Journal of Birjand University of Medical Sciences

Birjand University of Medical Sciences

Original Article

The effect of acceptance and commitment based on the fear of delivery pain- A randomized educational trial study

Fahimeh Zarei[1], **Katayon Vakilian**[1], **Abed Majidi**[2]

ABSTRACT

Background and Aim: Pregnancy due to physiological and psychological changes can affect the mental health of mothers.
This study aims to investigate the Approach of acceptance and commitment based on the fear of delivery pain.

Materials and Methods: This study was a randomized educational trial with a commitment-based treatment approach that was performed on pregnant women in Arak in 2016-2017. After obtaining written consent forms, 42 subjects were selected through the available sampling method. Subjects were grouped in the intervention group (ACT) and in the control group. Eight 90-minute sessions were held for 8 consecutive weeks of counseling Fear of delivery pain at 10 and one month after the intervention was measured in 2 groups by the Likert scale of pain (1-7) score. Data analysis was performed through repeated measure ANOVA by using SPSS (Version 18).

Results: Results showed that the mean pain immediately after the intervention was 2.52±2.20 in the intervention group and 4.66±1.80 in the control group. Which is a month later in the intervention group compared to the control group had a significant decrease (3.52±1.81 vs. 4.52±2.30) (P=0.001).

Conclusion: In this study, counseling with the approach of acceptance and commitment reduction the fear of delivery pain, which is the most important reason for choosing cesarean section in women, Therefore, it seems that empowering midwives to counseling approaches can be useful to improve maternal care during pregnancy, especially in the administration of delivery preparation classes.

Key Words: Counseling, Fear of Delivery, Mental Health, Pregnancy Care, Reproductive Health

Citation: Zarei F, Vakilian K, Majidi A. [The effect of acceptance and commitment based on the fear of delivery pain- A randomized educational trial study]. J Birjand Univ Med Sci. 2020; 27(3): 241-250. [Persian].

DOI http://doi.org/10.32592/JBirjandUnivMedSci.2020.27.3.103

Received: February 19, 2020 **Accepted:** July 1, 2020

[1] Nursing and Midwifery Department, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
[2] Counseling Department, Isfahan University, Isfahan, Iran

Corresponding author; Nursing and Midwifery Department, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
Tel: +988634173505 Fax: +988634173524 Email: dr.kvakilian@arakmu.ac.ir

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2020.27.3.103]

مقاله اصیل پژوهشی

تأثیر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از درد زایمان– یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی‌شده

فهیمه زارعی [۱]، کتایون وکیلیان [۱]، عابد مجیدی [۲]

چکیده

زمینه و هدف: بارداری به‌دلیل تغییرات فیزیولوژیکی و روانی می‌تواند سلامت روانی مادران را تحت تأثیر قرار دهد. این مطالعه با هدف بررسی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان ترس از درد زایمان در بارداری انجام گرفت.

روش تحقیق: این پژوهش، یک کارآزمایی آموزشی تصادفی با رویکرد درمان مبتنی بر تعهد بود که بر روی زنان باردار شهر اراک در سال ۹۶–۱۳۹۵ انجام گرفت. پس از دریافت رضایت‌نامه کتبی، ۴۲ نفر به روش در دسترس وارد مطالعه شده و به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. تعداد ۸ جلسه ۹۰دقیقه‌ای طی ۸ هفته پیاپی مشاوره برگزار شد. در مورد گروه کنترل مراقبت‌های معمول بارداری انجام گرفت. ترس از درد زایمان در ۱۰ و یک ماه بعد از مداخله در ۲ گروه توسط طیف لیکرت درد (۱ تا ۷ درجه‌ای) اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد میانگین درد بلافاصله بعد از مداخله در گروه مداخله ۲/۲۰±۲/۵۲ و در گروه کنترل ۱/۸۰±۴/۶۶ بود که در یک ماه بعد در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌دار داشت (۱/۸۱±۳/۵۲ در مقابل ۲/۳۰±۴/۵۲) (P=۰/۰۰۱)

نتیجه‌گیری: در این مطالعه مشاوره با رویکرد پذیرش و تعهد ترس از درد زایمان که مهمترین دلیل انتخاب سزارین در زنان است را کاهش داد؛ بنابراین به نظر می‌رسد توانمندکردن ماماها به رویکردهای مشاوره‌ای می‌تواند برای ارتقای مراقبت از مادران در دوران بارداری به‌خصوص در اداره کلاس‌های آمادگی برای زایمان مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: مشاوره، ترس زایمان، سلامت روان، مراقبت بارداری، بهداشت باروری

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۹؛ ۲۷ (۳): ۲۴۱-۲۵۰.

دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۳۰ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۱۱

[۱] گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

[۲] گروه مشاوره، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده مسؤول؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

آدرس: اراک– محله سردشت– مجتمع پیامبر اعظم– دانشگاه علوم پزشکی اراک– دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۸۶۳۴۱۷۳۵۰۵ نمابر: ۰۸۶۳۴۱۷۳۵۲۴ پست الکترونیکی:dr.kvakilian@arakmu.ac.ir

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2020.27.3.103]

مقدمه

ترس از زایمان به روش‌های مختلفی تعریف شده است و منحصراً هر زنی با توجه به تجربه‌ای که از ترس دارد، آن را تعریف می‌کند. ترس از زایمان می‌تواند به‌عنوان اضطراب، فوبیای آشکار، کابوس شبانه، مشکلات جسمانی، مشکل تمرکز در کار و روابط خانوادگی و به‌عنوان علتی برای درخواست سزارین باشد (۱، ۲). بر طبق مطالعات اپیدمیولوژی قبلی، ۱۰–۱۵ درصد از زنان باردار، مشکل ترس از زایمان را دارند (۳). مطالعات نشان داده است که ترس از درد زایمان در بارداری یکی از شایع‌ترین ترس‌هاست (۴). ترس از درد زایمان طبیعی در دوران بارداری به‌عنوان یکی از عوامل پیش‌گویی‌کننده سزارین اورژانسی و افزایش تقاضا برای سزارین انتخابی است (۵) که باعث عوارض مادری مثل عفونت و خونریزی می‌شود؛ از سوی دیگر نیز زنانی که ترس از درد زایمان دارند زایمان‌های پره‌ترم در آنها بیشتر می‌شود (۶).

مطالعات متعدد در ایران نشان داد که مهمترین علت تمایل زنان به زایمان سزارین، ترس از درد شدید ناشی از زایمان طبیعی و عدم آگاهی از عوارض سزارین می‌باشد (۷، ۸). نتایج مطالعه کیفی در شهر شاهرود نیز یکی از دلایل اصلی زایمان سزارین را ترس از درد زایمان گزارش کرد. از سایر علل ترس از زایمان می‌توان به اختلال در روابط زناشویی و کاهش رضایتمندی جنسی همسر، ترس از ناشناخته‌ها و ترس از مرگ اشاره کرد (۸، ۹). عواقب ترس و نگرانی، زنان را در معرض خطر عدم تعادل هیجانی قرار می‌دهد، به‌طوری‌که حالات هیجانی با تأثیر بر دستگاه عصبی مادر سبب آزادشدن برخی مواد شیمیایی مثل استیل‌کولین و اپی‌نفرین شده که این مواد از طریق جفت به جنین منتقل شده و سبب افزایش حرکات جنین می‌شود و اثرات سوء بر خلق کودک در آینده می‌گذارد (۱۰، ۱۱)؛ همچنین عارضه‌هایی همچون: کم‌خونی، بیش‌فعالی، تحریک‌پذیری زیاد و بدغذایی در چنین کودکانی بیشتر است (۱۲). مطالعات نشان می‌دهد که روش‌های مشاوره‌ای می‌تواند در کاهش این ترس و نگرانی‌ها کمک‌کننده باشد.

رویکرد اکت[1] (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)[2]، یکی از روش‌های مشاوره‌ای است که در آن به بیمار کمک می‌شود درد ناشی از افکار و احساسات ناخوشایند را بپذیرد و متعهد شود که درد، جنبه اجتناب‌ناپذیر زندگی هر انسانی است؛ زیرا که تلاش برای اجتناب از درد[3] باعث رنج[4] می‌شود که فرم ناخوشایندتری از درد است (۱۳). همچنین آنچه اکت را از سایر روش‌های درمانی مجزا می‌کند استفاده از استعاره‌هاست که جلسات درمانی را برای مراجع جذاب و پویا می‌کند (۱۴). در این روش مراجع یاد می‌گیرد که اجتناب از افکار و احساسات ناخوشایند نه‌تنها باعث بهبود اضطراب و نگرانی نمی‌شود بلکه اضطراب را تشدید می‌کند. در اکت مراجع می‌پذیرد که اضطراب در زندگی افراد اجتناب‌ناپذیر است و می‌توان با وجود آن زندگی معناداری داشت؛ همین‌طور به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی خود را شناسایی کند و در راستای آن‌ها اقدام متعهدانه انجام دهد (۱۵).

