



The Effect of Cognitive- Behavior Stress Reduction Training on Stress Reduction of Working Mothers According to Stressor Traits of Mother-Child

اثر بخشی آموزش تنیدگی زدایی شناختی - رفتاری بر کاهش تنیدگی مادران شاغل برحسب ویژگی های مادر - کودک

Mohammad Hatami, PhD.

دکتر محمد حاتمی^۱

پذیرش نهایی: ۸۸/۷/۵

بازنگری: ۸۷/۸/۷
۸۷/۹/۱۱

تاریخ دریافت: ۸۷/۶/۲۴

Abstract

The present study aims to evaluate the effect of cognitive- Behavior stress reduction training to reducing of working mothers stress according to stressor traits mother-child. First, 130 nursing working in Tehran hospitals that matched on age, number of children and physical health selected and they were evaluated using "parenting stress index". Second, 24 mothers with a high level stress on the study, shared two matched groups of experimental and controlled group, were under training of stress-reduction technique for 13 weeks, but, the controlled group didn't receive any training, the level of stress in both groups were assessed before and after the training. In order to analyze the data, via the basic statistical methods such as mean and standard T-test, Pearson correlation and regression analysis (step by step) were applied. The result of this study showed that: the effect of cognitive- Behavior stress reduction training method was effective (useful) in reducing stress and a few stressor traits of mother-child

Keywords:

Stress, Job, stressor traits of mother -child ,cognitive- Behavior stress

چکیده

هدف تحقیق حاضر بررسی اثر بخشی آموزش تنیدگی زدایی شناختی- رفتاری بر کاهش تنیدگی زندگی مادران شاغل برحسب ویژگی های تنیدگی زای مادر و کودک است. ۱۳۰ نفر پرستار شاغل در بیمارستانهای تهران بر اساس متغیرهای سن، تعداد فرزندان و سلامت جسمانی در این مطالعه شرکت کردند. در مرحله اول گروه نمونه از طریق شاخص تنیدگی والدینی (PSI) مورد ارزشیابی قرار گرفتند. در مرحله دوم ۲۴ نفر از مادران بر اساس احراز بالاترین میزان تنیدگی بطور تصادفی در دو گروه مساوی گواه و آزمایشی جایگزین شدند. قبل از اعمال مداخله از هر دو گروه پیش آزمون بعمل آمد. سپس گروه آزمایشی به مدت ۱۳ هفته تحت آموزش تنیدگی زدایی قرار گرفت. در پایان از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. نتایج مطالعه حاکی از آن است که روش آموزش تنیدگی زدایی بر کاهش تنیدگی زندگی و بعضی از ویژگی های تنیدگی زای مادر و کودک موثر بوده است.

کلیدواژه‌ها

استرس، شغل، ویژگی های تنیدگی زای مادر- کودک، آموزش تنیدگی زدایی شناختی - رفتاری



مقدمه

شمارمی رود. همچنین هول و دیگران (۲۰۰۱) بیان داشتند حدود ۴۰ درصد بیماری های ناشناخته ناشی از تنیدگی حرفه ای هستند. همه این مطالعات اهمیت تنیدگی حرفه ای خصوصا تنیدگی ناشی از مشاغل سخت مانند پرستاری را تصریح می نماید. راس و آلتمایر (۱۹۹۴) بیان می کنند بیمارانی که در بیمارستان بستری هستند معمولا پنج مرحله انکار، انزوا، خشم، درگیری بامسأله، افسردگی و پذیرش موقعیت را طی می کنند که هر یک از این مراحل به منزله منبع بالقوه تنیدگی برای پرستاران به شمار می آیند. اوبر (۱۹۸۹) در اثری تحت عنوان تنیدگی حرفه ای از پرستاری بنام سیمون که در بخش مراقبت های ویژه به کار اشتغال داشته یاد می کند. شما در بخش مراقبت های ویژه باز حیات بخشی محبوس هستید و همه چیز در برابر چشمانتان جریان دارد، مرگ همواره حاضر است، این حضور مداوم به علت تهاجم پیوسته و روزمره خود یک تنیدگی دائم را در پرستاران ایجاد می کند (استورا، ۱۹۹۰، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷). همراه با تنیدگی حرفه ای نقشی که جنس در تجربه های شغلی ایفا می کند، موضوعی است که بیش از پیش به آن توجه شده است، بویژه آنکه اکثر جامعه پرستاران را زنان تشکیل می دهند.

معمولا زنان در معرض دو گروه از تنیدگی ها قرار دارند. اول تنیدگی هایی که از هویت زیست شناختی آنها نظیر قاعدگی و تنش های قبل از آن ناشی می شود، دوم تنیدگی هایی که با مسئولیت حرفه ای آنان ارتباط دارد، خصوصا اگر شغل دشواری نظیر پرستاری را بر عهده داشته باشند (رامنس و سیمن، ۲۰۰۶). افزون بر این احراز مقام مادرگری، نقش جدیدی از زن می طلبد، بطوری که مادر شدن همراه با دگرگونی های عمیق اجتماعی و روان شناختی است، خصوصا زنانی که مسئولیت شغلی و خانوادگی را در کنار هم دارند و دارای کودکان خردسال هستند،

