

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از زایمان، ترس از درد، خودکارآمدی زایمان و تمایل به سزارین زنان نخست‌زا

مریم قضایی^{۱*}، دکتر ایران داودی^۲، دکتر عبدالکاسم نیسی^۳، دکتر مهناز
مهرابی‌زاده هنرمند^۴، دکتر سودابه بساک‌نژاد^۵

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.
۳. دانشیار گروه روانشناسی صنعتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.
۴. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.
۵. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۷

خلاصه

مقدمه: در طول دهه گذشته نرخ سزارین در کشورهای صنعتی و در حال توسعه افزایش یافته است. دلایل زیادی برای افزایش جهانی نرخ سزارین وجود دارد، اما یک عامل مهم و تأثیرگذار ترس از زایمان طبیعی است. ترس از زایمان نیز خود به دلایلی همچون ترس از درد و خودکارآمدی پایین زایمان ایجاد می‌شود. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از زایمان، ترس از درد، خودکارآمدی زایمان و تمایل به سزارین زنان نخست‌زا انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۵ نفر از زنان نخست‌زای شهر مشهد انجام شد. افراد به دو گروه کنترل و آزمایش تخصیص یافتند. ۹ جلسه درمان شناختی رفتاری توسط پژوهشگر (روانشناس بالینی) بر روی گروه آزمایش اجرا شد. پرسشنامه انتظار از زایمان ویژما، خودکارآمدی زایمان و نشانه‌های اضطراب از درد به عنوان ابزار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شدند. تمایل زنان به نوع زایمان با یک سؤال در ابتدای نمونه‌گیری و در پایان درمان سنجیده شد، به علاوه پس از اتمام بارداری طی یک تماس تلفنی، نوع نهایی زایمان از مادران پرسیده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های تحلیل کواریانس و آزمون دقیق فیشر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر ترس از زایمان، ترس از درد، تمایل به سزارین و سزارین در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافت ($p < 0/05$). همچنین خودکارآمدی زایمان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری از طریق کاهش ترس از زایمان، ترس از درد و افزایش خودکارآمدی زایمان، سزارین‌های غیرضروری را کاهش می‌دهد.

کلمات کلیدی: ترس از زایمان، ترس از درد، خودکارآمدی زایمان و تمایل به سزارین

* نویسنده مسئول مکاتبات: مریم قضایی؛ دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران. تلفن: ۰۶۱۱-۳۳۶۰۶۰۹؛ پست الکترونیک:

ma.ghazayi@yahoo.com

مقدمه

از آنجایی که بارداری، زایمان و مادر شدن فرآیندی است که پیامدهای اجتماعی و هیجانی مهمی را برای هر زنی به دنبال دارد، توجه پژوهشگران زیادی را به خود جلب کرده است (۱). در همین راستا افزایش نرخ سزارین در طول دهه‌های اخیر در کشورهای صنعتی و در حال توسعه نگرانی‌های زیادی را به وجود آورده است. عمل سزارین به خروج جنین، جفت و غشاها از طریق برش دیواره شکم و رحم اطلاق می‌شود (۲). بدیهی است در زایمان‌های سخت، سزارین به عنوان راهکاری برای حفظ جان مادر و نوزاد مورد استفاده قرار می‌گیرد. شرایطی نظیر تنگی لگن مادر یا بزرگی بیش از حد جنین، موقعیت غیرطبیعی جنین در رحم، کاهش یا تغییر ضربان قلب جنین، طولانی شدن زمان زایمان، بروز خون‌ریزی شدید، مسمومیت‌های شدید بارداری، پارگی کیسه آب، عدم شروع دردهای زایمانی و هر گونه اختلال در پیشرفت طبیعی زایمان که مانع انجام زایمان طبیعی است، منجر به سزارین می‌شود. تمام این موارد می‌توانند دلیل ۱۵-۱۰٪ سزارین‌ها باشند و حدود ۹۰-۸۵٪ زایمان‌ها معمولاً می‌توانند بدون انجام هیچ‌گونه مداخله درمانی و به صورت طبیعی انجام شوند (۳). این در حالی است که در آمریکا، حدود ۵٪ کل زایمان‌ها در سال ۱۹۷۰، ۲۰٪ زایمان‌ها در سال ۱۹۸۰ و ۳۲٪ زایمان‌ها در سال ۲۰۱۱، سزارین بوده است (۱). این الگوی رو به رشد در ایران نیز مشاهده می‌شود، به گونه‌ای که برخی از پژوهش‌ها شیوع سزارین را در ایران حدود ۶۰-۵۰٪ برآورد کرده‌اند که ۴-۳ برابر میزان توصیه شده سازمان جهانی بهداشت است (۴). دلایل زیادی برای افزایش جهانی نرخ سزارین وجود دارد، اما یک عامل مهم و تأثیرگذار، انتخاب خودِ مادر است. توجه زیاد به استقلال بیمار و سهیم کردن او در تصمیم‌گیری، امکان برنامه‌ریزی برای وقت زایمان، امکان هماهنگی برای همراه داشتن یکی از آشنایان و در نهایت ترس از زایمان باعث می‌شود تا زنان بدون وجود دلایل موجه پزشکی، سزارین را به زایمان طبیعی ترجیح دهند (۵). ترس از زایمان در طیفی از ترس شدید تا ترس منطقی از زایمان قرار دارد. اکثر زنان به ویژه زنان نخست‌زا به خاطر ناآشنا

بودن با فرآیند زایمان، یک ترس منطقی را تجربه می‌کنند. به طور طبیعی، این ترس در طول بارداری و زایمان کنترل می‌شود (۶). ترس غیر منطقی به صورت اضطراب‌های روزمره، کابوس‌های شبانه و نشانه‌های جسمی آشکار شده و اغلب باعث تقاضای مادر برای سزارین انتخابی می‌شود (۷). حتی گاهی اوقات، ترس شدید از زایمان منجر به اجتناب از بارداری و مادر شدن و یا انکار بارداری می‌شود (۸). برخی از محققان معتقدند که ترس از زایمان در نسل جدید افزایش یافته است، در حالی که دیگران معتقدند شیوع آن همیشه ثابت بوده است (۷). در فنلاند، سوئد و انگلستان، ترس از زایمان دلیل ۲۲-۷٪ سزارین‌ها است (۹). در مطالعه سالملاآرو و همکاران (۲۰۱۱) نشان داده شده است که ۱۰-۶٪ از زنان باردار از ترس از زایمان طبیعی رنج می‌برند (۱). در داخل کشور نیز شیوع ترس از زایمان طبیعی را در زنان باردار، ۵۹٪ گزارش کرده‌اند (۱۰).

