

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری فردی بر ترس از فرایند زایمان در زنان برون‌گرا و  
نوروزگرا

The effectiveness of individual cognitive behavioral therapy on fear of delivery  
in Extroverted & Neuroticism women

Gita Gerami

Shahrokh Makvand Hoseini

Mastooreh Sedaghat

Ameneh Moazedian

گیتا گرامی \*

شاهرخ مکوند حسینی \*\*

مستوره صداقت \*\*\*

آمنه معاضدیان \*\*\*

چکیده

Abstract

Fear of giving birth today is one of the important problems in women's pregnancy. The aim of this study was to investigate the effect of cognitive-behavioral therapy on the fear of delivery process considering the two personality dimensions of neuroticism and extroversion in pregnant women. The statistical population included all pregnant women in Tehran. Using a randomized controlled trial, a sample of 50 pregnant women were selected using available sampling method and randomly divided into two control and experimental groups each containing 25 persons. The research investment was the Hartmann fear of delivery Questionnaire, reasons of fear of delivery Questionnaire, and the NEO Personality Questionnaire. questionnaires for fear of delivery and fear of delivery of Hartman. Data were extracted from questionnaires and analyzed by covariance analysis. The results of covariance test showed that cognitive-behavioral therapy reduced the fear of delivery in pregnant women compared to the control group. The results showed that the pain component had the highest reduction and the premature delivery component had the least reduction. Also, the results showed that cognitive-behavioral therapy did not affect personality traits (neuroticism & extroversion). Based on the results, we can say that cognitive-behavioral education during pregnancy can be effective in reducing fear of delivery process.

**Key Words:** fear of delivery, neuroticism, extroversion

ترس از زایمان را امروزه یکی از مشکلات مهم دوران بارداری زنان قلمداد می‌کنند. هدف این پژوهش بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر ترس از فرایند زایمان با توجه به دو بعد شخصیتی نوروزگرایی و برون‌گرایی در زنان باردار، و جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار شهر تهران بود. با بهره‌گیری از یک طرح آزمایشی کنترل‌شده تصادفی نمونه‌ای مشتمل بر ۵۰ نفر از زنان باردار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به گونه تصادفی به دو گروه ۲۵ نفره کنترل و گروه آزمایش تقسیم شدند. ابزار تحقیق شامل پرسشنامه‌های علل ترس از زایمان، ترس از زایمان هارتمن و شخصیت نئو بود. نتایج آزمون کوواریانس نشان داد که درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش ترس از زایمان در زنان باردار در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج نشان می‌دهد که مولفه درد بیشترین کاهش را داشته و مولفه زایمان زودرس کمترین کاهش داشته است. همچنین نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر ویژگی‌های شخصیتی (نوروزگرایی و برون‌گرایی) تاثیری نداشته است. بر اساس نتایج به دست آمده، می‌توان گفت که آموزش شناختی- رفتاری در دوران بارداری بر کاهش ترس از فرایند زایمان اثربخش است.

**واژه‌های کلیدی:** ترس از زایمان، نوروزگرایی، برون‌گرایی

\* نویسنده مسئول: دانشجوی روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، سمنان، ایران

email:ggerami@gmail.com

\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

Received: 20 Des 2017

Accepted: 01 Aug 2018

پذیرش: ۹۷/۵/۱۰

دریافت: ۹۶/۹/۲۹

## مقدمه

ترس از زایمان یکی از مشکلات عمده تولد و دوران قبل از زایمان است. در اغلب زنان ترس زایمان همراه با افزایش درد، زایمان طولانی و تجربه ناخوشایند زایمان است (آلیگن و همکاران، ۲۰۱۱). بیش از ۸۰ درصد زنان با حاملگی‌های کم خطر، درجاتی از ترس زایمان را تجربه می‌نمایند و در ۶ تا ۱۰ درصد موارد این ترس موجب عوارض شدید ناتوان‌کننده می‌شود (اریکسون و همکاران، ۲۰۰۶؛ ظفرقندی و همکاران، ۲۰۰۵). عوامل روانشناختی و اجتماعی موثر در ترس از زایمان شامل ترس از ناشناخته‌ها (جمشیدی منش و همکاران، ۱۳۸۷)، تمایل به بی‌دردی (اخلاقی و همکاران، ۱۳۹۱)، آرامش جسمی و روانی (جوگرن، ۱۹۹۷)، خصوصیات شخصیتی مادر (نصیری و شریفی، ۱۳۹۲)، حسینی‌نسب و همکاران (۱۳۸۸)، جمشیدی‌منش و همکاران (۱۳۸۷)؛ سیاستو و همکاران (۲۰۰۱)، نگرانی از عوارض نامطلوب برای مادر (پویکیوس و همکاران، ۲۰۰۶)، ارتباط نامناسب کادر درمانی (هیمنستاد و همکاران، ۲۰۰۶)، احساس مرگ و تنهایی (هیمنستاد و همکاران، ۲۰۰۶)، نگرانی در مورد سلامت نوزاد (جمشیدی منش و همکاران، ۱۳۸۷؛ لوی، ۲۰۰۰) و فقدان حمایت‌های اجتماعی کافی (جوگرن، ۱۹۹۷) می‌باشد (پویکیوس و همکاران، ۲۰۰۶). عوامل محیطی، شرایط اقتصادی خانواده، نگرانی‌ها و اضطراب‌های دوران حاملگی، بیماری‌های مادر در دوران حاملگی در تعیین سرنوشت کودک موثر واقع شده و صدمات جبران‌ناپذیری به وجود می‌آورد (اکبرزاده و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به اهمیت ترس از زایمان در دوران بارداری و اثرات آن بر سلامت مادر و جنین آموزش‌های لازم به آنان می‌تواند از جایگاه مهمی برخوردار باشد. تحقیقات نشان می‌دهند که حمایت‌های ارائه شده به مادران در دوره بارداری و پس از زایمان، جهت کمک به تطابق با احساسات آنان مفید بوده و سهم مهمی را در بهبود وضعیت عاطفی و سازگاری‌شان با نقش مادری ایفا می‌کند (رویکولچارون و گود، ۲۰۱۲). آموزش‌های دوران بارداری می‌تواند نقش بسزایی در کاهش بیماری‌ها و اختلالات روانی و اضطراب و همچنین ارتقای سلامت جسمی و روانی افراد داشته باشد. به‌خصوص در مادرانی که دچار ترس از فرایند زایمان هستند، یکی از مهمترین عوامل موثر پیشگیری‌کننده از افسردگی و اضطراب و مسائل متعاقب آن است (اسکافت و همکاران، ۲۰۰۳). اقدامات متفاوتی به‌عنوان شیوه‌های درمانی جایگزین برای دستیابی به نیازهای روانی و جسمانی افراد انجام شده است که شامل تصویرسازی ذهنی، تن آرامی، موسیقی درمانی و ماساژ و درمان شناختی رفتاری است (اکبرزاده و همکاران، ۲۰۱۳). روش درمان شناختی- رفتاری (CBT) یکی از درمان‌های روانشناختی است که برای پرداختن به افکار خودآیند منفی و فرض‌ها و باورهای افراد در اختلال‌های هیجانی طراحی شده است. درمانگری شناختی- رفتاری (CBT) شیوه سازمان‌یافته‌ای است که هم بر بازسازی شناختی و هم بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای برای رسیدن به خودیاری تاکید می‌کند (کومر، ۲۰۱۰). در این روش، افراد در مورد نحوه بازنگری و ارزیابی افکار منفی خود آموزش می‌بینند. درمانگر، درمانجویان خود را تشویق می‌کند تا از طریق تکالیف رفتاری به ارزیابی حقیقی و عینی افکار و فرضیه‌های منفی خود بپردازند (بک، ۲۰۱۰). در عمل فرض بنیادین رویکردهای شناختی- رفتاری این است که شناخت بر احساس و رفتار تأثیر می‌گذارد. به‌علاوه، اعتقاد بر این است که بیش از خود رویدادها، افراد به بازنمایی‌های شناختی خود از رویدادها پاسخ می‌دهند. مشاوره

