

فصلنامه علمی - پژوهشی طب مکمل، شماره ۱، بهار ۱۳۹۸

تأثیر هاتایوگا بر اضطراب و خودکارآمدی زایمان در زنان نخست‌زا

فرنوش خجسته^۱، اعظم اوین^{۲*}، حسین انصاری^۳

۱. مربی، کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۳. دانشیار، دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۹/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۹

چکیده

مقدمه: اضطراب دوران بارداری برای سلامت مادر و جنین پیامدهای منفی دارد و خودکارآمدی مادران را کاهش می‌دهد. امروزه از یوگا برای کنترل اضطراب در زمینه‌های مختلف استفاده می‌شود. هدف این مطالعه، تعیین تأثیر هاتایوگا بر اضطراب و خودکارآمدی زنان نخست‌زاست.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۶ روی ۶۰ زن نخست‌زای ۱۸ تا ۴۰ ساله مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهر زاهدان انجام شد. از آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و به روش نمونه‌گیری تصادفی به دو گروه ۳۰ نفری مداخله و کنترل تخصیص یافتند. افراد گروه مداخله در فاصله هفته ۲۶ تا ۲۷ بارداری ۱۲ تا ۱۵ جلسه تمرینات هاتایوگا را انجام دادند. افراد گروه کنترل فقط مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های دموگرافیک، اضطراب بارداری و خودکارآمدی بود. مرحله پیش‌آزمون در هفته ۲۶ و مرحله پس‌آزمون در هفته ۳۴ تا ۳۶ بارداری با رعایت فاصله ۲ هفته‌ای از مداخله انجام شد. داده‌ها با آزمون‌های من‌ویتنی و مجذور کای، تی‌زوجی و رگرسیون خطی در نرم‌افزار SPSS^{v16} تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره اضطراب قبل از مداخله در گروه آزمون و کنترل به ترتیب $38/36 \pm 4/86$ و $37/26 \pm 7/11$ و پس از مداخله به ترتیب $24/87 \pm 4/5$ و $37/84 \pm 6/4$ بود ($p=0/48$). میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله در گروه آزمون و کنترل به ترتیب $78/43 \pm 24/7$ و $99/62 \pm 21/74$ و پس از مداخله به ترتیب $13/26 \pm 124/45$ و $16/33 \pm 92/75$ بود ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: در گروه آزمون، پس از مداخله میانگین نمره اضطراب کاهش و میانگین نمره خودکارآمدی افزایش یافت. به نظر می‌رسد می‌توان از هاتایوگا جهت کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی زنان نخست‌زا در سه‌ماهه دوم و سوم بارداری استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، خودکارآمدی، هاتایوگا، زنان نخست‌زا.

*نویسنده مسئول: E.mail: aazam.avin2080@gmail.com

مقدمه

دارد. خودکارآمدی از دو جزء «پیامد قابل انتظار» و «خودکارآمدی قابل انتظار» تشکیل شده است که این دو اثر قدرتمندی بر رفتار معین دارند و به نتیجه خاص می‌انجامند (۵، ۶).

امروزه مداخلات متنوعی جهت کنترل اضطراب و افزایش حس خودکارآمدی وجود دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به روش‌های دارویی و غیردارویی اشاره کرد (۷). روش‌های مقابله با استرس و اضطراب از جمله تن‌آرامی، ماساژ، تجسم خلاق، آروماتراپی و مداخلات شناختی-رفتاری می‌تواند به زن باردار کمک کند تا از تأثیرات نامطلوب استرس و اضطراب بر سلامتی خود و جنین مصون بماند (۵، ۶، ۷). استفاده از طب مکمل به‌طور فزاینده‌ای به یک درمان رایج برای زنان باردار تبدیل شده است (۸). مروری بر مطالعات نشان داد رایج‌ترین درمان‌های جایگزین مقابله با استرس و اضطراب بارداری شامل ماساژدرمانی، طب سوزنی و یوگا است (۸، ۹). به مجموعه‌ای از تمرینات فیزیکی و وضعیت‌گزینی^۱ تمرینات کنترل‌شده تنفسی^۲ و تمرینات رهاسازی و تن‌آرامی^۳ «یوگا» گفته می‌شود (۱۰).

تمرین‌های جسمی و تنفسی یوگا انعطاف‌پذیری و قدرت عضلانی را افزایش می‌دهند. به‌علاوه، آرام‌سازی و رهاسازی در یوگا باعث تثبیت سیستم عصبی اتونومیک، کنترل عواطف و بهبود احساس سلامتی در فرد می‌شود. تمرینات یوگا، سلامت را در حیطه جسم و ذهن افزایش داده موجب توانمندی و نیروی حیات فزاینده تعادل و آرامش در فرد می‌شود (۱۱). یوگا می‌تواند به بهبود وضعیت و قدرت عضلات پشت و شکم و کف لگن و تسهیل روند زایمان کمک کند (۱۲). اغلب حرکات یوگا با نیازهای زن باردار و توانایی‌های او قابل تعدیل‌اند و به انعطاف و کشیدگی عضلات و آموزش گوش دادن به نیازهای بدن، کاهش استرس با تمرینات ریلکسیشن در سطح جسمی و کنترل تنفس که باعث آرام‌سازی ذهن می‌شود کمک می‌کنند (۹، ۱۳). روش‌های تمرکز فکر،

بارداری تجربه ویژه و منحصر به فردی است که برخورد مناسب با آن موجب شکوفایی جسم و روان زن باردار می‌شود (۱). زنان در دوران بارداری به دلیل بروز تغییرات دائمی در زندگی و شروع مسئولیت جدید یعنی نگهداری از کودک، درگیری ذهنی زیادی را تجربه می‌کنند. احساسات دوسوگرایی زنان باردار روند طبیعی این دوران است اما در برخی زنان شدیدتر است و آنان را به‌سوی ترس از زایمان و اضطراب مرتبط با بارداری که شیوع آن ۱۵٪ است سوق می‌دهد (۲). بروز اضطراب به همراه سایر اختلالات خلقی در قبل، حین و بعد از زایمان، برای مادر و جنین پیامدهای منفی در پی دارد (۳).

