MEJDS. 2018; 8:37.
Published online 2018 Nov. **Research Article**

# Effect of Behavioral Group Therapy on Childbirth Fear and Anxiety in Pregnant Women

*Behnaz Bouzari[1], Azam Fatahi[2]

Author Address
1. MA in guidance counseling, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Iran;
2. PhD of guidance counseling, Islamic Azad University, Roudehen Branch. Iran.
***Corresponding Author Address:** Islamic Azad University, Roudehen Branch, Iran.
**Email:** behnaz.bozari@gmail.com

**Received:** 2017 May 8; **Accepted:** 2017 July 29

**Abstract**
**Background & Objective**: During pregnancy, fear of childbirth and anxiety is a major problem for pregnant women. The main reasons are the personality of pregnant women, the lack of pain, watching or hearing tolerance of other people's experiences and concerns about adverse health complications. Fear of childbirth among women who have already experienced childbirth and women who are experiencing their first pregnancy is different, as primiparous women will experience a higher level of fear, which may be due to lack of previous experience. Fear is an important issue in terms of both research and theory, because it plays a role in many processes involved in many other psychological disorders. The main objective of this study is to investigate the effect of behavioral group therapy on the fear of childbirth and anxiety in pregnant women in district 5 in Tehran.
**Methods**: This study used a two-group pretest-post quasi-experimental design. The population of the research is pregnant women who referred to Sina hospital in district 5 of Tehran. Convenience sampling was used to recruit 30 participants. The participants were assigned experimental and control groups in equal numbers. The research instrument was Spielberger's anxiety. Analysis of covariance (ANCOVA) was used to test the research hypotheses.
**Results**: Based on the results of the current study, the intervention method had a statistically significant effect on childbirth fear ($F = 20.12$ $p < 0.05$ and anxiety in pregnant women ($F = 11.71$ $p = < 0.041$). In control group, the mean of anxiety scores was (107.53) in the pretest and (96.53) in the posttest. In the experimental group, the mean of distress scores was (66.60) in the pretest and (35.66) in posttest respectively. The fear of childbirth and disability scores was (54.06) in the pre-tests and post-test (53.66) in the post-test in the control group. The pretest (32.60) in the posttest in the experimental group respectively.
**Conclusion**: Behavioral group therapy reduces the fear of childbirth and anxiety in pregnant women. Thus, the method is recommended.
**Keywords**: Behavioral Group Therapy Education, With Fear of Childbirth, Anxiety in Pregnant Women.

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.44.9 ]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۳۷.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

# تعیین اثربخشی آموزش گروه درمانی با رویکرد رفتاری، بر کاهش ناتوانی ترس از زایمان و اضطراب زنان باردار

*بهناز بوذری[۱]، اعظم فتاحی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس‌ارشد مشاوره راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران؛

۲. دکترای مشاوره راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران.

***رایانامه:** behnaz.bozari@gmail.com

**تاریخ دریافت:** ۱۸ اردیبهشت ۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۷ مردادماه ۱۳۹۶

**چکیده**

**هدف:** هدف از این مطالعه تعیین اثربخشی آموزش گروه درمانی با رویکرد رفتاری بر کاهش ترس از زایمان و اضطراب زنان باردار در منطقهٔ ۵ شهر تهران بود.

**روش‌بررسی:** این مطالعه از انواع مطالعات کاربردی نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این مطالعه را تمامی زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان سینا در منطقهٔ ۵ شهر تهران تشکیل دادند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از زنان با اضطراب و ترس از زایمان بالا بود که به‌تصادف در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه تخصیص یافتند. برای این افراد پرسشنامهٔ ترس از زایمان و پرسشنامهٔ اضطراب اسپیلبرگر در دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل شد. گروه آزمایشی در ۸ جلسهٔ مشاورهٔ گروهی شرکت کردند. در این تحقیق از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی همچون آزمون تی مقایسهٔ دو گروه مستقل، تی زوجی و تحلیل واریانس چندمتغیره به‌منظور مقایسهٔ میانگین پاسخ در دو گروه استفاده شد. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ استفاده گردیده و سطح معناداری برای تمامی آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج به‌دست‌آمده حاکی از تأثیر آموزش گروه درمانی با رویکرد رفتاری بر کاهش ناتوانی ترس از زایمان بوده و همچنین باعث کاهش اضطراب زنان باردار در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شد ($p<۰/۰۰۱$).

