DOI: 10.22122/rbs.v17i1.2179

اثربخشی کاهش ترس از درد زایمان به شیوه واقعیت درمانی بر انتخاب روش زایمان واژینال در زنان باردار

ماندانا محمودجانلو[۱]، حسن احدی[۲]، سهیلا نظرپور[۳]، آدیس کراسکیان موجمباری[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: زایمان واژینال (Vaginal Delivery) می‌تواند به‌عنوان یکی از پراسترس‌ترین تجارب زندگی یک مادر به‌حساب آید. ازاین‌رو تعداد قابل‌توجهی از مادران باردار برای رهایی از این شرایط زایمان سزارین را به‌عنوان روش ختم بارداری بر می‌گزینند. ازآنجاکه ترس از درد زایمان (fear of labor pain) یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر انتخاب روش سزارین در زنان باردار است، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی کاهش ترس از درد زایمان به شیوه واقعیت درمانی (Reality therapy) بر انتخاب روش زایمان واژینال در زنان باردار نخست‌زا بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه گواه است. نمونه مورد بررسی شامل ۳۹ زن باردار ساکن شهرستان نوشهر بود که سن حاملگی ۴ هفته و بالاتر داشتند، روش سزارین انتخابی را جهت زایمان برگزیده و برای مراقبت مامایی در دی‌ماه لغایت اسفندماه سال ۱۳۹۶ به مراکز بهداشت شهری و روستایی مراجعه کرده بودند. افراد نمونه به روش غیر تصادفی هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰) و گواه (۱۹) گمارده شدند. واقعیت درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته برای گروه آزمایش اجرا شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه نگرش به زایمان (Childbirth Attitudes Questionnaire یا CAQ) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: بعد از اجرای واقعیت درمانی، ترس از درد زایمان در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه تفاوت معنی‌داری نشان داد ($p<۰/۰۱$). تفاوت معناداری در نمره ترس از درد زایمان زنانی که پس از واقعیت درمانی تصمیم به انجام زایمان واژینال گرفتند نسبت به افرادی که همچنان انجام زایمان به روش سزارین را برای ختم حاملگی در نظر داشتند، مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد واقعیت درمانی در کاهش ترس از درد زنان باردار نخست‌زا مؤثر است ولی کاهش ترس از درد بر انتخاب روش زایمان واژینال اثری نداشت. واقعیت درمانی را می‌توان برای کاهش ترس از درد زایمان به کار برد.

واژه‌های کلیدی: بارداری، ترس از درد، زایمان، واقعیت درمانی.

ارجاع: محمودجانلو ماندانا، احدی حسن، نظرپور سهیلا، کراسکیان موجمباری آدیس. **اثربخشی کاهش ترس از درد زایمان به شیوه واقعیت درمانی بر انتخاب روش زایمان واژینال در زنان باردار.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۱): ۷۶-۶۸.

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۲۹

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۲- استاد، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۳- استادیار، گروه مامایی، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران.
۴- استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
نویسنده مسئول: حسن احدی
Email: drhahadi5@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.68]

مقدمه

در اکثریت موارد زایمان واژینال (Vaginal delivery) ایمن‌ترین و کم عارضه‌ترین روش زایمان برای مادر و نوزاد است، اما گاهی به دلایل مختلف زنان باردار از انتخاب این روش کم عارضه و ایمن سرباز زده و سزارین را انتخاب می‌نمایند. شواهد بسیاری وجود دارد که عوامل روان‌شناختی بر انتخاب شیوه زایمان، جریان زایمان و خروج نوزاد تأثیرگذار هستند. هفتادویک درصد ترس از زایمان واژینال، ترس از درد زایمان (fear of labor pain) واژینال عنوان شده است. ترس از درد اغلب از طریق ایجاد تنش باعث تشدید احساس درد می‌شود و فاجعه‌آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب و پریشانی و ناتوانی همراه است (۱).

