

Autumn 2025, Volume 14, Issue 3

## Comparison of Correlation between Intolerance of Uncertainty, Anxiety Sensitivity, and Acceptance and Action with Blood Pressure in Pregnant Women with and without Hypertension in Zanjan City

Mahta Heydari<sup>1</sup>, Afsaneh Sobhi<sup>2\*</sup>

1- Master Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

**Corresponding author:** Afsaneh Sobhi, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

**Email:** psychsobhi@gmail.com

Received: 11 Nov 2024

Accepted: 11 March 2025

### Abstract

**Introduction:** Pregnancy-induced hypertension is one of the most common medical complications during pregnancy and a significant cause of maternal and fetal mortality worldwide. The purpose of this study is to determine the comparison of correlation between intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity and acceptance and action with blood pressure levels in pregnant women with and without hypertension in Zanjan city.

**Methods:** This research employed a descriptive-comparative design. The present study is descriptive-comparative. The statistical population included all pregnant women with and without hypertension in Zanjan in 2024. Using the Cochran's formula, the sample size was determined to be 314 (222 without hypertension and 92 with hypertension) and was selected using the convenience sampling method. Data collection instruments included demographic questionnaire, "Analog Sphygmomanometer", "Intolerance of Uncertainty Scale", "Anxiety Sensitivity Index" and "Acceptance and Action Questionnaire-II". The validity of the instruments was calculated by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed using SPSS. 27.

**Results:** There was no significant difference in the levels of intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity between pregnant women with and without hypertension ( $P > 0.05$ ). Acceptance and Action was significantly different between pregnant women with and without hypertension, with women without hypertension exhibiting higher levels ( $P \leq 0.05$ ). Intolerance of uncertainty and high blood pressure in pregnant women with and without hypertension were positively, directly and significantly correlated, positively, directly and significantly correlated with anxiety sensitivity, and negatively, indirectly and significantly correlated with acceptance and action ( $P \leq 0.05$ ).

Blood pressure levels in pregnant women with and without hypertension were predictable based on intolerance of uncertainty ( $\beta = 0.29$ ), anxiety sensitivity ( $\beta = 0.30$ ), and Acceptance and Action ( $\beta = -0.32$ ) ( $P \leq 0.05$ ).

**Conclusion:** Intolerance of ambiguity, anxiety sensitivity were positively and directly correlated with the level of hypertension, and acceptance and action were negatively and indirectly correlated with the level of hypertension. Acceptance and action were different between pregnant women with and without hypertension, and pregnant women without hypertension had higher acceptance and action. Therefore, it is recommended that workshops and conferences on maternal and fetal care and counseling services be implemented for mothers.

**Keywords:** Intolerance of Uncertainty, Anxiety Sensitivity, Acceptance and Action, Hypertension, Pregnant Women.

## مقایسه همبستگی عدم تحمل بلاتکلیفی، حساسیت اضطرابی و پذیرش و عمل با میزان فشار خون در زنان باردار با و بدون پر فشاری خون در شهر زنجان

مهتا حیدری<sup>۱</sup>، افسانه صبحی<sup>۲\*</sup>

۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.  
۲ - استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

نویسنده مسئول: افسانه صبحی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.  
ایمیل: psychsobhi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۲۰

### چکیده

**مقدمه:** اختلالات پرفشاری خون شایع‌ترین عوارض پزشکی زنان باردار و یکی از علل مهم عوارض مرگ مادر و جنین حین زایمان در سراسر جهان است. مطالعه حاضر باهدف تعیین مقایسه همبستگی عدم تحمل بلاتکلیفی، حساسیت اضطرابی و پذیرش و عمل با میزان فشارخون در زنان باردار با و بدون پر فشاری خون در شهر زنجان است.

**روش کار:** پژوهش حاضر توصیفی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمام زنان باردار با و بدون پر فشاری خون در شهر زنجان در سال ۱۴۰۳ بود. با استفاده از فرمول Cochran تعداد نمونه ۳۱۴ (۲۲۲ تن بدون پر فشاری خون و ۹۲ تن با پر فشاری خون) تعیین و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "دستگاه فشارسنج عقربه‌ای" (Analog Sphygmomanometer)، "مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی" (Intolerance of Uncertainty Scale)، "شاخص حساسیت اضطرابی" (Anxiety Sensitivity Index) و "پرسشنامه پذیرش و عمل-۲" (Acceptance and Action Questionnaire-II) بود. روایی ابزارها به پژوهش‌های پیشین اکتفا شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد. داده‌ها در نرم‌افزار اس پی اس نسخه ۲۷ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میزان عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی زنان باردار با و بدون پر فشاری خون تفاوت نداشت ( $P > 0/05$ ). پذیرش و عمل زنان باردار با و بدون پرفشاری خون تفاوت داشت و زنان باردار بدون پر فشاری خون پذیرش و عمل بالاتری داشتند ( $P < 0/05$ ). عدم تحمل بلاتکلیفی و میزان پرفشاری خون در زنان باردار با و بدون پر فشاری خون همبستگی مثبت، مستقیم و معنادار، با حساسیت اضطرابی همبستگی مثبت، مستقیم و معنادار و با پذیرش و عمل همبستگی منفی، غیرمستقیم و معنادار بود ( $P < 0/05$ ).

میزان پر فشاری خون در زنان باردار با و بدون پرفشاری خون بر اساس عدم تحمل بلاتکلیفی ( $\beta = +0/29$ )، حساسیت اضطرابی ( $\beta = +0/30$ ) و پذیرش و عمل ( $\beta = -0/32$ )، قابل پیش‌بینی بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** عدم تحمل بلاتکلیفی، حساسیت اضطرابی با میزان پرفشاری خون همبستگی مثبت، مستقیم و پذیرش و عمل با میزان پرفشاری خون همبستگی منفی و غیرمستقیم داشت. پذیرش و عمل زنان باردار با و بدون پرفشاری خون تفاوت داشت و زنان باردار بدون پر فشاری خون، پذیرش و عمل بالاتری داشتند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌ها و همایش‌های مراقبت از مادر و جنین و خدمات مشاوره برای مادران اجرا شود.

**کلیدواژه‌ها:** عدم تحمل بلاتکلیفی، حساسیت اضطرابی، پذیرش و عمل، پرفشاری خون، زنان باردار.

فشارخون (blood pressure) نیرویی است که از طرف خون به دیواره شریان‌ها وارد می‌شود. فشارخون بالا یا پرفشاری خون (hypertension) یک بیماری مزمن است که در آن فشارخون در شریان‌ها بالا می‌رود. به دنبال این افزایش فشار، قلب باید برای حفظ گردش خون در رگ‌های خونی شدیدتر از حالت طبیعی فعالیت کند (۱). در دوران بارداری، تغییرات زیست - شیمیایی، فیزیولوژیک و آناتومیک زیادی در بدن زنان رخ می‌دهد. این تغییرات فراتر از کنترل آن‌ها است و آن‌ها را، از لحاظ جسمی و روانی آسیب‌پذیر می‌کند (۲). اختلالات پرفشاری خون شایع‌ترین عوارض پزشکی بارداری هستند و یکی از علل مهم عوارض و مرگ مادر در حین زایمان در سراسر جهان هستند (۳). اگرچه بارداری یک پدیده طبیعی است، اما فیزیولوژیک و تغییرات روانی که در این دوره اتفاق می‌افتد در مقایسه با زمان‌های دیگر شدیدتر است و عوامل ایجاد اضطراب و تنش در دوران بارداری بیشتر است. از هر ۵ زن، یک زن در دوران بارداری مشکل سلامت روانی را تجربه می‌کند (۴).

