

تأثیر آموزش تن آرامی و رفتارهای دلبستگی بر میزان اضطراب مادران نخست باردار شهر شیراز: کارآزمایی بالینی تصادفی شده

مرضیه اکبرزاده^۱، منیره طوسی^۱، نجف زارع^۲، فرخنده شریف^۳

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب مادر، که اولین شخصیت تأثیرگذار در بهداشت روانی کودک می‌باشد، بسیار حایز اهمیت است. استفاده از روش‌های کاهش اضطراب مادران باردار نقش مؤثری در کاهش مشکلات روانی مادر و فرزند او دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش رفتارهای دلبستگی و تن آرامی بر اضطراب مادران نخست باردار صورت گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر به روش کارآزمایی بالینی بر روی ۱۲۶ زن باردار شکم اول (۴۲ نفر گروه تن آرامی، ۴۲ نفر گروه دلبستگی، ۴۲ نفر گروه کنترل)، مراجعه کننده به ۲ بیمارستان حافظ و شوشتری شهر شیراز در تابستان سال ۱۳۸۹ انجام شد. ابزار مورد استفاده شامل: فرم اطلاعات فردی، بارداری و پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر (Spielberger) بود. برای دو گروه آزمایش علاوه بر مراقبت‌های معمول بارداری، ۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای کلاس‌های آموزش رفتارهای دلبستگی و تن آرامی طی ۴ هفته (هفته‌ای یک‌بار) برگزار شد. گروه کنترل فقط مراقبت‌های معمول بارداری دریافت کردند. نمره اضطراب قبل از مداخله، همچنین در پایان مداخله در هر سه گروه سنجیده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مجذورکای، آنالیز واریانس و تی زوج استفاده شد. ($p < 0.05$) معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این بررسی، میانگین نمره اضطراب قبل از مداخله در سه گروه اختلاف آماری معنی داری نداشت، ولی میانگین نمره اضطراب بعد از مداخله در سه گروه اختلاف آماری معنی داری نشان داد ($p < 0.004$). در دو گروه آزمایش بعد از مداخله، در میانگین نمره اضطراب کاهش و در گروه کنترل افزایش مشاهده شد.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد آموزش رفتارهای دلبستگی و تن آرامی موجب کاهش اضطراب در مادر باردار می‌شود.

کلید واژه‌ها: آموزش رفتار؛ آموزش تن آرامی؛ اضطراب مادر؛ کارآزمایی بالینی تصادفی شده.

^۱مری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی فارس، شیراز، ایران.

^۲دانشیار آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی فارس، شیراز، ایران.

^۳استاد روانپرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فارس، شیراز، ایران.

نویسنده مسئول مکاتبات:

دانشگاه علوم پزشکی فارس، شیراز، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

akbarzadehmarzieh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۰/۶/۳۱

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F. Effect of Relaxation and Attachment Behaviors Training on Anxiety in First-time Mothers in Shiraz City, 2010: A Randomized Clinical Trial. Qom Univ Med Sci J 2013;6(4):14-23.

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های علمی در زمینه مشکلات جسمی دوران بارداری؛ مشکلات روانی همچنان موضوعی مهم در بهداشت زنان باردار به شمار می‌آید (۱). برخی محققان تجربه 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 شود (۲). درک مسئولیت، وظایف سنگین مادری، شور و نشاط از یک‌طرف و نگرانی، وحشت و اضطراب از طرف دیگر، حالات ناپایداری را در زن باردار ایجاد می‌کند. دوران حاملگی می‌تواند به‌حدی استرس‌زا باشد که بیماری‌های روانی را برانگیزد. زنان با روش‌های متنوعی از دیدگاه روان‌شناختی به عوامل استرس‌زای حاملگی پاسخ می‌دهند. برخی محققین نیز معتقدند اضطراب شدید در دوران بارداری بر دلبستگی مادر و جنین لطمه وارد کرده و توانایی مادر را در ایفای نقش مادری کاهش می‌دهد (۲). در یک مطالعه جمعیت‌نگر در سوئد دریافتند میزان شیوع نقطه‌ای اختلالات روانی در دوران حاملگی ۱۴٪ است (منظور از شیوع نقطه‌ای، میزان شیوع در هر مقطع خاص زمانی است)، که از این میزان ۳/۳٪ مربوط به افسردگی از نوع شدید، ۶/۹٪ مربوط به افسردگی از نوع خفیف و ۶/۶٪ مربوط به اختلالات اضطرابی بود (۳). اختلالات اضطرابی به‌طور معمول در سنین باروری بیشتر مشاهده می‌شود. براساس مطالعات قبلی، اضطراب در ۱۵٪ زنان باردار ایرانی گزارش شده است. اضطراب زنان در دوران بارداری می‌تواند باعث پیامدهای مهمی از جمله تولد نوزاد با وزن کم و کاهش نمره آپگار شود (۱). نتایج تحقیقی که در سال ۲۰۰۶ توسط Punamaki و همکاران انجام شد، نشان داد سطح اضطراب دوران حاملگی و مشکلات بالینی می‌تواند باعث کاهش سلامت نوزاد شود (۴). علائم هشداردهنده در دوران بارداری که نشانگر فقدان پذیرش بارداری و ایجاد دلبستگی غیرطبیعی است شامل: نگرش منفی نسبت به نقش مادری، عدم پاسخ‌گویی به حرکات و فعالیت‌های جنین و عدم آمادگی برای پذیرش نوزاد در ماه‌های آخر بارداری، همچنین عوارض دیگری از جمله: تهوع و استفراغ شدید در اوایل بارداری، زایمان زودرس، نوزادان کم‌وزن، زجر جنینی، مرده‌زایی، مرگ نوزاد و برخی ناهنجاری‌های نوزادی