اما برای ترس از زایمان طبیعی دلایل متعددی بر شمرده‌اند. ترس از درد، ترس از مرگ، ترس از مشکلات غیر منتظره، خودکارآمدی ضعیف زایمان، نگرانی راجع به مشکلات جنسی پس از زایمان و نگرانی راجع به سلامتی نوزاد از جمله دلایل عمده ترس از زایمان می‌باشند (۹). به علاوه اطلاعات ضعیف راجع به زایمان و داستان‌های منفی بازگو شده موارد دیگری هستند که منجر به تشدید ترس از زایمان می‌شود (۱۱). این در حالی است که برخی از پژوهش‌ها ترس از زایمان را با افسردگی، آسیب‌پذیری، فقدان حمایت اجتماعی، فقدان اعتماد به کارکنان بیمارستان و تجارب منفی زایمان‌های قبلی مربوط می‌دانند (۸). در مطالعه هاینس و همکاران (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 (۱۲).

مهم‌ترین دلیل ایجاد ترس از زایمان که در مطالعات متفاوت به آن اشاره می‌شود، ترس از درد است (۱۳) در مطالعه شریعت و همکاران (۲۰۰۲)، ۷۱٪ دلیل ترس از زایمان طبیعی توسط زنان باردار، ترس از درد زایمان طبیعی عنوان شده است (۱۴). ترس از درد زایمان با

شوند و بنابراین به احتمال بیشتری پیش‌گویی آن‌ها تحقق می‌یابد (۲۰).

اما پرداختن به ترس از زایمان و کاهش آن در دهه اخیر، مورد علاقه پژوهشگران واقع شده است؛ چراکه در وهله نخست ترس از زایمان همان‌طور که در سطور بالا اشاره شد، منجر به انتخاب سزارین می‌شود. پاره شدن رحم، از دست دادن بیش از حد خون، کم‌خونی و عفونت مادر، چسبندگی شدید رحم در مادران، خطر افزایش دیابت در نوزادان، فلج اعصاب بازوی کودک، آسیب جمجمه‌ای از جمله خطراتی است که سزارین می‌تواند برای مادر و نوزاد داشته باشد (۲۱). به علاوه مطالعات نشان داده است میزان مرگ‌ومیر ناشی از سزارین، ۷ برابر زایمان طبیعی است (۲۲). جانسون و همکار (۲۰۰۲) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ترس شدید از زایمان در سه ماهه سوم بارداری باعث ایجاد تجارب منفی زایمان و سزارین‌های اورژانسی می‌شود (۲۳). ترس از زایمان حتی در صورتی که منجر به سزارین نشود می‌تواند در طول بارداری و زایمان اثرات مضر داشته باشد. در واقع در اضطراب‌های شدید و طولانی مدت، با تحریک سیستم عصبی خودکار، عضلات صاف شریان‌ها منقبض شده، جریان خون رحمی جفتی و اکسیژن‌رسانی به رحم کاهش یافته، الگوی ضربان قلب جنین غیر طبیعی شده و احتمال زایمان زودرس افزایش می‌یابد. هورمون‌هایی که در پاسخ به ترس و اضطراب ترشح می‌شوند مانند کاتکولامین‌ها، کورتیزول، اپی‌نفرین و بتا آندروفین‌ها می‌توانند باعث اختلال در پیشرفت میزان اتساع دهانه رحم شده و همچنین بر عضلات صاف رحم اثر کرده و باعث کاهش قدرت انقباضی رحم و کارایی آن در روند زایمان شوند؛ به‌طوری‌که در نهایت باعث طولانی شدن زایمان، افزایش درد و ایجاد اضطراب و ترس بیشتر شوند (۲۴). در مطالعه سیمکین (۱۹۹۶) نشان داده شد که عزت نفس یک زن به چندین عامل در طول زندگی از جمله شرایط دوران کودکی، ازدواج، شغل، زایمان و مادری کردن بستگی دارد، بنابراین بارداری و زایمان واقع‌های است که می‌تواند عزت نفس و هویت زنانه را تقویت کند و انتخاب سزارین به دلیل ترس از زایمان طبیعی باعث می‌شود تا زنان در توانایی خود به عنوان

ترس از درد عمومی، ارتباط زیادی دارد. در طول دهه گذشته، نقش ترس در بروز، رشد و نگهداری درد توجه زیادی را به خود جلب کرده است. افراد مبتلا به ترس از درد، عقاید فاجعه‌آمیز و تفاسیر منفی از درد دارند و درد را برابر با آسیب می‌دانند (۱۵). در واقع اگر ترس از درد همان‌گونه که برخی از پژوهشگران اعتقاد دارند حالت غیرمنطقی و یا مرضی به خود بگیرد، منجر به شکل‌گیری میل به اجتناب از منبع درد می‌شود (۱۶). در افراد مبتلا به ترس از درد زایمان نیز انتخاب سزارین، خود یک رفتار اجتنابی از درد است (۱۵). از طرف دیگر حتی در صورت عدم اجتناب از زایمان طبیعی، ترس از درد می‌تواند در زایمان، منبع تهدیدی برای زنان باشد؛ چراکه باعث می‌شود برآورد بالا از شدت درد و دست کم گرفتن توانایی‌های مقابله با درد بروز پیدا کند (۱۷). ترس از درد، از طریق ایجاد تنش، باعث تشدید احساس درد می‌شود و فاجعه‌آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی، فرایندهای عاطفی و همچنین ناتوانی همراه است (۱۸).

خودکارآمدی زایمان یکی دیگر از عواملی است که می‌تواند در ترس از زایمان نقش مهمی ایفا کند. ارسکوگ و همکاران (۱۹۸۳) در مطالعه خود مشاهده کردند، در یک نمونه صد نفری از زنان مبتلا به ترس از زایمان، دومین دلیل عمده که توسط ۶۵٪ از آن‌ها ذکر می‌شود، احساس ناتوانی در زایمان کردن است (۱۵). خودکارآمدی، به عنوان اعتقاد شخص به توانایی‌های خود برای انجام یک رفتار تعریف می‌شود (۱۹). بندورا (۱۹۹۷) معتقد است که خودکارآمدی بر همه جنبه‌های رفتار و فعالیت‌های هیجانی از قبیل اضطراب، استرس و الگوهای فکری تأثیر می‌گذارد (۱۵). یکی از این موقعیت‌های استرس‌زا، زایمان است. خودکارآمدی زایمان نیز به توانایی ادراک شده زن برای انجام موفقیت‌آمیز زایمان اطلاق می‌شود. زنانی که خودکارآمدی پایینی در زایمان دارند، می‌ترسند با رفتار نامناسب خود در طول زایمان به نوزاد آسیب برسانند و یا این که نتوانند به خوبی با درد زایمان مقابله کنند (۱۵). خودکارآمدی پایین زایمان باعث می‌شود تا زنان هنگام زایمان کمتر در راهبردهای رفتاری کاهش درد درگیر

مادر بودن تردید کنند و اعتماد به نفس خود را از دست بدهند. تجارب مثبت زایمان طبیعی باعث می‌شود تا زنان حتی تا ۲۰ سال بعد از زایمان، اعتماد به نفس و عزت نفس بیشتری را نسبت به گروه مقابل داشته باشند (۲۵).

