

مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و تن آرامی بر ترس از فرآیند زایمان در زنان نخست‌زا

Compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with Relaxation therapy on Delivery process in Primipara

Gita Gerami

Shahrokh Makvand Hoseini

Mastooreh Sedaghat

Ameneh Moazedian

گی‌تا گرامی *

شاهرخ مکوند حسینی **

مستوره صداقت ***

آمنه معاضدیان ***

چکیده

Abstract

Fear of giving birth is one of the main problems in pregnancy and post partum. The purpose of this study is to compare the effect of cognitive-behavioral therapy with autogenic relaxation Therapy on fear of delivery. The statistical population was all the pregnant women in Tehran In 1395. Using a randomized controlled trial, a sample of 75 pregnant women were selected using Available sampling method and randomly divided into one control and two experimental groups Each group containing 25 persons. Data was collected using questionnaires of reasons of fear of delivery and Hartman fear of Delivery. The results showed no significant differences between Two experimental groups but according to the means, cognitive-behavioral therapy was more effective, but not statistically significant. So about two components pain and body-Damage (In reasons of fear of delivery questionnaire), we found significant differences in level 0/05 of meaningfulness between two methods: cognitive-behavioral therapy and relaxation therapy. cognitive-behavioral therapy Was more effective than autogenic relaxation therapy about both of components : pain and body - damage.

Key Words: Cognitive-behavioral therapy, relaxation therapy, fear of delivery

ترس از زایمان یکی از مشکلات عمده دوران بارداری و بعد از زایمان است. هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان تن آرامی بر ترس از فرآیند زایمان بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. با بهره‌گیری از یک طرح آزمایشی کنترل شده تصادفی نمونه‌ای مشتمل بر ۷۵ نفر از زنان باردار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به گونه‌ی تصادفی به سه گروه ۲۵ نفره یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش تقسیم شدند. ابزار تحقیق شامل پرسشنامه‌های علل ترس از زایمان و ترس از زایمان هارتمن بود. نتایج نشان داد در گروه آزمایش ۱ و ۲ از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد و با توجه به میانگین‌های بدست آمده، درمان تلفیقی شناختی-رفتاری در بهبود ترس از زایمان تاثیر به سزاتری داشته است، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست. اما در مورد دو مولفه درد و آسیب بدنی بین دو روش درمانی تلفیقی شناختی-رفتاری و تن آرامی تفاوت معناداری در سطح آلفای ۰/۰۵/ به دست آمد که در مورد هر دو مولفه درد و آسیب بدنی (از پرسشنامه علل ترس از زایمان) روش درمانی تلفیقی شناختی-رفتاری به‌طور معناداری موثرتر از روش درمانی تن آرامی به دست آمده است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، درمان تن آرامی، ترس از فرآیند زایمان

* دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

** نویسنده مسئول: دانشیار دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

email: ggerami@gmail.com

*** استادیار دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

حاملگی تجربه روحی مهمی است که سبب ایجاد تغییرات روانی زیادی در زن می‌شود. اغلب زنان متوجه تغییرات خلق و الگوی خوابشان می‌شوند و نسبت به تولد و نگهداری فرزند احساس دوگانه دارند و از زایمان و به دنیا آوردن کودک ناپه‌نجا و از اینکه نتوانند مادر خوبی باشند، هراس دارند. طبق تحقیقات بسیار عوارض احتمالی ترس شامل الگوهای غیرطبیعی در ضربان قلب جنین، نمره آپگار پایین (دیچیرنری و همکاران، ۲۰۰۷)، افزایش مرگ و میر حوالی تولد و همچنین تولد نوزاد با وزن کم به دنبال افزایش مقاومت شریان رحمی در اثر اضطراب مادر می‌باشد (ریدینگ، ۱۹۹۸). امروزه ترس از زایمان یک مشکل مهم در طی دوران بارداری است. 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 ناتوان کننده می‌گردد (اریکسون و همکاران، ۲۰۰۶؛ ظفرقندی و همکاران، ۲۰۰۵). ترس از زایمان یکی از مشکلات عمده تولد و دوران بعد از زایمان است، و در اغلب زنان ترس زایمان همراه با افزایش درد، زایمان طولانی و تجربه ناخوشایند زایمانی است (آلیگن و همکاران، ۲۰۱۱). عوامل روانشناختی و اجتماعی موثر در ترس از زایمان شامل ترس از ناشناخته‌ها (جمشیدی منش و همکاران، ۱۳۸۷)، تمایل به بی-دردی (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 جبران ناپذیری به وجود می‌آورد (اکبرزاده و همکاران، ۲۰۱۳). بدون حمایت کافی از سوی اعضاء خانواده و فامیل یا اعضاء کمیته پزشکی این ترس‌ها افزایش می‌یابد، یا اغراق آمیز شده و منجر به افسردگی و اضطراب می‌شود (هریس و همکاران، ۱۹۹۶). آموزش‌های ناکافی در زمینه زایمان در طی بارداری یکی از مسائلی است که باید مورد توجه قرارگیرد. آموزش دوران بارداری روش بسیار مناسبی برای کاهش ترس از زایمان است، زیرا به زنان باردار فرصت توسعه آگاهی در زمینه بارداری و زایمان را می‌دهد (میلیندر، ۲۰۰۵). 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، برای کمک به تطابق با احساسات آنان مفید بوده و سهم مهمی را در بهبود وضعیت عاطفی و سازگاری‌شان با نقش مادری ایفا می‌کند (رویگولچارون 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. این آموزش‌ها به‌خصوص در مادرانی که دچار ترس از فرایند زایمان هستند، از مهمترین عوامل موثر پیشگیری کننده از افسردگی و اضطراب و مسائل متعاقب آن است