درد شدید زایمان ممکن است باعث برهم زدن سلامت روانی مادر شده و بر رابطه مادر و نوزاد به‌خصوص در روزهای اول زندگی که بسیار مهم و حیاتی است، اثر منفی بگذارد. همچنین با ایجاد ترس از حاملگی بعدی تمایل به سزارین را در زنان افزایش دهد. دردهای زایمانی می‌تواند با ترس همراه شود و از این طریق سبب کند شدن جریان زایمان و درخواست مادر برای سزارین بدون علت گردد (۲). سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO) نسبت زایمان سزارین را تا ۱۵ درصد مناسب، قابل‌قبول و طبیعی می‌داند (۳). متأسفانه آمار به‌دست‌آمده رقمی بسیار فراتر از این استاندارد را نشان می‌دهد. میزان سزارین در جهان از ۳۵ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۴۷/۹ درصد در سال ۲۰۰۹ رسیده است (۴). این الگوی رو به رشد در ایران نیز مشاهده می‌شود به‌گونه‌ای که برخی از پژوهش‌های اخیر شیوع سزارین را در ایران حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد برآورد کرده‌اند که سه تا چهار برابر میزان توصیه‌شده WHO است (۵). این روند رو به رشد در شهرهای بزرگ‌تر نگران‌کننده است. برای مثال، مطابق با آخرین مستندات ملی میزان سزارین در برخی بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران تا ۹۰ درصد برآورده شده‌اند. اگر زنان باردار به هر دلیلی نخستین نوزاد خود را به روش سزارین به دنیا آورند به‌احتمال‌زیاد در بارداری‌های بعدی نیز همین روش را انتخاب خواهند کرد. مطالعات نشان داده است که درصد بالای سزارین در بین زنان باردار، سزارین تکراری در زنانی است که در شکم اول سزارین را انتخاب کرده بودند (۴).

در تحقیقات Waldenstrom و همکاران زنان مورد مطالعه در فرایند زایمان، درد شدید و درجات گوناگونی از تنش را تجربه کرده و در یک مرحله از زایمان به‌شدت ترسیده بودند (۶). از سوی دیگر ظفرقندی و همکاران شیوع ترس از زایمان را ۵۹ درصد گزارش کردند. آن‌ها معتقدند زنان از زایمان می‌ترسند چون درد آن را خارج از توان خود می‌پندارند و نسبت به‌سلامتی کودکشان نگران هستند (۷). معاشری و همکاران در پژوهشی با عنوان رابطه ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین با روش ارجح زایمان در زنان باردار شهر بیرجند دریافتند که بین روش ارجح زایمان با ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین رابطه وجود داشت (۸). اتقایی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان بررسی نگرش نسبت به درد زایمان و انتخاب نوع زایمان در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر کرمان گزارش کردند که زنان زایمان واژینال را ترسناک و خسته‌کننده‌تر می‌دانند و اطلاعاتشان نسبت به زایمان کم است. طبق نتایج این پژوهش ۵۱ درصد زنان زایمان واژینال را غیرقابل‌تحمل و ۸۱ درصد آنان زایمان واژینال را توأم با ترس توصیف کردند (۹).

مطالعات اخیر نشان می‌دهد که فاجعه پنداری یک متغیر مهم در مدل ترس و اجتناب از درد است و می‌توان با کار بر روی مؤلفه فاجعه پنداری درد موجب کاهش درد و شدت آن شد (۱۰). در سال‌های اخیر متخصصان‌حوزه‌های مختلف روان‌شناسی برای رفع آن بخش از مسائل روانی که منجر به انتخاب روش سزارین می‌شوند روش‌ها و راه‌حل‌هایی ارائه کرده‌اند. در این میان رویکردهای روانشناسی مثبت‌گرا ازجمله روان‌شناسی سلامت اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است. در روانشناسی مثبت‌گرا ازجمله واقعیت درمانی (Reality therapy) بر استعداد و توانمندی انسان به‌جای ناهنجاری و اختلال تأکید می‌شود (۱۱). واقعیت درمانی شامل مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، روش‌ها و ابزارها برای حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های مخرب به سازنده و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود است (۱۲). بر طبق این نظریه افرادی که رابطه بین رفتار و پیامدهای آن را می‌فهمند از گواه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.68]