لازاروس بر اساس الگوی تبادلی، تنیدگی را ارزیابی منفی فرد از رویدادی تهدید کننده، زیان بار و به عنوان یک مفهوم، ارتباطی بین فرد و محیط تعریف می کند که در شناخت فرد معنا می یابد (به نقل از سارافینو، ۱۹۹۸). وقتی فرد رابطه را تنیدگی زا و مهار آن را خارج از توانایی خود می داند آن را مخل سلامتی و آسایش خویش ارزیابی می کند (ویلسون، ۲۰۰۴). یکی از منابع مهم تنیدگی زا محیط شغل است که تهدیدیدی جدی برای فرد به شمار می رود، بطوری که ۸ تا ۱۰ درصد جمعیت فعال در موقعیت تنیدگی قرار دارند و وضعیت آنان نگران کننده است (استورا، ۱۹۹۰، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷). این نکته بیانگر آن است که به شغل به عنوان یک منبع مهم تنیدگی باید توجه گردد، چون تنیدگی حرفه ای از تعامل شرایط کار با رگه های شخصیتی فرد که در کنش های روان شناختی یا فیزیولوژیکی یا هر دو بوجود میاید، حاصل می شود (بیر و نیومن، ۱۹۷۸). به طور کلی شش منبع تنیدگی حرفه ای مشخص شده است که عبارتند از نوع شغل، نقش سازمانی فرد، ساختار و جوسازمانی و رویارویی کار و خانواده (کوپر، ۱۹۸۶) که هر کدام به نحوی منبع تنیدگی هستند.

از سوی دیگر، مشاغل مختلف از حیث درجه دشواری، تنیدگی متفاوتی ایجاد می کنند، مشاغلی نظیر خلبانی، کارگران شرکت های نفت، کارمندان مراکز هسته ای، حرفه های پزشکی و پیراپزشکی و مدیران موسسات جزء مشاغل سخت و تنیدگی زا هستند (فرنچ و کاپلان، ۱۹۷۳). یکی از مشاغلی که از سختی نسبتا بالایی برخوردار است، شغل پرستاری در بیمارستان است، به طوری که یانگ و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه ای با گروهی از پرستاران در یافتند تنیدگی حرفه ای از جمله عوامل پیش بینی کننده کندی هیجانی (افسردگی، نومیدی و درماندگی) به



کاهش ماهیت تجربه تنیدگی موثر بوده است. فورمن (۱۹۸۳) آموزش تنیدگی زدایی روی گروهی از دبیران دبیرستانهای شهری بکار برد، نشان داد اضطراب، تنیدگی و تظاهرات حرکتی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل به هنگام حضور در کلاس تقلیل پیدا کرده است. جانسن و باروز (۱۹۸۳) آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی را برای درمان تنیدگی و اضطراب دانش آموزان دبیرستانی به مدت ۶ هفته به صورت گروهی به کار بردند و نتیجه گرفتند اضطراب آنها کاهش یافته است. گوسین (۱۹۹۷) اثر روش درمانی شناختی - رفتاری را در کاهش اضطراب و تنیدگی بیماران روانی مورد تایید قرار داده است و نیومن (۱۹۹۹) به منظور اتخاذ یک شیوه زندگی سازگاران و انعطاف پذیر از فنون درمانی شناختی-رفتاری استفاده کرد.

میشنبام (۱۹۹۰) روش آموزش تنیدگی زدایی شناختی-رفتاری (CBT) که شامل سه مرحله و ده اصل شناختی - رفتاری برای کاهش تنیدگی است را مطرح و اثر آن بر روی آزمودنی ها را ارزیابی کرده است. پژوهش حاضر براساس این مدل تنیدگی زدایی اجراء شده است.

بدین ترتیب بررسی اثر تنیدگی بر سلامت جسمانی و روانی مادر - کودک و روش های پیشگیری، مهار و کنترل تنیدگی هدف اغلب پژوهشگران بوده است. از این رو هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثر روش آموزش تنیدگی زدایی شناختی - رفتاری بر کاهش تنیدگی و ویژگی های تنیدگی زای مادر - کودک است. همچنین پژوهش حاضر بر آن است تا روشن نماید، کدام یک از ویژگی های تنیدگی زا اثرات منفی بیشتری بر مادران دارد و کدام یک در مقابل تنیدگی مقاوم تر است و سرانجام ارائه رهکارهایی با هدف پیشگیری و مداخله است.

در معرض تنیدگی ناشی از چند گانگی نقش قرار دارند. از دیدگاه محققانی مانند کلیری و مکانیک (۱۹۸۳) اکثر مادرانی که هم وظیفه نگهداری از فرزندان خود را دارند و هم به کارهای سنگین مشغولند دارای مشکلات روانی و ارتباطی هستند. ماسون و بارلینگ (۱۹۸۸) نشان دادند، تضاد بین ایفای نقش مادری و شغلی بر سازش خانوادگی زنان تاثیر منفی دارد.

ماسن و همکاران (۱۹۹۰) به نقل از هنری (۱۹۹۶) بر این باورند که احساس دل بستگی در کودک مستلزم مراقبت مادر است چون در غیر این صورت در فرایند ایجاد دل بستگی خلل ایجاد می شود و پیامد آن بروز اضطراب در کودک و کندی تحول اجتماعی و شناختی اوست که به نوعی دل بستگی نایمن بین مادر و کودک منجر می گردد. الیوت و هاپرت (۱۹۹۱) مادران شاغل نمی توانند به دلیل اشتغال و بچه داری از اوقات فراغت استفاده کنند. بر این اساس همبستگی معناداری بین بیماری و سلامت روانی با اشتغال و تعهدات خانوادگی آنها وجود دارد. بنابراین، پرستارانی که از وظایف چند گانه ای برخوردارند، گرفتار مجموعه ای از عوامل استرس زا می باشند.

