

تأثیر آموزش تنش‌زدایی بر پایه نظریه خودکارآمدی در بهداشت روانی زنان باردار

دکتر فریده باستانی*، دکتر علیرضا حیدرنیا**، دکتر مریم وفایی***،
دکتر انوشیروان کاظم‌نژاد****، دکتر مریم کاشانیان*****

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش تنش‌زدایی بر پایه نظریه خودکارآمدی در بهداشت روانی زنان باردار انجام شده است.

مواد و روش کار: در این کارآزمایی بالینی، ۱۱۰ زن در نخستین بارداری خود که دارای اضطراب متوسط به بالا بودند، در دو گروه آزمایش و گروه بررسی شدند. گروه آزمایش افزون بر مراقبت‌های معمول درمانگاه بارداری از آموزش تنش‌زدایی، بر پایه خودکارآمدی بهره گرفتند و گروه گواه تنها از مراقبت‌های عادی دوران بارداری برخوردار شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه اضطراب موقعیتی و سرشتی مقیاس اسپیلبرگر، مقیاس استرس درک شده کوهن، کامارک و مرملشتین و مقیاس خودکارآمدی نظامی و همکاران بهره گرفته شد. تحلیل داده‌ها به کمک آزمون‌های t، خی دو، من‌ویتنی و ویلکا کسون انجام شد.

یافته‌ها: این برنامه آموزشی، ضمن افزایش میزان خودکارآمدی، سبب کاهش معنی‌دار سه متغیر وابسته (اضطراب حالت، اضطراب صفت و استرس درک شده) در گروه آزمایش شد.

نتیجه‌گیری: این مداخله آموزشی بیانگر کاربرد مؤثر نظریه خودکارآمدی در انجام تنش‌زدایی و کاهش اضطراب و استرس زنان باردار است.

کلیدواژه: اضطراب، استرس، بارداری، تنش‌زدایی، تئوری خودکارآمدی

مقدمه

دوران باروری بیشتر از سایر دوره‌ها است. این اضطراب

شیوع اختلال‌های اضطرابی در زنان، بیش از مردان و در می‌تواند یکی از دلایل ناتوانی مادر در نگهداری از کودک

* دکترای تخصصی آموزش بهداشت، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. تهران، خیابان ولی‌عصر، بالاتر از میدان ونک، روبه‌روی بیمارستان خاتم‌الانبیاء، گروه بهداشت دانشکده پرستاری مامایی. فاکس: ۰۲۱-۸۸۰۰۶۵۴۴ (نویسنده مسئول). E-mail: faridehbastani@yahoo.com

** دکترای تخصصی آموزش بهداشت، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس.

*** دکترای تخصصی روانشناسی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس.

**** دکترای تخصصی آمار زیستی، استاد دانشگاه تربیت مدرس.

***** متخصص زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.

- ۱- به بیمار یا مددجو گوشزد می‌شود که آن رفتار از دید همگان پسندیده است.
- ۲- اگر آن مهارت یا رفتار جدید (برای نمونه تزریق انسولین در افراد مبتلا به دیابت) تا اندازه‌ای پیچیده است، آن رفتار به چند رفتار یا مهارت ساده‌تر تقسیم می‌شود و از مددجو خواسته می‌شود که آن رفتارها را گام به گام انجام دهد.
- ۳- کوشش می‌شود در هر مرحله یک رفتار بهداشتی که آموزش داده می‌شود، تمرین و تکرار شود.
- ۴- برای انجام هر رفتار آموخته شده، پاداش یا تقویت مثبت در نظر گرفته می‌شود.

بررسی حاضر، با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی تنش‌زدایی (آرام‌سازی کاربردی)، بر میزان اضطراب موقعیتی (حالت)^{۱۷}، اضطراب سرشتی (صفت)^{۱۸}، و استرس درک‌شده^{۱۹} زنان در نخستین دوره بارداری که از اضطراب متوسط و بالاتر برخوردار بودند انجام شده است. فرضیه پژوهش این بود که آموزش تنش‌زدایی کاربردی بر نمره‌های اضطراب حالت (موقعیتی)، اضطراب صفت (سرشتی) و استرس درک‌شده گروه آزمایش مؤثر است.

