

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی  
سال پانزدهم شماره ۶۰ زمستان ۱۳۹۹

**تأثیر درمان شناختی و رفتاری بر ترس از زایمان و علت‌های ترس از زایمان در زنان نخست‌زا**  
مریم مردانی\*<sup>۱</sup> و نجمه حمید<sup>۲</sup>

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران  
۲- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۰۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۱۰/۱۲

**چکیده**

هدف این پژوهش بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر ترس از زایمان و علت‌های ترس در زنان باردار که اولین زایمان را دارند، بود. جامعه آماری شامل ۵۰ نفر از زنان نخست‌زا بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و در دو گروه ۲۵ نفری آزمایشی و گواه به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. زمان مداخله در ماه سوم بارداری گروه نمونه بود. ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری توسط پژوهشگر بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه هیچ اقدام خاصی را دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های ترس از زایمان هارمن (۱۹۸۸) و علت ترس از زایمان هارمن (۱۹۸۸) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین گروه آزمایشی و گروه گواه برای هر دو متغیر ترس از زایمان و علت‌های ترس از زایمان تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P \leq 0.001$ ). به علاوه زیرمجموعه درد بیشترین کاهش را داشته است و زیرمجموعه زایمان زودرس کمترین کاهش را داشته است. نتایج حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری بر کاهش ترس از زایمان و علت آن اثربخش است. آموزش‌های روانی هر چند کوچک درخصوص زنان باردار می‌تواند آرامش‌های بزرگی را رقم بزند. پایین آمدن نرخ مشکلات روان‌شناختی زنان باردار چون ترس و اضطراب آن‌ها می‌تواند در کنترل آن‌ها بر هیجانان و نگرش‌هایشان و در نهایت بر سلامت روان آن‌ها تأثیر افزایشی داشته باشد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی رفتاری؛ ترس از زایمان؛ علت ترس از زایمان، زنان نخست‌زا

## مقدمه

در مبحث هویت، بارداری از مؤلفه‌های هویت زنانه است. برای زنان این مرحله، نمود ارضای نیاز خودشیفتگی در آن‌ها می‌باشد. زیرا آنان با شکل‌گیری یک انسان در وجود خودشان رودررو می‌شوند و این فصل تازه با فشارهای روانی و جسمی زیادی همراه است (ون‌بازل، اسپیتز و دمی تنار<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). با وجود این که زایمان و باردار شدن جزئی از فرآیند طبیعی در زنان می‌باشد؛ اما با وجود پیشرفت‌های عظیم در خصوص مراقبت زنان باردار به جنبه روان‌شناختی آنان کم‌مهری شده است (سلچینی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). ترس از زایمان، از شمار مسائل اساسی بارداری و دوران آن می‌باشد. در بسیاری از بانوان ترس از زایمان به همراه افزایش درد، زایمان طولانی‌مدت و تجربه‌ای ناخوشایند در زایمان است (آلیگن، ویجما، ویجما<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). بیشتر از ۸۰ درصد از زنان حتی با حاملگی‌های کم‌خطر، ترس از زایمان را تجربه کردند و در ۶ تا ۱۰ درصد زنان این ترس موجب عوارض زیادی که می‌تواند ناتوان‌کننده باشد، می‌گردد (ظفرمندی، هداوند، ترکستانی، زائری و وریجی، ۱۳۸۴). عوامل زیادی در مسیر بارداری درگیر هستند و برای هر زنی جنبه‌های خاص از بارداری تنیده‌گی‌زا تلقی می‌شود (د کاستا، دریتسا، وریلت، بلا، کودمن و کالیف<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰)؛ از جمله این عوامل می‌توان ترس از درد را بیان کرد (اوتلی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). از بین هر ۵ زن باردار، یک نفر دچار ترس از زایمان است (دلاور قوام و علیزاده، ۱۳۹۳).

ترس شدید از زایمان به ترس قبل، حین و بعد از زایمان اطلاق می‌شود. باور این است که ترس زنان از زایمان در ایران افزایش یافته است و امروزه نسبت به چند سال گذشته به‌خاطر ترس از زایمان انجام عمل سزارین را خواهان هستند. ترس از زایمان یک عامل مهم در این تقاضا بوده و منشأ فرهنگی و اجتماعی نیز دارد (عباس‌پور، مقدم بنا، احمدی، و کاظم‌نژاد، ۱۳۹۳). الگوی رو به رشد شیوع سزارین در ایران که حدود ۶۰-۵۰ درصد برآورده شده است، نشان‌دهنده آمار ۴-۳ برابری میزان توصیه شده سازمان جهانی بهداشت دارد (بدیعی، روانشاد، آذرفر، دستفان، بابایی و میرزایی، ۱۳۹۲). برخی از تحقیقات نشان می‌دهد که ترس از زایمان با افسردگی، آسیب‌پذیری، فقدان اعتماد به کارکنان بیمارستان و تجارب منفی زایمان‌های قبلی مربوط می‌باشد (نیلسون و لان گرین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). در مطالعات هاینز، پالانت، کارلستروم و هیلدینگسون<sup>۷</sup> (۲۰۱۱) نشان داده شد که ویژگی‌هایی مانند نخست‌زا بودن، سیگاری بودن، اعتماد به نفس پایین، افسردگی، اضطراب عمومی و نارضایتی از روابط زناشویی خطر ترس از زایمان را در زنان افزایش می‌دهد. یکی از مهم‌ترین دلایل ایجاد ترس از زایمان که در مطالعات متفاوت اشاره می‌شود، ترس از درد است (نگاهبان و انصاری، ۱۳۸۷). افراد مبتلا به ترس از درد، عقاید فاجعه‌آمیز و تفاسیر منفی از درد دارند و درد را با آسیب یکسان می‌دانند (فیشر، هاک و فیک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). اگر ترس از درد حالت غیرمنطقی و یا مرضی‌گونه به خود یگردد، منجر به شکل‌گیری میل به اجتناب از منبع درد می‌شود (تسای، پنگ، ملندر، کو، لاو و لئونگ<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). ترس از درد، از طریق ایجاد تنش، باعث تشدید احساس درد می‌شود و

1. Van Bussel, Spitz, & Demyttenaere

2. Solchany

3. Alehagen, Wijma, & Wijma

4. Da Costa, Dritsa, Verreault, Balaa, Kudzman, & Khalife

5. Otley

6. Nilsson & Lundgren

7. Haines, Pallant, Karlström, & Hildingsson

8. Fisher, Hauck, & Fenwick

9. Tsui, Pang, Melender, Xu, Lau, & Leung

فاجعه‌آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی، فرآیندهای عاطفی و ناتوانی همراه می‌شود (فلینک، مروترزک، سالیوان و لیتتون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹).