کوپر و همکاران (۱۹۹۶) برای مهار تنیدگی در محیط شغلی مواردی چون تجدید نظر در شرایط اجتماعی، روانی و سازمانی محیط کار، ایجاد ارتباط میان محیط کار و خانه، افزایش مهارت های ارتباطی و اجتماعی، ایجاد فضایی که کارکنان مشکلات و نگرانی های خود را بیان کنند، پیشنهاد می نماید. همچنین طی سال های اخیر روش های درمانی شناختی - رفتاری جهت کاهش استرس و اضطراب در موقعیت های گوناگون بکار برده می شود.

وست و همکاران (۱۹۸۴) به تاثیر تنیدگی زدایی شناختی - رفتاری بر کاهش تنیدگی جامعه پرستاران پرداختند و نتیجه گرفتند که آموزش تنیدگی زایی در



روش

جامعه و نمونه

جامعه آماری پژوهش حاضر را مادران شاغل پرستار بیمارستان های تهران در مناطق مختلف تشکیل داده است. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای (دلاور، ۱۳۷۶) ابتدا شهر تهران به پنج منطقه جنوب، شمال، شرق، غرب و مرکز تقسیم شد. سپس از هر منطقه سه بیمارستان بطور تصادفی انتخاب و از هر بیمارستان بر اساس اطلاعات پرونده پرسنلی ۲۵ پرستار مجموعاً ۳۷۵ نفر که در دامنه سنی ۲۶ تا ۳۴ سال و دارای همسر و فرزند هستند، انتخاب شدند. در مرحله بعد از طریق پرسش نامه محقق ساخته حاوی سئوالات اطلاعات فردی و خانوادگی تعداد ۱۳۰ پرستار بر اساس عوامل سن، تعداد فرزندان و سلامت جسمانی انتخاب شدند. سپس شاخص تنیدگی والدینی روی آنها اجرا شد که با به دست آمدن نمره کلی تنیدگی ۲۴ نفر از مادران بر اساس بالاترین نمره تنیدگی انتخاب و به بطور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند، گروه آزمایش به مدت ۱۳ هفته تحت روش آموزش تنیدگی زدایی قرار گرفت، ولی در باره گروه کنترل آموزش تنیدگی زدایی اعمال نگردید.

ابزارهای ارزشیابی

شاخص تنیدگی والدینی (PSI)^۱

این مقیاس توسط "ابیدین" در سال ۱۹۷۶ بر مبنای الگوی نظری مربوط به تنیدگی والدین تهیه شد. خرده مقیاسهای مربوط به هر قلمرو و همچنین تعداد مواد هر زیر مقیاس به این شرح است.

- الف) قلمرو کودکی (۴۷ ماده): سازش پذیری^۲ (۱۱ ماده)، پذیرندگی^۳ (۷ ماده)، فزون طلبی^۴ (۹ ماده)، خلق (۵ ماده)، بی توجهی / فزون کنشی^۵ (۹ ماده) و تقویت گری^۶ (۶ ماده).

ب) قلمرو والدینی (۵۴ ماده): افسردگی (۹ ماده)، دلبستگی (۷ ماده)، محدودیت های نقش^۷ (۷ ماده)، حس صلاحیت^۸ (۱۳ ماده)، انزوای اجتماعی^۹ (۶ ماده)، روابط با همسر^{۱۰} (۷ ماده)، سلامت والدین^{۱۱} (۵ ماده).
ج) استرس زندگی اختیاری (۱۹ ماده)

قابلیت اعتماد آزمون: ضریب اعتماد آلفا برای هریک از خرده آزمون های هر قلمرو و کل نمرات توسط ابیدین (۱۹۹۰) محاسبه گردید، این میزان در جمعیت ۲۶۳۳ نفر در قلمرو کودکان ۰/۷۰ تا ۰/۸۳ و در قلمرو والدین از ۰/۷۰ تا ۰/۸۴ و در کل مقیاس ۰/۹۵ گزارش شد که بیانگر ثبات درونی ارزیابی ها است. در مطالعه ای که به صورت بین فرهنگی اجرا شد، قابلیت اعتماد مقیاس شبیه نمونه اصلی است (ابیدین ۱۹۹۰).

اعتبار آزمون: اعتبار محتوا توسط سازنده آزمون به شرح زیر تعیین گردید. ابتدا به منظور تدارک پرسش های شاخص تنیدگی والدینی همه مطالعات مرتبط با تحول بررسی و مقالات مربوط به روابط کودک - والدین، دلبستگی، بدرفتاری با کودک، بی توجهی نسبت به او، آسیب شناسی روانی کودک، مهارت های فرزند پروری و تنیدگی، جمع آوری و ارزیابی شد. سپس بر اساس مرور ادبیات و تجربیات بالینی فهرست جامعی از ابعاد فراهم شد و در مرحله سوم به منظور سنجش امکان فهم مواد برای آزمودنی ها ارزیابی مقدماتی انجام گرفت. در پایان جلسه بحث گروهی متشکل از شاغلین ۶ حرفه مجزا، در زمینه روابط اولیه والدین و کودک تشکیل شد تا میزان ارتباط محتوا و کفایت ساختاری هر یک از سئوالات را ارزیابی کنند. نتیجه کمی این فعالیت ها مجموعه ای را به دست داد که حداقل ۹۵ درصد مواد مستقیماً با یکی از تحقیقات قلمرو آن مرتبط بود

7. Restrictions of Role
8. Sense of Competence
9. Social Isolation Scale
10. Relationship with Spouse
11. Parental Health

1. Parental Stress Index
2. Adaptability
3. Acceptability
4. Demandingness
5. Hyperactivity/Distractibility
6. Reinforces



۳- مرحله کاربرد و پیگیری مستمر آموزش به کار بستن پاسخ های مقابله ای در موقعیت های روزمره شامل: تمرین تصویر سازی، تمرین رفتاری، ایفای نقش، الگوگیری، رویارویی تدریجی با واقعیت، پیشگیری از عود و پیگیری مستمر.

