

نقش باورهای فراشناختی و عاطفه مثبت و منفی در ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا

سیما دلاورقوام^۱، جابر علیزاده گورادل^۲

چکیده

مقدمه: از عوامل دخیل در ترس از زایمان زنان باردار، خصوصیات روان‌شناختی و افکار و باور این افراد می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش باورهای فراشناختی و عاطفه مثبت و منفی در ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا انجام شد.

روش: این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری این پژوهش زنان باردار نخست‌زای شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۳ (سه ماهه آخر بارداری) بودند، که از این میان تعداد ۱۲۲ زن باردار که اولین تجربه بارداری‌شان بود از مراکز کنترل بارداری این شهر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه نگرش به زایمان (CAQ)، باورهای فراشناختی (MCQ-30) و عاطفه مثبت و منفی (PANAS) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با کمک نرم‌افزار آماری SPSS v.20 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین متغیرهای باورهای فراشناختی و عاطفه مثبت و منفی با ترس از زایمان ارتباط معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین این متغیرها قادرند ترس از زایمان را در زنان باردار نخست‌زا پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش خصوصیات روان‌شناختی در ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا و به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی، روحی و اجتماعی در این دوره، نیاز به مشاوره و راهنمایی در جهت آشنایی این دوره به منظور بهبود سلامت مادر و کیفیت زندگی او ضروری است.

کلید واژه‌ها: ترس از زایمان، باورهای فراشناختی، عاطفه مثبت و منفی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۱۰

۱ - کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

۲ - کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، اردبیل، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: j.alizadeh45@gmail.com

مقدمه

ترس از زایمان طبیعی (Fear of childbirth)، یک مشکل شایع در زنان باردار می‌باشد و در بسیاری از مواقع، منجر به درخواست و یا انجام عمل سزارین می‌شود. تخمین زده می‌شود که ۵-۲۵٪ از زنان باردار، دچار ترس از زایمان هستند (۱) و به همین دلیل، آمار سزارین نیز رو به افزایش است (۲). از بین هر ۵ زن باردار، یک فرد دچار ترس از زایمان بوده و بین ۶ تا ۱۳٪ از زنان باردار، ترس شدید و ناتوان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند (۳). هورمون‌های حاملگی می‌توانند زمینه تغییرات روحی- روانی و پریشانی‌های احساسی را فراهم کنند (۴). بسیاری از اختلالات روحی روانی زنان باردار به ناآگاهی زنان از تغییرات طبیعی که بارداری در جسم و روحشان به وجود می‌آورد و نیز ناآگاهی و یا داشتن اطلاعات غلط از فرایند بارداری و زایمان مربوط می‌شود (۵).

از جمله دلایل ترس از زایمان می‌توان به خصوصیات شخصیتی و روانی مادر، عدم تحمل درد، مشاهده و یا شنیدن تجارب اطرافیان و نگرانی درباره عوارض جسمی نامطلوب اشاره کرد (۴). ترس از زایمان بین زنانی که قبلاً تجربه زایمان داشته‌اند و زنانی که اولین بارداری خود را تجربه می‌کنند، متفاوت است. زنان نخست باردار، سطح بالاتری از ترس زایمان را تجربه می‌کنند. که ممکن است به دلیل نداشتن تجربه قبلی باشد (۵). نگرانی و ترس موضوع مهمی هم از لحاظ پژوهش و هم از لحاظ نظریه‌پردازی می‌باشد، زیرا بسیاری از فرایندهای دخیل در آن در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی دیگر نیز نقش دارند (۶).

یکی از موضوعاتی که می‌تواند در ترس از زایمان مطرح باشد عواطف مثبت و منفی می‌باشد. مطالعاتی که در زمینه ساختار عاطفی انجام گرفته است به نحو ثابت به دو بعد مسلط دست یافته‌اند که در ادبیات پژوهشی این دو بعد به عنوان عاطفه مثبت و عاطفه منفی پذیرفته شده‌اند. عاطفه مثبت نشان می‌دهد که یک شخص تا چه میزان شور و شوق به زندگی دارد و چه میزان احساس فاعلیت و هوشیاری می‌کند. عاطفه منفی یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد و حالات خلقی ناخوشایندی مانند خشم، نفرت، بی‌زاری، گناه، ترس و