شناختی-رفتاری بر کاهش اثر باورها یا بازخوردهای ناسازگار یا ناکارآمد تأکید دارد (الی ۱۹۶۲؛ بلک و هرسن، ۱۹۹۹). این شیوه درمانی فرض می‌کند باورهای ناسازگار و تحریف شده و فرایندهای شناختی بنیان علائم و نارسی کنشی عاطفی-رفتاری هستند و این که این باورها با رفتار تقویت می‌شوند (ویس کرمی و همکاران، ۱۳۹۶). در این الگو، اهمیت اصلی به باورها و فرض‌های فرد داده می‌شود و به عنوان عواملی در نظر گرفته می‌شوند که در درک و تفسیر واقعه‌ها و شکل‌دهی واکنش‌های هیجانی و رفتاری نقش دارند (بک و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از دیویدسون، ۱۳۸۳). در این روش، به فرد کمک می‌شود تا بیاموزد که تفکرها و تصورات خود در مورد رخدادها ناخوشایند را به‌طور عینی ارزیابی کند و به آزمون بگذارد. به سخن دیگر، آنها را با شواهد عینی محک بزند، تحریف‌های شناختی خود را تصحیح نماید و شناخت جدید و سازگارانه‌تری درباره خود، جهان و آینده به‌دست آورده، و طحاره‌های ناکارآمد را کاهش دهد (موریس و انجل، ۲۰۰۶؛ سیموس، ۲۰۰۵). لذا چرخه معیوب مشکل می‌شکند و فرد تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار منفی و احساس ناکارآمدی خود را جستجو نماید. این روش، یک درمان منطقی است، زیرا در آن فرد می‌آموزد که افکار و عقاید خود را به‌عنوان فرضیه‌هایی در نظر گیرد که باید اعتبار آنها آزموده شود. این درمان رویکردی آموزشی دارد که در آن فنون شناختی و رفتاری از طریق تمرینات مواجهه‌سازی درون جلسات، بازسازی شناختی و در نهایت تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود (شاه نظری و همکاران، ۱۳۹۴).

درمان شناختی-رفتاری یک مدل واحد و یا حتی مجموعه واحدی از مداخلات استاندارد نیست، بلکه دربرگیرنده گروه وسیعی از روش‌های درمانی است. با وجود این و در بیشتر اوقات، درمان‌های شناختی-رفتاری دربرگیرنده رویکرد شناخت درمانی به‌عنوان یک مؤلفه اصلی در این درمان‌ها است. از سوی دیگر، در درمان‌های شناختی-رفتاری کوشش می‌شود تا الگوی رفتارهای بیمار نیز تغییر یابد. به همین دلیل، در این رویکرد از سایر روش‌ها و فنون مانند شرطی‌سازی عامل، آموزش مهارت‌های مقابله، راهبردهای آرام‌سازی عضلانی، چرخه فعالیت-استراحت، ورزش، مدیریت فعالیت و زمان‌بندی فعالیت‌های لذت بخش نیز استفاده می‌شود (بوناور، کمپیل و هیتورن وایت، ۲۰۱۰؛ کیف، بلومنتال، باکوم، آفلک، واخ و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین در درمان‌های شناختی-رفتاری به نقش عوامل محیطی نیز توجه می‌شود. در این مداخلات کوشش می‌شود تا شبکه حمایت اجتماعی بیمار تقویت شود (به نقل از شفیی و همکاران، ۱۳۹۴). برخی معتقدند درمان شناختی و رفتاری یک سیستم مبتنی بر شواهد است که بر استفاده از مهارت‌ها تأکید دارد و این مهارت‌ها به‌عنوان واسطه درمانی در نتایج اثرگذار است (هاندت و همکاران، ۲۰۱۳). به نقل از محمودیان و همکاران، ۱۳۹۵). بر این اساس، روش شناختی-رفتاری یکی از رویکردهای درمانی مورد استفاده در پژوهش‌های مربوط به زنان است که گاهی به منظور افزایش اثربخشی درمان در ترکیب با درمان‌های دیگر مورد استفاده قرار گرفته است (رستمی، ۱۳۹۴). هدف اولیه CBT در ارتباط با مادران را تغییر دادن نحوه اندیشیدن مادر درباره خودش، فرزندش و بارداری‌اش ذکر می‌کنند (چوو همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از دلارام و سلطانیپور، ۲۰۱۲). این شیوه درمانی همچنین تغییراتی را در عاطفه مادر دامن می‌زند که ممکن است توانایی او را برای این که از نظر هیجانی در دسترس و مسئول فرزندش باشد، افزایش دهد.

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری فردی بر ترس از فرایند زایمان در ...

درمان عموماً معطوف به شناسایی مشکلاتی در مادر است تا با شناخت‌های ناسازگار درباره مادر شدن، خود و جهان مبارزه کند (براندون و فریمن، ۲۰۱۱؛ به نقل از محمد و همکاران، ۲۰۱۳).

مطالعات اوماهن و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند روش خوبی برای حذف یا کاهش ترس از زایمان باشد. از جمله دلایل ترس از زایمان می‌توان به خصوصیات شخصیتی و روانی مادر اشاره کرد. شخصیت به معنای مجموعه پایداری از تمایلات و ویژگی‌هایی است که شباهت‌ها و تفاوت‌های رفتار روان شناختی افراد را تعیین می‌کند (یک، ۱۹۹۶).