اضطراب دوران بارداری با خودکارآمدی پایین در زنان نخست‌زا ارتباط دارد (۴). از نظر روان‌شناسی خودکارآمدی مهم‌ترین پیش‌نیاز برای پیش‌بینی رفتار در شرایط پرسترس و اضطراب‌آور است. خودکارآمدی شامل ارزیابی فرد از توانایی‌هایش در مقابله با موقعیت‌های پرسترس به‌ویژه در زمان زایمان است. درک خودکارآمدی قبل از یک رویداد، پیش‌بینی می‌کند که آیا فرد در مقابله با موقعیت استرس‌زا تلاش خواهد کرد یا نه؟ و اگر پاسخ به این سؤال مثبت است این تلاش چقدر طول می‌کشد (۵، ۶). تحقیقات نشان می‌دهد زنانی که خودکارآمدی پایین‌تری دارند زایمان طبیعی را امری دست‌نیافتنی دانسته ترس بالایی را در طی بارداری تجربه می‌کنند (۷).

از آنجاکه تولد، یک تجربه استرس‌زاست خودکارآمدی و اعتماد به نفس، نقش مهمی را در ادراک مادر برای انجام زایمان ایفا می‌کند. گزارش‌های جدید نشان داده است زنانی که در زمان بارداری سطح اطمینان بیشتری نسبت به توانایی انجام زایمان دارند، درد کمتری را در طی زایمان گزارش می‌کنند. این زنان قادر به اجرای رفتارهای بیشتری برای مقابله با استرس در زمان زایمان هستند. بررسی‌ها همچنین نشان داده است بین اضطراب و خودکارآمدی و انتخاب زایمان طبیعی ارتباط وجود

¹Asana

²Pranayama

³Shavasane

روان پزشکی و فقدان بیماری‌های زمینه‌ای مانند آسیب یا جراحی طناب نخاعی، عدم اعتیاد به مواد مخدر و نداشتن مشکلات مامایی از جمله سرکلاژ دهانه رحم، جفت سرراهی، تب بالا، پارگی زودرس کیسه آب و پلی هیدرامنیوس بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل خروج از سیر طبیعی بارداری به علت ابتلا به هرگونه عارضه در بارداری نظیر افزایش فشارخون در حین حاملگی، تشخیص جفت سرراهی و زایمان زودرس و نیز شرکت در کلاس‌های پیلاتس و ایروبیک و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. اطلاعات دموگرافیک افراد از پرونده پزشکی آنان استخراج شد.

نمونه‌گیری، چندمرحله‌ای بود. در ابتدا شهر زاهدان به پنج ناحیه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شد و از هر بخش، چند مرکز سلامت به شکل تصادفی انتخاب شد. سپس پژوهشگر در مراکز جامع سلامت و پایگاه‌های منتخب حضور یافت و اسامی و شماره تلفن زنانی را که در هفته ۲۶ تا ۲۷ بارداری بودند از سامانه سیب استخراج و از آنان دعوت کرد که در مرکز حضور یابند. آزمودنی‌ها بعد از مراجعه در صورت واجد شرایط بودن و اظهار تمایل به شرکت در مطالعه، برحسب اولویت ورود به مرکز، شماره‌ای را دریافت کردند؛ شماره‌ها بر اساس جدول اعداد تصادفی تخصیص داده شد.

جدول اعداد تصادفی شامل مجموعه انبوهی از اعداد صحیح، بدون ترتیب و الگو و نظم مشخص بود. جهت استفاده از این جدول، محقق ابتدا جهت خواندن اعداد جدول را از بالا، پایین، چپ یا راست تعیین کرد. سپس اعدادی را برای گروه مداخله و کنترل در نظر گرفت و روی یکی از اعداد دست گذاشت و در یکی از جهات تعیین شده حرکت کرد و اعداد ثبت شده را به هر کدام از گروه‌ها تخصیص داد. در نهایت، اعداد به عنوان شماره گروه روی پاکت مهر و موم شده مربوط به آن گروه نوشته شد. در داخل پاکت‌های مهر و موم شده، یکی از کدهای A و B قرار داشت. هر کدام از کدها نشان‌دهنده گروهی بود که

مراقبه و یوگا به‌طور کلی در کاهش استرس و اضطراب مؤثرند (۱۴، ۱۵). تمرینات یوگا در دوران بارداری اضطراب و افسردگی زن را کاهش می‌دهند و به‌علاوه، پیامدهای نوزادی را نیز بهبود می‌بخشند (۱۶). یکی از راه‌های مؤثر پیشگیری و درمان اضطراب، تمرینات بدنی و ذهنی (یوگا) است (۱۷، ۱۸). تمرینات یوگا در زنان باردار باعث بهبود سلامت روان، کاهش اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی، حساسیت بین‌فردی و هراس می‌شود (۱۹، ۲۰). با توجه به تأثیر تمرینات یوگا بر پیامدهای مادری و جنینی و ادغام برنامه‌های زایمان فیزیولوژیک در نظام ارائه خدمات مراقبت بارداری و محدود بودن پژوهش‌ها در ایران در مورد تأثیر یوگا در دوران بارداری، (۲۱) در این مطالعه تأثیر یوگا بر اضطراب و خودکارآمدی زایمان در زنان نخست‌زا بررسی شد.

مواد و روش‌ها

جامعه مورد مطالعه

تحقیق حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی بود. جامعه پژوهش شامل ۶۰ عزین نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان زاهدان از مهرماه ۱۳۹۶ تا اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۷ بود.

