‌کند تا ابعاد علی این ارتباطات روشن‌تر شده و زمینه برای تدوین راهبردهای بالینی و سیاست‌گذاری‌های مؤثرتر در حوزه سلامت باروری فراهم شود.

### ملاحظات اخلاقی:

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی بود و اجرای این طرح مغایرتی با اعتقادات و باورها و سنت‌های جامعه ندارد؛ در بازنگری منابع و استفاده از مقالاتی که در فهرست منابع ذکر گردیده رعایت صداقت و امانت شده است و از منابع مشکوک و فاقد اعتبار استفاده نشده است؛ از مناسب‌ترین روش تحقیق و جدیدترین تکنیک‌های ممکن استفاده شده است.

### مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

### سپاسگزاری:

نویسندگان، بدینوسیله بر خود لازم می‌دانند از کلیه زنان باردار و مشارکت‌کننده در طرح و خانواده‌های آن‌ها و همچنین زحمات تمامی افرادی که در نگارش این مقاله ما را راهنمایی نمودند، سپاسگزاری نمایند.

### فهرست منابع

1. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press; ۲۰۰۹.

۲. Wells A. Cognitive-attentional syndrome: A theory of psychopathology. *Clin Psychol Psychother.* ۲۰۱۱;۱۸(۳):۲۱۴-۲۲۲.
۳. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* ۲۰۰۵;۱۰۶(۵):۱۰۷۱-۱۰۸۳.
۴. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord.* ۲۰۱۶;۱۹۱:۶۲-۷۷.
۵. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, et al. Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* ۲۰۱۸;۷۹(۵):۱۷۱۲-۱۱.
۶. Faisal-Cury A, Menezes PR. Antenatal anxiety and associated factors among women in primary health care. *Rev Bras Psiquiatr.* ۲۰۱۲;۳۴(۳):۲۷۳-۲۷۹.
۷. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, et al. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-۱۹ pandemic. *J Affect Disord.* ۲۰۲۰;۲۷۷:۵-۱۳.
۸. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for psychological distress in cancer survivors: A feasibility study. *Br J Clin Psychol.* ۲۰۰۹;۴۸(۲):۲۱۹-۲۲۶.
۹. Brown K, Miller R. The association between maternal education and mental health during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* ۲۰۱۸;۲۱(۴):۴۵۵-۴۶۷.
۱۰. Sajjadi H, Mohaqeqi Kamal SH, Rafiey H, et al. Predictors of mental health among pregnant women in Iran: A systematic review. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* ۲۰۱۹;۱۳(۴):۴۱۸-۵۶۲.
۱۱. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; ۲۰۱۶.
۱۲. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* ۲۰۱۵;۹:CD۰۱۰۰۷۸.
۱۳. Thompson L, Roberts M. Smoking and cognitive-attentional processes in pregnant smokers. *Addict Behav.* ۲۰۲۰;۱۰۵:۱۰۶۳-۱۶.
۱۴. Leventhal AM, Zvolensky MJ, Schmidt NB. Smoking and affective vulnerability: The role of executive function. *Psychol Addict Behav.* ۲۰۰۸;۲۲(۲):۲۷۰-۲۷۸.
۱۵. Mohammadi N, Khodabakhshi-Koolae A, Falsafinejad MR. Psychological factors related to pregnancy anxiety in Iranian women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* ۲۰۱۸;۳۹(۳):۲۱۰-۲۱۶.

۱۶. Mirzadeh S, Mazaheri M. Rumination and its relationship with postpartum depression in Iranian women. *J Nurs Midwifery Res.* ۲۰۲۱;۲۶(۴):۳۰۵-۳۱۰.
۱۷. Wells A, Hoshino T. Metacognitive therapy for perinatal mental health. *Clin Psychol Psychother.* ۲۰۲۲;۲۹(۲):۴۱۲-۴۲۵.
۱۸. Normann N, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy: A review and meta-analysis. *Front Psychol.* ۲۰۱۸;۹:۲۲۱۱.
۱۹. Shaban Z, Dolatian M, Shams J, et al. Stress and its predictors in pregnant women. *Iran Red Crescent Med J.* ۲۰۱۳;۱۵(۱۱):e۱۰۴۱۶.
۲۰. Popescu M, Dobrean A. Transdiagnostic metacognitive therapy in pregnancy. *J Consult Clin Psychol.* ۲۰۲۰;۸۸(۱۰):۸۹۹-۹۱۱.

## Assessment of the Cognitive Attentional Syndrome (CAS) in Pregnant Women: A Cross-Sectional Study in Yazd City, ۲۰۲۰

Mohaddeseh Ghasemkhani<sup>۱</sup>, Dr. Ali Nazari<sup>۲</sup>

۱. Master of Clinical Psychology, Yazd Azad University, Yazd, Iran

۲. Faculty Member, Yazd Azad University, Yazd, Iran

### Abstract

**Introduction:** Cognitive-Attentional Syndrome (CAS), characterized by repetitive thought patterns and maladaptive coping strategies, can affect the mental well-being of pregnant women. This study aimed to determine the prevalence and mean scores of CAS and to investigate its association with demographic variables in pregnant women in Yazd.

**Methods:** This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted on ۶۱ pregnant women attending health centers in Yazd. The primary instrument used was the Cognitive-Attentional Syndrome (CAS) scale. Additionally, a demographic questionnaire collecting data on age, employment status, blood type, number of children, history of abortion, cigarette and hookah use, residence status, and educational level was administered. Data were analyzed using SPSS software, version ۲۶.

**Results:** The mean overall CAS score among the participants was ۷۴.۷۷ (Standard Deviation: ۱۶.۳۴), indicating a notable prevalence of repetitive thought patterns and maladaptive coping strategies (Score Range: ۲۸-۱۱۳). The median CAS score was ۷۰, signifying that ۵۰٪ of pregnant women scored ۷۰ or higher. Correlation analysis revealed significant statistical associations between CAS and age ( $r=۰.۲۰$ ,  $P=۰.۰۳$ ), educational level ( $r=-۰.۲۲$ ,  $P=۰.۰۵$ ), cigarette use ( $r=۰.۳۰$ ,  $P=۰.۰۱$ ), and hookah use ( $r=۰.۲۸$ ,  $P=۰.۰۲$ ). Conversely, employment status, blood type, number of children, history of abortion, and residence status showed no significant association with CAS scores ( $P > ۰.۰۵$ ).

**Conclusion:** The findings of this research suggest a high prevalence and significant mean CAS scores in pregnant women in Yazd. The observed associations of CAS with increased age, lower educational attainment, and the use of cigarettes and hookahs underscore the importance of considering these factors in assessing and managing the cognitive-attentional health of this group.

These results highlight the necessity for developing metacognition-based interventions and reproductive health education for this population.

**Keywords:** Cognitive-Attentional Syndrome, Pregnant Women, Prevalence, Cognitive Function, Mental Health, Yazd, Metacognition.