

تأثیر آموزش شناختی-رفتاری بر اضطراب بارداری و انتخاب نوع زایمان زنان نخست‌زا

عباسعلی حسین‌خانزاده^{۱*}، اعظم رستم‌پور^۲، ناهید ندائی^۲، مهناز خسروجاوید^۳

^۱ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

^۲ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

* نویسنده مسئول: عباسعلی حسین‌خانزاده، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت،

ایران. ایمیل: Abbas_khanzadeh@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۲/۱۵

چکیده

مقدمه: دوران بارداری با تغییرات جسمانی و روانشناختی بسیاری همراه است. بنابراین، زنان باردار ممکن است اضطراب زیادی را تجربه کنند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش شناختی-رفتاری بر اضطراب بارداری و نوع انتخاب زایمان زنان نخست‌زا انجام گرفت.

روش کار: در پژوهش نیمه‌تجربی حاضر، از طرح دو گروهی با آزمون قبل و بعد از آموزش استفاده شد. جامعه مورد بررسی عبارت بود از تمامی زنان باردار نخست‌زایی که در بهمن‌ماه سال ۱۳۹۲ به بیمارستان عسلیان شهر خرم‌آباد مراجعه کرده بودند. از این میان تعداد ۲۴ نفر بر اساس شرایط ورود به پژوهش و خروج از آن به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. برای گروه آزمایش علاوه بر مراقبت‌های معمول، آموزش شناختی-رفتاری طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد، در حالی که گروه گواه فقط مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. داده‌های پژوهش با کمک پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته و پرسشنامه اضطراب بارداری و نندبرگ جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی، و آزمون‌های تحلیل کوواریانس و خی دو در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات اضطراب بارداری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، کاهش معناداری داشته است ($P < 0/001$). همچنین، بین دو گروه از نظر انتخاب نوع زایمان تفاوتی معنادار وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده، می‌توان گفت که آموزش شناختی-رفتاری در دوران بارداری بر کاهش اضطراب و انتخاب زایمان طبیعی زنان نخست‌زا اثربخش است.

کلیدواژه‌ها: آموزش شناختی-رفتاری، اضطراب بارداری، نوع زایمان، زنان نخست‌زا

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

زنان در دوران بارداری در خصوص جنبه‌های فیزیولوژیک صورت گرفته است، ابعاد روانشناختی زنان باردار به ندرت مورد توجه قرار گرفته است (۲). اضطراب پیش‌بینی تهدید در آینده است (۳). اضطراب دوران بارداری (Pregnancy during anxiety) بیشتر با ترس از زایمان، ترس از تولد یک کودک توان‌خواه (Child handicapped)، و نگرانی درباره تغییرات مرتبط با بارداری است که در فرد ظاهر می‌شود (۴). اضطراب دوران بارداری گاهی به عنوان یک مکانیزم طبیعی برای مقابله

بارداری مرحله هویت‌شناسی زنانه است. زنان آن را مرحله‌ای می‌دانند که برآورده‌کننده نیاز بنیادی خودشیفتگی آنان است چرا که آن‌ها را با رشد انسان دیگری در وجودشان روبه‌رو می‌کند. اما این دوره جدید با فشار روانی، هیجانی و جسمی بسیاری همراه است که نیازمند تغییرات فیزیولوژیک و روانشناختی بسیار است (۱). در حقیقت، گرچه بارداری و زایمان بخشی از روند تکاملی و طبیعی در زنان است، اما واقعیت این است که علی‌رغم پیشرفت‌هایی که در امر مراقبت و آموزش

نتایج پژوهش‌ها نشان‌دهنده اثرات گسترده آن بر بهبود اختلال‌های اضطرابی است (۱۸). مداخله شناختی-رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. سپس برای تغییر این افکار و رفتارها از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود. اساس شیوه‌های شناختی-رفتاری، تغییر فرآیند شناخت است. این نظریه توضیح می‌دهد که تجربه یک رفتار به تنهایی کافی نیست، بلکه تعبیر و تفسیر فرد از آن تجربه است که منجر به اختلال روانشناختی می‌شود. چنین روش‌هایی که به منظور تعدیل سوء درک و سوء تعبیر حوادث مهم زندگی به کار می‌روند، درمان شناختی-رفتاری خوانده می‌شوند (۱۹). درمان‌های رفتاری و شناختی-رفتاری، درمان‌های روانشناختی با بیشترین حمایت تجربی برای اختلال‌های اضطرابی در جمعیت‌های عمومی بزرگسال است. با این حال، زنان باردار به طور کلی از این گروه از تحقیقات محروم شده‌اند (۸). با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب بارداری و نوع انتخاب زایمان زنان نخست‌زا انجام گردید.

روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه‌تجربی با طرح دو گروهی با آزمون قبل و بعد از آموزش بود. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از همه زنان باردار نخست‌زایی که در بهمن ماه ۱۳۹۲ به بیمارستان عسلیان خرم‌آباد، مراجعه کرده بودند. به وسیله اطلاعاتی که با استفاده از پرسشنامه جمعیت‌شناختی از این افراد به دست آمد، بر اساس شرایط اولیه ورود به مطالعه (باردار بودن برای اولین بار، داشتن اضطراب زایمان، اتمام هفته ۲۵ بارداری و آغاز نکردن هفته ۳۶، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۳۶ سال، تحصیلات دیپلم و بالاتر از آن و علاقه به شرکت در پژوهش) و معیارهای خروج از آن (داشتن سابقه بیماری‌های شدید روانپزشکی، و داشتن مشکلات شدید سلامتی به طوری که مانع حضور مؤثر در دوره آموزشی گردد)، تعداد ۲۴ نفر به شکل در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. در این مطالعه از یک پرسشنامه کلی شامل دو بخش استفاده شده است که عبارت است از (۱) پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه دارای ۱۳ پرسش و در برگرفته اطلاعاتی در زمینه هفته بارداری، سن، شغل، میزان تحصیلات، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و غیره بود و (۲) پرسشنامه اضطراب بارداری: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط Van den Berg تهیه و تدوین شده و مجموعه‌ای متشکل از ۵۸ ماده است. تحلیل عاملی اکتشافی داده‌های این پرسشنامه پنج عامل شامل ترس از زایمان (۴ ماده)، ترس از تولد یک بچه توان‌خواه جسمی-روانی (۵ ماده)، ترس از تغییر در روابط زناشویی (۱۳ ماده)، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک (۱۶ ماده)، و ترس‌های خودمحورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر (۷ ماده) را نشان داد. سه سؤال آخر نیز حالت‌های عمومی هستند که تصویری کلی از حاملگی ارائه می‌دهند و در تحلیل گنجانده نشده‌اند. نمره نهایی این پرسشنامه از جمع کردن نمره تمام عبارت‌ها به دست می‌آید. نمره هر عبارت نیز بین صفر تا هفت درجه‌بندی شده است. بنابراین نمره اضطراب بارداری می‌تواند بین صفر تا ۴۰۶ باشد

با نگرانی ذهنی مادر درباره بچه‌دار شدن تلقی می‌شود که می‌تواند مادر را برای بارداری و تغییرات همراه آن آماده سازد. اما نگرانی و اضطراب می‌تواند شکل بیماری به خود گرفته و چنان شدت یابد که بهداشت روانی مادر باردار را تحت تأثیر قرار دهد (۵). در حقیقت، عوامل بسیاری در طی بارداری درگیر هستند که می‌توانند در ایجاد اضطراب نقش داشته باشند، به طوری که برای هر زنی جنبه‌های خاص از بارداری تنیدگی‌زا تلقی می‌شود. فراوانی و شدت اضطراب نیز بستگی به درک زن از تنش‌ها و توانایی مقابله با اضطراب دارد (۶). از جمله عواملی که باعث اضطراب زنان باردار می‌شود می‌توان ترس از درد، حوادث قبلی (مانند سوء استفاده جنسی)، عوامل شخصیتی، مشکلات روانی-اجتماعی، احساس درماندگی در پیش‌بینی روند زایمان، اضطراب در مورد فرزند، عدم حمایت، سطح سواد کم، شنیدن "داستان‌های ترسناک" از دیگران و رسانه‌ها و تجربه زایمان قبلی را نام برد (۷). توجهی فزاینده به سوی درک و درمان اختلال‌های سلامت روان پیش از زایمان در حال شکل‌گیری است (۸). بررسی پیشینه پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش زنان در دوران بارداری اثرات مثبتی را برای آنها و نوزادانشان به دنبال دارد. به عنوان مثال نشان داده شده است که آموزش‌های ویژه پیش از بارداری، استفاده بیشتر زنان از استراتژی‌های مقابله با درد زایمان و همکاری بیشتر شریک زندگی در این امر را در پی دارد (۹). نتایج حاصل از یک پژوهش در ایران نیز حاکی از این بود که مشاوره با زنان در سه ماهه سوم بارداری در مورد مسائل مختلف بارداری و زایمان، سبب کاهش میزان اضطراب آن‌ها در شروع زایمان می‌گردد (۱۰). نتایج حاصل از مطالعه دیگری نیز حاکی از این بوده است که آموزش‌های قبل از زایمان می‌تواند نقش مهمی در سلامت مادر و نوزاد در طول و پس از زایمان بازی کند و نقش معناداری در کاهش تعداد زایمان‌های سخت و غیر طبیعی (Dystocic deliveries) و سزارین داشته باشد (۱۱). بررسی‌ها نشان می‌دهند که با وجود مزایای زایمان طبیعی و عوارض مرتبط با عمل سزارین، نرخ سزارین به طور چشمگیری در سال‌های اخیر افزایش یافته است (۱۲). سطوح بالای اضطراب در طول بارداری علاوه بر اینکه فراوانی انتخاب سزارین را افزایش می‌دهد موجب افزایش خطر افسردگی، اضطراب، و کاهش تولید و ترشح شیر مادر در دوره بعد از زایمان شده و می‌تواند مشکلات در نظم و به دنبال آن فزون‌کنشی و عاطفه منفی (Negative affect)، تحریک‌پذیری، گریه بیشتر، و وضعیت ناپایدارتر در نوزاد و کاهش رشد ذهنی کودک در سن دو سالگی را به دنبال داشته باشد (۱۳-۱۵).

