

## تأثیر آموزش کنترل استرس بر خلق و استرس درک شده در زنان مصرف کننده قرص‌های پیشگیری از بارداری

لادن محمدی یگانه<sup>۱</sup> \*دکتر فریده باستانی<sup>۲</sup> زهره فیضی<sup>۳</sup> دکتر مریم آگیلار وفایی<sup>۴</sup> حمید حقانی<sup>۵</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** تغییرات خلقی و افزایش استرس درک شده به‌عنوان عوارض جانبی (گزارش شده) مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری، عامل مهمی در خودداری از ادامه مصرف این قرص‌ها و بروز حاملگی‌های ناخواسته و تحمیل هزینه‌های مادی و معنوی بسیار بر خانواده و جامعه خواهد بود. استفاده از راهکارهای کنترل استرس نه تنها در ارتقای سلامت روان زنان مؤثر است، بلکه می‌تواند از میزان قطع مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری، به‌دلیل اختلالات خلقی نیز بکاهد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش راهکارهای کنترل استرس بر "خلق" و "استرس درک شده" زنان مصرف کننده قرص‌های پیشگیری از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی انجام شده است.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر یک کار آزمایی کنترل شده تصادفی دو گروهی است که بر روی ۹۲ زن (۴۶ نفر گروه آزمون و ۴۶ نفر گروه کنترل) که کاندید مناسبی برای مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری بودند انجام شد. قبل از مصرف قرص‌ها، وضعیت خلقی (خلق مثبت و خلق منفی) و استرس درک شده واحدهای مورد پژوهش با استفاده از مقیاس سنجش خلق مثبت و منفی (PANAS) و مقیاس سنجش استرس درک شده (PSS) مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس واحدهای مورد پژوهش، به‌صورت گمارش تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شده و واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون، تحت مداخله آموزشی راهکارهای کنترل استرس قرار گرفتند. در این مطالعه، متغیرهای خلق و استرس درک شده در دو مرحله قبل و سه ماه پس از مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری و آموزش کنترل استرس، در زنان بررسی و تأثیر مداخله آموزشی با مقایسه میانگین نمرات خلق و استرس درک شده در قبل و پس از مداخله در گروه آزمون و گروه کنترل سنجیده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها حاکی از افزایش معنی داری در میانگین نمرات خلق مثبت ( $P < 0/001$ ) و کاهش معنی داری در میانگین نمرات خلق منفی ( $P < 0/001$ ) و استرس درک شده در گروه آزمون ( $P < 0/000$ ) بود. همچنین نتایج مطالعه، در ارتباط با مقایسه تغییرات خلق مثبت، خلق منفی و استرس درک شده در دو گروه آزمون و کنترل، در مرحله بعد از مداخله اختلاف معنی داری را از نظر خلق مثبت ( $P < 0/005$ )، خلق منفی ( $P < 0/005$ ) و استرس درک شده ( $P < 0/005$ ) نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش، آموزش کنترل تنش می‌تواند از طریق کاهش استرس درک شده، در ارتقای سلامت روان زنان نقش مؤثری داشته و به‌دنبال آن عامل مهمی در پیشگیری از قطع ناگهانی مصرف قرص و کاهش بارداری‌های ناخواسته باشد. لذا برقراری برنامه‌های آموزشی - مشاوره‌ای برای زنان در جهت مدیریت استرس در مرحله قبل و حین مصرف قرص‌های پیشگیری به عنوان راهکار مناسبی در راستای ارتقای سلامت روانی آنان توصیه می‌گردد.

## کلید واژه‌ها: قرص‌های پیشگیری از بارداری - خلق - استرس درک شده - کنترل تنش

تاریخ دریافت: ۱۶/۴/۸۶ تاریخ پذیرش: ۲۹/۳/۸۷

## این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

- <sup>۱</sup> کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
- <sup>۲</sup> استادیار گروه آموزش بهداشت جامعه مادران و نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (\*مؤلف مسؤول)
- <sup>۳</sup> مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
- <sup>۴</sup> دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس
- <sup>۵</sup> مربی آمار حیاتی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

## مقدمه

ترکیبات هورمونی پیشگیری از بارداری یکی از متداول ترین روش‌های پیشگیری بوده که از سال ۱۹۶۰ به‌طور وسیعی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند.<sup>(۱)</sup> این قرص‌ها توسط بیش از ۷۰ میلیون زن در کل دنیا به‌طور روزانه مصرف می‌شوند و تقریباً ۱۸ میلیون زن در ایالات متحده آمریکا روزانه از این قرص‌ها استفاده می‌کنند. به‌طور کلی قرص‌های هورمونی، در پیشگیری از حاملگی ناخواسته بسیار مؤثر هستند و میزان حاملگی گزارش شده با این روش حدود ۰/۱ درصد در سال می‌باشد.<sup>(۲)</sup> همچنین قرص‌های پیشگیری از بارداری می‌توانند فوایدی فراتر از موضوع پیشگیری از بارداری برای فرد و جامعه دارا باشند، به‌گونه‌ای که این قرص‌ها می‌توانند باعث کاهش درد و میزان خونریزی قاعدگی و آنمی همراه با آن، کاهش فیبروم‌های رحمی و بیماری‌های التهابی لگن، کاهش شیوع آرتریت روماتوئید، افزایش تراکم استخوان‌ها، کاهش آندومتریوز و همچنین کاهش سرطان کولون و رکتوم شوند، گرچه در این زمینه بین متخصصین امر اختلاف نظر وجود دارد.<sup>(۳)</sup>