مطالعات متعددی در مورد اثر مثبت اکت روی اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواسی جبری (۱۶)، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال هراس (۱۷)، اختلال اضطراب منتشر (۱۸)، اختلال اضطراب پس از سانحه، سرطان سینه (۱۹)، درد مزمن (۲۰) و بی‌اشتهایی عصبی (۲۱) انجام گردیده است. با توجه به اینکه مطالعات کمی در مورد ترس از درد زایمان انجام گرفته است، این مطالعه با هدف بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان ترس از درد زایمان انجام گرفت.

روش تحقیق

این مطالعه، یک کارآزمایی آموزشی تصادفی بود. در این مطالعه بر اساس رفرنس Eilenberg و همکاران (۲۲) حجم

[1] *ACT*
[2] *Acceptance commitment therapy*
[3] *pain*
[4] *suffer*

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2020.27.3.103]

نمونه برای هر گروه ۲۱ نفر برآورد شد و مطالعه بر روی ۴۲ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر اراک (ایران) انجام گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: خانم‌های باردار در ترایمستر دوم و سوم، لیکرت درد ۴ به بالا برای ورود ترس از درد زایمان، ترس از مقاربت جنسی در بارداری و تصویر ذهنی منفی از بدن در بارداری، تک‌قلویی، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن، عدم سابقه و یا ابتلا به سقط، علائم زایمان زودرس، نازایی، هایرتانسیون، ناهنجاری جفتی، پارگی کیسه آب، چاقی و دیابت (۲۳)، عدم سابقه اختلالات روانی و مصرف داروهای روان‌گردان، عدم سابقه بستری‌شدن در بیمارستان در دوران بارداری، دارابودن حداقل تحصیلات ابتدایی، سن ۱۸– ۳۵ سال و عدم اعتیاد به الکل، سیگار و مواد مخدر و ملاک‌های خروج شامل: عدم حضور مادران در بیش از دو جلسه و عدم انجام تمرینات و تکالیف خانگی بود. دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک و بارداری با هم یکسان بودند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها متشکل از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (سن، تعداد حاملگی، نوع بارداری از نظر خواسته یا ناخواسته بودن، تعداد فرزندان زنده، تحصیلات، شغل، سن همسر، تحصیلات همسر، شغل همسر) و سؤال ترس از درد زایمان در یک طیف لیکرت هفت‌تایی از ۱ تا ۷ بود (۲۴). نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس در آبان‌ماه ۱۳۹۵ انجام گرفت. بدین‌منظور شهر اراک به ۵ منطقه (شمال، جنوب، شرق، غرب، مرکز) تقسیم شد و به روش قرعه‌کشی، از هر منطقه یک مرکز انتخاب گردید؛ سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و متناسب با تعداد مراجعه‌کنندگان، از هر مرکز بین ۵–۹ نفر از افراد واجد شرایط (در مجموع ۴۲ نفر) انتخاب شدند و از آنها رضایت‌نامه کتبی دریافت گردید؛ سپس افراد با روش بلوک چهارتایی «A» و «B» به دو گروه ۲۱ نفره کنترل و مداخله (گروه اکت) تخصیص پیدا کردند و به روش تصادفی در یکی از گروه‌ها قرار گرفتند.

برای مشاوره، افراد به دو گروه ۱۰ و ۱۱ نفره تقسیم شدند. یک نفر از گروه مداخله به‌علت تهدید به سقط از مطالعه خارج شد (چارت کانسورت ۱) و درنهایت ۲۰ نفر جلسات مطالعه را تکمیل کردند. کلاس‌ها توسط دانشجوی مشاوره ارشد مامایی که دوره اکت را گذرانده بود اداره شدند. محل تشکیل کلاس‌ها در بیمارستان جایی که مشاور در آن مشغول به کار بود اجرا شد.

ارزیابی ترس قبل از جلسات، در ۲ گروه انجام شد. پروتکل جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۵) طی ۸ جلسه ۹۰دقیقه‌ای برای هر گروه مداخله طی ۸ هفته پیاپی در مرکز آموزشی– درمانی بیمارستان طالقانی اراک برگزار شد. در مورد گروه شاهد مداخله‌ای جز مراقبت‌های روتین بارداری انجام نگرفت. ده روز پس از اتمام جلسات و بعد از یک ماه، دوباره ترس از درد زایمان بررسی شد؛ همچنین جزوه‌ای از محتوای جلسات در اختیار هر دو گروه مداخله و کنترل قرار گ.

خلاصه محتوای جلسات در جدول یک آورده شده است. لازم به ذکر است که هر جلسه مداخله، با ارائه تکالیف و دادن بازخورد به اعضای گروه و اجرای تمرینات مناسب و نیز مروری بر جلسات قبل سازمان‌دهی شد.

لازم به ذکر است در تمام مراحل پژوهش ملاحظات مربوط به رضایت آگاهانه و رازداری رعایت گردید و شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی با کد IR.ARAKMU.REC.1395.230 تأیید شد و در مرکز کارآزمایی بالینی با کد IRCT2016092429949N1 ثبت گردید.

