

The Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Fear of Delivery in Primiparous Women

Maryam Aminolroayae, M.A.

Department of Psychology, Isfahan(Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Asghar Aghaei, Ph.D.

Department of Psychology, Isfahan(Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از زایمان در زنان نخست‌زا

مریم امین‌الرعایایی

دانشجوی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

اصغر آقایی*

استاد گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

Abstract

The objective of this research was to study the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on fear of childbirth in primiparous women. This was a semi-experimental research, having a pretest-posttest design, a control group and one-month follow up period. The statistical population of this research was including all of primiparous pregnant women in spring 2017 in Isfahan city (Amin hospital). Of this statistical population, 40 individuals were selected using convenience sampling method and placed in two control (20 individuals) and test (20 individuals) groups. The tool used in this research was an Attitude Towards Childbirth Questionnaire (Harmen, 1998). Before performing the interventions, pretests were done for both of the groups. After ending the sessions, post-test and one-month follow-up period were done. Results analysis using covariance analysis test showed that mindfulness-based cognitive therapy was effective on fear of childbirth in primiparous women ($P < 0.05$). Moreover, the results of follow-up period showed that the training of mindfulness-based cognitive therapy has a lifetime effect.

Keywords: mindfulness-based cognitive therapy, fear of childbirth, primiparous women.

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از زایمان در زنان نخست‌زا بود. روش تحقیق، نیمه آزمایشی بود که با طرح تحقیق پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه اجرا شد. حجم نمونه شامل ۴۰ نفر از زنان نخست‌زا بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه (آزمایشی و گواه) به صورت تصادفی قرار گرفتند. برای سنجش ترس از زایمان از پرسشنامه نگرش به زایمان (هارمن؛ ۱۹۹۸) استفاده شد سپس گروه آزمایشی طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. ۲۰ نفر گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد؛ پس‌آزمون بعد از ۸ جلسه از هر دو گروه به عمل آمد و پس از یک ماه از پایان آخرین جلسه، میزان ماندگاری اثربخشی مجدداً در هر دو گروه ارزیابی شد. نتایج با آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش ترس از زایمان طبیعی می‌گردد ($P < 0.05$). همچنین نتایج با آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیری ماندگار در کاهش ترس از زایمان دارد.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی،

ترس از زایمان، زنان نخست‌زا

* نویسنده مسئول: aghaeipsy@gmail.com

پذیرش: ۹۷/۰۷/۳۰

وصول: ۹۶/۰۹/۲۸

مقدمه

داده، ولی همزمان با آن، دخالت پزشکی در اکثر زایمان‌ها رواج یافته؛ به‌گونه‌ای که مفهوم زایمان به‌عنوان پدیده‌ای فیزیولوژی و روانی که در برخی موارد نیاز به مداخله پزشکی دارد، از بین رفته و در عصر تکنولوژی، زنان به‌طور مداوم در معرض پیام‌هایی هستند که به توانایی و باورشان در انجام زایمان طبیعی صدمه وارد می‌کند؛ هیچ فردی نمی‌تواند به یک زن باردار به‌طور دقیق بگوید که درد خودبه‌خودی زایمان چه زمانی شروع شده و چه مدت به طول می‌انجامد. طبی شدن زایمان اغلب بیان‌کننده این پیام است که مدیریت طبی بر کارکرد فیزیولوژیک^۱ بدن ارجح است و انجام زایمان بدون مداخله پزشکی خطرناک است (صحتی، کاظمی و قوجازاده، ۱۳۹۱). ترس شدید از زایمان به ترس قبل، حین و بعد از زایمان اطلاق می‌گردد. مثلاً ترس طبیعی فعالیت‌هایشان را مختل می‌کند. باور عمومی برای این است که ترس زنان از زایمان در ایران افزایش یافته و به نظر می‌رسد امروز در مقایسه با چند سال گذشته اکثریت مادران باردار انجام سزارین را از پزشک خود درخواست می‌نمایند. بر اساس شواهد، ترس از زایمان عامل مهمی در تقاضای سزارین توسط زنان بود. ترس از زایمان منشأ فرهنگی یا اجتماعی در طی نسل‌ها دارد؛ از این‌رو این ترس محصول و میراث فرهنگی و معضل اجتماعی شدن است (عباسپور و همکاران، ۱۳۹۳).

رویکرد یکپارچه به‌منظور کاهش استرس که دربرگیرنده تمرینات ذهنی و بدنی جهت مداخلات رفتاری مناسب در دوران پیش از زایمان باشد، به سلامت بارداری و عوارض کمتر زایمان کمک می‌کند. ممکن است این رویکرد به ارتقاء فرزندپروری سالم و سلامت جسمی و رشد هیجانی-اجتماعی کودک نیز کمک کند.

