

Effectiveness of REPLAN Training on the Fear of Childbirth and Self-Efficacy of Pregnant Women with Childbirth Anxiety

Omolbanin Masihpour Mojavery¹ , Ghodratalah Abbasi^{2*} , Leila Moslemi^{3,4}

1. Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
2. Department of Psychology, Sari.C., Islamic Azad University, Sari, Iran
3. Health Reproductive Researcher Center, Sari.C., Islamic Azad University, Sari, Iran
4. Department of Midwifery, Sari C., Islamic Azad University, Sari, Iran

Abstract

Article history:

Received: 14 December 2024

Revised: 07 June 2025

Accepted: 31 August 2025

ePublished: 20 September 2025

*Corresponding author:

Ghodratalah Abbasi, Department of Psychology, Sari.C., Islamic Azad University, Sari, Iran

Email: gh_abbasi@iausari.ac.ir



Background and Objective: Pregnancy, as one of the most stressful life events, leads to physical, psychological, and social changes. Anxiety and fear of childbirth are one of the psychological problems of the mother during pregnancy that threaten the health of pregnant women and their children. The present study aimed to investigate the effectiveness of REPLAN training on the fear of childbirth and self-efficacy of pregnant women with anxiety about natural birth.

Materials and Methods: This randomized clinical trial was conducted in health centers in Sari, Iran, from 2023 to 2024. In total, 30 pregnant women with anxiety about natural childbirth were selected according to the inclusion criteria using a purposive sampling method and then randomly divided into two intervention and control groups. The intervention group underwent a 90-minute session each week for eight weeks, based on the REPLAN group training model. The research tools included a demographic information questionnaire, the Vandenberg Pregnancy Anxiety Questionnaire, the Wijma Childbirth Fear Questionnaire, and the Louis Childbirth Self-Efficacy Questionnaire. Data were collected before and after the intervention and analyzed using SPSS software (version 25). The significance level was less than 0.05.

Results: Before the intervention, there was no significant difference between the intervention and control groups in terms of the mean fear of childbirth and self-efficacy. After the intervention, the fear of childbirth decreased significantly in the intervention group, and self-efficacy increased significantly ($P < 0.001$). In contrast, the control group showed no significant changes in fear of childbirth ($P = 0.089$); however, self-efficacy exhibited a significant decrease ($P < 0.001$). The comparison between the two groups also indicated a significant difference in the trend of changes ($P < 0.001$). Based on the results of the analysis of covariance, the REPLAN educational model significantly reduced fear of childbirth ($P < 0.001$) and increased self-efficacy of childbirth ($P < 0.001$).

Conclusion: The present study showed that REPLAN training is effective in reducing fear of childbirth and increasing self-efficacy in pregnant women with anxiety about natural birth. Given the effectiveness of this method, its use is recommended as a model for applied psychological treatment within the primary healthcare system.

Keywords: Childbirth anxiety, Pregnancy, REPLAN training, Self-efficacy, Tokophobia

Extended Abstract

Background and Objective

Pregnancy is a distinctive biological and psychological experience in a woman's life, involving not only physical changes but also emotional and psychological adjustments. Research evidence shows that anxiety and worry are among the most common psychological problems during pregnancy. In this period, anxiety is exacerbated by such factors as attitudes towards vaginal delivery or cesarean section. One of the most important psychological factors affecting women's tendency towards cesarean section is the fear of vaginal delivery. This phenomenon may lead even women who wish to have children to avoid pregnancy or choose a cesarean section instead of vaginal delivery. In addition, one of the personality components that affects the management and control of anxiety and fear of childbirth is self-efficacy. Low levels of self-efficacy can be associated with increased fear, worry, and avoidance of natural childbirth. Therefore, psychological interventions can reduce fear of childbirth and increase self-efficacy. The REPLAN model is an essential psychological intervention. It is a systematic framework for treatment planning that identifies six key factors, namely Relationship (R), Enhancing efficacy and self-esteem (E), Practicing new behaviors (P), Lowering and raising emotional arousal (L), Activating expectations, hope, and motivation (A), and providing New learning experiences (N). These factors enable the therapist to select and plan effective and targeted therapeutic techniques in accordance with the client's characteristics and goals, ensuring that the treatment is structured, reviewable, and adaptable to changes in the client's condition. Considering that anxiety and fear of childbirth are considered the most critical psychological harms during pregnancy, and high self-efficacy plays a vital role in preventing and reducing these harms and can act as a protective factor against anxiety, the need to use effective therapeutic interventions, including the REPLAN model, to mitigate adverse psychological effects during this period is evident. Implementing such interventions can help improve coping skills and enhance the psychological preparedness of pregnant women. However, a review of the literature shows a significant research gap in the field of examining the effectiveness of REPLAN therapy on anxiety and fear of childbirth, self-efficacy, and the underlying factors of this phenomenon. With this background in mind, this study aimed to investigate the efficacy of REPLAN therapy on fear of childbirth and self-efficacy in women with anxiety related to natural childbirth.