حجم نمونه با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با توجه به امکان ریزش نمونه‌ها، برای هر گروه ۳۰ نفر برآورد شد و پس از مقدارگذاری در فرمول زیر محاسبه شد.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2} \quad n = \frac{(1.96 + 0.85)^2 (25 \cdot 10^2 + 24 \cdot 84^2)}{(99.26 - 77.70)^2}$$

همچنین به مطالعه‌سان‌بی‌چی در تایوان با حجم نمونه ۲۱ نفر برای هر گروه (۱۵) نیز استناد شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۱۸ تا ۴۰ سال، نخست‌زا بودن، حاملگی تک‌قلو با سن بارداری ۲۶ تا ۲۷ هفته، برخوردار از سواد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان و فعالیت‌های یوگا و ورزش‌های مشابه مانند پیلاتس، مصرف نکردن داروی

ترس از ظاهر خود از قبیل «نگران چاق شدنم هستم». نمرات در مقیاس لیکرت از ۱ به معنی «قطعاً نادرست» تا ۵ به معنی «قطعاً درست» ارزیابی شد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه از جمع کردن نمره‌های هر عبارت که از ۱ تا ۵ درجه‌بندی شده بود به دست آمد. نمره اضطراب بارداری از ۵ تا ۵۰ گزارش شد.

برای روان‌سنجی ابزار انگلیسی (پرسش‌نامه اضطراب مرتبط با بارداری^۳ (PRAQ-R)) از روش ترجمه باز استفاده شد. برای ترجمه و بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه در ایران، دو مترجم به‌طور جداگانه پرسش‌نامه انگلیسی را ترجمه کردند. ترجمه‌ها در حضور متخصصان و استادان مسلط به زبان انگلیسی و دارای تجربه روان‌سنجی پرسش‌نامه، با یکدیگر مقایسه (مقایسه اول) شدند و نتیجه مقایسه در قالب یک متن فارسی به دو نفر دیگر که به زبان فارسی و انگلیسی تسلط داشتند ارائه شد. نسخه نهایی را دو مترجم به‌صورت جداگانه به زبان انگلیسی برگرداندند. جهت بررسی روایی صوری و رفع نواقص احتمالی، دو گروه شامل ۶ نفر عضو هیئت علمی و ۵ نفر زن باردار پرسش‌نامه را تکمیل کردند. در نهایت، نظریات اعضای هیئت علمی روی پرسش‌نامه اعمال شد. برای سنجش پایایی پرسش‌نامه بخش دوم نیز حداقل ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها آن را با در نظر گرفتن آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تکمیل کردند. مطالعه‌ای در ایران نشان داد پرسش‌نامه اضطراب بارداری از همسانی درونی بالایی با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برخوردار است (۲۲). این پرسش‌نامه در مطالعه بابانظری و همکاران نیز تأیید شده است (۲۳). بخش سوم شامل پرسش‌نامه خودکارآمدی در زایمان (CBSI^۴) بود که به منظور اندازه‌گیری درک مادر در قابلیت سازگاری با درد زایمان تدوین شد. روایی این ابزار را خورسندی و همکاران بر روی ۱۷۶ زنان باردار نخست‌حامله و چندزای مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مراقبت‌های بارداری ۵ بیمارستان دولتی - آموزشی زنان و زایمانسنجیده‌اند (۲۲). پایایی این پرسش‌نامه در ایران با

فرد در آن قرار می‌گرفت. افراد گروه A (مداخله) در حداکثر ۱۵ و حداقل ۱۲ جلسه مداخله ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای یوگا را طی ۵ یا ۴ هفته و هفته‌ای ۳ جلسه انجام دادند. افراد گروه B (کنترل) مراقبت‌های معمول بارداری را از مراقبان سلامت مستقر در پایگاه‌های بهداشتی دریافت کردند. پژوهشگر اهداف مطالعه را برای زنان باردار شرح داد و به آنان اطمینان داد که برای ورود به مطالعه یا ترک آن در هر زمان، کاملاً آزادند. سپس از همه افراد رضایت‌نامه آگاهانه دریافت کرد. نحوه انتخاب و حضور شرکت‌کنندگان در مطالعه در شکل شماره ۱ درج شده است.

ابزار پژوهش از سه بخش تشکیل شده بود. بخش اول آن فرم جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک بود که سن قومیت، تحصیلات و شغل مادر، سن بارداری و ترجیح زایمانی اوبه زایمان طبیعی یا سزارین و سن، شغل و تحصیلات همسر را دربرمی‌گرفت. بخش دوم، پرسش‌نامه اضطراب مرتبط با بارداری^۱ شامل سنجش ترس‌ها و نگرانی‌های مرتبط با بارداری بود. بخش سوم شامل پرسش‌نامه خودکارآمدی در زایمان^۲ بود که به منظور اندازه‌گیری درک مادر در قابلیت سازگاری با درد زایمان در جدول شماره ۵ تدوین شد.

سه پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک، تجدید نظر شده اضطراب مرتبط با بارداری و خودکارآمدی زایمان در هفته ۲۶ تا ۲۷ برای کلیه مادران تکمیل شد.

روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ها

پرسش‌نامه بخش دوم، پرسش‌نامه‌ای است که اضطراب مربوط به بارداری را می‌سنجد. این پرسش‌نامه را وندربرج در سال ۱۹۸۹ نوشت و سه خرده‌مقیاس آن را - به شرحی که در پی می‌آید - بررسی کرد: ۱. ترس از زایمان از قبیل «من در مورد درد انقباضات و درد در هنگام زایمان نگرانم»، ۲. ترس از به دنیا آوردن یک نوزاد با مشکل جسمی یا روانی، از قبیل «گاهی اوقات نگران این موضوع هستم که فرزندمان ضعیف و مستعد بیماری باشد» و ۳.