گزارشات زیادی حاکی از این است که این قرص‌ها علی‌رغم فواید زیادی که دارند، می‌توانند مشکلات و عوارض منفی مانند افزایش وزن، تهوع، سردرد، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان و تغییرات خلقی را نیز ایجاد نمایند.<sup>(۴)</sup> باور عمومی در طب بر این اساس است که ترکیبات هورمونی (قرص‌های پیشگیری از بارداری) می‌توانند باعث ایجاد اختلالات خلقی، حتی در حد اختلال افسردگی ماژور شوند.<sup>(۵،۱)</sup> در این زمینه، Oinonen و Mazmanian به‌نقل از Sutker می‌نویسند که مصرف کنندگان قرص‌های پیشگیری،

خلق منفی بالاتری را در طول سیکل تجربه می‌کنند<sup>(۶)</sup>، ضمن این‌که Robinson و همکاران نیز در این زمینه این‌گونه اظهار داشته‌اند که میزان اضطراب، افسردگی، خستگی، علائم عصبی و اختلالات جنسی در مصرف کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری بیشتر دیده می‌شود.<sup>(۱)</sup>

اگرچه با وجود تحقیقات زیاد انجام شده، تغییرات خلقی هنوز به‌عنوان یکی از عوارض جانبی بحث برانگیز و ضد و نقیض قرص‌ها مطرح می‌باشد<sup>(۶)</sup>، ترس از عوارض جانبی، مهم‌ترین دلیل قطع مصرف قرص‌های پیشگیری توسط مصرف کنندگان گزارش شده است.<sup>(۲)</sup> یافته‌های برخی مطالعات حاکی از آن است که حدود ۴۷ درصد از زنان در طی سه دوره اول مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری به دلیل احساس بروز عوارض جانبی از ادامه مصرف آن خودداری می‌کنند که شایع‌ترین علت آن تغییرات خلقی بوده است.<sup>(۷)</sup> متأسفانه به‌دنبال قطع مصرف، ۷۰ درصد زنان یک روش پیشگیری غیر مطمئن را جایگزین نموده که منجر به حاملگی‌های ناخواسته شده است.<sup>(۸)</sup> با توجه به شیوع قابل توجه حاملگی ناخواسته در کشور و عوارض متعدد آن برای مادر، خانواده و جامعه و همچنین عوامل بروز آن که مهم‌ترین آن‌ها عدم آگاهی از به‌کارگیری و مصرف صحیح روش‌های پیشگیری از بارداری به‌ویژه قرص‌ها و باورهای نادرست بهداشتی در این زمینه می‌باشد، در واقع، حاملگی‌های ناخواسته را به‌عنوان یکی از جدی‌ترین مشکلات در زنان سنین باروری مطرح می‌سازد.<sup>(۹)</sup>

خلق منفی و استرس با اختلالاتی در ابعاد روحی، جسمی، رفتاری شناختی و احساسی همراه است<sup>(۵)</sup> که سلامتی کلی زنان را شدیداً تحت تأثیر قرار می‌دهد، به‌طوری‌که این اختلالات به‌صورت غم، تحریک پذیری،

آسیب پذیر جامعه در اولویت برنامه های بهداشتی قرار دارند.<sup>(۱۵)</sup> در دنیای امروز، پیشرفت هر جامعه در گرو داشتن نیروی انسانی سالم و کارآمد است. با توجه به این که بهداشت باروری سلامت را در ابعاد مختلف پوشش می دهد، برای تأمین آن توجه به خیل عظیم زنان، به ویژه مصرف کنندگان قرص های خوراکی هورمونی و عوامل تأثیرگذار مرتبط و پیامدهای آن لازم و ضروری است.<sup>(۱۶)</sup> بنابر این تدوین راهکارها و عملکرد مبتنی بر شواهد (evidence-based practice) برای تأمین سلامت روانی این قشر از افراد جامعه، در راستای اهداف توسعه ملی بر مبنای پژوهش های انجام شده در این حیطه امکان پذیر می شود.

در این رابطه، زنان با سهم ۵۱ درصدی از جمعیت جهان<sup>(۱۷)</sup> در قلمرو خانواده، عمدتاً بار سنگین مسؤلیت تنظیم خانواده را نیز عهده دار هستند، لذا توجه به سلامت روان آنان (از نظر خلقی و استرس درک شده) به عنوان یک شاخص مهم در تجویز و مصرف مرتب قرص های خوراکی که می تواند منجر به کاهش بروز بارداری های ناخواسته شود. در این راستا مداخلات آموزشی توسط ماماها و دیگر اعضای تیم بهداشتی درمانی دارای اهمیت بسیار بوده و ضرورت پژوهش در این زمینه را توجیه می نماید. چرا که هدف نهایی آموزش بهداشت، تغییر رفتار است که تنها طی یک فرایند ارتباط متقابل، ایجاد انگیزه و به مشارکت فراخواندن گروه هدف تحقق می یابد.