برخی ویژگی‌های بنیادی مانند ابعاد شخصیتی برون‌گرایی و نوروگرایی مادران می‌تواند الگویی برای پیش-بینی رفتار و حالت‌های روانی آنان فراهم آورد و تفاوت‌های فردی افراد عاملی مهم است که نشان می‌دهند چرا برخی از افراد بهتر از دیگران با شرایط و متغیرهای محیطی کنار می‌آیند و از سطوح مختلف انگیزش، رضایت و سلامت روان برخوردارند (جعفرنژاد و همکاران، ۲۰۰۴). نوروگرایی به آمادگی فرد برای تجربه اضطراب، تنش، خصومت، تکانش‌گری، عزت نفس پایین و ترحم‌جویی برمی‌گردد. محققان ارتباط بین نوروگرایی و استفاده از واکنش‌های خصمانه، خیال‌بافی برای فرار از واقعیت، خودملامت‌گری، افسردگی، کناره‌جویی، تفکر آرزومندانه، منفعل بودن و تزلزل در تصمیم‌گیری را خاطرنشان ساخته‌اند (باورث و همکاران، ۲۰۰۳). برون‌گرایی به آمادگی فرد برای معاشرتی بودن، هیجان‌های مثبت، ابراز وجود، پرنرژدی بودن و هیجان‌خواهی اطلاق می‌شود (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). برون‌گراها موقعیت استرس‌زا را به عنوان یک چالش در نظر می‌گیرند و با استفاده از تفکر مثبت و خویش‌داری بر آن فائق می‌آیند (گالافر، ۱۹۹۰). بعضی از عوامل شخصیتی مهم بررسی شده در ارتباط با مادران تاکنون نشان داده‌اند که تیپ شخصیتی ارتباط معنی‌داری با ترس از زایمان دارد (نصیری و شریفی، ۱۳۹۲؛ حسینی‌نسب و همکاران، ۱۳۸۸). مطابق با نظریه آیزنک افراد برون‌گرا در مقایسه با افراد درون‌گرا به محرک هیجانی مثبت، حساسیت بیشتری دارند و حساسیت افراد نوروگرا در مقایسه با افراد پایدار هیجانی، به محرک هیجانی منفی بیشتر است. بنابراین، برون‌گراها در مقایسه با درون‌گراها به القای عاطفه مثبت و نوروگراها در مقایسه با افراد پایدار هیجانی به القای عاطفه منفی پاسخگوتر هستند (لارسن، ۱۹۹۱).

یافته‌های آبن و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که شخصیت می‌تواند افسردگی بعد از زایمان را بدون توجه به نوع خلق و زمان بعد از زایمان پیش‌بینی کند.

نتایج پژوهش‌های حسن پور و همکاران (۲۰۰۹)؛ رابرتس و کندلر (۱۹۹۹)؛ برلانگا و همکاران (۱۹۹۹) و مولدر (۲۰۰۲) نیز نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی از قبیل روان رنجورخویی و درون‌گرایی از جمله ویژگی‌هایی هستند که با افسردگی بعد از زایمان در جمعیت‌های بالینی ارتباط دارند. با توجه به رابطه متقابل بدن و روح و روان، آسیب‌پذیری بیش از حد زنان باردار، تاثیر مستقیم استرس روانی بر سلامت مادر و جنین، تاکید بر اثربخشی حمایت اجتماعی و نیز برای زنان تاثیر مراقبت در دوران بارداری بر سلامت روان پس از تولد فرزند، و با توجه به اینکه در ایران پژوهشی که به بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری فردی بر ترس از فرایند زایمان در زنان باردار نوروگرا و برون‌گرا پرداخته باشد، یافت نشد، مطالعه حاضر به منظور اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ترس

از فرایند زایمان با در نظر گرفتن ویژگی‌های شخصیتی مادران باردار انجام گردید. با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر به دنبال یافتن پاسخ برای سوال اصلی پژوهش می‌باشد: آیا درمان شناختی- رفتاری بر ترس از فرایند زایمان با توجه به ویژگی‌های شخصیتی زنان تاثیر دارد؟

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار شهر تهران بود. با بهره‌گیری از یک طرح آزمایشی کنترل شده تصادفی نمونه‌ای مشتمل بر ۵۰ نفر از زنان باردار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به گونه تصادفی به دو گروه ۲۵ نفره کنترل و گروه آزمایش تقسیم شدند. با شرط معیارهای ورود به مطالعه از گروه نمونه خواسته شد تا پرسشنامه‌های ترس از زایمان و پرسشنامه شخصیتی نئو را تکمیل کنند. زمان مداخله فردی در ماه سوم بارداری گروه نمونه بوده است. ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی- رفتاری توسط پژوهشگر بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل بدون دریافت اقدام خاصی پیگیری شد، و در نهایت بعد از دو ماه از اجرای پس آزمون مرحله پیگیری انجام شد تا اثر درمان‌های فردی پس از گذشت دو ماه سنجیده شود. روش گردآوری اطلاعات این پژوهش میدانی بوده و از پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است.

## ابزار

اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های ترس از زایمان هارتمن (برای اطمینان از میزان و علل ترس از زایمان زنان باردار از دو پرسشنامه استفاده شده است)، و پرسشنامه شخصیتی نئو (Neo) گردآوری شد. پرسشنامه ترس از زایمان هارتمن: این پرسشنامه توسط لایوی (۲۰۰۰) مورد بازنگری قرار گرفته است. این ابزار شامل ۱۶ سوال بود که پس از بومی‌سازی توسط خرسندی و همکاران (۲۰۰۸) تعداد سوالات به ۱۴ سوال کاهش یافت. در این پرسشنامه پاسخ سوالات به صورت طیف لیکرت به صورت عدم ترس، ترس خیلی کم، متوسط، زیاد در نظر گرفته شد. به این ترتیب، امتیازها دامنه‌ای بین ۵۶-۱۴ داشت. نمره بیشتر نشان‌دهنده ترس بیشتر بود. نمره ۲۸ به عنوان نمره برش در نظر گرفته شد. روایی آن توسط خرسندی و همکاران اثبات گردیده و از پایایی آلفای کرونباخ (۰/۸۴) برخوردار بود. در این پژوهش اعتبار پرسشنامه ترس از زایمان هارتمن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

پرسشنامه علل ترس از زایمان: هدف این پرسشنامه سنجش علل ترس از زایمان است. این پرسشنامه دارای چهار بعد شامل درد، مسئولیت، آسیب بدنی و زایمان زودرس است. نمرات بالاتر در هر بعد، نشان‌دهنده ترس بیشتر از زایمان در شخص پاسخ دهنده (در آن بعد) خواهد بود و برعکس. در پژوهش نوبار و همکاران (۱۳۹۲) روایی سازه این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت و پنج عامل بدست آمد و همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ ۰/۷۳ درصد و برای مولفه درد ۰/۸۷، مسئولیت

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری فردی بر ترس از فرایند زایمان در ...

۰/۷۰، آسیب بدنی ۰/۸۲، زایمان زودرس ۰/۷۹ درصد محاسبه شد (نوبار و همکاران، ۱۳۹۲). در این پژوهش اعتبار پرسشنامه علل ترس از زایمان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمد.