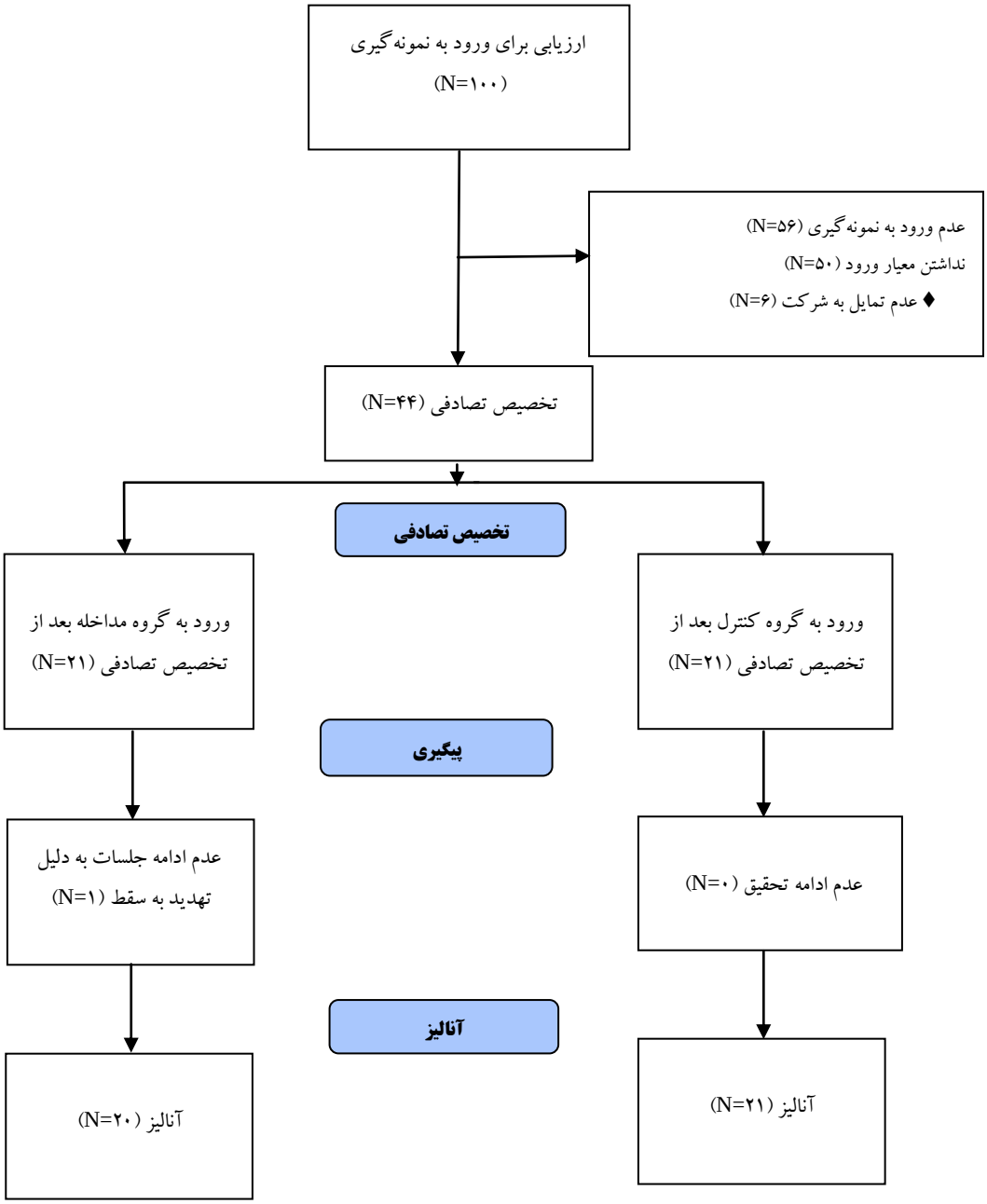
[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2020.27.3.103]

جدول ۱- پروتکل جلسات اکت در اضطراب زنان در دوران بارداری (۱۵)