اضطراب در دوران بارداری بین ۱۵ تا ۲۳ درصد از زنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد که با افزایش خطر در پیامدهای منفی مادر و کودک می‌باشد (۵). اضطراب مربوط به بارداری اضطرابی است که با ترس‌ها و نگرانی‌های خاص بارداری مشخص می‌شود، در واقع ممکن است نوع خاصی از پاسخ اضطراب را در زنان نشان دهد (۶). زنانی که افسردگی یا اضطراب را در دوران بارداری تجربه می‌کنند، در مقایسه با هم‌تایان غیرافسرده یا غیرمضطرب خود، شیوع بیشتری از پرفشاری خون دارند (۶). براساس «نظریه شناختی» (Cognitive Theory) مفهوم‌سازی حساسیت اضطرابی نشان می‌دهد که ارزیابی‌های شناختی منفی به‌عنوان عامل خطر در ایجاد و تداوم اضطراب تاثیر دارد. حساسیت اضطرابی به ترس از احساسات مرتبط با اضطراب اشاره دارد که تصور می‌شود از این باورها ناشی می‌شود که این علائم پیامدهای جسمی مانند افزایش ضربان قلب و تنگی نفس، روانی و یا اجتماعی مضری دارند (۷).

یکی دیگر از متغیرهایی که در فشارخون موثر است عدم تحمل بلاتکلیفی می‌باشد. بلاتکلیفی یک موقعیت با پیش‌بینی ناپذیری، پیچیدگی و حل نشدن آن تعیین می‌شود (۹). عدم تحمل بلاتکلیفی، افزایش فشارخون سیستمولیک و دیاستولیک را پیش‌بینی می‌کند (۱۰).

Bohr & Dugas (۱۱) عدم تحمل بلاتکلیفی را به‌عنوان یک ویژگی گرایشی که منعکس‌کننده تمایل به واکنش منفی در سطح احساسی، شناختی و رفتاری به موقعیت‌های نامطمئن، تعریف می‌شود. عدم تحمل بلاتکلیفی بالا ممکن است احساس ناامنی عمومی را تداوم بخشد و باعث افزایش بی‌نظمی فیزیولوژیکی مزمن شود و به مرور زمان سلامت روانی و جسمی را مختل می‌کند (۱۲). نتایج پژوهش Çankaya & İbrahimoglu (۱۳) نشان داد که تنش، اضطراب و بلاتکلیفی زنان باردار با تهدید به سقط‌جنین نسبت به گروه کنترل به طور قابل توجهی بیشتر بوده و بهزیستی روانشناختی آن‌ها نامطلوب می‌باشد. بعلاوه، نتایج پژوهش Treleven (۱۴) نشان داد عدم قطعیت به طور منحصر به فرد اضطراب مربوط به بارداری را پیش‌بینی می‌کند. بین سلامتی و شخصیت رابطه وجود دارد و افراد مبتلا به پرفشاری خون در روابط خود با دیگران، روان‌رنجوری، حساسیت بین فردی، نگرانی، تنش و بازداری‌های اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۵، ۱۶).

از دیگر متغیرهای مورد بررسی پژوهش حاضر در رابطه با پرفشاری خون، پذیرش و عمل است. یافته‌های پژوهشی نشان داد افرادی که پذیرش و عمل بیشتری دارند، می‌توانند در مواجهه با تنش از توجهات جایگزین استفاده کرده و به‌صورت مثبت چارچوب فکری خود را تغییر دهند و افرادی که پذیرش و عمل کمتر دارند، انعطاف ناپذیرند و پذیرش و عمل بیشتری دارند (۱۷). برخی افراد با اجتناب کردن از تجارب هیجانی منفی خود سعی می‌کنند اضطراب خود را کاهش دهند (۱۸). پذیرش و عمل عبارت است از عدم تمایل به تجربه رویدادهای خصوصی دردناک و شدید مانند افکار، احساسات و خاطرات ناخواسته همراه با تلاش برای کنترل، سرکوب و مهار شکل و فراوانی این رویدادهای خصوصی و زمینه‌هایی که توسط این موقعیت‌ها ایجاد شده است (۱۹). افزایش پذیرش و عمل، میزان علائم اضطراب و افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد (۲۰). Márquez-González و همکاران (۲۱) در مطالعه‌ای دریافتند رفتارهای اجتنابی و عدم تحمل منفی‌گرایی با فشارخون سیستمولیک و دیاستولیک همبستگی دارند. Ugwu و همکاران (۲۲) در مطالعه‌ای دریافتند پذیرش تجربیات روزانه ممکن است پیامدهای نامطلوب سلامت روان بالقوه را حفظ کند و ممکن است سبب بهبود پریشانی روانی در بیماران مبتلا به شرایط سلامت مزمن مانند فشارخون بالا باشد. مداخلات

روانشناختی که با پذیرش و عمل سروکار دارند می‌توانند در مدیریت بیماران با پر فشاری خون مورد استفاده قرار گیرند. پژوهش Friedman و همکاران (۲۳) نشان می‌دهد که ویژگی‌های رفتاری متمایز با مستعد بودن به فشارخون بالا همبستگی دارند.

مروری بر پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد اندازه‌گیری فشار شریانی یکی از اساسی‌ترین عناصر مدیریت بیمار است (۲۴). همچنین اهمیت متغیرهای روانشناختی همچون حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلاتکلیفی و پذیرش و عمل در کنترل پرفشاری خون می‌تواند زمینه برنامه‌ریزی و شناخت مداخلات لازم را فراهم آورد. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین مقایسه همبستگی عدم تحمل بلاتکلیفی، حساسیت اضطرابی و پذیرش و عمل با میزان فشارخون در زنان باردار با و بدون پر فشاری خون در شهر زنجان انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر توصیفی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمام زنان باردار با و بدون پر فشاری خون در شهر زنجان در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه مطالعه حاضر شامل مراجعین مطب متخصص زنان و زایمان در شهر زنجان در سال ۱۴۰۳ بود. با استفاده از فرمول Cochran (۲۵) تعداد نمونه ۳۱۴ شامل ۲۲۲ زنان باردار بدون پر فشاری خون و ۹۲ زنان باردار با پر فشاری خون به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

بررسی فشارخون توسط یک کارشناس پرستاری با سابقه و با استفاده از دستگاه فشارسنج مدل عقربه‌ای مدل BP AG1-20 ساخت سوییس انجام شد. دستگاه فشارسنج مدل عقربه‌ای توسط شرکت KMT کالیبره شده و از نظر دقت اندازه‌گیری کاملاً مورد تأیید بود.