**پرسشنامه شخصیتی نئو (Neo):** پرسشنامه نئو یکی از آزمون‌های شخصیتی است که بر اساس تحلیل عوامل ساخته شده است و از نوین‌ترین ابزارها در زمینه شخصیت است که به وسیله مک کری و کوستا در سال ۱۹۹۹ عنوان پرسشنامه شخصیتی نئو معرفی شد. فرم تجدیدنظر شده این پرسشنامه به وسیله همان نویسندگان با عنوان فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه شخصیتی نئو ارائه شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه شامل ۶۰ پرسش است که برای ارزیابی ۵ عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود. این آزمون دارای ۶۰ سؤال می‌باشد که نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای است. در این پژوهش تنها سوالات مربوط به دو مؤلفه نورزگرایی و برون‌گرایی استفاده شد. نتایج مطالعات انجام شده به وسیله مک کری و کوستا (۱۹۹۲) نشان داد که همبستگی ۵ زیرمقیاس فرم کوتاه با فرم بلند در دامنه‌ای از ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ می‌باشد. همچنین همسانی درونی زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ی ۰/۷۸ تا ۰/۸۶ برآورده شده است. در این پژوهش اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به- دست آمد.

**پکیج درمانی تلفیقی شناختی- رفتاری:** پروتکل درمانی با اقتباس از موزز و میراندا (۲۰۰۰)، از مقاله علمی پژوهشی «اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با روان‌درمانی بین‌فردی بر افزایش رضایت زناشویی» قره داغی و همکاران مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده (زمستان ۱۳۹۳).

### جدول ۱- پکیج درمانی تلفیقی شناختی- رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	تبیین ضرورت شرکت در گروه، ترویج CBT جلسات هنجارهای گروهی و انسجام گروهی، تأکید بر مشترک بودن مشکلات، آشنایی اعضا با هم، و به اعضای گروه و نقش‌شان در درمان خواهد بود. آموزش فرایند CBT و تعهد به پیگیری جلسات، مدت زمان این جلسه ۱ ساعت می‌باشد.
جلسه دوم	آشناکردن اعضا با انواع خاص فکر کردن و تفاوت‌هایی که افکار در خلق و خلق در روابط به وجود می‌آورد. نحوه اندیشیدن مادر درباره خودش، فرزندش و بارداری‌اش، تفکر سازنده در مقابل تفکر مخرب، تفکر ضروری در مقابل تفکر غیرضروری، تفکر مثبت در مقابل تفکر منفی. تکلیف خانگی: تکمیل مقیاس خلق روزانه و فهرست افکار مثبت و منفی. طول جلسه ۱:۳۰ دقیقه است.
جلسه سوم	شناساندن تحریف‌های شناختی که منجر به ترس از زایمان می‌گردد، فیلتر ذهنی، ذهن خوانی کردن، فال گویی کردن، احساسات خود را خیلی جدی پنداشتن، بایدها، به خود برچسب زدن، خود سرزنشی، کمتر یا بیشتر کردن چیزها، موارد مثبت را به حساب نیاوردن، تفکر همه یا هیچ. تکلیف خانگی: فهرست افکار مثبت و منفی و مقیاس خلق، ABCD غیره. آموزش روش روزانه. مدت زمان جلسه ۱:۳۰ دقیقه
جلسه چهارم	آشنایی با کارکرد فعالیت‌های روزانه و چگونگی تأثیر آن بر خلق هدف این جلسه بود. افرادی که فعالیت‌های دلپذیر اندکی انجام می‌دهند، خلق پایین‌تری دارند و به تبع آن ترس بیشتر و رضایت‌مندی اندکی گزارش می‌کنند. شناسایی فعالیت‌های روزانه تکلیف خانگی تعیین خواهد شد. مدت جلسه سوم ۱:۳۰ دقیقه.
جلسه پنجم	غنی‌سازی فعالیت‌های روزانه. فعالیت‌های دلپذیر عمدتاً پاداش دهنده و آرامش بخش هستند. مقیاس خلق روزانه و چک لیست ۹۵ فعالیت دلپذیر به صورت هفتگی تکلیف خانگی تعیین خواهد شد. مدت زمان جلسه ۱:۳۰ دقیقه
جلسه ششم	در این جلسه به مدت ۱:۳۰ بر روی مفهوم هدف گذاری کار شد. اهداف روشن در مقابل اهداف مبهم و غیرشفاف. مدیریت زمان، برنامه‌ریزی برای آینده، اهداف کوتاه مدت، اهداف بلندمدت، شناساندن هرم نیازهای مزلو. مدیریت سالم واقعیت: دنیای عینی، دنیای ذهنی: کلید احساسات سالم این است که یاد بگیریم این دو بخش واقعیت‌مان را مدیریت کنیم. تکلیف خانگی: نوشتن هدف‌های مهم، فهرست واقعیت‌های عینی و ذهنی، مقیاس خلق روزانه
جلسه هفتم	در این جلسه نحوه ارتباط با مردم و چگونگی تأثیر آن بر خلق هدف اصلی است، چگونه روابط بر خلق ما تأثیر می‌گذارد؟ همچنین حمایت اجتماعی و اینکه چطور این حمایت‌های اجتماعی در مواجهه با موقعیت‌های سخت به ما کمک می‌کند، بحث می‌شود. آموزش جرات‌مندی و سبک‌های ارتباطی فعالیت‌های اصلی این جلسه هستند. مدت زمان جلسه ۱:۳۰ می‌باشد.
جلسه هشتم	هدف این جلسه مرور فرایند جلسات قبلی و تثبیت تغییرات ایجاد شده است. روش تثبیت تغییرات انتقال دادن آن به زندگی روزمره قلمداد و در نهایت ختم جلسات اعلام شد.

بر اساس نتایج بدست آمده، میانگین سنی افراد شرکت کننده در دو گروه آزمایش و کنترل نزدیک به یکدیگر بود (جوان‌ترین فرد شرکت کننده در پژوهش ۲۰ ساله و مسن‌ترین آنها ۳۰ ساله). بیشتر افراد شرکت کننده در هر دو گروه به لحاظ وضعیت تحصیلی کارشناسی، و کمترین تعداد به لحاظ تحصیلی در هر دو گروه مربوط به گروه کارشناسی ارشد بودند.

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی دو گروه، در هر یک از زیرمقیاس‌های متغیر مورد پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پیگیری ارائه شده است. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمره ترس از زایمان در گروه آزمایش بعد از درمان برابر ۲۴/۳، قبل از درمان ۳۸/۱ و در آزمون پیگیری ۲۸/۳ می‌باشد. در گروه کنترل قبل از درمان ۳۶/۸ و بعد از درمان ۳۸/۹، که بر این اساس تغییر میانگین در گروه آزمایش بارزتر بوده است. میانگین درد در گروه آزمایش بعد از درمان برابر ۶/۳۸ بوده و قبل از درمان ۹/۵۶ و در آزمون پیگیری ۷/۵۰ بوده، میانگین

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری فردی بر ترس از فرایند زایمان در ...