با عنایت به این که زنان به عنوان هسته اصلی در خانواده، نقش اساسی را در سلامت اعضای خانواده و جامعه به عهده دارند و تأمین سلامت و شادابی مادران یکی از مسائل مهم بهداشتی محسوب می شود، خدمات و برنامه های آموزشی-مشاوره ای تنظیم خانواده در قالب بهداشت باروری نقش بسیار مهمی در حفظ و

اختلال در تصمیم گیری، کاهش میل جنسی، اختلال خواب و انزوای اجتماعی، اختلالات متابولیکی (هیپر تیروئیدیسم، دیابت)، اختلالات پوستی (اگزما و خارش)، مشکلات تنفسی، بیماری های قلبی عروقی، بیماری های گوارشی (یبوست، اسهال، زخم دوازدهه، بی اشتهایی عصبی، چاقی و کولیت اولسره) آرتریت روماتوئید، کمر درد، سردرد میگرنی، انواع سرطان، اختلالات و بی نظمی های قاعدگی بروز می کند.<sup>(۱۰)</sup>

طبق نظر Lazarus تطبیق با استرس، سه عامل سلامتی جسمی، روانی و عملکرد اجتماعی را تحت تأثیر قرار می دهد. لیکن، اگر فرد بتواند با موفقیت با استرس و تنش های روزمره کنار آید، به ارتقای سلامتی جسمی و روانی و بهبود عملکرد اجتماعی خود کمک کرده است.<sup>(۱۱)</sup> افراد می توانند با ایجاد تغییراتی در سبک زندگی شان سلامتی جسمی و روانی خود را ارتقاء داده و به نحو بهتری با استرس ها و مشکلات زندگی روزانه خود مقابله نمایند.<sup>(۱۲)</sup> بنابراین در این تحقیق، مداخله آموزشی راهکارهای کنترل استرس بر اساس رویکرد آموزشی Ewelles و Simmnett در راستای ارتقای سلامتی زنان<sup>(۱۳)</sup> صورت می گیرد که از این روش ها می توان ورزش و فعالیت فیزیکی، تغذیه مناسب، خواب و استراحت کافی و مدیریت زمان<sup>(۱۱)</sup> گذراندن وقت با دوستان، توسعه فعالیت های خارج از منزل، تنظیم اهداف واقعی و افزایش اعتماد به نفس، استفاده از تکنیک های تن آرامی، مدیتیشن و یوگا را به عنوان روش های کاهش استرس نام برد.<sup>(۱۴)</sup>

به علاوه امروزه، انسان سالم محور توسعه یک جامعه قلمداد شده و زنان سالم می توانند در فرایند توسعه جامعه و تحول بنیادین در کلیه شئون و عرصه های حیات اجتماعی سهم داشته و نقش چشمگیری را در این راستا ایفا نمایند. همچنین، زنان به عنوان یکی از اقشار

ارتقای سلامت مادران و خانواده خواهد داشت. بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش راهکارهای کنترل استرس بر "خلق" و "استرس درک شده" زنان مصرف کننده قرص‌های پیشگیری از بارداری و با این فرضیه که "آموزش راهکارهای کنترل استرس باعث ارتقای سلامت روان زنان در راستای افزایش خلق مثبت و کاهش خلق منفی و استرس درک شده می‌گردد،" انجام شده است. تلاش بر این است که مداخله آموزشی با هدف ارتقای سلامتی و نهادینه شدن سبک زندگی بهداشتی و کیفیت زندگی مطلوب‌تر در این قشر از افراد جامعه صورت گیرد تا با اتخاذ راهبردهای مناسب در جهت آرامش و سلامت روانی زنان، این قرص‌ها با اطمینان بیشتر و به نحو صحیح و مؤثرتری مصرف شده و با افزایش کارآیی و اثربخشی شان از احتمال قطع ناگهانی و بی‌مورد آن‌ها جلوگیری شده و در نتیجه میزان فراوانی حاملگی‌های ناخواسته کاهش یابد.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی کنترل شده تصادفی دو گروهی بوده و در زنان ۱۵-۴۹ ساله که حداقل به مدت یک‌سال از هیچ روش پیشگیری از بارداری هورمونی استفاده نکرده و جهت مشاوره روش‌های پیشگیری از بارداری به واحد تنظیم خانواده مراجعه کرده بودند انجام شد. پژوهشگر از بین مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی تعداد زیادی را انتخاب و با مراجعه به این مراکز و کسب اجازه از مسؤولین مربوطه، کار خود را آغاز نمود.

روند پژوهش بدین صورت بود که افرادی که پس از مشاوره کافی، کاندید مناسبی جهت مصرف قرص

بودند، در صورت تمایل جهت شرکت در پژوهش، توضیحات کافی در زمینه اهداف و روش کار پژوهش دریافت کرده و پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه، پرسشنامه‌های خلق و استرس درک شده را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل می‌کردند. در این مرحله با نمونه‌گیری به روش مستمر پرسشنامه‌ها توسط ۱۶۰ نفر از زنان تکمیل شد. واحدهای مورد پژوهش پس از شروع مصرف قرص به‌طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. هر یک از زنان مورد مطالعه در گروه آزمون، در یک جلسه آموزشی (حداکثر ۳۰ دقیقه‌ای) که مبتنی بر اصول آموزش بزرگسالان (Adult Learning principles) بود، به صورت انفرادی و چهره‌به‌چهره (Face to face) یا آموزش گروه‌های کوچک ۲-۳ نفره (Small group teaching)، تحت آموزش راهکارهای کنترل تنش با تأکید بر داشتن سبک زندگی بهداشتی قرار گرفتند. جمعاً ۳۵ جلسه آموزشی (به‌صورت انفرادی و گروه‌های کوچک) برای گروه آزمون برگزار گردید که غالباً به‌صورت انفرادی بوده است. لازم به ذکر است که برای هر یک از واحدهای مورد پژوهش، در طی مصرف قرص، دو بار مشاوره تلفنی نیز انجام گرفت.