مواد و روش کار

در یک کارآزمایی بالینی، تأثیر مداخله آموزشی تنش‌زدایی بر پایه نظریه خودکارآمدی در دو گروه از زنان باردار بررسی شد. معیارهای ورود عبارت بودند از: داشتن بارداری کم‌خطر، نخستین بارداری، نداشتن بیماری مزمن، به کار نبردن داروی خاص، برخوردار نبودن از روان‌درمانی در گذشته، نداشتن سابقه اختلال روانی، داشتن سواد کافی، داشتن اضطراب حالت/صفت متوسط به بالا (کسب نمره ۲۰ به بالا در دامنه نمره‌های بین صفر تا ۶۰) و داشتن سن حاملگی ۱۴ تا ۲۵ هفته (سه ماهه دوم بارداری).

در این بررسی ۱۱۰ زن باردار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه جای داده شدند. گروه آزمایش از مراقبت‌های دوران بارداری

خود به‌شمار رود. نیکولز^۱ و زولینگ^۲ (۱۹۹۷) ثبات روانی مادر در دوران بارداری^۳ را دارای ارتباط مستقیمی با پذیرش نقش مادری وی پس از زایمان می‌دانند. هم‌چنین اضطراب مادران باردار سبب درد های زایمانی غیر مؤثر و طولانی مدت، در پی آزاد شدن کاتنه‌کولامین‌ها و کارکرد نامناسب ماهیچه رحمی می‌گردد (سیمپسون^۴ و کریهان^۵، ۲۰۰۱) و ممکن است کم وزنی نوزاد در هنگام تولد و زایمان زودرس (راندو^۶ و همکاران، ۲۰۰۳؛ چانگ^۷ و همکاران، ۲۰۰۱؛ رلیئر^۸، ۲۰۰۱؛ دباغی، صادقی، جهانفر و حقانی، ۱۳۸۰) و تحریک پذیری و ناآرام بودن کودک (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۵) را به دنبال داشته باشد.

آموزش تنش‌زدایی^۹ به‌عنوان یکی از مداخله‌های آموزشی، که روشی غیر دارویی، ارزان و بی‌زیان است برای کاهش اضطراب به‌ویژه در دوران بارداری پیشنهاد شده است. این روش نه تنها در زمینه تنش‌زدایی یا آرام‌سازی مؤثر است که پیامدهای مثبتی هم‌چون کاهش مصرف اکسیژن، کاهش سوخت و ساز بدن، کاهش تنفس و شمار ضربان قلب و پایین آمدن فشار خون سیستولیک و دیاستولیک دارد (تیران^{۱۰} و مک^{۱۱}، ۲۰۰۰). گرچه دارو درمانی به‌صورت یک درمان کوتاه‌مدت سودمند است، اما تأثیر دراز مدت آن مورد تأیید قرار نگرفته، ضمن این که عوارض جانبی دارو ممکن است مشکلات دیگری را در بارداری در پی داشته باشد.

باتلر^{۱۲} و همکاران (۱۹۸۷)، پوپن (۱۹۸۸) و تقی‌زاده (۱۳۷۰) نشان دادند که کنترل اضطراب با روش غیر دارویی به‌عنوان یک روش خودیاری که شامل شناسایی افکار اضطراب‌آور و تکنیک‌های رفتاری است، بهبود چشم‌گیری در زمینه اضطراب، افسردگی و درجه‌بندی مشکلات در گروه آزمایش نسبت به گروه لیست انتظار ایجاد می‌کند.

در این بررسی، آموزش بر پایه یکی از نظریه‌های مطرح در یادگیری (نظریه خود-کارآمدی^{۱۳} بندورا^{۱۴}) انجام شد که کاربرد گسترده‌ای در زمینه آموزش بهداشت به‌ویژه آموزش‌های مربوط به یادگیری مهارت‌های زندگی داشته است (دواک^{۱۵}، ۱۹۹۶). به‌طور کلی خودکارآمدی، گونه‌ای اطمینان و خودباوری در رفتار پسندیده اجتماعی تعریف شده است (بندورا و آدامز^{۱۶}، ۱۹۸۲).

دواک (۱۹۹۶) عواملی را که به بالا بردن خودکارآمدی افراد در زمینه انجام یا تغییر یک رفتار کمک می‌کنند و در این پژوهش به کار گرفته شده، به شرح زیر دانسته است:

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| 1- Nichols | 2- Zwelling |
| 3- pregnancy | 4- Simpson |
| 5- Creehan | 6- Rando |
| 7- Chung | 8- Relier |
| 9- relaxation | 10- Tiran |
| 11- Mack | 12- Butler |
| 13- Self-Efficacy Theory | 14- Bandura |
| 15- Doack | 16- Adams |
| 17- state anxiety | 18- trait anxiety |
| 19- perceived stress | |