^۳-Pregnancy Related Anxiety Questionnaire

^۴- Childbirth Self Efficacy Inventory

^۱PRAQ-R

^۲CBSEI

آزمودنی در حضور پژوهشگر، پس از آزمون را در هفته ۳۴ بارداری بعد از انجام مداخله و با در نظر گرفتن فاصله ۲ هفته‌ای از آن تکمیل کرد.

افراد گروه کنترل در این مدت از مراقبت‌های معمول دوران بارداری برخوردار بودند. جهت پیشگیری از نشر آموزش‌های یوگا در این گروه، در زمان مراقبت‌های معمول، در مورد شرکت در فعالیت‌های ورزشی از جمله یوگا از آنان سؤال می‌شد. در پایان هفته ۳۴ با افراد گروه کنترل تماس گرفته شد و از آنان جهت شرکت در پس از آزمون دعوت شد و به این ترتیب، پرسش‌نامه مربوط تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها با آمار توصیفی (میانگین، فراوانی و انحراف معیار) و آزمون‌های من‌ویتنی و مجذور کای، تی زوجی و رگرسیون خطی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. جهت تعیین و تأیید نرمال‌سازی داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. در مواردی که توزیع داده‌ها نرمال نبود، جهت مقایسه توزیع تغییر نمرات در دو گروه از آزمون من‌ویتنی، کای دو و رگرسیون خطی استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج اطلاعات دموگرافیک

میانگین سنی نمونه‌ها در دو گروه یوگا و شاهد به ترتیب $24/1 \pm 2/8$ و $24 \pm 3/1$ سال بود که اختلاف آن معنی‌دار بود ($P=0/8$). توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه‌های کنترل و مداخله در جدول شماره ۳ درج شده است. آزمون مجذور کای نشان داد به جز متغیر قومیت، توزیع بقیه متغیرها در دو گروه یکسان بود. ضمناً با استفاده از روش‌های رگرسیونی اثر متغیر قومیت کنترل شد.

نتایج تحلیل پرسش‌نامه‌ها

چنانکه در جدول شماره ۴ نشان داده شد میانگین نمرات اضطراب قبل از مداخله افراد در گروه یوگا $38/36 \pm 4/86$ و

ضریب آلفای کرونباخ $0/91$ و در انگلیس با ضریب $0/95$ تعیین و گزارش شده است (۲۴). میانگین نمرات کسب‌شده، مشابه نمرات اکتسابی در سایر کشورها بوده است. در مطالعه حاضر این پرسش‌نامه به صورت ۱۷ سؤالی طراحی و در دوران بارداری و قبل از زایمان استفاده شد. طیف لیکرت ۱۰ تایی (کاملاً نامطمئن = ۱ تا کاملاً مطمئن = ۱۰) برای هر سؤال و دامنه امتیازها از ۱۷ تا ۱۷۰ را شامل می‌شد (۲۲). نمره بیشتر نشان‌دهنده انتظار پیامد و خودکارآمدی بیشتر در زایمان بود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با شماره IR. zaums. REC. ۱۳۹۶/۱۵۳ در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تصویب شد. سپس پژوهشگر با معرفی‌نامه به مراکز جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان مراجعه کرد و اهداف پژوهش را برای مسئولان و گروه هدف شرح داد. همچنین به آزمودنی‌ها اطمینان داد که در ورود به مطالعه یا ترک آن در هر زمان، کاملاً آزادند و از آنان رضایت‌نامه آگاهانه اخذ کرد.

روش مداخله گروه A

افراد گروه مداخله پس از دریافت مطالب آموزشی در مورد مزایای یوگا، آموزش‌های عملی آن را در باشگاه تحت نظر مربی یوگا و پژوهشگر - که ۴۰ ساعت کلاس‌های عمومی یوگا را گذرانده بود - دریافت کردند. در هر جلسه ابتدا مربی صمیمانه به افراد خوشامدگفت. سپس آزمودنی‌ها تمرین آسانها را طبق جدول شماره ۲ و در پایان کلاس، تمرینات آرام‌سازی و رهاسازی را انجام دادند. با توجه به اینکه تمرینات پیشرفته تنفسی یا پرانایاما نیاز به گذراندن دوره طولانی یوگا دارند در این مطالعه به کنترل دم و بازدم در حین انجام تمرینات جسمی اکتفا شد (۵). در زمان تمرین‌ها اگر مادر دچار سرگیجه یا افت فشارخون می‌شد، فشارخون وی راماما اندازه‌گیری و به مادر توصیه می‌کرد وضعیت خود را تغییر دهد و مایعات مصرف کند.

ریزش) در هفته ۲۰-۱۸ بارداری با دریافت روزانه یک ساعت تمرین یوگا در سه ماهه دوم و سوم نشان داد که استرس درک شده در گروه مداخله ۳۱/۵۷٪ کاهش و در گروه کنترل ۶/۶۰٪ افزایش یافت، همچنین باند بالای فرکانس طیف متغیر ضربان قلب یا فعالیت پاراسمپاتیک در گروه مداخله پس از آرام سازی و مراقبه نسبت به قبل افزایش یافت و در نتیجه پاسخ اتونومیک انطباقی بهبود یافت. تأثیر یوگا بر سیستم اتونومیک و تحریک بیشتر سیستم عصبی سمپاتیک، در نتیجه سلامت روانی بهتر ناشی از تکنیک‌های تنفسی و تلقین‌های مثبت در هنگام مدیتیشن است که باعث بهبود وضعیت فیزیولوژیک و کاهش اضطراب به دنبال بهبود کیفیت روابط بین فردی و کیفیت زندگی می‌شود. از آنجا که معنی یوگا متحد کردن ذهن و بدن است آرام‌سازی ذهن باعث آرامش فیزیولوژیک و کاهش اضطراب می‌شود. در مطالعه یادشده اضطراب در گروه یوگابه میزان ۶۰/۳۱٪ کاهش یافت و در گروه کنترل به میزان ۶۰/۶٪ افزایش یافت که از لحاظ سن بارداری مربوط به مداخله با پژوهش حاضر همسوست. در مطالعه تیفانی، اضطراب و افسردگی و حمایت پیامکی در گروه یوگا نسبت به گروه مداخله که فقط مراقبت‌های معمول بارداری را دریافت کردند کاهش یافت که با مطالعه حاضر همخوان بود و در تعداد و محتوای جلسات با آن مشابهت داشت (۹).