جلسات آموزشی در ساعات اداری، در محیط درمانگاه و در یک اتاق خلوت که حتی الامکان سعی می‌شد آرام و به دور از سر و صدا باشد برقرار می‌شد. پژوهشگر پس از برقراری تعامل و ارتباط مؤثر با مددجویان، مجدداً در ارتباط با اهداف پژوهش و روش کار توضیحاتی داده و سپس جلسه آموزشی را آغاز می‌کرد. موارد آموزشی مطرح شده در جلسات به این صورت بود که در ابتدا توضیحاتی در خصوص عوارض جانبی و نکات مثبت و منفی قرص‌های پیشگیری از بارداری، وضعیت خلقی، استرس، تأثیرات جسمی روانی

۹ نفر به علت فراموش کردن مصرف قرص، ۱۲ نفر به دلیل عوارض مرتبط با قرص، ۱۸ نفر به علت عدم مراجعه در مرحله دوم (به دلیل تغییر منزل یا به دلیل تهیه قرص از داروخانه)، ۱۳ نفر به علت عدم شروع به موقع مصرف قرص و ۱۰ نفر به حذف پژوهش، از مطالعه کنار رفتند. در نهایت کارآزمایی بر روی ۹۲ نفر (۴۶ نفر گروه آزمون و ۴۶ نفر گروه کنترل) انجام گردید.

معیارهای حذف پژوهش در این مطالعه شامل ۱- اعتیاد به سیگار یا مواد مخدر ۲- بروز اختلالات روانی تحت دارو درمانی ۳- ابتلا به بیماری جسمانی تأثیرگذار بر خلق (مانند افت یا افزایش فشار خون، پرکاری تیروئید، کم خونی) و ۴- بروز حالاتی از موارد منع مطلق و نسبی مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری بوده است. در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه سنجش "خلق مثبت و منفی"<sup>(۱۸)</sup> و پرسشنامه "استرس درک شده"<sup>(۱۹)</sup> بودند که پس از تعیین اعتبار علمی به روش اعتبار محتوا و اعتماد علمی به روش آزمون مجدد مورد استفاده قرار گرفتند.

پرسشنامه مشخصات فردی شامل سؤالات بسته و کوتاه پاسخ در ارتباط با سن، تحصیلات، شغل، وضع اقتصادی، وضعیت باروری و شاخص توده بدنی بود. پرسشنامه متغیر "خلق" (PANAS) نیز شامل ۲۰ واژه بوده که خلق مثبت و منفی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه، وضعیت خلقی افراد را در ارتباط با هر یک از واژه‌های ذکر شده، در طول هفته گذشته اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمرات از ۱ تا ۵ در مقیاس لیکرت بوده و پاسخ‌ها به صورت خیلی کم یا اصلاً (نمره ۱)، کم (نمره ۲)، متوسط (نمره ۳)، زیاد (نمره ۴) و فوق العاده زیاد (نمره ۵) طبقه بندی و در کل، دامنه نمرات بین

آن و اهمیت استفاده از راهکارهای کنترل استرس به افراد داده می‌شد، سپس جلسه آموزشی با عناوینی در ارتباط با "سبک زندگی بهداشتی" با محوریت تغذیه صحیح، ورزش، تمرینات تن آرامی، خواب و استراحت کافی، تفریحات سالم و تعامل مؤثر با دیگران، دوری از موقعیت‌های پر استرس و تنش‌زا، مدیریت زمان در انجام امور و داشتن اهداف واقع بینانه، برقرار می‌شد. در این پژوهش، برای جلوگیری از یکنواخت بودن جلسات آموزشی و تسهیل فرایند یادگیری در راستای تغییر رفتار، از کتابچه آموزشی نیز استفاده گردید که حاوی مطالبی ساده، قابل فهم، به دور از اصطلاحات تخصصی و مبتنی بر اهداف آموزشی در ارتباط با استرس و راه‌های مقابله با آن بود. در پایان جلسه از افراد خواسته می‌شد تا به مدت سه ماه (در طی سه دوره ای که مصرف قرص‌های هورمونی را شروع کرده‌اند) طبق آموزش‌های ارائه شده عمل نمایند. در طی این مدت جهت کنترل و یادآوری انجام این راهکارها و مشاوره در خصوص مسائل مرتبط با مصرف قرص‌های هورمونی برای زنان مورد مطالعه بود، ماهی یکبار (در کل دو بار) تماس تلفنی با مددجویان برقرار شد. زنان در گروه کنترل در این مدت فقط برای دریافت قرص به درمانگاه مراجعه می‌کردند و پژوهشگر ادامه مصرف قرص توسط آن‌ها را از طریق پرونده‌هایشان پیگیری می‌کرد.