نتایج یک پژوهش نیز نشان داده است که زنان نسبت به مردان اضطراب بیشتری را در طول بارداری تجربه می‌کنند و نشانه‌های این اضطراب از یک الگوی U شکل پیروی می‌کند. به طوری که میزان اضطراب در سه‌ماهه اول بالاتر است، در سه‌ماهه دوم از میزان آن کاسته می‌شود و دوباره در سه‌ماهه سوم افزایش می‌یابد (۱۶). تقریباً در ۳۳ درصد زنان باردار، ترس از زایمان و اضطراب در سه‌ماهه آخر بارداری وجود دارد و ۱۱ تا ۱۰ درصد از آن‌ها، ترس شدید از زایمان را تجربه می‌کنند (۱۷). بنابراین، می‌توان گفت که اختلال‌های اضطرابی در دوران بارداری شایع بوده و با نتایجی جدی و پایدار، هم برای مادر و هم کودک مرتبط هستند (۸). روش درمان شناختی-رفتاری (CBT: Cognitive-Behavioral Therapy) یکی از درمان‌های روانشناختی است که

رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن پاسخ‌هایشان اطمینان داده شد و کسانی که تمایل به همکاری نداشتند از پژوهش خارج شدند. از شرکت‌کنندگان در جلسات مداخله نیز به صورت کتبی رضایت‌نامه دریافت شد. مداخله آموزشی در این مطالعه بر اساس شیوه‌های شناختی-رفتاری مناسب برای کاهش اضطراب زنان باردار (۱۸) و برنامه‌های تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت کشور در طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۲ بار برگزار گردید. محتوای جلسه‌ها به طور خلاصه در جدول ۱ گزارش شده است. لازم به ذکر است که هر جلسه مداخله‌ای با ارائه تکالیف و دادن بازخورد به اعضای نمونه و اجرای تمرینات مناسب، همچنین مروری بر جلسات قبل سازماندهی شد. جهت تحلیل داده‌ها نیز از نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS استفاده گردید. ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، داده‌ها توصیف شدند. سپس با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی تفاوت‌های موجود بین دو گروه پژوهش نیز از آزمون‌های تحلیل کوواریانس و خی دو استفاده شد.

(۲۰). روایی محتوایی مقیاس بالا گزارش شده است (۲۱). بررسی پایایی این پرسشنامه نیز نشان داد که میزان آلفای کرونباخ در سراسر حاملگی ۰/۷۶ بود. برای آزمون روایی همزمان، همبستگی بین این پرسشنامه و پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) محاسبه شده که نتایج، سطح قابل قبولی از روایی را نشان دادند (۴). در پژوهش بابانظری و کافی (۲۰) نیز آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۱ و برای هر یک از مؤلفه‌ها به این ترتیب ترس از زایمان ۰/۴۷، ترس از به دنیا آوردن بک بچه توان‌خواه جسمی-روانی ۰/۴۱، نگرانی از تغییر در روابط زناشویی ۰/۶۵، نگرانی درباره تغییرات خلق و پیمادهای آن برای کودک ۰/۶۶، و احساسات خودمحرانه یا ترس از تغییرات ۰/۵۱ گزارش شده است. پس از انجام پیش‌آزمون، به گروه آزمایش آموزش‌های شناختی و رفتاری دوران بارداری در طی ۱۲ جلسه ارائه شد اما گروه گواه فقط مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. پس از اتمام دوره مداخله، هر دو گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که پیش از شروع روند مطالعه مجوزهای لازم از مراجع مربوطه اخذ گردید. همچنین، به جهت

جدول ۱: خلاصه طرح آموزش شناختی-رفتاری به تفکیک جلسه‌ها

جلسه	محتوای جلسه
۱	معارفه؛ توضیح در مورد شیوه شناختی-رفتاری، و مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین
۲	آموزش‌های روانشناختی درباره ماهیت ترس و اضطراب؛ آشنایی با پاسخدهی سیستم سمپاتیک در زمان اضطراب؛ آشنایی با ماهیت اضطراب و ترس دوران بارداری
۳	آموزش نظارت بر نشانه‌های خود به شرکت‌کنندگان برای شناسایی سوابق و پاسخ‌هایشان به اضطراب
۴	آموزش مراقبت از خود؛ آشنایی با نکات مهم مراقبت از نوزاد
۵	آموزش مدیریت افکار مربوط به اضطراب از طریق انحراف فکر، بازسازی شناختی و خودگویی‌های مثبت
۶	آموزش مدیریت افکار مربوط به اضطراب از طریق آزمایش رفتاری
۷ و ۸	آموزش مدیریت نشانه‌های جسمانی اضطراب از طریق تنش‌زدایی پیش‌رونده عضلانی
۹	آموزش مدیریت نشانه‌های جسمانی اضطراب از طریق تصویرسازی و تمرین تنفس
۱۰	مواجهه با اضطراب و ترس از طریق قرار گرفتن در معرض احساس‌های درونی مورد ترس و تصویرسازی
۱۱	مواجهه با اضطراب و ترس از طریق نمایش فیلم زایمان طبیعی
۱۲	بازنگری کل برنامه؛ توضیح در مورد حفظ دستاوردها و جلوگیری از بازگشت نشانه‌ها؛ و در پایان برگزاری پس‌آزمون

جدول ۲: شاخص‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه (تعداد: ۲۴)

شاخص‌های جمعیت‌شناختی		گروه آزمایش		گروه گواه	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن (سال)					
۲۳-۱۸		۶	٪۵۰	۵	٪۴۱/۶۶
۲۹-۲۴		۴	٪۳۳/۳۳	۷	٪۵۸/۳۳
۳۵-۳۰		۲	٪۱۶/۶۶	۰	٪۰
هفته بارداری					
۲۶ و ۲۷		۲	٪۱۶/۶۶	۳	٪۲۵
۲۸ و ۲۹		۴	٪۳۳/۳۳	۲	٪۱۶/۶۶
۳۰ و ۳۱		۱	٪۸/۳۳	۱	٪۸/۳۳
۳۲ و ۳۳		۳	٪۲۵	۳	٪۲۵

