

## Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and psycho-education on fear of natural childbirth and its related variables

M. Ghazaei<sup>1\*</sup>, I. Davodi<sup>2</sup>, A. Neysi<sup>3</sup>, M. Mehrabizadeh Honarmand<sup>3</sup> & S. Basak Nejad<sup>4</sup>

1\*. Ph.D. in Psychology, Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran

3. Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran

4. Associate professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran

### Abstract

**Aim:** The aim of the current study was the determination of the effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy in comparison with psycho-education, on the fear of childbirth and its related variables. **Methods:** Method was quasi-experimental and the statistical population of nulliparous women from Ahwaz was 8000. Among them 54 women who had the entrance criteria for being considered in the research were selected. Selection was based on participants' availability and they were randomly assigned to three groups of 18 women. Research tools were Wijma, Wijma and Zar's Delivery Expectancy Questionnaire (1998) McCracken and Dhingra's Pain Anxiety Symptoms (2002), Lowe's Childbirth Self-Efficacy Inventory (1993), also nine sessions of 90-minute of Cognitive Behavioral Therapy Nminen (2016) and six sessions of 90-minute of psycho-education (Rouhi, Salmela-Aro, Toivanen, Tokola, Halmesmäki & Saisto, 2013) for two times a week. After removing eight persons due to their absentees in two-thirds of sessions, the data of 46 persons were analyzed by the use of covariance method and comparison of two independent ratios. **Results:** Result revealed that Cognitive Behavioural Therapy decreases the fear of childbirth ( $F=70.64$ ,  $P=0.001$ ), fear of pain ( $F=4.25$ ,  $P=0.02$ ) and increases the tendency to natural childbirth ( $Z=3.12$ ,  $P=0.002$ ) and self-efficacy of childbirth ( $F=108.73$ ,  $P=0.001$ ) and its effectiveness on these variables is more than psych education. Psych education only led to the increase of self-efficacy of childbirth ( $F=108.73$ ,  $P=0.001$ ) and a decrease of fear of childbirth ( $F=70.64$ ,  $P=0.01$ ). The difference in the final frequency of natural childbirth in the experimental group with the control group ( $Z=1.56$ ,  $P=0.1$ ) and psych education ( $Z=0.7$ ,  $P=0.4$ ) group was not significant. **Conclusion:** Since Cognitive Behavioural Therapy uses behavioural strategies and targets the irrational thoughts of women toward natural childbirth, it leads to the decrease of fear of childbirth and more effective than psychological training in the aforementioned fields.

**Key words:** *fear, natural childbirth, pain, self-efficacy*

**Citation:** Ghazaei, M., Davodi, I., Neysi, A., Mehrabizadeh Honarmand, M., & Basak Nejad, S. (2018). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and psycho-education on fear of natural childbirth and its related variables. *Journal of Applied Psychology*, 12(1): 103-125.

Received: 24 August 2017  
Accepted: 20 January 2018

Corresponding author:  
Ma\_gh349@mail.um.ac.ir

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری و آموزش روانی بر ترس از زایمان طبیعی و متغیرهای مرتبط با آن

مریم قضایی<sup>۱\*</sup>، ایران داودی<sup>۲</sup>، عبدالکاظم نیسی<sup>۳</sup>، مهناز مهربانی زاده هنرمند<sup>۴</sup> و سودابه بساک نژاد<sup>۴</sup>

\*۱. دکترای روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با آموزش روانی بر ترس از زایمان و متغیرهای مرتبط با آن بود. **روش:** روش پژوهش نیمه تجربی و جامعه آماری زن‌های نخست‌زای شهر اهواز در سال ۱۳۹۴ به تعداد تقریبی ۸۰۰۰ نفر بود. از بین آن‌ها ۵۴ زن که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند؛ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شکل تصادفی در سه گروه ۱۸ نفری گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه انتظار زایمان ویژما، ویژما و زَر (۱۹۹۸)، نشانه‌های اضطراب درد مک‌کراکن و دینگرا (۲۰۰۲)، خودکارامدی زایمان لویی (۱۹۹۳)، ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری نایمین، (۲۰۱۶) و ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش روانی روحی، سالملا-آرو، تویوانن، توکولا، هالمسماکی و سایستو، (۲۰۱۳) هفته‌ای دو بار بود. پس از حذف ۸ نفر به دلیل غیبت در دو سوم جلسه‌ها داده‌های ۴۶ نفر با استفاده از روش کوواریانس و مقایسه دو نسبت مستقل تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری ترس از زایمان ( $P=0/001, F=70/64$ ) و ترس از درد ( $P=0/02, F=4/25$ ) را کاهش و تمایل به زایمان طبیعی ( $P=0/002, Z=3/12$ ) و خودکارامدی زایمان را افزایش داده ( $P=0/001, F=108/73$ ) و اثربخشی آن در مورد این متغیرها بیش از آموزش روانی است. آموزش روانی تنها باعث افزایش خودکارامدی زایمان ( $P=0/001, F=108/73$ )، کاهش ترس از زایمان شده بود ( $P=0/01, F=70/64$ )، همچنین تفاوت فراوانی نهایی زایمان طبیعی در گروه شناختی رفتاری با گروه گواه ( $P=0/1, Z=1/56$ )، و گروه آموزش روانی ( $P=0/4, Z=0/7$ ) معنی‌دار نبود. **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی رفتاری با هدف قرار دادن افکار غیرمنطقی زن‌ها نسبت به زایمان طبیعی و استفاده از راهبردهای رفتاری باعث کاهش ترس زن‌ها از زایمان می‌شود و موثرتر از آموزش روانی در زمینه‌های مذکور است.

**کلیدواژه‌ها:** ترس، خودکارامدی، درد، زایمان طبیعی

**استناد به این مقاله:** قضایی، مریم، داودی، ایران، نیسی، عبدالکاظم، مهربانی زاده هنرمند، مهناز، و بساک نژاد، سودابه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و آموزش روانی بر ترس از زایمان طبیعی و متغیرهای مرتبط با آن. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱۲ (پیاپی ۴۵): ۱۲۵-۱۰۳.

دریافت مقاله: ۹۶/۰۶/۰۳  
پذیرش مقاله: ۹۶/۱۰/۳۰

نویسنده مسئول:  
Ma\_g349@mail.um.ac.ir

## مقدمه

در طول دهه‌های گذشته نرخ سزارین در کشورهای صنعتی افزایش یافته است. این الگوی رو به رشد در ایران نیز دیده می‌شود و نگرانی‌های زیادی را به وجود آورده است. طبق گزارش سازمان سلامت جهانی در سال ۲۰۱۰ حدود ۵۰ تا ۶۵ درصد زایمان‌ها در ایران به روش سزارین بوده است. این در حالی است که به اعتقاد سازمان بهداشت جهانی هیچ‌گونه توجیهی برای هیچ منطقه‌ای وجود ندارد که نرخ سزارین بالاتر از ۱۰ تا ۱۵ درصد باشد (عمیدی مظاهری، امیری، خورسندی، حسن‌زاده و طاهری، ۱۳۹۴). ترس شدید از زایمان یکی از شایع‌ترین دلایل انتخاب سزارین توسط مادران است. زایمان همیشه با تهدید زندگی همراه است و بنابراین منطقی است که زن‌ها از رویدادی غیرقابل کنترل در طول زایمان بترسند. اما تنها ۶ تا ۱۰ درصد کل زن‌های باردار دچار ترس شدید از زایمان هستند. ترس شدید از زایمان به شکل اضطراب، کابوس‌های شبانه و نشانه‌های جسمی آشکار و اغلب باعث می‌شود که مادر تقاضای سزارین کند (روحی، سالملا-آرو، تویوانن، توکولا، هالمسماکی و سایستو، ۲۰۱۳). پژوهشگرانی مانند سیدسجوه، سیدسجوه، گانرویوک، بلاده و جوزفسون (۲۰۱۲) دریافتند که اطلاعات ضعیف درباره زایمان، ترس از درد، ترس از مرگ، فقدان اعتماد به کارکنان بیمارستان، تجربه‌های منفی از زایمان‌های قبلی، خودکارامدی ضعیف زایمان، نگرانی درباره مشکلات جنسی پس از زایمان و نگرانی درباره سلامتی نوزاد از جمله دلایل عمده ترس از زایمان هستند. لازم به ذکر است که از بین تمام موارد بالا ترس از درد و خودکارامدی زایمان توجه بیشتری را در ادبیات پژوهشی به خود جلب کرده است.

ترس از درد زایمان با ترس از درد عمومی ارتباط زیادی دارد و در برخی از پژوهش‌ها مهم‌ترین دلیل ایجاد ترس از زایمان است (استول و هال، ۲۰۱۳). عقاید فاجعه‌آمیز راجع به درد باعث ایجاد ترس از درد می‌شود و افراد دچار ترس از درد نه تنها درد بیشتری را ادراک می‌کنند؛ بلکه مدام در تلاشند تا از هرگونه فعالیتی که منجر به درد می‌شود؛ اجتناب کنند. در افراد دچار ترس از زایمان انتخاب سزارین در واقع رفتار اجتناب از درد است (تورک و ویلسون، ۲۰۱۰). خودکارامدی زایمان<sup>۱</sup> عوامل دیگری است که می‌تواند در ترس از زایمان نقش مهمی ایفا کند. خودکارامدی اعتقاد شخص به توانایی‌های خود برای انجام رفتار تعریف می‌شود (بندورا<sup>۲</sup>، ۱۹۸۶؛ نقل از سالملا-آرو، رید، روحی، هالمسماکی، تویوانن و توسکا، ۲۰۱۲). خودکارامدی زایمان بنا بر تعریف لویی<sup>۳</sup> (۱۹۹۳؛ نقل از سالومونسون، ۲۰۱۲) به معنی اعتقاد به توانایی خود برای مقابله با درد زایمان و نیز تولد طبق تعدادی از رفتارهای مقابله‌ای است. خودکارامدی پایین زایمان باعث می‌شود تا زن‌ها

1. self-efficacy of childbirth
2. Bandura
3. Lowe

هنگام زایمان کمتر به راهبردهای رفتاری کاهش درد متوسل شوند (گاسکوکا، ۲۰۱۴). به‌علاوه زنی که خود را برای مقابله با زایمان پیش‌رو توانا نمی‌بیند؛ حتی ممکن است برای تلاش کردن نیز انگیزه‌ای نداشته باشد و سزارین را به‌عنوان تنها راه جایگزین انتخاب کند (سالومونسون، ۲۰۱۲).