**نتیجه‌گیری:** آموزش مشاورهٔ گروهی پیشنهادی با رویکرد رفتاری می‌تواند بر کاهش ترس از زایمان و کاهش اضطراب در زنان باردار مؤثر واقع شود.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش گروه درمانی رفتاری، ترس اززایمان، اضطراب زنان باردار.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی**. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.44.9 ]

## ۱ مقدمه

بر اساس مطالعات انجام‌شده، مشکل ترس از زایمان طبیعی، پدیده‌ای شایع در زنان باردار است و در بسیاری از مواقع، منجر به درخواست یا انجام عمل سزارین می‌شود. تخمین زده می‌شود که ۲۰ـ۵ درصد از زنان باردار، دچار ترس از زایمان هستند و به همین دلیل، آمار سزارین نیز روبه‌افزایش است (۱).

همچنین براساس آمار، از بین هر ۵ زن باردار، یک فرد دچار ترس از زایمان بوده و بین ۶ تا ۱۳ درصد از زنان باردار، ترس شدید و ناتوان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند (۲). از جمله دلایل ناتوانی وترس از زایمان به خصوصیات شخصیتی و روانی مادر، عدم تحمل درد، مشاهده یا شنیدن تجارب اطرافیان و نگرانی دربارهٔ عوارض جسمی نامطلوب می‌توان اشاره کرد. (۳). نتایج پژوهش‌ها بیانگر آن است که سطح متوسط تا شدید ناتوانی و ترس از زایمان، با برخی اختلالات اضطرابی از قبیل هراس و اختلال استرس پس از سانحه مرتبط است (۴).

فقدان حمایت اجتماعی یا نارضایتی زنا شویی نیز یکی دیگر از دلایل ترس از زایمان است. برخی زنان نیز از پیامدهای جسمانی زایمان می‌ترسند. برخی دیگر از دلایل ناتوانی و ترس از زایمان شامل: ترس از مرگ، ترس ازدست‌دادن کنترل یا ترس از ابراز رفتارهای احمقانه در طول عمل زایمان است. از پیامدهای آن نیز کاهش فعالیت رحمی و زایمان طولانی‌مدت و ترس و اضطراب شدید مادر، باعث بروز مشکلات متعددی از جمله حالت خفگی، الگوی نامنظم ضربان قلب و کم‌وزنی در جنین می‌شود (۵).

از سوی دیگر، اضطراب حالتی ناخوشایند و اغلب مبهم است که با یک یا چند علامت جسمی مانند احساس خالی‌شدن سر دل و تنگی نفس همراه بوده و به‌عنوان مختل‌کنندهٔ روند درمانی بیماران شناخته شده است. اضطراب در بارداری و زایمان اثرات زیان‌آوری به همراه داشته و در اضطراب طولانی‌مدت، سیستم عصبی خودکار تحریک شده و منجر به افزایش انقباض عضلات صاف سیستم شریانی می‌گردد؛ این مسئله منجر به کاهش جریان خون رحمی‌جفتی و کاهش اکسیژن‌رسانی به رحم و افزایش الگوهای غیرطبیعی ضربان قلب جنین و زایمان زودرس می‌گردد (۶).