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
اول	خوش‌آمدگویی و آشنایی با رویکرد اکت	۱) آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، ۲) شرح قوانین گروه، ۳) توضیح در مورد بارداری، ۴) آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، ۵) توضیح درباره درد و رنج، ۶) تمرین ذهن‌آگاهی[1] و توصیه به انجام آن در خانه به‌عنوان تکلیف خانگی
دوم	زندگی در زمان حال و ذهن آگاهی	۱) خلاصه جلسه قبل و پیگیری تکالیف جلسه قبل، ۲) پاسخگویی به سؤالات، ۳) بحث درباره اضطراب، ۴) توضیح در مورد هدف مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۵) لزوم زندگی در زمان حال و عدم آمیختگی fusion با گذشته و آینده، ۶) توضیح درباره ذهن‌آگاهی و هدف آن و تمرین ذهن‌آگاهی: خوردن شکلات، ۷) تمرین در منزل: نوشتن افکار و احساسات ناخوشایند خود
سوم	اجتناب تجربه‌ای۵.	۱) خلاصه جلسه قبل و پیگیری تکالیف جلسه قبل، ۲) پاسخگویی به سؤالات، ۳) انتخاب شما کدام است؛ کنترل ذهن یا حرکت در جهت ارزش‌ها؟، ۴) استفاده از استعاره ببر کوچک[2] و شخص افتاده در چاه[3]، ۵) انجام تمرین خرس قطبی[4]، ۶) تمرین در منزل و نوشتن استراتژی‌های کنترلی برای افکار و احساسات ناخوشایند خود
چهارم	پذیرش	۱- خلاصه جلسه قبل و پیگیری تکالیف جلسه قبل، ۲) پاسخگویی به سؤالات، ۳) پذیرش: راه جدید برای زندگی با اضطراب، ۴) استفاده از استعاره مهمان ناخوانده[6] (نشان‌دادن فیلم) و استعاره اتوبوس[7]، ۵) تمرین در در منزل و نوشتن اینکه استراتژی‌های کنترلی در کوتاه‌مدت و بلندمدت چه تأثیری داشته است؟
پنجم	گسلش	۱) خلاصه جلسه قبل و پیگیری تکالیف جلسه قبل، ۲-) پاسخگویی به سؤالات، ۳) گسلش: جداسازی افکار، ۴) استفاده از نقش بازی‌کردن و تمرین عملی «ذهن خود را برای پیاده‌روی بردن»، ۵) استفاده از استعاره برگ بر روی نهر روان[8]، ۶) تمرین در منزل و استفاده از استعاره‌های گسلش
ششم	خود به‌عنوان زمینه	۱) خلاصه جلسه قبل و پیگیری تکالیف جلسه قبل، ۲) پاسخگویی به سؤالات، ۳)خود به‌عنوان زمینه: شما بیش از داستان زندگی‌تان هستید، ۴) توضیح در مورد خود به‌عنوان محتوا[9]، ۵) استفاده از استعاره صفحه شطرنج[10]۶) دادن تکالیف خانگی و تمرین روایت خود[11]
هفتم	ارزش‌ها	۱) خلاصه جلسه قبل و پیگیری تکالیف جلسه قبل، ۲) پاسخگویی به سؤالات، ۳) شناسایی ارزش‌های مهم زندگی و حرکت در جهت آن، ۴) تفاوت ارزش و هدف[12] (نشان دادن فیلم)، ۵) استفاده از تمرین صفحه دارت[13]، ۶) تمرین در منزل: نوشتن ارزش‌های زندگی شخصی و اولویت‌بندی آن‌ها
هشتم	اقدام متعهدانه	۱) خلاصه جلسه قبل و پیگیری تکالیف جلسه قبل، ۲) پاسخگویی به سؤالات، ۳) کمک به افراد که از روش‌هایی استفاده کنند که موانع را مدیریت کنند درحالی‌که در راستای ارزش‌ها به سمت جلو حرکت می‌کنند و یادگیری اقدام متعهدانه، ۴) تمرین ذهن آگاهی با تمرکز بر پایان درمان، ۵) پایان جلسه و توزیع پرسشنامه‌ها و تشکر و خداحافظی

[1] *Mindfulness*
[2] *Little Tiger*
[3] *The fallen person in the hole*
[4] *Polar bear*
[5] *Experimental Avoidance*
[6] *Unwelcome Party Guest*
[7] *Bus metaphor*
[8] *Leaves on a Stream*
[9] *Self as content*
[10] *Chessboard Metaphor*
[11] *Self-narratives*
[12] *Goals*
[13] *Bulls'-Eye*

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2020.27.3.103]



شکل ۱- طراحی مطالعه در ۲ گروه کنترل و مداخله

داده‌های حاصل از پرسشنامه، با نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۲۰) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. در ابتدا با استفاده از آزمون کای‌اسکوئر و تی‌تست مستقل به بررسی و همسان‌سازی عوامل دموگرافیک پرداخته شد؛ سپس داده‌های مربوط به شاخص‌ها از نظر نرمال‌بودن بررسی گردید و با توجه به احراز شرایط پارامتریک با بهره‌گیری از آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری بین گروه اکت و کنترل برای سه تکرار قبل، بعد و یک ماه بعد استفاده شد. درمجموع

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2020.27.3.103]

داده‌های مربوط به ۴۱ نفر از زنان باردار وارد تحلیل شد.

