

# Evaluation of the Effectiveness of Supportive Group Therapy on Fear of Delivery in Pregnant Women, 2021

Seyedeh Zahra Mousavi<sup>1</sup> , Fattaneh Ghaderi<sup>2</sup> , Sharbanoo Goli<sup>3</sup> , Nahid Bolbol Haghighi<sup>4\*</sup> 

<sup>1</sup> Department of Midwifery, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychiatry, School of medicine, Shahroud university of medical sciences, Shahroud, Iran

<sup>3</sup> Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

<sup>4</sup> Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

## Abstract

### Article history:

**Received:** 26 June 2022

**Revised:** 23 August 2022

**Accepted:** 08 September 2022

**ePublished:** 20 December 2022

### \*Corresponding author:

Nahid Bolbol Haghighi,  
Department of Midwifery,  
School of Nursing and  
Midwifery, Shahroud  
University of Medical Sciences,  
Shahroud, Iran.  
Email: nbhaghighi349@yahoo.com



**Background and Objective:** Fear of childbirth is one of the major problems in delivery and the postpartum period. In most women, fear of childbirth is associated with increased pain, prolonged labor and unpleasant labor experience, and increased rate of elective cesarean section

**Materials and Methods:** This interventional study was conducted on 90 pregnant women referred to health centers in Kordkuy, Iran. They were randomly assigned to two groups: intervention and control. The inclusion criteria entailed a wish for cesarean delivery or being doubtful about the mode of delivery, primigravida, singleton pregnancy, the age range of 18-35 years, reading and writing literacy, gestational age of 22-30 weeks at the beginning of the study, and a healthy fetus based on ultrasound examinations in the first trimester. The exclusion criteria were as follows: clear and identifiable obstacles to natural childbirth at the time of sampling, mental and neurological disorders, smoking, drug, and alcohol addiction, repeated abortions, and a history of infertility. The data collection tools included the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (version A) and the demographic information form. The intervention in the experimental group was performed in five one-hour sessions, while the control group received routine pregnancy care. The data were analyzed in SPSS software using independent chi-square and independent t-tests.

**Results:** Before the intervention, demographic variables, such as age, occupation, and education, were homogeneous between the intervention and control groups. At the end of the support group therapy sessions, the mean fear of childbirth score in the intervention group was 69.22, which was significantly lower than that in the control group (84.58) ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** Midwifery counseling in the form of supportive group therapy is effective in reducing the fear of childbirth. Considering that some pregnant women were compelled to undergo a cesarean section due to the opposition of their husbands, it is necessary to conduct studies on the effects of support group therapy on the fear of childbirth in groups consisting of pregnant women, as well as their spouses and families.

**Keywords:** Fear of Delivery; Pregnant Women; Supportive Group Therapy

## Extended Abstract

### Background and Objective

Fear of childbirth is a common problem in pregnant women, leading to cesarean delivery on numerous occasions. Fear, anxiety, and pain are three factors that play major roles during childbirth, and their alleviation would result in mental and physical tranquility. One of the strategies proposed for the management of anxiety and depression is support group therapy which brings together a group of people with similar conditions. In regular meetings, the participants talk about their special conditions, difficulties, and problems, as well as their personal experiences regarding how they face and tackle these callings. Since fear of childbirth is strongly associated with a preference for cesarean delivery and the promotion of natural childbirth is of utmost importance, the present study aimed to assess the effectiveness of midwifery counseling based on "support therapy group" on fear of childbirth among pregnant women.

### Materials and Methods

This clinical trial study was conducted from February 2020 to September 2021 on 90 pregnant women referred to the health centers in Kordkuy, Iran. According to the stratified sampling method, the city was first divided into three regions based on socio-economic status. Thereafter, a health center was selected from each region, and participants in each center were selected via convenience sampling method. The inclusion criteria were a wish for cesarean section or being doubtful about the mode of delivery, primigravida, singleton pregnancy, the age range of 18-35 years, reading and writing literacy, gestational age of 22-30 weeks at the beginning of the study, and a healthy fetus based on ultrasound examinations in the first trimester. On the other hand, the exclusion criteria entailed clear and identifiable obstacles to natural childbirth upon sampling, mental and neurological disorders, smoking, drug, and alcohol addiction, repeated abortions, and a history of infertility.

The participants were randomly assigned to two groups of intervention and control using the allocation sequence that was generated based on the 4-point block method. The participants of the intervention group were assigned to five groups (n= 9 in each group) who separately attended the counseling sessions. The data collection tools included The Wijma Delivery

Expectancy/Experience Questionnaire (version A) and the demographic information form that was completed before and after the intervention. The data were analyzed in SPSS software.

### Results

Based on the independent t-test, the mean fear of childbirth score in pregnant women in the intervention and control groups was not statistically different before the intervention ( $P=0.30$ ). Moreover, the midwifery counseling group and the control group showed a statistically significant difference in the mean fear of childbirth score after the intervention ( $P<0.001$ ).

### Conclusion

As evidenced by the results of the present study, midwifery counseling based on support group therapy is effective in reducing the fear of childbirth. Participation in a homogenous group of people with common conditions leads to the emotional discharge of pregnant women who fear childbirth since most of these women have difficulty expressing this feeling. They believe that talking about fear will aggravate the situation or is useless since no one can help them. During support group therapy, being surrounded by people with the same conditions provides pregnant women with a golden opportunity to be more optimistic about their conditions and hopeful by observing each other's progress.