پس از گذشت سه دوره مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری، ارزشیابی دیگری به عنوان پس آزمون در هر دو گروه انجام شد که بدینوسیله میزان دستیابی به اهداف آموزشی برای واحدهای مورد پژوهش مشخص گردید و اطلاعات حاصله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در فرایند انجام این تحقیق که شش ماه به طول انجامید، ۶ نفر به علت تمایل به بارداری،

درصد یک زایمان، ۶۶/۳ درصد یک فرزند، ۷۵ درصد قاعدگی مرتب و ۴۷/۸ درصد از شاخص توده بدنی مطلوبی برخوردار بودند. میانگین سنی زنان در گروه آزمون  $26/28 \pm 4/48$  و در گروه کنترل  $25/17 \pm 4/068$  سال بوده است. ۶۵/۲ درصد گروه آزمون و ۴۵/۷ درصد گروه کنترل تحصیلات دیپلم داشتند. ۸۹/۱ درصد از گروه آزمون و ۸۴/۸ درصد از گروه کنترل خانه دار بودند. ۸۲/۶ درصد در گروه آزمون و ۶۵/۲ درصد در گروه کنترل وضعیت اقتصادی متوسط را مطرح کرده بودند. ۶۵/۲ درصد در گروه آزمون و ۶۹/۶ درصد در گروه کنترل یک حاملگی داشتند. ۶۳ درصد در گروه آزمون و ۶۹/۶ درصد در گروه کنترل یک زایمان و یک فرزند داشتند. ۷۱/۷ درصد در گروه آزمون و ۷۸/۳ درصد در گروه کنترل وضعیت قاعدگی مرتب داشتند. ۴۵/۷ درصد در گروه آزمون و ۵۰ درصد در گروه کنترل از شاخص توده بدنی مطلوب برخوردار بودند. طبق نتایج بدست آمده دو گروه آزمون و کنترل در بدو پژوهش، از نظر ویژگی‌های سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، وضعیت باروری، وضعیت قاعدگی و شاخص توده بدنی و همچنین متغیرهای اصلی وابسته پژوهش (خلق و استرس درک شده) کاملاً همگون بودند. یافته‌های پژوهش در ارتباط با تأثیر آموزش راهکارهای کنترل استرس بر خلق و استرس درک شده، افزایش معنی داری را در میانگین نمرات خلق مثبت ( $P < 0/001$ ) و کاهش معنی داری را در میانگین نمرات خلق منفی ( $P < 0/001$ ) و استرس درک شده ( $P < 0/000$ ) نشان داد (جدول شماره ۱).

۵۰-۱ برای هر یک از دو خلق مثبت و منفی در نظر گرفته شده است.

متغیر استرس نیز توسط پرسشنامه "استرس درک شده" (PSS) که شامل ۱۴ سؤال می باشد اندازه گیری شد. طبق نظر Cohen و همکاران این پرسشنامه، میزان ارزیابی افراد از موقعیت‌های پر استرس زندگی که به صورت غیر قابل کنترل، غیر قابل پیش بینی و بیش از ظرفیت احساس می شود را اندازه گیری می کند و میزان افکار و احساسات افراد را در طول ماه گذشته بررسی می نماید.<sup>(۱۹)</sup> نمرات پاسخ‌های داده شده به سوالات، به صورت، ابداً (۰)، به ندرت (۱)، تا حدی (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) بوده و کل نمرات بین ۰-۵۶ می باشد. لازم به ذکر است که نمره بندی ۷ مورد از سوالات این پرسشنامه (سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳) که مفهوم مثبت دارند به صورت معکوس می باشد (ابداً (۴)، به ندرت (۳)، تا حدی (۲)، زیاد (۱)، خیلی زیاد (۰)).

جهت تجزیه و تحلیل داده ها و دستیابی به اهداف پژوهش از آمار توصیفی و آزمون‌های پارامتریک مانند تی زوج، تی مستقل، کای اسکوئر و آنالیز واریانس استفاده شد و اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان  $25/73 \pm 4/292$  با حداقل و حداکثر ۱۸ و ۳۷ سال بوده به طوری که ۸۲/۶ درصد زنان در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال قرار داشتند. همچنین ۵۵/۴ درصد زنان دارای سطح تحصیلات دیپلم، ۸۷ درصد خانه دار، ۷۳/۹ درصد با وضعیت اقتصادی متوسط، ۶۷/۴ درصد دارای یک حاملگی، ۶۶/۳

جدول شماره ۱ - میانگین و انحراف معیار نمرات خلق و استرس درک شده گروه آزمون، در قبل و سه ماه بعد از تجویز قرص‌های پیشگیری از بارداری و دریافت آموزش

نتیجه آزمون تی زوج	گروه آزمون		خلق و استرس درک شده
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	
t=۴/۰۴۳ df=۴۵ P=۰/۰۰۰	۲۱/۶۵±۶/۵۵۶	۲۶/۳±۶/۶۸	استرس درک شده
t= - ۳/۷۲۸ df=۴۵ P=۰/۰۰۱	۳۲/۳۳±۵/۵۷۸	۲۹/۱۱±۶/۲۰۸	خلق مثبت
t=۳/۵۹۳ df=۴۵ P=۰/۰۰۱	۲۰/۷۰±۶/۲۶۱	۲۴/۶۱±۶/۲۳۱	خلق منفی

در ارتباط با مقایسه تغییرات خلق مثبت، خلق منفی و استرس درک شده دو گروه آزمون و کنترل، در بعد از مداخله نتایج اختلاف معنی داری را بین دو گروه از نظر خلق مثبت ( $P < 0.040$ )، خلق منفی ( $P < 0.005$ ) و استرس درک شده ( $P < 0.005$ ) نشان داد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ - میانگین و انحراف معیار نمره تغییرات خلق و استرس درک شده زنان در دو گروه آزمون و کنترل