یافته ها

در اجرای پرسشنامه شاخص تنیدگی والدینی (PSI) میانگین تنیدگی زندگی ($t=275/97$) بالاتر از حد بهنجار ($t=260$) استخراج شده توسط آیدین (۱۹۹۰) است. با توجه به اینکه اعتبار، روایی و هنجار بین فرهنگی این شاخص توسط سازنده و همچنین اجرا قبلی توسط محققین ایرانی و اعتبار و روایی توسط پژوهشگر استخراج شده است. بنابراین تنیدگی مادران در حد توجه و نیازمند برنامه های روانشناختی است.

به منظور بررسی اثر روش آموزش تنیدگی زدایی بر سطح تنیدگی زندگی مادران مقایسه نتایج میانگین ها در دو سطح انجام پذیرفت، مرحله پیش آزمون و مرحله پس آزمون که نتایج حاصل بر حسب جدول ۱ به شرح زیر است.

مقادیر t بدست آمده مبین آن است که تفاوت میانگین نمرات دو گروه در مرحله پیش از اجرای آموزش تنیدگی زدایی معنادار نیست. بدین ترتیب دو گروه در مرحله پیش از اجرای آموزش تنیدگی زدایی با یکدیگر مشابه اند. شرط تساوی واریانس ها رعایت

(آیدین، ۱۹۹۰). برای اطمینان تعداد ۳۰ پرسشنامه در ایران توسط محقق به کسانی که دارای تنیدگی و اضطراب بودند، اجرا شد، متوسط تنیدگی آنها بالاتر از هنجار خارجی (۲۶۰) بود. درضمن این شاخص قبلا توسط اصغر نژاد (۱۳۷۶) اجرا شده است.

روش مداخله

آموزش تنیدگی زدایی شناختی - رفتاری میسنبام (۱۹۹۰) یک مداخله درمانی دقیق چند بعدی و چند جانبه است. یک تکنیک نیست، بلکه الگوی مرکبی است که ده اصل را در درمانگری شناختی- رفتاری مطرح نموده است و دارای سه مرحله است.

۱- مرحله مفهوم سازی

تقریبا یک سوم آموزش را در بر می گیرد. ارزیابی اولیه، بیان اهداف آموزش تنیدگی زدایی، برقراری یک رابطه همکاری بین درمانگر و مراجع و کسب اطلاعات از مراجع جزء این بخش درمان است. مهمترین فعالیت ها عبارتند از: مصاحبه بالینی، ارزیابی بی بر اساس تصویر سازی ذهنی، خود نظارتی، ارزیابی های رفتاری، آزمون های استاندارد شده و پرسشنامه ها.

۲- مرحله اکتساب و تمرین مهارتها

آموزش مهارتهای مقابله ای ویژه، آنچنانکه بتوانند با تنیدگی به طور موثر مواجه شوند. فنونی که در این مرحله به مراجعین آموخته می شود عبارتند از: آموزش تنش زدایی، راهبردهای شناختی، آموزش حل مساله، آموزش خود گفتگویی هدایت شده و آموزش انکار.

سطح معناداری	مقدار t	درجه آزادی	خطای معیار	انحراف معیار	میانگین	شاخص ها	
						گروه	مرحله
۰/۳۹۹	۰/۸۶	۲۲	۱۲/۰۸	۴۱/۸۵	۲۷۷	آزمایش	پیش آزمون
			۱۵/۱۲	۵۲/۳۸	۲۹۴	کنترل	پیش آزمون

$P < 0.05^*$ $P < 0.01^{**}$

جدول ۱ - نتایج آزمون t برای مقایسه سطح استرس زندگی در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون



شاخص ها	انحراف	خطای	درجه	مقدار t	سطح معناداری
میانگین	معیار	معیار	آزادی		
۴۹/۲۵	۴۸/۰۱	۱۳/۸۶	۲۲	۳/۴۴	۰/۰۰۳**
-۲/۲۵	۱۹/۵۱	۵/۶۳			

P<0.01** P<0.05*

جدول ۲- نتایج آزمون t برای مقایسه تفاضل نمرات میانگین آزمودنیها دو گروه در مرحله های پیش و پس از اجرای آموزش.

شده است. نتایج آزمون t برای مقایسه تفاضل نمرات میانگین آزمودنی ها دو گروه در مرحله های پیش و پس از اجرای آموزش در جدول ۲ بیانگر آن است که گروه آزمایش و کنترل باهم تفاوت دارند و تنیدگی گروه آزمایش کاهش یافته است.