هورمون‌هایی که در حین زایمان در پاسخ به تنش و اضطراب ترشح می‌شوند مانند کاته‌کولامین‌ها، کورتیزول، اپی‌نفرین و بتاآندورفین‌ها، از طرفی باعث اختلال در پیشرفت میزان اتساع دهانهٔ رحم شده و از طرف دیگر بر عضلات صاف رحم اثر می‌کنند. با اثر بر عضلات باعث کاهش قدرت انقباضی رحم و کاهش کارآیی آن در روند زایمان و در نهایت باعث طولانی‌شدن زایمان، افزایش درد و در نهایت ایجاد اضطراب می‌شوند. بیش از ۹۰درصد اضطراب و تنش دوران بارداری مربوط به فرآیند زایمان است (۷). مطالعات مختلف انجام‌شده در ایران نشان می‌دهند که ترس از زایمان نقش مهمی در انتخاب روش سزارین توسط زنان ایرانی دارد. همچنین این مطالعات نشان دادند که ترس از زایمان، فاجعه‌سازی درد و شناخت فاجعه‌آمیز اثر معناداری بر انتخاب سزارین دارند. درحالی‌که متغیرهای ترس از درد، افسردگی، اضطراب، استرس و سندرم پیش‌ازقاعدگی اثری بر انتخاب زایمان به روش سزارین نشان ندادند (۸،۹). در مطالعهٔ دیگری که به بررسی تأثیر درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش اضطراب زایمان طبیعی نخست می‌پرداخت، نشان داد که میانگین نمرهٔ اضطراب بک در ابتدای سه ماههٔ سوم بارداری در گروه آزمایش ۳۴/۱۶، در پس‌آزمون ۸/۶۸ و در پیگیری ۷/۷۹ بوده و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. همچنین این میزان در گروه گواه در ابتدای سه ماههٔ سوم ۳۴/۰۵، در پس‌آزمون ۳۴/۵۳ و در پیگیری ۲۶/۸۹ بوده و این تفاوت میانگین ها اختلاف آماری معنادار نداشتند (۱۰). مطالعهٔ دیگری نشان داد که آموزش آماده‌سازی زایمان، اضطراب را در طی حاملگی و زایمان کاهش می‌دهد و با قطع این آموزش‌ها، تأثیر آن به تدریج کم و اضطراب مجدداً افزایش می‌یابد (۱۱). همچنین در پژوهش احمدوند و همکاران در شهر کاشان نشان داده شد که اثر درمان شناختی‌رفتاری به میزان زیادی موجب کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران دیالیزی می‌شود (۱۲). علاوه‌براین تحقیق انجام‌شده بر روی تأثیر اضطراب بر سلامت روانی نوزاد نشان داد که وضعیت روانی مادر در دورهٔ بارداری و پس از تولد بر روند زایمان و سلامت روانی نوزادان مؤثر است (۱۳). پژوهش انجام‌شده توسط طوسی و همکاران نیز حاکی از آن بود که آموزش رفتارهای دلبستگی موجب کاهش سطح اضطراب مادر باردار و افزایش میزان دلبستگی مادر به نوزاد می‌گردد (۱۴)؛ بنابراین با توجه به پیامدها و اثرات منفی ترس، اضطراب و حالات هیجانی از زایمان در مادران باردار بر جنین، توجه مسئولان بهداشتی درمانی به این موضوع از اهمیت زیادی برخوردار است. لذا انجام پژوهش در این زمینه و ارائهٔ راهکارهای مؤثر در کاهش ناتوانی و ترس از زایمان و اضطراب ناشی از آن ضروری به نظر می‌رسد. رویکردهای رفتاری و پروتکل‌های درمانی آن برای شمار زیادی از اختلالات روانی وبیماری‌های مزمن پزشکی تدوین شده است در حالی که برای غلبه بر ترس و اضطراب زایمان مطالعات معدودی انجام شده است. ازاین‌رو در این مقاله رویکرد رفتاری‌درمانی، حمایت تجربی قوی و کاربرد آن برای مشکلات روانی شایع هنگام زایمان، با ارائهٔ مراقبت بهداشتی نوین، بررسی شد.

## ۲ روش بررسی

با توجه به ماهیت و نوع پژوهش، تحقیق حاضر تحقیقی نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه) بود؛ اما از آن‌جایی که هدف از اجرای طرح، به‌کارگیری آن در کاهش ترس از زایمان و اضطراب زنان باردار بود، می‌توان آن را نوعی تحقیق کاربردی دانست. جامعهٔ آماری در این پژوهش عبارت بوداز تمامی زنان باردار منطقه ۵ شهر تهران که در طی دو ماه اول سال ۱۳۹۵ به بیمارستان ابن‌سینا مراجعه کردند. پژوهش حاضر تمامی اصول اخلاقی مطرح‌شده در مرکز درمانی بیمارستان ابن‌سینا منطقه ۵ شهر تهران، بخش زنان را رعایت نموده و تمامی مادران با ناتوانی و ترس از زایمان با رضایت کتبی به پرسشنامه‌ها پاسخ داده و همکاری کردند. نمونه‌گیری به‌شیوهٔ دردسترس در بین زنان باردار منطقه ۵ شهر تهران اجرا شد. در این پژوهش در مرحلهٔ اول به تعداد۱۱۷ نفراز زنان بارداری که درطی دوماه به بیمارستان ابن‌سینای منطقه۵ مراجعه نموده و تمایل داشتند در این کلاس‌ها شرکت کنند، پرسشنامهٔ ترس از زایمان و اضطراب داده شد و تعداد ۶۷ نفر از زنان



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.44.9 ]