یافته‌ها

مشخصات زنان باردار شرکت‌کننده در جدول ۲ آورده شده است. میانگین سن در گروه مداخله و کنترل به‌ترتیب: ۲۳±۲/۲ و ۲۲/۲±۱/۴ بود که تفاوت معنی‌داری نداشت؛ همچنین میانگین تعداد حاملگی‌ها در گروه مداخله و کنترل به‌ترتیب: ۱/۴±۰/۵ و ۱/۲±۰/۴ بود که این تفاوت نیز معنی‌دار نبود.

در مورد متغیّر ترس از درد زایمان، نتایج نشان داد که اثر متقابل گروه و زمان تفاوت معنی‌داری داشت (P=۰/۰۰۱) (جدول ۳)؛ به‌طوری‌که در گروه کنترل طی زمان، متوسط ترس از درد زایمان روند صعودی داشت، اما در گروه مداخله، ابتدا کاهش و سپس افزایش یافت؛ در هر دو نقطه زمانی (بعد مداخله و یک ماه بعد)، متوسط متغیّر ترس از درد زایمان در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود (P=۰/۰۲۲).

جدول ۲- ویژگی‌های دموگرافیک زنان باردار در ۲ گروه مداخله و کنترل

متغیّر		مداخله (n=۲۰)	کنترل (n=۲۱)	P-value*
		انحراف‌معیار±میانگین	انحراف‌معیار±میانگین	
سن		۲۳±۲/۲	۲۲/۲±۱/۴	۰/۱
تعداد حاملگی		۱/۲±۰/۴	۱/۴±۰/۵	۰/۶
تعداد فرزندان زنده		۰/۳±۰/۶	۰/۴±۰/۵	۰/۸
سن همسر		۲۶/۶±۴/۸	۲۶/۲±۴/۷	۰/۲
		(٪) تعداد	(٪) تعداد	P-value**
تحصیلات	دانشگاهی	۸ (۴۰)	۳ (۱۴/۳)	۰/۰۶
	غیردانشگاهی	۱۲ (۶۰)	۱۸ (۸۵/۷)	
شغل	خانه‌دار	۱۹ (۹۵)	۲۰ (۹۵/۲)	۰/۴
	کارمند	۰ (۰)	۱ (۴/۸)	
	آزاد	۱ (۵)	۰ (۰)	
تحصیلات همسر	دانشگاهی	۸ (۴۰)	۴ (۱۹)	۰/۱
	غیردانشگاهی	۱۲ (۶۰)	۱۷ (۸۱)	
شغل همسر	کارگر	۸ (۴۰)	۱۲ (۵۷/۱)	۰/۵
	کارمند	۴ (۲۰)	۲ (۹/۵)	
	آزاد	۸ (۴۰)	۷ (۳۳/۳)	
نوع بارداری	خواسته	۱۸ (۹۰)	۱۸ (۸۵/۷)	۰/۷
	ناخواسته	۲ (۱۰)	۳ (۱۴/۳)	

•T-test •• Chi-square

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2020.27.3.103]

جدول ۳- مقایسه میانگین ترس از درد زایمان در ۲ گروه مداخله و کنترل

متغیّر	گروه	میانگین	انحراف‌معیار	P–value		
				گروه	زمان گروه	زمان
ترس از درد قبل از مداخله	مداخله	۳/۷۰	۲/۲۴			
	کنترل	۳/۶۱	۲/۳۰			
	کل	۳/۶۵	۲/۲۶			
بعد از مداخله	مداخله	۲/۵۲	۲/۲۰	۰/۰۲۲	۰/۰۰۱	۰/۰۷۳
	کنترل	۴/۶۶	۱/۸۳			
	کل	۳/۷۱	۲/۲۶			
یک ماه بعد	مداخله	۳/۵۲	۱/۸۱			
	کنترل	۴/۵۲	۲/۳۰			
	کل	۴/۰۷	۲/۱۴			

•ANOVA repeated measurement

بحث

بر طبق نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد ترس مادران از درد زایمان در گروه مداخله کاهش داشت؛ اگر چه پس از یک ماه کمی افزایش نشان داد ولی این افزایش معنی‌دار نبود و به نظر می‌رسد که رویکرد مشاوره‌ای تا حدودی توانسته است اثرات سودمند خود را داشته باشد. از آنجا که ترس از درد زایمان یکی از مهمترین دلایل زایمان سزارین در کشور ایران است (۴)؛ بنابراین به نظر می‌رسد استفاده از این روش مشاوره و توانمندسازی توسط ماماها، می‌تواند ترس از زایمان را کاهش داده و در نتیجه احتمال بروز سزارین در کشور را کاهش دهد.