در حالی که سزارین به‌دلیل مشکلات متعددی نظیر کم‌خونی، عفونت‌های رحمی، افزایش میزان مرگ و میر، مشکلات شیردهی، کاهش کیفیت خواب در مادر، انسداد راه‌های هوایی در مادر و نوزاد، کاهش دلبستگی بین مادر و نوزاد، افزایش احتمال افسردگی پس از زایمان و جز آن که ممکن است برای مادر و نوزاد ایجاد کند؛ باید محدود به مواردی شود که زایمان طبیعی با خطرهای جدی برای جنین و مادر همراه باشد (اتقایی و نوحی، ۱۳۹۰). ترس از زایمان علاوه بر افزایش نرخ سزارین تا حد زیادی می‌تواند در دوران بارداری و هنگام زایمان برای مادر و کودک مشکل‌زا باشد. احتمال زایمان زودرس، کم‌وزنی نوزاد، تهوع و استفراغ شدید در اوایل بارداری، افزایش فشار خون، محدودیت رشد جنین، بی‌قراری و بیش‌فعالی، لب شکری<sup>۱</sup> و مرگ نوزاد از جمله عوارض ترس و اضطراب در دوران بارداری است (سعیدی، معموری، آیتی، رحمانی و رباط سنگی، ۱۳۸۸).

بنابراین هر زن بارداری که ترس شدید از زایمان را گزارش می‌دهد؛ باید مراقبت حرفه‌ای دریافت کند تا دوره بارداری خود را به‌خوبی مدیریت کند و تجربه امن و مثبتی از بارداری داشته باشد (سیدسجو و همکاران، ۲۰۱۲). از نظر برخی از پژوهشگران آنچه باعث ترس از زایمان مادر باردار می‌شود؛ ناآگاهی او از مراحل و ماهیت انقباض‌های رحمی و حتی داشتن اطلاعات نادرست و غلط است (اتقایی و نوحی، ۱۳۹۰). در چنین شرایطی آموزش درباره زایمان تا حد زیادی می‌تواند این هراس را برطرف کند و مادران را به سوی زایمان طبیعی سوق دهد. در پژوهش‌های زیادی پژوهشگران سعی داشته‌اند تا با آموزش‌های روانی توسط ماماها و مراقبان سلامت ترس از زایمان و متعاقب آن تعداد سزارین‌های انتخابی را کاهش دهند (روحی و همکاران، ۲۰۱۳).

اما پژوهشگرانی مانند گاسکوکا (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند مداخله‌های آموزشی تنها زمانی مؤثر است که زن‌های آموزش‌دیده فاقد چنین اطلاعات ترس‌آوری باشند. به‌علاوه نتایج پژوهش‌هایی مانند پژوهش هوهارن (۲۰۰۸) و گاسکوکا (۲۰۱۴) حاکی از آن است که مداخله‌های آموزشی بر کاهش سزارین انتخابی و افزایش خودکارآمدی زایمان تأثیری نداشته است. بنابراین در کافی بودن اثربخشی این آموزش‌ها تردید وجود دارد؛ به‌ویژه اینکه آزمودنی‌ها در بیشتر این پژوهش‌ها دچار ترس شدید از زایمان نیز نبوده‌اند. همین دلایل باعث شده است تا پژوهشگران و متخصصان حوزه بارداری و زایمان، مادران دچار ترس شدید از زایمان را نیازمند دریافت

مداخله‌های تخصصی تری بدانند. تا حدی که حکومت انگلیس و ولز دستورالعملی را جهت سزارین تدارک دیده و در آن بیان کرده است که "زمانی که زنی به دلیل ترس از زایمان طبیعی سزارین را انتخاب می‌کند؛ باید تحت مشاوره نظیر درمان شناختی رفتاری قرار بگیرد تا به او برای کاهش ترس‌هایش کمک شود" (ویور، بران، آراس پاین و مگیل کاردن، ۲۰۱۲).

از بین انواع متفاوت مشاوره و روان‌درمانی، درمان شناختی رفتاری توجه بیشتری را به خود جلب کرده است؛ زیرا مدت زمان آن کوتاه و قابل تغییر است و بر مشکل متمرکز می‌شود. اثربخشی مداخله‌های شناختی رفتاری بر اختلال‌های اضطرابی (موسوی‌نیا، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۳) و افسردگی پس از زایمان (احمدی کانی گلزار، اصغرنژاد و قلی‌زاده، ۱۳۹۲) و درمان‌های گروهی (بختیاری و عابدی، ۱۳۹۱) به کرات ثابت شده است. برخی از پژوهشگران مانند سیدسجوه و همکاران (۲۰۱۲)؛ فنویک، گامبل، کریدی، بویست، تورکسترا و همکاران (۲۰۱۳) و نایمینن (۲۰۱۶) اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر کاهش ترس از زایمان، سزارین و افزایش خودکارآمدی زایمان و آمادگی برای زایمان نشان داده‌اند. به‌رغم اینکه ترس از زایمان در داخل کشور نیز شیوع بالایی دارد و سزارین در مراکز دولتی و خصوصی بیشتر از ۴۰ و ۷۰ درصد گزارش شده است (فیصل، متین‌نیا، هجر و خداکرمی، ۲۰۱۴) ولی مراقبان سلامت در مراکز دولتی و خصوصی به برگزاری کلاس‌های آمادگی زایمان و آموزش روانی اکتفا می‌کنند. این در حالی است که حتی در ادبیات پژوهشی داخل کشور پژوهشی پیرامون اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر ترس از زایمان و عوامل زمینه‌ساز آن به‌چشم نمی‌خورد. به همین جهت پژوهش حاضر انجام شد تا به سؤال‌های زیر پاسخ دهد.

۱. آیا درمان شناختی رفتاری بر کاهش ترس از زایمان، ترس از درد و افزایش تمایل به زایمان طبیعی، زایمان طبیعی و خودکارآمدی زایمان زن‌های نخست‌زا موثر است؟
۲. آیا آموزش روانی بر کاهش ترس از زایمان، ترس از درد و افزایش تمایل به زایمان طبیعی، زایمان طبیعی و خودکارآمدی زایمان زن‌های نخست‌زا موثر است؟
۳. آیا میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش ترس از زایمان، ترس از درد، و افزایش تمایل به زایمان طبیعی، زایمان طبیعی و خودکارآمدی زایمان زن‌های نخست‌زا متفاوت از آموزش روانی است؟

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و جامعه آماری کلیه زن‌های نخست‌زای شهر اهواز در سال ۱۳۹۴ به تعداد تقریبی ۸۰۰۰ نفر بود. شیوه انتخاب نمونه به‌صورت در دسترس و از طریق نصب فراخوان در مراکز

بهداشتی درمانی شهر اهواز از جمله مرکز آمادگی زایمان، درمانگاه تخصصی رازی و مطب‌های متخصصان زنان و زایمان برای شرکت زن‌های نخست‌زا در این پژوهش بود. بعد از ثبت نام ۵۴ نفر از افرادی که دارای شرایط شرکت در پژوهش بودند؛ نمونه‌گیری خاتمه یافت و این افراد از طریق قرعه‌کشی و به‌شکل تصادفی در سه گروه ۱۸ نفری درمان شناختی رفتاری، آموزش روانی و گواه گمارده شدند. معیارهای ورود شامل سن بارداری ۱۶ تا ۲۴ هفتگی، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، تک‌قلوبی و معیارهای خروج شامل ابتلا به بیماری‌های مزمن روانی یا جسمانی، مصرف داروی اعصاب و روان و بارداری پرخطر بود. در پایان داده‌های ۶ نفر از گروه درمان شناختی رفتاری و ۳ نفر از گروه آموزش روانی به‌دلیل شرکت نکردن در دو سوم جلسه‌ها در تحلیل وارد نشد. بنابراین تعداد افراد گروه گواه به ۱۸ نفر، درمان شناختی رفتاری به ۱۳ نفر و آموزش روانی به ۱۵ نفر کاهش یافت.

## ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه انتظار زایمان ویژما<sup>۱</sup>. این پرسشنامه ۳۳ سؤالی توسط ویژما، ویژما و زر (۱۹۹۸) برای اندازه‌گیری ترس‌ها و انتظاراتی مربوط به قبل از زایمان ساخته شد و در طیف لیکرت از ۰ تا ۵ توسط زن‌های باردار نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های بالاتر ترس بیشتر از زایمان را آشکار می‌کند. ویژما و همکاران (۱۹۹۸) پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ  $0/93$  برآورد کرده‌اند. همچنین بر اساس پژوهش آن‌ها روایی همگرایی پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است (ویژما و همکاران، ۱۹۹۸). در این پژوهش ابتدا پرسشنامه از طریق پست الکترونیکی<sup>۲</sup> از دکتر ویژما گرفته و سپس توسط دو کارشناس زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. جهت سنجش پایایی و روایی و نقطه برش این پرسشنامه از ۱۰۰ نفر از زن‌های بارداری که به‌شیوه در دسترس انتخاب شده بودند؛ خواسته شد تا پرسشنامه انتظار زایمان ویژما و همکاران (۱۹۹۸) و مقیاس نگرش زایمان هارمن<sup>۳</sup> ۲۰۰۰ را تکمیل کنند. برای تعیین نقطه برش از آن‌ها سؤال شد که "در صورت عدم منع پزشکی کدام نوع زایمان را ترجیح می‌دهند؟" ۳۷ نفر زایمان طبیعی و ۶۳ نفر باقی‌مانده سزارین را ترجیح داده بودند. آزمون  $t$  مستقل نشان داد؛ تفاوت میانگین نمره‌های ترس از زایمان در دو گروه معنی‌دار است  $(P=0/001, t=3/48)$ . بنابراین میانگین نمره ترس از زایمان در گروه سزارین به نمره ۹۱ گرد و به‌عنوان نقطه برش در این پژوهش انتخاب شد. پایایی پرسشنامه در این پژوهش از طریق دو نیمه کردن و نیز آلفای کرونباخ به‌ترتیب  $0/86$  و  $0/93$  به‌دست آمد. در این پژوهش برای

1. Wijma Delivery Expectancy Questionnaire
2. E-mail
3. Harman attitude of childbirth

بررسی روایی این پرسشنامه نیز از مقیاس نگرش زایمان هارمن ۲۰۰۰ استفاده شد. همبستگی بین این دو پرسشنامه برابر با ۰/۵۶ و در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود.

**۲. مقیاس نشانه‌های اضطراب درد<sup>۱</sup>.** نسخه کوتاه این مقیاس ۲۰ سؤالی توسط مک‌کراکن و دینگرا (۲۰۰۲) ساخته شده است و در طیف لیکرت از ۰ تا ۴ نمره گذاری می‌شود. نمره‌های بیشتر، اضطراب درد بالاتر را نشان می‌دهد. پایایی این پرسشنامه توسط سازندگان آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برآورد شده و روایی آن نیز از طریق همبستگی معنی دار آن با مقیاس اضطراب هامیلتون<sup>۲</sup>، ۱۹۶۷ تأیید شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۷ در نمونه غیربالینی و برای درد حاد سنجش و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ و روایی آن از طریق همبستگی با پرسشنامه ترس از درد مک‌نیل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸ مناسب ارزیابی شد. پاک نژاد، اصغری مقدم، رحیمی نژاد، رستمی و طاهری (۱۳۹۳) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس نشانگان اضطراب درد، پایایی این مقیاس را به روش همسانی درونی ۰/۷۰ و ضریب همبستگی روایی همگرای این مقیاس را با پرسشنامه‌های افسردگی بک<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸؛ اضطراب هامیلتون، ۱۹۶۷ و ترس از حرکت میلر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱ مثبت و معنی دار گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمد.

**۳. مقیاس خودکارآمدی زایمان<sup>۶</sup>.** لویی (۱۹۹۳) این ابزار خودگزارشی ۶۲ سؤالی را با هدف اندازه‌گیری اعتماد مادر به توانایی خود برای زایمان ساخت. این مقیاس از دو بخش مرحله فعال شامل سؤال‌های ۱ تا ۳۱ و مرحله دوم زایمان شامل سؤال‌های ۳۲ تا ۶۲ تشکیل شده و هر قسمت دارای دو بخش انتظار پیامد شامل سؤال‌های ۱ تا ۱۵ و ۳۲ تا ۴۷ و انتظار خودکارآمدی شامل سؤال‌های ۱۶ تا ۳۱ و ۴۸ تا ۶۲ است (خورسندی، غفرانی پور، حیدرنیا، فقیه زاده، وفایی و همکاران، ۱۳۸۷). لویی (۱۹۹۳) پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی برای خرده مقیاس‌های آن ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ برآورد کرده و روایی همگرای آن نیز از طریق همبستگی مثبت و معنی دار با پرسشنامه‌های خودکارآمدی عمومی تأیید شده است. پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران در پژوهش خورسندی و همکاران (۱۳۸۷) ارزیابی شد و همسانی درونی خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ به دست آمد و روایی سازه آن مناسب ارزیابی شد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ به دست آمد.

1. Pain Anxiety Symptoms Scale
2. Hamilton
3. McNeil
4. Beck
5. Miller
6. Childbirth Self-Efficacy Inventory (CSEI)

۴. **درمان شناختی رفتاری**<sup>۱</sup>. ساختار جلسه‌های این مداخله در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دوبار و بر مبنای درمان شناختی رفتاری نایمین (۲۰۱۶) در زیر آمده است. در کل جلسه‌ها مطالب جلسه‌های قبل مرور، جمع‌بندی و تکلیف خانگی تعیین و بازخورد اخذ می‌شد.

**جلسه اول.** پس از معرفی درمانگر و اعضای گروه به یکدیگر قوانین به گروه معرفی و آموزش‌های لازم به مراجعان درباره پدیده ترس از زایمان، دلایل آن و تأثیر آن بر فرایند بارداری و زایمان داده شد. پس از جمع‌بندی از مراجعان خواسته شد؛ نسبت به اولین جلسه بازخورد بدهند. به‌عنوان نمونه یکی از مراجعان ذکر کرد برای اولین بار است که متوجه شده است که ترس او از زایمان طبیعی می‌تواند غیرمنطقی و مرضی باشد.

**جلسه دوم.** در این جلسه چرخه «افکار، احساس و رفتار» به مراجعان معرفی و از آن‌ها سؤال‌هایی مانند اینکه چگونه انتظار دارید این جلسه‌ها منجر به کاهش ترس از زایمان شما شود؛ پرسیده شد. به‌عنوان نمونه برخی از اعضای گروه عنوان کردند که تصورشان این بوده است که در این جلسه‌ها تمرین‌های ورزشی جهت کاهش ترس از زایمان به آن‌ها ارائه می‌شود. سپس انتظارهای اعضای گروه از درمان اصلاح شد و اعضای گروه متوجه شدند که خود مسئول تغییر افکار غیرمنطقی خود راجع به زایمان هستند و درمانگر به‌عنوان هدایت‌کننده در این مسیر به آن‌ها کمک می‌کند. هدف از این قسمت افزایش مسئولیت‌پذیری نسبت به روند بهبود مراجعان بود. در ادامه درباره فواید و زیان‌های زایمان طبیعی و سزارین برای افزایش انگیزه بیماران جهت درمان، بحث و تبادل نظر بیان و به‌عنوان نمونه گفته شد که از فواید زایمان طبیعی دوره نقاهت کوتاه و شروع سریع شیردهی و از فواید سزارین قابل برنامه‌ریزی بودن آن است. از زیان‌های زایمان طبیعی غیرقابل برنامه‌ریزی بودن آن و از زیان‌های سزارین تاخیر در شیردهی و از دست دادن خون بیشتر است. درنهایت از اعضای گروه خواسته شد تا در طول هفته هر زمان احساس منفی شدیدی را به‌ویژه درباره زایمان تجربه کردند؛ افکار خود را یادداشت کنند.

**جلسه سوم.** در این جلسه هنگام مرور تکالیف آموزش شناسایی افکار خوداینند نیز انجام شد. به‌عنوان نمونه یکی از اعضای گروه بیان کرد که هنگام صحبت با دوستش راجع به زایمان به‌شدت دچار احساس اضطراب شده است. از او خواسته شد تا افکارش را در آن لحظه به‌خاطر بیاورد. او بیان کرد در آن لحظه به این فکر می‌کرده است که نمی‌تواند از پس درد زایمان برآید. در این وهله با استفاده از همین مثال و نظرخواهی از سایر اعضای گروه ارتباط و تأثیرگذاری افکار بر احساسات بیان و درباره مراحل زایمان نیز توضیح‌های لازم ارائه شد.

---

## 1. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)



جلسه چهارم. در این جلسه سؤال‌هایی درباره ارزیابی افکار خودایند منفی مانند چه شواهدی برای تأیید فکر من وجود دارد؟ همچنین خطاهای فکری شایع در زایمان مانند فاجعه‌انگاری که درد زایمان فاجعه و غیرقابل تحمل است؛ معرفی و بیان شد که یکی دیگر از خطاهای فکری رایج در زن‌های دچار ترس از زایمان فیلتر ذهنی است. این زن‌ها تجارب مثبت زن‌هایی که زایمان طبیعی را داشته‌اند نادیده می‌گیرند و تنها بر تجارب منفی دوستان و آشنایان خود از زایمان طبیعی تمرکز می‌کنند. سپس تمرین‌های مربوط به فیلتر ذهنی انجام شد.

جلسه پنجم. در این جلسه فنون رفتاری پرت کردن حواس مانند گوش دادن به موسیقی، تمرکز مجدد مانند تمرکز کامل و با تمام حواس پنجگانه بر کار در حال انجام مانند آشپزی، تهیه کارت‌های مقابله یعنی کارت‌هایی که یک سمت آن افکار خودایند منفی راجع به زایمان و سمت دیگر آن پاسخ منطقی به این فکر خودایند نوشته شود، تنفس عمیق به شکل تنفس شکمی و آرمیدگی عمیق عضلانی<sup>۱</sup> ۱۶ گروهی آموزش داده شد.