مطالعه دانکان، کلارک، پین‌تر و لوئیس^۲ (۲۰۱۴) نشان داد که بررسی تأثیر برنامه‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث افزایش کارکرد روابط بین فردی و کارآمدی مقابله با استرس در میان زوج‌های نسبتاً خوشحال و افزایش رضایت والدین شود و این امر موجب تسکین یا تخفیف دردها و آلام انسان و غنی‌بخشی بیشتر به زندگی شود.

ترس از زایمان طبیعی^۱ یک مشکل شایع در زنان باردار است و در بسیاری از مواقع منجر به درخواست و یا انجام عمل سزارین می‌گردد. تخمین زده می‌شود که ۲۵-۵ درصد از زنان باردار، دچار ترس از زایمان هستند و به همین دلیل، آمار انجام سزارین نیز رو به افزایش است. از بین هر ۵ زن باردار، یک نفر دچار ترس از زایمان است؛ حدود ۶ تا ۱۳ درصد از زنان باردار، ترس شدید و ناتوان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند (دلاورقوام و علیزاده، ۱۳۹۳).

ترس از زایمان بین زنانی که قبلاً تجربه زایمان داشته‌اند و زنانی که اولین بارداری خود را تجربه می‌کنند، متفاوت است. زنان با بارداری نخست، سطح بالاتری از ترس زایمان را تجربه می‌کنند و به نظر می‌رسد این فرآیند به دلیل نداشتن تجربه قبلی باشد. نگرانی و ترس موضوع مهمی هم از لحاظ پژوهش و هم از لحاظ نظریه‌پردازی است، زیرا بسیاری از فرآیندهای دخیل در آن در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی دیگر نقش دارند (داوی و ولز^۲، ۲۰۰۶).

ترس از زایمان باعث شده تا زنان باردار، زایمان سزارین را بر زایمان طبیعی ترجیح دهند، گزارش‌ها حاکی از آن است که بیشترین ترس و نگرانی درباره سلامت نوزاد، باعث می‌شود که ما دران زایمان سزارین را انتخاب کنند، همچنین ترس نسبت به توانایی‌های زنان برای زایمان، نگرانی در مورد از دست دادن کنترل هنگام زایمان نیز از جمله مواردی است که باعث ترس از زایمان می‌شود و از این‌رو زنان باردار به انجام سزارین گرایش بیشتری نشان می‌دهند (اماماری، هلگا، هلگا، مچتیلد و کاترین^۳، ۲۰۱۷).

با توجه به اینکه زنان نخست‌زا، ترس بیشتری نسبت به زایمان از خود نشان می‌دهند، بدیهی است که آموزش مادران باردار بر اساس مهارت‌های مبتنی بر رویکرد علمی، افزایش سلامت روانی^۴ ایشان و همسرانشان باشد (فیشر، هاک، بیز و بیرن^۵، ۲۰۱۲).

فرآیند زایمان طبیعی^۶ قدمتی به درازای تاریخ بشر دارد؛ پیشرفت پزشکی قرن بیست و یکم ایمنی زایمان را افزایش

1. fear of childbirth

3. Emma, Helga, Helga, Mechthild & Kathrin

5. Fisher, Hauck, Bayes & Byrne

7. physiologic

2. Davey & Wells

4. mental health

6. natural childbirth

8. Duncan, Clark, Paynter & Lewis

کارین^۷ معتقد است یکی از دلایل انتخاب سزارین توسط مادران، ترس از زایمان یا توکوفوبیا^۸ است. زایمان با انواع دیگری از ترس مثل ترس از درد، ترس از دست دادن کنترل و مرگ همراه است (کارین، ماتیا، ایوان، ناتاشا، اسحاق، ۲۰۱۷).

همچنین، برخی پژوهش‌ها ادعان می‌دارند که یکی از عوامل تمایل مادران باردار به انجام سزارین ترس شدید از زایمان طبیعی است. همچنین ترس از درد، ترس از سلامت نوزاد و ترس از عدم کنترل وضعیت توسط درمانگر از عوامل مؤثر انتخاب سزارین بر زایمان طبیعی است (کارین، ۲۰۱۷؛ اماماری و همکاران، ۲۰۱۷؛ رایدین، لوکاس، پریس، ونگل، کاررو، کریجانزوتوتی و همکاران^۹، ۲۰۱۵).

برابر گزارش سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۱۵ ایران طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۲ با ۴۸ درصد سزارین چهارمین کشور دنیا از لحاظ نرخ بالای سزارین است. مطالعات و پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی نیز از عوارض و خطرات بالای سزارین بر مادر و نوزاد حکایت دارد. از طرف دیگر تغییر سیاست‌های جمعیتی کشور به افزایش مولید، لزوم کنترل و مهار سزارین را بر همگان آشکار نموده است (خوارزمی و مبارکی، ۱۳۹۵).