بود که هر مرحله با فراگیری مهارت ویژه‌ای، نیاز به تمرین روزانه داشت (دست کم به مدت یک هفته) که می‌بایست در محیطی آرام، بدون صدا و با نور کم انجام می‌شد. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شد پیش از تمرین کامل یک مرحله، به مرحله دیگر نپردازند، زیرا در این صورت، این روش کارآیی و اثربخشی لازم را نخواهد داشت. این برنامه آموزشی دربردارنده دلیل و منطق انجام تنش‌زدایی و اجرای مراحل مختلف از جمله شیوه تنفس عمیق، آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، آرام‌سازی به کمک رهاسازی و شرطی‌سازی و آرام‌سازی افتراقی و سریع بود که طی مراحل زیر انجام شد:

مرحله اول (تنفس عمیق): هدف از انجام این مرحله، افزایش جذب اکسیژن به بدن و کاهش سرعت تنفس و سرعت تغییرات دستگاه عصبی ناشی از اضطراب بود. برای انجام این مرحله، آزمودنی در یک وضعیت راحت بر یک صندلی تکیه داده، چشم‌ها را می‌بندد و دست‌ها را روی پاها بدون خم‌شدگی قرار می‌دهد. کف پاها روی زمین قرار گرفته و زانوها کمی از هم فاصله داشته، دم به مدت پنج و بازدم به مدت چهار ثانیه انجام می‌شود. این مرحله به صورت تنفس شکمی و به مدت یک هفته، روزی چهار بار و هر بار ۱۰ مرتبه انجام می‌شود.

مرحله دوم (روش شل‌سازی عضلات): هدف از انجام این مرحله، شناسایی عضلات دارای تنیدگی از عضلات غیر تنیده بود. نخست پنج نفس عمیق کشیده و سپس عضلات مختلف بدن به ترتیب به مدت پنج ثانیه در هم فشرده و سپس رها ساخته، به مدت ۱۵ ثانیه بر شل بودن هر عضله تمرکز می‌شود و در پایان انقباض و رهاسدگی، سه نفس عمیق کشیده، روی آرامش کلی تمرکز می‌شود. این تمرین نیز می‌بایست به مدت یک هفته، روزی دو بار انجام می‌شد.

مرحله سوم (آرام‌سازی به روش رهاسدگی عضلات): هدف از انجام این مرحله، کاهش زمان رسیدن به آرامش عضلانی، شناسایی و افتراق بین عضلات در هم تنیده و غیرتنیده و حذف انقباض عضله (که در مرحله پیشین وجود داشت) بود. نخست در وضعیت راحتی عضلات شل و رها گردیده و سپس پنج نفس عمیق کشیده، در پی آن عضلات از سر تا پا بررسی

در درمانگاه کنترل بارداری، به همراه آموزش ویژه بهداشت روانی (آموزش گروهی تنش‌زدایی کاربردی) برخوردار بودند، اما گروه گواه تنها از مراقبت‌های معمول دوران بارداری بهره‌مند شدند.

برای گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه اضطراب موقعیتی (حالت) و اضطراب سرشتی (صفت) مقیاس اسپیلبرگر^۱ (استورا، ۱۳۷۷) به کار برده شد. این پرسش‌نامه اضطراب موقعیتی و اضطراب سرشتی را جداگانه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۰ نمره می‌سنجد و دارای ۲۰ پرسش در زمینه اضطراب حالت و ۲۰ پرسش در زمینه اضطراب صفت می‌باشد. مقدار آلفا برای سنجش اضطراب حالت (موقعیتی) ۰/۷۰ به دست آمد. هم‌چنین برای سنجش استرس درک شده، از مقیاس استرس درک‌شده^۲ کوهن^۳، کامارک^۴ و مرلشتین^۵ (۱۹۸۳) با ۱۴ پرسش و نمره‌ای در دامنه صفر تا ۵۶ بهره گرفته شد. مقدار آلفا برای این مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد. عامل خودکارآمدی آزمودنی‌ها به کمک مقیاس خودکارآمدی نظامی و همکاران (به نقل از ردمن^۶، ۱۹۹۸) که دارای شش پرسش است، سنجیده شد. دامنه نمره این مقیاس صفر تا ۱۸ است. مقدار آلفا برای این مقیاس نیز ۰/۷۲ به دست آمد.