۳۴ و ۳۵	۲	٪۱۶/۶۶	۳	٪۲۵
میزان تحصیلات				
دیپلم	۶	٪۵۰	۵	٪۴۱/۶۶
فوق دیپلم	۱	٪۸/۳۳	۲	٪۱۶/۶۶
لیسانس	۳	٪۲۵	۳	٪۲۵
فوق لیسانس	۲	٪۱۶/۶۶	۲	٪۱۶/۶۶
وضعیت اشتغال				
شاغل	۴	٪۳۳/۳۳	۶	٪۵۰
خانه‌دار	۸	٪۶۶/۶۶	۶	٪۵۰
خواسته یا ناخواسته بودن بارداری				
خواسته	۱۱	٪۹۱/۶۶	۱۰	٪۸۳/۳۳
ناخواسته	۱	٪۸/۳۳	۲	٪۱۶/۶۶

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها و بررسی نرمالیتی داده‌ها

گروه	پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
	میانگین	انحراف	Z	P	میانگین	انحراف	Z	P
ترس از زایمان								
آزمایش	۷۳/۲۵	۹/۸۷	۱/۰۶	۰/۲۰	۵۶/۰۸	۸/۷۵	۰/۹۵	۰/۳۲
گواه	۶۹/۴۲	۷/۰۳	۰/۹۷	۰/۳۰	۷۰/۲۵	۸/۳۸	۰/۶۶	۰/۷۷
ترس از تولد کودک توان‌خواه								
آزمایش	۲۶/۱۷	۵/۰۹	۰/۹۵	۰/۹۵	۲۰/۱۷	۳/۷۶	۰/۵۷	۰/۸۹
گواه	۲۶/۷۵	۴/۶۱	۰/۸۶	۰/۴۴	۲۶/۵۸	۳/۸۰	۰/۵۳	۰/۹۴
ترس از مشکلات زناشویی								
آزمایش	۶۱/۲۵	۸/۰۳	۰/۵۵	۰/۹۱	۵۱/۵۰	۷/۱۰	۰/۷۹	۰/۵۵
گواه	۶۱/۱۷	۸/۷۰	۱/۱۴	۰/۱۴	۵۶/۶۷	۱۲/۴۶	۰/۹۳	۰/۳۵
ترس از تغییرات خلقی								
آزمایش	۷۶/۲۵	۷/۰۱	۰/۷۷	۰/۵۸	۵۹/۵۸	۶/۰۴	۰/۵۷	۰/۸۹
گواه	۷۲/۱۷	۷/۷۲	۱/۱۹	۰/۱۱	۷۱/۶۷	۸/۴۹	۰/۷۸	۰/۵۷
اضطراب کل								
آزمایش	۳۶۶/۰۰	۴۶/۵۹	۰/۴۸	۰/۹۷	۲۰۹/۰۰	۷/۱۶	۰/۴۹	۰/۹۷
گواه	۳۶۴/۵۰	۳۹/۹۷	۰/۷۰	۰/۷۰	۲۶۷/۲۵	۵۴/۵۷	۰/۷۸	۰/۵۷

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به مؤلفه‌های اضطراب زایمان بین گروه‌های گواه و آزمایش

آزمون	مقدار	F	Df1	Df2	P	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلائی	۰/۸۹	۳۱/۵۹	۴	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
لامدای ویکلز	۰/۱۱	۳۱/۵۹	۴	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
اثر هوتلینگ	۸/۴۲	۳۱/۵۹	۴	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
بزرگترین ریشه روی	۸/۴۲	۳۱/۵۹	۴	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱

یافته‌ها

شاخص‌های جمعیت‌شناختی نمونه در **جدول ۱** گزارش شده است. در **جدول ۳** شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها و همچنین نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمالیتی داده‌ها گزارش شده‌اند. با توجه به **جدول ۳** مقادیر Z کالموگروف-اسمیرنف برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نیست که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق در گروه‌ها است. با توجه به این یافته می‌توان از آزمون‌های پارامتریک مانند تحلیل کوواریانس استفاده کرد. همچنین بررسی میانگین‌ها در **جدول ۳** نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش یافته است. اما میانگین گروه گواه تغییری نکرده و در بعضی موارد نیز کاهش یافته است. قبل از به‌کارگیری آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای بررسی تأثیر شرکت در دوره آموزش شناختی-رفتاری جهت آمادگی برای زایمان بر نمره کل اضطراب زایمان در زنان نخست‌زا، بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون نشان داد که تعامل بین شرایط و پیش‌آزمون معنادار نیست ($P > 0.05$). به این ترتیب زمانی که اثر پیش‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود تفاوت بین گروه‌ها معنادار است و می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه برابر است و می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که آماره F نمره کل اضطراب زایمان در پس‌آزمون ($14/37$) در سطح 0.01 معنادار است و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان اضطراب زایمان تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین، میزان اندازه اثر ($0/41$) نشان داد که عضویت گروهی 41 درصد از تغییرات اضطراب زایمان کل را تبیین می‌کند. توان آزمون نیز برابر یک بود که بالاتر از $0/70$ بوده و این نشانگر کافی بودن حجم نمونه است. برای بررسی این که میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس‌آزمون اضطراب زایمان پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش‌آزمون بیشتر است میانگین‌های تصحیح‌شده با استفاده از تصحیح بنفرونی برآورد شدند. نتایج نشان داد که میانگین گروه آزمایش در اضطراب زایمان ($208/79$) از میانگین گروه گواه در این متغیر ($267/46$) کمتر است که با توجه به آزمون F تحلیل کوواریانس یک‌راهه معنادار می‌باشد. بنابراین، می‌توان گفت که شرکت در دوره آموزش شناختی-رفتاری جهت آمادگی برای زایمان موجب کاهش میزان اضطراب زایمان در زنان نخست‌زا می‌شود. قبل از برای بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های آمادگی برای زایمان بر مؤلفه‌های اضطراب زایمان با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری یک‌راهه، همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که نشان داد تعامل بین شرایط و پیش‌آزمون معنادار نیست ($P > 0.05$). بنابراین، نتیجه گرفته شد که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه برابر است.