(اسکافت و همکاران، ۲۰۰۳). اقدامات متفاوتی به عنوان شیوه‌های درمانی جایگزین برای دستیابی به نیازهای روانی و جسمانی افراد انجام شده که شامل تصویرسازی ذهنی، تن آرامی، موسیقی درمانی و ماساژ و درمان شناختی رفتاری است (اکبرزاده و همکاران، ۲۰۱۳). تن آرامی، روشی غیردارویی در کاهش درد زایمان، ارزان و بی‌زیان می‌باشد و برای کاهش ترس به ویژه در دوران بارداری پیشنهاد شده است (سایستو و همکاران، ۲۰۰۶). آموزش تن آرامی به عنوان یکی از مداخله‌های آموزشی و مهارتی که مادر باردار تا پایان عمر می‌تواند از آن در جهت ارتقای کیفیت زندگی خود استفاده نماید، از اهمیت خاصی برخوردار است (بستانی و همکاران، ۲۰۰۴). تکنیک‌های تن آرامی عبارتند از تن آرامی پیش رونده عضلانی (جاکوبسن)، تنفس آگاهانه و تن آرامی اتوژنیک که می‌توانند بر روی اعصاب اتونوم تاثیر گذاشته و سبب آرامش شوند. در تن آرامی پیش رونده، تنش را در بدن ایجاد نموده و سپس آرامش را به وجود می‌آورد. در تن آرامی اتوژنیک، فرد در یک محیط آرام که فاقد عوامل حواس پرتی باشد، قرار می‌گیرد و به روشی خاص، با تمرکز، احساسات مثبت خاصی را به خود تلقین می‌کند (پودل و همکاران، ۲۰۱۰). فینک و همکاران (۲۰۱۲) در یک مطالعه متاآنالیز به بررسی تن آرامی در دوران بارداری و مزایای آن برای مادران و نوزادان پرداختند. نتایج نشان داد که مداخلات آرامش، به‌خصوص ماساژ درمانی، تن آرامی پیش‌رونده عضلانی (PMR)، و انواع دیگر آرامش فعال مثبت سطح مادران از کورتیزول، نوراپی نفرین، سروتونین و دوپامین تاثیر می‌گذارد، و هر دو منافع کوتاه مدت و بلند مدت برای مادر و فرزندش خواهند داشت. یکی از اثرات مهم استفاده از روش‌های تن آرامی، افزایش آرامش و دل‌بستگی مادر به نوزاد می‌باشد که می‌تواند باعث مقابله بهتر مادر در برابر فشارهای روانی شود. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این روش موجب کاهش ترس از زایمان، تسهیل و تسریع روند زایمان می‌شود (صادقی و همکاران، ۲۰۱۵؛ اکمس و اوران، ۲۰۱۴؛ فینک و همکاران، ۲۰۱۲؛ آلدو و همکاران، ۲۰۱۱؛ میونگ سوک و یونگ جو، ۲۰۱۰). صادقی و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی اثر تن آرامی بر سلامت عمومی زنان باردار پرداختند. نتایج نشان داد که تن آرامی بر سلامت عمومی زنان باردار موثر بوده است. فیلد و همکاران معتقدند به‌کارگیری برنامه تن آرامی توسط کادر پرستاری اثرات سودمندی در دوران بارداری داشته و این مداخلات می‌تواند برای بهبود پیامدهای زایمان برای زنان به‌خصوص زنان با اضطراب بالا به‌کار رود (ویتیس و همکاران، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، درمان‌گری شناختی- رفتاری (CBT) یک نوع روان‌درمانی تلفیقی است که برای پرداختن به افکار خودآیند منفی و فرض‌ها و باورهای افراد در اختلال‌های هیجانی طراحی شده است. درمان‌گری شناختی - رفتاری (CBT) شیوه سازمان یافته‌ای 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. این شیوه درمانی فرض می‌کند باورهای ناسازگار و تحریف شده و فرایندهای شناختی بنیان علائم و نارسانا 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)، و به فرد کمک