مسئولیت پذیری در در گروه آزمایش بعد از درمان برابر ۶/۰۰ بوده و قبل از درمان ۹/۶۴ و در آزمون پیگیری ۶/۷۵ بدست آمده، میانگین آسیب بدنی در گروه آزمایش بعد از درمان برابر ۶/۲۸ بوده و قبل از درمان ۱۰/۸۴ و در آزمون پیگیری ۷/۲۵ بوده و در آخر میانگین زایمان زودرس در گروه آزمایش بعد از درمان برابر ۵/۷۶ بوده و قبل از درمان ۸/۰۸ و در آزمون پیگیری ۶/۸۰ به دست آمده است. بنابراین، همه مولفه‌های ترس از زایمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش پیدا کرده‌اند، اما این موضوع در مورد گروه کنترل صادق نمی‌باشد.

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

	گروه		متغیر							
	کنترل			آزمایش						
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	آزمون پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	آزمون پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	آزمون پیگیری	
علا ترس از زایمان	۹,۴۳	۵۸,۰۸	۸,۵۸	۵۷,۶۴	۴,۹۱	۴۳,۱۰	۴,۰۶	۴۰,۶۶	۸,۶۱	۵۶,۹۶
ترس از زایمان هارتمن	۷,۹۴	۳۸,۹۲	۸,۳۷	۳۶,۸۴	۵,۲۴	۲۸,۳۰	۲,۲۲	۲۴,۳۳	۷,۲۰	۳۸,۱۲
درد	۱۰,۹۶	۲۰,۵۱	۸,۸۰	۲,۶۲	۱,۱۹	۷,۵۰	۱,۲۴	۶,۳۸	۲,۶۷	۹,۵۶
مسئولیت پذیری	۱۰,۰۴	۳,۶۵	۹,۴۴	۳,۶۰	۱,۷۴	۶,۷۵	۰,۵۴	۶,۰۰	۲,۹۵	۹,۶۴
آسیب بدنی	۹,۹۲	۳,۰۱	۱۰,۶۰	۲,۸۱	۱,۵۸	۷,۲۵	۰,۴۶	۶,۲۸	۱,۶۹	۱۰,۸۴
زایمان زودرس	۷,۹۶	۲,۰۷	۸,۰۰	۲,۰۸	۱,۶۰	۶,۸۰	۰,۶۲	۵,۷۶	۲,۳۹	۸,۰۸
نوروزگرایی	۶,۱۸	۳۲,۵۲	۶,۱۸	۳۲,۶۸	۴,۸۵	۲۹,۶۶	۴,۸۵	۲۹,۶۶	۶,۲۷	۳۱,۸۸
برون‌گرایی	۶,۰۴	۲۹,۰۴	۳,۴۱	۲۹,۸۰	۴,۷۶	۲۸,۲۸	۴,۷۶	۲۸,۲۸	۳,۸۶	۲۹,۸۸

به منظور بررسی تاثیر درمان تلفیقی شناختی- رفتاری در زنان باردار بر روی ترس از فرایند زایمان با در نظر گرفتن ویژگی‌های شخصیتی (نوروزگرایی، برون‌گرایی) مادر از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد و از مفروضه‌های زیر جهت بررسی همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع استفاده گردید. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس خطا از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد شرط همگنی واریانس‌ها در مورد هر دو پرسشنامه در سطح  $p > 0.05$  معنادار نمی‌باشد، بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار می‌باشد. جهت بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کلموگروف- اسمیرنوف استفاده شد. سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ به دست آمد. با توجه به نتایج توزیع نرمال است، همچنین به منظور بررسی همگنی شیب ضرایب رگرسیون آزمون F استفاده شده، سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ به دست آمد، پس مفروضه همگنی شیب ضرایب رگرسیون نیز برقرار می‌باشد، لذا می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده نمود.



**جدول ۳. خطی بودن رگرسیون متغیرهای همپراش و وابسته**

اثر	شاخص	F	df فرضیه	df خطا	معناداری
پیش‌آزمون ترس از زایمان	اثر پیلایی	۶۴۵/۵۳	۲	۴۷	۰/۰۰۶
	لامبدای ویلکز	۶۴۵/۵۳	۲	۴۷	۰/۰۰۶
	اثر هاتلینگ	۶۴۵/۵۳	۲	۴۷	۰/۰۰۶
	بزرگترین ریشه روی	۶۴۵/۵۳	۲	۴۷	۰/۰۰۶

مقدار F تاثیر متغیر همپراش ترس از زایمان را برابر با ۶۴۵/۵۳ نشان می‌دهد که با توجه به  $p < 0/05$  معنادار است. بنابراین، فرض خطی بودن رگرسیون متغیرهای همپراش و وابسته نیز برقرار است.

**جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس ترس از زایمان هارتمن و ترس از زایمان در دو گروه آزمایش و کنترل (به تفکیک دو پرسشنامه)**

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
علل ترس از زایمان	گروه	۳۳۸۱,۳۰۸	۱	۳۳۸۱,۳۰۸	۵۹,۷۶۰	۰۰۱
	خطا	۲۴۳۲,۹۹۲	۴۳	۵۶,۵۸۱		
ترس از زایمان هارتمن	گروه	۲۳۷۸,۰۳۴	۱	۲۳۷۸,۰۳۴	۶۳,۸۱۸	۰۰۱
	خطا	۱۶۰۲,۳۹۱	۴۳	۳۷,۲۶۳		

همان‌گونه که جدول ۴ نشان می‌دهد، روش شناختی- رفتاری در گروه آزمایش باعث کاهش علائم ترس از زایمان شده است. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت درمان تلفیقی شناختی- رفتاری بر کاهش علائم ترس از زایمان موثر بوده است. این نتیجه در مورد هر دو پرسشنامه یکسان بدست آمده است.

**جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس مولفه‌های ترس از زایمان در دو گروه آزمایش و کنترل**

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
درد	گروه	۲۳۶,۲۵۸	۱	۲۳۶,۲۵۸	۷۷,۲۵۳	۰۰۰۱
	خطا	۱۳۱,۵۰۵	۴۳	۳,۰۵۸		
مسئولیت	گروه	۱۷۸,۸۵۰	۱	۱۷۸,۸۵۰	۲۵,۷۱	۰۰۰۱
	خطا	۳۰۶,۷۵۵	۴۳	۷,۱۳۴		
آسیب بدنی	گروه	۱۴۹,۲۳۴	۱	۱۴۹,۲۳۴	۳۹,۸۹۶	۰۰۰۱
	خطا	۲۱۴,۶۵۰	۴۳	۴,۹۹۲		
زایمان زودرس	گروه	۵۵,۳۴۰	۱	۵۵,۳۴۰	۲۱,۸۰۴	۰۰۰۱
	خطا	۱۰۹,۱۳۹	۴۳	۲,۵۳۸		