بارداری که ترس و اضطراب آن‌ها بیشتر بود تعیین شدند. در مرحلهٔ بعدی از بین زنانی که ترس از زایمان و اضطراب بیشتری داشته و تمایل داشتند در دورهٔ آموزشی شرکت کنند، به تعداد۳۶ نفر انتخاب شده و در نمونهٔ آماری قرار گرفتند. این ۳۶ نفر به‌طور تصادفی به دو گروه ۱۸ نفری آزمایش و ۱۸ نفری گواه تخصیص یافتند. البته تعداد افراد نمونه بیشتر در نظر گرفته شد تا درصورت اُفت آزمودنی یا ریزش نمونه، حداقل نمونه دردسترس باشد که از این تعداد افراد نمونه ۳نفر از گروه آزمایش، درهنگام آموزش و ۳ نفر از گروه گواه به هنگام اجرا، تمایل به همکاری نشان ندادند. در آغاز پیش‌آزمون ترس از زایمان و اضطراب در هر دو گروه انجام شد؛ در مرحلهٔ بعدی در گروه آزمایش طی ۸ جلسه آموزش‌های لازم در خصوص گروه‌درمانی با رویکرد رفتاری اجرا شد، اما در گروه گواه هیچ آموزشی ارائه نگردید. در جدول ۱ شرح این جلسات به‌طور مبسوط ارائه شده است. در پایان دوره از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون ترس از زایمان و اضطراب، بعد از دو هفته از اتمام کلاس به عمل آمد و نتایج به‌دست‌آمده در دو گروه با یکدیگر مقایسه شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها: ــ پرسشنامهٔ اضطراب اسپیلبرگر: این پرسشنامه از دو قسمت سنجش اضطراب پنهان و آشکار تشکیل شده است. این پرسشنامه حاوی۴۰ سؤال کوتاه است که به‌صورت مثبت و منفی تنظیم شده و هر سؤال دارای ۴ گزینه است. گزینه‌های این آزمون، دارای مقیاس‌های خیلی کم، کم، متوسط و زیاد است که به‌ترتیب به آن‌ها نمرهٔ ۱ ، ۲ ، ۳ ، ۴داده می‌شود. در این آزمون نمرهٔ اضطراب بین۲۰ تا ۸۰ کسب می‌شود. آزمون اسپیلبرگر در اکثر پژوهش‌ها به کارگرفته شده است. برای تعیین پایایی از روش دونیمه‌کردن استفاده شده است. پایایی آزمون در بخش شخصیتی ۰/۷۹ و در بخش موقعیتی ۰/۹۴ محاسبه شده است (۸).

ــ پرسشنامهٔ ناتوانی ترس اززایمان: این پرسشنامه دارای۲۰ سؤال بوده و هدف آن سنجش علل ترس از زایمان (درد، مسئولیت، آسیب بدنی، زایمان زودرس) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت ۵درجه‌ای است که امتیاز مربوط به هر گزینه مشخص شده است: (همیشه=۵، اغلب=۴، برخی=۳، به‌ندرت=۲، هرگز=۱). در پژوهش انجام‌شده در ایران روایی سازهٔ این پرسشنامه تأیید شده و پنج عامل به‌دست آمد و همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد (۱۵).

در این تحقیق از روش‌های آمار توصیفی و در بخش آمار استنباطی از تحلیل آزمون کولموگروف‌ــ اسمیرنوف، آزمون تی مقایسهٔ دو گروه مستقل، تی زوجی و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره به‌منظور مقایسهٔ میانگین پاسخ در دو گروه استفاده شد. به‌منظور تجزی‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ استفاده گردید و سطح معناداری برای تمامی آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. شرح جلسات آموزش گروه درمانی بارویکرد رفتاری

| مرحله | عنوان | شرح مختصر |
|---|---|---|
| اول | آشنایی اعضای گروه با روش درمان | در این جلسه، آشنایی اعضای گروه با رهبر گروه و با یکدیگر، معرفی برنامهٔ درمان، یادگرفتن روش‌های استفاده‌شده در گروه وپاسخ دادن به سؤالات آن‌ها بود. |
| دوم | کاهش استرس با آگاهی کامل و تشخیص افکار خودآیند منفی | دراین مرحله هدف این بود که افراد از افکارشان آگاه شوند و آن‌ها را بررسی کنند؛ آن‌ها یاد گرفتند چگونه رابطهٔ خود با افکارشان را تغییر دهند. |
| سوم | آموزش ذهن‌آگاهی تنفس و آموزش تکنیک پویش بدن | آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر و آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها و کاهش استرس مبتنی‌بر آگاهی بود. |
| چهارم | آموزش ذهن‌آگاهی افکار | آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت‌ومنفی، خوشایند یا ناخوشایندبودن افکار، اجازه‌دادن به ورود افکار منفی و خارج‌کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها بود. |
| پنجم | آموزش حساسیت‌زدایی منظم | در این جلسه درمان‌جویان رفتاری را انجام دادند که با اضطراب رقابت کنند، موقعیت‌ها را تجسم کردند که به‌صورت پیاپی اضطراب بیشتری را ایجاد می‌کرد؛ به‌تدریج یا به‌طور منظم، درمان‌جویان به این موقعیت اضطراب‌آور کمتر حساس می‌شدند. |
| ششم | ذهن‌آگاهی کامل و آموزش مهارت جرئت‌آموزی | به افراد آموزش داده شد چگونه در انواع موقعیت‌های اجتماعی جسور و با جرئت باشند. |
| هفتم | استفاده ازآموزش ذهن‌آگاهی و آشنایی با نحوهٔ تن‌آرامی و آرمیدگی عضلانی | آرمیدگی عضلانی تدریجی از چند مؤلفه تشکیل می‌شود و به آنان یک رشته دستورالعمل داده شد که به آن‌ها یاد داد آرمیده شوند. |
| هشتم | تکرار و تمرین آموخته‌ها | در این جلسه آموخته‌های جلسات قبل تکرار و تمرین گشت؛ لذا اعضا یاد گرفتند مسئولیت بیشتری را از درمان به خود اختصاص دهند و در قبول تغییرات خویش احساس مسئولیت بیشتری کنند. |