هر سه پرسش‌نامه یادشده بر پایه‌ی بازبینی پیشینه پژوهش و مصاحبه‌های انجام شده با زنان باردار تنظیم شد و چند تن از کارشناسان آموزش بهداشت، روانشناس و متخصص زنان و زایمان آن را بررسی و تأیید نمودند (روش روایی محتوا). پایایی آن نیز به روش بازآزمایی اندازه‌گیری شد و ضریب همبستگی ۰/۸۰ به دست آمد. هم‌چنین در زمینه همگونی درونی^۷ آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۴ به دست آمد.

این بررسی در سه درمانگاه مراقبت‌های بارداری در بیمارستان‌های مرکز شهر تهران، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. آموزش داده شده به گروه آزمایش، در هفت جلسه نود دقیقه‌ای طی هفت هفته انجام شد. آموزش‌ها به شیوه سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ، نمایش عملی و ارائه جزوه انجام گردید. گفتنی است که یک هفته پس از آخرین جلسه آموزشی (هشت هفته پس از پیش‌آزمون)، هر دو گروه آزمایش و گواه، پرسش‌نامه‌ها را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند.

روش تنش‌زدایی یا آرام‌سازی کاربردی که به گروه آزمایش ارائه شد، به غیر از مرحله مقدماتی شامل شش مرحله

1- Spielberger State and Anxiety Inventory
2- Perceived Stress Scale 3- Cohen
4- Kamarck 5- Mermelstein
6- Redman 7- internal consistency

برای تحلیل داده‌ها روش‌های آمار توصیفی، آزمون خی‌دو و آزمون ابه‌کار برده شدند. از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۱ نیز برای بررسی هنجار بودن پراکندگی متغیرهای اصلی و از آزمون‌های من‌ویتنی^۲ و ویلکاکسون^۳ در موارد پراکندگی غیرهنجار بهره گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۳/۷۷ سال بود. میانگین سنی در گروه آزمایش ۲۳/۹۵ (انحراف معیار ۲/۹۸) و در گروه گواه ۲۳/۶۰ سال (انحراف معیار ۳/۲۸) بود. میانگین مدت بارداری آنها ۱۷/۸۰ هفته بود؛ در گروه آزمایش ۱۷/۶۷ (انحراف معیار ۲/۱۰) و در گروه گواه ۱۷/۹۳ هفته (انحراف معیار ۲/۰۵). دو گروه در زمینه میانگین سنی و دوره بارداری تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند.

همه آزمودنی‌ها متأهل و ۸۱٪ آنها دارای تحصیلات دبیرستانی و بالاتر بودند. میانگین سنی آنها ۲۳/۷۷ سال (انحراف معیار، ۳/۱۲) بود. میانگین مدت زمان بارداری آنها ۱۷ هفته (انحراف معیار، ۱/۸۰) بود. بیشتر آزمودنی‌ها (۸۰/۹٪) خانه‌دار و بقیه شاغل بودند. به‌طور کلی تفاوت معنی‌داری در دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی دیده نشد (جدول ۱). دو گروه از نظر متغیر خودکارآمدی در مرحله پیش از مداخله، تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. پیش از مداخله، میانگین نمره‌های خودکارآمدی گروه‌های آزمایش و گواه به ترتیب ۶/۱۷ (انحراف معیار، ۲/۲۱) و ۶/۵۲ (انحراف معیار، ۲/۵۱) بود. پس از مداخله، میانگین نمره‌های خودکارآمدی در گروه آزمایش ۱۱/۶۲ (انحراف معیار، ۳/۱۶) و در گروه گواه ۶/۷۷ (انحراف معیار، ۲/۰۴) بود که دارای تفاوت معنی‌دار ($p < 0.001$) و نشان‌دهنده افزایش خودکارآمدی در گروه آزمایش بود.

دو گروه، در زمینه سه متغیر اصلی بررسی یعنی اضطراب حالت، اضطراب صفت و استرس درک شده، تفاوت معنی‌داری در مرحله پیش از مداخله، نداشتند. پیش از مداخله در گروه‌های آزمایش و گواه میانگین نمره‌های اضطراب حالت به ترتیب ۳۷/۱۸ (انحراف معیار، ۵/۳۵) و ۳۸/۵۸ (انحراف معیار، ۶/۵۳) و میانگین اضطراب صفت به ترتیب ۳۵/۶۵ (انحراف معیار، ۵/۵۵) و ۳۷/۵۸ (انحراف معیار، ۵/۷۷)

می‌شود. اگر عضله‌ای منقبض بود با یک حرکت ناگهانی یا تکان، آن را رها ساخته و ۱۵ ثانیه بر روی شل بودن آن عضله و هر یک از عضلات دیگر تمرکز می‌شود. در انتها سه نفس عمیق کشیده، به آرامش کلی فکر می‌شود. این تمرین نیز دست‌کم به مدت یک هفته، روزی دو بار انجام می‌شود.

