

مقاله‌ی پژوهشی

تأثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش بر اضطراب و کیفیت خواب زنان باردار در سه‌ماهه‌ی سوم بارداری

خلاصه

*الهه جوکار

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی
عمومی، دانشگاه شهید باهنر کرمان

عباس رحمتی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید
باهنر کرمان

مقدمه: هدف مطالعه‌ی حاضر بررسی تأثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش بر اضطراب و کیفیت خواب زنان باردار در سه‌ماهه‌ی سوم بارداری بوده است.

روش کار: در این کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، از میان کل زنان باردار مراجعه‌کننده به دو مرکز بهداشتی نبی اکرم (ص) و معراج شهرستان بوشهر در زمستان ۱۳۹۱، از بین افرادی که در هفته‌ی ۳۱ و ۳۲ بارداری قرار داشته و دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. پس از اجرای پیش‌آزمون گروه آزمون به مدت ۷ جلسه تحت آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش قرار گرفت. ابزار سنجش شامل پرسش‌نامه‌های اضطراب بک و کیفیت خواب پیترزبورگ بود. داده‌ها با آزمون تی مستقل و تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمون در اضطراب و اختلال خواب نسبت به پیش‌آزمون و گروه شاهد، کاهش معنی‌داری داشت ($P=0/01$) که نشان می‌دهد آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش، توانسته اضطراب و اختلال خواب دوره‌ی بارداری را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی از نوع آموزش ایمن‌سازی می‌تواند در کاهش آسیب و ارتقای سلامت زنان در دوره‌ی بارداری مفید و موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، بارداری، تنش، کیفیت خواب

*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم
انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان،

ایران

jokarelahe@ymail.com

تاریخ وصول: ۹۳/۳/۱۲

تاریخ تایید: ۹۳/۷/۸

پی‌نوشت:

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه بوده که در سایت کارآزمایی‌های بالینی با کد IRCT2014031716093N1 به ثبت رسیده و با تایید و حمایت مالی کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه شهید باهنر کرمان انجام شده و با منافع نویسندگان رابطه‌ای ندارد. از تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش، سپاسگزاری می‌شود.

مقدمه

اگر چه فرایند مادر شدن از وقایع لذت‌بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب شده و برای او و خانواده‌اش رخداد ویژه‌ای می‌باشد (۱)، ولی این دوره‌ی جدید با فشار روانی، هیجانی و تغییرات بسیاری از نظر فیزیولوژیکی همراه است (۲). برخی محققان، تجربه‌ی حاملگی در زندگی زنان را نوعی بحران وضعیتی مطرح کرده و اظهار می‌دارند حاملگی که اغلب سبب شادمانی چشمگیر والدین می‌شود برای برخی از زنان می‌تواند سبب اضطراب^۱ شود (۳). در بررسی‌های انجام شده، شیوع اضطراب در طول دوران بارداری، متفاوت ذکر شده است. برخی پژوهشگران شیوع اضطراب را در سه‌ماهه‌ی اول و سوم بارداری بیشتر از سه‌ماهه‌ی دوم ذکر نموده‌اند (۴،۵). لی^۲ و همکارانش گزارش کردند که در سرتاسر طول حاملگی به خصوص با نزدیک شدن به اواخر حاملگی در زنان باردار اضطراب ایجاد شده و به تدریج میزان آن بیشتر می‌شود (۳).

وجود اضطراب در طی دوران بارداری به شکل‌های متعدد می‌تواند باعث عوارض مختلف گردد. از جمله این عوارض تهوع و استفراغ شدید در اوایل بارداری، خستگی (۲)، بروز مسمومیت بارداری، نوزادان کم‌وزن، زجر جنینی^۳، مرده‌زایی، مرگ نوزاد و برخی ناهنجاری‌های نوزادی مانند کام شکافته و تنگی پیلور می‌باشد (۸-۶). طبق مطالعات اوکانتر^۴ و همکاران، اضطراب دوران بارداری، خطرات مشکلات رفتاری در دوره‌ی اولیه کودکی را افزایش می‌دهد (۹). اضطراب مادران بر خود آنان تاثیر گذاشته و سبب ادراک منفی نسبت به زایمان و تولد، ترس‌های غیرضروری در مورد تولد بچه و مادر شدن، خوددرمانی با الکل یا محدودیت فعالیت می‌گردد (۱۰). اضطراب به دلیل ترشح هورمون آزادکننده‌ی کورتیکوتروپین^۵ سبب زایمان زودرس شده و نوزاد زودتر از موعد متولد می‌شود (۱۱). از عوارض دیگر افزایش فشار خون مادر و خطر سقط جنین بیان شده است (۱۲). برخی محققان نیز معتقدند اضطراب شدید در دوران بارداری بر ارتباط مادر و نوزاد، لطمه وارد کرده و توانایی مادر را در ایفای نقش مادری کاهش می‌دهد (۱۳،۳).