نتیجه آزمون تی مستقل	تغییرات قبل و بعد از مداخله		خلق مثبت
	کنترل	آزمون	
t= -۲/۰۸۵ df=۹۰ P= ۰/۰۴۰	۰/۹۸ ± ۴/۳۳۳	۳/۲۱ ± ۵/ ۸۵۳	خلق مثبت
t= ۲/ ۸۸۷ df=۹۰ P=۰/۰۰۵	۰/۳۰ ± ۶/۶۰۳	-۳/۹۱ ± ۷/۳۸۷	خلق منفی
t=۲/۸۹۳ df=۹۰ P=۰/۰۰۵	۰/۳۶ ± ۶/۳۱۵	-۴/۶۵ ± ۷/۸۰۳	استرس درک شده

جدول شماره ۳ - میانگین و انحراف معیار نمره خلق و استرس درک شده گروه کنترل، در قبل و سه ماه بعد از تجویز قرص‌های پیشگیری از بارداری

نتیجه آزمون تی زوج	گروه کنترل		خلق و استرس درک شده
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	
t=۰/۳۹۷ df=۴۵ P=۰/۶۹۳	۲۵/۳۷±۷/۱۳۸	۲۵/۷۴±۷/۶۶۱	استرس درک شده
t= - ۱/۵۳۱ df=۴۵ P=۰/۱۳۳	۳۱/۵۷±۵/۶۱۲	۳۰/۵۹±۵/۵۷۶	خلق مثبت
t= - ۰/۳۱۳ df=۴۵ P= ۰/۷۵۶	۲۲/۲۶±۸/۱۶۱	۲۱/۹۶±۷/۲۲۹	خلق منفی

### بحث و نتیجه گیری

مثبت در سه ماه بعد از مداخله آموزشی افزایش و خلق منفی و استرس درک شده کاهش داشته اند، در حالی که همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می دهد، در گروه کنترل نه تنها کاهش در خلق منفی و استرس درک شده ایجاد نشده بلکه مختصری افزایش نیز

نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش راهکارهای کنترل تنش باعث کاهش استرس درک شده و ارتقای وضعیت خلقی در مصرف کنندگان قرص های پیشگیری از بارداری شده است. به عبارتی در گروه آزمون، خلق

کاهش خلق منفی می گردد، هم‌خوانی دارد.<sup>(۲۲)</sup> در واقع ورزش با افزایش نوروترانسمیترها مانند نوراپی نفرین و سروتونین، آزادسازی پپتیدهای opioid درونی مانند آندورفین و افزایش اکسیژن رسانی به مغز باعث ایجاد حس شادی و نشاط می گردد.<sup>(۲۳)</sup> افرادی که حداقل دو تا سه بار در هفته ورزش می کنند، به مراتب استرس درک شده، افسردگی و عصبیت کمتری را تجربه می کنند.<sup>(۲۵،۲۴)</sup>

از آنجا که جهت کاهش استرس می توان روش‌های متعددی را به کار برد که برخی از این روش‌ها شامل ورزش، تغذیه مناسب، خواب و استراحت کافی و مدیریت زمان می باشند<sup>(۲۶)</sup>، داشتن سبک زندگی بهداشتی، همچون تغذیه سالم و خودداری از مصرف مواد محرک سیستم عصبی مانند ترکیبات کافئین دار در کاهش استرس و بهبود وضعیت خلقی و در نهایت ارتقای سلامتی در زنان<sup>(۲۷)</sup> مؤثر است، Lovallo و همکاران می نویسند که مصرف کافئین از طریق تحریک سیستم عصبی مرکزی باعث افزایش ترشح کورتیزول شده و در نتیجه به عنوان یک استرسور عمل می کند.<sup>(۲۸)</sup> همچنین این پژوهش با یافته‌های Lombard نیز هم‌خوانی دارد وی می نویسد، خوردن صبحانه، داشتن وعده‌های غذایی مرتب، مصرف غذای سبک (اسنک) بعد از ظهر باعث بهبود وضعیت خلقی و عملکرد شناختی می گردد.<sup>(۲۹)</sup> طبق نظر Edelman و Mandle داشتن تغذیه سالم و بهداشتی، پیروی از هرم تغذیه و مصرف روزانه ۵ گروه غذایی، به افراد کمک می کند تا تطبیق مؤثرتری با استرس‌های روزمره خود داشته و به ارتقای عملکرد جسمی، شناختی، احساسی و اجتماعی خود کمک نمایند.<sup>(۳۰)</sup> در این زمینه Boyd می نویسد آگاهی از راهکارهای کنترل استرس، می تواند به کاهش اثرات مخرب

وجود آمده که این مسئله بیانگر تأثیر آموزش کنترل استرس بر استرس درک شده، در گروه آزمون بوده و در گروه کنترل که از مداخله آموزشی ذکر شده بی‌بهره بوده اند همچنان وضعیت خلقی و استرس درک شده بدون تغییر مثبت باقیمانده است.

در این رابطه Hughes و همکاران در تحقیقی با هدف تعیین تأثیر مداخله کنترل استرس بر کاهش استرس و ارتقای سلامت جسمی روانی، دریافتند رفتارهایی در جهت کنترل تنش مانند یادگیری مهارت‌های تطبیقی با استرسورها، داشتن اهداف واقع بینانه در زندگی، روابط اجتماعی و تعامل مؤثر با دیگران، باعث کاهش استرس درک شده در افراد شده و استرس درک شده نیز به عنوان یک میانجی در جهت بهبود وضعیت خلقی و ارتقای سلامت روان عمل می کند. به دنبال این مداخله میزان استرس در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل کمتر بوده و استرس در گروه آزمون به طور سریع تری کاهش یافته است.<sup>(۳۰)</sup> که این مطلب می تواند در گروه آزمون در پژوهش حاضر و با پیش فرض مبنی بر میانجی بودن استرس درک شده جهت تأثیر مداخله آموزشی بر خلق نیز صدق کند.