عصبیت را شامل می‌شود (۷). اغلب تحقیقات انجام پذیرفته در این دسته درباره درد انجام گرفته و بیشتر بر رابطه بین استرس، درد، ترس و خلقیات منفی متمرکز بوده است. این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد در شرایط درد مزمن، در مقایسه با افرادی که از دردهای مزمن رنج نمی‌برند، خلق منفی بیشتری (مثل افسردگی و اضطراب و ترس) را تجربه می‌کنند و متقابلاً، با افزایش یافتن حالات خلقی منفی، افراد حساسیت بیشتری نسبت به محرک‌های دردآور از خود نشان می‌دهند (۸). بر طبق تحقیقات انجام گرفته، افرادی که با درد دست و پنجه نرم می‌کردند، فرض شده که کمبود عاطفه مثبت در هنگام مواجهه با درد و استرس‌های شدید، آسیب‌پذیری فرد را نسبت به حالات عاطفی منفی در همان زمان بیشتر می‌کند (۹). میزان بالای اضطراب قبل از زایمان یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای افسردگی پس از زایمان است (۱۰). لذا باید مداخله سخت و زودهنگام در رویارویی با این اضطراب‌های روحی در دوره قبل از زایمان اتخاذ گردد (۵). پژوهش‌های جدیدتر به ارزش‌های فرامادی و به خصوص داشتن عاطفه مثبت و سرزندگی اهمیت می‌دهند. که فراتر از رفع نیازهای فیزیولوژیک (ارزش‌های مادی) است. سلیگمن نیز دریافت که انسان دارای بهداشت روانی نه فقط باید از اختلالات روانی رها شود بلکه باید نشانه‌های بهزیستی روان‌شناختی را دارا باشد که دارای سازه‌های سرزندگی و عاطفه مثبت است (۱۱).

از دیگر عوامل مؤثر در ترس از زایمان باورهای فراشناختی می‌باشد. مطالعه فراشناخت ابتدا در حوزه روان‌شناسی رشد و یادگیری و راهبردهای دخیل در به یادسپاری مورد پژوهش قرار گرفته است؛ اما مفهوم‌بندی‌های جدید آن را به حوزه اختلالات هیجانی کشانده است (۱۲). از حیث مفهوم‌بندی‌های جدید، مدلی که بخواهد کنترل ذهن را تبیین کند باید دو بخش را در بر بگیرد: فعالیت شناختی و عاملی که تعدیل و ارزشیابی این فعالیت شناختی را بر عهده دارد (فراشناخت). فراشناخت بر این اساس از دانش‌ها و باورهای فرد درباره خود، تجارب فراشناختی (مثل نگرانی از نگرانی) و راهبردهای فراشناختی (مثل سرکوب افکار یا استفاده از روش‌های حواس پرتی) تشکیل شده است (۱۳). براساس نظریه فراشناختی آسیب‌پذیری هیجانی، الگوی پاسخ‌هایی که نظام‌شناختی برای مقابله از خود نشان می‌دهد و از