افزایش توجه به سمت درک و درمان اختلالات سلامت روان قبل از زایمان و در دوران بارداری در جریان است (آرچ، دیمیدجیان و چسپیک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). پژوهش‌های مرتبط نشان می‌دهد که آموزش و درمان زنان در دوران بارداری اثراتی مثبت را برای خود و نوزادان آن‌ها به دنبال دارد (اسکات، اسلید، اسپیبی و فریزر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). ترس از زایمان در دوران بارداری زنان و تأثیرات آن بر سلامت و تندرستی مادران و جنین‌شان، اهمیت آموزش‌های لازم و درمان آنان را نشان می‌دهد. پژوهش‌ها نشان دادند که حمایت‌های داده شده به زنان در دوران بارداری و پس از زایمان بسیار مفید بوده و سهم مهمی را در بهبودی وضعیت عاطفی و سازگاری آنان با نقش مادری نیز نشان می‌دهد (رویگولچارن و گود<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). آموزش‌های دوران بارداری می‌تواند نقش پررنگی در کاهش بیماری‌ها و اختلالات روانی و اضطرابی و افزایش سلامت جسمی و روانی زنان داشته باشد. به‌ویژه در زنانی که دچار ترس از زایمان می‌باشند، یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار پیشگیری‌کننده از افسردگی و اضطراب و مسائل متعاقب آن است (به نقل از گرامی، مکوند حسینی، صداقت و معاضدیان، ۱۳۹۷).

کارهای متفاوتی تحت عنوان روش‌های درمانی جایگزین برای رسیدن به نیازهای روانی و جسمی افراد انجام شده است که شامل تصویرسازی ذهنی، موسیقی‌درمانی، تن‌آرامی، ماساژ و درمان شناختی رفتاری می‌باشد (طوسی، اکبرزاده، زارع، و شریف، ۱۳۹۰). شیوه درمان شناختی رفتاری (CBT) یکی از درمان‌های روان‌شناختی است که برای پرداختن به افکار خودآیند منفی و فرض‌ها و باورهای افراد در اختلال‌های هیجانی درست شده است. درمان شناختی رفتاری، یک شیوه منسجم می‌باشد که بر بازسازی شناختی، پایش و چالش با افکار و نیز آموزش مهارت‌های مقابله‌ای برای رسیدن به خود توانمندی کار می‌کند (بیلیس، اکدال، هاینز و روبرتسون<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). در درمان شناختی رفتاری، افراد در مورد نحوه بازنگری و ارزیابی کردن افکار منفی‌شان آموزش می‌بینند. مراجع تشویق می‌شود تا توسط تکلیف‌های رفتاری به ارزیابی درست و واقعی افکار و فرض‌های منفی بپردازد. درواقع، رویکردهای شناختی و رفتاری بر این باورند که شناخت بر احساس و رفتار تأثیر می‌گذارد. افراد معمولاً بیش از رویداد واقعی، به بازنمایی شناختی از آن رویداد جواب می‌دهند. درمان شناختی رفتاری بر پایین آوردن این باورهای نادرست و البته ناسازگار و ناکارآمد تلاش می‌کند (بک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). در این درمان اهمیت ویژه برای باورها و فرضیه‌های فرد است که در درک و تفسیر واقعه‌ها و شکل‌گیری هیجان و رفتار ناسازگار مؤثرند. در درمان شناختی رفتاری، به فرد کمک می‌شود تا یاد بگیرد که تفکرها و تصورات خود را درباره مسائل ناخوشایند به‌صورت واقعی ارزیابی کند. با شواهد عینی خود آن‌ها را امتحان کرده و تحریف‌های شناختی‌اش را اصلاح می‌کند و شناخت تازه‌ای و هم‌چنین سازگار با خود و دنیا پیدا می‌کند (ریچنز، اسمیت و لاوندر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸). بنابراین چرخه حلقه معیوب و ایراددار مشکل شکسته می‌شود و فرد توانایی تشخیص رابطه میان فکر منفی و احساس ناسازگار را می‌یابد. این درمان یک درمان منطقی است که فرد را متوجه افکار و عقاید ناسازگار می‌کند. این درمان یک رویکرد آموزشی است که در آن تکنیک‌های شناختی رفتاری به‌وسیله تمرین‌های مواجهه‌سازی درون جلسه، بازسازی شناختی و هم‌چنین تکلیف‌های خانگی انجام می‌شود (شاه‌نظری و حائری، ۱۳۹۵).