می‌شود تا بیاموزد که تفکرها و تصورات خود در مورد رخداد‌های ناخوشایند را به‌طور عینی ارزیابی کند و به آزمون بگذارد. به سخن دیگر، آنها را با شواهد عینی محک بزنند، تحریف‌های شناختی خود را تصحیح نمایند و شناخت جدید و سازگارانه‌تری درباره خود، جهان و آینده به دست آورده، طرحواره‌های ناکارآمد را کاهش دهند (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 به عنوان 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 قبل و نهایتاً 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 به عنوان 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 شفیع 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 به عنوان واسطه درمانی در نتایج اثرگذار است (هاندت و همکاران، ۲۰۱۳، به نقل از محمودیان و همکاران، ۱۳۹۵). لذا درمانگر، درمانجویان خود را تشویق می‌کند تا از طریق تکالیف رفتاری به ارزیابی حقیقی و عینی افکار و فرضیه‌های منفی خود بپردازند (یک، ۲۰۱۰). 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). اوماهن و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی با استفاده از درمانگری شناختی رفتاری نشان دادند که باورهای زنان دچار افسردگی بعد از زایمان اصلاح گردید که به اصلاح زمینه‌های مادری مانند از خودگذشتگی، پشتیبانی بسیار بالا و اسطوره‌های مادر خوب انجامید. هدف اولیه CBT در ارتباط با مادران را تغییر دادن نحوه اندیشیدن مادر درباره خودش، فرزندش و بارداری‌اش ذکر می‌کنند (چوو همکاران، ۲۰۰۸). قره‌داغی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) با روان‌درمانی بین فردی (IPT) بر افزایش رضایت زناشویی زنان باردار پرداختند. نتیجه تحلیل آزمون تعقیبی نشانگر این است که بین دو روش آموزشی CBT و IPT تفاوت معنی‌داری در نمرات پس‌آزمون وجود ندارد. اما هر دو روش آموزشی نسبت به گروه کنترل از نظر آماری در نمرات پس‌آزمون رضایت زناشویی افزایش معنی‌داری داشتند. این شیوه درمانی

مقایسه اثربخشی درمان های شناختی-رفتاری و تن آرامی بر ترس از ...

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. 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). مطالعات اوامهن و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند روش خوبی برای حذف یا کاهش ترس از زایمان باشد. با توجه به رابطه متقابل بدن و روح و روان، آسیب پذیری بیش از حد زنان باردار، تاثیر مستقیم استرس روانی بر سلامت مادر و جنین، تاکید بر اثربخشی حمایت اجتماعی و برای زنان مراقبت در دوران بارداری بر سلامت روان پس از تولد فرزند، و فقدان مطالعات مشابه در این راستا، مطالعه حاضر به منظور مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری و تن آرامی اتونیک بر ترس از فرایند زایمان در مادران باردار انجام شد. پژوهش حاضر به دنبال یافتن پاسخ برای سوال اصلی پژوهش می‌باشد: آیا بین درمان تلفیقی شناختی-رفتاری و درمان با تن آرامی بر روی ترس از فرایند زایمان در زنان باردار تفاوت وجود دارد؟

روش

در این پژوهش از انواع طرح‌های نیمه آزمایشی، طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و گروه‌های برابر انتخاب شده است (نادری، سیف نراقی، ۱۳۹۲). جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان بارداری است که در سال ۱۳۹۵ برای شرکت در دوره‌های درمانی شناختی- رفتاری و درمان با تن آرامی در بیمارستان‌های شهر تهران به این مراکز مراجعه کرده‌اند. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۷۵ نفر از زنان باردار متقاضی از جامعه مذکور می‌باشد که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. چون طرح تحقیق از نوع نیمه آزمایشی است، پس حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه می‌باشد (دلاور، ۱۳۹۲). در نهایت بعد از دو ماه از اجرای پس‌آزمون مرحله پیگیری انجام شد تا اثر درمان‌ها پس از گذشت دو ماه سنجیده شود. همچنین روش گردآوری اطلاعات این پژوهش میدانی بوده و از پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. برای رعایت دقت بیشتر و کاهش از افت در نمونه، نمونه به بیش از ۷۵ نفر افزایش می‌یابد. از این تعداد ۷۵ نفره، سه گروه ۲۵ نفری یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش در نظر گرفته شدند. همچنین شایان ذکر است، در مرحله پیش‌آزمون نمونه‌گیری به صورت وسیع‌تری انجام شد و حداقل بین ۸۵ زن باردار واجد شرایط پرسشنامه پخش شد و از بین آنها ۷۵ نفر که دچار ترس از زایمان هستند انتخاب، سپس به صورت تصادفی به سه گروه ۲۵ نفره تقسیم شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: سن ۲۰ تا ۳۰ سال- تمایل به شرکت در پژوهش - زایمان اول (فرزند اول)- عدم برخورداری از بیماری‌های جسمی- عدم برخورداری از اختلالات روانی- عدم سوءمصرف مواد مخدر، مشروبات الکلی و داروهای روان گردان- حداقل دارای مدرک دیپلم. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از: عدم پاسخ‌دهی به ۵ سوال یا بیشتر از پرسشنامه‌های پژوهش- عدم حضور در دو جلسه یا بیشتر از جلسات رفتاردرمانی شناختی یا تن آرامی اتونیک.