آن‌ها تعبیر به نشانگان شناختی توجهی می‌شود در نشانه‌شناسی و ضابطه‌مندی اختلالات هیجانی اعم از افسردگی و اختلالات اضطرابی نقش اصلی را دارد (۱۳). ترس و نگرانی از زایمان هم یکی از نشانه‌هایی است که در نشانگان شناختی توجهی نقش دارد. اختلالات روانی زمانی به وجود می‌آید که سبک تفکر و سازگاری فرد بی‌اختیار به سمت تأکید و تقویت پاسخ‌های هیجانی پیش می‌رود که بیشتر از همه ناشی از تکرار تفکر (نشخوار فکری و نگرانی) است (۱۴). همچنین باورهای فراشناختی پیش‌بینی‌کننده تجربه احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی هستند (۱۵). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند باورهای فراشناختی منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر نگرانی به طور معناداری ممکن است پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب باشد (۱۶). بسیاری از اختلالات روحی و روانی زنان باردار به ناگهانی زنان از تغییرات طبیعی که بارداری در جسم و روحشان به وجود می‌آورد مربوط می‌شود. بنابراین قشر جوان و باردار جامعه نیاز به آموزش بیشتر و افزایش آگاهی و تغییر نگرش نسبت به زایمان دارند و با توجه به این موضوع که هنوز تحقیقی در کشورمان صورت نگرفته است، نیاز به چنین مطالعه‌ای احساس می‌شود. از آنجا که زنان دوران بارداری خصوصاً بارداری اول با عوامل متعدد تنش‌زا روبه‌رو هستند می‌توان انتظار داشت که این زنان سطوح بالاتری از آسیب‌پذیری را دارند که دچار ترس و اضطراب در مورد زایمان باشند. امید هست که این پژوهش بتواند به متخصصان بالینی و مدیران مراکز بهداشت برای فهم بهتر نقش فراشناخت و افکار و همچنین عواطف مثبت و منفی در ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا کمک کند و بستری مناسب و جدید را برای فعالیت‌های پژوهشی و مطالعاتی به پژوهشگران علاقه‌مند ارائه دهد. بر همین اساس هدف اصلی این پژوهش تبیین سهم باورهای فراشناختی و عواطف مثبت و منفی در ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا می‌باشد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر از نوع پژوهش توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان باردار نخست‌زای (سه ماهه آخر بارداری) شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند. ابتدا بعد از هماهنگی با مدیریت بهداشت

شهرستان اردبیل و صدور مجوز برای انجام پژوهش به مراکز بهداشت در شهرستان اردبیل ارجاع داده شد. نمونه پژوهش را زنان نخست‌زا که در محدوده سنی ۲۰-۳۵ سال بودند و برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند که به تعداد ۱۲۲ زن باردار نخست‌زا براساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، لازم به ذکر است از ۱۳۰ پرسشنامه پر شده ۸ تا پرسشنامه به خاطر ناقص بودن کنار گذاشته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، رضایت بیمار جهت شرکت در مطالعه، نخست باردار بودن و این که مادر در سه ماهه سوم بارداری باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل: داشتن اختلال روان‌پریشی و سوءمصرف مواد، دارا بودن اختلالات روانی محور یک براساس راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی، مخالفت بیمار جهت همکاری در مطالعه و تجربه بارداری دوم یا بیشتر بود. در پژوهش حاضر برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد: ۱) پرسشنامه نگرش به زایمان (CAQ): ابزاری جهت اندازه‌گیری ترس از زایمان می‌باشد و دارای ۱۶ گویه است که نمره‌گذاری آن براساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. هرچه فرد نمره بالاتری در این پرسشنامه کسب کند، به این معناست که ترس بیشتری از زایمان دارد. نسخه فارسی این پرسشنامه از روایی منطقی و محتوایی برخوردار بوده و اعتبار و روایی این پرسشنامه پس از بررسی توسط پژوهشگران، تأیید شده است. 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 (۱۷). همچنین در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از روایی و پایایی خوب این پرسشنامه می‌باشد. ۲) فرم کوتاه پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30): این پرسشنامه به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه‌ای که برخی از آن‌ها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روان‌شناختی دارند، طراحی شده است. پرسشنامه فراشناختی یک مقیاس ۳۰ سوالی خودگزارش‌دهی است که حیطه‌های فراشناختی زیر را در ۵ مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: ۱- باورهای مثبت درباره نگرانی (به طور مثال، وقتی نگرانی‌ام شروع می‌شود، نمی‌توانم جلوی