مانند شکاف کام و تنگی باب‌المعده می‌باشد، اضطراب مادران بر خود آنان نیز تأثیر گذاشته و سبب ادراک منفی نسبت به زایمان و تولد، ترس‌های غیرضروری در مورد تولد بچه، خوددرمانی با الکل یا محدودیت فعالیت می‌شود (۱). اختلالات روانی در بارداری تأثیر زیادی بر سلامت جسمی و روحی مادر، همچنین نحوه ارتباط وی با فرزندش در بعد از زایمان بر جای می‌گذارد. بنابراین، در طی ویزیت‌های مختلفی که در ۳ ماه اول بارداری صورت می‌گیرد، بایستی با توجه به سلامت مادر و جنین و انجام اقدامات ضروری؛ آموزش‌های لازم نیز که به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر پیشگیری‌کننده از اختلالات روانی و کاهش‌دهنده عوارض پری‌ناتال هستند، به مادر داده شود (۵). همچنین وجود اضطراب باعث پاسخ‌های نامناسب مادر نسبت به جنین در دوران بارداری شده و باعث کاهش دلبستگی مادر شود، علائم هشداردهنده در دوران بارداری که نشانگر ایجاد دلبستگی غیرطبیعی است شامل: نگرش منفی نسبت به نقش مادری، عدم پاسخ‌گویی به حرکات و فعالیت‌های جنین و عدم آمادگی برای پذیرش نوزاد در ماه‌های آخر بارداری است (۶). این زنان مضطرب باید توسط ماما و پرستار شناسایی شوند تا با مداخلات مناسب و تشویق آنان در برقراری ارتباط بیشتر با جنین نظیر شنیدن صدای قلب جنین با دستگاه داپلر و توجه به حرکات وی بتوانند دلبستگی مادر را افزایش دهند (۷). با افزایش دلبستگی مادر به جنین و تأثیر آن در بهبود روان مادر باردار، در او تمایل و انگیزه بیشتری به اعمال رفتارهای بهداشتی در طی بارداری مانند ترک سیگار و الکل، تغذیه مناسب، ورزش، ادامه مراقبت‌های بارداری، تمایل به شناخت جنین و شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، افزایش میزان تغذیه نوزاد با شیر مادر به‌وجود می‌آید، که تمامی این رفتارها منجر به پیامد رضایت‌بخش حاملگی و ارتقای سلامت مادر و نوزاد می‌شود (۸). با اذعان به اینکه سلامت روحی و روانی کودک رابطه تنگاتنگی با مادر دارد، ارتقای سلامت روان مادر می‌تواند در حفظ سلامت جامعه نقش مؤثری داشته باشد. یکی از مداخلاتی که به مادر کمک می‌کند تا راه‌های مقابله با استرس و اضطراب را بیابد، روش‌های مختلف افزایش دلبستگی مادر با جنین است. دلبستگی به‌عنوان یک پیوند عاطفی بین مادر و کودک، یکی از زیباترین و

روش بررسی

در این مطالعه به روش کارآزمایی بالینی از نوع مداخله‌ای، تأثیر آموزش رفتارهای دلبستگی و تن‌آرامی بر میزان اضطراب مادران باردار مراجعه‌کننده به ۲ بیمارستان حافظ و شوشتری شهر شیراز در طی خردادماه تا مهرماه سال ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش را ۱۲۶ نفر از زنان نخست‌زایی که جهت مراقبت بارداری به کلینیک مراقبت بارداری ۲ بیمارستان حافظ و شوشتری مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌داد. انتخاب نمونه در دو مرحله صورت گرفت، ابتدا پژوهشگر با مراجعه روزانه (بجز روزهای تعطیل) به ۲ مرکز منتخب جهت ۳۰۰ زن نخست‌زای مراجعه‌کننده به این مراکز، پرسشنامه اطلاعات فردی و اضطراب Spielberg را تکمیل نمود، و در نهایت پس از خروج تعداد ۱۲ نفر از نمونه‌ها به دلایل مختلف از قبیل بیماری و زایمان زودرس؛ ۱۲۶ نفر که مایل به شرکت در مطالعه بوده و معیارهای ورود به پژوهش را نیز داشتند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: شکم اول، داشتن سن بین ۱۸-۳۵ سال، حداقل سواد سوم راهنمایی، سن بارداری بین ۳۲-۳۵ هفته، نداشتن مشکل مامایی، تک‌قل بودن، حاملگی خواسته و داشتن نمره اضطراب کم تا متوسط براساس مقیاس اضطراب Spielberg بود. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: سابقه ناراحتی قلبی، بیماری روانی شدید و یا ابتلا به عوارض بارداری (مانند خونریزی، دیابت، فشارخون و زایمان زودرس و...).

در این پژوهش نمونه‌ها به روش تصادفی سیستماتیک در سه گروه ۴۲ نفره که شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود، قرار گرفتند. روش انتخاب گروه‌ها بدین شکل بود، که در هر مرکز بیمارستانی، نفر اول به‌صورت تصادفی و با قرعه‌کشی در گروه آموزش تن‌آرامی، نفر دوم در گروه آموزش رفتارهای دلبستگی و نفر سوم در گروه کنترل قرار می‌گرفت و نمونه‌گیری به همین ترتیب ادامه داشت تا تعداد نمونه‌ها در هر سه گروه تکمیل شود. دو گروه آزمایش (تن‌آرامی و دلبستگی) هرکدام به ۲ گروه ۲۱ نفره تقسیم شدند، و به‌طور مجزا هر گروه برنامه آموزشی مشتمل بر ۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را طی ۴ هفته (هفته‌ای یک جلسه) در سه ماهه سوم بارداری دریافت کردند. در تمام مراحل تحقیق،