بر اساس نتایج پژوهش‌های مختلف یکی از دلایل مهم تصمیم‌گیری زنان نخست‌زا به انجام سزارین ترس از زایمان است. علیرغم استفاده از روش‌های دارویی و غیردارویی متعدد به منظور انجام زایمان طبیعی بدون درد هنوز از توصیه حداکثری (۱۵ درصد) سازمان بهداشت جهانی فاصله زیادی داریم و با توجه به اینکه روش‌های دارویی دارای عوارض هرچند اندک برای مادر و جنین است؛ به نظر می‌رسد استفاده از روش‌های غیر دارویی از جمله رویکردهای روان‌درمانی می‌تواند گامی مؤثر در جهت کاهش آمار سزارین و ترویج بیشتر زایمان طبیعی باشد. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۰} می‌تواند تأثیر مناسبی در این فرآیند داشته باشد و با توجه به اینکه از یک‌سو در این رویکرد از اقدامات تهاجمی و داروهای شیمیایی خاصی استفاده نمی‌شود؛ و از سوی دیگر

کابات زین^۱ بر این باور است که ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. پایه ذهن‌آگاهی از تمرین‌های مراقبه بودائیسیم^۲ گرفته شده که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش می‌دهد؛ تمرین مراقبه و ذهن‌آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران منجر می‌شود (کابات زین، ۱۹۹۰).

مطابق با نظر بانر ذهن‌آگاهی یک روش یا فن نیست، اگرچه در انجام آن روش‌ها و فنون زیادی به کار می‌رود. ذهن‌آگاهی را می‌توان به‌عنوان یک شیوه «بودن» یا یک شیوه «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است (بانر، فیشر و هاس^۳، ۲۰۰۵).

بر اساس پژوهش پیشینان، ذهن‌آگاهی تأثیر قابل‌توجهی در بهبود و توان‌بخشی بیماران داشته است. مطالعات دو دهه اخیر نشان می‌دهد که درمان ذهن‌آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب، افسردگی و استرس ارتباط دارد (اسپیکا، کارلسون، گودی و انگلن^۴، ۲۰۱۲). برگزاری جلسات آموزشی مشتمل بر تمرین ذهن‌آگاهی، شیوه نسبتاً جدیدی به‌منظور پیشگیری و درمان اختلالات روانی است. این رویکرد تجربه‌ای از افشا و توانایی پیشرفتی را ارائه می‌دهد که در شرایط منفی باید تحمل کرد، به نظر می‌رسد ذهن‌آگاهی منجر به تغییرات شناختی‌ای می‌شود که فرد را به افکارش ارتباط می‌دهد. همچنین جنیفر و کری^۵ (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش زایمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی ترس از زایمان پرداختند، نتایج حاصله نشان داد که آموزش زایمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود قابل ملاحظه‌ای از ترس زنان از زایمان شد؛ که با نتایج به‌دست‌آمده در زمینه تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از زایمان همسو است. علاوه بر این سایستو و ماریا^۶ (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی تأثیر یوگا و ذهن‌آگاهی در زنان باردار پرداختند، نتایج نشان داد با انجام تمرین‌های یوگا و دوره ذهن‌آگاهی، تمرکز حواس، دلبستگی مادر و جنین به‌طور قابل‌توجهی افزایش یافت.

1. Kabat Zinn
2. Baer, Fisher & Huss
3. Jennifer & Cree
4. Karin, Matija, Ivan, Natasa & Isaac
5. Ryding, Lukasse, Parys, Wangel, Karro, Kristjansdottir et al

6. buddhism
7. Speca, Carlson, Goodey & Angen
8. Saisto & Maria
9. tocophobia
10. mindfulness

طراحی و توسط لویی مورد بازنگری قرار گرفت (لویی^۳، ۲۰۰۰) دارای ۱۴ سؤال است و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت انتخاب شده است. هرچه فرد در آن امتیاز بالاتری کسب کند، به این معناست که ترس بیشتری از زایمان دارد. همچنین اگر نمره به دست آمده پایین باشد، نشان‌دهنده پایین بودن شدت ترس از زایمان است. نسخه فارسی این پرسشنامه از روایی منطقی و محتوایی برخوردار بوده و روایی محتوایی این پرسشنامه نیز توسط متخصصین مختلف روانشناسی مورد تأیید قرار گرفته و همسانی درونی این پرسشنامه نیز، ۰/۸۳ به دست آمده است (دلاور قوام و علیزاده، ۱۳۹۳). محمدی یار (۱۳۹۳) در پژوهش خود میزان اعتبار روایی این پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کرد. پرویزی (۱۳۹۵) در پژوهش خود میزان اعتبار و روایی این پرسشنامه را ۰/۷۷ گزارش نمود. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۸۳ محاسبه شد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