قلمرو	متغیرها	شاخص ها	میانگین	انحراف	خطای	درجه	مقدار t	سطح معناداری
	گروه	معیار	معیار	معیار	آزادی			
ویژگی های کودک	بی توجهی/فزون کشتی	۱	۲۶/۳۰	۴/۵۵	۱/۳۱	۲۲	۰/۴۰	p<۰/۶۹۱
	۲	۳۷/۱۶	۵/۵۴	۱/۵۹				
ویژگی های مادر	تقویت گری	۱	۱۶	۴/۷۶	۱/۳۷	۲۲	۰/۰۴	p<۰/۹۶۷
	۳	۱۶/۰۸	۵/۰۱	۱/۴۴				
ویژگی های مادر	خلق کودک	۱	۱۳/۸۳	۳/۶۳	۱/۰۵	۲۲	-۰/۱۶	p<۰/۸۷۳
	۲	۱۳/۵۸	۳/۹۱	۱/۱۳				
ویژگی های مادر	پذیرندگی	۱	۱۷/۴۱	۲/۹۹	۰/۸۶۶	۲۲	-۰/۱۸	p<۰/۸۵۷
	۲	۱۷/۱۶	۳/۶۶	۱/۰۵				
ویژگی های مادر	سازش پذیری	۱	۳۳/۵۸	۶/۸۱	۱/۹۶	۲۲	-۰/۳۹	p<۰/۶۹۷
	۲	۳۲/۴۱	۷/۶۴	۲/۲۰				
ویژگی های مادر	فزون طلبی	۱	۲۷/۶۶	۴/۸۸	۱/۴۱	۲۲	۰/۲۷	p<۰/۷۸۹
	۳	۲۸/۲۵	۵/۶۵	۱/۶۳				
ویژگی های مادر	احساس صلاحیت	۱	۳۴/۶۶	۵/۳۴	۱/۵۴	۲۲	-۰/۳۳	p<۰/۷۴۷
	۳	۳۳/۸۳	۷/۰۱	۲/۰۲				
ویژگی های مادر	دلبستگی	۱	۱۸/۵	۳/۹۴	۱/۱۳	۲۲	-۰/۳۹	p<۰/۷۰۳
	۲	۱۷/۷۵	۵/۴۶	۱/۵۷				
ویژگی های مادر	محدودیت نقش	۱	۲۴/۲۵	۵/۳۱	۱/۵۳	۲۲	۰/۱۵	p<۰/۸۸۴
	۲	۲۴/۵۸	۵/۷۱	۱/۶۴				
ویژگی های مادر	افسردگی	۱	۲۸/۷۵	۵/۸۳	۱/۶۸	۲۲	۰/۰۳	p<۰/۹۷۳
	۲	۲۸/۶۶	۶/۱۲	۱/۷۶				
ویژگی های مادر	روابط با همسر	۱	۲۳/۳۳	۶/۰۵	۱/۷۴	۲۲	-۰/۱۰	p<۰/۹۲۱
	۲	۲۳/۰۸	۶/۵۷	۱/۹				
ویژگی های مادر	انزوای اجتماعی	۱	۱۸/۵	۳/۸۷	۱/۱۱	۲۲	۰/۱۹	p<۰/۸۴۹
	۲	۱۸/۱۶	۴/۵۸	۱/۳۲				
ویژگی های مادر	سلامت مادر	۱	۱۲/۶۶	۱/۹۲	۰/۵۵	۲۲	۲/۵۸	p<۰/۰۱**
	۳	۱۶	۴/۰۴	۱/۱۶				

P<0.01** P<0.05*

جدول ۳- نتایج آزمون t برای مقایسه ویژگیهای مادر - کودک دو گروه آزمایش و گواه در وهله پیش آزمون. (شرط تساوی واریانس ها در سطح تمام ویژگی ها احراز شده است)



قلمرو	متغیرها	شاخصها	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری	
ویژگی های کودک	بی توجهی / فزون کنشی	۱	۰/۸۳	۳/۵۳	۱/۰۲	۲۲	-۴/۴۴	p<۰/۰۱**	
		۳	۸/۷۵	۵/۰۶	۱/۴۶	۲۲	-۱/۵۶	p<۰/۱۲۳	
	تقویت گری	۱	۰/۰۸	۲/۷۴	۷۹	۱/۹۲	۲۲	-۱/۲	p<۰/۲۴۳
		۳	۳/۳۳	۶/۶۶	۰/۵	۱/۳۶	۲۲	-۱/۷۳	p<۰/۰۹۷
	خلق کودک	۱	-۰/۲۵	۱/۷۶	-۰/۷۳	۱/۴۶	۲۲	-۵/۴۴	p<۰/۰۱**
		۳	۱/۵	۴/۷۳	۲/۵۲	۵/۰۷	۲۲	-۳/۶۵	p<۰/۰۱**
ویژگی های مادر	سازش پذیری	۱	-۱/۱۶	۲/۵۵	-۰/۷۳۷	۲۲	-۱/۸۱	p<۰/۰۱**	
		۳	۹/۵	۶/۲۸	۱/۸۱	۱/۹۵	۲۲	-۲/۲۳	p<۰/۰۷۴۷
	فزون طلبی	۱	۰/۵۸	۱/۸۸	-۰/۵۴	۲/۶۵	۲۲	-۱/۱۶	p<۰/۰۲۵۹
		۳	۸	۶/۷۸	۴/۸۶	۴/۹۷	۲۲	-۴/۴۷	p<۰/۰۱**
	احساس صلاحیت	۱	-۰/۸۳	۲/۷۵	۰/۷۹۶	۰/۱۸	۲۲	-۳/۱۰	p<۰/۰۱**
		۳	۵/۳۳	۹/۱۸	۲/۶۵	۱/۸۳	۲۲	-۳/۲۶	p<۰/۰۱**
دلبستگی	۱	-۰/۷۵	۲/۸۶	-۰/۸۲۷	۰/۱۸	۲۲	-۱/۸۹	p<۰/۰۷۳	
	۳	۱/۱۶	۴/۹۷	۴/۹۷	۱/۴۳	۲۲	۱/۶۹	p<۰/۰۰۵	
محدودیت نقش	۱	۰/۳۳	۰/۶۵۱	۰/۱۸	۱/۴۳	۲۲	-۱/۶۸	p<۰/۰۰۵	
	۳	۸/۵۸	۶/۳۶	۱/۸۳	۱/۴۳	۲۲	-۱/۶۸	p<۰/۰۰۵	
افسردگی	۱	-۰/۰۸	۱/۲۴	۰/۳۵	۲/۱۷	۲۲	-۳/۱۰	p<۰/۰۱**	
	۳	۶/۷۵	۷/۵۴	۲/۱۷	۲/۱۷	۲۲	-۳/۱۰	p<۰/۰۱**	
روابط با همسر	۱	-۰/۲۵	۱/۰۵	-۰/۳۰	۱/۸۶	۲۲	-۳/۲۶	p<۰/۰۱**	
	۳	۵/۹۱	۶/۴۵	۱/۸۶	۱/۸۶	۲۲	-۳/۲۶	p<۰/۰۱**	
انزوای اجتماعی	۱	-۰/۳۳	۱/۳۷	-۰/۳۹	۱/۴۹	۲۲	-۱/۸۹	p<۰/۰۷۳	
	۳	۲/۵۸	۵/۱۷	۱/۴۹	۱/۴۹	۲۲	-۱/۸۹	p<۰/۰۷۳	
سلامت مادر	۱	۳/۳۳	۲/۳۸	-۰/۶۸	۱/۴۹	۲۲	۱/۶۹	p<۰/۰۰۵	
	۳	۱/۵۸	۲/۶۷	-۰/۷۷	۱/۴۹	۲۲	۱/۶۹	p<۰/۰۰۵	