شگفت‌انگیزترین ارتباطات است که می‌توان آن را پدیده‌ای منحصر به فرد شمرد (۹). Pillite معتقد است این دلبستگی از ابتدای بارداری ایجاد و به تدریج بیشتر می‌شود، به‌طوری که در ۳ ماه سوم به اوج خود رسیده و تا بعد از زایمان ادامه می‌یابد و در تطابق موفق مادر با بارداری نقش مهمی دارد (۱۰). در طی حاملگی طیف وسیعی از دلبستگی به‌صورت رفتارهای گوناگونی مانند صحبت کردن با جنین، لمس و نوازش شکم و... قابل مشاهده است که برای اولین بار ممکن است در ابتدای حاملگی یا در حین سونوگرافی اولیه و یا در حین احساس اولین حرکت جنین آغاز شود (۱۱). اقدامات پرستاری و مامایی متفاوتی به‌عنوان شیوه‌های درمانی جایگزین، برای کمک جهت دستیابی به نیازهای روانی و جسمانی افراد انجام شده است که شامل: تصویرسازی ذهنی، آرام‌سازی تدریجی و پیشرونده، موسیقی درمانی و ماساژ می‌باشد (۱۲). یکی از روش‌های درمان جایگزین، استفاده از تن‌آرامی است که موجب کاهش اضطراب می‌گردد. با توجه به نتایج به دست آمده از انجام تن‌آرامی در بارداری، می‌توان آن را به‌عنوان یک روش مناسب برای آرامش فکر و ذهن، تمرکز حواس بر روی جنین، تصویرسازی مثبت نسبت به بارداری و افزایش رابطه، دلبستگی مادر و جنین سنجید و به‌عنوان یک راهکار مناسب به کار برد، که در نتیجه سازگاری مثبت را افزایش داده و به سلامت عمومی زن باردار نیز کمک می‌کند. تن‌آرامی موجب افزایش ترشح هورمون اندورفین یا هورمون ضد درد و کاهش ترشح هورمون آدرنالین می‌شود (۱۳). انجام صحیح تن‌آرامی، گردش خون فرد را بهبود می‌بخشد و تندیگی، اضطراب و افسردگی را با ایجاد نگرش مثبت و بهبود عملکرد مغزی کاهش داده، و آرام‌سازی، انرژی سلولی و اطمینان افراد را از طریق تسکین اضطراب آنها افزایش می‌دهد (۱۴). روش‌های تن‌آرامی در بسیاری از موقعیت‌ها مثل درد، تولد نوزاد، اضطراب و بی‌خوابی در بارداری نیز مؤثر شناخته شده و سبب می‌شود شخص، قدرت کنترل احساسات و رفتارهایش را به دست آورد (۱۵). با توجه به اهمیت زیاد اضطراب و اثرات آن بر سلامت روان مادران باردار، این تحقیق با هدف تعیین تأثیر مداخلات آموزشی تن‌آرامی و دلبستگی در بارداری بر میزان اضطراب مادران باردار انجام شد.

در منزل، به آنها چک‌لیست ثبت انجام تمرین در منزل، همچنین سی‌دی تن‌آرامی داده شد و از مادران خواسته شد حداقل روزی یک بار تمرین را با استفاده از سی‌دی تن‌آرامی که دارای موسیقی ملایمی بود، انجام دهند و در چک‌لیست تن‌آرامی ثبت کنند (۲۳-۱۹). در شروع جلسه بعدی پس از دریافت چک‌لیست، مطالب آموزشی هفته قبل مرور و به سؤالات افراد پاسخ داده می‌شد. در آموزش تن‌آرامی از نمایش عملی، ایفای نقش، سخنرانی و سی‌دی آموزشی تن‌آرامی استفاده شد. همچنین در هر جلسه ابتدا مباحث نظری ارائه شد، و سپس زنان باردار به همراه پژوهشگر، تکنیک تن‌آرامی را انجام دادند. گروه کنترل فقط مراقبت روتین را دریافت کردند و در پایان مطالعه نیز جهت حفظ شئون اخلاقی تمامی آموزش‌ها به صورت کتابچه و سی‌دی آموزش تن‌آرامی در اختیار آنان قرار گرفت. در پایان مداخلات، مجدداً پرسشنامه اضطراب Spielberg جهت تمامی گروه‌ها تکمیل شد و نتایج مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم مصاحبه (شامل اطلاعات فردی و بارداری) و پرسشنامه Spielberg بود که این پرسشنامه از دو قسمت سنجش اضطراب موقعیتی و شخصیتی تشکیل شده است. این پرسشنامه حاوی ۴۰ سؤال کوتاه بوده که به صورت مثبت و منفی تنظیم شده است و هر سؤال ۴ گزینه دارد. گزینه‌های این آزمون دارای مقیاس‌های خیلی کم، کم، متوسط و زیاد می‌باشد که به ترتیب به آنها نمره ۴، ۳، ۲، ۱ تعلق می‌گیرد. در این آزمون نمره اضطراب قابل کسب بین ۸۰-۲۰ است. آزمون اسپیلبرگر (Spielberger) در اکثر مقالات پژوهشی غرب به کار گرفته شده است (۲۴، ۲۵). در مطالعات پایایی آزمون برای زنان در بخش شخصیتی ۰/۷۹٪ و در بخش موقعیتی ۰/۹۴٪ به دست آمده است (۲۶).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون مربع کای، تی زوجی و آنالیز واریانس یک‌طرفه و در صورت معنی‌دار شدن نتایج، از آزمون توکی جهت تعیین تفاوت بین گروه‌ها، با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ استفاده شد. $p < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه سه گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک همگن بودند (جدول شماره ۱).