با توجه به نکات ذکر شده، می‌توان فهمید که ترس از زایمان و اجتناب از آن برای زنان باردار و نوزادان مشکلات عدیده‌ای ایجاد می‌کند. با توجه به محدودیت استفاده از دارو در دوران بارداری، مطالعات محدودی در خارج و داخل کشور سعی داشته‌اند تا با آموزش روانی و آرمیدگی، ترس از زایمان و متعاقب آن تعداد سزارین‌های انتخابی را کاهش دهند (۲۴، ۲۶). اما محققینی مانند گاسکوگا (۲۰۱۴)، در مطالعه خود نشان دادند که مداخلات آموزشی تنها زمانی مؤثر است که زنان آموزش دیده، فاقد چنین اطلاعاتی باشند (۲۰). به علاوه به اعتقاد برخی پژوهشگران، توجه به مفید بودن زایمان طبیعی به تنهایی کافی نیست و باور فرد در توانایی انجام زایمان نیز باید مورد هدف قرار بگیرد (۲۷). درمان شناختی- رفتاری با هدف دادن افکار و رفتار افراد بهترین گزینه برای درمان ترس از زایمان و متغیرهای وابسته به آن است؛ چراکه زمان آن کوتاه مدت و قابل تغییر بوده و بر روی مشکل تمرکز می‌کند. به علاوه از نظر شناخت درمانی افکاری که زنان قبل و در طول زایمان تجربه می‌کنند، مهم و تعیین‌کننده است. در بازسازی شناختی افراد مبتلا به ترس از زایمان، از آن‌ها خواسته می‌شود تا افکار ناکارآمدی هم‌چون "من توانایی تحمل درد را ندارم یا زایمان وحشتناک است" را با افکاری مانند این "درد به من آسیب نمی‌زند و یا زایمان یک چالش است که زنان زیادی قبلاً در آن پیروز شده‌اند، پس من هم می‌توانم" جایگزین کنند (۱). در واقع تکنیک‌های بازشناختی رفتاری کمک خواهد کرد تا افکار ناکارآمد مربوط به درد و زایمان تغییر پیدا کند و در نتیجه میزان اجتناب و کناره‌گیری افراد از محرک‌های ایجاد کننده درد نیز کاسته شود (۱۹). ارائه راهبردهای شناختی مقابله با درد در کنار راهبردهای رفتاری آرمیدگی و تنفس شکمی و هم‌چنین استفاده از تکنیک مواجهه و حساسیت‌زدایی بخش دیگری از درمان شناختی

رفتاری ترس از زایمان است. در همین راستا، اسکات و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که راهبردهای شناختی- رفتاری جهت مدیریت درد در طول زایمان نقش مؤثری ایفا کرده و تا حد زیادی ترس از درد را در مراحل پیش از زایمان کاهش و منجر به افزایش خودکارآمدی زایمان در زنان باردار می‌شود (۱۹). سالملا آرو و همکاران (۲۰۱۱) نیز در طول ۶ جلسه درمان گروهی شناختی- رفتاری ایمن‌سازی در برابر استرس که شامل آموزش روانی، تصویرسازی هدایت شده، آرمیدگی و فنون شناختی و رفتاری برای کاهش اضطراب بود، به این نتیجه رسیدند که آمادگی زنان برای زایمان بعد از درمان افزایش و ترس آن‌ها کاهش پیدا کرده است (۱). در مطالعه فنویک و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داده شد، درمان شناختی مبتنی بر افزایش تاب‌آوری، باعث کاهش ترس از زایمان، تعارض در تصمیم‌گیری و نشانه‌های افسردگی و هم‌چنین افزایش خودکارآمدی و سلامت روان در زنان شده است. به علاوه میزان سزارین در گروه مداخله کاهش معنی‌داری یافته بود (۲۸).

با توجه به اهمیت تأثیر آموزش‌ها و مراقبت‌های دوران بارداری بر سلامتی مادران باردار و نوزادان به عنوان جمعیت آسیب‌پذیر (۲۹، ۳۰) و عوارض ذکر شده ناشی از سزارین برای مادر و نوزاد، هم‌چنین با در نظر گرفتن این موضوع که تاکنون در ایران مطالعه‌ای پیرامون اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر ترس از زایمان و عوامل زمینه‌ساز آن مشاهده نشده است، در مطالعه حاضر مسأله اصلی این است که آیا درمان شناختی رفتاری بر کاهش ترس از زایمان، ترس از درد، تمایل به سزارین و افزایش خودکارآمدی زایمان زنان نخست‌زای شهر مشهد مؤثر است.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۵ نفر (نمونه نهایی) از زنان باردار نخست‌زای شهر مشهد انجام شد. شیوه انتخاب نمونه در دسترس و بدین‌گونه بود که در مرحله اول فراخوانی در کلینیک‌ها و مطب‌های خصوصی شهر مشهد نصب و از زنانی که از

است که هر دو گروه تا هنگام زایمان پیگیری شد و نوع زایمان آن‌ها طی تماس تلفنی اخذ شد. قبل از زایمان امکان برگزاری جلسات گروهی درمان برای زنان گروه کنترل وجود نداشت؛ چراکه نتایج نهایی کار تحت تأثیر قرار می‌گرفت. به همین دلیل جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، هنگام تماس تلفنی نهایی ضمن گوش دادن فعال به تجارب آن‌ها از زایمان، امکان شرکت در جلسات مشاوره رایگان به آن‌ها داده شد.

ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه انتظار زایمان ویژما، مقیاس نشانه‌های اضطراب درد و مقیاس خودکارآمدی زایمان بود.