Complex emotional interactions in the group provide a great opportunity to copy successful and correct behaviors and reduce fear. Moreover, helping each other makes expectant mothers aware of their value, usefulness, and uniqueness. This situation will give mothers confidence in facing the new experience they are supposed to go through. The weakness of the present study was the selection of primigravida mothers since experience could affect the fear of childbirth. Among the notable limitations of the present study, we can refer to individual and emotional differences among the subjects, as well as spouses' nonparticipation in the study. It is suggested that further studies compare the effect of support group therapy in groups with spouses and groups without their presence. Considering that some pregnant women were compelled to undergo a cesarean section due to the opposition of their husbands, it is necessary to conduct studies on the effects of support group therapy on the fear of childbirth in groups consisting of pregnant women, as well as their spouses and families.

## بررسی اثربخشی گروه درمانی حمایتی بر ترس از زایمان در زنان باردار، ۱۴۰۰

سیده زهرا موسوی<sup>۱</sup>، فتنانه قادری<sup>۲</sup>، شهربانو گلی<sup>۳</sup>، ناهید بلبل حقیقی<sup>۴\*</sup>

<sup>۱</sup> گروه مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران  
<sup>۲</sup> گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران  
<sup>۳</sup> گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران  
<sup>۴</sup> گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

### چکیده

**سابقه و هدف:** ترس از زایمان یکی از مشکلات عمده تولد و دوران بعد از زایمان است. ترس از زایمان در بیشتر زنان با افزایش درد، زایمان طولانی، تجربه ناخوشایند زایمانی و میزان زیاد سزارین انتخابی همراه است. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی مشاوره مامایی به شیوه گروه درمانی حمایتی بر ترس از زایمان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این تحقیق یک مطالعه مداخله‌ای است که روی ۹۰ مادر باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کردکوی با روش تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل به زایمان سزارین یا مردد بودن در زمینه تمایل به نوع زایمان، بارداری اول و حاملگی تک‌قلو، داشتن سن ۱۸ تا ۳۵ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن سن بارداری هفته ۲۲ تا ۳۰ در ابتدای مطالعه و سالم و طبیعی بودن جنین در بررسی‌های سونوگرافی سه ماهه اول. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: موانع آشکار و قابل تشخیص برای انجام زایمان طبیعی هنگام نمونه‌گیری، داشتن اختلال اعصاب و روان، اعتیاد به سیگار، مواد مخدر و الکل، سقط مکرر و سابقه ناباروری. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل نسخه A پرسش‌نامه ترس از زایمان ویجما و پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک بود. مداخله در گروه آزمون به صورت ۵ جلسه یک ساعته انجام شد. گروه کنترل از مراقبت‌های روتین بارداری برخوردار بودند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری کای دو و تی مستقل و نرم‌افزار SPSS 16 استفاده شد.

**یافته‌ها:** قبل از مداخله متغیرهای دموگرافیک از جمله سن، شغل و تحصیلات بین گروه مداخله و کنترل همگن بود. در پایان جلسات گروه درمانی حمایتی میانگین نمره ترس از زایمان در گروه مداخله ۶۹/۲۲ بود که به‌طور معنی‌داری از گروه کنترل با میانگین ترس از زایمان ۸۴/۵۸ کمتر بود ( $P < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** مشاوره مامایی به شیوه گروه درمانی حمایتی بر کاهش ترس از زایمان مؤثر است. با توجه به اینکه برخی از زنان باردار پس از مداخله و کاهش ترس از زایمان، به علت مخالفت همسر به زایمان سزارین مجبور می‌شدند، لزوم انجام مطالعات با مداخلاتی مبنی بر اثر گروه درمانی حمایتی بر ترس از زایمان به صورت ترکیبی در زنان و مردان یا خانواده احساس می‌شود.

**واژگان کلیدی:** ترس از زایمان؛ زنان باردار؛ گروه درمانی حمایتی

**استناد:** موسوی، سیده زهرا؛ قادری، فتنانه؛ گلی، شهربانو؛ بلبل حقیقی، ناهید. بررسی اثربخشی گروه درمانی حمایتی بر ترس از زایمان در زنان باردار، ۱۴۰۰. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، پاییز ۱۴۰۱؛ ۳۰(۴): ۲۳۸-۲۳۱.

### مقدمه

مادری، ترس از زایمان را در مادران برمی‌انگیزد. به احساس ترس و نگرانی‌ای که مادر با نزدیک شدن به موعد زایمان با آن روبه‌رو می‌شود، ترس از زایمان می‌گویند [۱]. به دنیا آمدن کودک برای مادران یک اتفاق هیجان‌انگیز محسوب می‌شود. در کنار احساسات

ترس از زایمان یک مشکل شایع در زنان باردار است و در بسیاری از موارد به سزارین منجر می‌شود [۱]. تحقیقات در ایران نشان داده اند یکی از علل مهم افزایش زایمان سزارین، ترس از زایمان طبیعی است [۲]. در واقع، انتقال فیزیولوژیک از مرحله بارداری به مرحله

مثبت مادر، حس ترس، اضطراب و نگرانی از زایمان و عواقب آن باعث اضطراب بیشتر مادر می‌شود [۴]. طبق تحقیقات ۸۲/۷ درصد از زنان باردار ترس از زایمان را تجربه می‌کنند [۱].