پژوهشگر آموزش تمامی گروه‌ها را به عهده داشت. برای گروه آموزش دلبستگی علاوه بر مراقبت‌های روتین در زمانهای مشخص‌شده، آموزش رفتارهای دلبستگی داده شد. آموزش‌های داده‌شده شامل: تغییرات (آناتومی، فیزیولوژی و هورمونی) در بارداری و تأثیر این تغییرات بر جسم و روان مادر باردار، آشنایی با روش‌های غیردارویی کاهش اضطراب از جمله آموزش رفتارهای دلبستگی مادر با جنین، چگونگی شکل‌گیری دلبستگی مادر با جنین و زمان شروع دلبستگی و علائم آن، نحوه تمرکز بر جنین و شناخت جنین، به‌عنوان یک موجود مستقل و چگونگی انجام رفتارهای دلبستگی مورد نظر بود. همچنین اجرای عملی رفتار دلبستگی به صورت لمس شکم، شناخت جنین، شمارش حرکات جنین و ثبت آن، تصور شکل ظاهری جنین به شکل مثبت، لمس جنین از روی شکم و حدس قرارگیری اعضای آن، شمارش حرکت جنین، آرام کردن جنین با لمس شکم، تصور در آغوش گرفتن و شیردادن به او انجام شد (۱۸-۱۶). در انتهای جلسات چارت‌های مربوط به انجام عمل رفتار دلبستگی در منزل به مادران داده شد و بر انجام روزانه رفتارها در ۳ نوبت صبح، عصر و شب در منزل و ثبت در چارت تأکید شد. سپس چارت در جلسه بعد، از مادران تحویل گرفته شد.

در صورت قرارگرفتن واحد مورد پژوهش در گروه آموزش تن‌آرامی، آموزش‌ها طی ۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و در طول ۴ هفته (هر هفته یک جلسه) در زمانهای مشخص، داده شد. این آموزش‌ها شامل: تغییرات آناتومی، فیزیولوژی و هورمونی در بارداری، تأثیر تغییرات بارداری بر جسم و روان مادر باردار، راهکارهایی جهت تطابق بیشتر با تغییرات بارداری (تغذیه مناسب، بهداشت فردی، سلامت و بهداشت روان)، آشنایی با رشد و نمو جنین در ماه‌های مختلف بارداری و تأثیر تن‌آرامی بر کاهش اضطراب در این دوران بود، همچنین در مورد تأثیر تن‌آرامی بر سلامت جسم و روان مادر، بهبود خواب، تغذیه مادر و دلبستگی مادر به جنین و تأثیر آن در فرآیند زایمان و لزوم انجام تن‌آرامی در مراحل زایمان و در بهبودی بعد از زایمان، شیردهی و کاهش افسردگی بعد از زایمان توضیح داده شد. در انتهای جلسات، تن‌آرامی عملی به روش بنسون (Benson) انجام شد. به‌منظور اطمینان از انجام تن‌آرامی توسط زنان باردار

جدول شماره ۱: توزیع زنان باردار بر اساس گروه‌های مداخله و شاخص‌های فردی

متغیرها	گروه		آزمایش (تن‌آرامی)		آزمایش (دلبستگی)		کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
میزان تحصیلات	۶	۱۴/۳	۹	۲۱/۴	۱۸	۴۲/۹	۱۸	۴۲/۹
	۲۶	۶۱/۹	۲۷	۶۴/۳	۲۱	۵۰	۲۱	۵۰
	۱۰	۲۳/۸	۶	۱۴/۳	۳	۷/۱	۳	۷/۱
جنس جنین	۲۲	۵۲/۴	۱۹	۴۶/۵	۱۸	۴۲/۹	۱۸	۴۲/۹
	۱۳	۳۱	۱۸	۴۳/۵	۲۰	۴۷/۶	۲۰	۴۷/۶
	۷	۱۶/۶	۵	۱۰	۴	۹/۵	۴	۹/۵
شغل	۵	۱۱/۹	۵	۱۱/۹	۲	۴/۸	۲	۴/۸
	۳۷	۸۸/۱	۳۷	۸۸/۸	۴۰	۹۵/۲	۴۰	۹۵/۲
	۵	۱۱/۹	۱	۲/۴	۵	۱۱/۹	۵	۱۱/۹
رضایت از همسر	۳۷	۸۸/۱	۴۱	۹۷/۶	۳۷	۸۸/۱	۳۷	۸۸/۱
	۱۱	۲۶/۲	۷	۱۶/۶	۱۵	۳۵/۷	۱۵	۳۵/۷
	۳۱	۷۳/۸	۳۵	۸۳/۴	۲۷	۶۴/۳	۲۷	۶۴/۳
مسکن	۲۴	۵۷/۲	۱۸	۴۲/۸	۲۷	۶۴/۳	۲۷	۶۴/۳
	۱۸	۴۲/۸	۲۴	۵۷/۲	۱۵	۳۵/۷	۱۵	۳۵/۷
	۱۱	۲۶/۲	۷	۱۶/۶	۱۵	۳۵/۷	۱۵	۳۵/۷
میزان درآمد	۲۴	۵۷/۲	۱۸	۴۲/۸	۲۷	۶۴/۳	۲۷	۶۴/۳
	۱۸	۴۲/۸	۲۴	۵۷/۲	۱۵	۳۵/۷	۱۵	۳۵/۷
	۱۱	۲۶/۲	۷	۱۶/۶	۱۵	۳۵/۷	۱۵	۳۵/۷
سن	۲۴	۵۷/۲	۲۲	۵۲/۴	۳۲	۷۶/۲	۳۲	۷۶/۲
	۱۸	۴۲/۸	۲۰	۴۷/۶	۱۰	۲۳/۸	۱۰	۲۳/۸
	۱۷	۴۰/۵	۱۶	۳۸/۱	۱۸	۴۲/۸	۱۸	۴۲/۸
مدت ازدواج	۲۵	۵۹/۵	۲۶	۶۱/۹	۲۴	۵۷/۲	۲۴	۵۷/۲
	۱۷	۴۰/۵	۱۶	۳۸/۱	۱۸	۴۲/۸	۱۸	۴۲/۸

سه گروه از نظر سن، تحصیلات، مدت ازدواج، متوسط درآمد، رضایت از همسر، جنس جنین، وضعیت مسکن، همگن بوده‌اند.