مطالعه‌ای در تایلند نشان داد تمرینات بدنی یوگا باعث انعطاف‌پذیری ستون فقرات در دوران بارداری و تمرینات تنفسی و ریلکسیشن با افزایش آستانه درد از طریق رابطه ذهن و بدن و افزایش سروتونین و اندورفین باعث کاهش درد در طول زایمان و دو ساعت بعد از زایمان شد (۲۶). چین‌سان و همکاران در تایوان تأثیر یوگا بر شکایات بارداری و خودکارآمدی زنان نخست‌زارا بررسی کردند. آنان نتیجه گرفتند یوگا با بهبود قدرت و انعطاف‌پذیری عضلات، گردش خون و تنفس، ایجاد تعادل هیجانی و احساس پرانرژی بودن از طریق تمرینات ریلکسیشن و مدیتیشن، شکایات سه‌ماهه سوم بارداری را

در گروه کنترل ۳۷/۲۶±۷/۱۱ بود که اختلاف آماری آن معنادار بود ولی بعد از مداخله در گروه مداخله ۲۴/۸۷±۴/۵ بود که به‌طور معنی‌داری کمتر از نمره ۳۷/۸۴±۶/۴ گروه کنترل بود ($P=0/001$).

چنانکه در جدول شماره ۵ نشان داده شد میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله در گروه یوگا ۷۸/۴۳±۲۴/۷ و در گروه کنترل ۹۹/۶±۲۱/۷۴ بود که اختلاف آن معنی‌دار نبود ولی بعد از مداخله در گروه مداخله ۱۲۴/۴۵±۱۳/۲۶ بود که به‌طور معنی‌داری بیشتر از نمره ۹۲/۷۵±۱۶/۳۳ گروه کنترل بود ($P=0/001$).

از آنجا که توزیع قومیت در دو گروه مداخله و کنترل یکسان نبود ($P<5\%$) برای کنترل قومیت و مقایسه دو گروه ضمن کنترل این متغیر از آزمون رگرسیون خطی استفاده شد (جدول شماره ۶و ۷). رگرسیون خطی نشان داد به‌رغم کنترل متغیر قومیت میزان اختلاف نمرات اضطراب دو گروه همچنان متفاوت بود. ضمناً با توجه به نرمال نبودن توزیع اختلاف نمرات، برای انجام رگرسیون خطی از لگاریتم تغییر نمرات استفاده شد.

بحث

یافته‌ها نشان داد تمرینات یوگا باعث بروز تفاوت معنی‌دار در کاهش میزان اضطراب و افزایش خودکارآمدی در زنان گروه مداخله و کنترل شد. نظریه‌های متعدد بر تأثیر مثبت تمرینات یوگا بر اضطراب و خودکارآمدی تأکید دارند. در زمینه تأثیر یوگا در زنان غیرباردار، دانش‌آموزان و میانسالان و همچنین برخی بیماری‌ها از جمله فشارخون حقیق شده؛ ولی در ایران مطالعات محدودی در زمینه تأثیر یوگا در بارداری زنان انجام شده است.

همسو با مطالعه حاضر، مطالعه‌ای به‌منظور بررسی تأثیر یوگا بر اضطراب، افسردگی و احساس خوب دوران بارداری در هند نشان داد در گروه مداخله یوگا اضطراب و افسردگی کاهش و در گروه کنترل افزایش یافت (۲۴). نتایج تحقیق ساتیا پریا ام و همکاران مبنی بر بررسی تأثیر یوگا بر تغییرات استرس و ضربان قلب بر روی ۱۲۲ زن باردار سالم (دو گروه ۴۴ نفره مداخله و شاهد پس از

انجام شود و در صورت اثبات توانایی فرد مامایی که دوره یوگا را گذرانده این کلاس‌ها به وسیله مامای آموزش دیده با نظارت مربی برگزار شود که از لحاظ زمان و هزینه مقرون به صرفه تر باشد.

نتیجه گیری

آموزش‌های دوران بارداری باعث کاهش معنی دار میانگین نمره اضطراب زنان و افزایش نمره خودکارآمدی زایمان در گروه مداخله یوگا شد. به جز در مؤلفه قومیت، تفاوت معنی دار دیگری در مشخصات دموگرافیک گروه‌ها مشاهده نشد.

از محدودیت‌های این مطالعه تعداد کم نمونه‌ها، انتخاب زنان از بین مراجعان به مراکز جامع سلامت و نخست‌زا بودن آنان بود که به همین دلیل نتایج آن به سایر زنان باردار قابل تعمیم نیست. محدودیت دیگر این مطالعه لزوم داشتن انگیزه کافی جهت شرکت در کلاس با حضور مربی یوگا و مامای دوره دیده در زمانی خارج از نوبت معاینات معمول بارداری بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود از تمرینات هاتا یوگا به وسیله مامای آموزش دیده برای کنترل اضطراب و افزایش خودکارآمدی در دوران بارداری در کلاس‌های آمادگی زایمان استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه شماره ۸۳۴۰ در مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بود که با کد IR.zaums.REC.۱۳۹۶/۱۵۳ در کمیته اخلاق آن دانشگاه تصویب شد و با شماره IRCT۲۰۱۶۰۷۰۴۰۲۸۷۹۴N۲ در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت شد. از معاونت محترم پژوهشی آن دانشگاه که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و از تمام مادران باردار شرکت کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

لازم به ذکر است بین نویسندگان این مقاله، هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

کاهش داد. همچنین با مکانیسم افزایش احساس رفاه عمومی، آگاهی از احساسات و تجربه ذهنی استرس را نیز کاهش داد و به خودکارآمدی افزود. مطالعه یادشده از نظر هفته بارداری نمونه‌ها و پرسش نامه خودکارآمدی مشابه تحقیق حاضر و از لحاظ بررسی زمان خودکارآمدی با آن متفاوت بود. در مطالعه یاد شده پرسش نامه در زمان زایمان و در مطالعه حاضر در قبل از زایمان تکمیل شد (۱۵).