ابزار

پرسشنامه ترس از زایمان هارتمن: این پرسشنامه توسط لاوی (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 نشان دهنده ترس بیشتر بود. نمره ۲۸ به‌عنوان 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 به‌دست 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، نشان دهنده 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 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 به‌دست آمد.

مقایسه اثربخشی درمان های شناختی-رفتاری و تن آرامی بر ترس از ...

جدول ۱. پکیج درمانی تلفیقی شناختی- رفتاری

| جلسات | محتوای جلسات |
|------------|---|
| جلسه اول | تبیین ضرورت شرکت در گروه، تأکید بر مشترک بودن مشکلات، آشنایی اعضا با هم و با اعضای گروه و نقش شان در درمان. آموزش فرآیند CBT و تمهد به پیگیری جلسات. مدت زمان این جلسه ۱ ساعت |
| 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 |
| جلسه سوم | شناساندن تحریف‌های شناختی که منجر به ترس از زایمان می‌شود. 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 ABCD مثبت را به حساب نیاوردن، تفکر همه یا هیچ. تکلیف خانگی: فهرست افکار مثبت و منفی و مقیاس خلق، 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 به‌طور عمده پاداش دهنده و آرامش بخش هستند. مقیاس خلق روزانه و چک لیست ۹۵ فعالیت دلپذیر به‌صورت 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. چطور 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 |
| 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 می‌شود. |

جدول ۲. پکیج درمانی تن آرامی اتونژنیک ولز

| جلسات | محتوای جلسات |
|------------|---|
| جلسه اول | الف) افزایش جذب اکسیژن در بدن و کاهش سرعت، تنفس و سرعت تغییرات عصبی ناشی از ترس ب) تمرین دست راستم بسیار سنگین است |
| جلسه دوم | الف) شناسایی عضلات غیر تنیده ب) القای حس گرما برای آرامش رگ‌های خونی است که باید بعد از مرحله اول صورت گیرد |
| جلسه سوم | الف) کاهش زمان رسیدن به آرامش عضلانی، شناسایی و افتراق بین عضلات درم تنیده و غیرتنیده و حذف انقباض عضله ب) تمرین موردنظر: قلب من به آرامی و منظم می‌تپد |
| جلسه چهارم | الف) ایجاد فرآیند شرطی‌سازی در مغز، بین مفهوم آرامش و تنفس عمیق به عنوان یک نشانه ب) تمرین تنفس من بسیار آرام است. این بدین معنی نیست که می‌خواهید روی نفس کشیدنتان تاثیر بگذارید، برعکس تنفس شما باید خودش منظم شود. |
| جلسه پنجم | الف) آرام سازی افتراقی، ب) تمرینات شکمی. الف) در موقعیت‌هایی مانند راه رفتن و فعالیت‌های روزمره، به غیر از عضله‌ای که در این رابطه منقبض است بتوان دیگر عضلات را شل و رها کرد، ب) شکم یکی از بخش‌های خودمختار سیستم عصبی است. |
| جلسه ششم | الف) آرام سازی سریع به همراه تصویرسازی ذهنی مثبت، ب) تمرینات نهایی. الف) نخست ایجاد آرامش در موقعیت طبیعی و دوم آرام سازی در مدتی کوتاهتر از مراحل پیشین، ب) از تمرین: پیشانی من به صورت خوشایندی خنک است |

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش حاضر از نرم افزار SPSS 23، برای سنجش میزان اثربخشی آموزش درمان رفتاری شناختی و تن آرامی استفاده شد. به منظور توصیف یافته‌ها، جداول و نمودارهای فراوانی ارائه شده است. همچنین به منظور توصیف بهتر داده‌ها از شاخص‌های مرکزی (میانگین) و همچنین شاخص‌های پراکندگی (انحراف معیار) استفاده شد. بیشتر افراد شرکت کننده در هر سه گروه به لحاظ وضعیت تحصیلی کارشناسی، و کمترین تعداد به لحاظ تحصیلی در هر سه گروه مربوط به گروه کارشناسی ارشد بود. جوانترین فرد شرکت کننده در پژوهش ۲۰ ساله و مسنترین آنها ۳۰ ساله بودند. در این پژوهش، میانگین نمره ترس از زایمان در گروه آزمایش ۱ بعد از درمان برابر ۴۰٫۶۶ بوده و قبل از درمان ۵۶٫۹۶، در گروه آزمایش ۲ بعد از درمان برابر ۴۶٫۳۰ بوده و قبل از درمان ۵۷٫۷۲؛ در گروه کنترل قبل از درمان ۵۷٫۶۴ و بعد از درمان ۵۸٫۰۸ بود که بر این اساس تغییر میانگین در گروه آزمایش ۱ بارزتر بود.