جلسه ششم. در این جلسه اعضای گروه با تصاویر ذهنی شایع در بارداری آشنا شدند. در بعضی موارد زن‌ها ذکر کردند هنگام اضطراب و نگرانی نمی‌توانند افکار خودایند خود را شناسایی کنند. در این موارد از آن‌ها خواسته شد تا تصاویر ذهنی خود را شناسایی کنند. برخی از زن‌های دچار ترس از زایمان گفتند دارای تصاویر ذهنی هستند که خود را در بدترین حالت در اتاق زایمان به صورت رها شده می‌بینند. بنابراین از آن‌ها خواسته شد فنون پیگیری تصاویر ذهنی را تا کامل شدن آن‌ها یعنی موقعیت و تصویر ذهنی زایمان را تا جایی ادامه دهند که انگار زایمان کامل انجام شده است و نوزاد خود را می‌بینند. در بعضی موارد کامل کردن تصاویر ذهنی هنگام یافتن معنای فاجعه به مرگ خود فرد خاتمه می‌یافت. در چنین مواردی ترس از مرگ بیمار ریشه‌یابی و در صورت لزوم از جلسه‌های انفرادی استفاده شد. برای کامل کردن تصاویر ذهنی و جهش تصاویر به جلو در زمان، در مواردی که بیمار موفق نمی‌شد؛ از آن‌ها خواسته شد تا به‌عنوان نمونه در چند سال آینده درحالی که در ساحل قدم می‌زنند؛ خود را در کنار فرزندشان تصور کنند. هنگام آموزش فن تغییر تصاویر ذهنی به آن‌ها گفته شد؛ فرض کنند صحنه زایمان کردن آن‌ها در حال پخش از تلویزیون است و آن‌ها هنگام پخش تصاویر ناراحت‌کننده باید کانال را تغییر دهند و تصاویر آرامش بخشی مانند قدم زدن در ساحل را تماشا کنند. در نهایت، اجرای آرمیدگی با ۱۶ گروه عضلانی برای مقابله با این تصاویر به اعضای گروه تمرین شد.

جلسه هفتم. در این جلسه برای آموزش حساسیت‌زدایی<sup>۲</sup> از مراجعین خواسته شد هریک سلسله مراتب خود را تهیه کنند تا در ابتدا با اجرای فن آرمیدگی بتوانند تنیدگی عضلانی خود را کاهش

1. deep muscle relaxation
2. desensitization

دهند و سپس به تصویرسازی تدریجی مراحل زایمان بپردازند. در ادامه خواسته شد هر زمان احساس کردند که تنیدگی عضلانی آن‌ها به دلیل تصویرسازی زایمان افزایش یافته است؛ دوباره با اجرای فن آرمیدگی آرامش را به بدن خود بازگردانند.

**جلسه هشتم.** در این جلسه راهبردهای روان شناختی مقابله با درد زایمان مانند خودگویی مثبت، به عنوان مثال، به خود بگویند هرچقدر هم دردناک باشد من از پس آن برمی آیم؛ حواس پرتی، به عنوان مثال، گوش دادن به موسیقی، تهیه کارت‌های مقابله به شکل تهیه کارت‌هایی که در آن فنون آموزش داده شده برای مقابله با ترس و درد در آن فهرستوار ذکر شده است و فرد همراه خود به اتاق زایمان می‌برد تا بتواند به موقع از آن‌ها استفاده کند؛ آموزش داده شد.

**جلسه نهم.** در این جلسه زن‌ها به همراه شوهرهای خود کار گروهی انجام دادند. به دین طریق که به ترتیب از زن‌های باردار و شوهرهای آن‌ها خواسته شد تا ترس‌ها و انتظارات خود را از فرزند دار شدن بیان کنند. زن‌ها و شوهرها به عنوان نمونه گفتند که ترس از مسؤلیت‌های بیشتری دارند که بر عهده هر دو نفر خواهد بود. یا ترس از عدم توجه به یکدیگر به دلیل مشغله زیاد دارند. در ارتباط با این موارد زن‌ها از شوهرهای خود خواستند؛ تقسیم وظایف انجام گیرد تا وقت کافی برای با هم بودن نیز داشته باشند. در پایان پس از جمع‌بندی نهایی مطالب جلسه‌های پیشین پرسشنامه‌های پس‌آزمون توزیع و پس از تکمیل از مراجعان اخذ شد.

**۵. برنامه آموزش روانی<sup>۱</sup>.** منظور از آموزش روانی در این پژوهش ۶ جلسه آموزش ۹۰ دقیقه‌ای برگرفته از طرح آموزشی روحی و همکاران (۲۰۱۳) است که هفته‌ای دوبار به شرح زیر اجرا شد. **جلسه اول.** در این جلسه اطلاعاتی درباره ترس از زایمان و تأثیر آن بر زایمان و بارداری ارائه و بیان شد که ترس از زایمان می‌تواند با ایجاد انقباض‌هایی در بدن باعث سخت، طولانی و دردناک‌تر شدن زایمان طبیعی شود. همچنین در طول دوران بارداری می‌تواند به دلیل افزایش اضطراب تأثیر سویی مانند کم وزنی بر جنین داشته باشد. سپس درباره تأثیر آرمیدگی بر کاهش ترس، اضطراب و درد بحث شد. در پایان جلسه نیز ۳۰ دقیقه آرمیدگی با ۱۶ گروه عضلانی آموزش داده شد.

**جلسه دوم.** ابتدا اطلاعاتی درباره فواید و زیان‌های زایمان طبیعی و سزارین ارائه و بیان شد که از جمله فواید زایمان طبیعی دوره نقاهت کوتاه، شیردهی زودهنگام و از جمله فواید سزارین قابل برنامه‌ریزی بودن آن است. قابل پیش‌بینی نبودن زایمان طبیعی و میزان مرگ و میر بالاتر، از دست دادن خون بیشتر، از دست دادن فرصت طلایی برای شیردهی و نقاهت طولانی‌تر در سزارین از جمله عوارض این دو نوع زایمان است. سپس دلایل شخصی افراد برای انجام سزارین بررسی

شد. از جمله دلایل ذکر شده توسط اعضای گروه درد زیاد زایمان طبیعی، ترس از آسیب به نوزاد در فرایند زایمان طبیعی و ترس از مرگ بود. در پایان جلسه نیز ۳۰ دقیقه آرمیدگی اجرا شد. جلسه سوم، در این جلسه اطلاعات اعضای گروه نسبت به مراحل زایمان سنجیده و از آن‌ها نظرسنجی و سپس اطلاعاتی دربارهٔ مراحل زایمان داده شد. در پایان جلسه نیز ۳۰ دقیقه آرمیدگی اجرا شد.

جلسه چهارم، در این جلسه مراحل معمول بستری شدن هنگام زایمان مثل معاینه اولیه، دریافت لباس و بستری شدن و جز آن و روش‌های ضد درد دارویی مانند بی‌حسی اپیدورال<sup>۱</sup> و اسپینال<sup>۲</sup> در هنگام زایمان بیان و در پایان جلسه نیز ۳۰ دقیقه آرمیدگی اجرا شد.

جلسه پنجم، در این جلسه دربارهٔ تغییرات حاصل از تولد نوزاد در خانواده به‌عنوان مثال درباره افزایش نقش‌ها و مسئولیت‌ها، تغییرات در رابطه زوج‌ها پس از تولد نوزاد مانند کاهش زمان با هم بودن و افزایش نقش والدینی به‌عنوان مثال مراقبت از نوزاد در کنار امور خانه‌داری بحث شد. سپس نحوهٔ افزایش فهم متقابل زوج‌ها از یکدیگر از طریق بیان مستقیم انتظارات و احساسات برای کاهش تعارض‌ها به‌عنوان مثال «انتظار دارم هفته‌ای دو بار آشپزی کنی» آموزش داده شد. در پایان جلسه نیز ۳۰ دقیقه آرمیدگی اجرا شد.

جلسه ششم، در این جلسه نشانه‌های افسردگی پس از زایمان نظیر کاهش خلق، لذت و سطح انرژی معرفی و اطلاعاتی دربارهٔ مراقبت‌های پس از تولد نوزاد نظیر مراجعه برای آزمایش تیروئید و مراقبت‌های بهداشتی از بند ناف نوزاد به مادران داده شد. در نهایت نیز دربارهٔ نحوهٔ آمادگی و برنامه‌ریزی برای زایمان مانند تهیه ساک لوازم مادر و نوزاد و زمان‌سنجی فاصله بیمارستان و منزل صحبت و در پایان جلسه نیز ۳۰ دقیقه آرمیدگی انجام و پرسشنامه‌های پس‌آزمون اجرا شد.

**شیوه اجرا.** ابتدا اطلاعاتی در مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز از جمله مرکز آمادگی زایمان، درمانگاه تخصصی رازی و مطب دکتر فریده فرح بخش، مطب دکتر مژگان براتی، مطب دکتر لیلا هرمزی نصب شد. پس از تماس اولیه با متقاضیان، روند پژوهش برای زنان باردار نخست‌زا تشریح و از آن‌ها سؤال شد "در صورت عدم پیشگی و داشتن حق انتخاب کدام نوع زایمان را ترجیح می‌دهند؟" ۸۹ نفر از زنانی که خواهان سزارین بودند و تمایل شرکت در پژوهش را داشتند به مرکز علوم و تحقیقات رفتاری اهواز دعوت شدند و پرسشنامه انتظار زایمان ویزما و همکاران (۱۹۹۸) را تکمیل کردند. از میان آن‌ها ۵۴ زن که نمره بالاتر از ۹۱ را کسب کردند؛ به دو پرسشنامه دیگر پژوهش نیز پاسخ دادند و برای شرکت در جلسه‌های درمان ثبت نام کردند. بعد