نتایج تحلیل کوواریانس جدول ۵ نشان می‌دهد، درمان تلفیقی شناختی- رفتاری باعث کاهش علائم ترس از زایمان (درد، مسئولیت، آسیب بدنی و زایمان زودرس) شده است. داده‌ها نشان می‌دهد که مولفه درد با  $F: 77.253$  بیشترین کاهش را داشته و مولفه زایمان زودرس با  $F: 21.804$  کمترین کاهش داشته است، در نهایت این یافته‌ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش ترس از فرایند زایمان می‌باشد. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که درمان تلفیقی شناختی- رفتاری بر کاهش تمامی علائم ترس از زایمان زنان باردار موثر بوده است. به عبارت دیگر، ترس از درد را تا حد زیادی کاهش داده، بعد از آن ترس از آسیب بدنی بیشترین کاهش را داشته و در آخر بر مسئولیت و زایمان زودرس تاثیر داشته است. از دیگر نتایج این پژوهش اینکه میان زنان نوروژنرا و برون‌گرا تفاوت معناداری در کاهش ترس از زایمان بر اثر درمان شناختی- رفتاری وجود ندارد. این نتیجه می‌تواند نشان‌دهنده موثر بودن درمان شناختی- رفتاری بر ترس زنان باردار باشد. این نتایج همسو با یافته‌های نصیری و شریفی (۱۳۹۲)؛ حمزه‌پور (۲۰۱۴)؛ نیمین و همکاران (۲۰۱۵)؛ اوماهن و همکاران (۲۰۱۲)؛ کورتیس و همکاران (۲۰۱۲) و حسین خانزاده و همکاران (۲۰۱۶) می‌باشد. در تبیین نتایج این مطالعه باید اشاره کرد که همانطور که جوامع توسعه یافته‌تر و پزشکی‌تر می‌شوند، جداسازی زنان جامعه از فرایند زایمان بیشتر شده و دانش آنها نسبت به زایمان کاهش می‌یابد. یکی از دلایل اصلی ترس از زایمان زنان باردار به دلیل اطلاعات ناقص و یا اشتباه آنان است. بنابراین، ارائه آموزش روانی در فرایند درمان شناختی- رفتاری راجع به دلایل ترس از زایمان منجر به توسعه دانش و مهارت لازم در مادران باردار و در نتیجه کاهش ترس آنان می‌شود (هاینز و همکاران، ۲۰۱۱). درمان شناختی- رفتاری علاوه بر ارائه اطلاعات و با هدف قرار دادن افکار و ارزیابی- های غلط از زایمان و توانایی‌های شخصی برای مقابله با زایمان، باعث می‌شود تا زنان زایمان را به صورت تجربه- ای 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 (هیرش و همکاران، ۲۰۰۷).

نیمین و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش مشابهی نشان دادند روش‌های درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش ترس از زایمان می‌شود. به عبارتی درمان شناختی- رفتاری با انعطاف پذیری روانشناختی، در نظر گرفتن امکانات به جای موانع، به زنان کمک می‌کند تا با افکار به روش عینی‌تر مواجه شوند و به آنها اجازه می‌دهد تا احساس اعتماد به نفس بیشتری نسبت به مدیریت وظایف جدید داشته باشند. هنگامی که زنان روش‌های جدیدی برای مقابله با ترس را یاد می‌گیرند و برای رسیدگی به واکنش‌های فیزیکی خودشان، دیگر ترس ندارند، لذا همه توجه خود را به خود جلب می‌کنند و می‌توانند روابط بین فردی را ارزیابی کنند. همچنین بقای کودک یک انتظار واقع بینانه می‌شود (نیمین و همکاران، ۲۰۱۵). از نتایج این پژوهش تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش ترس از درد در زنان باردار بوده است. همچنین فاجعه‌آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی، فرآیندهای عاطفی و همچنین ناتوانی همراه است. پژوهشگرانی مانند نورتون و همکاران (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 (نورتون و همکاران، ۲۰۰۳). در بازسازی شناختی در 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 در زنان می‌شود (سامیلا و همکاران، ۲۰۱۱). 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 چالش است که من قبلاً به کرات در آن پیروز شدم، جایگزین کنند (کهل و همکاران، ۲۰۱۳). 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. در واقع وقتی زنان درد زایمان را قابل کنترل می‌بینند، ترس و نگرانی آنها تا حد زیادی کاهش خواهد یافت (اسکات و همکاران، ۲۰۰۹).

اوماهن و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی با استفاده از درمانگری شناختی رفتاری نشان دادند که باورهای زنان بعد از زایمان اصلاح گردید که به اصلاح زمینه‌های مادری مانند از خودگذشتگی، پشتیبانی بسیار بالا و اسطوره‌های مادر خوب انجامید (اوماهن و همکاران، ۲۰۱۲).

در مطالعه دیگری نشان داده شد که آموزش‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در دوران بارداری رویکرد مؤثری برای افزایش سلامت روانی زنان و کاهش ناراحتی ناشی از اضطراب آنها در مقابله با تنش‌های بارداری است (محمدی و همکاران، ۲۰۰۹). فیروزبخت، نیکپور، و اسدی (۱۳۹۴) نیز در مطالعه خود نشان دادند که آموزش دوران بارداری و حمایت روانشناختی زنان در طی زایمان از اضطراب و درد زایمان را کاهش می‌دهد.

اساس شیوه‌های شناختی- رفتاری، تغییر فرآیند شناخت است. این نظریه توضیح می‌دهد که تجربه یک رفتار به تنهایی کافی نیست، بلکه تعبیر و تفسیر فرد از آن تجربه است که منجر به اختلال روانشناختی می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). در مداخله شناختی- رفتاری به افراد کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهند. در این روش، به فرد کمک می‌شود تا بیاموزد که تفکرها و تصورهای خود در مورد رخدادها ناخوشایند را به طور عینی ارزیابی کند و به آزمون بگذارد (ویس کرمی و همکاران، ۱۳۹۶). سپس برای تغییر این افکار و رفتارها از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود این درمان رویکردی آموزشی دارد که در آن فنون شناختی و رفتاری از طریق تمرینات مواجهه سازی درون جلسات، بازسازی شناختی قبل و نهایتاً تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود (شاه نظری و همکاران، ۱۳۹۴). زمینه اصلی در دیدگاه شناختی- رفتاری مربوط به عوامل هیجانی است. افراد ممکن است تلاش کنند از تجربه

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری فردی بر ترس از فرایند زایمان در ...