اختلال خواب، یکی دیگر از مشکلات دوران بارداری است که اغلب توسط زنان باردار گزارش شده است (۱۴،۱۵). نتایج نشان می‌دهند که زنان باردار نسبت به هم‌تایان غیر باردار خود دچار اختلال خواب بیشتری هستند (۱۶). هم‌زمان با شروع هفته‌ی ۱۲ حاملگی تا ۲ ماه بعد از زایمان (۱۷) زنان از مشکل کوتاه شدن زمان خواب، شب‌بیداری‌های مکرر، مشکل در به خواب رفتن (۱۸) یا مشکل در شروع خواب، از دست دادن

مراحل عمیق خواب به خصوص مرحله‌ی ۳ و ۴ که کیفیت خواب به آن بستگی دارد (۱۹) و خواب‌آلودگی در طول روز، خر و پف بیش از حد و مکرر و اختلال خواب مربوط به تنفس نامنظم رنج می‌برند (۲۰).

بارداری با تغییرات هورمونی، آناتومیکی و تغییرات مکانیکی همراه است که تغییر الگوهای خواب و کیفیت خواب را موجب می‌شود (۲۱،۲۲). تغییرات هورمونی مثل افزایش استروژن و پروژسترون و افزایش سطح کورتیزول پلازما خواب طبیعی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲۳). مشکلات فیزیکی مانند تکرر ادرار، سوزش سر دل، حرکات جنین، انقباضات رحمی، درد کمر (۲۴) و برخی عوامل عاطفی مثل ترس از مراقبت از بچه و پذیرش نقش جدید نیز خواب طبیعی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲۳). هم‌چنین اشکالات در الگوی خواب می‌تواند به علت اضطراب یا سبب ایجاد اضطراب باشد (۲۵، ۲۶).

محدودیت‌های خواب، افزایش فشار خون بارداری، احتمال زایمان زودرس، تولد نوزاد با وزن کم، افزایش طول زایمان، افسردگی و اضطراب در دوران بارداری و پس از زایمان را افزایش داده (۲۷). و به نظر می‌رسد که قادر به القای افسردگی پس از زایمان است (۲۸، ۲۹). محرومیت از خواب به صورت مزمن به طور بالقوه باعث تضعیف رابطه‌ی مادر و نوزاد شود که در موارد شدید می‌تواند سبب غفلت از نوزاد شود (۳۰، ۳۱). مطالعات انجام شده ارتباط این اختلالات را به وضعیت‌های پزشکی مانند مقاومت به انسولین، عدم تحمل گلوکز و دیابت نوع دو نشان داده‌اند (۳۵-۳۲).

با در نظر گرفتن آثار نامطلوب اضطراب و اختلال خواب بر سلامت مادر و جنین و با توجه به نامشخص بودن اثرات زیان‌آور داروهای خواب‌آور بر سلامت جنین و هم‌چنین وجود شواهد پژوهشی دال بر اثربخشی روش‌های آموزش مدیریت تنش و روش‌های آرام‌سازی بر کاهش نشانه‌های فشار روانی (۳۸-۳۶)، فرض بر این است که آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش می‌تواند در بهبود کیفیت خواب و کاهش اضطراب زنان باردار موثر باشد.