گروه‌ها در بدو پذیرش از نظر میانگین نمرات اضطراب، تفاوت آماری معنی‌دار نداشتند. همچنین اختلاف میانگین نمرات اضطراب بعد از مداخله بین سه گروه معنی‌دار بود ($p < 0/004$). تفاوت مربوط به گروه آزمایش تن‌آرامی با گروه کنترل ($p < 0/008$)، همچنین گروه آزمایش دلبستگی با گروه کنترل ($p < 0/013$) بود. ولی گروه‌های آزمایش تن‌آرامی و رفتارهای دلبستگی با هم تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند (جدول شماره ۲).

گروه‌ها در بدو پذیرش از نظر میانگین نمرات اضطراب، تفاوت آماری معنی‌دار نداشتند. همچنین اختلاف میانگین نمرات اضطراب بعد از مداخله بین سه گروه معنی‌دار بود ($p < 0/004$). تفاوت مربوط به گروه آزمایش تن‌آرامی با گروه کنترل

جدول شماره ۲: توزیع زنان باردار بر اساس گروه‌های مداخله، کنترل، میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله

گروه	زمان	انحراف معیار \pm میانگین	
		قبل از مداخله	بعد از مداخله
آزمایش (تن‌آرامی)		۴۵/۰ \pm ۴/۷	۴۴/۷ \pm ۵/۶
آزمایش (دلبستگی)		۴۵/۹ \pm ۴/۳	۴۴/۳ \pm ۴/۲
کنترل (بدون مداخله)		۴۵/۳ \pm ۴/۰	۴۷/۴ \pm ۴/۹
نتایج آزمون آنالیز واریانس		$p = 0/596$	$p = 0/004$

جنبه‌های موقعیتی و شخصیتی، اختلاف آماری معنی‌داری بین سه گروه دیده شد. تفاوت در جنبه موقعیتی بین گروه‌های آزمایش (تن‌آرامی و دلبستگی) با گروه کنترل (به ترتیب $p < 0/009$ ، $p < 0/041$)، همچنین تفاوت در جنبه شخصیتی بین گروه‌های آزمایش (تن‌آرامی و دلبستگی) با گروه کنترل (به ترتیب $p = 0/049$ ، $p = 0/032$) معنی‌دار بود. ولی دو گروه آزمایش (تن‌آرامی و دلبستگی)، در هیچ کدام از جنبه‌ها با هم تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند (جدول شماره ۳).

در نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه ۲ (آموزش رفتار دلبستگی)، تغییرات معنی‌دار به صورت کاهش نمره اضطراب ($p < 0/014$) و در گروه ۳ (کنترل) به صورت افزایش نمره اضطراب ($p < 0/002$) مشاهده شد. با وجود اینکه در گروه آموزش تن‌آرامی میانگین نمره اضطراب در بعد از مداخله کاهش یافت، ولی این اختلاف معنی‌دار نبود (جدول شماره ۲).
اختلاف آماری معنی‌داری در جنبه‌های موقعیتی و شخصیتی قبل از مداخله بین سه گروه وجود نداشت، ولی بعد از مداخله در

جدول شماره ۳: توزیع زنان باردار براساس گروه‌های مداخله، کنترل، میانگین و انحراف معیار جنبه‌های اضطراب قبل و بعد از مداخله

گروه	اضطراب موقعیتی		اضطراب شخصیتی	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
آزمایش (تن‌آرامی)	۲۲/۹±۲/۵	۲۲/۳±۲/۹	۲۲/۰±۲/۸	۲۱/۸±۳/۱
آزمایش (دلبستگی)	۲۳/۶±۲/۵	۲۲/۷±۲/۳	۲۲/۳±۲/۲	۲۱/۷±۲/۵
کنترل (بدون مداخله)	۲۳/۵±۲/۳	۲۴/۱±۲/۹	۲۲/۰±۲/۴	۲۳/۳±۳/۲
نتایج آزمون آنالیز واریانس	$p = 0/421$	$p = 0/007$	$p = 0/769$	$p = 0/022$

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد میزان اضطراب بعد از مداخله در سه گروه تفاوت معنی‌داری داشته است. در گروه آموزش نیز رفتارهای دلبستگی میزان اضطراب بعد از مداخله کاهش یافته بود که این نتیجه مؤید افزایش دلبستگی و تأثیرات آن در سلامت روان می‌باشد. در پژوهش حاضر، آموزش گروهی باعث استفاده مادران از تجارب همدیگر (البته با کنترل مربی و مسئول آموزش) شد که با توجه به شیوه آموزشی و انجام تمرینات گروهی به نظر می‌رسد این مسئله در کاهش اضطراب مادران مؤثر بوده است. این مسئله در مطالعه Griffith نیز ذکر شده است (۲۷). آموزش‌های دوران بارداری به خصوص در جمعیت‌ها و زیرگروه‌های پرخطر مادران باردار، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر پیشگیری‌کننده از وقوع مرگ و میر و کاهش‌دهنده عوارض پری‌ناتال و افسردگی، اضطراب و مسایل متعاقب آن است (۲۸). آموزش مؤثر در بارداری می‌تواند نقش به‌سزایی در کاهش بیماری‌ها، اختلالات روانی و اضطراب، همچنین ارتقای سلامت جسمی و روانی افراد داشته باشد. در گروه آموزش دلبستگی از