درونی برخوردارند و درواقع این افراد باور دارند می‌توانند بر محیط تأثیر بگذارند (۱۳). جمشیدی و همکاران در بررسی خود دریافتند آموزش واقعیت درمانی موجب افزایش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور می‌شود، اما بر افزایش امید به زندگی آن‌ها تأثیر قابل‌توجه و معناداری ندارد (۱۴). با توجه به نکات فوق پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی کاهش ترس از درد زایمان به شیوه واقعیت درمانی بر انتخاب روش زایمان واژینال در زنان باردار نخست زا انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بر روی ۳۹ زن باردار نخست‌زای دارای پرونده بارداری در مراکز بهداشت شهری و روستایی شهرستان نوشهر اجرا شد. این زنان تحت مراقبت مامایی بودند و طی دی تا اسفندماه سال ۱۳۹۶ جهت تشکیل پرونده به این مراکز مراجعه کرده بودند. این پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با شناسه اخلاق IR.IAU.K.REC.1397.24 مورد تصویب قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی ازجمله محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کننده‌ها، کسب رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش و ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش نیز رعایت گردید. پس از اتمام جلسات درمان، پس‌آزمون به شکل تکمیل مجدد پرسشنامه توسط افراد شرکت‌کننده در دو گروه مداخله و گواه انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حاملگی بیشتر از ۴ هفته، سن کمتر از ۳۵ سال، نخست‌زا بودن، انتخاب روش سزارین به‌عنوان روش ختم بارداری، عدم وجود دلیل طبی برای انجام سزارین، عدم سابقه بیماری طبی یا روانی، عدم سابقه قبلی سقط یا مشکلات مامایی و عدم مصرف دارو بودند. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم تکمیل پرسشنامه، سقط‌جنین به هر علت، داشتن غیبت بیش از دو جلسه از کل جلسات آموزش و همچنین عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات به هر دلیلی بود. پس از کسب مجوزهای لازم برای انجام این طرح و مراجعه به مراکز بهداشت شهری و روستایی شهرستان نوشهر آمار زنان باردار مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت موسی‌آباد شهرستان نوشهر جهت کنترل و معاینه پزشکی-مامایی طی سه ماه دی تا اسفند سال ۱۳۹۶ دریافت شد. سپس از بین زنان بارداری که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند تعداد ۳۹ نفر به شیوه غیر تصادفی هدفمند انتخاب شدند. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه مداخله (۲۰ نفر) و گواه (۱۹ نفر) قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ و روش تحلیل کوواریانس تحلیل شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی پژوهشگر ساخت که شامل ۳ سؤال در خصوص سن، تحصیلات و سن بارداری بود و پرسشنامه زیر استفاده شد.

پرسشنامه نگرش به زایمان (Childbirth Attitudes Questionnaire یا CAQ): این پرسشنامه توسط Harman در سال ۱۹۸۸ با ۱۶ سؤال طراحی شد و سپس توسط Lowe در سال ۲۰۰۰ موردبازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای شدت ترس از درد زایمان زنان باردار را می‌سنجد. حداقل نمره ۱۴ و حداکثر ۵۶ است (۱۵). تحقیقات مشابه خارج از کشور برای تعیین نمره برش مورد توجه قرار گرفت و نمره میانه یعنی ۲۸ یا بیشتر به‌عنوان ترس از زایمان در نظر گرفته شد (۱۵). اعتبار و روایی این پرسشنامه در ایران توسط خورسندی و همکاران سنجیده شده است. در این پژوهش همسانی درونی این پرسشنامه (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۸۴ گزارش شده است (۱۶). در پژوهش حاضر اعتبار آزمون به روش همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب برابر ۰/۸۸ و ۰/۵۵۹ بود.