ترس، اضطراب و درد سه عاملی هستند که هنگام زایمان نقش مهمی را ایفا می‌کنند. اگر ترس و اضطراب برطرف شود، باعث می‌شود که آرامش روحی و جسمی جایگزین شود [۵]. هنگامی که زنان در رابطه با زایمان دچار اضطراب می‌شوند، ترس از زایمان رخ می‌دهد [۶] که یکی از چالش‌های مهم زنان در دوران بارداری و یکی از علل مهم اضطراب برای بانوان و خانواده آن‌هاست که عوارض زایمان را افزایش می‌دهد [۷]. ترس از زایمان بر سلامت جسمی و روحی زنان اثرات مخربی دارد و موجب افزایش شیوع عوارض دوران بارداری، درد هنگام زایمان، طولانی شدن مدت زایمان، استفاده از بیهوشی هنگام زایمان و سزارین در آنان خواهد شد [۸].

یکی از راه‌های مقابله با اضطراب و افسردگی، گروه درمانی حمایتی است که در عمل ملاقات گروهی از افراد همدرد در جلسات منظمی است که در آن شرکت‌کنندگان درباره شرایط خاص، دشواری‌ها و مشقتهایی که در آن قرار دارند، مشکلات و مسائلی که با آن روبه‌رو هستند، تجربه‌های خود در خصوص شیوه‌های مواجهه و حل مسائل و مشکلات با یکدیگر گفت‌وگو می‌کنند [۹]. گروه درمانی حمایتی در اوایل قرن بیستم تعریف شد. اهداف درمان حمایتی بر اساس تعریف اولیه‌اش، تغییر شخصیت بیمار نیست، بلکه بیشتر کمک به بیمار برای سازگاری با نشانه‌ها، پیگیری از عود ناخوشی روانی و خیم یا کمک به فرد نسبتاً سالم برای سازگاری با یک مشکل گذراست.

در سال‌های اخیر محدوده روان‌درمانی حمایتی گسترده‌تر شده است [۱۰] و در موارد مختلفی مانند کنترل وضعیت روان زنان یائسه، اختلال استرس پس از سانحه، بقا و نتیجه روانی-اجتماعی زنان مبتلا به سرطان متاستیک سینه، والدینی که از فرزندان خود غافل هستند، مسئولیت‌پذیری و امیدواری زنان مطلقه قربانی خشونت خانگی، هراس اجتماعی، افسردگی، استرس، کیفیت زندگی زنان دارای کودکان مبتلا به اوتیسم فوایدی دارد [۱۱-۱۹].

ثابت شده است که مشاوره حمایتی در افرادی مؤثر است که نیازمند درمان روانی خاصی نیستند؛ بنابراین، در افراد سالمی کاربرد دارد که در بحران یا حالت موقت آشفتگی به سر می‌برند و بسته به نیاز افراد، تعداد جلسات مشاوره متفاوت است [۲۰]. با توجه به اینکه یکی از علل مهم انتخاب زایمان سزارین، ترس از زایمان است و با توجه به اهمیت افزایش زایمان طبیعی، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مشاوره مامایی به شیوه گروه درمانی حمایتی بر ترس از زایمان زنان باردار انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر پس از تصویب و گرفتن کد اخلاق به شماره

IR.SHMU.REC.1399.130 در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، در سامانه کارآزمایی بالینی ایران با شماره IRCT20201209049657N1 ثبت شد. این مطالعه کارآزمایی بالینی از بهمن ۱۳۹۹ تا شهریور ۱۴۰۰ روی ۹۰ نفر از زنان باردار دارای پرونده در مراکز بهداشتی شهرستان کردکوی انجام شد. برای نمونه گیری طبق روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، ابتدا شهر بر اساس وضعیت اجتماعی-اقتصادی به سه منطقه تقسیم شد. سپس با استفاده از قرعه‌کشی، از هر منطقه یک مرکز بهداشتی انتخاب شد. شرکت‌کنندگان در هر مرکز به شیوه در دسترس برای بررسی معیارهای ورود و خروج تعیین شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل به زایمان سزارین یا مردد بودن درباره نوع زایمان، بارداری اول و حاملگی تک‌قلو، داشتن سن ۱۸ تا ۳۵ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن سن بارداری هفته ۲۲ تا ۳۰ در ابتدای مطالعه و سالم و طبیعی بودن جنین در بررسی‌های سونوگرافی سه ماهه اول. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: موانع آشکار و قابل تشخیص برای انجام زایمان طبیعی هنگام نمونه‌گیری، داشتن اختلال اعصاب و روان، اعتیاد به سیگار، مواد مخدر و الکل، سقط مکرر و سابقه ناباروری.