رعایت شده و به این ترتیب استفاده از تحلیل ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون مقدور است. نتایج بررسی متغیرهای پژوهش به کمک ضریب همبستگی پیرسون، در جدول شماره ۲ گزارش شده است. طبق مندرجات این جدول بین ترس از زایمان با باورهای منفی در مورد نگرانی ($r=0.48, p<0.001$)، لزوم کنترل افکار ($r=0.32, p<0.001$)؛ خودآگاهی شناختی ($r=0.37, p<0.001$) و باورهای فراشناختی کل ($r=0.38, p<0.001$) ارتباط خطی مثبت معناداری وجود دارد. اما بین دو مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی و اطمینان شناختی ضعیف ارتباط خطی معناداری به دست نیامد. همچنین در بررسی ارتباط بین ترس از زایمان با عاطفه مثبت و منفی مشخص شد که بین ترس از زایمان با عاطفه مثبت ($r=0.23, p=0.002$) ارتباط خطی منفی معنادار و با عاطفه منفی ($r=0.75, p<0.001$) ارتباط خطی مثبت معنادار وجود دارد. به منظور تحلیل و پیش‌بینی ترس از زایمان توسط متغیرهای باورهای فراشناختی از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان استفاده شد (جدول شماره ۳). همان‌طور در مدل کلی ملاحظه می‌شود متغیرهای باورهای فراشناختی با هم با ضریب تعیین ($R^2=0.32$) حدود ۳۲٪ از تغییرات متغیر ترس از زایمان را پیش‌بینی می‌کنند که در سطح ($p<0.000$) معنادار است. در ادامه برای بررسی تأثیر جداگانه هر یک از مؤلفه‌های باورهای فراشناختی ضرایب بتا نشان داد که به جز مؤلفه باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی سایر مؤلفه‌ها، باورهای منفی در مورد نگرانی ($\beta=0.333, p<0.001$)؛ اطمینان شناختی ضعیف ($\beta=0.245, p<0.019$)، لزوم کنترل افکار ($\beta=0.203, p<0.001$) و خودآگاهی شناختی ($\beta=0.370, p<0.001$) به طور معناداری تغییرات ترس از زایمان را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین در راستای پیش‌بینی ترس از زایمان توسط عاطفه مثبت و منفی مدل کلی رگرسیون نشان داد که این دو متغیر با هم با ضریب تعیین ($R^2=0.58$) حدود ۵۸٪ از تغییرات ترس از زایمان را با سطح معنادار ($p<0.000$) از پیش‌بینی می‌کنند. همچنین ضرایب بتا مشخص کرد که متغیر عاطفه مثبت ($\beta=0.131, p<0.043$) و عاطفه منفی ($\beta=0.1809, p<0.001$) به طور جداگانه قادر به پیش‌بینی ترس از زایمان می‌باشند.

آن را بگیرم)؛ ۲- باورهای منفی در مورد نگرانی (به طور مثال، وقتی نگران می‌شوم نمی‌توانم به آن پایان دهم)؛ ۳- اطمینان شناختی ضعیف (به طور مثال، حافظه حافظه ضعیفی دارم)؛ ۴- لزوم کنترل افکار (برای مثال، ناتوانی در کنترل افکارم، نشانه ضعف من است)؛ ۵- خودآگاهی شناختی (برای مثال، به نحوه کارکرد ذهنم توجه زیادی دارم) (۱۲). سوالات بر روی مقیاس لیکرت از موافق نیستم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های آن ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است (۱۸). در ایران شیرین‌زاده دستگیری ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است (۱۹). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد. ۳) مقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی (PANAS): این مقیاس، ابزار خودسنجی ۲۰ آیتمی هست و برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی شده‌اند (۲۰). هر خرده مقیاس ۱۰ آیتم دارد و بر روی یک مقیاس پنج نقطه‌ای (۱= بسیار کم، به هیچ وجه تا ۵= بسیار زیاد) از سوی آزمودنی رتبه‌بندی می‌شوند. ضرایب سازگاری درونی (آلفا) برای خرده مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی، ۰/۸۷ است (۲۰). در ایران در مطالعه بخشی‌پور (۱۳۸۴)، سازگاری درونی برای هر دو مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد (۲۱). در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۳ و برای عاطفه منفی ۰/۷۹ به دست آمد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در تحقیق در محدوده سنی ۳۵-۲۰ و از نظر تحصیلات بیشترین تعداد دارای مدرک دیپلم و بالاتر بودند. نتایج آمار توصیفی شامل (میانگین و انحراف استاندارد) در جدول شماره ۱ ارائه شده است. قبل از انجام تحلیل‌های آمار استنباطی از آزمون کالوموگراف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده شد که نتایج نشان داد که سطح معنی برای کلیه متغیرهای پژوهش از ۰/۰۵ بزرگتر است لذا مفروضه نرمال بودن توزیع نیز