اندازه‌گیری فشارخون در یک شرایط آرام و بدون تنش در یکی از اتاق‌های مطب انجام شد و به‌منظور اطمینان از عدم فعالیت فرد از آزمودنی خواسته شد قبل از اندازه‌گیری فشارخون به مدت ۱۰ دقیقه به حالت آرام در صندلی بنشیند تا فشارخون در حالت استاندارد اندازه‌گیری شود. فردی بعنوان مبتلا به پرفشاری خون در نظر گرفته شد که در ۲ نوبت فشار خون سیستولیک برابر یا بالای ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشار خون دیاستولی برابر یا بالای ۹۰ میلی‌متر جیوه بود (۲۶). ۲۲۲ تن از زنان باردار بدون پرفشاری خون و ۹۲ تن با پرفشاری

خون بودند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل زنان باردار در گروه سنی ۱۵-۴۵ سال، تمایل به شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به بیماری جسمی مزمن جز پرفشاری خون بنابر اظهار مادران و اطلاعات پرونده در زمان مطالعه، وضعیت بارداری از ۴ هفته تا بالای ۲۹ هفته، وضعیت تحصیلی از زیر دیپلم تا دکترا و عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی بود. معیارهای خروج شامل عدم تمایل آزمودنی به ادامه پژوهش و عدم تکمیل بیش از ۳۵ درصد از کل ۵۳ عبارت در مجموع ابزارها بود. داده‌ها با پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل مادران باردار با و بدون پرفشاری خون، سن مادر، تحصیلات مادر، مدت‌زمان بارداری و جنسیت جنین و ابزارهای زیر جمع‌آوری شد.

«مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی» (Intolerance of Uncertainty Scale) توسط Freeston و همکاران در سال ۱۹۹۴ (محل آن مشخص نشده) ساخته شده است. ابزار شامل ۲۷ عبارت و ۴ زیر مقیاس شامل ناتوانی برای انجام عمل (inability to take action) ۹ عبارت (شامل ۱، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۲، ۲۵)، ماهیت تنش زای بلاتکلیفی (stressful nature of uncertainty) ۹ عبارت (شامل ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۷، ۲۴، ۲۶) منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آن‌ها (negativity of unexpected events and avoidance of such events) ۵ عبارت (شامل ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۹، ۲۱) و بلاتکلیفی در مورد آینده (uncertainty about the future) ۴ عبارت (شامل ۱۶، ۱۸، ۲۳، ۲۷) سنجیده می‌شود (۲۷).

روش نمره‌گذاری این ابزار روی طیف ۵ درجه ای لیکرت از دامنه ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. که به گزینه‌های هرگز ۱، بندرت ۲، گاهی اوقات ۳، اغلب اوقات ۴ و همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد. حداقل نمره ۲۷ و حداکثر ۱۳۵ خواهد بود. چنانچه نمره بین ۲۷ تا ۵۴ باشد، میزان عدم تحمل بلاتکلیفی در فرد در حد پایین، نمره ۵۵ تا ۸۱ میزان عدم تحمل بلاتکلیفی در حد متوسط و چنانچه نمره ۸۱ به بالا باشد، میزان عدم تحمل بلاتکلیفی در حد بالا می‌باشد (۲۸).

در پژوهش Ladouceur و همکاران (۲۹) روایی سازه به روش روایی افتراقی «مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی» با «اختلال اضطراب فراگیر» (Generalized Anxiety Disorder) روی ۱۰۶ تن که شامل ۸۶ بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی و ۲۰ تن گروه کنترل، بررسی و تأیید شد (عدد ذکر نشده

آلفا کرونیباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۹۰ گزارش شده‌است. Reiss و همکاران (۷) روایی «شاخص حساسیت اضطرابی» را بررسی نکردند. ثبات به روش باز آزمون به فاصله زمانی ۲ هفته روی دانشجویان (تعداد و مشخصات ذکر نشده) بررسی و ۰/۷۵ گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونیباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ حاصل شده است. در مطالعه بخشنده سجاد و همکاران (۳۵) روایی «شاخص حساسیت اضطرابی» گزارش نشده‌است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونیباخ روی ۲۲۰ دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان تربت‌حیدریه بررسی و ۰/۹۱ به‌دست آمده است. مرادی‌منش و همکاران (۳۶) روایی ملاکی به روش روایی همزمان «شاخص حساسیت اضطرابی» با «فهرست علائم-۹۰» (Symptom Check List - 90) روی ۶۸۵ دانشجوی دانشگاه شیراز بررسی و ۰/۵۶ حاصل شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونیباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۹۳ حاصل شد.

«پرسشنامه پذیرش و عمل-۲» (Acceptance and Action Questionnaire-II) توسط Bond و همکاران در لندن در سال ۲۰۱۱ با ۱۰ عبارت و ۲ مؤلفه طراحی شد. مؤلفه‌ها شامل مؤلفه اجتناب از تجارب هیجانی (avoiding emotional experiences) با عبارت‌های ۱ تا ۷ و مؤلفه کنترل روی زندگی (control over life) با عبارت‌های ۸ تا ۱۰ سنجیده می‌شود (۳۷). روش نمره‌گذاری این ابزار بر روی طیف ۷ گزینه‌ای لیکرت از هرگز درست نیست ۱، خیلی بندرت درست است ۲، بندرت درست است ۳، گاهی اوقات درست است ۴، اغلب اوقات درست است ۵، تقریباً همیشه درست است ۶ و همیشه درست است ۷ نمره می‌باشد. عبارت‌های ۱۶ و ۱۰ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره ۱۰ و حداکثر نمره آن ۷۰ می‌باشد. نمره بین ۱۰ تا ۳۰ بیانگر پذیرش و عمل پایین و انعطاف‌پذیری روانشناختی بالا، نمره بین ۳۱ تا ۵۰ بیانگر پذیرش و عمل و انعطاف‌پذیری روانشناختی متوسط و نمره بین ۵۱ تا ۷۰ بیانگر پذیرش و عمل در سطح بالا و انعطاف‌پذیری روانشناختی پایین می‌باشد (۳۷).

Bond و همکاران (۳۸) روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه پذیرش و عمل-۲» با «پرسشنامه پذیرش و عمل-۱» (Acceptance and Action Questionnaire-I)

است). پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونیباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۹۱ گزارش شد. پژوهش Bohr & Dagas (۳۰) روایی ملاکی به روش روایی همزمان «مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی» با «پرسشنامه نگرانی» (Worry Questionnaire) روی ۱۳۹ تن که ۷۴ زن و ۶۵ مرد بررسی و ۰/۶۰ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونیباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۹۴ گزارش شد.

در ایران در پژوهش اسدی مجره و همکاران (۳۱) روایی «مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی» گزارش نشده‌است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونیباخ روی ۱۵۲ تن دانشجوی کارشناسی دانشگاه پیام‌نور تالش بررسی و ۰/۶۹ گزارش شده است. در پژوهش ابراهیم زاده و همکاران (۳۲) روایی «مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی» گزارش نشده‌است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونیباخ روی ۳۰۶ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان بررسی و ۰/۸۳ گزارش شد.