پرسشنامه انتظار زایمان ویژما: این پرسشنامه توسط ویژما، ویژما و زر (۱۹۹۸) طراحی شده و ترس‌ها و انتظارات مربوط به قبل از زایمان را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه شامل ۳۳ آیتم بوده که در طیف لیکرت از صفر تا ۵ توسط زنان نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۶۵ بوده و نمره ۱۰۰ به عنوان نقطه برش محسوب می‌شود (۱). نمره‌های بالاتر، ترس بیشتر از زایمان را آشکار می‌کند. آیتم‌های ۲، ۳، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۹، ۲۰، ۲۴، ۲۵، ۲۷ و ۳۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ویژما و همکاران (۱۹۹۸) پایایی پرسشنامه را از طریق دو نیمه کردن و از طریق آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۳ برآورد کرده‌اند. همچنین بر اساس تحقیقات آن‌ها روایی همگرایی پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است (۳۲). لازم به ذکر است که در این مطالعه، ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا پرسشنامه از دکتر ویژما اخذ شد و سپس دو کارشناس زبان انگلیسی آن را به فارسی ترجمه کردند. جهت سنجش پایایی و روایی این پرسشنامه، ۱۰۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی به شیوه در دسترس انتخاب و از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه انتظار زایمان ویژما و مقیاس نگرش زایمان هارتمن را تکمیل کنند. پایایی پرسشنامه در این مطالعه از طریق دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ۰/۸۵ به دست آمد. برای بررسی روایی این پرسشنامه نیز از مقیاس نگرش زایمان هارتمن استفاده

زایمان طبیعی ترسیده و به همین خاطر سزارین را ترجیح می‌دهند، دعوت به عمل آمد. به دلیل عدم جمع‌آوری کافی نمونه در این مرحله، پژوهشگر حدود دو ماه در کلینیک و مطب‌ها حضور به عمل رسانده و شخصاً اقدام به جمع‌آوری نمونه کرد. افراد بدین طریق برای مطالعه انتخاب می‌شدند که در ابتدا با پرسیدن یک سؤال "در صورت عدم وجود منع پزشکی، کدام نوع زایمان را ترجیح می‌دهید" نگرش آن‌ها نسبت به نوع زایمان سنجیده می‌شد. در صورت ترجیح سزارین به زایمان طبیعی و داشتن معیارهای ورود به مطالعه (نخست‌زا بودن، تحصیلات حداقل دیپلم، سن بارداری بین ۱۶ تا حداکثر ۳۰ هفتگی، عدم وجود مشکلات پزشکی، تک قلوبی، عدم ابتلاء به اختلالات اعصاب و روان) از آن‌ها خواسته می‌شد تا پرسشنامه انتظار از زایمان ویژما را تکمیل کنند. سپس اگر نمره آن‌ها بالاتر از نقطه برش (بالاتر از ۱۰۰) بود و تمایل برای شرکت در جلسات درمانی را داشتند به عنوان نمونه انتخاب می‌شدند. لازم به ذکر است در این مرحله با توجه به حجم نمونه مورد نیاز در تحقیقات تجربی و احتمال افت آزمودنی در طول مطالعه، حدود ۴۰ نفر انتخاب شدند و از طریق قرعه‌کشی در دو گروه ۲۰ نفره به صورت تصادفی قرار گرفتند (۳۱). ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری به مدت ۵ هفته (هر هفته ۲ بار) توسط پژوهشگر (روانشناس بالینی) بر روی گروه آزمایش اجرا شد. اطلاعات آموزشی جلسات توسط پاورپوینت و وایت برد به اعضای گروه منتقل شد. گروه کنترل بدون دریافت اقدام خاصی پیگیری شد. در پایان جلسات داده‌های ۸ نفر از گروه آزمایش به دلیل عدم شرکت در دو سوم جلسات و ۷ نفر از گروه کنترل به دلیل عدم همکاری جهت تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون حذف شدند. پرسشنامه‌های استفاده شده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های ترس از زایمان ویژما، خودکارآمدی زایمان و نشانه‌های اضطراب درد بود که در ابتدای جلسات و پس از اتمام جلسات، توسط دو گروه تکمیل شدند. به علاوه نگرش نهایی زنان به نوع زایمان با تکرار سؤال "در صورت عدم وجود منع پزشکی، کدام نوع زایمان را ترجیح می‌دهید" سنجیده شد. لازم به ذکر

شد. همبستگی بین این دو پرسشنامه برابر با ۰/۵۴ بود که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود.

مقیاس نشانه‌های اضطراب درد^۱: این پرسشنامه توسط مک‌کراکن، زایفرت و گروس (۱۹۹۲) برای اندازه‌گیری ترس از درد در بیماران مبتلا به درد مزمن طراحی شد. فرم کوتاه این پرسشنامه شامل ۲۰ آیت‌م بوده که در طیف لیکرت از ۰ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ می‌باشد. نمرات بیشتر، اضطراب درد بالاتر را نشان می‌دهند. این پرسشنامه از ۴ خرده‌مقیاس جسمانی، شناختی، ترس و اجتناب تشکیل شده است. پایایی این پرسشنامه توسط مک‌کراکن و همکاران (۱۹۹۲) به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و برای خرده‌مقیاس‌های آن ۰/۸۹-۰/۸۱ برآورد شده است. همچنین مک‌کراکن و همکاران روایی آن را به وسیله همبستگی معنی‌دار با مقیاس‌های اضطراب و ناتوانی تأیید کردند. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۷ در نمونه غیربالینی و برای درد حاد مورد سنجش قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه در پژوهش مورد نظر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ و روایی آن از طریق همبستگی با پرسشنامه ترس از درد مک‌نیل مناسب ارزیابی شده است (۳۳). پاک‌نژاد، اصغری مقدم، رحیمی‌نژاد، رستمی و طاهری در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس نشانگان اضطراب درد، پایایی این مقیاس را به روش همسانی درونی ۰/۷ برآورد کردند. همچنین در مطالعه آن‌ها، روایی هم‌گرای این مقیاس با پرسشنامه‌های افسردگی، اضطراب، ترس از حرکت، تفکر فاجعه‌آمیز و رفتار درد دارای ضریب همبستگی مثبت و معنی‌داری است (۳۳).