P<0.01** P<0.05*

جدول ۴- نتایج آزمون t برای مقایسه تفاضل نمرات آزمودنیها در دو گروه (آزمایش و گواه) در مرحله پیش و پس از اجرای آموزش در ویژگی های مادر - کودک.

تفاوت وجود دارد. یعنی در مرحله پیش آزمون ویژگی های بی توجهی / فزون کنشی، تقویت گری، خلق کودک، پذیرندگی، سازش پذیری و فزون طلبی احساس صلاحیت، دلبستگی، محدودیت نقش، افسردگی، روابط با همسر و انزوای اجتماعی در دو گروه مشابه اند.

به منظور ارزیابی اثر روش آموزش تنیدگی زدایی بر ویژگی های تنیدگی زای زندگی پس از ۱۳ هفته

به منظور ارزیابی اثر بخشی روش آموزش تنیدگی زدایی بر ویژگی های تنیدگی زای مادر - کودک قبل از اجرای آموزش، ویژگی های تنیدگی زای دو گروه آزمایش و گواه توسط شاخص تنیدگی والدینی (PSI) با هم مقایسه شد. نتایج در جدول ۳ آمده است. مقادیر t بدست آمده حاکی از آن است که بین میانگین های ویژگی های تنیدگی زای قلمرو کودک و مادر در تمام ویژگی ها با استثنای سلامت مادر



خود تغییراتی را ایجاد کند و روش برخورد با فرزندان و همسر را تصحیح کرده و چرخه تنیدگی زای روابط مادر، کودک و همسر را تا حدی تعدیل و تنیدگی ناشی از آن را کاهش دهد. بنا به یافته‌های میسن‌بام و دیفن باخر (۱۹۸۸) آموزش روش‌های مقابله با موقعیت‌های تنیدگی زای فرد را به کنش‌وری بهتری نسبت به گذشته در شرایط تنیدگی قرار می‌دهد.

در این پژوهش ۱۳ عامل تنیدگی زای در تبیین تنیدگی مادرانه نقش داشتند. روش مداخله درمانی CBT توانست رفتارهای آزاردهنده کودک چون فزون‌طلبی، فزون‌کنشی / بی‌توجهی را در قلمرو کودک را کاهش دهد. بر این اساس مادر به خواسته‌های کمک‌طلبی کودک توجه نموده و خود را به دخالت فعال‌تر در مراقبت از کودک ملزم ساخته و همچنین باعث افزایش رفتارهای سازشی کودک و کاهش برانگیختگی و اضطراب مادر شده است. بنابر این مقابله‌های شناختی (ریتکس و گالوی، ۱۹۸۴) در کاهش مولفه نگرانی و اضطراب موثرند و به فرد کمک می‌کنند که اشتغالات ذهنی و نگران‌کننده و افکار منفی نامربوط به تکلیف را کاهش دهند و به یک آرامش نسبی در روابط مادر- کودک نایل آید. از طرف دیگر CBT توانسته روابط با همسر را نسبت به گذشته بهبود بخشد. تحقیقات گذشته تصریح می‌کند کنترل عوامل اضطراب‌زا و حمایت اجتماعی از مادران شاغل به سازش بیشتر با همسرانشان می‌گردد (کوب، ۱۹۷۶ به نقل از شکر کن، ۱۳۷۴). همچنین ویژگی محدودیت نقش در اثر مداخله درمان CBT کاهش یافته است، بر این اساس مادران در مدت درمان به کنش‌وری مثبت‌تری در انجام وظایف مادرگری دست یافته‌اند و محدودیتهایی که ایفای نقش مادرگری را با مشکلاتی مواجه می‌ساخت، کمتر می‌شوند. میسن‌بام (۱۹۹۰)، کوب (۱۹۷۶)، لاروکو و فرنچ (۱۹۸۰) به نقل از شکر کن ۱۳۷۴، تصریح می‌کنند، مادرانی که به دلیل مشغله و استرس زیاد