جدول ۱ - آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیر ملاک (ترس از زایمان) و متغیرهای پیش‌بین (باورهای فراشناختی و عاطفه مثبت و منفی)

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
ترس از زایمان	۳۸/۰۰	۹/۸۹
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۱۳/۱۰	۳/۵۴
باورهای منفی در مورد نگرانی	۱۵/۲۰	۳/۰۴
اطمینان شناختی ضعیف	۱۲/۷۲	۳/۲۱
لزوم کنترل افکار	۱۳/۹۸	۲/۴۷
خودآگاهی شناختی	۱۶/۸۳	۳/۰۴
باورهای فراشناختی (کل)	۷۱/۸۴	۱۱/۲۴
عاطفه مثبت	۳۵/۶۰	۶/۵۹
عاطفه منفی	۲۴/۱۲	۶/۲۱

جدول ۲ - نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین با ترس از زایمان

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	باورهای مثبت در مورد نگرانی	باورهای منفی در مورد نگرانی	اطمینان شناختی ضعیف	لزوم کنترل افکار	خودآگاهی شناختی	باورهای فراشناختی (کل)	عاطفه مثبت	عاطفه منفی
ترس از زایمان	ضریب همبستگی	۰/۱۲۶	۰/۴۸**	۰/۱۳۵	۰/۳۲۷**	۰/۳۷۶**	۰/۳۸۵**	۰/۲۰۳*	۰/۷۵۵**
	سطح معناداری	۰/۱۶۱	۰/۰۰۱	۰/۱۳۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۲۳	۰/۰۰۱

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$ **جدول ۳** - خلاصه نتایج رگرسیونی داده‌ها

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	t	F	R	R ²	p
مدل کلی					۱۱/۳۴	۰/۵۶	۰/۳۲	۰/۰۰۱
باورهای مثبت در مورد نگرانی	-۰/۲۸۱	۰/۲۵۳	-۰/۱۰۱	-۱/۱۰۹				۰/۲۷۰
باورهای منفی در مورد نگرانی	۱/۰۸	۰/۳۲۷	۰/۳۳۳	۳/۳۲				۰/۰۰۱
اطمینان شناختی ضعیف	۰/۷۵۴	۰/۳۱۷	۰/۲۴۵	۲/۳۷				۰/۰۱۹
لزوم کنترل افکار	۰/۸۱۰	۰/۳۸۸	۰/۲۰۳	۲/۰۹				۰/۰۳۹
خودآگاهی شناختی	۱/۲۰	۰/۳۴۰	۰/۳۷۰	۳/۵۲				۰/۰۰۱
مدل کلی					۸۵/۷۵	۰/۷۶	۰/۵۸	۰/۰۰۱
عاطفه مثبت	۰/۱۹۶	۰/۰۹۶	۰/۱۳۱	۲/۰۴				۰/۰۴۳
عاطفه منفی	۱/۲۸	۰/۱۰۲	۰/۸۰۹	۱۲/۶۲				۰/۰۰۱

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین ترس از زایمان با باورهای فراشناختی رابطه معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج یافته‌های پژوهشی انجام گرفته در این زمینه همسو می‌باشد (۱۵-۱۳). در طول حیات هر زن، مراحل وجود دارد که تأثیرات عمیقی بر زندگی او بر جای می‌گذارد. از جمله دوره حاملگی و پس از آن با تغییرات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی بسیار مهمی همراه است که علی‌رغم احساس لذت مادر شدن، گاهی با استرس و ترس‌های شدیدی همراه می‌شود. دوران حاملگی، پراسترس‌ترین دوران زندگی زن می‌باشد و شدت این استرس در سه ماهه سوم بیشتر است. حتی استرس ناشی

از تولد اولین فرزند در جدول استرس روانی، اجتماعی جزء استرس‌های شدید طبقه‌بندی می‌شود (۲۲). در تبیین نتایج به دست از پژوهش می‌توان گفت که طبق مدل فراشناختی فراشناخت‌ها مسؤول کنترل سالم و ناسالم ذهن هستند و آنچه هیجان‌ها و نحوه کنترل آن‌ها را تعیین می‌کند، چگونگی تفکر فرد است، نه این که فرد به چه فکر می‌کند. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود (۱۳). طبق این گفته نتیجه به دست آمده از پژوهش که شامل ارتباط باورهای فراشناختی با ترس از زایمان می‌باشد منطقی به