هیجانی ترس به هر اندازه که امکان داشته باشد یا از افکار، خاطره‌ها یا موقعیت‌های که تجربه هیجانی را القا می‌کند، بگریزند (تایلر و راچمن، ۱۹۹۱). بسیاری از درمانگران شناختی- رفتاری بر این باورند که واکنش‌های هیجانی و رفتاری به وسیله فرایندهای شناختی به وجود می‌آیند. از این‌رو، افکار، باورها و سایر فرایندهای شناختی تعیین کننده اصلی خلق و هیجان هستند (تیسدال، ۱۹۹۷). درمان شناختی- رفتاری به بازسازی شناخت واره‌های ناکارآمد (با الگوهای بک) بر عناصر مثبت خاص محتوای فکر تمرکز دارد تا تغییر مثبت را در محتوای کلی تر فکر تسهیل کند (بهمنی و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین تحریف‌های شناختی را با روش پرسش‌های سقراطی (کریمی و همکاران، ۲۰۱۶)، یا رویکرد آمرانه الیس (حمزه‌پور، ۲۰۱۴) به چالش می‌کشد. زنان مضطرب در دوران بارداری تهدیدهای بالقوه برای سلامتی و تشدید اضطراب‌شان را شناسایی کرده و دارای الگوهای پاسخ‌دهی، افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی خودکار و مداوم می‌گردند. این تداوم در افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی در نهایت سبب می‌گردد که این زن‌جیره کاملاً خارج از آگاهی قرار گیرد. این امر خود به اجرای صحیح سایر شیوه‌های شناختی- رفتاری مانند بازسازی شناختی و آزمایش رفتاری که بر نگرش و شیوه‌های تفکر صحیح از طریق شناسایی و بازسازی تحریف‌های شناختی و افکار منفی و نیز بررسی قضاوت‌ها تأکید دارند، کمک می‌کند (پیویلر و جانسون، ۱۹۸۶). بازسازی شناختی که به عنوان تجربه‌گرایی منطقی نیز شناخته شده است، کمک می‌کند تا افراد با استفاده از استدلال منطقی برای آزمون عملی محتوای افکار پر از اضطراب خود در مقابل واقعیت تجربه‌های زندگیشان، جریان افکار مملو از اضطراب خود را شناسایی کنند و حتی افکار اضطرابی غالب خود را مورد آزمایش رفتاری قرار دهند. یعنی احتمال رخ دادن اتفاقی را که نسبت به آن نگران هستند، در واقعیت بیازمایند (آرچ و همکاران، ۲۰۱۲). بدین ترتیب ارزیابی شناختی حوادث بر پاسخ به آن حوادث تأثیر گذاشته و مقدمه‌ای برای تغییر فعالیت شناختی خواهد شد (دوسون و دوزویس، ۲۰۱۰)، و در نتیجه کاهش مشکلات روانشناختی از جمله ترس و اضطراب و همچنین ارتقاء کنترل شخصی تکانه‌ها، هیجانات و یا نگرش‌ها، بر سلامت روانی زنان باردار تأثیری بسزا داشته و به آرامش آنها منتهی گردد. اما این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود که سبب می‌شوند در تعمیم نتایج جانب احتیاط رعایت شود. از این محدودیت‌ها می‌توان به حجم کم نمونه اشاره نمود. این پژوهش نشان داد که در ترس از زایمان مکانیسم‌های ناشناخته روانشناختی زیادی وجود دارد. بنابراین، مقایسه ویژگی‌های روانشناختی زنان نیاز به پژوهش بیشتری دارد و در پایان پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه آموزش شیوه شناختی- رفتاری مانند سایر آموزش‌های روانشناختی، کم هزینه بوده و عوارض جانبی به دنبال ندارد، در کنار مراقبت‌های معمول دوران بارداری به کار رود تا سبب کاهش اضطراب و ترس از فرایند زایمان در زنان باردار گردد.

## References

- Aben I, Denollet J, Lousberg R, Verhey F, Wojcie Chowski F, Honig A. (2008). Personality and vulnerability to depression in stroke patients: A 1-year prospective follow-up study. *Stroke*; 33: 2391-5.
- Akbarzade M, Toosi M, Zare N, Sharif F (2013). Effect of Relaxation and attachment behaviors training on anxiety in first-time mothers in shiraz city :A randomized clinical trial. *Qom univ med SCIJ*;6(4):14-23 [In Persian].
- Akhlaghi, F; Mokhber, N; Shakeri, M; Shamsa, F. (2012). Relationship between depression, anxiety, self-esteem, marital satisfaction and demographic factors with fear of delivery in primiparous women. *Principles of Mental Health. Summer*, .454). 122 - 131. [In Persian].
- Alehagen S, Wijma B, Wijma K (2011). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Ob Gyn Scan*; 85(1):56-62.
- Arch JJ, Dimidjian S, Chessick C (2012). Are exposure-based cognitive behavioral therapies safe during pregnancy? *Arch Womens Ment Health*.15(6):445-57. DOI:10.1007/s00737-012-0308-9 PMID: 22983422
- Bahmani B, Etemadi A, Shafiabadi A, Delavar A, Ghanbari Motlagh (2010). A. Cognitive existential group therapy and cognitive instructional therapy for breast cancer. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*; 6: 201-214. [In Persian].
- Beck, A. T. (2010). A social beliefs as predictors of antisocial behavior in schizophrenia. *Journal of psychiatry research*, 177(1): 65-70..
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Depression inventory for measuring depression. *Journal of arch gen psycho*, 56(4): 571-585.
- Berlanga C, Heinze G, Torres M, Apiquian R, Caballero A (1999). Personality and clinical predictors of recurrence of depression. *J Psychiatr Ment Health Ser*; 50:
- Bosworth HB, Bastian LA, Rimer BK, Siegler IC (20003). Coping style and personality domains related to menopausal stress. *Women's Health Issues Jan*;13(1):32-8. 28
- Curtis, Kathryn Weinrib, Aliza and Katz Joel (2012). Systematic Review of Yoga for Pregnant Women: Current Status and Future Directions Department of Psychology, Faculty of Health, York University, Toronto, ON, Canada M3J 1P3
- Dareshouri Mohammadi Z, Bosaknejad S, Sarvghad S (2013). [A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health of primiparous women]. *Jentashapir*; 3(4): 495-504. [In Persian].
- Davidson, K.; Norric, J.; Tyrer, P.; Gumley, A.; Tata, P.; Murray, H.; & Palmers (2007). The effectiveness of cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: Result from the Boscot trial; University of Glasgow, Gart Navel Royal Hospital, Glasgow G12 OXH.20 (5)431-449.