قبل از تخصیص تصادفی، برگه رضایت آگاهانه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. با استفاده از توالی تخصیص که بر اساس روش بلوکی به حجم ۴ تولید شد، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. به علت ماهیت مطالعه، شرکت‌کنندگان از گروهی که در آن قرار گرفته بودند، مطلع بودند (گروه مداخله و کنترل)، ولی فرد جمع‌آوری‌کننده اطلاعات (فرد تکمیل‌کننده پرسش‌نامه) از گروه افراد مطلع نبود. بدین ترتیب پرسش‌نامه‌های قبل از مداخله، قبل از تخصیص تصادفی افراد به گروه‌ها تکمیل شد. بعد از مداخله نیز فرد جمع‌آوری‌کننده اطلاعات از گروه افراد مطلع نبود. تحلیلگر آماری نیز نسبت به گروه افراد بی‌اطلاع بود. توالی تخصیص در دست فردی خارج از تیم تحقیق قرار داده شد. با هر فرد واجدالشرایط بعد از ثبت‌نام و وارد شدن در فهرست مرکزی، تماس حاصل شد و شرکت‌کننده به گروه مدنظر اختصاص یافت.

شرکت‌کنندگان گروه مداخله به ۵ گروه ۹ نفره تقسیم شدند و برای هر گروه جلسات به صورت جداگانه تشکیل شد. رهبر گروه هدایت جلسات را بر عهده داشت و کمک‌رهبر که یک ماما با سابقه زایمان طبیعی موفق بود، با رهبر گروه همکاری می‌کرد. رهبر گروه خود محقق بود که واحدهای مشاوره در مامایی را گذرانده بود و از سوی روان‌پزشک مجوز کتبی داشت. گروه کنترل نیز مراقبت‌های روتین دوران بارداری را دریافت کردند. ابزار گردآوری اطلاعات عبارت بودند از: نسخه A پرسش‌نامه ترس از زایمان ویجما و پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک.

پرسش‌نامه ویجما شامل سؤال‌های ۲، ۳، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۹، ۲۰، ۲۴، ۲۵، ۲۷ و ۳۱ است. نقطه ۸۵ به‌عنوان نقطه برش در نظر گرفته شد.

در پژوهش اندرون و همکاران (۱۳۹۶)، روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسش‌نامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده در پژوهش اندرون و همکاران (۱۳۹۶) بیشتر از ۰/۷ برآورد شد [۲۱، ۲۲].

در این پژوهش داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 تحلیل شد. توصیف داده‌های کمی با استفاده از میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی با استفاده از فراوانی و درصد فراوانی انجام شد. نرمال بودن داده‌ها بررسی و تأیید شد. همچنین به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای دو استفاده شد. با توجه به نرمال بودن متغیرهای پاسخ کمی، برای مقایسه میانگین‌ها در بین دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. استنباط متغیرهای کیفی نیز با آزمون کای دو انجام شد. سطح معناداری ۰/۰۵ بود.

### پرسش‌نامه ترس از زایمان ویجما

این پرسش‌نامه نسخه A و B دارد و برای سنجش و بررسی ترس از زایمان و با هدف اندازه‌گیری احساسات مادر در طول زایمان، انتظارات و تجربه زایمان استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه ۳۳ سؤال دارد و ۶ فاکتور نبود پیش‌بینی مثبت، ترس، نبود خودکارآمدی، تنهایی، ترس از آسیب جنین و نبود کنترل را می‌سنجد. پرسش‌نامه با طیف لیکرت شش گزینه‌ای با سؤالاتی مانند من با اشخاصی که نسبت به من معتدل و میانه‌رو هستند، غیردوستانه باقی می‌مانم، ترس از زایمان را می‌سنجد. در این تحقیق منظور از ترس از زایمان نمره‌ای است که پاسخ دهندگان به سؤالات ۳۳ گویه‌ای پرسش‌نامه ترس از زایمان می‌دهند. برای محاسبه امتیاز کلی پرسش‌نامه، نمره همه گویه‌های پرسش‌نامه با هم جمع می‌شود. دامنه امتیاز این پرسش‌نامه بین ۰ تا ۱۶۵ است. هرچه امتیاز حاصل‌شده بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر ترس از زایمان است و بالعکس. سوالات معکوس

### جدول ۱: ساختار و محتوای جلسات

جلسه اول	معرفی رهبر گروه و کمک‌رهبری و اعضای گروه به یکدیگر، صحبت درباره دغدغه‌ها و نگرانی‌های افراد، بیان تجربیات کمک‌رهبری و دادن اطلاعات و در صورت نیاز مشاوره توسط رهبر گروه (محقق واحدهای مشاوره در مامایی را گذرانده بود و همچنین مجوز کتبی از طرف روان‌پزشک گرفته بود).
جلسه دوم	بحث و گفت‌وگو درباره مزایا و عوارض زایمان طبیعی توسط مادران، دادن اطلاعات علمی از سوی محقق به‌عنوان رهبر، بیان تجربیات از سوی کمک‌رهبر
جلسه سوم	بحث و گفت‌وگو درباره مزایا و عوارض زایمان سزارین توسط شرکت‌کنندگان، دادن اطلاعات علمی از سوی رهبر، بیان تجربیات از سوی کمک‌رهبر
جلسه چهارم	آموزش مهارت و مدیریت استرس (آموزش تنفس شکمی و انجام آن با تصویرسازی ذهنی، آرام‌سازی عضلات)، پیشنهاد نوشتن نامه‌ای توسط مادران و ذکر تمام نگرانی‌ها و دغدغه‌های ذهنی‌شان و در صورت تمایل ارسال نامه برای رهبر گروه
جلسه پنجم	مرور جلسات قبل، دریافت نامه‌های مادران، جمع‌بندی، تکمیل پرسش‌نامه‌ها

### نتایج

از زنان باردار شرکت‌کننده سابقه اختلال روانی و سقط نداشتند. متغیر سن بر اساس آزمون کولموگوروف اسمیرنوف توزیع نرمال داشت. بنابراین، از آزمون تی مستقل استفاده شد. میانگین سن در بین دو گروه مداخله و کنترل همگن بود.