مقیاس خودکارآمدی زایمان: لویی (۱۹۹۳) پرسشنامه خودکارآمدی زایمان را به منظور اندازه‌گیری اعتماد مادر به توانایی خود برای زایمان طراحی کرد. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۶۲ آیت‌می است که در طیف لیکرت از ۱ تا ۱۰ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۶۲ و حداکثر نمره ۶۲۰ می‌باشد. این پرسشنامه از دو قسمت فاز فعال و مرحله دوم زایمان

تشکیل شده و هر قسمت دارای دو بخش است. بخش اول شامل ۱۵ سؤال است که انتظار پیامد را مربوط به فاز فعال زایمان می‌سنجد. بخش دوم نیز شامل ۱۵ سؤال است که انتظار خودکارآمدی مربوط به این فاز را می‌سنجد. قسمت دوم مربوط به مرحله دوم زایمان است که خود شامل دو بخش انتظار پیامد و خودکارآمدی می‌باشد (۲۶). لویی پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ برآورد کرده است. روایی هم‌گرای پرسشنامه نیز در مطالعه او از طریق همبستگی مثبت و معنی‌دار با پرسشنامه‌های خودکارآمدی عمومی، عزت نفس و منبع کنترل درونی تأیید شده است (۳۴). پایایی و روایی این پرسشنامه در داخل ایران در مطالعه خورسندی و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفت. در مطالعه آن‌ها همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ قرار داشت. همچنین روایی سازه این پرسشنامه در پژوهش ذکر شده مناسب ارزیابی شد (۳۵). ساختار جلسات مداخله درمانی در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و بر مبنای درمان شناختی-رفتاری طراحی شد. محتوای جلسات روان‌درمانی در جدول ۱ آمده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از داده‌های توصیفی از قبیل میانگین، انحراف معیار و آزمون‌های تحلیل کواریانس و آزمون دقیق فیشر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

¹ The Pain Anxiety Symptoms Scale

جدول ۱- ساختار و محتوای جلسات

جلسه اول	معرفی درمانگر و آشنا شدن اعضا با یکدیگر، معرفی قوانین گروه، آموزش به مراجعان راجع به ترس از زایمان و تأثیر آن بر فرایند زایمان و بارداری، خلاصه سازی جلسه اول، تعیین تکلیف و گرفتن بازخورد
جلسه دوم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل، آشنا ساختن مراجعین با درمان شناختی-رفتاری، شناسایی انتظارات مراجعین از درمان و در صورت لزوم تصحیح انتظارات آن‌ها، بحث و تبادل نظر راجع به فواید و مضرات زایمان طبیعی و سزارین، خلاصه سازی نهایی، تعیین تکلیف و بازخورد
جلسه سوم	مرور مختصر جلسه قبل، مرور تکالیف همراه با آموزش شناسایی افکار خودآیند، آموزش مراحل زایمان، استفاده از تجربه جانشین، خلاصه سازی نهایی، تعیین تکلیف و بازخورد
جلسه چهارم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل، آموزش ارزیابی افکار خودآیند، معرفی خطاهای فکری شایع در زایمان، خلاصه سازی نهایی، تعیین تکلیف و ارائه بازخورد
جلسه پنجم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل، آموزش تکنیک‌های رفتاری پرت کردن حواس، تمرکز مجدد، کارت‌های مقابله، تنفس عمیق و آرمیدگی با ۱۶ گروه عضلانی، خلاصه سازی، تعیین تکلیف و ارائه بازخورد
جلسه ششم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل، آشنا کردن مراجعین با تصاویر ذهنی شایع در بارداری، آموزش تکنیک‌های پیگیری تصاویر ذهنی تا کامل شدن آن‌ها، یافتن معنای فاجعه، جهش تصاویر به جلو در زمان، تغییر تصاویر ذهنی و در نهایت اجرای آرمیدگی با ۸ گروه عضلانی، خلاصه سازی، تعیین تکلیف و ارائه بازخورد
جلسه هفتم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل، آموزش مکانیسم شرطی سازی تقابلی به مراجعین، اجرای حساسیت زدایی منظم تجسمی و واقعی، خلاصه سازی، تعیین تکلیف و ارائه بازخورد
جلسه هشتم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل، آموزش راهبردهای روانشناختی مقابله با درد زایمان، خلاصه سازی نهایی، تعیین تکلیف و بازخورد
جلسه نهم	بررسی تکالیف و مرور مختصر جلسه قبل، انجام کار گروهی همراه با همسران مراجعین، توزیع پرسشنامه‌ها، خلاصه سازی نهایی، تعیین تکلیف و بازخورد

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمره‌های ترس از زایمان، ترس از درد و خودکارآمدی زایمان در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است.

میانگین سن افراد گروه آزمایش $24/83 \pm 2/75$ سال و میانگین سن افراد گروه کنترل $25/46 \pm 1/94$ سال بود.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌های ترس از زایمان، ترس از درد و خودکارآمدی زایمان گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
ترس از زایمان	پیش آزمون	$110 \pm 9/59$	$114 \pm 9/7$
	پس آزمون	$71 \pm 17/5$	$107 \pm 15/05$
ترس از درد	پیش آزمون	$61 \pm 14/86$	$67/61 \pm 12/2$
	پس آزمون	$46 \pm 9/2$	$62/2 \pm 11/58$
خودکارآمدی زایمان	پیش آزمون	$362/75 \pm 99/82$	$266/46 \pm 95/14$
	پس آزمون	$487/08 \pm 78/18$	$297/69 \pm 109/05$

انجام گرفت. اما قبل از انجام تحلیل کواریانس، لازم است دو مفروضه اصلی مربوط به این روش یعنی همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی شود. بر اساس نتایج آزمون لوین، بین گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس‌های متغیرهای ترس از زایمان ($F=0/1$ ،

جهت بررسی تفاوت بین دو گروه از لحاظ ترس از درد، ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان از تحلیل کواریانس چند متغیری و تک متغیری استفاده شد؛ بدین صورت که نمره‌های پیش آزمون آزمودنی‌های دو گروه کنترل شد و تحلیل بر روی نمره‌های پس آزمون گروه‌ها

شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بین نمره‌های پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($F=5/78, p=0/06$). جهت پی بردن به این تفاوت سه تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام شد. نتایج این آزمون نشان داد که تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس آزمون، از لحاظ متغیرهای ترس از زایمان ($F=17/27, p=0/004$)، ترس از درد ($F=10/7$)، زایمان ($p=0/001$) و خودکارآمدی زایمان ($F=13/7, p=0/006$) در سطح مورد نظر ($p<0/05$) معنی‌دار بود. به منظور بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر تمایل به سزارین و سزارین از آزمون دقیق فیشر استفاده شد. فراوانی تمایل به سزارین بلافاصله بعد از درمان و نوع نهایی زایمان در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ نشان داده شده است.