مرحله چهارم (آرام‌سازی از طریق شرطی شدن یا کنترل نشانه‌ای): هدف از انجام این مرحله، ایجاد فرآیند شرطی‌سازی در مغز، بین دو مفهوم آرامش و تنفس عمیق (به‌عنوان یک نشانه) بود. با تنفس عمیق، همه عضلات شل شده و آرامش کلی تداعی می‌شود. برای این کار، در یک وضعیت راحت نشسته، نخست پنج نفس عمیق کشیده سپس روی شل بودن عضلات تمرکز می‌شود. این مرحله به مدت یک هفته، روزی چند بار تمرین می‌شود.

مرحله پنجم (آرام‌سازی اقتراقی): هدف از انجام این مرحله، آن بود که در موقعیت‌هایی مانند نشستن بر روی یک صندلی معمولی، نوشتن چیزی و یا راه رفتن و فعالیت‌های روزمره، به‌غیر از عضله‌ای که در این رابطه منقبض است بتوان دیگر عضلات را شل و رها ساخت. اساس این کار بر خود-ارزیابی (خود-پایشی) استوار است. در این مرحله بر روی یک صندلی راحت نشسته، با چشمان باز عضلات بالا تا پایین بدن از نظر شل بودن بررسی می‌شود. این مرحله با انجام آرام‌سازی از طریق شرطی‌سازی آغاز می‌گردد و پس از تمرین‌های پی‌درپی حدود ۶۰ تا ۹۰ ثانیه طول می‌کشد و می‌بایست به مدت یک هفته، روزی چند بار انجام شود.

مرحله ششم (آرام‌سازی سریع به‌همراه تصویرسازی ذهنی مثبت): هدف از انجام این مرحله، نخست ایجاد آرامش در موقعیت طبیعی و دوم، آرام‌سازی در مدتی کوتاه‌تر از مراحل پیشین بود. در این مرحله می‌بایست تمرین آرام‌سازی را ۱۵ تا ۲۰ مرتبه در روز، آنهم در یک موقعیت طبیعی و به‌روشنی شرطی شدن آغاز نمود. نخست بر روی صندلی نشسته و یا در حالت ایستاده، یک تا سه نفس عمیق کشیده، به‌آهستگی بازدم انجام می‌شود. برای ارزیابی شیوه آرام‌سازی از ساعت استفاده می‌شود. زمان دقیقاً به‌خاطر سپرده شده، در آرامش کامل به ساعت نگاه می‌شود. سپس از حالت قبلی (نشسته یا ایستاده) حرکت کرده، پس از لحظه‌ای به حالت اولیه برگشت می‌شود و این بار کوشش می‌شود زودتر از تمرین پیشین، آرامش مطلوب به‌دست آید. این تمرین دست‌کم به مدت یک هفته و روزی چندین بار انجام می‌شود تا توان تنش‌زدایی (آرام‌سازی) در مدت ۲۰ تا ۳۰ ثانیه به‌دست آید.

بحث

از آنجا که دوران بارداری یک دوره پر اهمیت و آسیب پذیر برای زنان باردار است، آموزش بهداشت به آنان می تواند از جایگاه مهمی برخوردار باشد (کاربونل^۱، بوتل^۲ و فیگوراس^۳، ۱۹۹۸). در این بررسی نیز بالا بودن میزان تحصیلات بیشتر زنان مورد بررسی موجب یادگیری عمیق تر و انجام بهتر مهارت تنش زدایی گردید. این یافته هم سو با یافته های تقی زاده (۱۳۷۰) است که جوان بودن و سطح تحصیلات بالا را در این زمینه دارای اهمیت دانسته است. گرچه در زنانی که تا اندازه ای باسواد بودند و سطح تحصیلات پایینی داشتند نیز این احتمال وجود داشت که با انگیزه بالا، سودمند بودن انجام آرام سازی را در بارداری به خوبی احساس نموده، در یادگیری مدیریت کنترل تنش و اضطراب بکوشند.