«شاخص حساسیت اضطرابی» (Anxiety Sensitivity Index) توسط Floyd و همکاران در آمریکا در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است. ابزار شامل ۱۶ عبارت و ۳ مؤلفه ترس از نگرانی‌های بدنی (fear of body concerns) ۸ عبارت (شامل ۸، ۱۱، ۳، ۱۴، ۴، ۹، ۱۰، ۶)؛ ترس از نداشتن کنترل شناختی (fear of not having cognitive control) ۴ عبارت (شامل ۱۶، ۱۲، ۱۵، ۲) و ترس از مضطرب دیده شدن (fear of appearing anxious) ۴ عبارت (شامل ۷، ۱۳، ۵، ۱) سنجیده می‌شود (۳۲). روش نمره‌گذاری این ابزار روی طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. که به‌گزینه خیلی کم ۱، کم ۲، متوسط ۳، زیاد ۴ و خیلی زیاد ۵ نمره تعلق می‌گیرد. حداقل نمره ۱۶ و حداکثر ۸۰ خواهد بود. نمره بین ۱۶ تا ۲۶ میزان حساسیت اضطرابی در حد پایینی می‌باشد. نمره بین ۲۷ تا ۳۳: میزان حساسیت اضطرابی در حد متوسط و نمره بالاتر از ۳۳: میزان حساسیت اضطرابی در حد بالایی می‌باشد (۳۳).

Keough و همکاران (۳۴) روایی سازه به روش روایی افتراقی «شاخص حساسیت اضطرابی» را با «مقیاس تحمل ناراحتی» (Distress Tolerance Scale) روی ۴۱۸ تن از دانشجویان یک دانشگاه دولتی ایالات متحده بررسی و ۰/۴۷ - گزارش شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب

روی ۲۸۱۶ شرکت کننده در انگلیس (گروه شرکت کننده‌ها مشخص نشده است)، بررسی و ۰/۹۷ حاصل شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۸۴ به دست آمده است. Álvaro Menéndez و همکاران (۳۹) روایی سازه به روش افتراقی «پرسشنامه پذیرش و عمل-۲» با «سیاه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) روی ۹۶۴ تن در اسپانیا (گروه شرکت کننده‌ها مشخص نشده است) بررسی قرار و به ترتیب ۰/۵۹- گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۹۳ گزارش کردند.

در ایران پژوهش عباسی و همکاران (۴۰) روایی سازه به روش روایی افتراقی «پرسشنامه پذیرش و عمل-۲» با «سیاه اضطراب بک» (Beck Depression Inventory)، روی ۱۹۵ تن از دانشجویان دانشگاه تهران و علوم پزشکی تهران بررسی و ۰/۲۵- گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۸۴ به دست آمده است. ایمانی و همکاران (۴۱) روایی سازه به روش روایی همگرای «پرسشنامه پذیرش و عمل-۲» با «مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش» (Depression, Anxiety and Stress Scale) روی ۳۵۴ تن از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران بررسی و به ترتیب ۰/۵۷، ۰/۵۵ و ۰/۵۱ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۸۶ گزارش شد.

در پژوهش حاضر روایی ابزارها به پژوهش‌های پیشین اکتفا شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های پژوهش یعنی ۳۱۴ تن از زنان بارداری با و بدون پرفشاری خون در شهر زنجان بررسی و برای «مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی» ۰/۹۰، «شاخص حساسیت اضطرابی» ۰/۸۴ و «پرسشنامه پذیرش و عمل-۲» ۰/۶۹ حاصل شد.

جهت اجرای پژوهش، گواهی ایرانداک، سیویلیکا گرفته و کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی زنجان دریافت شد. سپس معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان دریافت شد.

تعداد نمونه توسط فرمول Cochran تعیین شد (۲۵). پژوهشگر اول مقاله حاضر، مطب متخصص زنان و زایمان در شهر زنجان حضور پیدا کرد و پس از انتخاب نمونه‌ها

به روش در دسترس، توضیحات لازم به مادران داده شده و از آن‌ها خواسته شد به عبارت‌های ابزارها پاسخ دهند زمان حدودی پاسخ گویی به ابزارها ۲۰ دقیقه بود و سوالات مادران با توضیحات پژوهشگر اول مقاله حاضر در مطب رفع می‌شد. این پژوهش در طول مدت ۲۶ روز با صرف روزانه ۵ ساعت تکمیل شد.

در طول فرایند پژوهش به ملاحظات اخلاقی همچون اخذ مجوز لازم از مراجع ذیصلاح، رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات آزمودنی، حق انصراف آزمون دهندگان در هر مرحله از پژوهش و همچنین اخذ شناسه اخلاق از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان رعایت شد.

داده‌های به دست آمده در ۲ سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی، دامنه تغییرات، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و در آمار استنباطی از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف (kolmogorov-smirnov test)، آزمون نموداری p-p، آزمون مانوا (manova test)، ضریب همبستگی پیرسون (pearson correlation) و رگرسیون خطی (linear regression) استفاده شده است. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۷ تحلیل شد.

## یافته‌ها

در پژوهش حاضر گروه‌های مورد بررسی؛ تعداد ۲۲۲ تن (۷۰/۷ درصد) از نمونه بدون پرفشاری خون و تعداد ۹۲ تن (۲۹/۳ درصد) با پرفشاری خون می‌باشند. سن ۳۲ تن (۱۰/۲ درصد) از نمونه مورد مطالعه بالای ۳۶ سال، کمترین و تعداد ۱۲۱ تن (۳۸/۵ درصد) از نمونه نیز در گروه سنی ۲۸ تا ۳۵ سال، بیشترین فراوانی گروه نمونه را تشکیل داده‌اند. در رابطه با تحصیلات؛ ۱۱۴ تن (۳۶/۳ درصد) زیردیپلم، ۱۳۴ تن (۴۲/۷ درصد) دیپلم، ۶ تن (۱/۹ درصد) کاردانی و ۶۰ تن (۱۹/۱ درصد) کارشناسی را تشکیل داده‌اند. در رابطه با شغل؛ تعداد ۲۶ تن (۸/۳ درصد) از نمونه مورد مطالعه شاغل یعنی کمترین و ۲۸۸ تن (۹۱/۷ درصد) از نمونه نیز خانه دار بیشترین فراوانی گروه نمونه را تشکیل داده‌اند. مدت بارداری؛ تعداد ۶۱ تن (۱۹/۴ درصد) از نمونه مورد مطالعه با مدت ۱۳ تا ۲۰ هفتگی، کمترین و تعداد ۱۰۰ تن (۳۱/۸ درصد) از نمونه نیز با مدت زیر ۱۲ هفتگی، بیشترین فراوانی گروه نمونه را تشکیل داده‌اند. در رابطه با جنسیت

بیشترین فراوانی گروه نمونه را تشکیل داده‌اند. میانگین اندازه‌گیری شده در متغیرهای اصلی در گروه‌های مورد مطالعه به‌صورت جدول ۱ گزارش شده است.