ترس از درد ($F=0/34, p>0/05$) و خودکارآمدی زایمان ($F=1/8, p>0/05$) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بنابراین مفروضه یکسانی کواریانس‌ها تأیید شد. همچنین نتایج بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نشان داد تعامل بین متغیرهای پیش آزمون و پس آزمون برای هیچ کدام از متغیرهای ترس از زایمان ($F=0/93, p>0/05$)، ترس از درد ($F=0/54, p>0/05$) و خودکارآمدی زایمان ($F=0/77, p>0/05$) در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت، بنابراین فرض همگنی رگرسیون‌ها رعایت شده است؛ بدین معنی که همبستگی میان متغیر کنترل با متغیر وابسته در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت (۳۶). برای بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر ترس از زایمان، ترس از درد و خودکارآمدی زایمان از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده

جدول ۳- فراوانی تمایل و نوع نهایی زایمان در گروه کنترل و آزمایش

گروه	فراوانی تمایل به سزارین	فراوانی تمایل به زایمان طبیعی	فراوانی نهایی سزارین	فراوانی نهایی زایمان طبیعی
آزمایش	۱	۱۱	۲	۱۰
کنترل	۱۰	۳	۸	۵

نسبت به زایمان کاهش می‌یابد. مکتب هارسانی^۱ ادعا می‌کند که تفاوت در اعتقادات و نگرش‌های فردی می‌تواند به دلیل تفاوت در سطح اطلاعات باشد. به اعتقاد این مکتب یکی از دلایل اصلی ترس از زایمان طبیعی زنان باردار به دلیل اطلاعات ناقص و یا اشتباه آنان است. بنابراین ارائه آموزش روانی در فرآیند درمان شناختی- رفتاری راجع به دلایل ترس از زایمان، نتایج ترس و اضطراب، فرآیند زایمان، فواید و مضرات زایمان طبیعی و سزارین و غیره منجر به توسعه دانش و مهارت لازم در مادران باردار و در نتیجه کاهش ترس آنان می‌شود (۱۲). معمولاً ارائه اطلاعات باعث می‌شود مادران ارزیابی مثبت‌تری از زایمان طبیعی داشته و در نهایت آن را به سزارین ترجیح دهند (۹). ضمن این که ارائه این آموزش‌ها به صورت گروهی و تعاملات آزادانه در گروه باعث می‌شود تا مادران از تجارب، دانش و حمایت یکدیگر برخوردار شوند (۳۸). صحبت آزادانه در گروهی

بر اساس نتایج مطالعه گروه آزمایش و کنترل از نظر تمایل به سزارین بلافاصله بعد از درمان تفاوت معنی‌داری داشتند ($p=0/001$). همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر، دو گروه از نظر فراوانی زایمان طبیعی و سزارین تفاوت معنی‌داری داشتند ($p=0/041$).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در کاهش ترس از زایمان، ترس از درد، تمایل به سزارین، سزارین و افزایش خودکارآمدی زایمان زنان باردار مؤثر است. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه سالملا آرو و همکاران (۲۰۱۱)، اسکات و همکاران (۲۰۰۹)، ساسیتو و همکار (۲۰۰۳) و سیدجیو و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی داشت (۱، ۹، ۱۹، ۳۷). در تبیین نتایج مطالعه باید اشاره کرد که همان‌طور که جوامع توسعه یافته‌تر و پزشکی‌تر می‌شوند، جداسازی زنان جامعه از فرآیند زایمان بیشتر شده و دانش آن‌ها

¹ Harsani

طول درمان شناختی- رفتاری این افکار فاجعه‌آمیز مورد چالش قرار گرفته و زنان می‌آموزند تا ارزیابی‌های واقع بینانه‌تری نسبت به درد داشته باشند. ضمن اینکه کاهش ترس از درد منجر به کاهش رفتارهای اجتنابی و در نتیجه کاهش تمایل به سزارین در زنان می‌شود (۱). در واقع در طول فرآیند درمان شناختی رفتاری به زنان باردار کمک می‌شود تا افکار ناکارآمد مربوط به درد را تغییر دهند. به عنوان مثال از آن‌ها خواسته خواهد شد تا افکار ناکارآمدی هم‌چون من توانایی تحمل درد را ندارم یا این درد وحشتناک است را با افکاری مانند این درد به من آسیب نمی‌زند و یا تحمل درد یک جایگزین است که من قبلاً به کرات در آن پیروز شدم، جایگزین کنند (۴۱). بنابراین با اصلاح این ارزیابی‌های شناختی و متعاقب آن کاهش ترس از درد، زنان باردار تنش و اضطراب ماهیچه‌ای کمتری را در طول زایمان تجربه می‌کنند. کاهش تنش و اضطراب ماهیچه‌ای باعث کاهش ادراک درد مادران باردار شده و همین باعث می‌شود که آن‌ها در هنگام زایمان موفق‌تر عمل کنند. پیامد این موفقیت کاهش سزارین‌های اورژانسی و یا سزارین‌های انتخابی در طول زایمان است. در واقع وقتی زنان درد زایمان را قابل کنترل می‌بینند، ترس و نگرانی آن‌ها تا حد زیادی کاهش خواهد یافت (۱۹). هم‌چنین مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری میزان خودکارآمدی زایمان را افزایش داده است. بندورا تجارب گذشته فرد (موفقیت‌های گذشته فرد چقدر بوده است)، یادگیری مشاهده‌ای (مشاهده رفتار مقابله دیگران)، متقاعدسازی کلامی (مانند تشویق و تحسین) و سطوح فردی برانگیختگی هیجانی (مانند اضطرابی که تجربه شده است) را در شکل‌گیری خودکارآمدی حال حاضر فرد مؤثر می‌داند (۴۲). به اعتقاد او همه این منابع می‌تواند تأثیر مثبت یا منفی بر میزان خودکارآمدی فرد داشته باشد. تکنیک‌های به کار گرفته شده در درمان شناختی رفتاری مانند پرهیز از تعمیم و فاجعه‌پنداری، تصویرسازی (تولید تصاویر ذهنی ناسازگار با درد) خودگویی مثبت، حواس پرتی، استفاده از تجربه جانشین، حساسیت‌زدایی و آرمیدگی بر خودکارآمدی فرد اثر گذاشته و احساس توانایی او را برای مقابله با