بر این اساس Gaab و همکاران نیز مطرح می کنند که تکنیک کنترل استرس رفتاری، شناختی باعث کاهش پاسخ‌های استرسی نوروآندوکرینی به یک استرسور حاد در بدن می گردد.<sup>(۳۱)</sup> لازم به ذکر است که جهت کنترل استرس، یکی از حیطه‌های آموزشی در این تحقیق در خصوص ورزش و فعالیت فیزیکی بوده است و مزایای آن برای زنان در سنین باروری در رابطه با بهداشت روان و نیز کیفیت زندگی تأکید شده است. لذا، نتایج پژوهش حاضر با مطالعه Giacobbi و همکاران که تأکید می کنند، ورزش به عنوان یکی از راهکارهای کنترل تنش، باعث افزایش خلق مثبت و



**تقدیر و تشکر**

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران بوده که بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و دانشکده پرستاری مامایی، زنان مورد مطالعه و کارکنان محترم مراکز بهداشتی درمانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، به عمل می آید.

**فهرست منابع**

- 1- Robinson SA, Dowell M, Pedulla D, Mc Cauly L. Do the emotional side effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanism?. J Med Hypothes; 2004. 63(2): 268-273.
- 2- Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Translate by Ghazi Jahani B. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins; 2005. p. 661.
- 3- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams's obstetrics. 22nd ed. Translate by Ghazi Jahani B. New York: McGraw Hill; 2005. P. 1511-1512.
- 4- Oddens BJ. Women's satisfaction with birth control. J Contracept; 1999. 59 277-286.
- 5- Carson VB. Mental health nursing. 2nd ed. Philadelphia: Sanders; 2006 .P. 380-388, 697.
- 6- Oinonen KA, Mazmanian D. Effects of oral contraceptives on daily self ratings of positive and negative affect. J Psychosom Res; 2001. 27 (51): 647-658.
- 7- Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well being and their relationship to discontinuation. Contraception; 2001. 64(1): 51-58.
- 8- Asaduzzaman khan M. Factors associated with oral contraceptive discontinuation in rural Bangladesh. J Health Policy Plan; 2003. 18(1): 101-108.
- 9- Barry PD. Mental health – mental illness. 7th ed. Philadelphia: Lippincott; 2002. p. 158.

استرس و بیماری‌های مرتبط با آن کمک نمایند.<sup>(۱۱)</sup> افراد با داشتن آگاهی مناسب در زمینه راهکارهای کنترل استرس توانایی چالش با مشکلات را پیدا کرده و درک خود را از مسائل تغییر می دهند، مهارت‌های تسلط بر خویش (خود کنترلی) را بهبود بخشیده و در نهایت به کاهش واکنش‌های استرسی خود و عواقب مضر ناشی از آن کمک می نمایند. این فرآیند به‌طور مؤثر باعث ارتقای سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها می‌گردد.<sup>(۳۰)</sup> بنابراین به‌نظر می آید که استفاده از مداخلات آموزشی - مشاوره ای به عنوان یک روش کم هزینه و ساده مدیریت و کنترل استرس، که تأثیر مثبتی در ارتقای سلامت جسمی روانی و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی افراد دارد<sup>(۱۱)</sup>، از اهمیت بسزایی برخوردار است. ضمن این‌که، حتی افرادی که مستعد تغییرات خلقی هستند و یا سابقه ای از این اختلالات را ابراز می کنند بتوانند از قرص‌های پیشگیری از بارداری به عنوان یک روش مطمئن و کم خطر استفاده نمایند، که این نکته مستلزم انجام تحقیقات وسیع‌تر دیگر در تأیید آن می‌باشد.

با توجه به این‌که در پژوهش حاضر، به‌دلایل مختلف از جمله محدودیت‌های زمانی و...، تأثیر مداخله آموزشی راهکارهای کنترل استرس به صورت کوتاه مدت مورد ارزیابی قرار گرفته (سه ماه پس از مداخله)، لذا پیشنهاد می‌گردد یک آنالیز ثانویه درخصوص تأثیر مداخله آموزشی راهکارهای کنترل تنش در زنان مورد مطالعه در طولانی مدت (حدود دوازده ماه پس از انجام مداخله) نیز صورت گیرد تا مشخص گردد که تا چه حد این‌گونه مداخلات از پایداری بیشتر برخوردارند و سبب افزایش برخوردارگی از سبک زندگی سالم و در نتیجه کیفیت زندگی بهتر در زنان مورد هدف می‌گردند.