تکنیک آموزش ایمن‌سازی^۶ (SIT) در مقابل تنش از جامع‌ترین اشکال درمان رفتاری- شناختی است که توسط مایکنبام^۷ روان‌شناس کانادایی و از جمله بنیان‌گذاران درمانگری با رویکرد رفتاری-شناختی، مطرح شد (۳۹). آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش، مانند ایمن‌سازی در مقابل بیماری جسمانی، به افراد کمک می‌کند برای موقعیت‌های دشواری که در گذشته روی داده‌اند و احتمال دارد در آینده نیز روی دهند، آماده شوند. به افراد آموزش می‌دهند این موقعیت‌ها را پیش‌بینی کرده و روش‌هایی را تمرین کنند که چنان چه دفعه‌ی بعد با این موقعیت‌ها مواجه

^۱Anxiety^۲Lee^۳Fetal Distress^۴O'Connor^۵Corticotropin^۶Stress Inoculation Training^۷Meichenbaum

پس از مشخص شدن افراد گروه آزمون و شاهد، از آنان دعوت گردید که به مرکز بهداشتی تعیین شده مراجعه نمایند. قبل از اجرای آزمون نسبت به جلب رضایت مشارکت کنندگان برای شرکت در آزمون اطمینان حاصل شد و نحوه اجرای آزمون برای مشارکت کنندگان بیان گردید. پرسشنامه‌های اضطراب بک^۱ (BAI) و کیفیت خواب پیتزبورگ^۲ (PSQI) در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در ضمن توضیح داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. جهت گروه آزمون، ۷ جلسه تکنیک آموزش ایمن سازی با استفاده از روش آموزش ایمن سازی دونالد مایکنام (۴۲)، به صورت هر جلسه هفتگی در حدود ۶۰ تا ۹۰ دقیقه، اجرا شد. زمان اجرای جلسات آموزشی از اوایل بهمن تا اواخر اسفند ماه ۱۳۹۱ و مکان آن در یکی از اتاق‌های مرکز بهداشتی که دارای شرایط فیزیکی مطلوب و به دور از رفت و آمد و سر و صدا بود. پس از پایان آموزش، هر دو گروه آزمون و شاهد مورد ارزیابی مجدد آزمون‌های اضطراب و کیفیت خواب قرار گرفتند و با قدردانی از مشارکت کنندگان جلسات خاتمه یافت. برای سنجش متغیرهای پژوهش، از ابزار زیر استفاده شد:

الف- پرسشنامه‌ی اضطراب بک (BAI): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ توسط بک و همکارانش معرفی شد و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت، چهار گزینه وجود دارد. شیوه‌ی امتیازبندی به صورت اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است، به این ترتیب دامنه‌ی نمره فرد از ۰ تا ۶۳ متغیر است (۴۳). در مطالعه‌ی اسمان^۳ و همکاران، کاربردپذیری و روایی پرسشنامه‌ی بک مورد تایید قرار گرفته است (۴۴). کواپانی و موسوی، روایی آن را ۰/۷۲، پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی آن را ۰/۹۲ گزارش کردند (۴۵).

ب- پرسشنامه‌ی کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI): این پرسشنامه، یک ابزار استاندارد بین‌المللی است که در مطالعات متعدد اعتبارسنجی شده و جهت اندازه‌گیری کیفیت و الگوی خواب در یک ماه گذشته در افراد بزرگسال استفاده می‌شود (۴۶) و دارای ۷ زیرمقیاس کیفیت ذهنی خواب، تاخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، خواب مفید، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال عملکرد روزانه می‌باشد. نمره‌ی کل پرسشنامه بین ۰ تا ۲۱ بوده و کسب نمره‌ی ۶ یا بیشتر از آن به معنی نامناسب بودن کیفیت خواب است (۴۷). یافته‌ها نشان می‌دهد که این پرسشنامه در تحقیقات متمرکز بر بارداری دارای کارایی مورد انتظار بوده است (۲۶).

روایی و پایایی این ابزار در مطالعات داخل کشور تایید شده (۵۰-۴۸). در مطالعه‌ی حسین‌آبادی و همکاران، روایی پرسشنامه مورد

شدند بتوانند تنش را کنترل کنند. مایکنام بر نقش عوامل شناختی در ایمن سازی در برابر تنش تاکید می‌نماید که از جمله‌ی آن، نحوه‌ی است که افراد رویدادهای تنش‌زا را زندگی را برای خودشان توجیه می‌کنند (۴۰). با توجه به چهارچوب نظری فوق، این پژوهش با هدف بررسی تاثیر آموزش ایمن سازی در مقابل تنش بر کیفیت خواب و اضطراب زنان باردار انجام گردید.