در مطالعه مروری فیلد تیفانی، تأثیر یوگا بر اضطراب، افسردگی، فشارخون، سیستم ایمنی، سندرم درد و بهبود خواب بررسی و مشخص شد یوگا در کاهش استرس و افسردگی مؤثر بود (۲۶). همسو با مطالعات فوق، تحقیقی با هدف تعیین تأثیر یوگا بر اضطراب و سلامت روان مادران باردار در ایران نشان داد یوگا روی مؤلفه‌های اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی تأثیر معنی دار داشت. در این مطالعه از پرسش نامه علائم و نشانه‌های اختلالات روانی استفاده شده بود^۱ (۲۱). در مطالعه حاضر از پرسش نامه‌های اختصاصی اضطراب و خودکارآمدی مربوط به بارداری استفاده شد.

نویسندگان، هیچ مطالعه‌ای را در مورد تأثیر منفی یوگا بر مؤلفه‌های اضطراب و خودکارآمدی پیدا نکردند.

با توجه به اینکه سن بارداری مادران برای ورود به این مطالعه ۲۶ تا ۲۷ هفته بود و آنان باید هر هفته سه جلسه و در کل ۱۲ تا ۱۵ جلسه در تمرین یوگا شرکت می‌کردند تک به تک وارد مطالعه شدند و از نظر زمان ورود به جلسات باهم متفاوت بودند که خود یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. به دلیل اینکه عدم شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان از شرایط ورود به مطالعه بود پژوهشگر که خود نیز دوره یوگا را گذرانده بود به سؤالات مامایی شرکت کنندگان پاسخ داد.

محدودیت دیگر این مطالعه، برگزاری کلاس‌ها در باشگاه با حضور هم‌زمان مربی و پژوهشگر و مادران بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی در صورت مناسب بودن فضای مراکز جامع سلامت، آموزش‌ها حتی الامکان در این مراکز

¹ SCL-25

جدول شماره (۱) تمرینات اختصاصی هر جلسه یوگا (۲۲)

گریوا سکتی (Grivasakti) حرکات چرخشی گردن با هدف برطرف کردن خشکی گردن و شانه‌ها
نترا سکتی (Netra sakti) حرکات چشم
اسکاندا بهیا سکتی (Bhiya sakti) حرکات شانه برای رفع استرس از شانه، بازو و آرنج
گلفا سکتی (Gulpha sakti) یا حرکات قوزک پا
جاتارا پاروریتی (Jathara parvitti) خم کردن نیم تنه
بادهاکون آسانا (Baddhakon asana) حرکات پروانه‌ای برای انعطاف لگن
پاسچیموتان آسانا (Paschimottan asana) حرکت خم شدن به جلو برای رفع خشکی کمر و پشت
سالابه آسانا (Salahh asana) یا حرکت ملخ برای رفع فشار از پا و ناحیه تحتانی پشت
اوستراسانا یا وضعیت شتر (Ustrasana) انعطاف کمر و پشت
تداسانا (Tadasana) یا وضعیت تعادل انبساط و کشیدگی کل بدن
پادها ستاسانا (Padahasthasana) خم شدن به جلو در حالت ایستاده
چندرا سانا (chandrasana) یا وضعیت ماه
تریکوناسانا (Trikonasana) وضعیت مثلث سفتی و قوام عضلات باسن و کمر
ویرابهادرسانا (Virabhadrasana) یا وضعیت جنگ‌جویان تقویت عضلات لگن، بازو و شانه
نادی شودهان (nadi shodhan) یا تنفس متناوب بینی

جدول شماره (۲) مشخصات دموگرافیک متغیرهای آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های کنترل و مداخله

p-value	گروه کنترل	گروه یوگا (۲۴ نفر)	مشخصات
۰/۸	۲۴±۳/۱	۲۴/۱±۲/۸	سن (سال)
۰/۵	۲۷/۸۴±۲/۹	۲۸/۲۶±۳/۰۸	سن همسر
سطح تحصیلات			
۰/۳۷	(۵۰٪)۳	(۵۰٪)۳	ابتدایی و راهنمایی
	(۷۰٪)۷	(۳۰٪)۳	دبیرستان
	(۵۶٪)۹	(۴۴٪)۷	دیپلم
	(۳۹٪)۱۱	(۶۱٪)۱۷	دانشگاهی
سطح تحصیلات همسر			
۰/۲۷	(۷۵٪)۶	(۲۵٪)۲	دبیرستان
	(۵۰٪)۱۲	(۵۰٪)۱۲	دیپلم
	(۴۳٪)۱۲	(۵۷٪)۱۶	دانشگاهی
وضعیت اشتغال همسر			
۰/۵۸	(۶۳٪)۵	(۳۷٪)۳	کارگر
	(۴۱٪)۷	(۵۹٪)۱۰	کارمند
	(۵۱٪)۱۸	(۴۹٪)۱۷	آزاد
وضعیت اشتغال			
۰/۵	(۴۶٪)۴	(۵۵٪)۵	شاغل
	(۵۱٪)۲۶	(۴۹٪)۲۵	خانه‌دار
*قومیت			
۲٪	(۳۶٪)۱۲	(۶۴٪)۲۱	فارس
	(۶۷٪)۱۸	(۳۳٪)۹	بلوچ
ترجیح زایمان			
۰/۲۴	(۴۷٪)۲۵	(۵۳٪)۲۸	طبیعی
	(۲۱٪)۵	(۲۸٪)۲	سزارین

*آزمون مجذور کای نشان داد دو گروه از نظر قومیت متفاوت بودند.