هر دو جنبه (موقعیتی و شخصیتی) کاهش در اضطراب مشاهده گردید، ولی این کاهش در جنبه موقعیتی معنی‌دار بود و در گروه کنترل نیز افزایش در هر دو جنبه اضطراب دیده شد که این افزایش در جنبه شخصیتی معنی‌دار گزارش شد. این تغییر در میزان اضطراب و جنبه‌های آن ناشی از تأثیر آموزش مؤثر در دوران بارداری است؛ زیرا آموزش بارداری می‌تواند نقش به‌سزایی در کاهش اختلالات روانی و اضطراب، همچنین ارتقای سلامت جسمی و روانی افراد داشته باشد (۲۸). Teixeira و همکاران نیز در مطالعه‌ای بر ۵۸ زن باردار نشان دادند آموزش‌های بارداری به‌طور معنی‌داری میزان اضطراب را کاهش می‌دهد (۲۹). در مطالعه حسینی‌نسب و همکاران نیز با بررسی تأثیر آموزش‌های دوران بارداری بر میزان اضطراب زنان باردار گزارش شد که این آموزش‌ها توانسته است میزان اضطراب را کاهش دهد، به‌طوری‌که زنان آموزش‌دیده در مقایسه با گروه کنترل اضطراب کمتری را تجربه کرده‌اند (۳۰). Davis نیز در مطالعه خود اظهار داشت آموزش به مادران موجب ایجاد نگرش مثبت در آنان نسبت به زایمان و کاهش اضطراب شده و اعتماد به نفس

خود نشان می‌دهند که به‌نوبه خود می‌تواند بر سلامت روان و کاهش اضطراب مادر مؤثر باشد. از طرفی، افزایش دلبستگی در دوران بارداری می‌تواند موجب ایجاد اعتماد به نفس بیشتر در ایفای نقش مادری و سازگاری بهتر مادر با شرایط بعد از زایمان شده و به رفتارهای شیرخوار پاسخ مثبت دهد (۳۶). با توجه به اینکه سلامت روان مادر بر سلامت جنین و سلامت کودک تأثیر زیادی دارد، لذا ارتقای سلامت روان مادر می‌تواند در حفظ سلامت جامعه نقش مؤثری داشته باشد. طبق نتایج این پژوهش می‌توان با ارتقای سلامت روان مادر در دوران بارداری، سلامت آینده جامعه را نیز تضمین نمود. امید است با استفاده از نتایج این تحقیق و ارائه آموزش رفتارهای دلبستگی به کادر درمانی، به‌خصوص ماماها که در ارائه مراقبت‌های دوران بارداری به مادران نقش به‌سزایی دارند، موجبات افزایش سطح سلامت روان در مادران و به تبع آن سلامت نسل آینده فراهم شود.

محدودیت‌ها

- ۱- در این پژوهش با توجه به تأثیر عوامل محیطی مانند میزان سواد، شرایط اقتصادی، حمایت‌های اجتماعی و ویژگی‌ها و عادات خاص زندگی در زنان مختلف و تأثیر آنها بر روی میزان اثر آموزش تن‌آرامی و دلبستگی سعی شد که نمونه‌ها از لحاظ موارد فوق، همگن بوده و با انتخاب نمونه‌ها به‌صورت تصادفی، اثر محدودیت به حداقل برسد.
- ۲- عدم اطمینان از انجام تمرینات، به‌خصوص تن‌آرامی در منزل، با توجه به اینکه لزوم انجام آنها جهت کسب مهارت در هر جلسه یادآوری می‌شد و تأکید بر آن بود که حداقل ۲ بار در روز انجام شود، همچنین چک‌لیست و نحوه انجام آن نیز در ملاقات بعدی به‌صورت عملی مشاهده می‌شد. در ضمن، پژوهشگر به‌وسیله تماس تلفنی انجام تمرینات را پیگیری می‌کرد.
- ۳- حوادث بزرگ در طول این پژوهش تحت بررسی قرار گرفت، اما استرس‌های کوچک زندگی روزمره و اضطراب‌زا، قابل اندازه‌گیری نبود.

و اطمینان آنان را افزایش می‌دهد که این مادران در مقایسه با گروه کنترل، اضطراب کمتری داشته و خود را ملزم می‌دانند در اداره زایمان به‌طور فعال شرکت کنند (۳۱). ملک‌پور افشار و همکاران در مطالعه خود، با ارائه آموزش‌های دوران بارداری، مراحل زایمانی و تکنیک تنفسی به مادران نخست‌زا در طی سه جلسه، مشاهده کردند این جلسات آموزشی می‌تواند اضطراب را در دوران حاملگی کاهش دهد (۲۳). Chang نیز در تحقیق خود متذکر شده است که در گروه آزمایش بعد از دوره‌های آموزشی اضطراب افزایش نمی‌یابد و عدم افزایش اضطراب در گروه آزمایش حاکی از مؤثر بودن روش‌های آماده‌سازی است (۳۲)، که نتایج این تحقیقات با مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین در مطالعه حاضر، در گروه‌های آموزشی میانگین اضطراب بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل کمتر بود. در واقع با تأثیر آموزش‌ها می‌توان شرایط کاهش اضطراب را در سه ماهه آخر که انتظار می‌رود اضطراب افزایش یابد، مشاهده کرد. بارداری به‌عنوان یک روند طبیعی در مقطعی از زندگی زنان با تغییرات قابل توجه روحی و جسمی همراه است.