در این مطالعه ۹۰ زن باردار (۴۵ زن باردار در گروه مداخله و ۴۵ زن باردار در گروه کنترل) شرکت کردند که در هفته ۲۲ تا ۳۰ به مراکز بهداشتی شهرستان کردکوی مراجعه کرده بودند. هیچ‌یک

### جدول ۲: بررسی خصوصیات پایه زنان باردار در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر کمی	سطوح متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل	
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
سن		۲۸/۱۸ ± ۵/۲۵	۲۸/۱۸ ± ۵/۲۵	۲۷/۶۲ ± ۴/۰۴	۲۷/۶۲ ± ۴/۰۴
متغیر کیفی		فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)	
تحصیلات	زیردیپلم	۳۱/۱۱۴	۳۱/۱۱۴	۲۴/۴۱۱	۲۴/۴۱۱
	دانشگاهی	۶۸/۹۳۱	۶۸/۹۳۱	۷۵/۶۳۴	۷۵/۶۳۴
شغل	خانه‌دار	۶۴/۴۲۹	۶۴/۴۲۹	۶۰/۲۷	۶۰/۲۷
	شاغل	۳۵/۶۱۶	۳۵/۶۱۶	۴۰/۱۱۸	۴۰/۱۱۸

\*تی مستقل؛ \*\* کای دو

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره ترس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله

متغیر	گروه	معنی داری بر اساس آزمون		
		گروه مداخله	گروه کنترل	
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
قبل از مداخله	۸۱/۹۱ $\pm$ ۱۵/۷۹	۸۴/۸۷ $\pm$ ۱۵/۰۶	تی مستقل ۰/۳۰	
ترس از زایمان	بعد از مداخله	۶۹/۲۲ $\pm$ ۱۵/۰۸	۸۴/۵۸ $\pm$ ۱۴/۸۴	<۰/۰۰۱
تغییرات	۱۲/۶۹ $\pm$ ۹/۳۳	۰/۲۹ $\pm$ ۱۰/۸۱	<۰/۰۰۱	

ارزشمندی، مفید بودن و منحصر به فرد بودن خود آگاه شوند و احساس بهتری را تجربه کنند. چنین موقعیتی اعتماد به نفسی به مادران خواهد داد تا خود را برای رویارویی با تجربه جدید پیش رو (زایمان) قوی تر ببینند [۲۴].

بوذری و همکاران (۱۳۹۸) دریافتند گروه درمانی با رویکرد رفتاری بر کاهش ناتوانی ترس از زایمان و اضطراب زنان باردار مؤثر است. تفاوت پژوهش آن‌ها با پژوهش حاضر در این است که مداخله پژوهش آن‌ها گروه درمانی حمایتی با رویکرد رفتاری بوده است، در حالی که در روش اجرای پژوهش حاضر گروه درمانی حمایتی با رویکرد رفتاری نبوده است. با وجود این تفاوت، نتایج پژوهش آن‌ها هم‌راستا با پژوهش حاضر بوده است. مشاوره شناختی رفتاری نسبت به مشاوره راه‌حل محور طولانی تر است و افراد علت و منشأ ترس خود را شناسایی می‌کنند، اما در آن مشارکت افراد در گروهی همسان هدف و اولویت نیست. ضمن اینکه طی گروه درمانی حمایتی معمولاً مسائل روان‌شناختی جمع از طریق روش‌های مختلف مشاوره‌ای از جمله مشاوره شناختی درمانی یا راه‌حل محور به بحث گذاشته خواهد شد [۲۵].

پروین و همکاران (۱۳۸۶) نیز در پژوهش خود از کاربرد گروه درمانی حمایتی بر جامعه هدف خود سود بردند و دریافتند گروه درمانی حمایتی در وضعیت سلامت روان زنان یائسه مؤثر است [۱۳]. پژوهش حاضر از نظر نوع مداخله با پژوهش پروین شباهت دارد. با وجود تفاوتی که در جامعه پژوهش وجود داشت، به این نتیجه رسیدیم که گروه درمانی حمایتی همان‌طور که در زنان یائسه کاربرد دارد، در زنان باردار نیز قابل استفاده است. موعودی و همکاران نیز گروه درمانی حمایتی را در کاهش افسردگی و اضطراب و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثرتر از سیتالوپرام یافتند. اخلاقی و همکاران (۲۰۱۲) بیان کردند آموزش گروه درمانی بر کاهش ناتوانی ترس از زایمان و کاهش اضطراب زنان باردار مؤثر است؛ یعنی آموزش گروه درمانی، استفاده غیردارویی را بعد از جلسات آموزش گروه درمانی رفتاری به طرز چشمگیری کاهش می‌دهد [۲۶].