اجرای آموزش شناختی - رفتاری مجدداً گروه آزمایش و گواه توسط شاخص تنیدگی والدینی (PSI) ارزیابی گردید و ویژگی‌های تنیدگی زای دو گروه بر اساس تفاسل نمرات میانگین دو گروه در مرحله پیش و پس از اجرا با هم مقایسه شد. نتایج آن در جدول ۴ آمده است. نتایج دو گروه بیانگر آن است در قلمرو کودک ویژگی‌های بی‌توجهی / فزون‌کنشی، سازش‌پذیری و فزون‌طلبی با هم تفاوت دارند، بنابراین روش آموزش توانسته بر کاهش سطح تنیدگی این سه ویژگی موثر گردد، اما این روش سطح تنیدگی ویژگی‌های تقویت‌گری ($P < 0/133$)، خلق کودک ($P < 0/143$) و پذیرندگی ($P < 0/097$) را کاهش نداده است. در قلمرو مادر سطح تنیدگی ویژگی‌های احساس‌صلاحیت، محدودیت نقش، افسردگی و روابط با همسر کاهش یافته‌اند، اما سطح تنیدگی ویژگی‌های دلبستگی ($p < 0/259$)، انزوای اجتماعی ($P < 0/073$) و سلامت مادر ($P < 0/105$) کاهش نیافته‌اند. شرط تساوی واریانس هادر سطح تمام ویژگی‌ها احراز شده است

بحث

پرستاری یکی از مساعل سخت و تنیدگی‌زا است، خصوصاً پرستارانی که نقش‌های چندگانه شاغل بودن، همسر داری و مادرگری را بر عهده دارند. در این پژوهش با بررسی تنیدگی زندگی مادران پرستار و مقایسه با حد پهنجاری (ابیدین، ۱۹۹۰) در حد توجه و بالاتر از ۲۶۰ می‌باشند. این افزایش تنیدگی ناشی از شغل است که در تعامل با زندگی (مادرگری و همسر داری) ایجاد می‌گردد، نتیجه این بخش پژوهش با تحقیقات کوهن و لازاروس (۱۹۸۴) همخوانی دارد. روش CBT بکار گرفته شده در این پژوهش منجر به کاهش سطح کلی تنیدگی زندگی شده است، و دلیل آن این است، مادر شخصاً مسئولیت خانواده را عهده دار است و توانسته با کمک مشاوره در برنامه‌های



نتیجه گیری

طرح اثر بخشی آموزش تنیدگی زدایی شناختی - رفتاری بر کاهش تنیدگی زندگی و هفت ویژگی تنیدگی زا در قلمرو مادر و کودک تبیین گردید و بطور کلی مادرانی که از شغل سختی چون پرستاری برخوردارند درگیر یک حلقه معیوب تنش زامادرگری، همسر داری و شاغل بودن شده اند و آنان را نیازمند حمایت خاص و استفاده از رهنمودهای روانشناختی نموده است. آموزش تنیدگی زدایی شناختی - رفتاری یک مداخله درمانی گروهی موثر برای کلیه کسانی است که در شرایط پر تنیدگی بسر می برند. نتایج برنامه های مداخله درمانی قبلی چون میسنبام و جارمکو (۱۹۸۳) برای گروه های قربانی، تابلور و همکاران (۱۹۸۳) برای کمک به بیماران اضطرابی و شروود و همکاران (۲۰۰۵) برای درمان بیماران دارای بیماری مزمن پر تنیدگی، الهیاری (۱۳۷۶) برای نوجوانان پرخاشگر حکایت از تاثیر و مفید بودن این روش دارد. بنابراین پیشنهاد می گردد، کارفرمایان، مشاوران و روانشناسان از این روش مداخله ای برای شرایط پر تنیدگی استفاده نمایند.

منابع فارسی

الهیاری، عباسعلی (۱۳۷۶). تعیین پرخاشگری نوجوانان بر حسب مولفه های شخصیت و تاثیر شیوه درمانگری استرس زدایی بر پرخاشگری، پایان نامه دوره دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

استورا، جی. بی (۱۹۹۰). استرس یا «بیماری جدید تمدن» ترجمه: پریخ دادستان (۱۳۷۷)، چاپ اول، انتشارات رشد.

اصغرنژاد (۱۳۷۶)، بررسی اثربخشی برنامه های بهداشت روانی، پایان نامه دوره دکتری، انسیتوروانپزشکی تهران

دلاور، علی (۱۳۷۶) مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم

در اجرای وظایف مادرگری دچار تعارض شده اند با یک برنامه منسجم شناختی-رفتاری توانسته اند وظایف مادرگری خود را انجام داده و به اعتماد به نفس بهتری نسبت به گذشته دست یابند.

اما روش CBT در کاهش سطح تنیدگی ویژگی های پذیرندگی، تقویت گری و خلق در قلمرو کودک چندان موثر واقع نشده است، این بیانگر آن است، تعامل مادر با کودک از نظر ادراک کودک به عنوان منبع آرمانها یا امیدهای مادر موفقیت آمیز نبوده است. همچنین مشغولیات زیاد مادر کودک را به عنوان یک منبع تقویت کننده مثبت تلقی نمی کند و علیرغم اجرای آموزش تنیدگی زدایی که اثر خود را بر ویژگی های مزاجی گذاشته اما نتوانسته مفهوم خود و شخصیت مادر در تعامل با کودک تاثیر قابل ملاحظه ای بگذارد. کمبود وقت مادران، سختی شغل و غیبت آنها در وقت های موثر نیاز به حمایت و برنامه ریزی همراه با اجرای روش مداخله درمانی دارد تا رغبت و انگیزه مادران در تعامل مثبت تر در کودکان افزایش دهد و این یافته تا حدودی با یافته های ساپ (۱۹۹۴) همسو است. از طرف دیگر CBT بر ویژگی های دلبستگی، احساس صلاحیت و انزوای اجتماعی نتوانسته تاثیر معناداری داشته باشد، هر چند با مقایسه میانگین ها در پیش آزمون و پس آزمون تغییراتی را مشاهده می کنیم اما این تغییر معنادار نیست و بیانگر آن است، وضعیت بحرانی مادر قبل از مداخله درمانی و تاثیرات عمیق تنیدگی بر او، در کوتاه مدت، این روش نمی تواند مادر را به یک ادراک همه جانبه از خود و نیازهای کودک برساند، نیازمند طول زمان بیشتری و اجرای دقیق و مستمر روش CBT است و استفاده از درمان و مشاوره فردی و خانوادگی است. این نتیجه گیری با الگوی بک (۱۹۹۵) هماهنگ است.