روش اجرا: پس از تکمیل پرسشنامه‌های جمعیت شناختی و CAQ توسط شرکت‌کنندگان و بعد از تعیین گروه مداخله، محقق اقدام به برگزاری جلسات واقعیت درمانی برای این گروه در مرکز بهداشتی درمانی موسی‌آباد شهر نوشهر نمود. محتوای جلسات درمانی برگرفته از آموزه‌های William Glasser بود (۱۲). آموزش به روش سخنرانی، پرسش و پاسخ و کار گروهی با کاربرد اسلایدها و کارت‌های آموزشی در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای دو بار برگزار شد. محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.68]

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کننده‌ها در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج جدول ۲ نشان‌دهنده عدم وجود تفاوت معنادار بین دو گروه مداخله و گواه در متغیرهای جمعیت شناختی است.

جدول ۱: محتوای جلسات روان‌درمانی به شیوه واقعیت درمانی

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی
جلسه دوم	بیان چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما، چرا و چگونه رفتار می‌کنیم، شناخت نیازهای اساسی خود و چگونگی برآورده کردن آن‌ها
جلسه سوم	شناخت رفتارهای کارآمد و ناکارآمد
جلسه چهارم	توضیح این که چگونه تغییر ادراک به آن‌ها کمک می‌کند تا انتخاب‌های بهتری داشته باشند
جلسه پنجم	توضیح این که همه رفتارهای آن‌ها یک رفتار کلی است و انتخاب کنونی آن‌ها چیست؟ توصیف جهان کیفی و جهان واقعی، تصاویر اختصاصی دنیای مطلوب آن‌ها و چگونگی تغییر دنیای کیفی
جلسه ششم	پر کردن شکاف بین آنچه می‌خواهم (دنیای مطلوب) و آنچه دارم (دنیای دریافتی)، آشنایی با خلاقیت آن‌ها و راه‌هایی که تاکنون برگزیده‌اند
جلسه هفتم	آشنایی با هیجان‌ها و شناخت آن‌ها، آموزش مهارت تنظیم هیجان
جلسه هشتم	تثبیت دانسته‌ها و دانش جدید، اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کننده‌های پژوهش و مقایسه آن‌ها در دو گروه

اطلاعات جمعیت شناختی		گروه مداخله (N=۲۰) فراوانی (درصد)	گروه گواه (N=۱۹) فراوانی (درصد)	شاخص χ^2	P
میزان تحصیلات	دیپلم و کمتر از دیپلم	(۴۵)۹	(۴۷/۳۷)۹	χ^2=۰/۰۲	۰/۵۶
	بالاتر از دیپلم	(۵۵)۱۱	(۵۲/۶۳)۱۰		
سن (سال)	۲۸ – ۱۹	(۴۰)۸	(۵۲/۶۳)۱۰	t=۰/۱۷	۰/۸۶
	۳۵ – ۲۹	(۶۰)۱۲	(۴۷/۳۷)۹		
	میانگین±انحراف معیار	۵/۳۱±۲۸/۷۰	۴/۸۵±۲۸/۴۲		
سن بارداری (هفته)	۱۸ – ۵	(۵۰)۱۰	(۵۲/۶۳)۱۰	t=۰/۶۷	۰/۵۰
	۳۵ – ۱۹	(۵۰)۱۰	(۴۷/۳۷)۹		
	میانگین±انحراف معیار	۷/۶۴± ۱۹	۷/۳۶±۱۷/۳۷		