مقایسه اثربخشی درمان های شناختی-رفتاری و تن آرامی بر ترس از ...

جدول ۱- مشخصه‌های توصیفی مولفه‌های ترس از زایمان در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و کنترل قبل و بعد از ارائه مداخله درمانی

| مولفه | گروه | مرحله | فراوانی | میانگین | انحراف معیار | کمینه | بیشینه |
|--------------|----------|-----------|---------|---------|--------------|-------|--------|
| درد | آزمایش ۱ | پیش آزمون | ۲۵ | ۹,۵۶۰۰ | ۲,۶۷۸۳۱ | ۷,۰۰ | ۱۷,۰۰ |
| | | پس آزمون | ۲۱ | ۶,۳۸۱۰ | ۱,۳۴۴۰۳ | ۵,۰۰ | ۹,۰۰ |
| | آزمایش ۲ | پیش آزمون | ۲۵ | ۹,۲۰۰۰ | ۲,۲۵۴۶۲ | ۷,۰۰ | ۱۷,۰۰ |
| | | پس آزمون | ۲۳ | ۷,۷۳۹۱ | ۱,۸۳۹۴۰ | ۵,۰۰ | ۱۱,۰۰ |
| | کنترل | پیش آزمون | ۲۵ | ۸,۸۰۰۰ | ۲,۶۲۹۹۶ | ۶,۰۰ | ۱۶,۰۰ |
| | | پس آزمون | ۲۵ | ۱۰,۹۶۰۰ | ۲,۰۵۱۰۲ | ۷,۰۰ | ۱۵,۰۰ |
| مسئولیت | آزمایش ۱ | پیش آزمون | ۲۵ | ۹,۶۴۰۰ | ۲,۹۵۶۳۵ | ۵,۰۰ | ۱۷,۰۰ |
| | | پس آزمون | ۲۱ | ۶,۰۰۰۰ | ۵۴۷۷۲۰ | ۵,۰۰ | ۷,۰۰ |
| | آزمایش ۲ | پیش آزمون | ۲۵ | ۱۰,۵۶۰۰ | ۳,۶۲۹۵۱ | ۵,۰۰ | ۱۸,۰۰ |
| | | پس آزمون | ۲۳ | ۶,۳۹۱۳ | ۱,۱۵۷۵۵ | ۵,۰۰ | ۱۱,۰۰ |
| | کنترل | پیش آزمون | ۲۵ | ۹,۴۴۰۰ | ۳,۶۰۶۴۸ | ۶,۰۰ | ۱۷,۰۰ |
| | | پس آزمون | ۲۵ | ۱۰,۰۴۰۰ | ۳,۶۵۶۹۶ | ۶,۰۰ | ۱۷,۰۰ |
| آسیب بدنی | آزمایش ۱ | پیش آزمون | ۲۵ | ۱۰,۸۴۰۰ | ۲,۶۵۶۴۴ | ۷,۰۰ | ۱۶,۰۰ |
| | | پس آزمون | ۲۱ | ۶,۲۸۵۷ | ۴۶۲۹۱۰ | ۶,۰۰ | ۷,۰۰ |
| | آزمایش ۲ | پیش آزمون | ۲۵ | ۹,۷۲۰۰ | ۲,۰۹۲۰۵ | ۷,۰۰ | ۱۳,۰۰ |
| | | پس آزمون | ۲۳ | ۷,۳۴۷۸ | ۲,۰۵۸۴۳ | ۵,۰۰ | ۱۱,۰۰ |
| | کنترل | پیش آزمون | ۲۵ | ۱۰,۶۰۰۰ | ۲,۸۱۳۶۶ | ۷,۰۰ | ۱۷,۰۰ |
| | | پس آزمون | ۲۵ | ۹,۹۲۰۰ | ۳,۰۱۳۷۵ | ۶,۰۰ | ۱۷,۰۰ |
| زایمان زودرس | آزمایش ۱ | پیش آزمون | ۲۵ | ۸,۰۸۰۰ | ۲,۳۹۶۵۳ | ۶,۰۰ | ۱۸,۰۰ |
| | | پس آزمون | ۲۱ | ۵,۷۶۱۹ | ۶۲۴۸۸۰ | ۵,۰۰ | ۷,۰۰ |
| | آزمایش ۲ | پیش آزمون | ۲۵ | ۷,۷۶ | ۱,۳۳۱۶۷ | ۶,۰۰ | ۱۱,۰۰ |
| | | پس آزمون | ۲۳ | ۶,۹۴۳۵ | ۸۲۴۵۳۰ | ۵,۰۰ | ۹,۰۰ |
| | کنترل | پیش آزمون | ۲۵ | ۸,۰۰۰۰ | ۲,۰۸۱۶۷ | ۶,۰۰ | ۱۴,۰۰ |
| | | پس آزمون | ۲۵ | ۷,۹۶۰۰ | ۲,۰۷۱۲۳ | ۶,۰۰ | ۱۴,۰۰ |