این بررسی نشان داد که مداخله آموزش بهداشت روانی بر پایه نظریه خودکارآمدی تأثیر مثبتی بر کاهش میزان اضطراب حالت، اضطراب صفت و استرس درک شده دارد. این یافته تا اندازه ای با یافته های گزارش شده از سوی رشید^۴ و پریش^۵ (۱۹۹۸) که تأثیر مثبت آرام سازی پیشرونده عضلانی را بر کاهش اضطراب حالت گزارش نمودند ولی کاربرد آن را در زمینه اضطراب صفت یا اضطراب سرشتی بی تأثیر دانستند، هم سو نیست. آنها دریافته اند که اضطراب صفت یا اضطراب سرشتی یا شخصیتی پدیده هایی نیستند که به آسانی و با بهره گیری از این مداخله ها کاهش یابند و نیازمند مداخله های دیگری می باشند. در این زمینه باتلر و ماتیسوس^۶ (۱۹۸۳) و باتلر، فنل^۷، روسون^۸ و گلدر^۹ (۱۹۹۱) دریافته اند که مجموعه ای از رویکردهای شناختی- رفتاری در زمینه کنترل اضطراب، روش موثرتری به نظر می رسد. بورکووک^{۱۰} و کاستلو^{۱۱} (۱۹۹۳) درباره درمان شناختی- رفتاری و آرام سازی کاربردی، در زمینه اختلال اضطراب منتشر، نشان دادند که پس از پایان دوره درمان، از نظر میزان تأثیر، تفاوتی میان آنها وجود ندارد. با این حال، اوست^{۱۲} و بریتولتز^{۱۳} (۲۰۰۰) روش های آرام سازی و تنش زدایی

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی های پژوهش بر حسب میزان تحصیلات، وضعیت شغلی و وضعیت اقتصادی

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	گواه
تحصیلات				
ابتدایی	۱۱ (۱۰)	۱۰ (۰/۱)		
دیرستانی و دیپلمه	۳۵ (۳۱/۸)	۳۴ (۳۰/۹)		
بالتر از دیپلم	۹ (۸/۲)	۱۱ (۱۰)		
وضعیت شغلی				
شاغل	۱۷ (۶/۴)	۳ (۲/۷)		
غیر شاغل	۴۸ (۴۳/۶۱)	۵۲ (۴۷/۳)		
وضعیت اقتصادی				
ضعیف	۳۸ (۳۴/۵)	۴۰ (۳۶/۴)		
متوسط	۱۷ (۱۵/۵)	۱۵ (۱۳/۶)		

بود. میانگین نمره های استرس درک شده نیز در مرحله پیش از مداخله در گروه های آزمایش و گواه به ترتیب ۳۱/۲۹ (انحراف معیار، ۵/۷۲) و ۳۰/۹۸ (انحراف معیار، ۵/۹۴) بود که در این زمینه نیز تفاوت معنی دار نداشتند. پس از مداخله، کاهش معنی داری در میانگین نمره های اضطراب حالت و صفت و هم چنین استرس درک شده گروه آزمایش در مقایسه با نمرات پیش از مداخله دیده شد؛ اما در گروه گواه از این نظر تفاوتی وجود نداشت (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه نمره های آزمودنی های دو گروه پژوهش پیش از مداخله و پس از آن

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	سطح معنی داری	سطح معنی داری
اضطراب حالت				
پیش از مداخله	۳۷/۱۸ (۵/۳۵)	۳۸/۵۸ (۶/۵۲)	N.S.	
پس از مداخله	۲۲/۷۱ (۷/۳۸)	۳۸/۵۰ (۵/۷۳)	۰/۰۰۱	
اضطراب صفت				
پیش از مداخله	۳۵/۶۵ (۵/۵۵)	۳۷/۵۸ (۵/۷۷)	N.S.	
پس از مداخله	۲۲/۷۱ (۷/۳۸)	۳۸/۵۰ (۵/۷۳)	۰/۰۰۱	
استرس درک شده				
پیش از مداخله	۳۱/۲۹ (۵/۷۲)	۳۰/۹۸ (۵/۹۴)	N.S.	
پس از مداخله	۲۴/۴۴ (۵/۸۴)	۳۷/۵۲ (۵/۶۷)	۰/۰۰۱	

- | | |
|----------------|--------------|
| 1- Carbonell | 2- Botel |
| 3- Figuras | 4- Rashid |
| 5- Parish | 6- Mathews |
| 7- Fennel | 8- Robson |
| 9- Gelder | 10- Borkovoc |
| 11- Castello | 12- Ost |
| 13- Breitholtz | |

کاربردی را بر جنبه‌های گوناگون اختلال اضطرابی مؤثر گزارش نمودند.