همان‌طور که گفته شد این تعداد از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان امین اصفهان انتخاب شدند که به منظور دریافت خدمات بهداشتی و مراقبتی، در بهار ۱۳۹۶ به این مرکز آموزشی و درمانی مراجعه کرده بودند. افراد پس از مراجعه به بیمارستان امین توسط پژوهشگر رصد شده و پرسشنامه ترس از زایمان را تکمیل می‌کردند و افرادی که نمره بالاتری در این پرسشنامه کسب کردند به عنوان نمونه انتخاب شدند؛ نمونه‌ای که ویژگی بارزشان ترس از زایمان بود. در این مطالعه معیارهای ورود و خروج به شکل زیر توسط پژوهشگر طراحی شد. در ابتدا نگرش مادران باردار هر دو گروه توسط پرسشنامه مذکور مورد سنجش قرار گرفت. سپس گروه آزمایشی در ۸ جلسه آموزشی یک ساعته بین ساعت ۱۰ الی ۱۱ صبح در واحد مراقبت‌های مادران باردار مرکز آموزشی و درمانی امین در دو ماه انتهایی فصل بهار ۹۶ توسط پژوهشگر مورد آموزش قرار گرفتند. در این ۸ جلسه عناوین ذیل مورد آموزش قرار گرفت و با توجه به تدریس مطالب نو و علاقه مادران باردار به این زمینه خوشبختانه ریزی در مادران باردار به وقوع نپیوست.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مادران باردار از پیشینه تاریخی قوی برخوردار نیست و در بانک‌های اطلاعاتی مختلف و مرور متون انجام گرفته توسط پژوهشگر، موارد زیادی در این حوزه یافت نشد، لذا پژوهشگر بر آن شد که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از زایمان زنان نخست‌زا را بررسی نماید. بر این اساس یک فرضیه به شکل زیر مطرح گردید:

۱. بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از زایمان در زنان نخست‌زا در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.
۲. بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از زایمان در زنان نخست‌زا در پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش به شکل کارآزمایی بالینی انتخاب شد و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ماندگاری اثر یک‌ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار نخست‌زا در بهار سال ۱۳۹۶ مراجعه‌کننده به بیمارستان امین اصفهان بود. مرکز آموزشی و درمانی امین، مرکزی فوق تخصصی در شمال شرقی اصفهان بوده و از واحدهای مختلف داخلی، جراحی، زنان و اطفال تشکیل شده است. جامعه آماری حدوداً مشتمل بر ۱۵۰ نفر بانوی باردار بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول مورگان ۲۰ نفر انتخاب شد که با احتساب گروه کنترل، جمعیت شرکت‌کننده در مطالعه شامل ۴۰ نفر از زنان نخست‌زا تخمین زده شد. زنان مذکور با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۲۰ نفر) و آزمایش (۲۰ نفر) گمارده شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه نگرش به زایمان^۱ (CAQ): در این پژوهش از پرسشنامه نگرش به زایمان (CAQ) به عنوان ابزار لازم استفاده شد؛ این پرسشنامه که توسط هارمن^۲ در سال ۱۹۹۸

1. childbirth attitude questionnaire
3. Lowe

2. Harman

- معیارهای ورود:**
۱. زنان باردار نخست‌زا
 ۲. طیف سنی ۱۸ تا ۳۵ سال
 ۳. نداشتن باروری به روش آزمایشگاهی (لقاح مصنوعی) در بارداری فعلی
۴. نداشتن موارد منع زایمان به روش طبیعی (جفت سرراهی، تنگی لگن، عدم چرخش جنین و...)
- معیارهای خروج:**
۱. عدم علاقه‌مندی افراد به ادامه شرکت در جلسات درمانی
 ۲. غیبت بیش از ۱ جلسه از ۸ جلسه درمانی

جدول ۱. جلسات ذهن‌آگاهی (جلالی و آقایی، ۱۳۹۴)