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.44.9 ]

## ۳ یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۱۵ زن باردار با میانگین سنی ۵/۲۳±۲۹/۱ سال در گروه آزمایش و ۱۵ زن باردار با میانگین سنی ۶/۴۲±۳۰/۵ سال در گروه گواه قرار گرفتند. میانگین سنی این دو گروه اختلاف آماری معناداری را نشان نداد (p=۰/۵۱۸). در جدول ۲ یافته‌های حاصل از مقایسات زوجی و مقایسهٔ بین گروهی میانگین ابعاد مختلف اضطراب پرسشنامهٔ اسپیلبرگر ارائه شده است.

جدول ۲. مقایسهٔ میانگین ابعاد اضطراب در دو گروه آزمایش و گواه در دو مرحلهٔ پیش و پس‌آزمون

| ابعاد | مرحله | گروه آزمایش | | گروه گواه | | مقدار احتمال* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| اضطراب پنهان | پیش‌آزمون | ۲۶/۶ | ۶/۲۱ | ۲۶/۲ | ۶/۲۴ | ۰/۸۸۵ |
| | پس‌آزمون | ۱۲/۰ | ۱/۵۶ | ۲۶/۵ | ۶/۷۵ | <۰/۰۰۱ |
| | مقدار احتمال** | <۰/۰۰۱ | | ۰/۴۸۴ | | |
| اضطراب آشکار | پیش‌آزمون | ۲۸/۲ | ۸/۹۹ | ۲۷/۹ | ۹/۰۶ | ۰/۹۲۰ |
| | پس‌آزمون | ۱۳/۶ | ۲/۶۱ | ۲۷/۹ | ۸/۸۴ | <۰/۰۰۱ |
| | مقدار احتمال** | <۰/۰۰۱ | | ۱/۰۰۰ | | |
| اضطراب کل | پیش‌آزمون | ۵۴/۸ | ۱۴/۶۳ | ۵۴/۱ | ۱۴/۶۷ | ۰/۹۰۲ |
| | پس‌آزمون | ۲۵/۶ | ۲/۹۴ | ۵۴/۴ | ۱۵/۰۶ | <۰/۰۰۱ |
| | مقدار احتمال** | <۰/۰۰۱ | | ۰/۶۵۳ | | |

* مقدار احتمال حاصل از مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل، ** مقدار احتمال حاصل از مقایسه زوجی

با توجه به نرمال‌بودن توزیع داده‌های مربوط به ابعاد مختلف اضطراب، آزمون تی مقایسهٔ میانگین دو گروه مستقل در پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲ نشان داد که در تمامی ابعاد این پرسشنامه، اختلاف آماری معناداری در میانگین پاسخ‌ها وجود ندارد (p>۰/۰۵). همچنین مقایسهٔ میانگین‌های ابعاد اضطراب در گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز اختلاف آماری معناداری نشان ندادند (p>۰/۰۵). مقایسهٔ میانگین‌های ابعاد اضطراب در گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلاف آماری معناداری نشان دادند (p<۰/۰۰۱). به‌علاوه، اختلاف آماری معناداری در مقایسهٔ میانگین‌های ابعاد اضطراب دو گروه در پس‌آزمون مشاهده شد (p<۰/۰۰۱).

در جدول ۳ یافته‌های حاصل از مقایسات زوجی و مقایسهٔ بین گروهی میانگین ابعاد مختلف پرسشنامهٔ ناتوانی ترس از زایمان ارائه شده است.

جدول ۳. مقایسهٔ میانگین ابعاد ترس از زایمان در دو گروه آزمایش و گواه در دو مرحلهٔ پیش و پس‌آزمون