Materials and Methods

This randomized clinical trial was conducted in Health Centers in Sari, Iran, from 2023 to 2024. In total, 30 pregnant women with anxiety about natural childbirth were selected using purposive sampling according to the inclusion criteria. Subsequently, they were randomly divided into an intervention and a control group. The intervention group participated in one 90-minute group training session per week for eight consecutive weeks. The required data were collected using a demographic information questionnaire, the

Pregnancy Related Anxiety Questionnaire, the Wijma Delivery Expectancy- Experience Questionnaire, and the Childbirth Self-Efficacy Inventory. Inclusion criteria were a diagnosis of pregnancy anxiety based on the Vandenberg Pregnancy Anxiety Questionnaire (score between 85 and 119); absence of maternal illness (e.g., severe heart disease, chronic hypertension, cervical insufficiency, bleeding during pregnancy, gestational diabetes, recurrent miscarriage, or history of infertility); first pregnancy; age between 18 and 38 years; a desired pregnancy; willingness to participate with written informed consent; gestational age between 20 and 32 weeks; and at least basic literacy. On the other hand, high-risk pregnancy (bleeding, preeclampsia, diabetes), premature delivery (delivery before 37 weeks), drug and cigarette addiction, use of psychiatric medications, and unwillingness to continue participating in the study for any reason were among the exclusion criteria. In this study, participants were divided into an intervention group (receiving REPLAN group counseling) and a control group (receiving usual pregnancy care) by simple randomization. Data were collected before and after the intervention and analyzed using SPSS software (version 25). A P-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results

The results of the demographic and obstetric characteristics showed the homogeneity of the intervention and control groups in terms of background variables; moreover, no significant difference was observed between the two groups ($P>0.05$). The mean \pm SD ages of participants in the intervention and control groups were 35.25 ± 4.46 and 35.06 ± 4.35 , respectively. Most women in both groups had a university education, and no significant difference was observed in terms of employment status and gestational age. Before the intervention, the mean fear score of childbirth in the intervention and control groups did not differ significantly ($P=0.964$). After the intervention, the mean fear score in the intervention group decreased significantly, and the difference before and after the intervention was significant ($P<0.001$). In contrast, the changes in the control group were not significant ($P=0.089$). In the self-efficacy variable, no difference was observed between the groups before the intervention ($P=0.719$). After the intervention, the self-efficacy score in the intervention group increased significantly ($P<0.001$). In the control group, the self-efficacy score decreased, and its negative changes were significant ($P<0.001$). The intergroup comparison showed that the increase in self-efficacy in the intervention group was significantly higher than that in the control group. Covariance analysis also indicated that the REPLAN educational model significantly reduced fear of childbirth and increased self-efficacy of pregnant women ($P<0.001$). Accordingly, it can be concluded that REPLAN training reduced fear of childbirth and increased self-efficacy of pregnancy in pregnant women with childbirth anxiety.

Conclusion

The results of this study showed that REPLAN training is effective in reducing fear of childbirth and increasing self-efficacy in pregnant women with anxiety about natural birth. The results of the present study showed

that training with the REPLAN model significantly reduces the fear of childbirth and increases self-efficacy in pregnant women. Since REPLAN training is inexpensive and avoids the adverse effects linked to medication use during pregnancy, it can be used in the

primary health care system by integrating it into routine prenatal care. Implementing this model on a broader scale can be a practical step towards reducing the cesarean section rate and improving the physical and mental health of mothers.