همگن باعث تخلیه هیجانی زنان باردار مبتلا به ترس از زایمان می‌شود؛ چراکه برای اکثر این زنان، صحبت کردن راجع به ترس از زایمان طبیعی مشکل است. آن‌ها گمان می‌کنند صحبت راجع به ترس، شدت آن را افزایش می‌دهد یا حتی در صورت بازگو کردن، کسی نمی‌تواند به آن‌ها کمک کند (۶). بنابراین قرار گرفتن در کنار افرادی که مشکلی مشابه دارند، فرصتی بی‌نظیر فراهم می‌کند تا زنان باردار از طریق تعامل مستقیم با یکدیگر، تصویر واقع‌بینانه‌تری از شرایط خود به دست آورند و با دیدن پیشرفت یکدیگر امیدوار شوند. تعامل‌های پیچیده هیجانی در گروه، فرصت الگوگیری از رفتارهای موفق و کاهش ترس را فراهم می‌کند. هم‌چنین به مادر باردار امکان می‌دهد با کمک کردن به یکدیگر به ارزشمندی، مفید بودن و منحصر به فرد بودن خود پی ببرند و احساس بهتری را تجربه کنند. چنین شرایطی اعتماد به نفسی به مادران خواهد داد که آن‌ها خود را برای رویارویی با تجربه جدید پیش رو (زایمان) توانا تر ببینند (۷).

درمان شناختی- رفتاری علاوه بر ارائه اطلاعات و فراهم کردن فرصت برای بحث گروهی با هدف قرار دادن افکار و ارزیابی‌های غلط از زایمان و توانایی‌های شخصی برای مقابله با زایمان، باعث می‌شود تا زنان زایمان را به صورت تجربه‌ای وحشتناک قلمداد نکنند. در مطالعات مختلف نشان داده شده است که فرآیندهای شناختی و افکار منفی همانند فاجعه‌آمیز کردن درد به عنوان یکی از عوامل شناختی همبسته با ترس از درد و تجربه آن محسوب می‌شود (۳۹). فاجعه‌آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی، فرآیندهای عاطفی و هم‌چنین ناتوانی همراه است. پژوهشگرانی مانند نورتون و همکار (۲۰۰۳) مدلی را راجع به ترس از درد ارائه دادند. در مدل آن‌ها، تأکید بر روی اجزای شناختی ترس از درد است که بر نشانه‌های فیزیولوژیکی درد اثر می‌گذارد. به اعتقاد آن‌ها ارزیابی شناختی منفی از درد منجر به برانگیختگی فیزیولوژیکی، حساسیت جسمی و تنش ماهیچه‌ای خواهد شد و سپس تفسیر نادرست از ماهیت، معنی و ریشه این حساسیت جسمی، درد تولید می‌کند و یا آن را شدت می‌بخشد (۴۰). در بازسازی شناختی در

زایمان افزایش می‌دهند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که آرمیدگی و تصویرسازی چه در طول بارداری و چه هنگام زایمان بر روی اعصاب اوتونوم تأثیر گذاشته و باعث آرامش می‌شود. با کاهش برانگیختگی هیجانی، خودکارآمدی فرد برای مقابله با درد و زایمان افزایش خواهد یافت. همچنین در حساسیت‌زدایی تلاش می‌شود تا اصول شرطی‌سازی کلاسیک برای انقباضات رحمی به کار گرفته شود. دردی که با انقباضات رحمی تداومی می‌شود، از طریق رشد رفلکس‌های شرطی‌سازی جدید مانند تنفس و آرمیدگی متوقف می‌شود. بنابراین زنان باردار راحت‌تر می‌توانند فرآیند زایمان را تحمل کرده و در آن توفیق یابند. به طور خلاصه راجع به مکانیزم اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ترس از زایمان این طور می‌توان گفت که در طول این درمان زنان باردار نسبت به نشانه‌های فیزیولوژیک و هیجانی تنیدگی خود آگاهی پیدا کرده و هر کدام الگوهای فکری یا جسمی خود را در پاسخ به شرایط تنش‌زا شناسایی می‌کنند. سپس با بروز اولین نشانه تنیدگی با استفاده از فنون شناختی و رفتاری ترس و اضطراب را در خود کاهش می‌دهند. در واقع این فنون به زنان باردار کمک می‌کند تا از الگوهای سابق فکری و هیجانی خود فاصله گرفته، حس جدید مهار جسمی و ذهنی را گسترش دهند. این زنان سرانجام گزارش می‌دهند که کمتر با افکار و هیجانات مربوط به ترس و اضطراب در ستیزند (۱۹).

لازم به ذکر است که در دو سال اخیر وزارت بهداشت توجه ویژه‌ای برای کاهش آمار سزارین داشته است. برگزاری کلاس‌های آمادگی زایمان در های دولتی و خصوصی، رایگان بودن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی و ممنوعیت سزارین انتخابی از جمله مواردی هستند که منجر به کاهش نرخ سزارین شده است. در مطالعه حاضر اگرچه تفاوت فراوانی زایمان طبیعی و سزارین معنی‌دار بود، اما اختلاف فاحشی بین دو گروه مشاهده نشد. ممنوعیت سزارین انتخابی و معذوریت پزشکان برای پذیرفتن خواسته بیمار جهت انجام

سزارین، اختلاف قیمت زیاد بین زایمان طبیعی و سزارین از جمله مواردی است که می‌تواند اختلاف کم بین دو گروه را توجیه کند. لذا از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که انتخاب شیوه زایمان صرفاً یک موضوع شخصی نمی‌باشد و سایر فاکتورها از جمله نظر پزشک، شرایط اجتماعی حاکم و وضعیت بیمارستان‌ها نیز در افزایش یا کاهش سزارین مؤثر هستند، توصیه می‌شود در مطالعات آینده این موارد نیز مد نظر قرار گیرند. به علاوه با توجه به مرسوم بودن کلاس‌های آمادگی زایمان در سطح کشور و یا حتی آموزش آرمیدگی توسط تیم‌های سلامت و پژوهشی، لازم است تا اثربخشی درمان شناختی رفتاری با آموزش روانی همراه با آرمیدگی بر کاهش ترس از زایمان مقایسه شود و در صورت کافی نبودن این آموزش‌ها حتماً زنان باردار توسط یک روانشناس آموزش دیده در مباحث زایمان و ترس از زایمان ویزیت شده و مداخلات روان‌شناختی لازم برای آن‌ها انجام گردد. در نهایت نیز پیشنهاد می‌شود با توجه به این‌که ترس از زایمان درمان نشده، می‌تواند منجر به اختلال استرس پس از سانحه شود، میزان شیوع این اختلال و یا تجارب منفی از زایمان در افراد تحت درمان روان‌شناختی و افراد بدون درمان مورد سنجش قرار بگیرد.