| ابعاد | مرحله | گروه آزمایش | | گروه گواه | | مقدار احتمال* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| زایمان زودرس | پیش‌آزمون | ۱۴/۹ | ۴/۲۴ | ۱۴/۵ | ۴/۰۱ | ۰/۷۹۳ |
| | پس‌آزمون | ۷/۷ | ۱/۵۳ | ۱۴/۵ | ۴/۱۱ | <۰/۰۰۱ |
| | مقدار احتمال** | <۰/۰۰۱ | | ۰/۴۵۸ | | |
| آسیب فیزیکی | پیش‌آزمون | ۱۳/۱ | ۳/۷۷ | ۱۳/۱ | ۳/۸۷ | ۱/۰۰۰ |
| | پس‌آزمون | ۷/۹ | ۱/۲۴ | ۱۳/۱ | ۳/۹۹ | <۰/۰۰۱ |
| | مقدار احتمال** | <۰/۰۰۱ | | ۰/۸۲۷ | | |
| مسئولیت | پیش‌آزمون | ۱۱/۹ | ۲/۰۲ | ۱۲/۰ | ۲/۰۷ | ۰/۹۲۹ |
| | پس‌آزمون | ۸/۶ | ۱/۶۸ | ۱۱/۶ | ۲/۲۹ | <۰/۰۰۱ |
| | مقدار احتمال** | <۰/۰۰۱ | | ۰/۱۶۴ | | |
| درد | پیش‌آزمون | ۱۴/۶ | ۲/۷۲ | ۱۴/۵ | ۲/۲۹ | ۰/۸۸۶ |
| | پس‌آزمون | ۸/۴ | ۱/۸۸ | ۱۴/۵ | ۲/۰۶ | <۰/۰۰۱ |
| | مقدار احتمال** | <۰/۰۰۱ | | ۰/۸۱۸ | | |
| ترس از زایمان (کل) | پیش‌آزمون | ۵۴/۵ | ۷/۶۷ | ۵۴/۰ | ۷/۷۱ | ۰/۸۶۹ |
| | پس‌آزمون | ۳۲/۶ | ۳/۷۵ | ۵۳/۶ | ۸/۰۷ | <۰/۰۰۱ |
| | مقدار احتمال** | <۰/۰۰۱ | | ۰/۴۵۸ | | |

* مقدار احتمال حاصل از مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل، ** مقدار احتمال حاصل از مقایسه زوجی



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.44.9 ]

با توجه به نرمال‌بودن توزیع داده‌های مربوط به ابعاد مختلف ناتوانی ترس از زایمان، آزمون تی مقایسهٔ میانگین دو گروه مستقل در پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ نشان داد که در تمامی ابعاد این پرسشنامه اختلاف آماری معناداری در میانگین پاسخ‌ها وجود ندارد (p>۰/۰۵). همچنین مقایسهٔ میانگین‌های ابعاد ناتوانی ترس از زایمان در گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز اختلاف آماری معناداری نشان ندادند (p>۰/۰۵). مقایسهٔ میانگین‌های ابعاد ناتوانی ترس از زایمان در گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلاف آماری معناداری نشان دادند (p<۰/۰۰۱). به‌علاوه، اختلاف آماری معناداری در مقایسهٔ میانگین‌های ابعاد ترس از زایمان دو گروه در پس‌آزمون مشاهده شد (p<۰/۰۰۱).

نتایج ارائه‌شده در جداول ۲ و ۳ حاکی از تأثیر آموزش گروه‌درمانی با رویکرد رفتاری بر کاهش ناتوانی ترس از زایمان و کاهش اضطراب زنان باردار در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه است (p<۰/۰۰۱). همان‌گونه که می‌توان مشاهده نمود میانگین پاسخ همهٔ ابعاد در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری کاهش یافته است. حتی در مقایسه با نتایج پیش‌آزمون گروه آزمایش، می‌توان گفت که اجرای برنامهٔ آموزش باعث کاهش نیمی از میانگین پاسخ در ابعاد مختلف اضطراب و ترس از زایمان زنان باردار شده است.

ازآن‌جاکه ساختار اضطراب و ناتوانی ترس از زایمان در این پرسشنامه‌ها چندبُعدی تعریف شده است، از تحلیل واریانس چندمتغیری و آمارهٔ ویلکس‌ـ لاندا برای مقایسهٔ همزمان میانگین پاسخ ابعاد مختلف اضطراب و ناتوانی ترس از زایمان به‌طور جداگانه در مرحلهٔ پس‌آزمون استفاده شد (با توجه به عدم وجود اختلاف آماری معنادار در یافته‌های پیش‌آزمون دو گروه). مقدار احتمال حاصل از آمارهٔ ویلکس — لاندا در مقایسهٔ نتایج حاصل از اضطراب (اضطراب پنهان و آشکار) نشان داد که مفهوم اضطراب در این دو گروه اختلاف آماری معناداری دارد (p<۰/۰۰۱). این تفاوت در مفهوم ترس از زایمان (زایمان زودرس، آسیب فیزیکی، مسئولیت و درد) نیز نزد دو گروه از نظر آماری معنادار بود (p<۰/۰۰۱).

## ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروه درمانی با رویکرد رفتاری بر ناتوانی ترس از زایمان و اضطراب زنان باردار انجام شد. یافته‌ها نشان داد که آموزش گروه‌درمانی رفتاری باعث تغییر در کاهش ناتوانی ترس از زایمان واضطراب زنان باردار شده است. یعنی به درمان مسائلی چون رابطهٔ افکار و احساسات، چالش‌های کلامی و آرام‌سازی عضلانی، آرمیدگی و نیز موجب تغییرات بنیادین در باورها، نگرش‌ها، افکار هیجانی فرد شده است و یکی از راه‌های مقابلهٔ بسیار مؤثر بااضطراب و ترس، استفاده از روش‌های غیرداروییی است که آموزش گروه‌درمانی با رویکرد رفتاری مهارت‌های لازم را نشان داده و به‌عنوان یکی از مداخله‌های آموزشی می‌تواند سبب ارتقای کیفیت زندگی مادران شود (۱). پژوهش‌های اخیر بیانگر آن است که در سالیان اخیر شیوع سزارین در تمام نقاط دنیا افزایش یافته و شمار زیادی از آن‌ها تنها به درخواست مادر و به‌علت ترس از زایمان صورت می‌گیرد که ناشی از ترس از فرایند زایمان و نگرانی از عوارض زایمان طبیعی است. باتوجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت ترس از زایمان نقش مهمی در انتخاب روش سزارین توسط زنان ایرانی دارد؛ بنابراین با برنامه‌ریزی لازم در خصوص به‌کارگیری روش‌های کاهش ترس از زایمان، همچنین با انجام مشاوره با مادرانی که عمل سزارین را انتخاب می‌کنند، می‌توان سزارین غیرضروری را کاهش داد. این یافته‌ها با یافته‌های قوشچیان با عنوان نقش ترس از درد و متغیرهای روان‌شناختی مرتبط و با آن همسوست (۹). همچنین با پژوهشی که دلاور تحت عنوان نقش فراشناختی و عاطفهٔ مثبت ومنفی در ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا انجام داد و به این نتیجه دست یافت که نقش خصوصیات روان‌شناختی در ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا مؤثر است، همخوانی دارد (۱۵). همین‌طور این نتایج با یافته‌های اخلاقی و همکاران که نشان دادند آموزش گروه‌درمانی با رویکرد رفتاری بر کاهش ناتوانی ترس از زایمان و کاهش اضطراب زنان باردار تأثیر دارد همسوست؛ یعنی آموزش گروه‌درمانی باعث می‌شود استفادهٔ غیرداروییی بعد از جلسات آموزش گروه‌درمانی رفتاری به‌طرز چشمگیری کاهش یابد (۱۶). نگاهبان بنایی و همکاران نیز در پژوهشی باعنوان «آیا ترس از زایمان می‌تواند سزارین اورژانسی را در بین زنان باردار پیشگویی کند؟» به این نتیجه رسیدند که حاملگی و زایمان حادثهٔ بزرگی در زندگی زنان بوده و زنانی که در دوران حاملگی نگرانی شدیدی برای زایمان را تجربه می‌کنند ازنظر عوارض جسمی و روانی و خطر وقوع سزارین اورژانسی آسیب‌پذیرتر هستند. باتوجه به این که عمل سزارین مانند هر عمل جراحی دیگر عوارض و خطرات فراوانی برای مادر و نوزاد به‌همراه دارد با نتایج مطالعات حاضر همسوست (۱۷). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که اجرای درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند موجب تغییرات بنیادین در باورها، نگرش‌ها، افکار و هیجان‌های فرد شودکه درنهایت منجر به ایجاد رفتارسازگارانه‌تری در برخورد با مسائل اضطراب‌آور خواهد شد. باتوجه به سادگی و اثرات بزرگ و مؤثر این درمان در کاهش اضطراب و ناتوانی ترس مادران، این شیوه برای زنان باردار قابل استفاده خواهد بود؛این زنان می‌توانند با شناخت مناسب و حداقل اضطراب و ترس با فرآیند زایمان روبه‌رو گردند (۱۰)؛ بنابراین می‌توان گفت ناتوانی ترس از زایمان نقش مهمی در انتخاب روش سزارین توسط زنان ایرانی دارد که با برنامه‌ریزی لازم درخصوص به‌کارگیری روش‌های کاهش ناتوانی ترس از زایمان، و اضطراب، از جمله آموزش گروه‌درمانی با رویکرد رفتاری و همچنین انجام مشاوره و روش‌های غیرداروییی به مادرانی که عمل سزارین را انتخاب می‌کنند، می‌توان میزان سزارین‌های غیرضروری را کاهش داد. دراین زمینه تدوین الگوی کاربردی راحت و ایمن برای انجام زایمان طبیعی لازم است. در راستای مطالب فوق، انجام این پژوهش کار جدیدی محسوب می‌شد. این رویکرد می‌تواند به بیماران کمک کند تا تأثیرات منفی بیماری‌شان رابه کم‌ترین مقدار برسانند. تاکنون رویکردهای رفتاری و پروتکل‌های درمانی آن برای شمار زیادی از اختلالات روانی وبیماری‌های مزمن پزشکی تدوین گردیده و در پژوهش‌های بالینی مؤثر شناخته شده و در بیمارستان‌ها و سایر مؤسسات به خوبی به کار می‌روند.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.44.9 ]