جلسه	محتوا
اول	معرفه اعضا، آشنایی با موضوع استرس، شرح اهداف دوره و قوانین دوره آموزشی و انجام تکالیف به صورت دقیق در منزل
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، در موقعیت استرس‌زایی که تجربه کردید، چه عواملی در ارزیابی شما تأثیر داشت؟ در موقع روبه‌رو شدن با استرس چه علائمی را تجربه کردید؟ چه واکنشی نشان دادید؟ بعد از ارزیابی و برخورد با موضوع چه احساسی داشتید؟
سوم	تعداد موقعیت‌های استرس‌زا تغییری کرده بودند؟ ارزیابی شما چطور؟ تجربه خوردن خوراکی آگاهانه چگونه بود؟ آیا علاقه‌مند بودید آن را ادامه دهید؟ چه اموری را با هدایت متمرکز انجام دادید و نتیجه چه بود؟ با هدایت خودکار چطور؟
چهارم	مواردی را که به سرعت توانستید ذهن خود را جابه‌جا کنید توضیح دهید. چه مواردی پیش آمد که ذهن شما مرد کرد؟ با آن چگونه برخورد کردید؟ مراقبه تنفس چه نتیجه‌ای در برداشت؟ تمرین تنفس آگاهانه چه تجربیات مثبت و منفی به همراه داشت؟ در طول هفته و تمرین روزانه تعداد دفعات منحرف شدن فکر تغییری کرد؟ آیا میزان توجه آگاهانه شما تغییری کرده است؟
پنجم	در بررسی افکار خود به چه نتایجی رسیدید؟ آیا متوجه تأثیر پنهان افکار خود بر روی رفتارهایتان شدید؟ نتیجه بررسی خطاهای شناختی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ افکار مزاحم شما بیشتر حول چه موضوعاتی بودند؟ آیا توانستید در واکنش به یک موقعیت با شناسایی و آگاهی از افکار پنهان اقدام کنید؟ نتیجه چه شد؟
ششم	در حین پرداختن به افکار مزاحم چه احساساتی را تجربه کردید؟ در مورد چه افکاری پذیرش بیشتری را احساس کردید و مقاومت کمتری بکار بردید؟ بعد از پذیرش هر فکر چه احساسی داشتید؟ آیا به این شیوه پذیرش افکار و رویارویی با آن‌ها علاقه‌مند شدید؟
هفتم	تجربه خود را از یک روز پشت دوربین نشستن تعریف کنید؟ چه احساسی داشتید؟ چه قضاوت‌هایی در مورد اطرافیان خود داشتید؟ تجربه ذهن‌آگاهی و مهرورزی چه احساسی در شما ایجاد کرد؟ آیا توانستید در یک ارتباط بدون قضاوت وارد شوید؟ چه احساسی داشتید؟
هشتم	بررسی و مقایسه نمرات جدول توجه آگاهانه، بررسی برنامه مدیریت زمان، بازخورد به کلاس و ذکر تجربیات و آموخته‌های شخصی، ذکر تجربیات در طول تمرین، بیان احساسات و افکار خود، پاسخ به سؤالات اعضا

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف استاندارد به منظور توصیف یافته‌های پژوهش حاضر استفاده شد و در حیطه استنتاج از آزمون تحلیل کوواریانس توسط نرم‌افزار SPSS²² استفاده شد.

لازم به ذکر است مادران در گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند؛ پس از ۸ جلسه مجدداً پرسشنامه مذکور توسط دو گروه تکمیل شد و بعد از یک ماه از پایان آخرین جلسه مجدداً با پرسشنامه مذکور به منظور بررسی ماندگاری اثربخشی آموزش هر دو گروه مورد سنجش قرار گرفتند.

یافته‌ها

۴۲/۵ درصد از شرکت‌کنندگان در طیف سنی ۲۹-۲۶ سال قرار داشتند؛ ۴۵ درصد زنان شرکت‌کننده دارای مدرک

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از زایمان در زنان نخست‌زا / ۶۱

تحصیلی لیسانس بودند و ۸۰ درصد از آزمودنی‌ها سابقه سقط نداشتند، همچنین ۸۵ درصد از آزمودنی‌ها فاقد بیماری جسمانی و ۱۵ درصد از آنان دارای اختلال جسمانی خفیف بودند، ۹۳ درصد از آزمودنی‌ها سابقه بیماری روانی نداشتند. ۶۷/۵ درصد از شرکت‌کنندگان دارای سابقه سزارین فامیلی بودند. همه مادران شرکت‌کننده در آزمون تحت مراقبت دوران بارداری بودند و ۴۷/۵ درصد از شرکت‌کنندگان آگاهی کامل از مراحل زایمان داشتند.