مطالعه وکیلیان و همکاران با بررسی تأثیر اکت روی اضطراب بارداری نشان داد که ترس مادر از زایمان اگرچه در بارداری کاهش یافت اما بین ۲ گروه معنی‌دار نبود (۲۵). در مطالعه حاضر مادران باردار با تمرینات ذهن‌آگاهی آموختند که بر نگرش باز و کنجکاوی بر جنبه‌های مختلف تجربه‌هایشان تمرکز کنند و به آنچه در لحظه حال اتفاق می‌افتد توجه نمایند (۲۶). مطالعه‌ای روی زنان باردار بین ۱۰ تا ۲۵ هفته نشان داد که ذهن‌آگاهی میزان استرس و اضطراب زنان را در بارداری کاهش می‌دهد (۲۷). مطالعه حاضر به خانم‌های باردار کمک کرد که با استفاده از مهارت‌های اکت که به‌صورت استعاره استفاده می‌شود ترس‌ها و نگرانی‌های خود را کاهش دهند. استفاده از استعاره «مهمان‌ناخوانده» (۲۸) به مراجع کمک کرد که بتواند افکار و احساسات که موجب ترس و نگرانی او شده را بپذیرد و آن‌ها را کمتر تهدیدکننده بیابد. در روش اکت با تمرین روی ارزش‌های فرد، می‌توان درک او را از اینکه خانواده و تولد فرزند یکی از ارزش‌های مهم در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روانی و کاهش نگرانی‌های او است تقویت کرد. مطالعهUcar که با روش شناختی رفتاری روی ترس از زایمان انجام شد نشان داد که با تغییر در شناخت فرد و دادن آموزش‌های لازم در مورد زایمان و تولد و می‌توان ترس از زایمان را کاهش داد (۴). در پژوهش Rouhe و همکاران، استفاده از آموزش روانی که مبتنی بر تکنیک‌های شناختی بود و در ۶ جلسه گروهی انجام گرفته بود، موجب کاهش ترس از زایمان و سزارین انتخابی و اورژانسی در زنان نخست‌زا شده بود (۲۹).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به پیگیری‌نکردن مادران تا زایمان اشاره کرد. در این مطالعه محققان شایع‌ترین

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2020.27.3.103]

نگرانی مادران را که ترس از درد زایمان بود بررسی کردند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی سایر ترس‌ها و نگرانی‌های مادران باردار نیز بررسی شود؛ همچنین باید اضافه شود که در پژوهش‌های مشاوره‌ای امکان کورسازی وجود ندارد که از محدودیت‌های اینگونه مطالعات است.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد می‌توان با استفاده از روش‌های نوین مشاوره مثل رویکرد اکت به کاهش درک مادران از درد زایمان کمک کرد؛ همچنین توانمندکردن ماماها به رویکردهای مشاوره‌ای می‌تواند برای ارتقای مراقبت از مادران در دوران بارداری به‌خصوص در اداره کلاس‌های آمادگی برای زایمان برای تغییر نگرش به اینکه زایمان بسیار دردناک است و آنها باید به سمت روش‌های با درد کم‌تر مثل سزارین بروند، مفید باشد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد مصوب ۲۲۴۹ از دانشگاه علوم پزشکی اراک می باشد. مجریان این مطالعه از دانشگاه علوم پزشکی اراک که ما را در این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع:

1- Parcells DA. Women's mental health nursing: depression, anxiety and stress during pregnancy. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010; 17(9): 813-20. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01588.x.

2- Sadeghi R, Zareipour MA, Akbari H, Khan-Beygi M. Mental Health and associated factors amongst women referred to health care centers. Journal of Health And Care. 2011;13(4): 1-9. [Persian]

3- Nieminen K, Wijma K, Johansson S, Kinberger EK, Ryding EL, Andersson G, et al. Severe fear of childbirth indicates high perinatal costs for Swedish women giving birth to their first child. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017; 96(4): 438-46. doi: 10.1111/aogs.13091.

4- Uçar T, Golbasi Z. Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2019; 40(2):146-55. doi: 10.1080/0167482X.2018.1453800.

5- Khoursandi M, Vakilian K, Torabi Goudarzi M, Abdi M. Childbirth preparation using behavioral-cognitive skill in childbirth outcomes of primiparous women. J Babol Univ Med Sci. 2013; 15(4): 76-80. [Persian]

6- Poikkeus P, Saisto T, Unkila-Kallio L, Punamaki RL, Repokari L, Vilska S, et al. Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. Obstet Gynecol. 2006; 108(1): 70-6. doi: 10.1097/01.AOG.0000222902.37120.2f.