جدول شماره (۳) مقایسه میانگین نمره اضطراب بارداری بین دو گروه در قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه	گروه یوگا: ۲۴ نفر	گروه کنترل: ۲۹ نفر	P* بین گروهی
نمره اضطراب قبل از مداخله		۳۸/۳۶±۴/۸	۳۷/۲۶±۷/۱۱	۰/۴۸
نمره اضطراب بعد از مداخله		۲۴/۸۷±۴/۵	۳۷/۸۴±۶/۴	۰/۰۰۰۱
تغییرات نمره اضطراب		-۱۵/۳۷±۳/۱۸	+۰/۵۶±۱/۸	۰/۰۰۱
P درون گروهی**		۰/۰۰۱	۰/۱۱	

*آزمون تی مستقل

**آزمون تی زوجی

جدول شماره (۴) مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی در زایمان بین دو گروه در قبل و بعد از مداخله

متغیر گروه	گروه یوگا (۲۴ نفر)	گروه کنترل (۲۹ نفر)	P* بین گروهی
نمره اضطراب قبل از مداخله	۷۸/۴۳±۲۴/۷	۹۹/۶۲±۲۱/۷۴	۰/۰۰۱
نمره اضطراب بعد از مداخله	۱۲۴/۴۵±۱۳/۲۶	۹۲/۷۵±۱۶/۳۳	۰/۰۰۰۱
تغییرات نمره اضطراب	-۵۳/۲۵±۱۳/۱	-۶/۸±۱۰/۹	۰/۰۰۱
P** درون گروهی	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۲	

* آزمون تی مستقل

**آزمون هایتی زوجی و کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد توزیع نمرات اضطراب و خودکارآمدی در دو گروه قبل و بعد از مداخله نرمال بود ($P > 0.05$). البته توزیع نمرات نرمال نبود ($P < 0.05$); لذا برای مقایسه تغییر نمرات در دو گروه از آزمون من ویتنی استفاده شد.

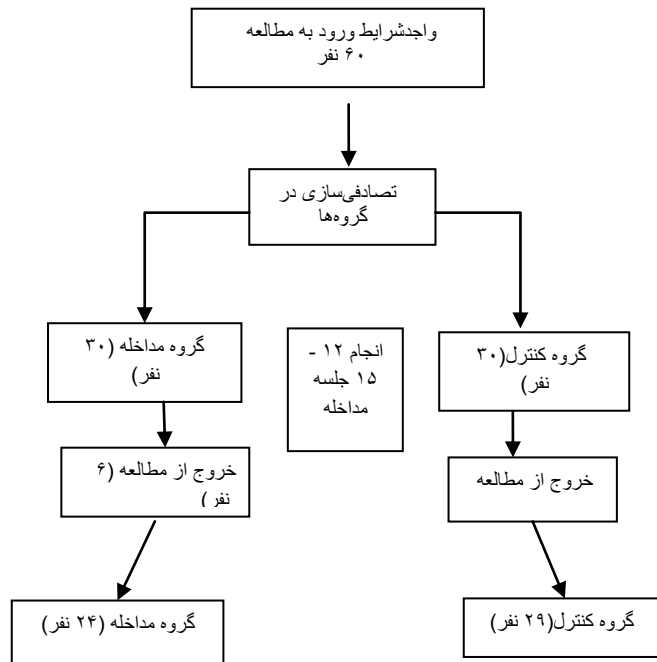
جدول شماره (۵) ضرایب رگرسیون خطی متغیر اضطراب

p-value	خطای معیار ضریب رگرسیون	حدود اطمینان ضریب رگرسیون	ضریب رگرسیون	ضرایب متغیر وابسته به لگاریتم اختلاف نمره اضطراب
۰/۰۰۱	۰/۱۳۱	۱/۷ - ۴/۸	۲/۱۵	گروه
۰/۲۶	۰/۱۱	۰/۳۶ - ۰/۱	- ۰/۱۲۹	قومیت

جدول شماره (۶) ضرایب رگرسیون خطی متغیر خودکارآمدی

p-value	خطای معیار ضریب رگرسیون	حدود اطمینان ضریب رگرسیون	ضریب رگرسیون	ضرایب متغیر وابسته به لگاریتم اختلاف نمره اضطراب
۰/۰۰۱	۰/۲۱	-۳/۰۴—۲/۱	-۲/۵	گروه
۰/۴	۰/۱۴۱	-۰/۱۷—۰/۴	۰/۱۱	قومیت

توزیع قومیت در دو گروه یکسان نبود ($p < 0.05$)؛ لذا برای کنترل قومیت از آزمون رگرسیون خطی استفاده شد.



شکل شماره (۱) دیاگرام نحوه انتخاب و حضور شرکت کنندگان در دو گروه شاهد و مداخله

در گروه مداخله

۱. یک نفر با تجویز پزشک استراحت مطلق گرفت.
 ۲. یک نفر با کاهش مایع آمینوتیک رو به رو شد.
 ۳. دو نفر با شروع زودرس دردهای زایمانی رو به رو شدند.
 ۴. دو نفر با مخالفت همسر مواجه شدند.
- در گروه کنترل یک نفر به علت مهاجرت از مطالعه خارج شد.