Karabulut (۲۰۱۸) نیز ادعان داشت آموزش قبل از زایمان ترس از زایمان را کاهش می‌دهد [۲۷]. در گروه درمانی حمایتی نیز در واقع آموزش اتفاق می‌افتد، اگرچه هدف نیست. Karabulut در پژوهش خود با استفاده از آموزش توانست ترس از زایمان را کاهش دهد. او این نتیجه را مدیون تعداد نمونه بیشتر (۶۹ نفر) بود.

میانگین سن زنان باردار در گروه مداخله و گروه کنترل به ترتیب  $28/18 \pm 5/25$  و  $27/62 \pm 4/04$  سال بود که از نظر آماری تفاوت معناداری در بین دو گروه از نظر سن وجود نداشت (۰/۵۷۵).  $64/4$  درصد از زنان گروه مداخله و  $60$  درصد از زنان گروه کنترل خانه‌دار بودند و این فراوانی بر اساس آزمون کای دو در بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری نداشت و همگن بود (جدول ۲). فراوانی تحصیلات دانشگاهی زنان باردار در گروه مداخله  $68/9$  درصد و در گروه کنترل  $75/6$  درصد بود که بر اساس آزمون کای دو، تفاوت معنادار آماری در بین دو گروه از نظر تحصیلات یافت نشد و همگن بودند (جدول ۲).

میانگین نمره ترس از زایمان در زنان باردار گروه مداخله و کنترل در زمان قبل از مداخله بر اساس آزمون تی مستقل اختلاف آماری معناداری نداشت.

میانگین نمره ترس از زایمان در گروه مشاوره مامایی به شیوه حمایت درمانی و گروه کنترل در زمان بعد از مداخله بر اساس آزمون تی مستقل از نظر آماری تفاوت معناداری داشت. بدین معنا که مشاوره مامایی به شیوه گروه درمانی حمایتی بر نمره ترس از زایمان اثرگذار بود و در زنان باردار گروه مداخله کمتر از گروه کنترل به دست آمد. میانگین تغییرات نمره ترس از زایمان در بین دو گروه تفاوت آماری معناداری داشت (جدول ۳).

## بحث

مطالعه حاضر نشان داد مشاوره مامایی به شیوه گروه درمانی حمایتی بر کاهش ترس از زایمان مؤثر است. صحبت و مشارکت در گروهی همگن و یکسان همراه با افرادی با شرایط مشترک باعث تخلیه هیجانی زنان باردار مبتلا به ترس از زایمان می‌شود؛ چراکه برای اغلب این زنان، سخن گفتن درباره ترس از زایمان طبیعی دشوار است. به گمان آن‌ها صحبت درباره ترس، شدت آن را بیشتر می‌کند یا حتی در صورت بازگو کردن، کسی قادر نیست به آن‌ها کمک کند [۲۳]. طی گروه درمانی حمایتی، قرار گرفتن در جوار افرادی که شرایط یکسان دارند، فرصتی مفید فراهم می‌کند تا زنان باردار از طریق ارتباط مستقیم با یکدیگر تصویر قابل باورتری از شرایط خود به دست آورند و با مشاهده پیشرفت یکدیگر امیدوار شوند. تعامل‌های پیچیده هیجانی در گروه فرصت نسخه‌برداری از رفتارهای موفق و درست و کاهش ترس را ایجاد می‌کند. همچنین به مادران باردار این فرصت را می‌دهد که با کمک به یکدیگر به

زایمان تأثیر دارد. محدودیت‌های مطالعه حاضر شامل تفاوت‌های فردی، وضعیت روحی و روانی واحدهای پژوهش هنگام تکمیل پرسش‌نامه‌ها و مشارکت نکردن همسران در طرح است.

### نتیجه‌گیری

گروه درمانی حمایتی نقش پررنگی در کاهش ترس از زایمان زنان ایرانی دارد که با برنامه‌ریزی لازم درخصوص به‌کارگیری روش‌های کاهش ترس از زایمان از جمله آموزش گروه درمانی حمایتی می‌توان از بسیاری از عواقب ترس از زایمان جلوگیری کرد. پیشنهاد می‌شود تحقیقات دیگری انجام شود و تأثیر گروه درمانی حمایتی در گروه‌هایی همراه با همسران و گروه‌هایی بدون حضور همسران مقایسه شود. با توجه به اینکه برخی از زنان باردار پس از مداخله و کاهش ترس از زایمان، به علت مخالفت همسران به زایمان سزارین مجبور شدند، لزوم انجام مطالعاتی که مداخلات مبنی بر اثر گروه درمانی حمایتی به صورت ترکیبی در زنان و مردان یا خانواده بر ترس از زایمان را بیازماید، احساس می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با کد ۸۶۸ گرفته شده است. بدین‌وسیله از حمایت‌های اساتید گروه مامایی و تمامی شرکت‌کنندگان تشکر و قدردانی می‌شود. کد این مقاله در سامانه کارآزمایی بالینی کشور IRCT2020120 9049657N1 است.

### تضاد منافع

این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافع ندارد.

### ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با شماره ۸۶۸، کد اخلاق IR.SHMU.REC.1399.130 و IRCT کد IRCT20201209049657N1 در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود تصویب شد. از شرکت‌کنندگان نیز رضایت کتبی گرفته شد.

### سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در نگارش مقاله سهیم بودند.

### حمایت مالی

تمام هزینه‌های مطالعه بر عهده نویسنده اصلی بود.

تحقیقات اخیر گویای آن است که در سالیان اخیر شیوع سزارین در تمام نقاط دنیا افزایش یافته است و تعداد زیادی از آن‌ها فقط به درخواست مادر و به‌علت ترس از زایمان رخ می‌دهد که علت آن ترس از فرایند زایمان و نگرانی از عوارض زایمان طبیعی است [۲۸]. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که ترس از زایمان نقش مهمی در انتخاب روش سزارین توسط زنان ایرانی دارد؛ بنابراین، با برنامه‌ریزی صحیح و به‌موقع در خصوص کاربرد روش‌های کاهش ترس از زایمان و همچنین با انجام مشاوره با مادرانی که عمل سزارین را انتخاب می‌کنند، می‌توان میزان سزارین غیرضروری را کاهش داد. در همین راستا قوچانیان و همکاران (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیدند که ترس از زایمان قادر به پیش‌بینی زایمان سزارین در زنان باردار است [۲۹]. اگرچه پژوهش قوچانیان از نوع مقطعی بوده است، به علت موضوع مشترک ترس از زایمان می‌توان به آن استناد کرد. در مطالعه حاضر با کاهش ترس از زایمان، تمایل به زایمان سزارین نیز کاهش یافت. این یافته هم‌راستا با مطالعه قوچانیان است. مطالعه قوچانیان در شهر بیرجند انجام شده است و از آنجاکه آمار زایمان سزارین در شهر بیرجند همانند شهرستان کردکوی زیاد است، از این نظر نیز هم‌راستایی نتایج ارزشمند است.

پژوهش Saisto و همکاران (۲۰۰۶) ثابت کرد روان‌درمانی حمایتی به صورت گروهی همراه با آموزش و تن‌آرامی بر نمره ترس از زایمان تأثیری ندارد. این پژوهش از نظر تعداد جلسات و حضور یک ماما و یک روان‌شناس با پژوهش حاضر مشابه است. تعداد اعضای نمونه در این مطالعه بیشتر از مطالعه حاضر بود (۱۰۲ نفر). این مقاله از نظر تأثیری که مداخله بر ترس از زایمان داشته است، با مطالعه حاضر همسو نیست. شاید بتوان علت ناهم‌سویی را در نبود رهبری دانست که تجربه مشترکی با اعضای گروه داشته باشد [۳۰].

Dencker (۲۰۱۹) نتیجه گرفت که استرس، اضطراب، افسردگی و عدم حمایت اجتماعی با ترس در دوران بارداری مرتبط است. نیاز به مراقبت روان‌پزشکی و وجود علائم استرس تروماتیک پیامدهای گزارش‌شده همراه با زایمان طولانی‌مدت، استفاده از عوارض اپیدورال و زایمان است [۳۱].

نقطه ضعف پژوهش حاضر انتخاب زنان نخست‌زا به دلیل نداشتن تجربه زایمان بود؛ زیرا داشتن تجربه در نتایج ترس از

## REFERENCES

- Farajzadeh A, Shakerian Rostami S. Study of Prevalence and causes of fear of normal delivery in primiparous pregnant women in talesh county, in 2018. *Nurs Midwifery J*. 2018;16(9):660-70.
- Dehghani L, Mehrolhosna N, Rastad H, Ebrahimi H, Motamed Jahromi M. Factors Influencing Cesarean Delivery in Women Visiting the Women's Pregnancy Clinic in Bam, Iran. *Health Dev*. 2013;1(3):237-43. (Persian)
- Taghi Shakeri M, Kamalimanesh B, Moradi M, Fathi M, Afiat M, Boroumand Rezazadeh M. Effect of self-hypnosis on the experience of delivery fear and duration of labor in primiparity: A randomized clinical trial. *J Birjand Univ Med Sci*. 2020;28(1):11-23.
- Hamama-Raz Y, Sommerfeld E, Ken-Dror D, Lacher R, Ben-Ezra M. The role of intra-personal and inter-personal factors in fear of childbirth: a preliminary study. *Psychiatr Q*. 2017;88(2):385-96. PMID: 27401494 DOI: 10.1007/s11226-016-9455-x
- Fahami F, Masoudfar S, Davazdahemami S. The effect of Lamaze practices on the outcome of pregnancy and labour in primipara women. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2007;12(3):111-4. (Persian)
- Dai L, Zhang N, Rong L, Ouyang Y. Worldwide research on fear of childbirth: A bibliometric analysis. *Plos One*. 2020;15(7):1-13. DOI: 10.1371/journal.pone.0236567
- Gelaw T, Gultie Ketema T, Beyene K, Kondale Gurara M, Gendisha Ukke G. Fear of childbirth among pregnant