<sup>1</sup>. Flink, Mroczek, Sullivan, & Linton

<sup>2</sup>. Arch, Dimidjian, & Chessick

<sup>3</sup>. Escott, Slade, Spiby, & Fraser

<sup>4</sup>. Roykulcharoen, & Good

<sup>5</sup>. Baylis, Ekdahl, Haines, & Rubertsson

<sup>6</sup>. Beck

<sup>7</sup>. Richens, Lavender, & Smith

در درمان‌های شناختی رفتاری، رویکرد شناختی درمانی به‌عنوان یک آیتم اصلی می‌باشد. هم‌چنین در درمان‌های شناختی رفتاری سعی می‌شود تا مدل‌ها و الگوهای رفتاری بیمار نیز تغییر کند. بر همین مبنا است که در این رویکرد از روش‌های مختلف هم‌چون شرطی‌سازی عامل، راهبردهای آرام‌سازی عضلانی، آموزش مهارت‌های مقابله و روش مدیریت زمان‌بندی فعالیت‌های لذت‌بخش و فرح‌بخش استفاده می‌شود (قوامی، قنبری هاشم‌آباد، صفاریان و خاکپور<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). بر این اساس، درمان شناختی رفتاری یکی از رویکردهای درمانی می‌باشد که در پژوهش‌های متعلق به زنان استفاده می‌شود. هدف اول درمان شناختی رفتاری در ارتباط با زنان را تغییر در شیوه فکر کردن زن درباره خودش، فرزندش و بارداری‌اش بیان می‌کنند. این درمان تغییراتی را در عواطف مادر نیز دارد که باعث ایجاد هیجان مثبت و پایدار و در دسترس برای فرزندش می‌شود (رستمی، رامش و همت‌بلند، ۱۳۹۵). درمان شناختی رفتاری روش خوبی برای حذف یا کاهش ترس از زایمان می‌باشد (اوماهن، فدوک، هنشاو، هیمل، فورمن و فلین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). در پژوهش گرامی و همکاران (۱۳۹۷) نیز تأثیر مثبت درمان شناختی رفتاری بر کاهش ترس از زایمان نشان داده شده است. بیلیس و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که تجربه‌ی زنانی که درمان شناختی رفتاری روی آنان انجام می‌شود به‌طور واضح با تجربه زنان باردار دیگر از نظر ترس متفاوت است. در این راستا، پژوهش اسکات، اسلاید و اسپیبی (۲۰۰۹) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری برای مدیریت درد در فرآیند زایمان نقش مؤثری را دارد و تا حد بسیاری ترس از درد را در مراحل قبل از زایمان کاهش می‌دهد. در یک پژوهش گروهی شناختی رفتاری ایمن‌سازی در برابر ترس که آموزش روانی و تصویرسازی ذهنی، آرمیدگی و تکنیک‌های شناختی را شامل می‌شد. آمادگی زنان برای زایمان بعد از درمان زیاد و ترس آن‌ها کم شده بود (سالملا-آرو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). در پژوهش فنویک<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۳) نیز مشخص شد که درمان شناختی مبتنی بر افزایش تاب‌آوری، باعث کاهش ترس از زایمان، تعارض در تصمیم‌گیری و نشانه‌های افسردگی و هم‌چنین افزایش سلامت روان در زنان شده است و به علاوه، نماد سزارین در این گروه کاهش معناداری داشته است. پژوهش قوامی و همکاران (۲۰۲۰)، هم‌چنین نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر ترس از زایمان در زنان باردار نخست‌زا مثر مثر بوده است.

درمان‌های شناختی رفتاری همواره برای اختلالات اضطرابی و اختلالات روانشناختی دیگر استفاده می‌شود. اما همواره نمونه زنان باردار به‌طور کلی از چنین تحقیقاتی محروم بوده است. با توجه به تأثیر درمان شناختی رفتاری و حساسیت نمونه مادران باردار که رفع ترس‌ها و اضطراب‌های آنان گامی به سمت پرورش کودکی سالم از لحاظ جسمی و روانی و نیز جامعه‌ای سالم می‌باشد، انجام چنین پژوهشی ضروری به نظر می‌رسد. در ترس از زایمان موارد متعددی که منشأ روان‌شناختی دارد، دخیل است که اگر رسیدگی و درمان نشود، می‌تواند در آینده به یک اختلال استرس پس از حادثه منجر شود. با توجه به مطالب گفته شده، این پژوهش در پی یافتن پاسخ به این سؤال اصلی پژوهش است که آیا درمان شناختی رفتاری بر ترس از زایمان و علت‌های ترس از زایمان در زنان نخست‌زا تأثیر دارد.

<sup>1</sup> Ghavami, Ghanbari Hashem Abad, Saffarian, & Khakpour

<sup>2</sup> O'Mahen, Fedock, Henshaw, Himle, Forman, & Flynn

<sup>3</sup> Salmela-Aro

<sup>4</sup> Fenwick

## روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، کارآزمایی بالینی بوده است و به همراه طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری اثر دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان باردار نخست‌زا در تابستان ۱۳۹۹ مراجعه‌کننده به بیمارستان اروند اهواز بود. بیمارستان اروند اهواز، مرکزی فوق تخصصی در مرکز شهر بوده و از واحدهای مختلف داخلی جراحی، زنان، اطفال و ... تشکیل شده است. جامعه آماری حدوداً ۱۷۰ نفر زن باردار بود. نمونه‌ای شامل ۵۰ نفر از زنان باردار با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی درد و گروه ۲۵ نفره آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. از جمله معیارهای ورود زنان باردار نخست‌زا به این مطالعه داشتن طیف سنی ۱۷ تا ۳۷ ساله؛ عدم باروری به روش لقاح مصنوعی؛ و عدم بیماری مزمن روانشناختی که منجر به مصرف دارو در آنان شود، بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم علاقه افراد به ادامه شرکت در جلسات درمان و غیبت بیش از یک جلسه از درمان بود. پس از توضیحات کامل درباره پژوهش از گروه نمونه درخواست شد تا پرسشنامه‌های ترس از زایمان و علل ترس از زایمان را تکمیل نمایند. زمان مداخله در ماه سوم بارداری گروه نمونه بود. ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری توسط پژوهشگر با نظارت اساتید در کلینیک تخصصی، بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه هیچ اقدام خاصی را دریافت نکردند. پس از دو ماه از اجرای پس‌آزمون مرحله پیگیری انجام شد تا اثر درمان بعد از دو ماه نیز ارزیابی شود.

## ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه ترس از زایمان هارمن:** این پرسشنامه توسط هارمن (۱۹۸۸) تهیه و توسط لوئی<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۰ بازنگری شده است. این ابزار در ابتدا دارای ۱۶ سؤال بوده که بعد از بومی‌سازی توسط خرسندی، غفرانی‌پور، حیدرنیا، فقیه‌زاده، اکبرزاده و وفایی<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) به ۱۴ سؤال کاهش پیدا کرده است. در این پرسشنامه پاسخ سؤالات به صورت طیف لیکرت ۴ تایی (عدم ترس، ترس خیلی کم، متوسط و زیاد) سنجیده میشوند. دامنه امتیازها بین ۵۶-۱۴ می‌باشد و نمره بیشتر، نشان‌دهنده ترس بیشتر است. روایی این پرسشنامه توسط خرسندی و همکاران (۲۰۰۸) اثبات شده است و ضرایب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است. در این پژوهش اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

**پرسشنامه علل ترس از زایمان هارمن:** این پرسشنامه توسط هارمن (۱۹۸۸) با هدف سنجش علل ترس از زایمان ساخته شده است که دارای ۲۰ سؤال می‌باشد. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. پرسشنامه دارای چهار بُعد شامل درد، مسئولیت، آسیب بدنی و زایمان زودرس است. سؤالات ۵-۱ مربوط به بُعد درد، سؤالات ۱۰-۶ مربوط به بُعد مسئولیت، سؤالات ۱۵-۱۱ مربوط به بُعد مسئولیت و سؤالات ۲۰-۱۶ مربوط به بُعد زایمان زودرس است. نمرات بالاتر در هر بُعد، نشان‌دهنده ترس بیشتر از زایمان در شخص پاسخ‌دهنده در آن بُعد خواهد بود و برعکس. گرامی و همکاران (۱۳۹۷) پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه علل ترس از زایمان با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

<sup>1</sup> Lowe

<sup>2</sup> Khorsandi, Ghofranipoor, Heidarneia, Fagheihzade, Akbarzadeh, & Vafaei

## جدول (۱) ساختار محتوای جلسات

جلسات	توضیحات
جلسه اول	معرفی و آشنا شدن افراد با یکدیگر - توضیح قوانین گروه - انسجام گروهی - تأکید بر مشترک بودن مشکلات
جلسه دوم	آشنا کردن مراجعین با درمان شناختی رفتاری، شناسایی انتظارات مراجعین - آموزش به مراجعان راجع به ترس از زایمان - آشنا کردن اعضاء با انواع خاص فکر کردن و تفاوت‌هایی که افکار در خلق و خو در روابط به وجود می‌آورد.
جلسه سوم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل - آموزش شناسایی افکار خودآیند - شناسایی تعریف‌های شناختی که منجر به ترس از زایمان می‌شود - تعیین تکلیف و ارائه بازخورد.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل - آموزش ارزیابی افکار خودآیند - ادامه شناسایی تحریف‌های شناختی منجر به ترس از زایمان - فیلتر ذهنی - ذهن خوانی کردن - بایدها - به خود برچسب زدن - خودسرزندی - تفکر همه یا هیچ.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل - آشنایی با کارکرد فعالیت‌های روزانه و چگونگی تأثیر آن بر خلق - آموزش.
جلسه ششم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل - غنی‌سازی فعالیت‌های روزانه، عمدتاً پاداش‌دهنده و آرامش‌بخش - آموزش تکنیک‌های رفتاری پرت کردن حواس - تمرکز مجدد تنفس عمیق.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل - اهداف روشن در مقابل اهداف مهم و غیرشفاف - مدیریت زمان برنامه‌ریزی برای آینده - اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت - شناسایی هرم نیازهای مزلو.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل - آشنا کردن مراجع با تصاویر ذهنی شایع بارداری - آموزش تکنیک‌های پیگیری تصاویر ذهنی تا کامل شدن آن‌ها - اجرای حساسیت‌زدایی منظم تجسمی و آموزش جرأت‌مندی و سبک‌های ارتباطی.
جلسه نهم	روش تثبیت انتقال دادن آن به زندگی روزمره - انجام کار گروهی همراه با همسران مراجعین - خلاصه‌سازی نهایی.

## یافته‌ها

براساس نتایج به دست آمده، میانگین سنی، افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش و گواه نزدیک به هم بود. طیف سنی ۱۸ تا ۳۷ ساله را شامل می‌شود. تمامی زنان بارداری نخست آن‌ها بودند. بیشتر افراد شرکت‌کننده در هر دو گروه به لحاظ وضعیت تحصیلی کارشناسی بودند. ۸۲ درصد از آزمودنی‌ها سابقه سقط نداشتند. هم‌چنین ۹۰ درصد از آزمودنی‌ها فاقد بیماری جسمانی بودند و ۱۰ درصد دیگر اختلال جسمانی خفیف را دارا بودند. ۹۴ درصد از آزمودنی‌ها سابقه بیماری روانی را نداشتند. ۷۱ درصد از شرکت‌کنندگان دارای سابقه سزارین فامیلی بودند. تمامی زنان باردار شرکت‌کننده در آزمون تحت مراقبت دوران بارداری بودند.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی دو گروه در متغیر پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه		پیش‌آزمونی		پس‌آزمونی	
	آزمایش		پیگیری		پیگیری	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
علل ترس از زایمان	۵۴/۹۴	۸/۵۳	۵۶/۹۷	۴/۱۳	۴۰/۰۲	۴/۰۷
ترس از زایمان	۳۳/۸۴	۷/۲۲	۳۳/۵۱	۵/۳۵	۲۴/۳۳	۲/۲۸
درد	۹/۴۶	۲/۶۰	۲/۷۱	۱/۰۸	۷/۳۳	۱/۱۳
مسئولیت‌پذیری	۹/۸۴	۲/۹۰	۲/۶۱	۱/۷۰	۶/۶۱	۰/۵۹
آسیب بدنی	۱۰/۰۸	۱/۵۷	۲/۷۱	۱/۴۷	۶/۹۷	۰/۵۰
زایمان زودرس	۹/۰۷	۲/۴۹	۲/۰۹	۱/۵۱	۶/۴۰	۰/۷۱