7- Hajian S, Vakilian K, Shariati M, Ajami ME. Attitude of pregnant women, midwives, obstetricians and anesthesiologists toward mode of delivery: a qualitative study. Payesh. 2010; 10(1): 39-48. [Persian]

8- Khorsandi M, Vakilian K, Nasir zadeh Masooleh M. Investigating different factors of fear in normal delivery among pregnant women, in arak-a cross sectional study. J Fasa Univ Med Sci. 2014; 4(2): 161-7. [Persian]

Wijma K, Wijma B. A Woman Afraid to Deliver: How to Manage Childbirth Anxiety. In: Paarlberg K, van de Wiel H. (eds) Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology. Springer, Cham; 2017. pp: 3-31. doi:10.1007/978-3-319-40404-2_1.

10- Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. BMC pregnancy and childbirth. 2015; 15: 284. doi: 10.1186/s12884-015-0721-y

11- Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. Women Birth. 2019; 32(2): 99-111. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.004.

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2020.27.3.103]

12- Cookson H, Granell R, Joinson C, Ben-Shlomo Y, Henderson AJ. Mothers' anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children. J Allergy Clin Immunol. 2009; 123(4): 847-53. e11. doi: 10.1016/j.jaci.2009.01.042.

13- Daneshvar M, Vakilian K, Zadeh-Emran AH, Zadeh RH. The Effect of ACT on Self-Esteem and Self-efficacy of Women with Breast Cancer in Iran. Current Women's Health Reviews. 2020; 16(1): 74-80. doi: 10.2174/1573404815666191121150647

14- Crosby JM, Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial. Behav Ther. 2016; 47(3): 355-66. doi: 10.1016/j.beth.2016.02.001.

15- Eilenberg T, Fink P, Jensen J S, Rief W, Frostholm L. Acceptance and Commitment Group Therapy (ACT-G) for health anxiety- A randomized controlled trail. Dan Med J. 2016; 46(1): 103-15. doi: 10.1017/S0033291715001579

16- Swain J, Hancock K, Dixon A, Koo S, Bowman J. Acceptance and commitment therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2013; 14: 140. doi: 10.1186/1745-6215-14-140.

17- Ivanova E, Lindner P, Ly KH, Dahlin M, Vernmark K, Andersson G, et al. Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. J Anxiety Disord. 2016; 44: 27-35. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.09.012.

18- Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Plumb Vilardaga JC, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. J Consult Clin Psychol. 2012; 80(5): 750-65. doi: 10.1037/a0028310.

19- Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari ME, Moradi-Joo M. Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. Iran J Cancer Prev. 2015; 8(2): 71-6.

20- Yang SY, Moss-Morris R, McCracken LM. iACT-CEL: A Feasibility Trial of a Face-to-Face and Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy Intervention for Chronic Pain in Singapore. Pain Res Treat. 2017; 2017: 6916915. doi: 10.1155/2017/6916915.

21- Parling T, Cernvall M, Ramklint M, Holmgren S, Ghaderi A. A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. BMC Psychiatry. 2016; 16: 272. doi: 10.1186/s12888-016-0975-6.

22- Eilenberg T, Hoffmann D, Jensen JS, Frostholm L. Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. Behav Res Ther. 2017; 92: 24-31. doi: 10.1016/j.brat.2017.01.009.

23- Shin HS, Kim JH. Music Therapy on Anxiety, Stress and Maternal-fetal Attachment in Pregnant Women During Transvaginal Ultrasound. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2011; 5(1): 19-27. doi: 10.1016/S1976-1317(11)60010-8.

24- Vakilian K, Keramat A, Gharacheh M. Controlled breathing with or without lavender aromatherapy for labor pain at the first stage: A randomized clinical trial. Crescent J Med Biol Sci. 2018; 5(3): 172-5.

25- Vakilian K, Zarei F, Majidi A. Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Anxiety and Quality of Life During Pregnancy: A Mental Health Clinical Trial Study. Iran Red Crescent Med J. 2019; 21(8): e89489. doi: 10.5812/ircmj.89489.

26- Dunn C, Hanieh E, Roberts R, Powrie R. Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. Arch Womens Ment Health. 2012; 15(2): 139-43. doi: 10.1007/s00737-012-0264-4.

27- Guardino CM, Dunkel Schetter C, Bower JE, Lu MC, Smalley SL. Randomised controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy. Psychol Health. 2014; 29(3): 334-49. doi: 10.1080/08870446.2013.852670.

28- Hayes S, Strosahl K, Wilson K. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2012.

29- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki 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.

[DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2020.27.3.103]