با توجه به **جدول ۴**، آماره F تحلیل کوواریانس چند متغیری بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های اضطراب زایمان ($31/59$) در سطح 0.01 معنادار است. بنابراین، می‌توان گفت که بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ مؤلفه‌های اضطراب زایمان در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، میزان اندازه اثر نشان می‌دهد که

عضویت گروهی 89 درصد از تغییرات متغیرهای وابسته را تبیین می‌کند. توان آماری نیز برابر یک است که نشانگر کافی بودن حجم نمونه جهت انجام تحلیل می‌باشد. برای بررسی اینکه گروه‌های آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌های اضطراب زایمان با یکدیگر تفاوت دارند، آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه انجام شد و ملاحظه گردید که آماره F مؤلفه‌های ترس از زایمان ($73/92$) و ترس از توان‌خواه بودن کودک ($30/14$) در سطح 0.01 و مؤلفه ترس از تغییرات خلقی ($26/84$) در سطح 0.01 معنادار بوده اما آماره F مؤلفه ترس از مشکلات زناشویی ($3/02$) معنادار نیست. همچنین، میزان اندازه اثر نشان داد که عضویت گروهی 80 درصد از تغییرات ترس از زایمان، 62 درصد ترس از توان‌خواه بودن کودک، 14 درصد ترس از مشکلات زناشویی، و 74 درصد از واریانس ترس از تغییرات خلقی را تبیین می‌کند. توان آماری نیز بالاتر از $0/70$ بود که نشانگر کفایت حجم نمونه می‌باشد. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در همه مؤلفه‌های اضطراب زایمان غیر از مؤلفه ترس از مشکلات زناشویی تفاوتی معنادار وجود دارد.

برای بررسی این که میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس‌آزمون هر یک از مؤلفه‌های ترس از زایمان پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش‌آزمون بیشتر است میانگین‌های تصحیح‌شده با استفاده از تصحیح بنفرونی برآورد شدند. نتایج نشان داد که میانگین گروه آزمایش در ترس از زایمان ($53/41$)، ترس از توان‌خواه بودن فرزند ($20/57$)، ترس از مشکلات زناشویی ($51/04$)، و ترس از تغییرات خلقی ($58/03$) از میانگین گروه گواه در این مؤلفه‌ها به ترتیب با میانگین‌های ($72/92$)، ($26/18$)، ($57/12$) و ($73/22$) کمتر است. بنابراین، می‌توان گفت که شرکت در دوره آموزش شناختی-رفتاری جهت آمادگی برای زایمان نه تنها موجب کاهش میزان اضطراب زایمان در زنان نخست‌زا می‌شود بلکه بر تمامی مؤلفه‌های آن به غیر از مؤلفه ترس از مشکلات زناشویی تأثیر معنادار دارد.

بررسی رابطه بین عضویت گروهی و انتخاب نوع زایمان در بین زنان نخست‌زا بعد از اعمال مداخله به وسیله آزمون χ^2 دو نیز نشان داد که مقدار این آزمون ($4/19$) معنادار است ($P < 0.05$ و $df = 1$). یعنی بین عضویت گروهی و انتخاب نوع زایمان رابطه معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر شرکت در دوره آموزش شناختی-رفتاری جهت آمادگی برای زایمان موجب بروز تفاوت در انتخاب نوع زایمان شده است. بررسی رابطه بین نوع گروه و نوع زایمان پس از مداخله نیز نشان داد که از 12 عضو گروه آزمایش 8 نفر زایمان طبیعی و 4 نفر سزارین را انتخاب کردند در حالی که از 12 عضو گروه گواه 3 نفر زایمان طبیعی و 9 نفر سزارین را برگزیدند. این یافته نشان می‌دهد که بعد از شرکت در دوره آموزش شناختی-رفتاری جهت آمادگی برای زایمان میزان علاقه‌مندی به زایمان طبیعی در بین گروه آزمایش افزایش یافته است.

بحث

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که آموزش شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب بارداری و نوع انتخاب زایمان زنان نخست‌زا تأثیری معنادار دارد. بسیاری از پژوهش‌ها نقش درمان‌های روانشناختی را به عنوان

اضطراب‌شان را شناسایی کرده و دارای الگوهای پاسخ‌دهی، افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی خودکار و مداوم می‌گردند. این تداوم در افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی در نهایت سبب می‌گردد که این زنجیره کاملاً خارج از آگاهی قرار گیرد.