جدول ۲. تغییرات ترس از زایمان طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ترس از زایمان	آزمایش	۲۲/۸	۱۱/۵۱	۱۵/۲۵	۸/۲	۱۵/۱	۸/۱۳
	کنترل	۲۵/۲۵	۹/۳۲	۲۵/۱	۹/۲۶	۲۵/۱	۹/۲۶

جدول ۲ بیانگر آن است که بین میانگین نمره ترس از زایمان در بین افراد گروه آزمودنی در مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. استفاده از آزمون‌های پارامتریک، فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه و یا گروه‌های نمونه در جامعه است. این مطالعه با پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه طراحی شد و اگر در نتایج حاصله، یافته‌های دو گروه دچار کجی و کشیدگی شده‌اند، علت فرآیند پیش‌گفت انتخاب تصادفی افراد است. از آزمون فرضیه کولموگورف اسمیرنوف در این مطالعه مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگورف اسمیرنوف به منظور دستیابی به چگونگی توزیع داده‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	زمان مطالعه	آزمون کولموگورف اسمیرنوف	
		آماره Z	سطح معنی‌داری (sig)
ترس از زایمان	پیش‌آزمون	۰/۱۱۰	۰/۲

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در آزمون کولموگورف اسمیرنوف فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون (همچنین پس‌آزمون و پیگیری) رد نمی‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات متغیر

متغیر	F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	p
ترس از زایمان (پس‌آزمون)	۱/۷۰	۱	۳۸	۰/۳۰۸
ترس از زایمان (پیگیری)	۴/۴۸۳	۱	۳۸	۰/۰۵۶

پیش‌فرض استفاده از تحلیل کوواریانس، همگن بودن واریانس در بین جوامع است. به‌منظور آزمون برابری واریانس داده‌ها از آزمون همگنی واریانس لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در کلیه متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون رد نمی‌شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری P	مجذورات	توان آزمون
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۹۷۰/۲۲	۱	۹۷۰/۲۲	۱۲/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۲۵۲	۰/۹۳۶

با توجه به مندرجات جدول ۵، مقدار F برای متغیر ترس از زایمان، ۱۲/۷۹ به دست آمد که معنی‌دار است. ($p < 0.05$) بنابراین نتایج تحلیل حاکی از آن است که بین تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از زایمان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه اول تحقیق تأیید گردید و معنای آن این است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از زایمان را در پس‌آزمون کاهش داده است.

جدول ۶. تحلیل کوواریانس میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون در پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری P	مجذورات	توان آزمون
عضویت گروهی	۰/۲۳۴	۱	۰/۲۳۴	۳/۴۲۶	۰/۰۷۲	۰/۰۸۵	۰/۹۰

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$). نتایج تحلیل حاکی از آن است که بین تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از زایمان در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین فرضیه دوم تحقیق رد می‌شود، لذا می‌توان گفت مداخله پژوهشی (آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) تأثیری ماندگار (در دوره پیگیری) در کاهش ترس از زایمان زنان نخست‌زا داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از زایمان تأثیر دارد؛ نتایج به‌دست‌آمده

1. Jean, Hauck, Fisher, Sara & Schutze
3. Jean, Fisher, Sara & Schutze

2. Jennifer & Cree

از طرف دیگر اضطراب و باورهای غیرمنطقی در موقعیت‌های گوناگون زندگی بروز می‌کند. یکی از این موقعیت‌ها دوران بارداری است. بارداری و زایمان از تحولات نموی مهم در زندگی زنان است و باید سازگاری‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی لازم در فرد صورت گیرد تا آمادگی برای وضع حمل موفقیت‌آمیز ایجاد شود. تبیین شناختی این مورد شبیه به اضطراب است با این تفاوت که نوع افکار ناکارآمد و خطاهایی شناختی در تفکر غیرمنطقی متفاوت با اضطراب است. در باورهای غیرمنطقی افکار منفی مانند احساس بی‌ارزشی و از دست دادن جذابیت جسمانی و کاهش عزت‌نفس رایج است ولی در اضطراب بیشتر افکار منفی مانند باور به ناتوانی در ایفای نقش مادر، زایمان بی‌خطر و حتی جنسیت جنین است. از این‌رو با دادن آموزش به این افراد می‌توان از عوارض بعدی آن جلوگیری کرد یعنی افراد با استفاده از تکالیف خانگی سازمان‌یافته و ارائهٔ پسخورندهای لازم فنون شناختی-رفتاری را فرا گرفته و در محیط عادی و طبیعی خود بکار می‌گیرند؛ که این روش آموزشی با توجه به رابطه بین رویداد، باور، پیامد و شناسایی رفتاری حاکی از خودکارآمدی و شناسایی باورها و توانایی تغییر آن‌ها با تحلیل واقعی، تحلیل سودمندی و منطقی، میزان خودکارآمدی را افزایش دهد. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که تغییر در نگرش و نحوه تفکر و شناسایی هیجان و ... در نتیجه آموزش می‌تواند مهارت حل مسئله فرآیند تفکر منطقی و منظمی را در فرد ایجاد کند که به فرد کمک می‌کند تا هنگام رویارویی با مشکلات راه‌حل‌های متعددی را جست‌وجو کند و سپس بهترین راه‌حل را انتخاب نماید موجبات افزایش کارآمدی و توانایی مقابله را در زنان باردار افزایش دهد.