جنین؛ تعداد ۹۶ تن (۳۰/۶ درصد) از نمونه مورد مطالعه با جنسیت نامعلوم، تعداد ۱۰۶ تن (۳۳/۸ درصد) از نمونه دختر و تعداد ۱۱۲ تن (۳۵/۷ درصد) از نمونه نیز پسر بوده، که

جدول ۱: داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

| متغیرها                    | گروه‌ها                                         | مؤلفه‌ها/زیر مقیاس‌ها                           | میانگین | انحراف معیار |
|----------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------|--------------|
| فشارخون                    | زنان باردار بدون پرفشاری خون                    | -                                               | ۱۰/۲۹   | ۰/۸۸         |
|                            | زنان باردار با پرفشاری خون                      | -                                               | ۱۵/۵۵   | ۱/۹۷         |
| پذیرش و عمل                | زنان باردار بدون پرفشاری خون                    | اجتناب از تجارب هیجانی                          | ۲۰/۷۳   | ۵/۴۲         |
|                            |                                                 | کنترل روی زندگی                                 | ۹/۲۲    | ۳/۶۷         |
|                            |                                                 | متغیر پذیرش و عمل                               | ۳۱/۹۶   | ۷/۶۱         |
|                            | زنان باردار با پرفشاری خون                      | اجتناب از تجارب هیجانی                          | ۱۹/۴۳   | ۶/۳۲         |
|                            |                                                 | کنترل روی زندگی                                 | ۱۳/۸    | ۳/۴۷         |
|                            |                                                 | متغیر پذیرش و عمل                               | ۲۷/۵۶   | ۸/۲۷         |
| حساسیت اضطرابی             | زنان باردار بدون پرفشاری خون                    | ترس از نگرانی‌های بدنی                          | ۱۵/۹۰   | ۵/۱۷         |
|                            |                                                 | ترس از نداشتن کنترل                             | ۶/۹۸    | ۲/۷۵         |
|                            |                                                 | ترس از مشاهده اضطراب                            | ۱۰/۳۳   | ۳/۰۲         |
|                            | زنان باردار با پرفشاری خون                      | متغیر حساسیت اضطرابی                            | ۳۲/۵۰   | ۹/۹۴         |
|                            |                                                 | ترس از نگرانی‌های بدنی                          | ۱۵/۳۴   | ۴/۰۲         |
|                            |                                                 | ترس از نداشتن کنترل                             | ۷/۳۶    | ۲/۶۷         |
| عدم تحمل بلاتکلیفی         | زنان باردار بدون پرفشاری خون                    | ترس از مشاهده اضطراب                            | ۱۰/۴۶   | ۲/۸۱         |
|                            |                                                 | متغیر حساسیت اضطرابی                            | ۳۷/۱۸   | ۷/۹۱         |
|                            |                                                 | ناتوانی برای انجام عمل                          | ۲۰/۶۴   | ۶/۷۵         |
|                            | زنان باردار بدون پرفشاری خون                    | ماهیت تنش‌زای بلاتکلیفی                         | ۲۱/۴۹   | ۶/۵۵         |
|                            |                                                 | منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آن‌ها | ۱۱/۷۳   | ۳/۳۸         |
|                            |                                                 | بلاتکلیفی در مورد آینده                         | ۹/۴۰    | ۳/۰۸         |
| زنان باردار با پرفشاری خون | متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی                        | ۶۱/۱۳                                           | ۱۶/۹۵   |              |
|                            | ناتوانی برای انجام عمل                          | ۲۱/۰۲                                           | ۶/۷۰    |              |
|                            | ماهیت تنش‌زای بلاتکلیفی                         | ۲۲/۰۶                                           | ۶/۱۰    |              |
|                            | منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آن‌ها | ۱۱/۴۴                                           | ۳/۷۳    |              |
|                            | بلاتکلیفی در مورد آینده                         | ۹/۰۵                                            | ۳/۳۳    |              |
|                            | متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی                        | ۶۶/۰۵                                           | ۱۶/۷۱   |              |

میانگین اندازه‌گیری شده برای متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی در نمونه بدون پر فشاری خون میانگین اندازه‌گیری شده برای این متغیر با انحراف معیار ۱۶/۹۵ به میزان ۶۱/۱۳ می‌باشد همچنین در نمونه با پر فشاری خون میانگین اندازه‌گیری شده برای این متغیر با انحراف معیار ۱۶/۷۱ به میزان ۶۶/۰۵ می‌باشد.

جدول ۲ نتایج آزمون مانوا برای مقایسه میزان عدم تحمل بلاتکلیفی، حساسیت اضطرابی، پذیرش و عمل بین زنان باردار با و بدون پرفشاری خون نشان می‌دهد.

میانگین اندازه‌گیری شده برای متغیر پذیرش و عمل در نمونه بدون پر فشاری خون با انحراف معیار ۷/۶۱ به میزان ۳۱/۹۶ می‌باشد همچنین در نمونه با پر فشاری خون میانگین اندازه‌گیری شده برای این متغیر با انحراف معیار ۸/۲۷ به میزان ۲۷/۵۶ می‌باشد.

میانگین اندازه‌گیری شده برای متغیر حساسیت اضطرابی در نمونه بدون پر فشاری خون این متغیر با انحراف معیار ۹/۹۴ به میزان ۳۲/۵۰ می‌باشد همچنین در نمونه با پر فشاری خون میانگین اندازه‌گیری شده برای این متغیر با انحراف معیار ۷/۹۱ به میزان ۳۷/۱۸ می‌باشد.

جدول ۲: داده‌های آزمون مانوا برای مقایسه متغیرها

| مؤلفه‌ها                                        | درجه آزادی | میانگین مربعات | F مقدار | معناداری | مجذور اتا |
|-------------------------------------------------|------------|----------------|---------|----------|-----------|
| عدم تحمل بلاتکلیفی                              |            |                |         |          |           |
| ناتوانی برای انجام عمل                          | ۱          | ۹/۰۵۴          | ۰/۱۹۹   | ۰/۶۵۶    | ۰/۱۲۵     |
| ماهیت تنش‌زای بلاتکلیفی                         | ۱          | ۲۱/۱۴۸         | ۰/۵۱۹   | ۰/۴۷۲    | ۰/۲۳۲     |
| منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آن‌ها | ۱          | ۵/۴۱۷          | ۰/۴۴۵   | ۰/۵۰۵    | ۰/۳۲۱     |
| بلاتکلیفی در مورد آینده                         | ۱          | ۸/۰۱۶          | ۰/۸۰۲   | ۰/۳۷۱    | ۰/۳۲۲     |
| حساسیت اضطرابی                                  |            |                |         |          |           |
| ترس از نگرانی‌های بدنی                          | ۱          | ۱۹/۸۹۷         | ۰/۸۴۱   | ۰/۳۶۰    | ۰/۳۲۳     |
| ترس از نداشتن کنترل شناختی                      | ۱          | ۹/۷۷۱          | ۱/۳۱۲   | ۰/۲۵۳    | ۰/۱۳۲     |
| ترس از مشاهده‌شدن اضطراب                        | ۱          | ۱/۱۶۹          | ۰/۱۳۳   | ۰/۷۱۶    | ۰/۲۱۳     |
| پذیرش و عمل                                     |            |                |         |          |           |
| اجتناب از تجارب هیجانی                          | ۱          | ۱۱/۸۲۳         | ۰/۸۲۱   | ۰/۰۰۳    | ۰/۶۲۳     |
| کنترل روی زندگی                                 | ۱          | ۹/۰۲۱          | ۱/۳۳    | ۰/۰۰۴    | ۰/۶۳۱     |

جدول ۲ نشان می‌دهد که آزمون مانوا برای زیرمقیاس‌های متغیر تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی در سطح زیر ۰/۰۵ معنا دار نیست ولی برای پذیرش و عمل در سطح زیر ۰/۰۵ معنادار است. لذا می‌توان گفت بین گروه‌های مورد بررسی (زنان باردار با و بدون پرفشاری خون) از نظر زیرمقیاس‌های متغیر پذیرش و عمل تفاوت معنادار وجود دارد و از طرفی، چنین استنباط می‌شود که در هر ۲ گروه

زنان باردار با و بدون پرفشاری خون در مؤلفه مربوط به متغیر پذیرش و عمل، زنان باردار بدون پرفشاری خون به طور معناداری از زنان باردار با پرفشاری خون بالاترند. جدول ۳ آزمون پیرسون برای بررسی همبستگی بین عدم تحمل بلاتکلیفی، حساسیت اضطرابی، پذیرش و عمل با میزان فشارخون در زنان باردار با و بدون پرفشاری خون را نشان می‌دهد.