آموزش شیوه‌های آرام‌سازی شناختی-رفتاری مانند تکالیف تنش‌زدایی پیش‌رونده عضلانی، تمرین تنفس، و تصویرسازی ذهنی می‌تواند با تنظیم اعمال فیزیولوژیک بدن و در نتیجه کاهش مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب و همچنین ارتقاء کنترل شخصی تکانه‌ها، هیجانات و یا نگرش‌ها، بر سلامت روانی زنان باردار تأثیری بسزا داشته و به آرامش آنها منتهی گردد. آرامش می‌تواند آثار شناختی وسیعی به دنبال داشته باشد به طوری که Peveler و Johnston (۱۹۸۶) دریافتند که آرامش، امکان دستیابی به اطلاعات مثبت در حافظه را افزایش می‌دهد و در نتیجه، دسترسی به گزینه‌هایی بر ضد افکار معطوف به خطر را آسان‌تر می‌سازد. این امر خود به اجرای صحیح سایر شیوه‌های شناختی-رفتاری مانند بازسازی شناختی و آزمایش رفتاری که بر نگرش و شیوه‌های تفکر صحیح از طریق شناسایی و بازسازی تحریف‌های شناختی و افکار منفی و نیز بررسی قضاوت‌ها تأکید دارند، کمک می‌کند (۳۵). بازسازی شناختی که به عنوان تجربه‌گرایی منطقی نیز شناخته شده است، کمک می‌کند تا افراد با استفاده از استدلال منطقی برای آزمون عملی محتوای افکار پر از اضطراب خود در مقابل واقعیت تجربه‌های زندگی‌شان، جریان افکار مملو از اضطراب خود را شناسایی کنند و حتی افکار اضطرابی غالب خود را مورد آزمایش رفتاری قرار دهند. یعنی احتمال رخ دادن اتفاقی را که نسبت به آن نگران هستند در واقعیت بیازمایند (۸). بدین ترتیب ارزیابی شناختی حوادث بر پاسخ به آن حوادث تأثیر گذاشته و مقدمه‌ای برای تغییر فعالیت شناختی خواهد شد (۳۶).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که آموزش شناختی-رفتاری می‌تواند اضطراب زنان باردار را کاهش داده و سبب شود که آنها زایمان طبیعی را به سزارین ترجیح دهند. اما این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود که سبب می‌شوند در تعمیم نتایج جانب احتیاط رعایت گردد. از این محدودیت‌ها می‌توان به حجم کم نمونه و عدم امکان پیگیری نتایج اشاره نمود. در پایان پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی زنانی که بارداری را برای چندمین بار تجربه می‌کنند نیز مورد مطالعه قرار گیرند. همچنین، پیشنهاد می‌گردد با توجه به اینکه آموزش شیوه شناختی-رفتاری مانند سایر آموزش‌های روانشناختی، کم‌هزینه بوده و عوارض جانبی به دنبال ندارد، در کنار مراقبت‌های معمول دوران بارداری به کار رود تا سبب کاهش اضطراب زنان باردار شده و آنها را به انتخاب زایمان طبیعی ترغیب نماید.

سپاسگزاری

با تشکر از همه عزیزانی که ما را در به انجام رساندن این پژوهش یاری کردند. مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی با کد ۶۴۰۱ است که در تاریخ ۱۳۹۲/۰۸/۲۰ به تصویب دانشگاه گیلان رسیده است.

راهکاری برای کاهش اضطراب و انتخاب زایمان طبیعی در زنان باردار تأیید می‌کنند. به عنوان مثال نتایج حاصل از پژوهشی نشان داد که روش‌های درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش اضطراب زنان نخست‌زا می‌شود (۲۲). در مطالعه دیگری نیز نشان داده شد که آموزش‌های مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری دردوران بارداری رویکرد مؤثری برای افزایش سلامت روانی زنان نخست‌زا و کاهش ناراحتی ناشی از اضطراب آنها در مقابله با تنش‌های بارداری است (۲۳). در یک تحقیق دیگر نشان داده شد در زنان بارداری که تحت آموزش شناختی تیزدیل (Teasdale's Cognitive Therapy) قرار می‌گیرند، هم اضطراب صفت و هم اضطراب حالت کاهش می‌دهد (۲۴). فیروزبخت، نیکپور، و اسدی (۱۳۹۲) نیز در مطالعه خود نشان دادند که آموزش دوران بارداری و حمایت روانشناختی زنان در طی زایمان از اضطراب و درد زایمان کاسته و فراوانی مداخلاتی از قبیل اپی‌زیاتومی (Episiotomy) و سزارین اورژانسی را کاهش می‌دهد (۲۵). در یک پژوهش دیگر نیز نشان داده شد که اجرای آموزش‌های دوران بارداری سبب کاهش اضطراب در این دوران می‌شود (۲۶). حسینی‌نسب، تقوی، و احمدیان (۱۳۸۷) نیز نشان دادند که آموزش‌های دوران بارداری سبب افزایش اعتماد به نفس و کاهش ترس و اضطراب زنان باردار می‌شود (۲۷). پژوهش دیگری نیز نشان داد که آموزش روانشناختی در زنان نخست‌زا با ترس شدید از زایمان باعث کاهش فراوانی انتخاب سزارین و رضایت بیشتر از تجربه زایمان می‌گردد (۲۸).