در این راستا پژوهش امیرافشار (۱۳۷۸) در بررسی مقایسه‌ای آموزش روش تنش‌زدایی یا آرام‌سازی به‌عنوان روش رفتاری، و روش حل مسأله به‌عنوان روش شناختی، نشان داد که کارایی دو روش در کاهش اضطراب آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه یکسان است. هم‌چنین یافته پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر روش تنش‌زدایی با یافته‌های گزارش شده از سوی دکرو^۱ و همکاران (۲۰۰۲) که کاربرد این روش را در زمینه کاهش اضطراب و استرس درک‌شده مؤثر دانسته‌اند و نیز با یافته‌های آراکاوا (۱۹۹۷)، ریس (۱۹۹۵)، پوپن (۱۹۸۸) و امیرعلی اکبری (۱۳۷۹) هم‌خوانی دارد.

در زمینه تأثیر روش تنش‌زدایی کاربردی نیز لسان، غفرانی‌پور، بیرشک و فقیه‌زاده (۱۳۸۲) در بررسی شبه‌آزمایشی ۱۱۸ مأمور آتش‌نشان نشان دادند که پس از مداخله آموزشی، میزان اضطراب حالت و اضطراب صفت در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش معنی‌دار می‌یابد که با یافته پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.

گفتنی است که آزمودنی‌های این پژوهش همگی متأهل و بیشتر تحصیل کرده و غیر شاغل بودند، از این رو یافته‌های آن برای زنان دارای ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گوناگون تعمیم‌پذیر نیست. هم‌چنین ممکن است اثرات سودمند روانی-اجتماعی پویایی گروهی (کلیر و همکاران، ۲۰۰۱؛ الکساندر، اندرسون^۲، گرانت^۳، سانگوا و جکسون، ۲۰۰۳) و جو حمایتی، صمیمی و دوستانه آموزش گروهی افزون بر تأثیر تمرینات تنش‌زدایی، مکمل مداخله آموزشی واقع شده و کاهش در سه متغیر اصلی پژوهش را ایجاد کرده باشد. نکته دیگر آن که تمرین‌های تنش‌زدایی در منزل توسط گروه آزمایش به‌صورت ذهنی و خود-گزارش دهی^۴ بود که این امر به‌عنوان یکی از محدودیت‌های خارج از کنترل پژوهشگر مطرح است. پی‌گیری نکردن تأثیر آموزشی این روش، از دیگر محدودیت‌های این بررسی به‌شمار می‌رود؛ گنج‌انیدن بررسی پی‌گیری در پژوهش‌های آینده می‌تواند تأثیر درازمدت این روش را نشان دهد.

امید می‌رود که یافته‌های این پژوهش، زمینه‌ساز برنامه‌های مدون آموزش بهداشت روانی زنان باردار در سراسر کشور باشد.

سپاسگزاری

از آقای مهرداد کاظم زاده عطوفی از انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان، که در هدایت آموزش تنش‌زدایی کاربردی در این بررسی همکاری داشتند صمیمانه سپاسگزاریم. هم‌چنین از کارکنان و مددجویان درمانگاه‌های کنترل بارداری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران که در این بررسی شرکت فعال داشتند قدردانی می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۴/۷؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۵/۱۷؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۶/۴

منابع

- استورا، ج. (۱۳۷۷). *تئیدمی یا استوس: بیماری جدید تمدن*. ترجمه: پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.
- امیر افشار، علی اکبر (۱۳۷۸). *بررسی مقایسه‌ای تأثیر آموزش تکنیک آرامش و حل مسأله در کاهش اضطراب*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.
- امیر علی اکبری، صدیقه (۱۳۷۹). *آماده‌سازی زبانی. فصلنامه دانشکده پرستاری - مامایی جبرفت*. سال دوم، ۲۷-۲۱.
- نقی زاده، شهین (۱۳۷۰). *بررسی تأثیر آموزش تکنیک‌های آرامش عضلانی در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به نوروز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی. دانشکده پرستاری-مامایی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران.
- دباغی، فاطمه؛ صادقی، هما؛ جهانفر، شایسته؛ حقانی، حمید (۱۳۸۰). *ارتباط وضعیت روانی-اجتماعی مادران با نتایج حاملگی آنان. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران*. سال چهاردهم، شماره ۲۸، ۱۳-۷.
- ساراسون، ای. جی.؛ ساراسون، بی. آر. (۱۳۷۳). *روان‌شناسی مرضی*. ترجمه بهمن نجاریان و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۷۵). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. تهران: انتشارات شهراب.
- لسان، شیرین (۱۳۸۲). *کاربرد الگوی "پرسید" در کاهش میزان اضطراب مأموران آتش‌نشانی تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال نهم، شماره ۲، ۸۳-۷۷.
- هاوتون، کیت؛ سالکوس، کیس؛ بال، میم؛ جوان، کرک؛ کلارک، دیوید. (۱۳۷۶). *رفتار درمانی شناختی*. ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند.