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی دو گروه و هریک از زیرمقیاس‌های متغیر مورد پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول ۲ نشان داده شده، میانگین نمره ترس از زایمان در گروه آزمایش بعد از درمان ۲۲/۳۳، قبل از درمان ۳۳/۸۴ و در آزمون پیگیری ۲۴/۳۳ می‌باشد. در گروه گواه قبل از درمان ۳۳/۵۱ و بعد از درمان ۳۴/۹۲ که براساس تغییر میانگین در گروه آزمایش بارزتر بوده است. میانگین درد در گروه آزمایش بعد از درمان ۲/۲۷ و قبل از درمان ۹/۴۶ و در آزمون پیگیری ۷/۳۳ بوده، میانگین مسئولیت‌پذیری در گروه آزمایش بعد از درمان برابر ۶/۰۳ بوده و قبل از درمان ۹/۸۴ و در آزمون پیگیری ۶/۶۱ به دست آمده، میانگین آسیب بدنی در گروه آزمایش پس از درمان برابر ۶/۳۳ بوده و قبل از درمان ۱۰/۰۸ و در آزمون پیگیری ۶/۹۷ بوده و در آخر میانگین زایمان زودرس در گروه آزمایش بعد از درمان برابر ۵/۸۹ بوده و قبل از درمان ۹/۰۷ و در آزمون پیگیری ۶/۴۰ به دست آمده است. بنابراین همه مؤلفه‌های ترس از زایمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش داشته است، ولی این موضوع در مورد گروه گواه صادق نمی‌باشد.

برای بررسی اثر درمان شناختی رفتاری در زنان باردار بر ترس از زایمان و علل ترس از زایمان از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد و از مفروضه‌های زیر برای بررسی همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع استفاده شد. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس خطا از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که شرط همگنی واریانس‌ها در مورد هر پرسشنامه در سطح  $P > 0.05$  معنادار نمی‌باشد. در این صورت پیش فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده گردید. سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ شد و با توجه به نتایج توزیع نرمال می‌باشد. برای بررسی همگنی شیب ضرایب رگرسیون آزمون F استفاده گردید و سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ به دست آمد. بنابراین مفروضه همگن بودن شیب ضرایب رگرسیون نیز برقرار بوده و می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

جدول (۳) تحلیل کواریانس ترس از زایمان و علل ترس از زایمان در دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک دو پرسشنامه

متغیرها	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	اندازه اثر	سطح معناداری
علل ترس از زایمان	گروه	۳۴۸۲/۳۰۴	۱	۳۴۸۲/۳۰۴			
	خطا	۲۵۳۰/۸۷۳	۴۲	۵۵/۶۸۷	۵۹/۶۷۱	۰/۵۷	۰/۰۰۱
ترس از زایمان	گروه	۲۴۶۸/۰۳۵	۱	۲۴۶۸/۰۳۵			
	خطا	۱۵۱۳/۲۳۷	۴۲	۳۶/۳۵۴	۶۲/۷۱۹	۰/۵۷	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده، روش شناختی رفتاری در گروه آزمایش باعث کاهش علائم و نشانه‌های ترس از زایمان شده است. بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان بیان کرد که درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم ترس از زایمان مؤثر بوده است. این نتیجه، در مورد هردو پرسشنامه یکسان می‌باشد.

جدول (۴) تحلیل کواریانس مؤلفه‌های ترس از زایمان در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معناداری
درد	گروه	۲۳۷/۳۶۸	۱	۲۳۷/۳۶۸		
	خطا	۱۲۲/۶۰۷	۴۲	۳/۶۷۱	۷۱/۳۴۲	۰/۰۰۱
مسئولیت	گروه	۱۸۹/۸۴۴	۱	۱۸۹/۸۴۴		
	خطا	۲۹۷/۷۳۱	۴۲	۶/۲۱۹	۲۲/۳۱۴	۰/۰۰۱
آسیب بدنی	گروه	۱۵۳/۲۳۰	۱	۱۵۳/۲۳۰		
	خطا	۲۰۹/۷۰۹	۴۲	۴/۶۰۱	۳۱/۸۰۶	۰/۰۰۱
زایمان زودرس	گروه	۱۲۰/۳۴۰	۱	۱۲۰/۳۴۰		
	خطا	۱۰۱/۲۰۷	۴۲	۴/۰۰۹	۲۴/۷۱	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۴ نشان داده شده است، نتایج تحلیل کواریانس گویای آن است که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش علائم ترس از زایمان (درد، مسئولیت، آسیب بدنی و زایمان زودرس) شده است. داده‌ها نشان می‌دهد که آیتم درد با  $F=۷۱/۳۴۲$  بیشترین کاهش را داشته و آیتم مسئولیت با  $F=۲۲/۳۱۴$  کمترین کاهش را داشته است. این نتایج مجموعاً حاکی از بیان اثربخشی درمان



شناختی رفتاری در کاهش ترس از زایمان و کاهش تمامی علائم ترس از زایمان زنان باردار دارد. ترس از درد بیشترین کاهش را داشته است، بعد از آن آسیب بدنی بیشترین کاهش را داشته است و در انتها بر زایمان زودرس و مسئولیت تأثیر داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست آمده نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر ترس از زایمان و عمل ترس از زایمان تأثیر دارد. نتایج به‌دست آمده با یافته‌های قوامی و همکاران (۲۰۲۰)؛ عبدالهی، فرامرزی، دلاور، باکویی، چهرازی و قلی‌نیا<sup>۱</sup> (۲۰۲۰)؛ و نیمین، المکویست، ویجما، رایدینگ، اندرسون و ویجما<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) بیلیس و همکاران (۲۰۲۰) همسو می‌باشد. یکی از دلایل ویژه، ترس از زایمان در زنان باردار به‌خاطر اطلاعات اشتباه جزئی و ناقص آن‌هاست. پس به این مهم می‌رسیم که ارائه آموزش‌های روانی در فرآیند درمان شناختی رفتاری در جهت دلایل ترس از زایمان از اهم واجبات بوده و به گسترش دانش و مهارت لازم در زنان باردار و در نهایت به کاهش ترس آن‌ها منجر خواهد شد (هاینز و همکاران، ۲۰۱۱).