Please cite this article as follows: Masihpour Mojavery O, Abbasi Gh, Moslemi L. Effectiveness of REPLAN Training on the Fear of Childbirth and Self-Efficacy of Pregnant Women with Childbirth Anxiety. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2025; 33(3): 238-252. DOI: 10.53208/ajnmc.33.3.238

اثربخشی آموزش ریپلان بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زنان باردار دارای اضطراب زایمان طبیعی

ام البنین مسیح‌پور مجاوری^۱ ID، قدرت اله عباسی^{۲*} ID، لیلا مسلمی^{۳،۴}

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۳. مرکز تحقیقات باروری سلامت، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۴. گروه مامایی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

چکیده

سابقه و هدف: اضطراب و ترس از زایمان، یکی از مشکلات روان‌شناختی مادر، در دوران بارداری است که منجر به تهدید سلامت زنان باردار و فرزندشان می‌شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش ریپلان بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زنان باردار دارای اضطراب زایمان طبیعی بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ در مراکز بهداشت شهرساری انجام شد. ۳۰ زن باردار با اضطراب زایمان طبیعی، بر طبق معیارهای ورود، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ساده به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم گردیدند. گروه مداخله به مدت هشت هفته، هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش گروهی ریپلان قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل: پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه اضطراب حاملگی و ندربرگ، پرسش‌نامه‌های ترس از زایمان ویجما و خودکارآمدی زایمان لویی بوده است. داده‌ها قبل و بعد از مداخله جمع‌آوری گشته و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تجزیه و تحلیل شده‌اند. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است.

یافته‌ها: پیش از مداخله، بین گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین ترس از زایمان و خودکارآمدی تفاوت معناداری مشاهده نشد. پس از مداخله، در گروه مداخله ترس از زایمان به طور معناداری کاهش و خودکارآمدی به طور معناداری افزایش پیدا کرد ($P < 0/001$)، در حالی که در گروه کنترل تغییرات ترس از زایمان معنادار نبود ($P = 0/089$) ولی خودکارآمدی کاهش معناداری نشان داد ($P < 0/001$). مقایسه بین دو گروه نیز بیانگر تفاوت معنادار در روند تغییرات بود ($P < 0/001$). بر اساس نتایج تحلیل کواریانس، مدل آموزشی ریپلان به طور معناداری موجب کاهش ترس از زایمان ($P < 0/001$) و افزایش خودکارآمدی زایمان شد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که آموزش ریپلان بر کاهش ترس از زایمان و افزایش خودکارآمدی زنان باردار دارای اضطراب زایمان طبیعی مؤثر است. با توجه به مؤثر بودن این روش، استفاده از آن به‌عنوان یک مدل کاربردی در درمان روان‌شناختی در نظام خدمات اولیه سلامت توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: آموزش ریپلان، اضطراب زایمان، بارداری، ترس از زایمان، خودکارآمدی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۲۴
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۴/۰۳/۱۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۰۹
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: قدرت اله عباسی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

ایمیل: gh_abbasi@iausari.ac.ir

استناد: مسیح‌پور مجاوری، ام البنین؛ عباسی، قدرت اله؛ مسلمی، لیلا اثربخشی آموزش ریپلان بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زنان باردار دارای اضطراب زایمان طبیعی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، تابستان ۱۴۰۴؛ ۳۳(۳): ۲۵۲-۲۳۸

مقدمه

دوم از میزان آن کاسته می‌شود و دوباره در سه ماهه سوم با نزدیک شدن به موعد زایمان افزایش می‌یابد [۱]. این تجربه برای مادرانی که اولین بارداری را تجربه می‌کنند، بیشتر است؛ به دلیل این که اولین بار است که با این‌گونه تغییرات مواجه می‌شوند [۲].