در جدول ۳ مقایسه میانگین نمره ترس از درد زایمان در دو گروه مداخله و گواه در مرحله پیش از مداخله و بعد از مداخله ارائه شده است. نتایج این جدول نشان‌دهنده عدم تفاوت معنادار این نمره قبل از مداخله ($p>۰/۰۵$) و تفاوت معنادار آن بعد از مداخله است ($p<۰/۰۱$). برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و برقراری پیش‌فرض استفاده از تحلیل کوواریانس از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (Kolmogorov–Smirnov test) استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که شاخص Z در متغیرهای مورد بررسی در هر دو نوبت اندازه‌گیری و در هر دو گروه پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد توزیع داده‌های پژوهش حاضر بهنجار است. برای بررسی تأثیر واقعیت درمانی بر کاهش ترس از درد زایمان زنان نخست‌زا از تحلیل کوواریانس استفاده شد (جدول ۴). نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمره ترس از درد زایمان در دو گروه مداخله و گواه تفاوت معنادار دارد ($p<۰/۰۱$).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.68]

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار ترس از درد زایمان در دو گروه مداخله و گواه

نوبت آزمون	گروه مداخله (N=۲۰) انحراف معیار±میانگین نمره	گروه گواه (N=۱۹) انحراف معیار±میانگین نمره	آزمون t	P
پیش‌آزمون	۳۹/۵۵±۵/۶۱	۴۱/۶۳±۳/۵۲	۱/۳۹۷	p>۰/۰۵
پس‌آزمون	۲۷/۰۵±۳/۹۴	۴۱/۳۲±۳/۱۵	۸/۵۷۲	p<۰/۰۱

جدول ٤. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه مربوط به متغیر ترس از درد زایمان

منبع تغییر	SS	df	MS	F	P	حجم اثر
متغیر کمکی (پیش‌آزمون)	۶۲/۱۴۸	۱	۶۲/۱۴۸			
گروه	۱۷۳۷/۲۶۱	۱	۱۷۳۷/۲۶۱	۱۵۲/۲۰۳	P<۰/۰۱	۰/۸۰۹
خطا	۴۱۰/۹۰۷	۳۶	۱۱/۴۱۴			
کل تصحیح شده	۲۴۵۶	۳۸				

نتایج آزمون تی (t test) نشان داد که بین نمره ترس از درد زایمان در شرکت‌کننده‌هایی که پس از واقعیت درمانی تصمیم به انجام زایمان واژینال گرفته بودند (۱۱/۵۷=میانگین) با شرکت‌کننده‌هایی که پس از درمان همچنان تمایل به انجام زایمان به روش سزارین (۱۴/۶۷=میانگین) داشتند، تفاوت معناداری وجود ندارد (t=۰/۸۶۸ ،p>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که واقعیت درمانی بر کاهش ترس از درد زایمان در زنان باردار نخست زا مؤثر است ولی کاهش ترس از درد منجر به انتخاب روش زایمان واژینال در زنان باردار نشد. بر اساس این نتایج واقعیت درمانی بر کاهش ترس از درد زایمان زنان باردار نخست زا مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش قضایی و همکاران با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از زایمان، ترس از درد، خودکارآمدی زایمان و تمایل به سزارین که بر روی ۲۵ نفر از زنان نخست‌زای شهر مشهد انجام شده بود، همسو است (۱۷). آقایوسفی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش درد در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن شهر اصفهان دریافتند که مؤلفه پذیرش درد در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران نقش مهمی دارد (۱۱). نتایج حاصل از پژوهش خورسندی و همکارانش با عنوان تأثیر تن آرامی بر ترس از زایمان و انجام زایمان واژینال در زنان نخست‌زا با نتایج حاصل از این پژوهش مبنی بر تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر کاهش ترس از درد در زنان باردار هماهنگی دارد (۱۵).