روش کار

این کارآزمایی بالینی با کد IRCT2014031716093N1 به ثبت رسیده و با دو گروه آزمون و شاهد همراه با پیش آزمون و پس آزمون بوده است. جامعه‌ی آماری شامل تمام زنان بارداری بوده است که در زمستان سال ۱۳۹۱ به منظور دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی و پایگاه‌های بهداشتی شهرستان بوشهر مراجعه کرده‌اند. در مطالعات تجربی، حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه به عنوان حجم نمونه تعیین می‌شود (۴۱). در تعیین تعداد افراد این نوع گروه‌ها بایستی احتمال افت تعداد اعضای گروه و ریزش احتمالی اعضای گروه در نظر گرفته می‌شد، بر این اساس با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرکز بهداشتی نبی اکرم و معراج از میان ۱۱ مرکز بهداشتی شهرستان بوشهر انتخاب شدند، از کل زنان باردار مراجعه کننده به این دو مرکز بهداشتی، زنانی که در اوایل سه ماهه‌ی سوم بارداری قرار داشتند و پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی را تکمیل کرده بودند و دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، ۴۰ نفر انتخاب شدند و سپس این تعداد از زنان باردار به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. از جمله شرایط ورود به پژوهش، داشتن توانایی و علاقه‌مندی به شرکت در برنامه‌ی آموزشی، قرار داشتن در هفته‌ی ۳۱ یا ۳۲ بارداری، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و روش‌های مشابه، نداشتن حوادث تنش‌زا در ۳ ماه اخیر در خانواده، روابط زناشویی و وضعیت اقتصادی رضایت‌بخش، فقدان بیماری جسمی که باعث اضطراب و اختلال خواب شده باشد، نداشتن سابقه‌ی روان‌پزشکی، داشتن تحصیلات در حد کاردانی یا بیشتر، حداقل سن مشارکت کننده ۲۳ و حداکثر ۳۳ سال بود.

لازم به ذکر است که ملاک‌های ذکر شده با توجه به پرونده‌های پزشکی زنان باردار و هم‌چنین تایید آن‌ها توسط کارکنان مراکز بهداشتی و بیمارستان، کنترل شدند. در صورت صلاحدید مشارکت کننده و یا عدم توانایی در تداوم شرکت، تبدیل شدن بارداری به بارداری پرخطر (خطر سقط، خونریزی، پره‌اکلامپسی)، زایمان زودرس (زایمان زودتر از هفته‌ی ۳۸ بارداری)، افراد از مطالعه حذف می‌شدند. در این پژوهش ۴ نفر از گروه آزمون به دلیل زایمان زودرس، خطر سقط و نقل مکان کردن از مطالعه حذف شدند. در گروه شاهد نیز ۴ نفر با صلاحدید خود و یا به علت زایمان زودرس کنار رفتند.

^۱Beck Anxiety Inventory

^۲Pittsburgh Sleep Quality Index

^۳Osman

تنش تاثیر معنی‌داری بر کاهش اضطراب گروه آزمون داشته است (جدول ۳). هم‌چنین تفاوت معنی‌داری بین میانگین تعدیل شده‌ی کیفیت خواب در گروه آزمون و شاهد مشاهده می‌شود. اثرات گروه‌ها نیز با مقدار (۳۴/۵۰۰) در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار است. بنابراین با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان بیان کرد که آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش، تاثیر معنی‌داری بر بهبود کیفیت خواب گروه آزمون داشته است (جدول ۳).

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی مقیاس کیفیت خواب در زنان باردار

گروه‌ها	متغیرها	میانگین	انحراف معیار
آزمون	پیش‌آزمون	۱۲/۳۷	۱/۷۸
	پس‌آزمون	۸/۱۸	۱/۶۸
شاهد	پیش‌آزمون	۱۲/۹۳	۱/۹۸
	پس‌آزمون	۱۳/۲۵	۲/۹۰

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس اثر آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش بر اضطراب و کیفیت خواب زنان باردار

شاخص	درجه‌ی آزادی	میانگین	مقدار F	سطح معنی‌داری اثر	
				حجم	متغیر
اضطراب	۱	۰/۰۱۵	۰/۰۵۲	۰/۰۱	۰/۵۲
	۱	۳/۶۲۴	۱۲/۱۲۰	۰/۰۱	
کیفیت خواب	۱	۰/۰۷۷	۰/۰۱۳	۰/۰۱	۰/۵۴
	۱	۲۰۱/۴۸۱	۳۴/۵۰۰	۰/۰۱	

نتایج آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که مقدار ($t=5/39$) با درجه‌ی آزادی ۳۰ در سطح $0/01$ معنی‌دار است. در نتیجه با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت که تفاوت معنی‌داری بین شاخص اضطراب در مادران گروه آزمون ($2/39 \pm 3/56$) و گروه شاهد ($4/07 \pm 9/93$) وجود دارد (جدول ۴).