- Delaram M, Soltanpour F (2012). [The Effect of Counseling in Third Trimester on Anxiety of Nulliparous Women at the Time of Admission for Labor]. *Zahedan J Res Med Sci.*; 14(2): 61-5. [In Persian].
- Dobson KS, Dozois DJA (2010). Historical and philosophical bases of the Cognitive-Behavioral Therapies. In: Dobson K, editor. *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; P. 3-38.
- Francini PM. (2004). The Effects of time constraint on test performance in an 8-Arm virtual reality maz in high and low test-anxious college students. [Thesis]. Anselm: Department of Psychology at saint Colleg;
- Eriksson C, Westman G, Hamberg K (2006). Content of childbirth related fear in Swedish women and men-Analysis of an open ended question. *Journal of midwifery & women's health*; 51(2): 112-118.
- Escott D, Slade P, Spiby H (2009). Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clin Psychol Rev*; 29(7):617-22.
- Gallagher DJ (1990). Extraversion, neuroticism, and appraisal of stressful academic events. *PersIndivi Differ*; 11:1053-7.
- Haines H, Pallant J, Karlstorm A (2011). Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*; 27(4):560-7.
- Hamzeh Pour T (2014). The effect of cognitive behavioural therapy on anxiety in infertile women. *Eur J Exp Biol.*; 4(1): 415-9.
- Hamzeh Pour T (2014). The effect of cognitive behavioural therapy on anxiety in infertile women. *Eur J Exp Biol*; 4(1): 415-9
- Hassan Pour A, Masoudi R, Salehi Tali SH, Forouzandeh N, Naderi Pour A, Pour Mirza Kalhori R, et al (2009). The effect of progressive muscle relaxation on anxiety and stress in nursing students at the beginning of the internship. *J Shahrekord Univ Med Sci*; 11:71-7.R
- Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B (2006). Fear of childbirth and history of abuse: Implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 85: 435-40.
- Hosein khazade, A; Rostampoor, A (2016). Nedaei, N; KHosro javid, M; The Effect of Cognitive-Behavioral Education on Pregnancy Anxiety and the Choice of Delivery Method for Pregnant Women. *Nursing Education Journal*, 5(6). 24-32. [In Persian].
- Hosseininasab SD, Taghavi S (2010). The Effectiveness of Prenatal Education in Decreasing the Childbirth Pain and Anxiety. *Med J Tabriz Univ Med Sci*; 31(4): 24-30. [In Persian].

- Jafarnejad P, Farzad V, Moradi A, Shokri O (2004). [Relationship of personality, coping styles and mental health in university students] .J Psychol Edu;35(1):51-74. [In Persian].
- Jamshidi Manesh M. Oskouie F, Jouybary L, Sanagoo A (2001). [The process of women's decision making for selection of cesarean delivery]. Iranian journal of nursing; 21: 55-68. [In Persian].
- Karimi A, Moradi O, Shahoei R (2016). The effect of Teasdale's cognitive therapy on anxiety reduction during pregnancy. Int J Hum Cult Stud; Special Issue: 1170-80. [In Persian].
- Khorsandi,M; Ghofrani pour,F; Heidarniya,A; Faghiye zade,S;Vafaei,M; Rosta,F;Aminshokro,F.(2008).The effect of relaxation on reducing fear and natural delivery in primiparous women. Journal of Arak University of Medical Sciences, 11(3). 29-36. [In Persian].
- Kohl A, Rief W, Glombiewski JA (2013). Acceptance, cognitive restructuring and distraction as coping strategies for acute pain. J Pain; 14(3):305-15
- Larsen RJ, Ketelaar T (1991). Personality and susceptibility to positive and negative emotional states. Journal of Personality and Social Psychology;61(1):132-140.
- Lowe NK (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol (2000); 21: 219-24.
- Mahmoudian Dastnaei T, Neshatdoost H, Amiri Sh, Manshaei Gh, Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT on improving early maladaptive schemas in patients with anorexia nervosa considering the parental bonding, Applied Psychological Research Quarterly, 2016, 7(3),147-164. [In Persian].
- McCrae, R. R. & Costa ,P. T. A fivefactor theory of ersonality. In L. A. Pervin & O. P. John ((2000). (Eds.), Handsbook of personality: Theory and research. (2 nd ed), New York: Guilford.
- Mohammadi Sh, Kiani A, Heidari M (2009). [Review desires to select the type of delivery in primiparous women]. Journal of Babul University of Medical Sciences; 11(3): 54-9[In Persian].
- Mulder RT ((2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. Am J Psychiatry; 159: 71-359.
- Nasiri,F; Sharifi,SH (2013). Relationship between fear of childbirth and personality type in pregnant women. Iranian Journal of Women.16(66). ۲۵-۱۸ [In Persian].
- 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;122:1259-1265.
- Nobar,SH (2012). The effect of counseling on reducing the fear of delivery in 20-30 year-old mothers in Yasouj, Azad University, B.Sc. thesis. [In Persian].

- 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.
- Okour AM, Badarneh R (2011). Spousal Violence Against Pregnant women from a Bedouin Community in Jordan. *J Womens Health (Larchmt)*;20(12):1853-9.
- O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, A. J., Forman, J., & Flynn, A. H. (2012). Modifying CBT for perinatal depression: What do women want? A qualitative study. *Journal of cognitive and behavioral practice*. 19(2): 359–371
- O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, A. J., Forman, J., & Flynn, A. H (2012). Modifying CBT for perinatal depression: What do women want? A qualitative study. *Journal of cognitive and behavioral practice* 19(2): 359–371.
- Peveler RC, Johnston DW (1986). Subjective and cognitive effects of relaxation. *Behav Res Ther*;24(4):413-9. PMID: 3527138
- Poikkeus, T. et al. (2013) A mixed-method systematic review: Support for ethical competence of nurses, *Journal of Advanced Nursing* 70(2).
- Roberts SB, Kendler KS (1999). Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. *Psychol Med*; 29: 91-110.
- Rostami R, Ramesh S, Hemmat Boland E (2015). Effectiveness combination of cognitive-behavioral therapy and biofeedback on treatment patients with vaginismus and their sexual status, *Applied Psychological Research Quarterly*, 6(4),79-94. [In Persian].
- Roykulcharoen V, Good M (2012). Systematic relaxation to relive postoperative pain. *J Adv Nurs* ; 48(2): 140- 50.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (10th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmaki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2006; 85(11): 1315 – 1319.
- 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
- Scott JR, Gibbs RD, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. 9th edition 2003. Philadelphia: Lippincott, Williams and wilkins
- Sjogren B. [Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women]. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997; 18(4): 266-72.
- Shafiee Fard Y, Besharat M A, Bahrami Ehsan H, Taheri A, Effectiveness of Group Cognitive – Behavioral Therapy on Quality of Life, Depression, Anxiety and Stress among Patients with chronic pain, *Applied Psychological Research Quarterly*, 2016, 6(5),107-122. [In Persian].



- Shahnazari Sh, Haeri H, The effect of group Cognitive-Behavioral Therapy on the Obsessive Rumination and Anxiety in patients with Multiple Sclerosis, *Applied Psychological Research Quarterly*, 2016, 7(1), 155 -167. [In Persian].
- Taylor, S., & Rachman, S. J. (1991). Fear of sadness. *Journal of anxiety disorders*, 5(4): 375-381.
- Teasdale, J. D. (1997). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.). *Science and practice cognitive behavioral therapy*. Oxford University Press. (pp. 67-93).
- Veiskarami H A, Adavi H, Azadbakht Z, Amairian L, Effectiveness of cognitive-behavioral intervention training in decreasing the Students test anxiety and Shyness, *Applied Psychological Research Quarterly*, 2017, 8(3),29-45. [In Persian].
- Zafarghandi N, Hadavand Sh, Torkestani F, Zaeri F, Variji M. [Evaluation of anxiety and fear of labor in postpartum period]. *Journal of medical council of Islamic Republic of Iran* 2005; 2(23): 160-155. [In Persian].