Escott و همکاران با بررسی اثر راهبردهای شناختی-رفتاری برای مدیریت درد در طول زایمان تا حد زیادی موفق به کاهش ترس از درد در مراحل پیش از زایمان و افزایش خودکارآمدی زایمان در زنان باردار شدند (۱۸). Salema-Aro و همکاران نیز در طول ۶ جلسه درمان گروهی شناختی رفتاری ایمن‌سازی در برابر استرس (شامل آموزش روانی، تصویرسازی هدایت‌شده، آرمیدگی و فنون شناختی رفتاری برای کاهش اضطراب) به نتایج مشابهی دست یافتند (۱۹). یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های Fenwick و همکاران همسو بود. آن‌ها دریافتند که درمان شناختی مبتنی بر افزایش تاب‌آوری باعث کاهش ترس از زایمان، تعارض در تصمیم‌گیری و نشانه‌های افسردگی در زنان شده است (۲۰). Gokyildiz با بررسی تأثیر موسیقی بر درد و اضطراب زنان باردار پی به تأثیر مثبت این مداخله برد (۲۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کاهش ترس از درد زایمان بر انتخاب زایمان واژینال در زنان باردار نخست‌زا مؤثر نیست؛ به‌عبارت‌دیگر، بین میزان کاهش ترس از درد زایمان و انتخاب روش زایمان واژینال رابطه وجود ندارد. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج معاشری و همکاران با عنوان رابطه ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین با روش ارجح زایمان زنان باردار شهر بیرجند ناهمسو است (۲۲). همچنین با یافته‌های اتقایی و همکاران با عنوان بررسی نگرش نسبت به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.68]

درد زایمان و انتخاب نوع زایمان در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر کرمان ناهم‌سو بود (۱). برخی مطالعات ازجمله پژوهش‌های دولتیان و همکاران نشان دادند عوامل روان‌شناختی متعددی بر انتخاب زایمان طبیعی مؤثر است که یکی از آن‌ها ترس از زایمان است (۲۳). معروفی زاده و همکاران در پژوهشی با عنوان شیوع زایمان سزارین و عوامل مرتبط با آن در زنان نخست‌زا دریافتند رضایتمندی از زایمان به عوامل متعددی مرتبط است که تنها یکی از آن عوامل سازگاری با درد و ترس از آن است (۳). لذا می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً عوامل دیگر مرتبط با رضایت از زایمان به‌عنوان متغیرهای مداخله‌گر عمل کرده‌اند و علی‌رغم کاهش ترس از درد کماکان اکثریت زنان باردار شرکت‌کننده در پژوهش بر انتخاب روش سزارین اصرار داشتند؛ به‌عبارت‌دیگر عوامل روان‌شناختی و اجتماعی متعددی می‌توانند بر انتخاب روش زایمان اثر داشته باشند و ترس از درد تنها یکی از این عوامل است.

باوجود عدم تأثیر کاهش ترس از درد زایمان زنان باردار بر انتخاب روش سزارین، تأثیرگذار بودن واقعیت درمانی بر کاهش ترس از درد می‌تواند به‌عنوان یکی از نکات مثبت این پژوهش در نظر گرفته شود. نیاز است که بر روی این مؤلفه به‌عنوان یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار در انتخاب روش ختم بارداری پژوهش‌های بیشتری انجام شود. از نقاط مثبت دیگر پژوهش حاضر می‌توان توجه به دغدغه مهم جامعه پزشکی و مامایی که همانا کاهش سزارین‌های غیرضروری و افزایش تمایل به زایمان واژینال بوده است، اشاره کرد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به سوگیری و عدم صداقت در پاسخگویی به سؤال‌های پرسشنامه، وجود عوامل مؤثر و مداخله‌گر متعدد که در عمل امکان بررسی و کنترل همگی آن‌ها میسر نبود، اشاره کرد. عواملی ازجمله حمایت اجتماعی زنان باردار، تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی، اعتماد به کادر درمانی، موقعیت اقتصادی، پیشنهادها و مشاوره‌های غیر کارشناسی آشنایان و اطرافیان زنان باردار و مسائل قومی و فرهنگی ممکن است بر انتخاب روش زایمان آن‌ها تأثیر بگذارد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد نهادها و ارگان‌های مسئول در امور خانواده و بهداشت مادران، در راستای آموزش به زنانی که تصمیم به بارداری دارند و یا باردار هستند از طریق تدوین برنامه عملیاتی در سطح دستگاه‌های مربوطه ازجمله وزارت بهداشت و بهزیستی به‌عنوان اقدامات پیشگیرانه مؤثر اهتمام ورزند. همچنین مسئولین و متولیان بخش آموزش زنان، به‌خصوص زنان باردار به بررسی عوامل مؤثر دیگر در انتخاب روش سزارین پرداخته و در کنار آموزش‌های مربوط به کاهش ترس از درد زایمان به تغییر عوامل روانی اجتماعی مؤثر دیگر بپردازند.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است. در پایان لازم است از کلیه زنان بارداری که صبورانه در انجام این پژوهش مشارکت نموده و در اجرای آن ما را یاری کردند، قدردانی به عمل آید.