1. epidural
2. spinal

از اتمام نمونه‌گیری و اجرای درمان گروهی شناختی رفتاری به مدت ۵ هفته و آموزش روانی گروهی به مدت سه هفته در مرکز علوم و تحقیقات رفتاری اهواز پرسشنامه‌های مذکور پس از اتمام جلسه‌ها دوباره در دو گروه اجرا شد. پس از اتمام درمان و آموزش در دو گروه مداخله از آزمودنی‌های گروه گواه تقاضا شد؛ هنگام مراجعه برای مراقبت‌های بارداری پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کنند. هنگام اخذ پس‌آزمون نگرش زن‌های هر سه گروه نسبت به زایمان با سؤال "در صورت عدم منع پزشکی و داشتن حق انتخاب کدام نوع زایمان را ترجیح می‌دهید؟" سنجیده شد. این افراد تا پایان بارداری پیگیری شدند و نوع زایمان آن‌ها طی تماس تلفنی مشخص شد. برای رعایت موازین اخلاقی از گروه گواه خواسته شد؛ چنانچه پس از زایمان نیاز به مداخله‌های روان‌درمانی داشتند؛ تماس تلفنی بگیرند. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون مقایسه دو نسبت مستقل تحلیل شد.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان شناختی رفتاری برابر با ۲۷/۶۱ و ۲/۳۶، گروه آموزش روانی همراه با آرمیدگی برابر با ۲۷/۲ و ۴/۰۹ و گروه گواه برابر با ۲۶/۳۳ و ۳/۲۵ بود. در گروه گواه ۴۴/۴ درصد افراد دیپلم، ۵/۶ درصد فوق دیپلم، ۴۴/۴ درصد لیسانس و ۵/۶ درصد فوق لیسانس بودند. در گروه درمان شناختی رفتاری ۷/۷ درصد دیپلم، ۷۶/۹ درصد لیسانس و ۱۵/۴ درصد فوق لیسانس بودند. در گروه آموزش روانی ۲۶/۷ درصد دیپلم، ۱۳/۳ درصد فوق دیپلم، ۴۶/۷ درصد لیسانس و ۱۳/۳ درصد فوق لیسانس بودند. در گروه گواه ۴۴/۴ درصد شاغل و ۵۵/۶ درصد خانه‌دار بودند. در گروه درمان شناختی رفتاری ۳۸/۴۶ درصد شاغل و ۶۱/۵۳ درصد خانه‌دار بودند. در گروه آموزش روانی ۳۳/۳۳ درصد شاغل و ۶۶/۶۶ درصد خانه‌دار بودند.

جدول ۱. نمره‌های ترس از زایمان، ترس از درد و خودکارامدی زایمان در گروه‌های پژوهش

متغیر	درمان شناختی رفتاری		آموزش روانی		گواه
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
ترس از زایمان	۱۰۵/۱۵	۸/۰۸	۱۰۶/۲۲	۱۲/۲۴	۱۰۳/۵۷
	پیش‌آزمون				۹/۶۵
ترس از درد	۶۲/۹۵	۱۴/۷۸	۸۵/۶۴	۷/۱۲	۹۷/۴۱
	پس‌آزمون				۱۰/۲۱
خودکارامدی زایمان	۵۴/۱۷	۱۱/۴۵	۵۳/۸۹	۱۰/۹۸	۵۵/۵۶
	پیش‌آزمون				۱۰/۷۴
پس‌آزمون	۴۹/۷۲	۹/۱۸	۵۲/۷۷	۷/۹۲	۵۴/۵۷
	پیش‌آزمون				۱۰/۵۸
پس‌آزمون	۲۰۲/۷۹	۶۰/۱۷	۲۲۵/۳۵	۷۱/۴۲	۲۱۱/۶۱
	پس‌آزمون				۵۳/۱۵
پس‌آزمون	۴۵۷/۲۶	۵۵/۴۳	۳۶۷/۳۹	۴۳/۷۷	۲۳۴/۶۰
	پس‌آزمون				۵۷/۸۸

طبق جدول ۱ در گروه درمان شناختی رفتاری و در گروه آموزش روانی میانگین نمره‌های ترس از زایمان و ترس از درد در پس‌آزمون کاهش و میانگین نمره خودکارآمدی زایمان در پس‌آزمون افزایش یافته؛ اما میانگین نمره ترس از درد در گروه آموزش روانی تفاوت چندانی نکرده است. میانگین نمره‌های هر سه متغیر در گروه گواه در پس‌آزمون تفاوت چندانی با پیش‌آزمون ندارد.

**جدول ۲. نتایج آزمون‌های توزیع طبیعی نمره‌ها، خطی بودن، آزمون همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون**

متغیر	گروه	شاپیرو ویلک	خطی بودن	لوین	همگنی واریانس
		Z	F	F	F
ترس از زایمان	درمان شناختی رفتاری	۰/۶۶	۴/۹*	۰/۸۵	۱/۱۲
	آموزش روانی	۰/۸۶			
	گواه	۰/۹۷			
ترس از درد	درمان شناختی رفتاری	۰/۴۳	۳/۹۸*	۱/۴۴	۱/۰۱
	آموزش روانی	۰/۹۱			
	گواه	۰/۶۳			
خودکارآمدی زایمان	درمان شناختی رفتاری	۰/۴۶	۶/۱*	۱/۹۸	۰/۹
	آموزش روانی	۰/۶۷			
	گواه	۰/۵۳			

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

جدول ۲ نشان می‌دهد، مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس یعنی توزیع طبیعی داده‌ها، خطی بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است. بر همین اساس از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. اثر پیلای در نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت بین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته معنی‌دار است ( $P = 0.006$ ). جهت پی بردن به این تفاوت سه تحلیل کوواریانس در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام گرفت.

**جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری بر میانگین‌های پس‌آزمون ترس از زایمان، خودکارآمدی زایمان و ترس از درد در سه گروه**

متغیرها	مجموع	درجه	میانگین مجذورات	F	مجذور
	مجذورات	آزادی			اتا
ترس از زایمان	۹۱۶۳/۳۲	۴۰	۴۵۸۱/۶۶	۷۰/۶۴**	۰/۷۷
خودکارآمدی زایمان	۳۹۰۸۸۹/۰۴	۴۰	۱۹۵۴۴۴/۵۲	۱۰۸/۷۲**	۰/۸۴
ترس از درد	۱۲۳/۴۸۳	۴۰	۶۳/۲۱	۴/۲۵*	۰/۱۷

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت دو گروه از سه گروه در متغیرهای ترس از زایمان ( $P=0/001$ )، خودکارامدی زایمان ( $P=0/001$ ) و ترس از درد ( $P=0/02$ ) معنی‌دار است.

جدول ۴. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون

متغیر	مقایسه	میانگین برآورد شده	تفاضل میانگین	خطای معیار	اندازه اثر
ترس از	گروه ۱ و ۲	۶۲/۰۵ و ۸۷/۳	-۲۵/۲۵	۳/۱۷	۰/۷۷**
زایمان	گروه ۱ و ۳	۶۲/۰۵ و ۹۶/۶۷	-۳۴/۶۲	۲/۹۶	۰/۷۷**
	گروه ۲ و ۳	۸۷/۳ و ۹۶/۶۷	-۹/۳۷	۳/۰۳	۰/۷۷**
خودکارامدی	گروه ۱ و ۲	۴۶۱/۴ و ۳۶۵/۵	۹۵/۸۶	۱۶/۷	۰/۸۴**
زایمان	گروه ۱ و ۳	۴۶۱/۴ و ۲۳۳/۲	۲۸۸/۱۳	۱۵/۶۲	۰/۸۴**
	گروه ۲ و ۳	۲۳۳/۲ و ۳۶۵/۵	۱۳۲/۲۷	۱۵/۹۵	۰/۸۴**
	گروه ۱ و ۲	۴۹/۹۵ و ۵۳/۶۳	-۳/۶۸	۱/۵۱	۰/۱۷*
	گروه ۱ و ۳	۴۹/۹۵ و ۵۳/۷	-۳/۷۵	۱/۴۲	۰/۱۷*
ترس از درد	گروه ۲ و ۳	۵۳/۷ و ۵۳/۶۳	-۰/۰۷	۱/۴۵	۰/۱۷

\* $P<0/05$  \*\* $P<0/01$

در جدول ۴ منظور از گروه ۱، ۲ و ۳ به ترتیب گروه درمان شناختی رفتاری، آموزش روانی و گواه است. جدول ۴ نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری ضمن کاهش ترس از زایمان ( $P=0/001$ ) بیشتر از آموزش روانی در کاهش این متغیر تأثیر دارد ( $P=0/001$ ). همچنین آموزش روانی نیز در کاهش معنی‌دار ترس از زایمان تأثیر دارد ( $P=0/01$ ). در زمینه متغیر ترس از درد، درمان شناختی رفتاری ضمن کاهش معنی‌دار ترس از درد ( $P=0/02$ ) بیش از آموزش روانی در کاهش این متغیر اثر داشته است ( $P=0/03$ ). به علاوه آموزش روانی نتوانسته است ترس از درد زن‌های نخست‌زا را کاهش دهد ( $P=0/1$ ). همچنین در مورد متغیر خودکارامدی زایمان، درمان شناختی رفتاری ضمن افزایش معنی‌دار خودکارامدی زایمان ( $P=0/001$ ) بیش از آموزش روانی در افزایش این متغیر تأثیر داشته است ( $P=0/001$ ). ضمن آنکه آموزش روانی در افزایش خودکارامدی زایمان نیز تأثیر داشته است ( $P=0/001$ ).

جدول ۵. فراوانی و درصد فراوانی تمایل به سزارین و زایمان طبیعی زن‌ها در مرحله پس‌آزمون

گروه	فراوانی تمایل به سزارین	درصد فراوانی تمایل به سزارین	فراوانی تمایل به زایمان طبیعی	درصد فراوانی تمایل به زایمان طبیعی
درمان شناختی رفتاری	۲	۱۵	۱۱	۸۴
آموزش روانی	۷	۴۶	۸	۶۴
گواه	۱۳	۷۲	۵	۲۷

جدول ۵ نشان می‌دهد بلافاصله بعد از درمان فراوانی و درصد فراوانی تمایل به سزارین در گروه درمان شناختی رفتاری نسبت به دو گروه دیگر کمتر و به زایمان طبیعی بیشتر است.