درمان شناختی رفتاری اضافه بر اطلاعات و دانش و نیز مورد هدف قرار دادن افکار و ارزیابی‌های غلط و اشتباه از زایمان و توانمند کردن مشخصی برای مقابله با زایمان، می‌تواند سبب شود تا زنان باردار، زایمان را یک تجربه آسیب‌زا و وحشتناک قلمداد نکنند. در پژوهش‌های مختلف اشاره شده است که فرآیندهای شناختی و افکار منفی هم‌چون فاجعه‌آمیز کردن درد می‌تواند به‌عنوان یک عامل مرتبط با ترس از زایمان تلقی گردد (عبدالهی و همکاران، ۲۰۲۰). درمان شناختی رفتاری باعث کاهش ترس از زایمان می‌شود. می‌توان چنین بیان کرد که درمان شناختی رفتاری با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و در نظر گرفتن امکانات و مزایا به‌جای موانع و مضرات به زنان باردار کمک می‌کند تا افکارشان را به‌صورت عینی‌تری درک کنند و هم‌چنین باعث افزایش حس اعتماد به نفس نسبت به وظایف جدیدی که در انتظار آنان است، می‌گردد. زمانی که زنان باردار برای مقابله کردن با ترس‌شان روش‌های نوین و راه برخورد با آن را فرا می‌گیرند، ترس آن‌ها کاهش پیدا کرده و توجه را به سمت خودشان جلب می‌کنند (نیمین و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش عبدالهی و همکاران نشان‌دهنده تأثیر درمان‌های روان‌شناختی از جمله درمان شناختی رفتاری بر ترس از زایمان در زنان باردار می‌باشد. در مدلی درباره ترس از درد، تأکید بر اجزای شناختی ترس از درد است که بر اجزای فیزیولوژیک درد اثر دارد. زمانی که فرد از درد یک ارزیابی منفی دارد، نهایتاً به‌صورت برانگیختگی فیزیولوژیک و تنش‌های جسمی خود را نشان می‌دهد (عبدالهی و همکاران، ۲۰۲۰).

توسط درمان شناختی رفتاری نشان داده شده است که باورهای زنان پس از زایمان اصلاح شده است و این به اصلاح در موارد دیگری زنان و مادر بودن‌شان هم‌چون حمایت و پشتیبانی بالا و از خودگذشتگی نیز منجر می‌شود (اوماهن و همکاران، ۲۰۱۲). درمان شناختی رفتاری روی بازسازی شناختی افراد کار می‌کند و افکار مورد وحشت و ترس با چالش روبه‌رو می‌شود و باعث می‌شود تا زنان باردار ارزیابی واقع‌بینانه‌تر و عینی‌تر درباره درد خود داشته باشند و پس از آن رفتارهای اجتنابی آن‌ها نیز کاهش پیدا می‌کند. به عبارتی، در طی فرآیند این درمان به زنان باردار کمک خواهد شد تا افکار و فرضیه‌های نامربوط و ناکارآمد مرتبط با درد را تغییر دهد و با مثال‌هایی از آن‌ها خواسته می‌شود تا آن را به بوتۀ آزمایش بگذارند. پس آن اصلاح در ارزیابی‌های شناختی زنان اتفاق می‌افتد و متعاقباً تنش‌ها و اضطراب‌های ماهیچه‌ای آن‌ها کاهش پیدا کرده و منجر به کاهش درد در آن‌ها می‌شود و فرآیند زایمان آن‌ها پیروزمندانه‌تر می‌شود. در واقع زمانی که زن برای زایمانش، درد آن را قابل‌گواه بداند، ترس و اضطراب او تا حد زیادی کاهش پیدا می‌کند (کول، ریف و گلوبیوسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳).

1. Abdollahi, Faramarzi, Delavar, Bakouei, Chehrizi, & Gholinia

2. Nieminen, Malmquist, Wijma, Ryding, Andersson, & Wijma

3. Kohl, Rief, & Glombiewski

در پژوهش بیلیس نشان داده شد که روان‌درمانی و آموزش‌های مدیریت دوران بارداری با رویکرد شناختی رفتاری، رویکردی تأثیرگذار برای توانمندی روانی زنان و کاهش ناراحتی ناشی از اضطراب و ترس از زایمان آن‌ها می‌شود (بیلیس و همکاران، ۲۰۲۰) و در پژوهش دیگر نشان داده شد که آموزش‌های دوران بارداری و حمایت روانی زن باردار در طول زایمان از درد او کاسته و تأثیرگذار می‌باشد (عبدالهی و همکاران، ۲۰۲۰).

مبنای رویکردهای شناختی رفتاری، تغییر و تحول در فرآیند شناخت می‌باشد. این رویکرد توضیح می‌دهد که تجربه کردن رفتار به تنهایی کفایت نمی‌کند و صد البته آن تعبیر و تفسیری که فرد از آن تجربه با خود دارد، دلیل اختلالات روان‌شناختی و مسائل مشکل‌زا می‌شود (سادوک و سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

رویکرد شناختی رفتاری افراد را راهنمایی و کمک کرده تا الگوی فکر منحرف‌شده و رفتار ناسازگار خود را بشناسند. به انسان‌ها کمک می‌کند تا یاد بگیرند که تصورات آن‌ها در مورد رویدادهای ناخوش زندگی واقع‌بینانه نیست و آن‌ها را به بوته آزمایش بسپارند. پس از آن برای تغییر دادن فکر و رفتار از مباحث منسجم و دارای نظم، تکالیفی که جنبه رفتاری و شناختی دارد، به افراد داده می‌شود. تمام رویکرد این درمان، آموزش است و در آن از فنون و تکنیک‌های مختلف، همچون تمرین مواجهه‌سازی در جلسه به یاری آموزش می‌آید (ریچنز و همکاران، ۲۰۱۸). این درمان بیان می‌کند که انسان‌ها به‌طور کلی سعی می‌کنند از تجارب هیجانی ترس یا موقعیت‌هایی که این تجربه را برای آن‌ها تداعی می‌کند، فرار کنند و سردمداران درمان شناختی رفتاری اعتقاد دارند که واکنش‌های هیجانی و رفتاری انسان توسط شناخت و باور او ایجاد می‌شود. برای همین منظور است که درمان شناختی رفتاری به بازسازی شناختی هم‌چون الگوی بک می‌پردازد و شناخت‌های منحرف‌شده را با روش‌هایی چون پرسش سقراطی به چالش می‌کشد (کریمی، مرادی و شاهی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶).