جدول ۴- آزمون تی مستقل برای مقایسه‌ی اضطراب و

کیفیت خواب زنان باردار

مقیاس	گروه	پس آزمون		
		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	آزمون	۱۶	۳/۵۶	۲/۳۹
	شاهد	۱۶	۹/۹۳	۴/۰۷
کیفیت خواب	آزمون	۱۶	۸/۱۸	۱/۶۸
	شاهد	۱۶	۱۳/۲۵	۲/۹۰

هم‌چنین نتایج آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که مقدار ($t=6/02$) با درجه‌ی آزادی ۳۰ در سطح $0/01$ معنی‌دار است لذا تفاوت معنی‌داری بین شاخص کیفیت خواب در مادران گروه آزمون ($1/68 \pm 8/18$) و شاهد ($2/90 \pm 13/25$) وجود دارد (جدول ۴).

بحث

نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش بر اضطراب دوره‌ی بارداری تاثیر دارد، به طوری که در گروه

بررسی و تایید قرار گرفت و پایایی آن $0/88$ محاسبه شد (۳۸). هم‌چنین سلیمانی و همکاران از طریق آزمون مجدد، پایایی آن را $0/84$ گزارش نمودند (۵۱). در مطالعه‌ی آقاجانی و قریشی، ضریب آلفای کرونباخ $0/89$ و در مطالعه‌ی آقاجانلو و همکاران، آلفای کرونباخ $0/86$ محاسبه و گزارش شده است (۵۲، ۵۳).

جهت کسب اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها و به منظور دست‌یابی به یک نمونه‌ی همسان، از پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته استفاده شد که شامل آیت‌های سن، سن بارداری، وضعیت اقتصادی، رضایت زناشویی و آموزشی، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، رضایت زناشویی و نداشتن بیماری‌های جسمانی و روانی بود. در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی شامل تی مستقل و تحلیل کواریانس و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده شد.

نتایج

از نظر خصوصیات جمعیت‌شناختی میانگین سن گروه آزمون $28/8$ و میانگین سن گروه شاهد $28/56$ سال بود. هم‌چنین از بین ۱۶ نفر گروه آزمون، سطح تحصیلات ۴ نفر ($25/0\%$) کاردانی، ۸ نفر ($50/0\%$) کارشناسی، ۳ نفر ($18/7\%$) کارشناسی ارشد و ۱ نفر ($6/2\%$) دکترا بوده است. از بین ۱۶ نفر گروه شاهد، سطح تحصیلات ۶ نفر ($37/5\%$) کاردانی، ۸ نفر ($50/0\%$) کارشناسی و ۲ نفر ($12/5\%$) کارشناسی ارشد بوده است. $56/2$ درصد از مادران گروه آزمون در هفته‌ی ۳۱ بارداری و $43/7$ درصد در هفته‌ی ۳۲ بارداری بودند. در گروه شاهد $62/5$ درصد از مادران سن بارداری ۳۱ هفته و $37/5$ درصد از مادران سن بارداری ۳۲ هفته را داشتند. هم‌چنین تمام آزمودنی‌ها از وضعیت زناشویی و اقتصادی خود رضایت داشتند.

میانگین نمرات اضطراب در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مورد گروه‌های آزمون و شاهد در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی مقیاس اضطراب در زنان باردار

گروه‌ها	متغیرها	میانگین	انحراف معیار
آزمون	پیش‌آزمون	۱۶/۴۳	۵/۹۷
	پس‌آزمون	۳/۵۶	۲/۳۹
شاهد	پیش‌آزمون	۱۰/۲۵	۳/۸۳
	پس‌آزمون	۹/۳	۴/۰۷

میانگین نمرات کیفیت خواب در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مورد گروه‌های آزمون و شاهد در جدول ۲ گزارش شده است.