در این پژوهش میانگین نمره چهار مولفه ترس از زایمان در سه گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه کنترل محاسبه شده و همانطور که در جدول فوق مشخص است، میانگین تمامی مولفه‌های ترس از زایمان در گروه آزمایش ۱ و ۲ در مرحله پس آزمون کاهش پیدا کرده‌اند، اما این موضوع در مورد گروه کنترل صادق نیست.

**جدول ۲- آزمون لون بین واریانس حاصل از پرسشنامه ترس از زایمان هارتمن
گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و کنترل درمان در مرحله پیش‌آزمون**

| متغیر | نمره لون | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|----------------------|----------|--------------|--------------|--------------|
| ترس از زایمان هارتمن | ۰۰۵۳ | ۲ | ۷۲ | ۰۰۹۴۸ |

یکی از مفروضه‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک، همسانی واریانس‌های گروه‌های مورد آزمایش می‌باشد. بدین منظور از آزمون لون استفاده می‌شود. چنانچه سطح معناداری بدست آمده با توجه به سطح آماري مفروض ($p > 0/05$) معنادار نباشد، نتیجه می‌گیریم واریانس‌های سه گروه با هم برابرند. در نتیجه می‌توانیم از آزمون‌های پارامتریک برای آزمون پیش‌فرض‌ها و فرضیه‌هایمان استفاده کنیم. در اینجا سطح معناداری بدست آمده ۰/۹۴۸ است که از سطح معناداری مفروض (۰/۰۵) بزرگتر است، در نتیجه واریانس‌های سه گروه با هم برابرند.

فرضیه پژوهش: بین درمان تلفیقی شناختی-رفتاری و درمان تن آرامی در زنان باردار بر روی ترس از فرایند زایمان تفاوت وجود دارد.

جدول ۳- جدول t دو گروه مستقل ترس از زایمان هارتمن و ترس از زایمان و مولفه‌های آن در دو روش درمانی تلفیقی شناختی-رفتاری و تن آرامی (به تفکیک دو پرسشنامه)

| متغیرها | T | درجه آزادی | سطح معناداری (دو دامنه) | اختلاف میانگین‌ها | کرانه پایین | کرانه بالا |
|----------------------|------|------------|----------------------------|----------------------|-------------|------------|
| ترس از زایمان هارتمن | ۱۶۴۴ | ۴۲ | ۰۰۸ | ۳۶۱۹ | -۸۲۲ | ۸۰۶۰ |
| ترس از زایمان | ۱۰۸۸ | ۴۲ | ۰۰۵۳ | ۴۳۸۳ | ۰۱۴۶ | ۸۶۱۹ |
| درد | ۲۲۵۷ | ۴۲ | ۰۰۲۹ | ۱۸۵۰ | ۰۱۹۶ | ۳۵۰۵ |
| مسئولیت | -۱۸۶ | ۴۲ | ۸۵۳ | -۰۱۹ | -۲۲۵۲ | ۱۸۷۱ |
| آسیب بدنی | ۲۳۱۹ | ۴۲ | ۰۰۲۵ | ۱۹۹۳ | ۰۲۵۸ | ۳۷۲۸ |
| زایمان زودرس | ۱۰۲۷ | ۴۲ | ۰۳۱۰ | ۶۳۳ | -۰۶۱۱ | ۱۸۷۸ |

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر با توجه به میزان t و سطح معناداری بدست آمده می‌توان بیان کرد که به‌طور کلی، با توجه به نمره کل دو پرسشنامه ترس از زایمان، بین دو روش درمانی تلفیقی شناختی-رفتاری و تن آرامی در گروه آزمایش ۱ و ۲ از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد و این نتیجه در مورد هر دو پرسشنامه یکسان به‌دست آمده است. همچنین با توجه به اختلاف میانگین‌های بدست آمده، درمان تلفیقی شناختی-رفتاری در بهبود ترس از زایمان تاثیر به‌سزاتری داشته است، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست. در ادامه با بررسی مولفه‌های