عدم آگاهی از این تغییرات ممکن است منجر به بروز صدماتی شود که گاهی آثار آن، مادر را تا سالها پس از زایمان دچار ناراحتی می‌کند. بنابراین، آموزش‌ها می‌تواند در پیشگیری از این اختلالات مؤثر باشد (۳۳). یافته‌ها نشان داد در گروه‌های آزمایش اضطراب حین بارداری در مقایسه با گروه کنترل، به‌طور معنی‌داری کاهش و در گروه شاهد به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد.

با توجه به اینکه اضطراب در طول دوران بارداری ثابت نبوده، و در ترمیستر اول افزایش، در ترمیستر دوم کاهش و مجدداً در شروع ترمیستر سوم افزایش می‌یابد و در هنگام زایمان نیز به حداکثر می‌رسد، لذا عدم افزایش اضطراب در گروه‌های آزمایش می‌تواند حاکی از مؤثر بودن روش‌های آموزشی باشد (۳۴).

مداخلات آموزشی با هدف افزایش حساسیت و دلبستگی مادران نسبت به فعالیت‌های جنین مثل آموزش رفتارهای دلبستگی و ثبت حرکت جنین، می‌تواند موجب افزایش دلبستگی و ارتباط مادر با جنین و از طرفی کاهش اضطراب مادر شود (۳۵). مادرانی که این مداخلات آموزشی را انجام می‌دهند رفتارهای مادرانه بیشتری از

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد آموزش رفتارهای دلبستگی و تن‌آرامی موجب کاهش اضطراب مادر باردار می‌شود. همچنین مشخص شد که روش آموزش و آماده‌سازی بر اضطراب حین بارداری مؤثر است، به طوری که مادر انگیزه می‌یابد تا به خواسته‌هایش توجه نموده و با انجام تمرینات و مراقبت‌های بهداشتی لازم، سلامت جسمی و روانی خود را در بارداری تضمین و تأمین کند، لذا در ویزیت‌های پره‌ناتال در مراکز بهداشتی - درمانی و یا در کلینیک‌ها جهت بهبود وضعیت روانی و کاهش اضطراب مادران باردار، می‌توان از آموزش‌های ساده،

رفتارهای دلبستگی و تن‌آرامی استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله ماحصل یک پایان‌نامه دانشجویی است، لذا بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، به جهت همکاری بی‌دریغ تشکر و قدردانی می‌شود.

شماره ثبت IRCT:

IRCT201109067497N1

References:

- Jannati Y, Khaki N. Psychiatric in Midwifery. Tehran: Jame Negar Pub; 2005. p. 122-124. [Text in Persian]
- Lee AM, Lam SK, Sze Mun, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstet Gynecol* 2007 Nov; 110(5):1102-12.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL. Williams Obstetrics. Ghazi Jahani B, Translator. 22nd ed. Tehran: Golban; 2000. p. 1434-35. (Vol 3). [Text in Persian]
- Punamaki RL, Repokari L, Vilksa S, Poikkeus P, Tiitinen A, Sinkkonen J, Tulppala M. Maternal Mental Health and Medical Predictors of Infant Developmental and Health Problems from Pregnancy to one Year: Does former Infertility Matter? *Infant Behav Dev* 2006;29(2):230-42.
- Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003.
- Olds SB, London ML, Ladewig PW. Maternal Newborn Nursing: A Family Centered Approach. Redwood City: Addison-Wesley Pub; 2002.
- Ladewig PW, London ML, Olds SB. Essential of Maternal-Newborn Nursing Addition. USA: Wesley Publishers; 2008.
- Lindren K. Relationships Among Maternal Fetal Attachment, Prenatal Depression and Health Practices in Pregnancy. *Res Nurs Health* 2001;24(3):203-217.
- Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A Meta-analytic Study of Predictors of Maternal-fetal Attachment. *Int J Nurs Stud* 2009;46(5):708-715.
- Pillite A. Maternal and Child Health Nursing: Care of the Childbearing and Childrearing Family. 4th ed. UK: Lippincott; 2003. p. 201-226.
- Bennet V, Brown LK. Myles Text Book for Midwives. 2nd ed. UK: Lippincott; 1999. p. 651-662.
- Gagner-Tjdllesen D, Yurkovich EE, Gragert M. Use of Music Therapy and other IINIS in Acute Care. *J Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 2001;39(10):26-37.
- Bastani F, Haidarnia A, Vafaei M, Kazemnejad A, Kashanian M. Effect of Relaxation Training Based on the Synthesizing of the Precede Model with the Health Belief Model and the Self-efficacy Theory on Anxiety and Pregnancy Outcomes Among Pregnant Women. [PhD Thesis] Theses for PhD Degree of Tarbiat Modares University, 2004. [Text in Persian]