بنا بر نتایج تحلیل کواریانس، تفاوت معنی‌داری بین میانگین تعدیل شده‌ی اضطراب در گروه آزمون و شاهد مشاهده می‌شود. اثرات گروه‌ها نیز با مقدار (۱۲/۱۲۰) در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار است. بنابراین با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان بیان کرد که آموزش ایمن‌سازی در مقابل

بارداری می‌تواند در نتیجه‌ی تنش در این دوران باشد. در حقیقت می‌توان گفت که برخی عوامل عاطفی مثل تنش و ترس از مراقبت از بچه و پذیرش نقش جدید و اضطراب، به طور قابل توجهی خواب طبیعی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲۳) و این عوامل با آموزش تصویرسازی ذهنی و جای‌گزینی افکار مثبت، در جلسات آموزشی و اجرای آن در منزل، مدیریت و کنترل شده‌اند.

نتایج این پژوهش تاییدی بر یافته‌های مطالعه‌ی مرادخانی و همکاران است که تمرینات آرمیدگی بر اختلال خواب زنان باردار در سه ماهه‌ی سوم بارداری تاثیر داشته و فراوانی آن را کاهش داده است (۲۳).

هم چنین پژوهش‌های زیادی همراه بودن بارداری با اختلال خواب را تایید کرده‌اند (۱۸-۱۴) که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های فوق هم‌خوان می‌باشد.

بنابراین اگر چه موضوعات، روش پژوهش و شیوه‌ی کاربرد قالب در مطالعات ذکر شده از یکدیگر متفاوت است اما یافته‌ها به طور کلی نشان می‌دهند که آموزش مهارت‌های روان‌شناختی از جمله آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش می‌تواند به عنوان ابزاری در جهت بهبود کیفیت خواب و کاهش اضطراب زنان باردار به کار گرفته شود.

در انتها ضمن اشاره به محدودیت‌هایی از جمله عدم همکاری مورد انتظار مسئولان مراکز بهداشتی به خصوص در زمینه‌ی گردآوری اطلاعات از پرونده‌های پزشکی زنان باردار و محدود بودن جامعه‌ی آماری که تا حدی جنبه‌ی کاربردی نتایج را با درجاتی از احتیاط توأم می‌سازد، لازم است تاکید شود اگر در پژوهش‌های آتی فعالیت‌هایی از قبیل انجام آزمون پی‌گیری در فواصل زمانی متفاوت بعد از پس‌آزمون، برای اطمینان بیشتر از تداوم تاثیر مداخله‌ی آموزشی و نیز اعمال روش‌هایی برای جلب همکاری بیشتر مسئولان مراکز بهداشتی پیش‌بینی شود، حتماً ضریب اعتماد نتایج ارتقا خواهد یافت.

در خصوص وجوه کاربردی نتایج پژوهش نیز قابل ذکر است که مراکز بهداشتی و درمانی به ویژه بخش‌های تامین خدمات روان‌شناختی و بهداشت روانی در این مراکز لازم است بیش از پیش به ایجاد بسترهای مناسب‌تر برای ارائه‌ی خدمات و حمایت‌های روانی با تاکید بر آموزش مهارت‌های مقابله با تنش برای زنان باردار همت بگمارند و هم‌زمان با آن با چاپ و توزیع بروشورهای اطلاع‌رسانی و برگزاری دوره‌های آموزشی-توجیحی در زمینه نقش حمایتی و یاورانه این گونه مداخلات آموزشی، برنامه‌ریزی و تدارک لازم را برای بهره‌مندی بیش از پیش زنان باردار فراهم نمایند.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر واضح است که آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش، می‌تواند اضطراب و اختلال خواب دوره‌ی