Hoel, H. et al. (2001) the cost of violence/ stress at work and the benefits of a violence/ stress free working environment, university of Manchester institute of science and technology.

Huston, J. Kent cats & et al (1992) " Job stress , psychological stress and psychological health problems in women employed full-time outside the home and workers ; Journal of women and health; vole 19(1), 1-26,

Johnson, L. & Burrows, B. (1983). Transition training for high school seniors. Cognitive Therapy and Research, 7, 70-92.

Mazure, C.M. (1995). Does stress causes psychiatric illness, American psychiatric press, Inc.

Martin R.B. (2006), CBT for occupational stress in health professionals, Rutledge, London and New York.

Meichenbaum, D. (1990). Stress inoculation training. Pergamum press Inc. New York

Meichenbaum, D. Jaremko, M. (1983). Stress reduction and prevention. New York: Plenum.

Newman, M.G. (1999). the clinical use of palmtop computers in the treatment of generalized anxiety disorder. Cognitive and Behavioral practice, 6, 222-234.

Rice, P.L. (1992), "Stress & health" brooks /Cole publishing company.

Ricketts, M. S. & Galloway, R. E (1984). Effects of three one - hour single - session treatments for test anxiety. Psychological, 54, 113-119

Romans, S.E. & Seeman, M.V. (2006), Women's mental health, Lippincott Williams & wilkins, USA

Ross, R.R. and Altimer, M.A. (1991), Intervention in occupational Stress: a handbook of counseling for stress at work.

Sarafino, E.P. (1998). Health psychology 1998 Joan wily & sons, inc. New York.

Sapp, M. (1999). The effects of guided imagery in reducing the worry and emotionality components of test anxiety. Journal of mental Imagery, 18 (384) , 165 - 180.

Sherwood, P., and et al (2005). A cognitive behavioral intervention for symptom management in patients, with advanced cancer. Oncology nursing forum, 326

Stora, J.B., (1990), Stress (the illness of the new civilization), USA.

Taylor, S. et al (1983). Ti could be worse: Selective evaluation as a response to victimization. Journal of social issues, 39, 19-40

انسانی و اجتماعی، انتشارات رشد، چاپ دوم، ۱۷ و ۳۲۴
راس و آلتمایر (۱۹۹۱) استرس شغلی ترجمه غلامرضا
خواجه پور (۱۳۷۷)، چاپ اول، انتشارات سازمان مدیریت
صنعتی: تهران
شکرکن، حسین (۱۳۷۴). منابع مقاومت در برابر استرس،
سمینار استرس و بیماریهای روانی، دانشگاه علامه طباطبایی،
۱۵۹.

References

Abidin, R, R. (1990). Parenting stress Index/short form: test manual. Pediatric psychology press.

Beehr, T.A., & Newmen, j.e. (1978) "Job stress, employee health and organizational effectiveness: A fact analysis model and literature review.

Beck, J.S. (1995). Cognitive Therapy: Basics and Beyond. New York: Guilford.

Cleary, D, Mechanic, D (1983). Sex differences in psychological distress among married people, J Health Soc Behave 24:111-121,

Cooper, C.L. (1986) . Job distress: Recent research and the emerging role of the occupational clinical psychologist. Bulletin of British Psychological Society 39: 325-31.

Cooper, C.L. et al. (1996). Stress Prevention in the Workplace: Assessing the Costs and Benefits for Organizations. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Deffenbacher, J. L., & Stark, R.S. (1992) "Relaxation cognitive Relaxation treatments of general Anger" Journal of counseling psychology, vole 39(20),

Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders (IV th), (1994), fourth Edition, APA.

Elliott, B. J., Hopper, G. A (1991), " In sickness and in health association between Psychological and mental well being , employment and parental status in a British nation wide sample of married women " , Psychological Medicine, 21 (2) .

Forman, S. (1982), stress management for teachers: A cognitive- behavioral program. Journal of school psychology, 20. 180 -187.

French, J.R.P. & Caplan, R.D. (1973), organizational stress and individual strain the failure of success, New York. 234, 438

Gasman, R. M., (1997). "Cognitive-Behavioral Therapy Today" Harvard Mental Health Letter 13, no. 11:4-7

Henry, M. (1996) Young children Parents & professionals London and New Yourk, Rutledge.



West, D., and other,(1984) , component analysis of occupational stress in occupation applies to registered Nurses acute care Hospital Setting . Journal of counseling psychology 31, 209-218.

Wilson, M.,Get AL (2004)Work characteristics and employee health and well-being: test of a model of healthy work organization. Journal of occupational and organizational psychology 77:565-88

Yung, P. M .B. and et al (2004). Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: A controlled study. International journal of mental health nursing13: 255-61