علاوه بر این نتایج حاصل از پژوهش‌ها نشان‌دهنده تأثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری بر سلامت روان و سرسختی زنان ناباروری است که تحت درمان کمک باروری هستند (۲۹). همچنین، آموزش درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش اضطراب زنان نابارور شده (۳۰) و نه تنها جایگزین قابل اعتمادی برای دارو درمانی است بلکه در کاهش استرس ناباروری بر فلوکستین برتری دارد (۳۱). نتایج برخی از پژوهش‌ها نیز با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی ندارند. به عنوان مثال در مطالعه‌ای نشان داده شد که آموزش ویژه زور زدن و فیزیولوژی مرحله دوم زایمان در طی دو جلسه پانزده دقیقه‌ای به زنان باردار نرخ بالاتر القای زایمان (Induction of labour) را در آنها به دنبال دارد (۳۲). در پژوهش دیگری نیز گزارش داده شد که آموزش تولد نوزاد و وظایف والدینی نه تنها بر ارزیابی مهارت‌های والدینی و تجارب زنان نخست‌زا از زایمان تأثیری ندارد بلکه سبب استفاده از نرخ بالاتر اپیدورال (Epidural) در زنانی می‌شود که تحت آموزش قرار گرفته‌اند (۳۳). از دلایل ناهمخوان بودن نتایج پژوهش‌های ذکر شده با یافته‌های مطالعه حاضر، می‌توان به متفاوت بودن شیوه آموزش آنها از شیوه‌های روانشناختی از جمله درمان شناختی-رفتاری، تفاوت تعداد اعضای نمونه‌ها، و تعداد بسیار کمتر جلسات مداخله آنها از پژوهش حاضر اشاره کرد. در توجیه یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که شدت درد در طی زایمان ارتباط زیادی به تنش‌های روانشناختی مادر دارد، لذا شناسایی این تنش‌ها و مقابله با آنها یکی از مؤثرترین راه‌های استفاده از روش‌های غیردارویی برای کاهش درد و مقابله با تنیدگی قبل و بعد از زایمان می‌باشد (۳۴). زنان مضطرب در دوران بارداری تهدیدهای بالقوه برای سلامتی و تشدید

References

1. van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth*. 2006;33(4):297-302. DOI: [10.1111/j.1523-536X.2006.00122.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00122.x) PMID: 17150068
2. Solchany J. Issues of mental health in pregnancy. *Int J Childbirth Educ*. 2003; 18(1): 12-6.
3. (APA) APA. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: Author; 2013.
4. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev*. 2004;79(2):81-91. DOI: [10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014](https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014) PMID: 15324989
5. Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. *Biol Psychiatry*. 2003;54(3):208-15. PMID: 12893097
6. Da Costa D, Dritsa M, Verreault N, Balaa C, Kudzman J, Khalife S. Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(3):249-57. DOI: [10.1007/s00737-009-0104-3](https://doi.org/10.1007/s00737-009-0104-3) PMID: 19728037
7. Otley H. Fear of childbirth: Understanding the causes, impact and treatment. *Br J Midwifery*. 2011; 19(4): 215-20.
8. Arch JJ, Dimidjian S, Chessick C. Are exposure-based cognitive behavioral therapies safe during pregnancy? *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(6):445-57. DOI: [10.1007/s00737-012-0308-9](https://doi.org/10.1007/s00737-012-0308-9) PMID: 22983422
9. Escott D, Slade P, Spiby H, Fraser RB. Preliminary evaluation of a coping strategy enhancement method of preparation for labour. *Midwifery*. 2005;21(3):278-91. DOI: [10.1016/j.midw.2004.12.009](https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.12.009) PMID: 15967550
10. Delaram M, Soltanpour F. [The Effect of Counseling in Third Trimester on Anxiety of Nulliparous Women at the Time of Admission for Labor]. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012; 14(2): 61-5.
11. Mehdizadeh A, Roosta F, Chaichian S, Alaghebandan R. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Am J Perinatol*. 2005;22(1):7-9. DOI: [10.1055/s-2004-837738](https://doi.org/10.1055/s-2004-837738) PMID: 15668838
12. Yousefzadeh S, Esmaili Darmiyan M, Asadi Younesi MR, Shakeri MT. [Effects of Training about the Benefits of Natural Childbirth during Pregnancy on the Attitude and Intentions to Select the Mode of Delivery in Nulliparous Women]. *J Midwifery Reprod Health*. 2016; 4(3): 704-11.
13. Schmid G, Schreier A, Meyer R, Wolke D. Predictors of crying, feeding and sleeping problems: a prospective study. *Child Care Health Dev*. 2011;37(4):493-502. DOI: [10.1111/j.1365-2214.2010.01201.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01201.x) PMID: 21299592
14. Hemmi MH, Wolke D, Schneider S. Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Arch Dis Child*. 2011;96(7):622-9. DOI: [10.1136/adc.2010.191312](https://doi.org/10.1136/adc.2010.191312) PMID: 21508059
15. Richter R, Bergmann RL, Dudenhausen JW. Previous caesarean or vaginal delivery: Which mode is a greater risk of perinatal death at the second delivery? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;132(1):51-7. DOI: [10.1016/j.ejogrb.2006.06.002](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.06.002) PMID: WOS:000246751000009
16. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord*. 2009;119(1-3):142-8. DOI: [10.1016/j.jad.2009.03.005](https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.005) PMID: 19346001
17. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;30(3):168-74. DOI: [10.1080/01674820902950538](https://doi.org/10.1080/01674820902950538) PMID: 19591052
18. Haring M, Smith JE, Bodnar D, Misri Sh, Little RM, Ryan D. Coping with anxiety during pregnancy and following the birth: A cognitive behaviour therapy-based self-management-guide for women and health care providers. Vancouver: The BC Reproductive Mental Health Program; 2013.
19. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (10th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
20. Babanazari L, Kafi SM. [Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2008; 14(2): 206-13.
21. Van den Berg BRH. The influence of maternal emotional during pregnancy on fetal & neonatal behavior. *Pre Perinatal Psychol J*. 1990; 5: 119-30.
22. Imanparast R, Bermas H, Danesh S, Ajoudani Z. [The effect of cognitive behavior therapy on anxiety reduction of first normal vaginal delivery]. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 2014; 22(1): 974-80.
23. Dareshouri Mohammadi Z, Bosaknejad S, Sarvghad S. [A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health of primiparous women]. *Jentashapir*. 2013; 3(4): 495-504.
24. Karimi A, Moradi O, Shahoei R. The effect of Teasdale's cognitive therapy on anxiety reduction during pregnancy. *Int J Hum Cult Stud*. 2016; Special Issue: 1170-80.
25. Firouzbakht M, Nikpour M, Asadi Sh. [The Effect of Prenatal Education Classes on the Process of Delivery]. *J Health Breeze*. 2014; 2(1): 45-54.