رضایت برخوردارند. این افراد تجارب مهیج را دوست دارند و از این که کانون توجه قرار گیرند، ابایی ندارند. از سوی دیگر افراد دارای عاطفه منفی، فاقد انرژی، اشتیاق و اعتماد هستند. آن‌ها تودار و از لحاظ اجتماعی گوشه گیرند، از تجارب پرشور پرهیز می‌کنند و در کل نسبت به درگیر شدن فعالانه با محیطشان تردید دارند (۷). با توجه به این گفته‌ها یافته ما در این زمینه منطقی می‌باشد.

در تبیینی دیگر می‌توان گفت که افسردگی و اضطراب و ترس قویاً با عاطفه منفی مرتبط هستند. در مقابل عاطفه مثبت به نحو پایدار با خلق و علایم افسردگی و اضطراب و ترس، همبستگی منفی دارد (۲۰). بعضی محققان معتقدند که هیجانات مثبت منابع روان‌شناختی بسیار مهمی هستند که به فرد کمک می‌کند در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای مؤثری استفاده کند (۲۳). بنابراین افرادی که هیجانات مثبت را به میزان بیشتری تجربه می‌کنند احتمالاً در مقابل حوادث سخت مقاوم‌تر هستند (۲۴). از طرف دیگر افراد خوش‌بین از زندگی خود لذت بیشتری می‌برند، سلامت روانی جسمانی بیشتری دارند و هنگام رویارویی با فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای بهتری استفاده می‌کنند (۲۵).

نتیجه‌گیری

وقتی افراد احساس می‌کنند که کنترلی بر زندگی و حوادث آن ندارند، علایم افسردگی، تنش و اضطراب بیشتری را نشان می‌دهند. احساس ناتوانی و کنترل نداشتن باعث تلاش نکردن فرد برای رهایی از مشکلات و پیدا کردن راه حل می‌شود که به نوعی فرد منفعل و مستعد ابتلای به افسردگی می‌شود. همان‌طور که در مطالعات آمده است رویدادهای بالقوه تنش‌زا زمانی در زندگی ما تأثیر منفی می‌گذارند که آن‌ها را تهدیدکننده، مهم و غیرقابل کنترل ارزیابی کنیم و از آنجا که زنان باردار نخست‌زا به طور روزمره با این حوادث روبه‌رو هستند، نحوه ارزیابی آن‌ها از مسایل تأثیر مهمی در سلامت روان آن‌ها می‌گذارد. همان‌طور که اشاره شد، چنانچه نحوه ارزیابی فرد به الگوی تفکر ناکارآمد منجر شود، فرد مستعد ابتلا به اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس است.

نظر می‌رسد. در تبیینی دیگر می‌توان گفت وجود باور فراشناختی باعث می‌شود افراد احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند و در نتیجه این امر باعث افزایش اضطراب و افسردگی در آن‌ها می‌شود. از سوی دیگر باور فراشناختی کنترل ناپذیری باعث می‌شود، افراد در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود تردید بیشتری داشته باشند که این مسأله در سلامت روانی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد (۲۲). در مدل فراشناختی اختلالات هیجانی به جای این که نگرانی را یک نشانه محض اضطراب در نظر بگیرند، تأکید شده است که افراد باورهای مثبتی را در ارتباط با کارایی نگرانی در کمک به مقابله پرورش می‌دهند. سپس به واسطه فعال شدن باورهای فراشناختی مثبتی بر غیرقابل کنترل بودن و خطر، نوع دیگری از نگرانی تحت عنوان فرانگرانی در آن‌ها شکل می‌گیرد. فرانگرانی موجب برانگیختن واکنش‌های جسمانی اضطراب، به راه انداختن رفتارهایی برای اجتناب از موقعیت‌های تهدیدآمیز و راهبردهایی برای کنترل فکر می‌گردد. در نتیجه عدم مورد چالش قرار گرفتن باورهای کنترل ناپذیری و خطر و نیز عدم مواجهه با شواهد خلافی که ثابت می‌کنند نگرانی قابل کنترل، بدون صدمه و غیرمداوم است، نگرانی در چنین افرادی پایدار باقی می‌ماند (۶). بنابراین می‌توان بیان نمود که باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی، باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری و خطر و راهبرد کنترل فکر خود تنبیهی در بیشتر بودن نمره نگرانی و ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا نقش دارد.