#### جدول ۶. آزمون مقایسه نسبت فراوانی تمایل به زایمان طبیعی در پس‌آزمون

متغیر	مقایسه بین گروهی	Z
تمایل به زایمان طبیعی	شناختی رفتاری و آموزش روانی	۱/۹۳
	شناختی رفتاری و گواه	۳/۱۲*
	آموزش روانی و گواه	۱/۷۳

$$*P < 0.05 \quad **P < 0.01$$

جدول ۶ نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی رفتاری نتوانسته است بیش از آموزش روانی در افزایش فراوانی زن‌های نخست‌زای متمایل به زایمان طبیعی تأثیرگذار باشد ( $P=0/07$ ). همچنین آموزش روانی نتوانسته است باعث افزایش معنی‌دار فراوانی زن‌های نخست‌زای متمایل به زایمان طبیعی شود ( $P=0/13$ ). این در حالی است که درمان شناختی رفتاری نتوانسته است بلافاصله بعد از درمان باعث افزایش فراوانی زن‌های متمایل به زایمان طبیعی شود ( $P=0/002$ ).

#### جدول ۷. فراوانی و درصد فراوانی سزارین و زایمان طبیعی در گروه‌های پژوهش

گروه	فراوانی سزارین	درصد سزارین	فراوانی زایمان طبیعی	درصد زایمان طبیعی
درمان شناختی رفتاری	۵	۳۸	۸	۶۱
آموزش روانی	۸	۵۳	۷	۴۶
گواه	۱۲	۶۶	۶	۳۳

جدول ۷ نشان می‌دهد فراوانی و درصد فراوانی تمایل به سزارین در گروه درمان شناختی رفتاری نسبت به دو گروه دیگر کمتر و به زایمان طبیعی بیشتر است.

#### جدول ۸. آزمون مقایسه نسبت فراوانی زایمان طبیعی و سزارین در گروه‌های پژوهش

متغیر	مقایسه بین گروهی	Z
تمایل به زایمان طبیعی	شناختی رفتاری و آموزش روانی	۰/۸۸
	شناختی رفتاری و گواه	۱/۵۶
	آموزش روانی و گواه	۰/۷

جدول ۸ نشان می‌دهد، درمان شناختی رفتاری ( $P=0/1$ ) و آموزش روانی ( $P=0/4$ ) نتوانسته‌اند باعث افزایش معنی‌دار زایمان طبیعی شوند و در این متغیر نسبت به هم ارجحیت ندارند ( $P=0/4$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری ضمن آنکه منجر به کاهش ترس از زایمان، ترس از درد، تمایل به سزارین و افزایش خودکارآمدی زایمان شده؛ اثربخشی آن در مورد این متغیرها به جز تمایل به سزارین، بیش از آموزش روانی است. یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که تفاوت فراوانی نهایی سزارین در گروه شناختی رفتاری با دو گروه دیگر معنادار نبود. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش روانی گرچه بر کاهش ترس از درد، فراوانی تمایل به سزارین و فراوانی نهایی سزارین مؤثر نیست؛ اما باعث افزایش معنی‌دار خودکارآمدی زایمان و کاهش معنی‌دار ترس از زایمان می‌شود. این نتایج، با نتایج پژوهش‌های سالملا-آرو و همکاران (۲۰۱۱)؛ فنویک و همکاران (۲۰۱۳) و نایمینن (۲۰۱۶) در ارتباط با اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر متغیر ترس از زایمان و با پژوهش‌های خورسندی و همکاران (۱۳۸۷)؛ کارابولات، کوسکونرپوتر، دوگانمیه، سبسیموتولو و دمرسی (۲۰۱۶) و سرسکوس و باسکال (۲۰۱۶) در ارتباط با اثربخشی آموزش روانی بر متغیر ترس از زایمان همسو است. همچنین نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های سالملا-آرو و همکاران (۲۰۱۲) و فنویک و همکاران (۲۰۱۳) در ارتباط با اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی زایمان و با پژوهش‌های سان، هانگ، چانگ و کو (۲۰۱۰)؛ سرسکوس و باسکال (۲۰۱۶)؛ خورسندی و همکاران (۱۳۸۷) و امیددی مظاهری و همکاران (۱۳۹۴) در ارتباط با اثربخشی آموزش روانی بر خودکارآمدی زایمان همسو است.

افزون بر این، لازم به ذکر است که اگرچه پژوهشی یافت نشد که به مقایسه اثربخشی این دو روش بپردازد؛ اما فراتحلیل لارسن، کارلستورم، رابرتسون و هیلدینگسون (۲۰۱۶)، نشان می‌دهد که مداخله‌های آموزشی‌ایی که توسط ماماها انجام شده است؛ هرچند زن‌های باردار تحت مشاوره درکل از حمایت انجام شده رضایت داشتند؛ اما اثر جزئی در کاهش ترس، بهبود تجربه زایمان و کاهش میزان سزارین انتخابی آن‌ها داشته است. یافته‌های فوق را می‌توان اینگونه تبیین کرد که در جهان امروز که بمباران اطلاعاتی وجود دارد؛ نمی‌توان ترس شدید از زایمان را تنها به دلیل فقدان اطلاعات مادرهای باردار دانست؛ زیرا حتی برخی از پژوهشگرها از جمله سرسکوس و باسکال (۲۰۱۶) دریافتند که ارائه اطلاعات زیاد به مادرهای باردار می‌تواند پیشایند ترس از زایمان باشد. افزایش اطلاعات مادرها تاحدی می‌تواند با بالا بردن اعتماد به نفس و تغییر نگرش زن‌های باردار شدت ترس آن‌ها را کاهش دهد؛ اما به‌طور قطع توضیح ساده اطلاعات برای کاهش اضطراب ناشی از احساس ناتوانی شدید برای زایمان کافی نخواهد بود (گاسکوکا، ۲۰۱۴).

خودکارآمدی طبق دیدگاه لویی ۱۹۹۳، رفتارهایی است که در هفت طبقه قرار دارد که شامل تمرکز، تفکر، حمایت، خودتشویقی، کنترل، آرمیدگی و تنفس است (سالومونسون، ۲۰۱۲). آنچه که در گروه آموزش روانی منجر به افزایش خودکارآمدی زایمان شد؛ تاکید بر آرمیدگی، تنفس و



حمایت از طریق همسرها بود. در حالی که در آموزش روانی تمرکز، افکار، احساسات و خودگویی مثبت که از عناصر اصلی درمان شناختی رفتاری هستند؛ نادیده گرفته می‌شوند. به‌علاوه بندورا ۱۹۹۷، موفقیت‌های گذشته فرد، یادگیری مشاهده‌ای، متقاعدسازی کلامی مانند تشویق و تحسین و سطوح فردی برانگیختگی هیجانی مانند اضطرابی که تجربه می‌شود را در شکل‌گیری خودکارآمدی کنونی فرد مؤثر می‌داند (نایمینن، ۲۰۱۶). در واقع درمان شناختی رفتاری با ارزیابی افکار فرد درباره تجربه‌های گذشته و خطاهای فکری ناشی از این تجربه‌ها، آموزش خودگویی مثبت و خودتشویقی، همچنین ارزیابی افکار زمینه‌ساز ترس و اضطراب و به‌دنبال آن استفاده از روش‌هایی مانند به چالش کشیدن افکار خودآیند و آرمیدگی تأثیر بیشتری در افزایش خودکارآمدی زایمان نسبت به آموزش روانی دارد (کول، ریف و گلوبیبوسکی، ۲۰۱۳). سایر فونونی که در برنامه درمانی شناختی رفتاری استفاده می‌شود؛ مانند حواس‌پرتی، تولید تصاویر ذهنی ناسازگار با درد، تکمیل تصاویر ذهنی، جهش به جلو در زمان، تغییر تصاویر ذهنی به‌شکل خوشایند و حساسیت‌زدایی منجر به افزایش خودکارآمدی زن‌های باردار و احساس توانایی آن‌ها برای مقابله با زایمان افزایش می‌شود (اسکات، اسلاد و اسپیی، ۲۰۰۹). در تبیین کاهش نمره‌های ترس از درد در گروه درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه این پژوهش می‌توان گفت که یکی از اجزای ترس از درد بخش شناختی آن است که درمانگر شناختی رفتاری تلاش می‌کند تا حد امکان به آن بپردازد. همچنین ارائه راهبردهای رفتاری و شناختی برای مقابله با درد از جمله و نیز آرمیدگی عمیق عضلانی درمانجو را مجهز به ابزارهایی می‌کند که بتواند از آن‌ها برای مقابله با درد زایمان استفاده کند و متعاقب آن احساس داشتن کنترل بر درد می‌تواند منجر به کاهش ترس از درد شود (اسکات و همکاران، ۲۰۰۹).