جدول ۳: داده‌های آزمون پیرسون برای بررسی متغیرها

| متغیرها            | شاخص‌های پیرسون | فشارخون | زنان باردار با پرفشاری خون | زنان باردار بدون پرفشاری خون |
|--------------------|-----------------|---------|----------------------------|------------------------------|
| عدم تحمل بلاتکلیفی | ضریب همبستگی    | ۰/۲۹۷   | ۰/۰۹۳                      | -۰/۰۹۳                       |
|                    | سطح معناداری    | ۰/۰۰۱   | ۰/۳۷۷                      | ۰/۳۷۷                        |
|                    | تعداد           | ۹۲      | ۲۲۲                        | ۲۲۲                          |
| حساسیت اضطرابی     | ضریب همبستگی    | ۰/۳۰۶   | ۰/۱۱۳                      | -۰/۱۱۳                       |
|                    | سطح معناداری    | ۰/۰۰۱   | ۰/۲۸۲                      | ۰/۲۸۲                        |
|                    | تعداد           | ۹۲      | ۲۲۲                        | ۲۲۲                          |
| پذیرش و عمل        | ضریب همبستگی    | ۰/۳۲۸   | ۰/۰۹۳                      | -۰/۰۹۳                       |
|                    | سطح معناداری    | ۰/۰۰۱   | ۰/۳۷۷                      | ۰/۳۷۷                        |
|                    | تعداد           | ۹۲      | ۲۲۲                        | ۲۲۲                          |

جدول ۳ نشان می‌دهند که در هر ۳ متغیر، همبستگی در زنان باردار با پرفشاری خون در سطح ۰/۰۵ معنادار و تأیید ولی در زنان باردار بدون پرفشاری خون تأیید نشد. همبستگی بین عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی همبستگی مستقیم دارند. همبستگی بین پذیرش و عمل

با فشارخون به صورت همبستگی مثبت، مستقیم و معنادار است. در نتیجه؛ چنین استنباط می‌گردد که؛ افزایش عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی با فشارخون همبستگی مستقیم دارند. همبستگی بین پذیرش و عمل

فشارخون کاهش می‌یابد، اما در زنان باردار با فشارخون، این همبستگی معنادار نمی‌باشد. داده‌های جدول ۴ خلاصه مدل رگرسیون نشان می‌دهد.

با فشارخون به‌صورت منفی، غیرمستقیم معنادار است. در نتیجه؛ چنین استنباط می‌گردد که در زنان باردار بدون پرفشاری خون، با افزایش میزان پذیرش و عمل، میزان

جدول ۴: جدول برآوردهای رگرسیون در زنان باردار با پرفشاری خون

| مقدار R              | مجذور R    | مجذور R تعدیل یافته | میزان خطا      | آماره دوربین واتسون |
|----------------------|------------|---------------------|----------------|---------------------|
| ۰/۵۲۱                | ۰/۲۷۱      | ۰/۲۷۰               | ۲/۶۹           | ۲/۱۷                |
| متغیرها و مقدار ثابت |            | ضریب غیر استاندارد  | ضریب استاندارد | سطح معناداری        |
| مقدار B              | خطای معیار | بتا                 | مقدار t        |                     |
| ۱۰/۰۱                | ۱/۲۸۲      | -                   | ۲۰/۲۲          | ۰/۰۰۱               |
| -۳/۵۵                | ۲/۱۱       | ۰/۳۳۸               | ۴/۰۳           | ۰/۰۰۱               |
| ۱۷/۹۱                | ۴/۶۳       | ۰/۳۰۶               | ۳/۸۷           | ۰/۰۰۱               |
| ۲/۰۵                 | ۳/۱۴       | ۰/۲۹۷               | ۴/۱۹           | ۰/۰۰۱               |

منفی، غیرمستقیم معنادار ولی متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی به‌صورت همبستگی مثبت و مستقیم و معنادار بوده است. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات Degirmenci و همکاران (۴۲)، Fiskin (۴۳)، Shay و همکاران (۴۴) همسو می‌باشد. در بررسی پیشینه مرتبط با پژوهش حاضر، پژوهش ناهمسویی یافت نشد. درواقع نتایج پژوهش حاضر با سایر مطالعات همسو نشان داده‌است که تنش مزمن ناشی از عوامل روانشناختی مانند عدم تحمل بلاتکلیفی و اضطراب می‌تواند به بروز بیماری‌های جسمی مانند پرفشاری خون کمک کند. اختلالات روانشناختی در دوران بارداری شیوع بیشتری دارد و ممکن است با علائم فیزیولوژیکی، روانشناختی و اضطراب و افسردگی همراه باشند. در مجموع به نظر می‌رسد متغیرهای روانشناختی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده میزان پرفشاری خون بخصوص در زنان باردار شوند.

یکی از یافته‌های دیگر مطالعه حاضر این است که بین پذیرش و عمل با میزان فشارخون در زنان باردار با و بدون پرفشاری خون تفاوت معناداری وجود دارد چنین استنباط می‌شود که با افزایش پرفشاری خون در زنان باردار میزان پذیرش و عمل کاهش می‌یابد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش Friedman و همکاران (۲۳) همسو می‌باشد. در بررسی پیشینه مرتبط، پژوهش ناهمسویی یافت نشد. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد عوامل روانشناختی به‌طور معناداری با پرفشاری خون همبستگی دارد. درواقع نتایج این پژوهش نشان داده‌است زنان باردار با پرفشاری خون

باتوجه به داده‌های جداول ۴ ملاحظه می‌گردد که؛ اولاً؛ در تعامل رگرسیونی از بین ۳ متغیر موردنظر، متغیر پذیرش و عمل بیشترین اثرگذاری را در پیش‌بینی فشارخون زنان باردار داشته است. ثانیاً؛ اثر متغیر پذیرش و عمل با فشارخون به‌صورت منفی و غیرمستقیم ولی متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی به‌صورت مثبت و مستقیم بوده است. لذا مطابق داده‌های فوق رابطه پیش‌بینی‌کنندگی در این مطالعه را می‌توان به‌صورت معادله زیر

عدم تحمل بلاتکلیفی ۰/۲۹ + حساسیت اضطرابی ۰/۳۰ + پذیرش و عمل ۰/۳۲ - ۱۰/۰۱ = میزان فشارخون در زنان باردار فرموله کرد.