- 10- Ozgholi G, Nahidi F, Rahmanian M, Gholi SH. Assessing the rate of men's participation on family planning. 3rd ed National Congress on Reproductive Health, 8-10 June 2004. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2004. p. 26.
- 11- Kozier B. Fundamentals of Nursing. 7th ed. U.S.A: Prentice Hall; 2004.p. 1023.
- 12- Boyd MA. Psychiatric nursing. Philadelphia: Wolters kluwer company; 2005.p. 781-2.
- 13- Smith T. Family health.UK: The British Medical Association; 2000.p. 72.
- 14- Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. 4th ed. philadelphia: Saunders; 2002.p. 271-2.
- 15- Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM . Maternity & Women' s Health Care .8th ed. St louise: Mosby; 2004.p.232.
- 16- Bahry Narges & Delshad Ali. Assessing the role of the partners' knowledge about menopause on mental health in women. 3rd ed. National Congress on Reproductive Health, 8-10 June2004. Tehran: Iran University of Medical Sciences;2004. P. 37
- 17- Reyhani T, Ajam M. Comparisons of Knowledge and attitude of employed and unemployed women towards exercise and their roles on physical, mental and social health. 3rd ed. National Congress on Reproductive Health, 8-10 June2004. Tehran: Iran University of Medical Sciences;2004. p. 106.
- 18- Women's Health. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins; 2005.P. 2- 4.
- 19- Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development & validation of brief measures of positive & negative affect. Personal Soc Psychol;1988.54(6):1063-1070.
- 20- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global measure of Perceived Stress. J Health Soc Behav;1983.24(4):385-396.
- 21- Hughes RB, Robinson-Whelen S, Taylor HB, Hall JW. Stress self management: An intervention for women with physical disabilities. J Women Health Issue; 2006.16:389-399.
- 22- Gaab J, Blattler N, Menzi T, Pabst B, Stover S, Ehlert U. Randomized controlled evaluation of the effects of cognitive behavioral stress management on cortisol responses to acute stress in healthy subjects. J Psycho Neuroendocrino; 2003.28(6):767-79
- 23- Giacobbi PR, Hausenblas HA, Frye N. A naturalistic assessment of the relationship between personality, daily life events, leisure-time exercise, and mood. Psychol Sport Exercise; 2005.6:67-81.
- 24- Freeman LW, Lawlis GF. Complementary alternative medicine. St.Louis: Mosby; 2001. P. 442.
- 25- Lane AM, Jackson A, Terry PC. Preferred Modality Influences on exercise-induced Mood Changes. J Sport Sci Med; 2005. 4:195-200.
- 26- Hassmen P, Koivula N, Uutela A. Physical exercise and psychological wellbeing : A population study in England. J Prev Med; 2000.30:17-25.
- 27- Firoozy M. Investigating stressors in pregnancy among women attending to prenatal care clinics. Master thesis in Midwifery, Mashad University of Medical Sciences;1998. p.34.
- 28- Clander C, Blaard DT, Chandler C. Women's Health from neonatal to Menopause Period. Translated by Fallah Hassani K, Moghaddam M., Tehran: Shahrab; 2001. p. 15.
- 29- Lovallo WR, Farag NH, Vincent AS, Thomas TL, Wilson MF. Cortisol responses to mental stress, exercise, and meals following caffeine intake in men and women. Pharma Biochem Behav; 2006. 83(3):341-7.
- 30- Lombard CB. What is the role of food in preventing depression and improving mood, performance and cognitive function?. Med J Aust; 2000. 6(173):104-105.
- 31- Edelman CL, Mandle CL. Health promotion throughout the lifespan.6th ed. St. Louis: Mosby; 2006. p. 296-307.

## Effect of Stress Management Education on Mood and Perceived Stress among Oral Contraceptive Pill Users

L. Mohammadi-Yeganeh<sup>1</sup> MS \*F. Bastani<sup>2</sup> PhD Z. Feizi<sup>3</sup> MSc  
M. Agilar-Vafaie<sup>4</sup> PhD H. Haghani<sup>5</sup> MSc

### Abstract

**Background and Aim:** Mood changes and high perceived stress are considered as the controversial side effects of oral contraceptive pill (OCP) consumption. The belief that OCPs cause mood changes and depression could be a significant factor to discontinue OCP use in women, the event that inevitably leads to increase the rate of unwanted pregnancies with high costs on the families and society. Therefore, providing stress management educational programs could improve mood and perceived stress during OCP use, thereby, prevents discontinuation of OCPs. The aim of this study was to determine whether stress management education could influence mood and perceived stress in oral contraceptive users.

**Material and Method:** This randomized controlled trial was conducted on ninety two women who were suitable candidates to use OCPs. Mood state and perceived stress were measured by PANAS and PSS, before intervention (as pretest). Then, all of the subjects were randomly assigned into either experimental or control group. The experimental group (n=46) used OCP for three cycles with routine contraception counseling and concurrently exposed to one session of stress management education, and 3 times telephone counseling. The control group (n=46) received only routine contraception counseling during OCP use for three months. Mood and perceived stress were measured again after educational intervention.

**Results:** Significant reduction in negative mood and perceived stress and improvement in positive mood were found in the experimental group compared to the control group.

**Conclusion:** The findings suggest beneficial effects of stress management education and counseling during OCP use that could reduce the rate of discontinuation and subsequent unwanted pregnancies. In addition, the stress management intervention could be considered as a significant factor to improve women's health promoting behaviors and quality of life during OCP use.

**Key Words:** Oral contraceptive pill\_Mood\_Stress\_Stress management

**Submitted for Publication:** 7 Jul 2007

**Accepted for Publication:** 18 June 2008

---

<sup>1</sup> Senior Lecturer in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services.

<sup>2</sup> Assistant Professor in Public Health, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (\*Corresponding author) E-mail: faridehbastani@yahoo.com

<sup>3</sup> Senior Lecturer in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services.

<sup>4</sup> Associate Professor in Psychology, Tarbiat Modarres University.

<sup>5</sup> Senior Lecturer in Statistics, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences and Health Services.