آزمون بر خلاف گروه شاهد، میزان اضطراب پس از مداخله به طور معنی‌داری کاهش یافته است که این مسئله می‌تواند به دلیل کسب مهارت‌های مقابله‌ای متعدد (آرمیدگی، بازسازی شناختی و ...) توسط مراجعان باشد. در آموزش تکنیک بازسازی شناختی به بیماران کمک شد که تمرکز بر تکلیف را فرا گیرند نه تمرکز بر خود را، زیرا افکار مربوط به تکلیف به ارزیابی‌های مثبت، منجر می‌شود. هم‌چنین با استفاده از تکنیک شناسایی افکار منفی و بازسازی شناختی، بیماران از افکار ایجادگر اضطراب و آشفتگی، آگاه شده و یاد گرفتند که به بیان و ابراز احساسات و مسایل خود بپردازند و پاسخ‌های هیجانی سازش‌نا یافته را نیز بیرون بریزند. جلسات آموزشی با تشویق مراجعان به ایجاد روابط و حمایت اجتماعی و حفظ آن، موجب کاهش اضطراب گردیده است. هم‌چنین آموزش آرمیدگی، به مراجعان در مدیریت و کنترل اضطراب و تنشی که در زندگی روزانه با آن مواجه می‌شدند کمک نموده است (۳۹). این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که بیان کردند آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش به عنوان یک رویکرد رفتاری شناختی می‌تواند سبب کاهش اضطراب شود، همسو می‌باشد (۵۶-۵۴). هم‌چنین با یافته‌های فلیکسیمن و بوند^۱ که نشان دادند آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش در کاهش تنش روانی افراد شاغل موثر است، همسو می‌باشد (۵۷).

حسینی‌نسب و همکاران، دیویس^۲ و چانگ^۳ و همکاران^۴، در مطالعات خود گزارش نمودند که آموزش‌های مداخله‌ای غیر دارویی دوران بارداری می‌تواند اضطراب دوران بارداری را کاهش دهند، به طوری که زنان آموزش‌دیده در مقایسه با گروه شاهد، اضطراب کمتری را تجربه کرده‌اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های فوق هم‌خوان می‌باشد (۳۸،۵۸،۵۹). دره‌شوری محمدی و همکاران، نشان دادند آموزش مدیریت تنش، رویکرد مناسب برای ارتقای سلامت روان و کاهش اضطراب حالت/صفت و اضطراب بارداری می‌باشد (۳۶). کارآموزیان در پژوهش خود بیان کرد که آموزش مدیریت تنش شناختی-رفتاری تاثیر معنی‌داری بر کاهش اضطراب زنان باردار دارد (۶۰). از طرف دیگر با پژوهش لی^۴ و همکاران، فیگاریدو و کانه^۵، مصلی‌نژاد و همکاران و شاه حسینی و همکاران که همبودی اضطراب و بارداری و شیوع اختلالات اضطرابی در دوره‌ی بارداری را تایید کردند، هماهنگ است (۳،۵،۶۱،۶۲).

هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر بیان می‌دارد که آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش سبب بهبود کیفیت خواب دوره‌ی بارداری شده است. با توجه به این یافته می‌توان به این نتیجه دست یافت که اختلال خواب دوران

¹Flaxman and Bond

²Davis

³Chang

⁴Lee

⁵Figueiredo and Conde

بارداری را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد. تنظیم برنامه‌ی آموزشی و استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی از نوع آموزش ایمن‌سازی می‌تواند در کاهش آسیب و ارتقای کیفیت خواب و سلامت زنان در دوره‌ی بارداری مفید و موثر باشد.