استرس‌های طولانی مدت می‌توانند موجب سقط زودهنگام، مرده زایی، وزن بسیار پایین هنگام تولد و زایمان‌های زودرس شوند. ضمن اینکه در کودک برای ابتلا به بیماری‌های روانی چون افسردگی، ناآرامی و بیش‌فعالی را فراهم می‌کند. برخی تحقیقات از افزایش جنب‌وجوش جنین در شکم مادر خبر داده‌اند. این مسئله شاخص مهمی است که نشان می‌دهد استرس مادر موجب درک تجربه ناخوشایند در جنین می‌شود و از نظر فیزیولوژیک وی را ناآرام می‌کند، از این‌رو اگر سبک‌های مقابله‌ای که زنان باردار دارای سازمان

کمک می‌کند تا به وسیلهٔ تغییر دادن، احساسات، نگرش‌ها و باورها، باورهای غیرمنطقی و رفتارهای غیرانطباقی را با واقع‌گرایی، احساس کارآمدی و افزایش فعالیت جایگزین کنند و از این طریق ترس از زایمان را کمتر کنند. زنان نخست‌زا به دلیل داشتن همین ترس، ترجیح می‌دهند از روشی که کمترین آسیب ممکنه را به نوزاد وارد می‌کند؛ انتخاب کنند. همچنین نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر گرایش به زایمان طبیعی در زنان نخست‌زا مؤثر است.

زنان نخست‌زا با دریافت ۸ جلسه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، رویکردشان نسبت به زایمان طبیعی تغییر می‌کند و افکار و احساسات ناخوشایندی که در گذشته نسبت به زایمان طبیعی داشته‌اند؛ تغییر می‌کند؛ زیرا در زنان نخست‌زا، تصمیم‌گیری به‌منظور انتخاب روش زایمان در طی دوران بارداری تحت تأثیر تجارب دیگران و بارداری فعلی صورت می‌گیرد. ترس مرتبط با زایمان را می‌توان به دلایل متعددی توصیف کرد که از جمله شایع‌ترین ترس‌گزارش شده، ترس از درد زایمان است. شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که به دلیل ترسشان از مراحل زایمان طبیعی، انجام سزارین را به زایمان طبیعی ترجیح می‌دهند. همچنین اطلاعات کسب شده از زنان و خانواده ایشان، دال بر آن بود که تکنیک‌های فعلی انجام زایمان طبیعی، قدیم و فاقد راهکارهای مناسب کاهش درد و یا روش‌های آرام‌سازی است که از نظر ایشان انجام زایمان با تکنیک‌های قدیمی موجود همراه با درد و عذاب بسیار در عصر کنونی، دور از عقل است؛ به‌ویژه پذیرش این امر زمانی که این تکنیک‌ها توسط ماماها کم‌تجربه و جوان مورد استفاده قرار گیرد، غیرقابل قبول است.

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبهٔ پیشگیرانهٔ درمان را افزایش دهد. برنامهٔ ذهن آگاهی، به زنان باردار توانایی مقابله با استرس و ترس‌های ناشی از زایمان را آموزش می‌دهد و آن‌ها می‌توانند عملکرد انطباقی بیشتری را با توجه به عواطف منفی و مثبت از خود نشان دهند. این سازگاری مثبت بر پاسخ‌های ترس از زایمان تأثیر می‌گذارد و این مسئله، در بلندمدت بر سلامت روانی آنان اثر دارد (صحتی و همکاران، ۱۳۹۱).

خوارزمی، ع.، مبارکی، ر. (۱۳۹۵). بررسی و مقایسه آمار سزارین در بیمارستان‌های دولتی و غیردولتی شهر شیراز قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، پژوهشکده علوم دلاورقوام، س؛ و علیزاده، ح. (۱۳۹۳). نقش باورهای فراشناختی و عاطفه مثبت و منفی در ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا. *مجله پژوهش پرستاری*، ۹ (۳۴)، ۱۰-۱۸.

صحتی، ف.، کاظمی، س؛ و قوجازاده، م. (۱۳۹۱). مقایسه پیامدهای مادری در زنان نخست‌زا در دو گروه زایمان فیزیولوژیک و مرسوم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۲ (۹۷)، ۱۳۱-۱۲۲.

صدیق‌منش علیرضا. (۱۳۹۴). اضطراب مادر چه تأثیری روی جنین دارد؟. *مجله اینترنتی*. <http://www.jadidtarin.com>. عباسپور، ز.، مقدم‌بنا، ل.، احمدی، ف.، کاظم‌نژاد، آ. (۱۳۹۳). ترس زنان از زایمان و تأثیر آن بر انتخاب روش زایمان. *مجله پایش*، ۱۳ (۲)، ۵۸۷-۵۷۵.