14. Knight WE, Rickard NS. Relaxing Music Prevents Stress induced Increases in Subjective Anxiety, Systolic Blood Pressure, and Heart Rate in Healthy Males and Females. *J Music Ther* 2001;38(4):254-72.
15. Payne R, Donaghy M. 3rd ed. *Payne's Handbook of Relaxation Techniques: A Practical Guide for the Health care Professional*. London: Churchill Livingstone, 2005.
16. Chang S, Park S, Chung C. Effect of Taegyo-focused Prenatal Education on Maternal-fetal Attachment and Self-efficacy Related to Childbirth. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004;34(8):1409-15.
17. Chang SB, kim KY. Changes of Maternal Attachment and Self Efficacy for Delivery after the Taekyo-perspective Prenatal Class. *Korean J Women Health Nurs* 2001 Mar; 7(1):1-17.
18. Abasi E, Tafasoli M, Hasanabady H, Esmaeli H. The Effect of Behavioral Attachment Training on Mental Health in Primipar Mother at Third Trimester Pregnancy. [MSc Thesis]. Thesis for Master Degree of Mashhad University; 2008. [Text in Persian]
19. Khorsandi M, Ghofranipour F, Hidarnia A, Faghihzadeh S, Vafaei M, Roustaf F, Amin Shokr F. The Effect of Childbirth Preparation Classes on Childbirth Fear and Normal Delivery among Primiparous Women. *J Arak Univ Med Sci* 2008;11(3):29-36. [Full Text in Persian]
20. Alder J, Urech C, Fink N, Bitzer J, Hoesli I. Response to Induced Relaxation During Pregnancy: Comparison of Women with High Versus Low Levels of Anxiety. *J Clin Psychol Med Settings* 2011;18(1):13-21.
21. Primo CC, Amorim MHC. Effects of Relaxation on Anxiety and Salivary IgA Levels in Primipara. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008;16(1):36-41.
22. Malekzadegan A, Mordkhani M, Ashayeri H, Haghani H. Effect of Relaxation on Insomnia During Third Trimester among Pregnant Women. *Iran J Nurs* 2010;23(64):52-58. [Full Text in Persian]
23. Malekpour Afshar F, Salari P, Azar Pejough H, Ismaeili H. The Effect of Education Childbirth Preparation on Anxiety During Pregnancy and Delivery in Primiparous Women. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2005;13(2):39-44. [Full Text in Persian]
24. Gedney JJ, Glover TL, Fillingim RB. Sensory and Affective Pain Discrimination After Inhalation Ofessential Oils. *Psychosom Med* 2004 Jul; 66(4):599-606.
25. Hur MH, Cheong N, Yun H, Lee M, Song Y. Effects of Delivery Nursing Care Using Essential Oilson Delivery Stress Response, Anxiety During Labor, and Postpartum Status Anxiety. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2005;35(7):1277-84.
26. Hoseini M. The Effect of Benson Relaxation Education on Anxiety Status and Digestive Sign in IBS Patients of Faghihi and Motahari Hospitals in Shiraz University Medical Science. [MSc Thesis]. Shiraz University Medical Science; 2003. [Text in Persian]
27. Griffith JM, Sorenson JR, Bowling JM, Jennings-Grant T. Assessment of an Interactive Computer-based Patient Prenatal Genetic Screening and Testing Education Tool. *Health Educ Behav* 2005 Oct; 32(5):613-26.
28. Scotf JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
29. Teixeira J, Martin D, Prendiville O Glover V. The Effects of Acute Relaxation on Indices of Anxiety During Pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2005;26(4):271-276.
30. Hosseininasab SD, Taghavi S. The Effectiveness of Prenatal Education in Decreasing the Childbirth Pain and Anxiety. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2010;31(4):24-30. [Full Text in Persian]
31. Davis E. *Heart and Hands. A Midwives Guide to Pregnancy and Birth*. 4th ed. Toronto: Celestial Arts Press; 2007. p. 105-138.

32. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effect of Message on Pain and Anxiety During Labour: A Randomized Controlled Trial in Taiwan. *J Adv Nurs* 2002 Apr; 38(1):68-73.
33. Rostai MM. *Obstetric and Gynecologic Physical Therapy*. Tehran: Sana Publishers; 2000. [Text in Persian]
34. Pillitteri A. *Maternal & Child Health Nursing Care of the Childbearing Family*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2003. p. 524-525.
35. Kim JS, Cho KJ. The Effect of Mother-fetus Interaction Promotion Program of Talking and Tactile Stimulation on Maternal-fetal Attachment. *Korean J Child Health Nurs* 2004;10(2):153-164.
36. Siddiqui A, Hagglof B. Does Maternal Prenatal Attachment Predict Postnatal Mother-infant Interaction? *Early Hum Dev* 2000;59(1):13-25.

Archive of SID

Effect of Relaxation and Attachment Behaviors Training on Anxiety in First-time Mothers in Shiraz City, 2010: A Randomized Clinical Trial

Akbarzadeh M.¹; Toosi M.¹; Zare N.²; Sharif F.³

¹Instructor of Midwifery,
Fars University of Medical
Sciences, Shiraz, Iran.

²Associated Professor of
Biostatistics, Fars University
of Medical Sciences, Shiraz,
Iran.

³Professor of Psychiatric
Nursing, Fars University of
Medical Sciences, Shiraz,
Iran.

Corresponding Author: Fars
University of Medical
Sciences, Shiraz, Iran.

Email:
akbarzadehmarzieh@yahoo.com

Received: 17 May, 2011

Accepted: 22 Sep, 2011

Abstract

Background and Objectives: Anxiety of mother, as the first personality influencing child's mental health, is of great importance. Use of anxiety-reducing techniques for pregnant mothers plays an important role in decreasing maternal and child psychological problems. This study aimed to determine the effect of relaxation and attachment behaviors training on anxiety in first-time mothers.

Methods: The present study was done as a clinical trial on 126 primigravida women (42 subjects as relaxation group, 42 subjects as attachment group and 42 subjects as control group) referred to Hafiz and Shushtari hospitals in Shiraz (2010). Data were collected using personal data form and Spielberger Anxiety Inventory questionnaire. In addition to routine pregnancy care, four 90 minute sessions of attachment behaviors and relaxation training courses were held during 4 weeks (once a week). The control group only received routine pregnancy care. Anxiety score before the intervention and at the end of the intervention were analyzed in all three groups. Data analysis was done using chi-square, Anova and paired t-test analysis, $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: In this study, the mean anxiety scores were not significantly different in the three groups before the intervention, but there were significant differences among three groups after the intervention ($p < 0.004$). There was a decrease in the mean anxiety score in the two experimental groups after the intervention, whereas there was an increase in the control group.

Conclusion: The results of this study indicated that relaxation and attachment behaviors training could reduce anxiety in pregnant mothers.

Keywords: Behavior-education; Relaxation Training-education; Anxiety; A Randomized Clinical Trial.