زنان نگران در دوران حساس بارداری، اضطراب‌شان افزایش یافته و مسائل را تهدیدی برای سلامتی و افزایش اضطراب خود تلقی می‌کنند و الگوهای پاسخ‌دهی آن‌ها، افکار و رفتارهای اضطرابی مداوم را منجر می‌شود. در درمان شناختی رفتاری با بازسازی شناختی، تعریف‌های شناختی و فرضیه‌های ناسازگار برخورد شده و کمک می‌شود تا افراد با استدلالی عینی و منطقی برای زنجیره معیوب افکار خود روبه‌رو شوند؛ و حتی احتمال اتفاق افتادن رویدادی را که نسبت به آن مضطرب هستند را آزمایش می‌کنند (اسکات و همکاران، ۲۰۰۹). درنهایت می‌توان با توجه به مباحث مطرح شده با تحکم بیان کرد که آموزش‌های روانی هر چند کوچک درخصوص زنان باردار می‌تواند آرامش‌های بزرگی را رقم بزند. پایین آمدن نرخ مشکلات روان‌شناختی زنان باردار چون ترس و اضطراب آن‌ها می‌تواند در گواه آن‌ها بر هیجانات و نگرش‌هایشان و در نهایت بر سلامت روان آن‌ها تأثیر افزایشی داشته باشد؛ البته که این پژوهش نیز از قاعده مواجهه با محدودیت‌ها مستثنی نبوده است و در تعمیم آن می‌باید جانب احتیاط را رعایت نمود. همچون حجم اندک نمونه را می‌توان اشاره کرد. در آخر، پیشنهاد می‌شود در کنار مراقبت‌های جسمی و فیزیولوژیک دوران بارداری که بسیار امروزه رایج است، طرحی همگانی برای ویزیت روان‌شناختی زنان باردار و متعاقب آن مداخلات روان‌شناختی منسجم صورت پذیرد؛ چرا که فرزندان با روان سالم توسط مادرانی دارای سلامت روان پرورش می‌یابند.

<sup>1</sup>. Sadock & Sadock

<sup>2</sup>. Karimi, Moradi, & Shahoei

## منابع

- بدیعی، شاپور؛ روانشاد، یلدا؛ آذرفر، انوش؛ دستفان، فاطمه؛ بابایی، سارا؛ و میرزایی، ندا. (۱۳۹۲). بررسی زایمان‌های سزارین و علل آنها در بیمارستان‌های حوزه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۰. **مجله زنان، مامایی و نازایی ایران**، ۱۶(۶۶)، ۱۷-۱۰.
- حسین‌خانزاده، عباسعلی؛ رستم‌پور، اعظم؛ خسروجاوید، مهناز؛ و ندائی، ناهید. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش شناختی-رفتاری بر اضطراب بارداری و انتخاب نوع زایمان زنان نخست‌زا. **نشریه آموزش پرستاری**، ۵(۶)، ۳۲-۲۴.
- دلاورقوام، سیما و علیزاده، جابر. (۱۳۹۳). نقش باورهای فراشناختی و عاطفه مثبت و منفی در ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا. **مجله پژوهش پرستاری**، ۹(۳۴)، ۱۸-۱۰.
- رستمی، رضا؛ رامش، سمیه؛ و همت‌بلنده، الهه. (۱۳۹۵). اثربخشی ترکیب درمان شناختی رفتاری و بیوفیدبک در درمان مبتلایان به واژینیسموس: یک مطالعه پایلوت. **سلامت جامعه**، ۱۰(۱)، ۷۷-۷۲.
- شاه‌نظری، مهدی و حائری، هایده. (۱۳۹۵). تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر نشخوار ذهنی و اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. **پژوهش‌های کاربردی روانشناختی**، ۱۷(۱)، ۱۶۷-۱۵۵.
- طوسی، منیره؛ اکبرزاده، مرضیه؛ زارع، نجف و شریف، فرخنده. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش رفتارهای دلبستگی بر میزان اضطراب و دلبستگی مادر به نوزاد در بارداری اول. **مجله حیات**، ۱۷(۳)، ۷۹-۶۹.
- ظفرمندی، نفیسه؛ هداوند، شهرزاد؛ ترکستانی، فرحناز؛ زائری، فرید؛ و وریجی مهدی. (۱۳۸۴). بررسی شیوع اضطراب و ترس از زایمان در دوران پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب. **مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران**، ۲۳(۲)، ۱۶۰-۱۵۵.
- عباس‌پور، زهرا، مقدم‌بنا، لیدا، احمدی، فضل‌اله و کاظم‌نژاد، آنوشیروان. (۱۳۹۳). ترس زنان از زایمان و تأثیر آن بر انتخاب روش زایمان. **مجله پایش**، ۱۳(۲)، ۵۸۷-۵۷۵.
- گرامی، گیتا؛ مکنون‌حسینی، شاهرخ؛ صداقت، مستوره؛ و معاضدیان، آمنه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فردی بر ترس از فرایند زایمان در زنان برون‌گرا و نوروزگرا. **فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی**، ۹(۳)، ۱۴۱-۱۲۵.
- نصیری، فرزاد و شریفی، شکوفه. (۱۳۹۲). ارتباط ترس از زایمان و تیپ شخصیتی در زنان باردار. **مجله زنان، مامایی و نازایی ایران**، ۱۶(۶۶)، ۲۵-۱۸.
- نگاهبان، طیبه و انصاری، علی. (۱۳۸۷). آیا ترس از زایمان می‌تواند سزارین اورژانسی را در بین زنان باردار شکم اول پیشگویی کند؟ **مجله حیات**، ۱۴(۴)، ۸۱-۷۳.
- Abdollahi, S., Faramarzi, M., Delavar, M. A., Bakouei, F., Chehrizi, M., & Gholinia, H. (2020). Effect of Psychotherapy on Reduction of Fear of Childbirth and Pregnancy Stress: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 11, 787.
- Aguilera-Martín, A., Galvez-Lara, M., Blanco-Ruiz, M., & Garcia-Torres, F. (2020). Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 1, 1-31.
- Alehagen, S. I. W., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 85(1), 56-62.
- Alehagen, S. I. W., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 85(1), 56-62.
- Arch, J. J., Dimidjian, S., & Chessick, C. (2012). Are exposure-based cognitive behavioral therapies safe during pregnancy?. *Archives of Women's Mental Health*, 15(6), 445-457
- Baylis, R., Ekdahl, J., Haines, H., & Rubertsson, C. (2020). Women's experiences of internet-delivered Cognitive Behaviour Therapy (iCBT) for Fear of Birth. *Women and Birth*, 33(3), 227-233.
- Beck, A. T. (2010). Asocial beliefs as predictors of antisocial behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 177(1-2), 65-70.
- Da Costa, D., Drita, M., Verreault, N., Balaa, C., Kudzman, J., & Khalife, S. (2010). Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Archives of women's Mental Health*, 13(3), 249-257
- 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.
- Escott, D., Slade, P., Spiby, H., & Fraser, R. B. (2005). Preliminary evaluation of a coping strategy enhancement method of preparation for labour. *Midwifery*, 21(3), 278-291.

- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., ... & Toohill, J. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1-9.
- Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social science & medicine*, 63(1), 64-75
- Flink, I. K., Mroczek, M. Z., Sullivan, M. J., & Linton, S. J. (2009). Pain in childbirth and postpartum recovery—The role of catastrophizing. *European Journal of Pain*, 13(3), 312-316.
- Ghavami, B. A., Ghanbari Hashem Abad, B. A., Saffarian, M. R., & Khakpour, M. (2020). Effect of group cognitive behavioral therapy on inefficient beliefs and marital satisfaction in pregnant women with the fear of first childbirth. *Journal of Research and Health*, 10(1), 11-18.
- Haines, H., Pallant, J. F., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27(4), 560-567
- Karimi, A., Moradi, O., & Shahoei, R. (2016). The effect of Teasdales cognitive therapy on anxiety reduction during pregnancy. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS)*, 1(1), 1170-1180.
- Khorsandi, M., Ghofranipoor, F., Heidarneia, A., Fagheihzade, S., Akbarzadeh, A., & Vafaei, M. (2008). Efficacy of delivery in pregnant women. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 26(1), 89-95.
- 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.
- Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(4), 219-24.
- Nieminen, K., Malmquist, A., Wijma, B., Ryding, E. L., Andersson, G., & Wijma, K. (2015). Nulliparous pregnant women's narratives of imminent childbirth before and after internet-based cognitive behavioural therapy for severe fear of childbirth: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(9), 1259-1265.
- Nilsson C, Lundgren I. women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 2009; 25(2), 1-9.
- O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, J. A., Forman, J., & Flynn, H. A. (2012). Modifying CBT for perinatal depression: what do women want?: a qualitative study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 359-371.
- Otley, H. (2011). Fear of childbirth: Understanding the causes, impact and treatment. *British Journal of Midwifery*, 19(4), 215-220.
- Richens, Y., Smith, D. M., & Lavender, D. T. (2018). Fear of birth in clinical practice: a structured review of current measurement tools. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 98-112.
- Roykulcharoen, V., & Good, M. (2004). Systematic relaxation to relieve postoperative pain. *Journal of advanced nursing*, 48(2), 140-148.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/clinical psychiatry* (10<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salmela-Aro, K., Read, S., Rouhe, H., Halmesmäki, E., Toivanen, R. M., Tokola, M. I., & Saisto, T. (2012). Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of health psychology*, 17(4), 520-534.
- Scott, J. R., Gibbs, R. D., Karlan, B. Y., & Haney, A. F. (2003). *Danforth's obstetrics and gynecology* (9<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Solchany, J. (2003). Issues of mental health in pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 18(1), 6-12.
- Tsui, M. H., Pang, M. W., Melender, H. L., Xu, L., Lau, T. K., & Leung, T. N. (2007). Maternal fear associated with pregnancy and childbirth in Hong Kong Chinese women. *Women & Health*, 44(4), 79-92.
- Van Bussel, J. C., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2006). Women's Mental Health Before, During, and After Pregnancy: A Population-Based Controlled Cohort Study. *Birth*, 33(4), 297-302.

## Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Fear of Childbirth and Causes of Fear of Childbirth in Primiparous Women

Mardani, M<sup>1\*</sup> & Hamid, N<sup>2</sup>

\*1- M.A, Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran (*Corresponding author, email: doctormaryam20@gmail.com*)

2-PhD, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

### **Abstract**

The aim of this study was to investigate the effect of cognitive-behavioral therapy on fear of childbirth and causes of fear in pregnant women who have their first childbirth. The study population consisted of 50 primiparous women who were selected by purposive sampling method and randomly assigned into two experimental and control groups (each group consisting of 25). The intervention period was in the third month of pregnancy in the experimental group. Nine 90-minute sessions of cognitive-behavioral therapy training were performed by the researcher on the experimental group and the control group did not receive any specific intervention. The research instruments included Harman (1988) Fear of Childbirth Questionnaire and Harman (1988) Causes of Fear of Childbirth. Data were analyzed by Analysis using Covariance was. Findings showed that there was a significant difference between the experimental group and the control group for both variables of fear of childbirth and causes of fear of childbirth ( $p \geq 0.001$ ). In addition, the subscale of pain had the most decrease and the subgroup of preterm labor had the least decrease. The results indicate that cognitive-behavioral therapy is effective in reducing the fear of childbirth and its causes. Psychological training, however small, for pregnant women could bring great relief. Decreasing the rate of psychological problems of pregnant women such as their fear and anxiety could have an increasing effect on their control over their emotions and attitudes and ultimately on their mental health.

**Keywords:** Cognitive-behavioral therapy; Fear of childbirth; Causes of fear of childbirth; Primiparous women