ترس از زایمان، در مورد دو مولفه مسئولیت و زایمان زودرس نتایج یکسانی با نمره کل پرسشنامه به دست آمد. اما در مورد دو مولفه درد و آسیب بدنی بین دو روش درمانی تلفیقی شناختی-رفتاری و تن آرامی تفاوت معناداری در سطح آلفای ۰/۰۵ به دست آمد که در مورد هر دو مولفه درد و آسیب بدنی روش درمانی تلفیقی شناختی-رفتاری به طور معناداری موثرتر از روش درمانی تن آرامی به دست آمده است. نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش اکبرزاده و همکاران (۲۰۱۳)، اخلاقی و همکاران (۱۳۹۱)، نصیری و شریفی (۱۳۹۲)، حسینی نسب و همکاران (۱۳۸۸)، جمشیدی منش و همکاران (۱۳۸۷)؛ سیاستو و همکاران (۲۰۰۱)، پویکیوس و همکاران (۲۰۰۶)، رویکولچارون و گود (۲۰۱۲)، پودل و همکاران (۲۰۱۰) و فینک و همکاران (۲۰۱۲) بود. بین میزان آگاهی و ترس ارتباط وجود دارد زیرا آگاهی، نگرش و باورهای هر قومیت در ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مؤثر است. بر پایه مطالعات مختلف ترس ممکن است وسیله مؤثری در جهت تغییر رفتار باشد، و به نظر می‌رسد ترس متناسب با سطح آگاهی و نگرش افراد در بروز رفتارها تأثیرگذار است. در مطالعه اشرفی‌نیا که به بررسی ارتباط ترس از ایدز با میزان آگاهی و نگرش زنان سنین باروری نسبت به ایدز پرداخت، افزایش سطح آگاهی و آموزش بیشتر و صحیح‌تر زنان سنین باروری و به دنبال آن تغییر رفتار متناسب افراد در جهت پیشگیری از بیماری ایدز گزارش شد (۲۰۱۴). با توجه به میزان F و سطح معناداری بدست آمده در جدول فوق می‌توان بیان کرد بین ترس از زایمان در ۲ مرحله پس از درمان و آزمون تعقیبی در گروه آزمایش ۱ و ۲ از لحاظ آماری تفاوت معناداری به دست نیامد. بنابراین، می‌توان گفت درمان تلفیقی شناختی-رفتاری و درمان تن آرامی بر کاهش علائم ترس از زایمان پس از گذشت ۲ ماه همچنان مؤثر است. امروزه شرطی سازی نوین بر این اصل استوار است که تداعی بین محرک- پاسخ (S-R) درون ساختارهای ذهنی یا حافظه صورت می‌گیرد و از این طریق بر نقش شناخت‌ها در یادگیری اشاره می‌کند (مبینی، ۱۳۸۹). این پژوهش نیز با هدف مقایسه درمان تلفیقی شناختی-رفتاری و درمان تن آرامی در زنان باردار بر روی ترس از فرایند زایمان بود. اساس شیوه‌های شناختی-رفتاری، تغییر فرایند 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 تصورات خود در مورد رخدادها ناخوشایند را به طور عینی ارزیابی، 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). پس درمان شناختی-رفتاری با بهره گرفتن از تکنیک‌های دیدگاه‌های شناختی-رفتاری به مراجع کمک می‌کند تا الگوهای تحریف شده رفتار ناکارآمد خود را تغییر دهد که در جنبه‌هایی از درمان تاکید عمدتاً رفتاری و جنبه‌های دیگر شناختی است (قاسم‌زاده، ۱۳۸۵). این نتیجه نشان دهنده مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری بر ترس زنان باردار است. این نتایج همسو با یافته‌های نصیری و

شریفی (۲۰۱۳)؛ حمزه‌پور (۲۰۱۴)؛ نیمین و همکاران (۲۰۱۵)؛ اوماهن و همکاران (۲۰۱۲)؛ کورتیس و همکاران (۲۰۱۲) و حسین‌خانزاده 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 فرآیند 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 فرآیند 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 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 (هیرش و همکاران، ۲۰۰۷). نیمین و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش مشابهی نشان دادند روش‌های درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش ترس از زایمان می‌شود. به عبارت دیگر، درمان شناختی- رفتاری با انعطاف‌پذیری 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 خود، دیگر ترس ندارند، 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 احساس درد، اضطراب، پریشانی، فرآیندهای منفی عاطفی و 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 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). این الگوی درمانی رویکردی است فعال، جهت بخش، محدود از لحاظ زمانی و سازمان یافته، بر این منطق نظری زیربنایی استوار است که عاطفه و رفتار هر فرد عمدتاً بر حسب ساختاری جهانی از نظر او تعیین می‌گردد. برخی محققین معتقدند که حاملگی خود تجربه روحی مهمی است که سبب ایجاد تغییرات روانی زیادی در زن می‌شود. اغلب زنان متوجه تغییرات خلق و الگوی خوابشان می‌شوند و نسبت به تولد و نگهداری فرزند احساس دوگانه دارند و از زایمان و به دنیا آوردن کودک نابهنجار و از اینکه نتوانند مادر خوبی باشند، ترس دارند. این ترس‌ها بدون حمایت کافی از سوی اعضای خانواده و فامیل یا اعضای کمیته پزشکی افزایش می‌یابد یا اغراق آمیز شده و منجر به افسردگی و اضطراب می‌شود (هریس، ۱۹۹۶). 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. از آنجا که، انتخاب نمونه باید با دقت لازم صورت پذیرد، باید این محدودیت در پژوهش‌های دیگر و تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرد. 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. 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