References

1. Birami M, Zahmat Yar H, Bahadori Khosroshahi J. [Strategies for coping with stress during pregnancy predict the components of hardiness and social support in nulliparous pregnant women]. *Nursing research* 2012; 7: 1-9. (Persian)
2. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth* 2006; 33(4): 297-302.
3. Lee AM, Lam SK, Chong CS, Sze ML, Stephanie MB, Chui HW, et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007; 110(5): 1102-12.
4. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord* 2009; 119: 142-8.
5. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3 months postpartum: parity differences and effects. *J Affect Disord* 2011; 132(1-2): 146-57.
6. Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen HU. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Hum Dev* 2010; 86(5): 305-10.
7. Rondo P, Ferreira R, Nogueira F, Ribeiro M, Lobert H, Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57(2): 266-72.
8. Nasiri Amiri F, Salmalian H, Haji Ahmadi M, Ahmadi AM. [Relationship between maternal anxiety in the incidence of spontaneous preterm birth]. *Journal of Babul University of Medical Sciences* 2009; 11(4): 42-8. (Persian)
9. O'Connor TG, Ben Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V. Prenatal anxiety predicts Individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biol Psychiatry* 2005; 58(3): 211-17.
10. Gheraat L. [Mental health during pregnancy]. *Rasekhood* 2012; 46. Available from: URL; <http://www.rasekhood.net/article/show-108953.aspx> (Persian)
11. Littleton HL, Breikopf CR, Berenson AB. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: A meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 424-32.
12. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 1012-24.
13. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85(8): 937-44.
14. Lee KA, Gay C. Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 2041-60.
15. Dzaja A, Arber S, Hislop J, Kerkhofs M, Kopp C, Pollmacher T, et al. Women's sleep in health and disease. *J Psychiatr Res* 2005; 39: 55-76.
16. Okun ML, Coussons-Read ME. Sleep disruption during pregnancy: How does it influence serum cytokines? *J Reprod Immunol* 2007; 73: 158-65.
17. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse D, Spong CY. *Williams's obstetrics*. 23th ed. New York: McGraw Hill; 2009: 1234.
18. Marcks B, Weisberg R, Edelen M, Keller M. The relationship between sleep disturbance and the course of anxiety disorders in primary care patients. *Psychiatr Res* 2010; 2: 134-9.
19. Ahmadi Sh, Khankeh H, Mohammadi F, Khoshknab Fallahi M, Rezashtany P. [Limiting the effects on sleep quality of elderly care]. *Journal of ageing* 2010; 16: 7-15. (Persian)
20. Facco FL, Kramer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA. Sleep disturbances in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 115(1): 77-83.
21. Gallo A, Lee K. Sleep characteristics in hospitalized antepartum patients. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37(6): 715-21.
22. Higgins N, Leong E, Park CS, Facco FL, McCartky RJ, Wong CA. The Berlin Questionnaire for assessment of sleep disordered breathing risk in parturient and non-pregnant women. *Int J Obstet Anesth* 2011; 20: 22-5.
23. Moradkhani M, Malik Zadegan A, Ashayeri H, Haqqani H. [The effect of relaxation on sleep disturbance third trimester]. *Iranian journal of nursing* 2010; 23: 52-8. (Persian)
24. Lyfr G. [Maternal and child health nursing textbook]. Shawky M, Sanjari M. (translators). Tehran: Safe; 2008: 31-41. (Persian)

25. Kamysheva E, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: The relationships among physical symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. *Body Image* 2008; 5: 152-63.
26. Skouteris H, Wertheim E, Germano C, Paxton S, Milgrom J. Assessing sleep during pregnancy. A study across two time points examining the Pittsburgh sleep, quality index and associations with depressive symptoms. *Womens Health Issues* 2009; 19: 45-51.
27. Chang J, Pien G, Duntley S, Macones G. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: Is there a relationship? *Sleep Med Rev* 2010; 14: 107-14.
28. Goyal D, Gay C, Lee K. Fragmented maternal sleep is more strongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12: 229-37.
29. Dorheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Sleep and depression in postpartum women: A population-based study. *Sleep* 2009; 32: 847-55.
30. Pires GN, Andersen ML, Giovenardi M, Tufik S. Sleep impairment during pregnancy: Possible implications on mother-infant relationship. *Med Hypothes* 2010; 75: 578-82.
31. Friedman SH, Resnick PJ. Postpartum depression: An update. *Womens Health (Lond Engl)* 2009; 5: 287-95.
32. Knutson KL, Spiegel K, Penev P, Van Cauter E. The metabolic consequences of sleep deprivation. *Sleep Med Rev* 2007; 11: 163-78.
33. Al Lawati NM, Patel SR, Ayas NT. Epidemiology, risk factors, and consequences of obstructive sleep apnea and short sleep duration. *Prog Cardiovasc Dis* 2009; 51: 285-93.
34. Ayas NT, White DP, Al-Delaimy WK. A prospective study of self-reported sleep duration and incident diabetes in women. *Diabetes Care* 2003; 26: 380-4.
35. Biehl DA, Liese AD, Haffner SM. Sleep duration as a risk factor for incident type 2 diabetes in a multiethnic cohort. *Ann Epidemiol* 2009; 19: 351-7.
36. Dare Shori Mohammadi Z, Basak Nejad S, Sarvghadi C. [The effectiveness of the approach to stress management training group cognitive-behavioral therapy on anxiety/trait anxiety and mental health of nulliparous women. *Jentashapir* 2012; 3(4): 495-504. (Persian)
37. Abdollahzadeh Rafi M, Hassan Zadeh aval M, Mohammadi M, Taheri SH, Hussain M. The relationship between social support and depression and anxiety in the third trimester. *Nursing Research*.2012; 7, 26, 1-10. (Persian)