نتایج پژوهش حاضر در مورد نقش عاطفه مثبت و منفی در ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا نشان داد که بین ترس از زایمان با عاطفه مثبت ارتباط منفی معنادار و با عاطفه منفی ارتباط مثبت معنادار وجود دارد؛ به عبارت دیگر با افزایش عاطفه مثبت ترس از زایمان کاهش و با افزایش عاطفه منفی ترس از زایمان هم افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج یافته‌های انجام شده در این زمینه همسو می‌باشد (۷-۹). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که عاطفه مثبت، تمایل به درگیری و رویارویی با محیط از جمله محیط اجتماعی را شامل می‌شود. افراد دارای عاطفه مثبت بالا فعالانه، توانمندانه، توأم با شور، نشاط و اعتماد همراهی با دیگران را جستجو می‌کنند و از آن لذت می‌برند و کاملاً در تعاملات اجتماعی خود، از اعتماد و

پژوهشگر خارج است. محدودیت دوم مطالعه‌ای است که صرفاً براساس پرسشنامه صورت گرفت با توجه به این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی مطالعه مشابهی در جمعیت بالینی صورت گیرد. مطالعاتی با این هدف می‌توانند به عنوان قیاس با مطالعه حاضر دریچه جدیدی به منظور بررسی بهتر مشکلات افراد بگشایند و بررسی روش‌های ارتقای سلامت روانی در افزایش روحیه زنان باردار نخست‌زا پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان از زنان باردار که به مراکز کنترل بارداری مراجعه کرده بودند و امکان انجام این پژوهش را فراهم ساختند و همچنین از کسانی که با پژوهشگران همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی دارند.

مهم‌ترین کاربرد یافته‌های این پژوهش، کاربرد در مراکز بهداشت، بیمارستان‌ها و مطب‌های مامایی، به این امید که یافته‌های این پژوهش در اختیار مدیران ارشد قرار گیرد تا در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌هایی برای ارتقای سلامت روانی زنان باردار مؤثر واقع شود. با توجه به نقش باورهای فراشناختی و عواطف مثبت و منفی در ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا، استفاده از فنون درمان فراشناختی مانند شناسایی و چالش با باورهای فراشناختی و آموزش فنون توجه و ذهن آگاهی و استفاده از رویارویی مبتنی بر مدل فراشناختی به کاهش علائم کمک می‌کند. یافته‌های این پژوهش باید با توجه به محدودیت‌های آن مورد توجه قرار گیرد. محدودیت اول این که برخی عوامل مربوط به شخصیت افراد و حوادثی که در زندگی او رخ می‌دهد و میزان حمایت‌های اجتماعی در میزان ترس از زایمان افراد تأثیر می‌گذارد و کنترل آن‌ها از عهده

منابع

- 1 - Storksens HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta obstet Gynecol.* 2012; 91(2): 237-42.
- 2 - Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2009; 30(3): 168-74.
- 3 - Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery.* 2011; 16(2): 169-73.
- 4 - Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy. 2007; 18(1): 61-71.
- 5 - Fraser D M, Cooper M A. Myles text book for midwives. 15 TH ed. Churchill livingstone; 2009.
- 6 - Davey CL, Wells A. Worry and its psychological disorder, theory, assessment and treatment. New York: John Willy and sons; 2006.
- 7 - Bakhshipour A, Dezhkam M. [The validity and reliability of Positive Affect and Negative Affect Scales]. *Journal of Psychology.* 2003; 9(4): 351-365 (Persian)
- 8 - Geisser ME, Casey KL, Brucksch CB, Ribbens CM, Appleton BB, Crofford LJ. Perception of noxious and innocuous heat stimulation among health women and women with fibromyalgia: association with mood, somatic focus, and catastrophizing. *Pain.* 2003; 102(3): 243-250.
- 9 - Zautra A, Smith B, Affleck G, Tennen H. Examinations of chronic pain and affect relationships: applications of a dynamic model of affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2001; 69(5): 786-795.