- Gharedaghi, A; ShafiAbadi, A; Hossein Rashidi, B; Farahbaksh, K; Esmayili, M (2015). Inrpersonal psychotherapy (CBT) compare effectiveness of cognitive-Behavioral therapy and family psychotherapy on spouses satisfaction. Science research journal, winter (15).583-6۰۶ [In Persian].
- Ghasemzadeh, H, (2008). cognitive behavioral therapy. Tehran, Tehran univ med, Arjmand pub [In Persian].
- Mobini, S (2011). depression and its cognitive behavioral therapy (approaches, concepts and Clinical usages) Tabriz, Tabriz univ med [In Persian]
- 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):14-2۳ [In Persian].
- Akhlaghi, F; Makhber, 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., 4(۵۴) . ۱۳۲ - ۱۳۱. [In Persian].

- Alder J, Urech C, Fink N, Bitzer J, Hoesli I (2011). Response to induced relaxation during pregnancy: Comparison of women with high versus low levels of anxiety. *Journal of clinical psychology in medical settings*;18(1):13-21.
- Ashrafinia F, Janani L, Khajeh Kazemi R, Dastoorpour M (2014). The Relationship between fear of AIDS with childbearing age women knowledge and attitude toward AIDS. *Razi Journal of Medical Sciences*;20(117):76-84.
- Alehagen S, Wijma B, Wijma K (2011). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Ob Gyn Scan*;85(1):56-62.
- 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.
- Fink NS, Urech C, Cavelti M, Alder J (2012). Relaxation During Pregnancy: What are the Benefits for Mother, Fetus, and the Newborn? A Systematic Review of the Literature. *J Perinat Neonatal Nurs. Oct-Dec*; 26(4):296-
- Haines H, Pallant J, Karlstorm A, Hildingsson I (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*; 27(4):560-7.
- 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.
- Hirsh AT, George SZ, Riley JL 3rd, Robinson ME (2007). An evaluation of the measurement of pain catastrophizing by the coping strategies questionnaire. *Eur J Pain*; 11(1):75-81
- 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. [فارسی].
- 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].
- 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. [فارسی].
- Kohl A, Rief W, Glombiewski JA (2013). Acceptance, cognitive restructuring and distraction as coping strategies for acute pain. *J Pain*; 14(3):305-15

- Lowe NK (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 21: 219-24.
- Melender HL (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *J Midwifery Womens Health*;47(4):256-6۳.
- Myung Sook Choi; Young Joo Park (2010). The Effects of Relaxation Therapy on Anxiety and Stress of Pregnant Women with Preterm Labor. *Korean Journal of Women Health Nursing* . Dec2010, Vol. 16 Issue 4, p336-3۴۷. ۱۲□. ۴ □□□□□□.
- 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 20-۳۰-year-old mothers in Yasouj, Azad University, B.Sc. thesis. [In Persian].
- Poikkeus, T. et al. (2013). A mixed-method systematic review: Support for ethical competence of nurses, *Journal of Advanced Nursing* 70(2).
- 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),79-۹۴. [□□ Persian].
- Stahl , James E.. Dossett, Michelle L.A. Scott LaJoie,. Denninger, John W. Mehta, Darshan H. Goldman, Roberta. Fricchione, Gregory L. Benson Herbert .(2015). Relaxation Response and Resiliency Training and Its Effect on Healthcare Resource Utilization. Published: October 13, [http://dx. doi. org/ 10. 1371 /journal . pone.0140212](http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0140212).
- Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmaki E (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*; 85(11): 1315 – 131۹,
- Sadeghi Azam, Sirati-Nir Masoud , Ebadi Abbas Aliasgari Matin, and Hajiamini Zahra (2015). *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015 Nov-Dec; 20(6): 655–660.
- Veiskarami H A, Adavi H, Azadbakht Z, Amairian L (2017) Effectiveness of cognitive-behavioral intervention training in decreasing the Students test anxiety and Shyness, *Applied Psychological Research Quarterly*, 8(3),29-4۵. [□□ □□□□□□].
- Vettese LC, Dyer CE, Wing LL, Christine W (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *Int J Ment Health Addiction*: 9(5): 480-۹۱.

فصل نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، علمی- پژوهشی، شماره ۴، سال هفتم

Zafarghandi N, Hadavand Sh, Torkestani F, Zaeri F, Variji M (2005). [Evaluation of anxiety and fear of labor in postpartum period]. Journal of medical council of Islamic Republic of Iran; 2(23): 160-155.