## بحث

مطالعه حاضر باهدف تعیین همبستگی عدم تحمل بلاتکلیفی، حساسیت اضطرابی و پذیرش و عمل با میزان فشارخون در زنان باردار با و بدون پرفشاری خون در شهر زنجان انجام شد.

نتایج نشان داد میزان فشارخون زنان باردار از ۳ متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی، حساسیت اضطرابی و پذیرش و عمل، فقط به میزان ۲۷ درصد قابل پیش‌بینی است. در تعامل رگرسیونی از بین ۳ متغیر مورد نظر، متغیر پذیرش و عمل بیشترین اثرگذاری را در پیش‌بینی میزان فشارخون زنان باردار داشته است. ثانیاً؛ در تعامل رگرسیونی، اثر متغیر پذیرش و عمل بر پرفشاری خون به‌صورت همبستگی

## نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد متغیرهای روانشناختی نظیر عدم تحمل بلاتکلیفی، حساسیت اضطرابی و پذیرش و عمل به‌صورت غیرمستقیم با افزایش فشارخون همبستگی دارند؛ لذا پیشنهاد می‌شود جهت ثبات فشارخون در دوران بارداری مناسب کارگاه‌های مراقبتی از مادر و جنین جهت کاهش عواقب پر فشاری خون و عوامل روانشناختی برای زنان باردار اجرا شود. این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی چون روش نمونه‌گیری غیرتصادفی دردسترس، خستگی مادران در پاسخ‌گویی و محدودیت جامعه آماری روبرو بود؛ لذا در تعمیم نتایج احتیاط صورت گیرد.

## سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد مهتا حیدری رشته روانشناسی به راهنمایی خانم دکتر افسانه صبحی در دانشگاه آزاد اسلامی زنجان است که در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان با شناسه IR.IAU.Z.REC.1403.010 تاریخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۹ بررسی و بعلاوه، با کد پایان‌نامه ris.iau.ir ۱۳۸۲۲۶۰۰۵۶۹۳۶۱۹۲۹۰۲۸۱۶۲۸۹۶۲۱۷ در سایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان ثبت شده است. از خانم دکتر محترم حسینی، متخصص زنان و زایمان شهر زنجان، و تمامی کسانی که نویسندگان را در پیشبرد این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

## تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

## References

1. Magder S. The meaning of blood pressure. *Critical Care*, 2018; 22(257):1-10. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2171-1>
2. Austin MP, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2007; 101(1-3):169-174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.015>
3. Lübke KT, Busch A, Hoenen M, Schaal B, Pause BM. Pregnancy reduces the perception of anxiety. *Scientific Reports*. 2017; 7(1):9213.

ممکن است بیشتر تمایل داشته باشند تا افکار و احساسات منفی مربوط به بارداری و وضعیت سلامت خود را سرکوب کنند یا از آن‌ها فرار کنند. پذیرش و عمل پایین می‌تواند با افزایش اضطراب، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی همراه باشد. در پژوهش Fonseca و همکاران (۴۵) به این نتیجه رسیدند که با افزایش پذیرش و عمل میزان علائم اضطراب و افسردگی پس از زایمان افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد باورهای ناکارآمد با فعال کردن راهبردهای پذیرش و عمل (مانند نشخوار فکری)، که ممکن است فراوانی افکار و احساسات منفی زنان باردار را تشدید کند، بر علائم آسیب روانی تأثیر می‌گذارد.

یکی از یافته‌های دیگر مطالعه حاضر این است که بین عدم تحمل بلاتکلیفی، حساسیت اضطرابی با میزان فشارخون در زنان باردار با و بدون پر فشاری خون همبستگی مثبت وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش قربانعلی پور و همکاران (۴۶) و پژوهش Yan و همکاران (۴۷) همسو می‌باشد و نشان می‌دهد عوامل روانشناختی به‌طور معناداری با پرفشاری خون همبستگی مثبت و معنا دار دارد. در بررسی پیشینه مرتبط با پژوهش حاضر، پژوهش ناهمسوئی یافت نشد. درواقع نتایج پژوهش حاضر با سایر مطالعات همسو نشان داده است که عوامل عاطفی مانند نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی می‌توانند به‌طور قابل‌توجهی بر پرفشاری خون تأثیر بگذارند و با افزایش میزان فشارخون میزان حساسیت اضطرابی نیز افزایش می‌یابد. اضطراب مربوط به بارداری اضطرابی است که با ترس‌ها و نگرانی‌های خاص بارداری مشخص می‌شود، در واقع ممکن است نوع خاصی از پاسخ اضطراب را در زنان نشان دهد (۴۸). عدم تحمل بلاتکلیفی ممکن است عامل مهمی در فرایندهای ذهنی در دوره بارداری باشد (۴۲).

<https://doi.org/10.1038/s41598-017-07985-0>

4. Çevik S, Yağmur Y. Impact of intolerance of uncertainty on psychological well-being in pregnant women with or without miscarriage risk. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2018; 54(3):436. <https://doi.org/10.1111/ppc.12297>
5. Sinesi A, Maxwell M, O'Carroll R, Cheyne H. Anxiety scales used in pregnancy: Systematic review. *BJPsych open*. 2019; 5(1):e5. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.75>
6. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: A systematic

- ic review of current scales. *Journal of Affective Disorders*. 2015;1)176(:24-34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.039>
7. Reiss S, Peterson R, Gursky D, McNally R. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 1986; 24(1): 1-8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
8. Khazaian S, Fateh Nejad Kazemi A. ]Perceived stress and its predictors in pregnant women with gestational hypertension: A cross-sectional study]. *Preventive Medicine*. 2022; 9(2):168-181. <https://jpm.hums.ac.ir/article-1-576-fa.pdf>
9. Webster D, Richter L, Kruglanski A. On leaping to conclusions when feeling tired: Mental fatigue effects on impression primacy. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1996; 32(2): 181-195. <https://doi.org/10.1006/jesp.1996.0009>
10. Greco V, Roger D. Uncertainty, stress, and health. *Personality and Individual Differences*, 2003; 34(6): 1057-1068. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00091-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00091-0)
11. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*. 2002; 40(8): 931-945. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)
12. Morse JL. The effects of intolerance of uncertainty and meaning in life on psychological and physical health. 2021, Colorado State University. <https://www.proquest.com/openview/675a-8d3540171ecb546a52f5634a5f14/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y#>
13. Çankaya S, İbrahimoglu T. Stress, anxiety, intolerance of uncertainty, and psychological well-being characteristics of pregnant women with and without threatened miscarriage: A case-control study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2022;42(8): 3577-3583. <https://doi.org/10.1080/01443615.2022.2158319>
14. Treleaven C. Intolerance of uncertainty and emotion regulation in pregnant women. University of Exeter, 2020. <http://hdl.handle.net/10871/123891>
15. Kakavand A, Damercheli N. ]The role of mediator of perceived stress in the relationship between personality traits and hypertension among the elderly]. *Aging Psychology*. 2017; 2(4): 271-279. [https://jap.razi.ac.ir/article\\_650\\_cbe148d64e7b248781e0240137f2c881.pdf?lang=en](https://jap.razi.ac.ir/article_650_cbe148d64e7b248781e0240137f2c881.pdf?lang=en)
16. Turiano NA, Pitzer L, Armour C, Karlamangla A, Ryff CD, Mroczek DK. Personality trait level and change as predictors of health outcomes: Findings from a national study of Americans (MIDUS). *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2012; 67(1): 4-12. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr072>
17. Binesh Z. ]Comparison of self-compassion, acceptance and action, and perceived stress in pregnant and non-pregnant women in Qom[. *Health Promotion Management*. 2024;13(2):58-71. <http://jhpm.ir/article-1-1712-fa.html>
18. Hayes S C, Strosahl K, Wilson K G. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press. [https://contextualscience.org/publications/hayes\\_strosahl\\_wilson\\_1999](https://contextualscience.org/publications/hayes_strosahl_wilson_1999)
19. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996; 64(6): 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
20. Kelso KC, Kashdan TB, Imamoğlu A, Ashraf A. Meaning in life buffers the impact of experiential avoidance on anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020; 1(16):192-198. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.009>
21. Márquez-González M, Cabrera I, Losada A, Knight BG. Attentional avoidant biases as mediators in the association between experiential avoidance and blood pressure in dementia family caregivers. *Aging & Mental Health*, 2018; 22(5): 669-677. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1293003>
22. Ugwu DI, Onyedibe MCC, Chukwuorji JBC. Anxiety sensitivity and psychological distress among hypertensive patients: The mediating role of experiential avoidance. *Psychology, Health & Medicine*. 2021; 26(6): 701-710. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1764599>
23. Friedman R, Leder R, Iwai J. Avoidance behavior and genetic predisposition to hypertension. *Behavioral and Neural Biology*. 1981;32(2):255-260. [https://doi.org/10.1016/S0163-1047\(81\)90591-4](https://doi.org/10.1016/S0163-1047(81)90591-4)
24. Çevik S, Yağmur Y. Impact of intolerance of uncertainty on psychological well-being in pregnant women with or without miscarriage risk. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2018; 54(3): 436-440.