References:

1. Rubertsson C, Hellström J, Cross M, Sydsjö G. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of women's mental health*. 2014; 17(3):221-8.
2. Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen H-U. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early human development*. 2010;86(5):305-10.
3. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2014; 28(1):25-35.
4. Ghazaei M, Davoudi I, Nisea AK, Mehrabizadeh Honarmand M, Basak Nejad S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of delivery, fear of pain, self-efficacy of childbirth and tendency to cesarean section in nursing women. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016;19(31):1-12.
5. Sondhi S, Pormanaf R. *Yoga in Pregnancy and Childbirth*. 1, editor. Tehran: naslenowandish; 2008.
6. Khoursandi M, Vakilian K, Goudarzi T, Abdi M. Childbirth preparation using behavioral cognitive skill in childbirth outcomes of primiparous women. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2013;15:76-80.[persain]
7. JABBARI Z, HASHEMI H, HAGHAYEGH SA. Survey on effectiveness of cognitive behavioral stress management on the stress, anxiety, and depression of pregnantwomen. *HEALTH SYSTEM RESEARCH*. 2012; 8(7):1341-47.[persain]
8. Imanparast R, Bermas H, Danesh S, Ajoudani Z. The effect of cognitive behavior therapy on anxiety reduction of first normal vaginal delivery. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Journals*. 2014 ;22(1):974-80.[persain]
9. Kang YT, Yao Y, Dou J, Guo X, Li Y, Zhao CN, et al. Prevalance and rik factors of maternal anxiety in late pregnancy in China. *International journal of Public Health*. 2016;13(5):468.
10. Artal R, O'toole M. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum. *British journal of sports medicine*. 2003; 37(1):6-12.
11. Karamoozian M AG, Behroozy N. The Study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2017;5(4):22-34.[persain]
12. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*. 2006;5:307-337.
13. Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Ganmble J. Factor aociated with childbirth elf-efficacy in Autralian childbearing

- women. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2015;15:29.
14. Field T. Pregnancy and labor massage. *Expert review of obstetrics & gynecology*. 2010; 5(2):177-81.
 15. Sun Y-C, Hung Y-C, Chang Y, Kuo S-C. Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. *Midwifery*. 2010; 26(6):31-6.
 16. Newham JJ, Westwood M, Aplin JD, Wittkowski A. State-trait anxiety inventory (STAI) scores during pregnancy following intervention with complementary therapies. *Journal of affective disorders*. 2012;142(1):22-30.
 17. Taherkhani H, Hosseini Naeeni F, Mostafavi H, Hosseini H. Effect of Yoga in treatment of obsessive-compulsive treated with standard drugs. *Andishe & Raftar*. 2003; 9(1):47-52.[persain]
 18. Ibanez G, Charles M-A, Forhan A, Magnin G, Thiebaugeorges O, Kaminski M, et al. Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: Data from the EDEN mother-child cohort. *Early Human Development*. 2012;88:643-9.
 19. Satyapriya M, Nagarathna R, Padmalatha V, Nagendra H. Effect of integrated yoga on anxiety, depression & well being in normal pregnancy. *Complementary therapies in clinical practice*. 2013;19(4):230-6.
 20. Esterabady M. The effectiveness of yoga exercises on reducing the anxiety of labor and increasing the mental health of pregnant women. *National Conference on Jurisprudence, Law and Psychology*. 2016.
 21. Khorsandi M, Ghofranipour F, Faghihzadeh S, Hidarnia A, Akbarzadeh Bagheban A, Aguilar-Vafaie ME. Iranian version of childbirth self-efficacy inventory. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(21):2846-55.[persain]
 22. Babanazari I, Kafi, Mehdi S. Comparative study of pregnancy anxiety in relation to its different periods, marital satisfaction and demographic factors. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology of*. 2008;14(2):206.
 23. Satyapriya M, Nagendra HR, Nagarathna R, Padmalatha V. Effect of integrated yoga on stress and heart rate variability in pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;104(3):218-22.
 24. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2000;21(4):219-24.
 25. Field T. Yoga clinical research review. *Complementary therapies in clinical practice*. 2011;17(1):1-8.
 26. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Medina L, Delgado J, Hernandez A. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *Journal of bodywork and movement therapies*. 2012;16(2): 204-9.

The Effect of Hatha Yoga on Anxiety and Self-Efficacy of Primiparous Women in Labor

Khojasteh F¹, Evin A^{*2}, Ansari H³

1. Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
2. MSc Student in Midwifery Consulting, Department of Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
3. Associate Professor, Department of Epidemiology, Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Received: 10 December, 2019; Accepted: 10 March, 2019

Abstract

Introduction: Anxiety during pregnancy has negative consequences on mother and fetus' health and decreases mothers' self-efficacy. Today, yoga is used to control anxiety in a variety of contexts. This study aims at determining the effect of yoga on anxiety and self-efficacy of primiparous women.

Methods: This randomized clinical trial was conducted in 2017 on 60 primiparous women aged 18-40 years old referred to Zahedan health centers. The participants were randomly assigned to two groups of intervention and control. During the weeks 26-27 of pregnancy 30 patients of the intervention group, received 15-12 sessions of Hatha Yoga exercises and 30 mothers of control group received normal care. Data were collected using a demographic questionnaire, pregnancy anxiety and self-efficacy. The pre-test was completed at week 26 and post-test at weeks 34-36 with two weeks in between; the data was analyzed using paired t-test, Mann-Whitney and chi-square tests, linear regression tests and SPSS 16.

Results: The mean of anxiety scores before and after the intervention in the experimental and control groups were (38.36 ± 4.86) and (37.26 ± 7.11) , after intervention (24.87 ± 4.50) , (37.84 ± 6.4) and $(P=0.48)$ respectively. The mean of self-efficacy score before intervention in the experimental and control group was (78.43 ± 24.7) and (62.69 ± 21.74) and after the intervention (124.45 ± 13.26) and (16.33 ± 92.75) respectively, and $(P=0.001)$.

Conclusion: After the intervention, the mean anxiety score in the experimental group decreased and self-efficacy increased. It seems that Hatha Yoga has been used to reduce anxiety and increase self-efficacy of first pregnant women in the second and third trimesters.

Keywords: Anxiety, Hatha yoga, primiparous

*Corresponding author: E.mail: aazam.avin2080@gmail.com