Baer, RA., Fischer, S., Huss, DB. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 351-358.

Davey, CL., Wells, A. (2006). *Worry and its psychological disorder, theory, assessment and treatment*. New York: John Wiley and sons. 259-263p.

Duncan, I., Clark, BL., Paynter, J., Lewis, GH. (2014). The effect of a collaborative pharmacist-hospital care transition program on the likelihood of 30-day readmission; *Journal of Am J Health Syst Pharm*; 1,71 (9), 739-45.

Emma, M., Helga G., Helga, Z., Mechthild MG., Kathrin, S. (2017). Opting for natural birth: A survey of birth intentions among young Icelandic women; *Sexual & Reproductive Healthcare*; 11, 41-46.

Fisher, C., Hauck, Y., Bayes, S., Byrne, J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 12, 126.

Harman, M. (1998). *Achievement motivation, Performance Structure And Adaptive Hybertext Learning*. In Mpivec (Ed.). *Affective And Emotional Aspects Of Human Computer Interachion. Game-Based And Innovative Learning Approaches*. Amsterdam: Iospress.

Jean, B., Hauck, Y., Fisher, C., Sara, B., Schutze, R. (2017) Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth; *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59, 192-197.

Kabat- Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell, 245p.

Karin, D., Matija, S., Ivan, V., Natasa, Tul., Isaac, B. (2017). Tokophobia (fear of childbirth): prevalence

صحیح و منطقی باشد موجبات پی‌ریزی شخصیت سالم را فراهم خواهد ساخت و این خود عامل سهمی و پیشگیری از بسیاری از آسیب‌های بعدی روحی و روانی بشمار می‌آید؛ بنابراین باید گفت که همه افراد گاهی در مسیر زندگی با مشکلات و موانعی روبرو می‌شوند که کیفیت و مسیر زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد اما نحوه مواجهه و رویارویی آن‌ها در قبال مشکلات بسیار متفاوت است (صدیق‌منش، ۱۳۹۴).

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌منظور کاهش ترس از زایمان و آمادگی هرچه بیشتر زنان نخست‌زا در کلاس‌های آمادگی زایمان استفاده شود تا ترس‌های مادر با کسب آگاهی به‌مرور از بین برود و تفکرات نادرست درباره زایمان اصلاح شود و به آنان کمک شود تا مشکلات احتمالی بارداری را حل کنند. همچنین بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و حتی متخصصان زنان و زایمان از این درمان به‌منظور کمک به مادر برای انتخاب نوع زایمان مناسب بر اساس شرایط پزشکی مادر و نوزاد و نه به علت نگرانی‌ها و ترس‌های او استفاده شود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش ترس از زایمان مؤثر است؛ لذا پیشنهاد می‌شود که به‌منظور کاهش ترس زنان نخست‌زا به دلیل عدم تجربه زایمان، در بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی این روش درمانی به کلاس‌های آمادگی زایمان اضافه گردد و در راستای کاهش ترس از زایمان زنان نخست‌زا استفاده شود. پژوهش حاضر بر روی زنان نخست‌زا انجام گرفت و این گروه از زنان به دلیل اینکه برای بار اول دوران بارداری را تجربه می‌کنند و طبیعتاً از نظر روانی و عاطفی با زنان که تجربه بارداری بیشتری دارند، متفاوت هستند به همین دلیل از یک‌سو تعمیم دادن نتایج پژوهش به زنانی که بیش از یک تجربه زایمان و بارداری دارند و از سوی دیگر تعمیم نتایج آن به دیگر افراد با فرهنگ‌های مختلف باید با رعایت جوانب امر صورت پذیرد.

منابع

جلالی، د.، آقایی، آ. (۱۳۹۴). مدیریت شناختی - رفتاری استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تأکید بر استرس و مشکلات روان‌شناختی محیط کار و زندگی، تهران: انتشارات ابن‌سینا.

- and risk factors; *Journal of Perinatal Medicine*; ISSN (Online), 1619-3997.
- Lowe, N.K. (2000). Self efficacy for labour and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J psychosom obstet Gynecol*; 21, 219 -224.
- Ryding, EL., Lukasse, M., Parys, AS., Wangel, AM., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, AM., Schei, B. (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries; *Journal of Medicine National Institutes Health*; 42 (1), 48-55.
- Saisto, T., Maria, E. (2013). Obstetric, psychosocial and pain-related background and treatment of fear of childbirth [Academic Dissertation]: University of Helsinki.
- Specia, M., Carlson, LE., Goodey, E., Angen, M. (2012). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med*. 62 (5), 613-22.