- women attending antenatal care in Arba Minch town, southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;**20**(1):1-7. [PMID: 33160330](#) [DOI: 10.1186/s12884-020-03367-z](#)
8. Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*. 2012;**119**(10):1238-46. [PMID: 22734617](#) [DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x](#)
  9. Smeglia V, Miller N, Kort-Butler L. The Impact of social support on women's adjustment to divorce. *J Divorce Remarriage*. 2012;**32**:63-89. [DOI: 10.1300/J087v32n01\\_05](#)
  10. Winston A, Richard N, Roberts LW. Learning supportive psychotherapy: an illustrated guide (corecompetencies in psychotherapy). American Psychiatric Association Publishing;2014.
  11. Monsefi S, Ahadi H, Hatami H. Investigate the effectiveness of supportive group reality therapy on the hope and responsibility of divorced women of victim of domestic violence. *J Psychol Sci*. 2018;**17**(69):567-74.
  12. Fakoor Y, Mahmoodi GHaraee J, Mohammadi M, Momtaz Bakhsh M. The effect of group therapy based on supportive and cognitive-behavioral methods in the treatment of patients with post-traumatic stress disorder in Bam earthquake. *HAKIM*.**9**(2).
  13. Parvin N, Kazemian A, Alavi A, Safdari F, Hasanpour Dehkordi A, Hosseinzade S, et al. The effect of Supportive group therapy on menopause mental health. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2007;**9**(3):74-9.
  14. Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, Koopman C, Miller E, Dlimiceli S, et al. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer : a randomized prospective trial. *Cancer*. 2007;**110**(5):1130-8. [PMID: 17647221](#) [DOI: 10.1002/cncr.22890](#)
  15. Moghtader L, Akbari B, Haghgoo Siahgurabi M. The effect of supportive and group educational psychotherapy on anxiety, depression, stress and quality of life of mothers of children with autism spectrum disorders. *Stud Med Sci*. 2016;**27**(2):167-77.
  16. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, Holt CS, Welkowitz LA, et al. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia : 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;**55**(12):1133-41. [PMID: 9862558](#) [DOI: 10.1001/archpsyc.55.12.1133](#)
  17. Mirzaali E, Damianakis T, Smith D, Trocme N. Supportive group therapy for parents who chronically neglect their children. *Fam Soc*. 2006;**87**(3):401-8.
  18. Eslami Shahrababaki M, Mazhari S, kamiab H. The effectiveness of parenting skills training on depression, anxiety and quality of life of parents Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Clinical Studies, Afzalipour Medical School*. 2016;**1**(1):44-53. [DOI: 10.22122/AJCR.2016.44190](#)
  19. Papastergiou D, Kokaridas D, Bonotis K, Digelidis N, Patsiagouras A. Intervention effect of supportive group therapy and physical exercise on the quality of life of cancer patients. *Cent Eur J Med*. 2019;**25**(1):5-13. [DOI: 10.18276/cej.2019.1-01](#)
  20. Sadock BJ, Ahmad S, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Philadelphia,USA: Lippincott Williams &Wilkins; 2010.
  21. Mortazavi F. Alidity and reliability of the Farsi version of Wijma delivery expectancy questionnaire: an exploratory and confirmatory factor analysis. *Electronic physician*. 2017;**9**(6):4606-16. [PMID: 28848637](#) [DOI: 10.19082/4606](#)
  22. Andaroon N, Kordi M, Kimiaei A, Esmaeili H. The relationship between the severity of fear of childbirth and the choice of type of delivery in nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2017;**20**(5):68-75. [DOI: 10.22038/IJOGI.2017.9082](#)
  23. Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*. 2010;**26**(3):327-37. [PMID: 18774630](#) [DOI: 10.1016/j.midw.2008.07.003](#)
  24. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*. 2009;**116**(1):67-73. [PMID: 19055652](#) [DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x](#)
  25. Bouzari B, Fatahi A. Effect of behavioral group therapy on childbirth fear and anxiety in pregnant women. *J Disab Stud*. 2018;**37**(8):6-1.
  26. Akhlaghi F. Relation between depression a, self-esteem, marital satisfaction, demographical factor and maternal complications with fear of childbirth in nulliparous women. *J Fundam Mental Health*. 2012;**14**(54):122-31. [DOI: 10.22038/jfmh.2012.982](#) (Persian)
  27. Karabulut O, Coskuner Potur D, Dogan Merih Y, Cebeci Mutlu S, Demirci N. Does antenatal education reduce fear of childbirth? *Int Nurs Rev*. 2016;**63**(1):60-7. [PMID: 26612181](#) [DOI: 10.1111/inr.12223](#)
  28. Nikbakhsh N, Moudi S, Mohammadian Amiri F, Niazifar M, Bijani A. Depression, Anxiety and Quality of Life in Breast Cancer Patients with Depression Treated with Citalopram and Supportive Group Psychotherapy at Six Months. *J Maz Univ Med Sci*. 2019;**29**(173):74-64.
  29. Ghooshchian S, Dehghani M, Khorsandi M, Farzad V. The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor. *J Arak Uni Med Sci*. 2111;**14**(3):45-54. (Persian)
  30. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmaki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;**85**(11):1315-9. [PMID: 17091410](#) [DOI: 10.1080/00016340600756920](#)
  31. 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 and Birth*. 2019;**32**(2):99-111. [PMID: 30115515](#) [DOI: 10.1016/j.wombi.2018.07.004](#)