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که ۸۴ درصد از زن‌های باردار گروه درمان شناختی رفتاری و ۶۴ درصد از زن‌های گروه آموزش روانی نسبت به زایمان تغییر نگرش دادند و خواهان زایمان طبیعی شدند. درحالی‌که تنها ۲۷ درصد از زن‌های گروه گواه ترجیح نهایی خود را زایمان طبیعی ذکر کردند. توفیقی نیا، به منش، مشمولی و عظیمی (۲۰۱۰) نیز نشان دادند مداخله‌های آموزشی باعث تغییر نگرش ۸۰ درصد از زن‌های باردار برای زایمان طبیعی می‌شود. در پژوهش حاضر آموزش اطلاعات درباره زایمان، دست‌کاری شناخت مادران نسبت به زایمان طبیعی و درد و درنهایت تجهیز زن‌های باردار به راهبردهای مقابله با اضطراب و درد باعث شد تا زن‌های باردار گروه درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه تمایل بیشتری برای زایمان طبیعی داشته باشند. درحالی‌که صرف آموزش اطلاعات و فقط آموزش آرمیدگی عمیق عضلانی به‌عنوان راهبرد مقابله با ترس و اضطراب از زایمان طبیعی در گروه آموزش روانی نتوانست تمایل زن‌های باردار را به زایمان طبیعی به‌طور معنی‌دار افزایش دهد. گفتنی است که گرچه در گروه درمان شناختی

رفتاری میزان تمایل به زایمان طبیعی بیش از گروه آموزش روانی بود؛ اما این تفاوت به دلیل تعداد کم و متفاوت آزمودنی‌ها در هر دو گروه معنی‌دار نبود. افزون بر این، گرچه تفاوت سه گروه در نوع نهای زایمان معنی‌دار نبود؛ اما ۶۱ درصد از زن‌های باردار گروه درمان شناختی رفتاری زایمان طبیعی داشتند. نایمین (۲۰۱۶) نیز گزارش کرده است که زایمان ۶۰ درصد از افراد گروه درمان شناختی رفتاری به شیوه زایمان طبیعی بوده است؛ در حالی که در گروه آموزش روانی زایمان ۴۶ درصد از زن‌های باردار و در گروه گواه زایمان ۳۳ درصد از زن‌های باردار به شیوه طبیعی انجام شده است. در تبیین تفاوت این سه گروه می‌توان گفت که با ارزیابی‌های شناختی و اصلاح تحریف‌های شناختی و متعاقب آن کاهش ترس از زایمان از یک‌سو، زن‌های باردار تنش و اضطراب ماهیچه‌ای کمتری را در طول زایمان تجربه می‌کنند و از سوی دیگر، کاهش تنش و اضطراب ماهیچه‌ای و افزایش خودکارآمدی زایمان باعث راحت‌تر بازشدن دهانه رحم و کاهش ادراک درد در مادران باردار می‌شود. در نتیجه زن‌های باردار در هنگام زایمان موفق‌تر عمل می‌کنند. پیامد این موفقیت کاهش سزارین‌های اضطراری<sup>۱</sup> و کاهش سزارین‌های انتخابی است (اسکات و همکاران، ۲۰۰۹). با این حال عواملی چون تعداد کم آزمودنی‌ها، حجم نامساوی گروه‌ها، توان پایین آزمون‌های ناپارامتریک و دلایل دیگری چون انگیزه شخصی پزشکان می‌تواند در معنادار نشدن این تفاوت دخیل باشد. مواردی مانند طولانی بودن زایمان طبیعی، دست‌مزد کمتر زایمان طبیعی و عدم قابلیت زمان‌بندی آن از جمله دلایل تمایل بیشتر متخصصان زنان و زایمان برای انجام سزارین است (باری، اسپیفرین، واینه و کوهن، ۲۰۱۲). به‌علاوه مواردی چون جو بیمارستان، شرایط اتاق زایمان و برخورد کارکنان گروه<sup>۲</sup> درمان از جمله موارد دیگری است که امکان دارد حتی در صورت انتخاب مادر برای انجام زایمان طبیعی، خطر سزارین اضطراری را افزایش دهد (اتقایی و نوحی، ۱۳۹۰).

پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌های رو به رو بود. از میان آن‌ها می‌توان به عدم امکان کنترل نگرش پزشک به نوع زایمان و عدم امکان تفکیک سزارین‌های غیرضروری و پزشکی اشاره کرد. در این پژوهش فقط سنجش تفاوت بین سزارین و زایمان طبیعی امکان‌پذیر شد؛ زیرا به‌طور معمول بیمه تکمیلی سزارین‌های انتخابی را پوشش نمی‌دهد و برای این نوع سزارین منع قانونی وجود دارد؛ بنابراین دلایل پزشکی برای سزارین انتخابی و تفاوت بین سزارین اضطراری ناشی از ترس از زایمان و سزارین پزشکی مشخص نیست و در هاله‌ای از ابهام قرار دارد.

---

1. emergency

2. team

## سیاسگزاری

از مسئولان محترم مرکز آمادگی زایمان، درمانگاه تخصصی رازی شهر اهواز و نیز خانم دکتر فریده فرح خش، خانم دکتر مژگان براتی، خانم دکتر لیلا هرمزی، و تمام زن‌های نخست‌زای شهر اهواز که در سال ۱۳۹۴ در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند؛ قدردانی می‌شود. پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده مسئول است.

## منابع

- اتقایی، منوره، و نوحی، عصمت. (۱۳۹۰). تصور از درد زایمان طبیعی و سزارین و تمایل به زایمان طبیعی در زن‌های باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۴(۷): ۴۴-۵۰.
- احمدی کانی گلزار، ارسلان، اصغر نژاد، سحر، و قلی‌زاده، زلیخا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر سه عامل پویشی تعارض‌های وابستگی، خشم و مادری در مادران افسرده پس از زایمان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۲ پیاپی ۲۶): ۴۱-۶۰.
- بختیاری، آزاده، و عابدی، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فرانشناختی ذهن‌آگاهی انفضالی بر افسردگی پس از زایمان، *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۶(۲ پیاپی ۲۲): ۹-۲۴.
- پاک نژاد، محسن، اصغری مقدم، محمدعلی، رحیمی نژاد، عباس، رستمی، رضا، و طاهری، آرمان. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس نشانگان اضطراب درد. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۵(۳): ۷۱-۹۴.
- خورسندی، محبوبه، غفرانی پور، فضل‌الله، حیدرنیا، علی‌رضا، فقیه زاده، سقراط، وفاپی، مریم، روستا، فیروزه، و امین شکروی، فرخنده. (۱۳۸۷). اثر کلاس آموزشی زایمان بر خودکارآمدی زنان نخست‌زا در مقابله با درد زایمان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۱(۳): ۵۶-۶۵.
- سعیدی، رضا، معموری، غلامعلی، آیتی، صدیقه، رحمانی، شقایق، و غلامی رباط سنگی، محبوبه. (۱۳۸۸). مقایسه عوارض نوزادی در نوزادان حاصل از سزارین و زایمان طبیعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ۱۶(۲): ۱۰۸-۱۱۳.
- عمیدی مظاهری، مریم، امیری، مسعود، خورسندی، محبوبه، حسن زاده، اکبر، و طاهری، زهرا. (۱۳۹۴). آیا با آموزش می‌توان سزارین را کاهش داد؟ *پایش*، ۱۴(۳): ۵۷۷-۵۸۵.
- موسوی نیا، رؤیا، گلزاری، محمود، و برجعلی، احمد. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تحمل بلا تکلیفی به شیوه شناختی رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر. *روان‌شناسی کاربردی*، ۸(۳ پیاپی ۳۱): ۴۱-۵۹.

- Barry, S., Schifrin, M., Wayne, R., & Cohen, M. (2013). The effect malpractice claims on the use of caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(2): 269-283.
- Escott, D., Slade, P., & Spiby, H. (2009). Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review*, 29(7): 617-622.
- Faisal, I., Matinnia, N., Hejar, A., & Khodakarami, Z. (2014). Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery*, 30(2): 227-233.
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., Scuffham, P. A., Ryding, E. L., Jattett, V. & Toohill, J. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: A midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1): 1-15.
- Guszkowska, M. (2014). The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety, Stress & Coping*, 27(2): 176-189.
- Howharn, C. (2008). *Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in Thai primiparas*. Doctoral thesis. The University of Texas at Austin.
- Karabulut, O., CoşkunerPotur, D., DoğanMerih, Y., CebeciMutlu, S., & Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*, 63(1): 60-67.
- Kohl, A., Rief, W., & Glombiewski, J. A. (2013). Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *The journal of Pain*, 14(3): 305-315.
- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2016). Counseling for childbirth fear—a national survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 8(1): 82-87.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing & Health*, 16(2): 141-149.
- McCracken, L. M., & Dhingra, L. (2002). A short version of the pain anxiety symptoms scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain Research and Management*, 7(1): 45-50.
- Nieminen, K. (2016). *Clinical aspects of childbirth-related anxiety*. Sweden: liu-Tryck.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women—randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(1): 75-84.
- Salmela-Aro, K., Read, S., Rouhe, H., Halmesmäki, E., Toivanen, R. M., & Tokola, M. I. (2012). Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of Health Psychology*, 17(4): 520-534.

- Salomonsson, B. (2012). *Fear is in the air: Midwives' perspectives of fear of childbirth and childbirth self-efficacy and fear of childbirth in nulliparous pregnant women*. Printed in Sweden by Liu-Tryck, Linköping: Sweden.
- Serçekuş, P., & Başkale, H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34(2): 166-172.
- Sun, Y. C., Haung, Y. C., Chang, Y., & Kou, S. C. (2010). Effects of a parental yoga programme on the discomforts of pregnancy and mental childbirth self-efficacy in Taiwan. *Midwifery*, 26(6): 31-36.
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta obstetrician ET Gynecologica Scandinavica*, 91(1): 44-49.
- Stoll, K., & Hall, W. (2013). Vicarious birth experiences and childbirth fear: does it matter how young Canadian women learn about birth? *The Journal of Perinatal Education*, 22(4): 226-233.
- Tofighi Nia, M., Behmanesh, F., Mashmuli, F., & Azimi, H. (2010). The effect of prenatal group education on knowledge, attitude and selection of delivery type in primiparous women. *Iranian Journal of Medical Education*, 10(2): 124-130
- Turk, D. C., & Wilson, H. D. (2010). Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain and Headache Report*, 14(2): 88-95.
- Weaver, J., Browne, J., Aras-Payne, A., & Magill-Cuerden, J. (2012). A comprehensive systematic review of the impact of planned interventions offered to pregnant women who have requested a caesarean section as a result of tokophobia (fear of childbirth). *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 10(28): 1-20.
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19(2): 84-97.