- 10 - van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *J Affect Disord.* 2009; 114 (1-3): 232-42.
- 11 - Diener E. Subjective well-being: The science of Happiness and a proposal for a Nation Index *American psychologist.* 2000; 55: 34-44.
- 12 - Wells A. *Emotional disorders and Meta cognition: Innovative cognitive therapy.* Chichester, UK: Wile; 2000.
- 13 - Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression.* UK: Guilford Press; 2009.
- 14 - Scragg P. *Metacognitive therapy (Developed by Adrian Wells).* Trauma clinic LTD & university collage, London. 2010.
- 15 - Saeed O, Purehsan S, Akbari S. Correlation among meta cognitive beliefs and anxiety-depression symptoms. *Procedia Social and Behavioral Sciences.* 2010; 5: 1685-1689.
- 16 - Yilmaz EA, Gencoze T, Wells A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorder.* 2011; 25: 389-396.
- 17 - Nasiri F, Sharifi SH. [Relationship between Fear of Childbirth and Personality Type in Pregnant Women]. *IJOGI.* 2013; 16(66): 18-25. (Persian)
- 18 - Wells A, Certwright S. A short form of metacognitons puestionnaire. *Behaviour Research and therapy.* 2004; 42(40): 385-396.
- 19 - Shirinzadeh S, Godarzi MH, GHanizadeh A, Tagavi A. [The validity and reliability of Meta Cognition Questionnaire-30 (MCQ-30)]. *Journal of psychology.* 2006; 148: 445-461. (Persian)
- 20 - Watson D, Clark LA, Tellegren A. Development and Validation of Brief measures of positive and negative affect: the panas Scales. *Journal of personality & Social psychology.* 1988; 54: 1063-1169.
- 21 - McKee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi ethnic population. *Obs Gyn.* 2001; 97(6): 988-93.
- 22 - Pournamdarian S, Birashk B, Asgharnejad Farid A. The Clarification of Contribution of Meta-Cognitive Beliefs in Explaining the Symptoms of Depression, Anxiety and Stress in Nurses. *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2012; 13(3) (Continuous No. 49): 86-94.
- 23 - Fredrickson BL, Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science.* 2002; 13: 172-175.
- 24 - Zautra A, Johnson JL, Davies M. Positive Affect as a source of resilience for woman in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2005; 73: 212-20.
- 25 - Carver C, Scheier MF. Optimism. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243. New York: Oxford University Press; 2002.

The role of metacognitive beliefs and positive and negative affect in the Fear of childbirth of pregnant women with first experience

Delavar Gavam¹ S (MSc.) - Alizadeh Goradel² J (MSc.).

Abstract

Introduction: One of factors that involves in pregnant women with first experience, is psychological characteristics and ideas of these people. The current research was done to investigate the role of Meta cognitive beliefs and positive and negative affect in the fear of childbirth of pregnant women.

Method: This research was a descriptive cross-sectional study. The statistical populations consisted of pregnant women with first experience of Ardabil in 2014, in which number of 121 women who had their first experience of pregnancy, in birth control health centers were selected by simple available sampling. We used Questionnaire of Childbirth Attitude Questionnaire (CAQ), Meta Cognition Questionnaire-30 (MCQ-30) and Positive Affect and Negative Affect Scales (PANAS) for collecting data. For data analysis Pearson correlation coefficient and enter regression by SPSS v.20 were used.

Results: The result showed that there is significant correlation between variables metacognitive beliefs and positive and negative affect with the Fear of childbirth in the pregnant women with first experience ($P < 0.05$). Also, these variables can predict the Fear of childbirth in the pregnant women with first experience.

Conclusion: In according to the role of psychological characteristics in the Fear of childbirth in the pregnant women with first experience, and mental and social changes induced in this period, the need for and guidance to learn about this course is necessary and improving the health of mothers and the quality of life in all stages of life.

Key words: Fear of childbirth, Meta cognitive beliefs, positive and negative affect

Accepted: 30 April 2014

Accepted: 15 September 2014

1 - MSc. of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

2 - Corresponding author: MSc. of Psychology, Young Researchers and Elite Club, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

e-mail: j.alizadeh45@gmail.com