نتیجه‌گیری

درمان شناختی رفتاری از طریق کاهش ترس از زایمان، ترس از درد و افزایش خودکارآمدی زایمان، سزارین‌های غیر ضروری را کاهش می‌دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی دوره دکتری و مصوب در تحصیلات تکمیلی و معاونت پژوهشی دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد. بدین‌وسیله از حمایت‌های اساتید گروه روانشناسی بالینی و تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmaki E, Toivanen RM, Tokola M, et al. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of women with intense fear of childbirth: RCT intervention. *J Health Psychol* 2011; 17(4):520-34.
2. Dehghani SL, Mehrolhasani N, Rastad H, Ebrahimi M, Jahromi MM. Factors influencing cesarean delivery in women referring to the women's pregnancy clinic in Bam, Iran. *J Health Dev* 2012; 1(3):237-43. (Persian).
3. Afshari A, Ghafari M. A survey on selection of delivery method by nulliparous pregnant women using health belief in Semirrom, Iran, 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(47-48):22-9. (Persian).
4. Badiie S, Ravanshad Y, Azarfar A, Dastan F, Babayi S, Mirzayi N. Survey of cesarean deliveries and their causes in hospitals affiliated to Mashhad University of medical sciences, Iran, 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(66):10-7. (Persian).
5. Fuglenes D, Aas E, Grete B, Qian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer caesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205(1):45.e1-9.
6. Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery* 2010; 26(3):327-37.
7. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009; 116(1):67-73.
8. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 2009; 25(2):e1-9.
9. Sydsjo G, Sydsjo A, Gunnervik C, Bladh M, Josefsson A. Obstetrics outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scandi* 2012; 91(1):44-9.
10. Zafarghandi N, Hadavand SH, Zayeri F, Hamzeloo L. Risk factors associated with fourth-degree laceration during vaginal delivery. *Tehran Univ Med J* 2006; 64(7):56-74.
11. Sercekus P, Okumus H. Fear associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery* 2009; 25(2):155-62.
12. Haines H, Pallant J, Karlstorm A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery* 2011; 27(4):560-7.
13. Negahban T, Ansari A. Does fear of childbirth predict emergency caesarean section in primiparous women? *J Hayat* 2009; 14(4):73-81. (Persian).
14. Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmoudi M. Caesarean section in maternity hospitals in Tehran. *Payesh* 2002; 1(3):5-10. (Persian).
15. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: a western Australian example. *Soc Sci Med* 2006; 63(1):64-75.
16. Tsui MH, Pang MW, Melender HL, Xu L, Lau TK, Leung TN. Maternal fear associated with pregnancy and childbirth in Hong Kong Chinese women. *Women Health* 2007; 44(4):79-92.
17. Ghooshchian S, Dehghani M, Khorsandi M, Farzad VA. The role of fear of pain and related psychological variable in prediction of cesarean labor. *Arak Med Univ J* 2011; 14(3):45-54. (Persian).
18. Flink IK, Mroczek MZ, Sullivan MJL, Linton SJ. Pain in childbirth and postpartum recovery: the role of catastrophizing. *Eur J Pain* 2009; 13(3):312-6.
19. Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clin Psychol Rev* 2009; 29(7):617-22.
20. Guskowska M. The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety Stress Coping* 2014; 27(2):176-89.
21. Cardwell CR, Stene LC, Joner G, Cinek O, Svensson J, Goldacre MJ, et al. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia* 2008; 51(5):726-35.
22. Zamani-Alavijeh F, Shahry P, Kalthory M, Haghhighzadeh MH, Sharifirad GR, Khorsandi M. Identification of factor related to elective cesarean labor: a theory-based study. *Sci Res J Shahed Univ* 2012; 19(96):1-11.
23. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG* 2002; 109(11):1213-21.
24. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmaki E, Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG* 2011; 118(9):1104-11.
25. Simkin P. The experience of maternity in woman's life. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996; 25(3):247-52.

26. Khorsandi M, Ghofranipour F, Hidarnia A, Faghihzadeh S, Vafaei M, Rousta F, et al. The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women. *Arak Med Univ J* 2008; 11(3):29-36. (Persian).
27. Rastegari L, Mohebbi P, Mazlomzadeh S. The effect of childbirth preparation training classes on perceived self-efficacy in delivery of pregnant women. *Zanjan Univ Med Sci* 2013; 21(86):105-15. (Persian).
28. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, et al. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13:190.
29. Emami Moghadam Z, Ajami BM, Behnam Vashani HR, Sardar Abadi F. Perceived benefits based on the health belief model in oral health related behaviors in pregnant women, Mashhad, 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(44):21-7. (Persian).
30. Emami Moghadam Z, Aemmi SZ, Dadgar S, Sardar Abadi F. Improving the performance of pregnant women in oral and dental health based on the Health Belief Mode. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(176):6-11. (Persian).
31. Delavar A. *Research in educational and psychology*. 27th ed. Tehran: Virayesh; 2009. P. 99. (Persian).
32. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998; 19(2):84-97.
33. Paknejad M, Asghari A, Rahiminezhad A, Rostami R, Taheri A. Factorial structure and psychometric properties of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20). *Appl Psychol Res Q* 2014; 5(3):71-93. (Persian).
34. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2000; 21(4):219-24.
35. Khorsandi M, Ghofranipour F, Faghihzadeh S, Hidarnia A, Akbarzadeh Baghban A, Aguilar Vafaei ME. Iranian version of childbirth self-efficacy inventory. *J Clin Nurs* 2008; 17(21):2846-55. (Persian).
36. Beshldeh K. *Research methods and statistical analysis of research examples using SPSS and Amos*. 1st ed. Ahwaz, Iran: Shahid. Chamran University Inc; 2012. P. 197. (Persian).
37. Sasito T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(3):201-8.
38. Amidimazaheri M, Taheri Z, Khorsandi M, Hasanzadeh A, Amiri M. A study of the relationship between self-efficacy and outcome expectations with delivery types election among pregnant women in Shahrekord city. *Daneshvarmed* 2014; 21(111):55-62. (Persian).
39. Hirsh AT, George SZ, Riley JL 3rd, Robinson ME. An evaluation of the measurement of pain catastrophizing by the coping strategies questionnaire. *Eur J Pain* 2007; 11(1):75-81.
40. Norton PJ, Asmundson GJ. Amending the fear-avoidance model of chronic pain: what is the role of physiological arousal? *Behav Ther* 2003; 34(1):17-30.
41. Kohl A, Rief W, Glombiewski JA. Acceptance, cognitive restructuring and distraction as coping strategies for acute pain. *J Pain* 2013; 14(3):305-15.
42. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84(2):191-215.