26. Rafiee B, Akbarzade M, Asadi N, Zare N. [Comparison of Attachment and Relaxation Training Effects on Anxiety in Third Trimester and Postpartum Depression among Primipara Women]. *J Hayat*. 2013; 19(1): 76-88.
27. Hosseini nasab D, Taghavi S, Ahmadian S. [The effect of maternal education on anxiety, pain, and labor for mothers]. *Med J Tabriz Uni Med Sci Health Serv*. 2009; 31(4): 24-30.
28. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG*. 2013;120(1):75-84. DOI: [10.1111/1471-0528.12011](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12011) PMID: [23121002](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23121002/)
29. Mosalanejad L, Khodabakshi Koolaee A, Jamali S. Effect of cognitive behavioral therapy in mental health and hardiness of infertile women receiving assisted reproductive therapy (ART). *Iran J Reprod Med*. 2012;10(5):483-8. PMID: [25246916](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25246916/)
30. Hamzeh Pour T. The effect of cognitive behavioural therapy on anxiety in infertile women. *Eur J Exp Biol*. 2014; 4(1): 415-9.
31. Faramarzi M, Pasha H, Esmailzadeh S, Kheirkhah F, Heidary S, Afshar Z. The effect of the cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on infertility stress: a randomized controlled trial. *Int J Fertil Steril*. 2013;7(3):199-206. PMID: [24520487](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24520487/)
32. Phipps H, Charlton S, Dietz HP. Can antenatal education influence how women push in labour? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009;49(3):274-8. DOI: [10.1111/j.1479-828X.2009.00984.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2009.00984.x) PMID: [19566559](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19566559/)
33. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(5):436-43. DOI: [10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x](https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x) PMID: [15842207](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15842207/)
34. Bahribinabaj N, Latifnejad R, Abdollahian A, Esmaeeli H. [The effect of one to one midwife support on labor pain]. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2005; 8(4): 59-64.
35. Peveler RC, Johnston DW. Subjective and cognitive effects of relaxation. *Behav Res Ther*. 1986;24(4):413-9. PMID: [3527138](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3527138/)
36. Dobson KS, Dozois DJA. Historical and philosophical bases of the Cognitive-Behavioral Therapies. In: Dobson K, editor. *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2010. P. 3-38.

Effectiveness of Cognitive-behavioral Education on Anxiety During Pregnancy and Delivery Method in Primiparous Women

Abbas Ali Hossein Khanzadeh ^{1,*}, Azam Rostampour ², Nahid Nedae ²,
Mahnaz Khosrojauid ³

¹ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

² MSc, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

* **Corresponding author:** Abbas Ali Hossein Khanzadeh, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran. E-mail: Abbas_khanzadeh@yahoo.com

Received: 4 May 2016

Accepted: 9 Jan2017

Abstract

Introduction: Pregnancy is associated with various physical and psychological changes. Pregnant women may experience a lot of anxiety. The present study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral education on anxiety during pregnancy and delivery method in Primiparous women.

Methods: This was a semi-experimental study using a pre-test post-test control-group design. The study population included all primiparous women admitted to Asalian Hospital in Khorramabad, Iran, in 2014. 24 women were selected via convenience sampling based on certain inclusion and exclusion criteria and were randomly divided into experimental and control groups. In addition to providing both groups with normal medical care during pregnancy, only the experimental group received twelve 90 minute sessions of cognitive-behavioral education. Data were collected using a researcher-made demographic questionnaire and the Van den Berg Questionnaire Pregnancy Related Anxiety. Data were analyzed by descriptive statistics, analysis of covariance, and chi-square tests using SPSS (v. 20).

Results: Mean scores of anxiety during pregnancy in the experimental group decreased significantly as opposed to the control group ($P < 0.001$). Additionally, there was a significant difference between the experimental and the control group in terms of delivery method ($P < 0.05$).

Conclusions: Prenatal cognitive-behavioral education was effective in reducing the anxiety of pregnant women and in referring them for vaginal delivery method. Therefore, establishing and promoting various methods for low pain childbirth and training pregnant women for choosing the vaginal delivery method is recommended.

Keywords: Anxiety During Pregnancy; Cognitive-Behavioral Education; Delivery Method; Primiparous Women