- <https://doi.org/10.1111/ppc.12297>
25. Cochran WG. Some methods for strengthening the common  $\chi^2$  tests. *Biometrics*. 1954; 10(4):417-451. <https://doi.org/10.2307/3001616>
26. Brown M, Magee L, Kenny L, Karumanchi A, McCarthy F, Saito Sh, Hall D, Warren Ch, Adoyi G, Ishaku S. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*. 2018; 72(1): 24-43. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.01833>
27. Sherafati H, Taheri E, Asmae Majd S, Amiri M. ]Effectiveness of cognitive therapy based on dougas model on intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder[. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 9(2): 15-28.
28. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas, MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Personality and Individual Differences*. 1994; 17(6): 791-802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
29. Ladouceur R, Dugas MJ, Freeston MH, Rhéaume J, Blais F, Boisvert JM, Gagnon F, Thibodeau N. Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*. 1999; 30(2):191-207. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80003-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80003-3)
30. Buhr K, Dugas MJ. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*. 2009; 47(3):215-223. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.004>
31. Asadi Mujare S, Abedini M, Poursharifi H, Nikokar M. ]The relationship between uncertainty intolerance and rumination with worry in the student population[. *Journal of Clinical Psychology, Semnan University*. 2012; 4(4): 83-92.
32. Ebrahimzadeh Sh, Sohrabi F. ]Prediction of addiction tendency based on variables of psychological toughness and intolerance of ambiguity in students[. *Addiction Research Quarterly*. 2021; 15(61):283-302. <https://doi.org/10.52547/etiadjpajohi.15.61.283>
33. Golmohammadi K, Mantashloo S, Tavana Z. ]The role of metacognitive beliefs and anxiety sensitivity in prediction of social anxiety[. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016 ; 26(136):179-184. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-7491-en.html>
34. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*. 2010; 41(4):567-574. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002>
35. Bakhshandeh Sajad A, Mousavi Nasab SMH, Khazri Moghadam N. ]Causal model of emotional schema and ataxia with anxiety sensitivity through the mediating role of difficulty in emotion regulation in students[. *New Psychological Research Quarterly*. 2023; 17(68):53-62.
36. Moradimanesh F, Mirjafari A, Goodarzi MA, Mohammadi N. ]Psychometric properties of the anxiety sensitivity index-revised (asi-r) [. *Journal of Psychology*. 2007; 11(4):426-446. [https://jims.mui.ac.ir/index.php/jims/pages/view/article\\_14915.html?lang=en](https://jims.mui.ac.ir/index.php/jims/pages/view/article_14915.html?lang=en)
37. Athari Z, Barzegar Bafroei K, Zare M. ]Examining the role of self-compassion in academic procrastination with the mediation of experiential avoidance in Yazd University students[. *Scientific Quarterly Research in School and Virtual Learning*. 2020; 8(1):35-44.
38. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, KM Carpenter, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*. 2011; 42(4): 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
39. Menéndez-Aller Á, Cuesta M, Poštigo Á, González-Nuevo C, García-Fernández J, García-Cueto E. Validation of the Acceptance and Action Questionnaire-II in the general Spanish population. *Current Psychology*. 2023; 42(14): 12096-12103. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02447-3>
40. Abbasi E, Fati L, Molodi R, Zarrabi H. ]The psychometric adequacy of the Persian version of the Acceptance and Action Questionnaire - the second version[. *Psychological Methods and Models*. 2012; 3(10):65-80. [https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article\\_61.html](https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_61.html)
41. Imani M. ]Investigating the factor structure of Psychological Flexibility Questionnaire in students[. *Journal of Education and Learning Studies*. 2016; 8(70):162-181.

42. Degirmenci S, Kosger F, Altinoz AE, Essizoglu A, Aksaray G. The relationship between separation anxiety and intolerance of uncertainty in pregnant women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2020; 33(17): 2927-2932. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1564030>
43. Fiskin G. The relationship between perceived stress, uncertainty emotions and hopelessness regarding pandemics in pregnant women. *Journal of Community Psychology*. 2022; 50(8): 3809-3824. <https://doi.org/10.1002/jcop.22635>
44. Shay M, MacKinnon AL, Metcalfe A, Giesbrecht G, Campbell T, Nerenberg K, Tough S, Tomfohr-Madsen L. Depressed mood and anxiety as risk factors for hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2020; 50(13): 2128-2140. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003062>
45. Fonseca A, Monteiro F, Canavarro MC. Dysfunctional beliefs towards motherhood and postpartum depressive and anxiety symptoms: Uncovering the role of experiential avoidance. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 74(12): 2134-2144. <https://doi.org/10.1002/jclp.22649>
46. Ghorbanalipour M, Alilou S, Babalou K, Akbarlou N. Depression, perfectionism, and hypertension in the elderly: A path analysis examining worry, ambiguity tolerance, and problem-solving. *Elderly Health Journal*. 2024; 10(1): 70-75. <https://doi.org/10.18502/ehj.v10i1.15968> [https://ehj.ssu.ac.ir/browse.php?a\\_id=318&sid=1&slc\\_lang=en&html=1](https://ehj.ssu.ac.ir/browse.php?a_id=318&sid=1&slc_lang=en&html=1)
47. Yan W, Wang X, Kuang H, Chen Y, Baktash MB, Eskenazi B, Ye L, Fang K, Xia Y. Physical activity and blood pressure during pregnancy: Mediation by anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 1(264): 376-382. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.056>
48. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 1(176): 24-34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.039>