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج این پژوهش اکثر زنان باردار درجاتی از ترس از زایمان را تجربه می‌کنند و این ترس می‌تواند یکی از دلایل وقوع سزارین اورژانسی در آن‌ها باشد. ازاین‌رو اجرای برنامهٔ آموزشی پیشنهادی می‌تواند به کاهش این ترس و اضطراب کمک نماید.

## ۶ تشکر و قدردانی

در پایان از مسئولین بیمارستان ابن‌سینای استان تهران در منطقه ۵ و خانواده‌های همکاری‌کننده تشکر و قدردانی می‌کنیم.

**References**


1. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth can be treated, and cesarean section on maternal request avoided. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2007;86(9):1148–9. [Link]
2. Tehranchi A, Dehghani M, Tahmasian K, Zaree H. The role of mother-child relationship and pain-related variables in the depression level of mothers with chronic illness. Developl Pscychol. 2013; 36 (9):389-400. [Persian] [Link]
3. Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. Midwifery. 2009;25 (2) :155-62. [Link]
4. Sharifi Rad GR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. Study on behavioral intention model (BIM) to the attitude of pregnant women toward normal delivery an cesarean section in province of Isfahan- Khomeiny Shahr-1385. Journal of Ilam University o Medical Sciences. 2007;15:19-23. [Persian] [Link]
5. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. Scand J Behav Ther. 2001;30 (4):75-84. [Link]
6. Arai YC, Ueda W, Ito H, Wakao Y, Matsura M, Komatsu T. Maternal heart rate variability just before surgery significantly correlated with emergence behavior of children undergoing general anesthesia. Paediatr Anaesth. 2008;18 (2):167-71. [Link]
7. Delaram M, Soltanpour F. The effect of counseling in third trimester of pregnancy on anxiety of nulliparous women at the time of admission for libor. Zahedan J Res Med Sci. 2012; 14 (2): 61-5. [Persian] [Link]
8. Abbaspoor Z, Moghaddam-Banaem L, Ahmadi F, Kazemnejad A. Women's fear of childbirth and its impact on selection of birth method: a qualitative study. Payesh. 2014;13 (5):576-87. [Persian] [Link]
9. Ghooshchian S, Dehghani M, Khorsandi M, Farzad V. The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor. Arak Medical University Journal (AMUJ). 2011; 14 (56): 45-54. [Persian] [link]
10. Imanparast R, Bermas H, Danesh S, Ajoudani Z. Cognitive behavioral therapy in reducing anxiety of first vaginal delivery. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences (JSSU). 2014;22 (1):974-80. [Persian] [Link]
11. Malekpour Afshar F, Salari P, Azar Pedjouh H, Ismaeili H. Evaluation of the Effect of the Education Module “Preparing For Childbirth” on the Level of Anxiety during Pregnancy and Labor in Primigravida Women. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences (JSSU). 2005; 13 (3): 39-44. [Persian] [Link]
12. Ahmadvand A, Saie R, Sepehrmanesh Z, Ghanbari A. Effect of Cognitive-behavioral Group Therapy on Anxiety and Depression Hemodialysis Patients in Kashan, Iran. Qom Univ Med Sci J. 2012;6 (1): 35-39. [Persian] [Link]
13. Shayeghian Z, Rasolzadeh Tabatabaey S, Seddighi Looye E. Effect of Maternal Anxiety during Third Trimester of Pregnancy Outcomes and Infants' Mental Health. Hayat. 2009; 14 (4-3):57-65. [Persian] [Link]
14. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. The Role of Relaxation Training to Pregnant Mothers on Health Index of Infants. Journal of Jahrom University of Medical Sciences (JJUMS). 2013;11 (1):15-21. [Persian] [Link]
15. Delavar Gavam S, Alizadeh Goradel J. The role of metacognitive beliefs and positive and negative affect in the Fear of childbirth of pregnant women with first experience. Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2014;9 (3):10-18. [Persian] [Link]
16. Akhlaghi F. Relation between depression, anxiety, self-esteem, marital satisfaction, demographical factor and maternal complications with fear of childbirth in nulliparous women. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012;14 (54):122-31. [Persian] [Link]
17. Negahban T, Ansari A. Does Fear of Childbirth Predict Emergency Cesarean Section in Primiparous Women?. Hayat. 2009;14 (4-3):73-81. [Persian] [Link]


[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.44.9 ]