Alexander, J., Anderson, T., Grant, M., Sanghera, J., & Jackson, D. (2003). An Evaluation of A support group for

- breast-feeding women in Salisbury, UK. *Midwifery*, 19, 215-220.
- Arakawa, S. (1997). Relaxation reduces nausea, vomiting and anxiety induced by chemotherapy in Japanese patients. *Cancer Nursing*, 20, 342-349.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1982). Analysis of self-efficacy theory in behavior change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-310.
- Benner Carson, V. (2000). *Mental health nursing: The nurse-patient journey (2nd ed)*. Philadelphia: W B Saunders.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Boyd, M. A. (2001). *Psychiatric nursing: Contemporary practice (2nd ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Butler, G., Fennel, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, 167-173.
- Butler, O. & Mathews, A. (1983). Cognitive Process in Anxiety. *Advances in Behavioral Research and Therapy*, 5, 51-62.
- Carbonell, X., Botel, F., & Figuras, J. (1998). The incidence of breast feeding in our environment. *Journal of Perinatal Medicine*, 76, 320-324.
- Chung, T. K., Lau, T. K., Yip, A. S., Chiu, H. F., & Lee, D. T. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 830-834.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Deckro, G. R., Ballinger, K. M., Hoyt, M., Wilcher, M., Dusek, J., & Myers, P. (2002). The evaluation of a mind/body intervention to reduce psychological distress and perceived stress in college students. *Journal of American College Health*, 50, 281-7
- Doak, R. (1996). *Teaching patients with low literacy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fliess, J. L. (1999). *The design and analysis of clinical experiment*. New York: John Wiley & Sons.
- Klier, C., Muzik, M., Rosenblum, K., & Lenz, G. (2001). Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 124-131.
- Matteson, P. S. (2001). *Women's health during the child-bearing years: A community-based approach*. Mosby: St Louise.
- Newell, R., & Gourmay, K. (2000). *Mental health nursing on evidence-based approach*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Nicols, F., & Zwelling, E. (1997). *Maternal and newborn nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Ost, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behavior Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Ost, L. G., & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Paarlberg, K. M., Vingerhoofts, A. J., Passchier, J., Dekker, G. A., & Van Geijn, H. P. (1995). Psychosocial factors and pregnancy outcomes. *Journal of Psychosocial Research*, 39, 563-595.
- Petro, S. (2003). Economic consequences of preterm birth and low birth weight. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 110 (Suppl 20), 17-23.
- Poppen, R. (1988). *Behavioral relaxation training and assessment*. New York: Pergamon Press Inc.
- Rando, P. H., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C., Lobert, H., & Artes, R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight: Prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 266-272.
- Rashid, Z. M., & Parish, T. S. (1998). The effects of two types of relaxation training on students levels of anxiety. *Adolescence*, 33, 129.
- Redman, B. (1998). *General Self-Efficacy Scale: Measurement tools in patient education*. Springer publishing company: UK.
- Rees, B. L. (1995). Effect of relaxation with guided imagery on anxiety, depression, and self-esteem in primiparas. *Journal of Holistic Nursing*, 13, 255- 267.
- Relier, I. P. (2001). Influence of maternal stress on fetal behavior and brain development. *Biology and Neonate*, 79,

- 168-171.
- Rothberg, A. D., & Lits, B. (1991). Psychosocial support for maternal stress during pregnancy: Effect on birth weight. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 165, 403-407.
- Sherbourne, C. D., Dwight-Johnson, M., & Klap, R. (2001). Psychological distress, unmet need, and barriers to mental health care for women. *Women's Health Issues*, 11, 231-243.
- Simpson, K. R., & Creehan, P. A. (2001). *Perinatal Nursing (2nd ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Stevens, J. C., & Dichl, S. J. (2003). Residents as primary care providers: Implementing a new curriculum for diagnosing and treating depression and anxiety. *Obstetric and Gynecologic Primary Care Update*, 10, 297-299.
- Tiran, D., & Mack, S. (2000). *Complementary therapies for pregnancy and childbirth (2nd ed)*. Edinburgh: Baillier & Tindall.
- Tymby, B. K., Scheter, J. C., & Smith, N. E. (1999). *Introductory medical-surgical nursing (7th ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Weisberg, R. B., & Paquette, J. A. (2002). Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Women's Health Issues*, 12, 32-36.