References

1. Atghaee M, Nouhi E. The effect of imagination of the pain of vaginal delivery and cesarean section on the selection of normal vaginal delivery in pregnant women attending clinics in Kerman University of Medical Sciences. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012; 14(7):44-50. [In Persian].
2. Asefi F, Delaram M, Kazemian A, Bahadoran P. The effect of pregnant women attending in childbirth preparation classes on their attitude toward mode of delivery. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 5(3):44-52. [In Persian].
3. Maroufizadeh S, Bagheri-Lankarani N, Almasi-Hashiani A, Amini P, Esmaeilzadeh A, Navid B, et al. Prevalence of cesarean section and its related factors among primiparas in Tehran province, Iran, in 2015. Journal of Isfahan Medical School. 2017; 35(423):303-9. [In Persian].
4. Shams M, Mousavizadeh A, Parhizkar S, Maleki M, Angha P. Development a tailored intervention to promote normal vaginal delivery among primigravida women: A formative research. Iranian

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.68]

Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016; 19(30):9-25. [In Persian].
5. Badiee S, Ravanshad Y, Azarfar A, Dastfan F, Babayi S, Mirzayi N. Survey of cesarean deliveries and their causes in hospitals affiliated to Mashhad University of medical sciences, Iran. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2013; 16(66):10-17. [In Persian].
6. Waldenstrom U, Borg M, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: A study of 295 new mothers. Birth. 1996; 23(3):144-53.
7. Zafarghandi M, Hadavand F, Torkestani A, Zaeri F, Variji F. Evaluation of anxiety and fear of labor in postpartum period. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran. 2005; 23(2) 155-60. [In Persian].
8. Moasheri BN, Sharifzadeh Gh, Soltanzadeh V, Khosravi Givshad Z, Rakhshany Zabol F. The relation between fear of pain, fear of delivery and attitude toward delivery with the preferred delivery way in pregnant women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016; 18(179):8-16.
9. Atghaei M, Nouhi E, Khajehpour M. Investigating attitude of labor pain and choosing the type of delivery in pregnant women refering to health centers in Kerman. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2010; 10(1):36-41. [In Persian].
10. Zare H, Mohammadi N, Motaghi P, Afshar H, Poorkazem L. Effectiveness of modified mindfulness-based cognitive therapy on catastrophizing, acceptance and severity of pain in Fibromyalgia patients. Health Psychology. 2015; 4(12):97-117. [In Persian].
11. Aghayousefi AR, Tarkhan M, Mohammadi N, Afshar H. The role of psychological inflexibility and pain acceptance in predicting of resiliency in chronic pain patients. Health Psychology. 2016; 5(17):5-20. [In Persian].
12. Glasser W. Reality therapy: A new approach to psychiatry. New York: Harper & Row; 1990.
13. Jamasian Mobareke A, Dokaneheifard F. The effectiveness of reality therapy on increasing resiliency, life expectancy and improve the quality of life of infertile women Infertility Center Sarim. 2017; 8(29):237-62. [In Persian].
14. Jamshidimanesh M, Haghdoust Oskouie, F Jouybary, L Sanagoo A. The effectiveness of reality therapy on resilience in infertile women. Iran Journal of Nursing. 2009; 21(56):55-67. [In Persian].
15. Lowe NK. Self-efficacy for labour and childbirth fears in nulliparous pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 2000; 21(4):219-24.
16. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heidarnia AR, faghihzadeh S, Akbarzadeh AR, Vafaei M. Perceived self-efficacy of labor in pregnant women. Journal of Medical Council of Iran. 2008; 26(1):89-95. [In Persian].
17. Ghazaei M, Davoudi I, Nesii A. K, Mehrabizadeh Honarmand M, Besaknejad S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of delivery, fear of pain, self-efficacy of labor and desire for cesarean section in nulliparous women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016; 19(31):1-12. [In Persian].
18. Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. Clinical Psychology Review. 2009; 29(7):617-22.
19. Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmaki E, Toivanen RM. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of women with intense fear of childbirth: RCT intervention. Journal of Health Psychology. 2011; 17(4):520–34.
20. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A. Study protocol for reducing childbirth fear: A midwife-led psycho-education intervention. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13:190.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.68]