\*\*\*

### مقیاس نشانگان اضطراب درد

ردیف	تجزیه و تحلیل	روان‌شناسی	روان‌شناسی	همیشه
۱	۱	۲	۳	۴
۲	۱	۲	۳	۴
۳	۱	۲	۳	۴
۴	۱	۲	۳	۴
۵	۱	۲	۳	۴
۶	۱	۲	۳	۴
۷	۱	۲	۳	۴
۸	۱	۲	۳	۴
۹	۱	۲	۳	۴

۰	۱	۲	۳	۴	۱۰. سعی می‌کنم از فعالیت‌هایی که باعث ایجاد درد می‌شود، اجتناب کنم.
۰	۱	۲	۳	۴	۱۱. من فکر می‌کنم اگر درد من شدید شود، هرگز کاهش نخواهد یافت.
۰	۱	۲	۳	۴	۱۲. زمانی که درد دارم، می‌ترسم که چیز وحشتناکی اتفاق بیفتد.
۰	۱	۲	۳	۴	۱۳. زمانی که درد دارم، فکر می‌کنم بیماری جدی دارم.
۰	۱	۲	۳	۴	۱۴. احساس درد وحشتناک است.
۰	۱	۲	۳	۴	۱۵. زمانی که درد شدید می‌شود، احساس ناتوانی و از کار افتادگی می‌کنم.
۰	۱	۲	۳	۴	۱۶. زمانی که مشغول فعالیتی می‌شوم که باعث درد می‌شود، می‌لرزم.
۰	۱	۲	۳	۴	۱۷. درد باعث می‌شود قلب من تند بزند.
۰	۱	۲	۳	۴	۱۸. زمانی که درد دارم، احساس ضعف و سرگیجه می‌کنم.
۰	۱	۲	۳	۴	۱۹. درد باعث تهوع من می‌شود.
۰	۱	۲	۳	۴	۲۰. برایم سخت است تا بعد از دوره‌های درد، خودم را آرام کنم.

\*\*\*

### مقیاس خودکارامدی زایمان

تصور کنید در مرحله‌ای از زایمان قرار دارید که انقباضات رحمی شما هر ۵ دقیقه یکبار اتفاق می‌افتد. مشخص کنید در این مرحله، هر یک از رفتارهای ذیل تا چه اندازه می‌تواند برای کمک کردن به شما مفید باشد.

کاملاً مفید است					اصلاً مفید نیست					
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱- شل کردن عضلاتم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲- آماده بودن برای هر انقباض
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳- نفس عمیق کشیدن در طول هر انقباض
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴- کنترل خود را حفظ کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵- فکر کردن درباره آرام‌سازی
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶- پرت کردن حواسم با تمرکز بر اشیای درون اتاق
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷- خون‌سردی خود را حفظ کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸- به نوزاد فکر کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۹- در هر انقباض، تسلط خود را حفظ کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۰- مثبت اندیشیدن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۱- به درد فکر نکردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲- یادآوری به خودم که می‌توانم از پس آن بر بیایم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۳- به سایر اعضای خانواده فکر کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۴- در هر انقباض، فقط به همان انقباض فکر کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۵- گوش دادن به تشویق فرد کمک‌کننده

تصور کنید در مرحله‌ای از زایمان قرار دارید که انقباضات رحمی شما هر ۵ دقیقه یکبار اتفاق می‌افتد. مشخص کنید در این مرحله، تا چه اندازه مطمئن‌ید که قادر خواهید بود رفتارهای ذیل را انجام دهید؟

کاملاً مطمئن هستم					اصلاً مطمئن نیستم					
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱- شل کردن عضلاتم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲- آماده بودن برای هر انقباض
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳- نفس عمیق کشیدن در طول هر انقباض
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴- کنترل خود را حفظ کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵- فکر کردن درباره آرام‌سازی
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶- پرت کردن حواسم با تمرکز بر اشیای درون اتاق
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷- خون‌سردی خود را حفظ کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸- به نوزاد فکر کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۹- در هر انقباض، تسلط خود را حفظ کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۰- مثبت اندیشیدن

۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۱- به درد فکر نکردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲- یادآوری به خودم که می‌توانم از پس آن بر بیایم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۳- به سایر اعضای خانواده فکر کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۴- در هر انقباض، فقط به همان انقباض فکر کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۵- گوش دادن به تشویق فردی که به من کمک می‌کند

تصور کنید در مرحله‌ای از زایمان قرار دارید که نوزاد در حال بیرون آمدن از واژن تان است. هر یک از رفتارهای ذیل تا چه اندازه می‌تواند برای کمک کردن به شما مفید باشد.

اصلاً مفید نیست										
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱- شل کردن عضلاتم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲- آماده بودن برای هر انقباض
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳- نفس عمیق کشیدن در طول هر انقباض
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴- کنترل خود را حفظ کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵- فکر کردن درباره آرام سازی
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶- پرت کردن حواسم با تمرکز بر اشیای درون اتاق
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷- خونسردی خود را حفظ کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸- به نوزاد فکر کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۹- در هر انقباض، تسلط خود را حفظ کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۰- مثبت اندیشیدن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۱- به درد فکر نکردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲- یادآوری به خودم که می‌توانم از پس آن بر بیایم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۳- به سایر اعضای خانواده فکر کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۴- در هر انقباض، فقط به همان انقباض فکر کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۵- تمرکز کردن بر شخص کمک‌کننده
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۶- گوش دادن به تشویق فردی که به من کمک می‌کند

تصور کنید در مرحله‌ای از زایمان قرار دارید که نوزاد در حال بیرون آمدن از واژن تان است. مشخص کنید در این مرحله، تا چه اندازه مطمئن‌ید که قادر خواهید بود رفتارهای ذیل را انجام دهید؟

اصلاً مطمئن نیستم کاملاً مطمئن هستم										
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱- شل کردن عضلاتم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲- آماده بودن برای هر انقباض
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳- نفس عمیق کشیدن در طول هر انقباض
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴- کنترل خود را حفظ کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵- فکر کردن درباره آرام سازی
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶- پرت کردن حواسم با تمرکز بر اشیای درون اتاق
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷- خونسردی خود را حفظ کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸- به نوزاد فکر کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۹- در هر انقباض، تسلط خود را حفظ کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۰- مثبت اندیشیدن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۱- به درد فکر نکردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲- یادآوری به خودم که می‌توانم از پس آن بر بیایم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۳- به سایر اعضای خانواده فکر کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۴- در هر انقباض، فقط به همان انقباض فکر کردن
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۵- تمرکز کردن بر شخصی کمک‌کننده
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۶- گوش دادن به تشویق فردی که به من کمک می‌کند

\*\*\*

مقیاس انتظار زایمان و بیژما

۱. به‌طور کلی فکر می‌کنید زایمان شما چگونه باشد؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	بسیار خارق‌العاده است.
شدیداً ترسناک است.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً خارق‌العاده نیست.
۲. تصور شما از احساس کلی تان در طول زایمان و درد آن چه خواهد بود؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	شدیداً ترسناک است.
شدیداً احساس تنهایی می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً احساس تنهایی نمی‌کنم.
به‌شدت قوی هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً قوی نیستم.
به‌شدت دل‌گرم و مطمئن هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً دل‌گرم و مطمئن نیستم.
خیلی ترسیده‌ام.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً ترسیده‌ام.
به‌شدت رها شده‌ام.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً رها نشده‌ام.
به‌شدت ضعیف هستم.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً ضعیف نیستم.
در امنیت کامل قرار دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً امنیت ندارم.
به‌شدت مستقل هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً مستقل نیستم.
به‌شدت مستأصل هستم.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً مستأصل نیستم.
شدیداً مضطرب هستم.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً مضطرب نیستم.
شدیداً خوشحال هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً خوشحال نیستم.
شدیداً احساس غرور می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً احساس غرور نمی‌کنم.
به‌شدت تسلیم هستم.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً تسلیم نیستم.
کاملاً خون‌سرد هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً خون‌سرد نیستم.
کاملاً آرام هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً آرام نیستم.
کاملاً شاد هستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً شاد نیستم.
۳. فکر می‌کنید در طول زایمان تان چه حسی خواهید داشت؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً وحشت زده نیستم.
شدیداً وحشت زده‌ام.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً ناامید نیستم.
شدیداً ناامید هستم.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً ناامید نیستم.
برای دیدن بچه اشتیاق دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً برای دیدن بچه اشتیاق ندارم.
به‌شدت اعتماد به نفس دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً اعتماد به نفس ندارم.
به‌شدت ایمان و امید دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً ایمان و امید ندارم.
به‌شدت احساس درد می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً احساس درد نمی‌کنم.
۴. فکر می‌کنید زمانی که زایمان سخت‌تر می‌شود چه اتفاقی خواهد افتاد؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	من به‌شدت بد رفتار می‌کنم.
من به‌شدت بد رفتار می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	من ایداً بد رفتار نمی‌کنم.
من با شجاعت تمام کنترل‌م را به بدنم واگذار می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	من ایداً نمی‌توانم کنترل‌م را به بدنم واگذار کنم.
من کنترل‌م را کاملاً از دست می‌دهم.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	من ایداً کنترل‌م را از دست نمی‌دهم.
۵. فکر می‌کنید که لحظه نزدیک به تولد نوزاد چه حسی خواهد داشت؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	کاملاً سرگرم‌کننده است.
کاملاً سرگرم‌کننده است.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً سرگرم‌کننده نیست.
بسیار روشن است.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلاً روشن نیست.
کاملاً خطرناک است.	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اصلاً خطرناک نیست.
۶. آیا شما در یک ماه آخر بارداری خیال‌پردازی‌های زیر را در ارتباط با زایمان داشته‌اید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	این که نوزاد شما در طول زایمان خواهد مرد؟
هرگز	۵	۴	۳	۲	۱	۰	همیشه
این که نوزاد شما در طول زایمان آسیب خواهد دید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	هرگز
هرگز	۵	۴	۳	۲	۱	۰	همیشه

\*\*\*