21. Gokyildiz S, Ozturk M, Avcibay B, Alan S, Akbas M. The effect of music on pain and anxiety of women during labor on first time pregnancy. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2018; 30:96-102.
22. Moasheri N, Sharifzadeh GR, Soltanzadeh V, Khosravi Z. Relation between fear of pain, fear of delivery and attitude toward cesarean section with preferred delivery method in pregnant women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2015; 18(179):8-16. [In Persian].
23. Dolatian M, Pouneh M, Alavimajd H, Yazdjerdi M. Relationship between type of delivery and postpartum depression. Journal of Reproduction and Infertility. 2006; 7(28):260- 8. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.68]

The Effectiveness of Reducing the Fear of Labor Pain in the Way of the Reality Therapy on the Choice of Vaginal Delivery in Pregnant Women

Mandana Mahmoudjanlou[1], Hasan Ahadi[2], Soheila Nazarpour[3], Adis Kraskian Moujembari[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Vaginal delivery is one of the most stressful experiences of a mother's life. Therefore, a significant number of pregnant mothers select cesarean delivery as a method of termination of pregnancy to get rid of these conditions. Since one of the important factors in choosing cesarean in pregnant women is fear of labor pain. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of reducing the fear of labor pain in the way of the reality therapy on the choice of vaginal delivery in pregnant women.

Methods and Materials: The research method was semi-experimental with pre-test, post-test design, with control group. The statistical sample of study included 39 pregnant women with gestational age ≥4 weeks in Nowshahr city, in Iran. These women had chosen cesarean section method for the termination of pregnancy and were visited for Midwifery Care in the Urban and Rural Health Centers from December of 2017 to March 2018. The sample was selected targeted non-random method and randomly divided into two experimental (20) and control groups (19). The reality therapy was performed in 8 sessions of 90 minute, twice a week for the experimental group. The. Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ) was used for data collection. The data was analyzed using Analysis of covariance (ANCOVA).

Findings: After the intervention, the fear of labor pain in the experimental group was significantly different from that of the control group ($p<.05$). The scores of fear of labor pain in women who decided to undergo vaginal delivery after the reality therapy showed no significant difference with those who continued to perform cesarean section delivery for termination of pregnancy.

Conclusions: The result showed that reality therapy can be used to reduce the fear of childbirth.

Keywords: Delivery, Fear of childbirth, Reality therapy, Pregnancy.

Citation: Mahmoudjanlou M, Ahadi H, Nazarpour S, Kraskian Moujembari A. **The Effectiveness of Reducing the Fear of Labor Pain in the Way of the Reality Therapy on the Choice of Vaginal Delivery in Pregnant Women.** J Res Behav Sci 2019; 17(1): 68-76.

Received: 2019.01.05 Accepted: 2019.05.19

1- PhD Student, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
2- Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Midwifery, Chalous Branch, Islamic Azad University, Chalous, Iran.
4- Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Corresponding Author: Hasan Ahadi, Email: drhahadi5@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.7.0]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.68]