بارداری یک تجربه‌ی منحصر به فرد است. تغییرات فیزیولوژیک ناشی از بارداری به صورت پیش‌رونده به وجود می‌آید. اضطراب و نگرانی یکی از مشکلات روان‌شناختی مادر در دوران بارداری است، به صورتی که میزان آن در سه ماهه اول بالاتر است، در سه ماهه

از طرف دیگر، نگرش به دو نوع زایمان طبیعی (natural childbirth or vaginal birth) و سزارین (caesarean section) نیز به این اضطراب و نگرانی دامن می‌زند [۳]. زایمان طبیعی روندی طبیعی است که سیستم بدنی مادر در این زایمان دست‌کاری نشده و جنین از کانال طبیعی خارج می‌شود، به همین دلیل برای مادر و نوزاد بهتر است [۴]. درد زایمان طبیعی تا چند ساعت قبل از زایمان و در حین زایمان به طول می‌انجامد و بعد از زایمان مادر خیلی زود به حالت قبل خود باز می‌گردد؛ اما در سزارین، درد مادر تا بعد از زایمان همچنان ادامه دارد [۵]. همچنین، خون‌ریزی حین زایمان طبیعی، خیلی کمتر از سزارین است [۶]. زایمان طبیعی به جنین این امکان را می‌دهد که در روزهای پایانی بیشترین رشد سلول‌های مغزی، سیستم تنفسی و همچنین کبد را داشته و رشد خود را به خوبی تکمیل کرده باشد [۷]. در زایمان طبیعی هم‌آغوشی مادر و نوزاد در همان لحظه امکان‌پذیر است و مادر می‌تواند نوزاد خود را شیر دهد. فشاری که روی قفسه سینه نوزاد است به دلیل خروج مایع از ریه‌های او در تنفس نوزاد بسیار کمک می‌کند [۸]. اما در سزارین به دلیل برش بزرگی که بر روی شکم مادر داده می‌شود، نیاز به مراقبت بیشتری دارد تا جای برش عفونت نکند. یکی از عوارض سزارین را می‌توان به چسبندگی داخل شکم یا جای برش اشاره کرد [۹]. زایمان طبیعی به دلیل مزیت‌های فراوانی که دارد، مورد تأکید پزشکان است، به گونه‌ای که اگر مشکل خاصی برای مادر و جنین وجود نداشته باشد بر این نوع زایمان تأکید می‌شود. اما طبق آمار ارائه‌شده، تعداد زایمان‌هایی که از طریق سزارین انجام می‌شود در سراسر جهان در حال افزایش است [۱۰]. هم‌اکنون آمار سزارین در سطح بین‌المللی ۲۰ تا ۳۰ درصد است که تلاش‌های زیادی برای کاهش آن صورت گرفته است [۱۱].

یکی از عواملی که سبب گرایش مادران به سمت سزارین است، ترس از زایمان طبیعی (tokophobia) می‌باشد [۱۲]. این پدیده به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود. ترس مرضی اولیه در زنانی مشاهده می‌شود که سابقه هیچ‌گونه بارداری قبلی ندارند [۱۳]. این ترس باعث می‌شود حتی زنانی که تمایل به بچه‌دار شدن هم دارند، از بارداری جلوگیری کنند یا برای جلوگیری از زایمان واژینال، روش سزارین را انتخاب کنند [۱۴]. ترس مرضی ثانویه، در زنانی بروز می‌کند که تجربه بارداری و زایمان را داشته‌اند و معمولاً در پی یک زایمان آسیب‌زا، تجربه سقط جنین، مرده‌زایی یا شکست در روش‌های کمک باروری ایجاد می‌شود. سایر عوامل مؤثر بر بروز یا تشدید این اختلال شامل شنیدن روایت‌های منفی از تجربه زایمان دیگران، ترس از عدم کنترل درد و وجود اختلالات روان‌پزشکی پیشین مانند اضطراب و افسردگی است [۱]. ترس از زایمان می‌تواند مستقیماً منجر به بروز مشکلات پیش‌بینی‌نشده در فرآیند لیبر شود [۱۵]. این وضعیت معمولاً یک چرخه معیوب ایجاد می‌کند؛ بدین صورت که ترس منجر به افزایش تنش عضلانی و بروز انقباضات دردناک می‌شود، این امر مداخلات پزشکی را افزایش داده

و خود به تقویت ترس و دشوارتر شدن زایمان می‌انجامد [۱۶]. از نظر فیزیولوژیک، ترشح بیش از حد کورتیزول ناشی از اضطراب و ترس، می‌تواند تولید اکسی‌توسین را کاهش دهد. اکسی‌توسین هورمونی کلیدی در شروع و پیشرفت لیبر است و کاهش آن باعث کندگی یا توقف روند زایمان می‌شود. علاوه بر این، افزایش کورتیزول موجب تغییر مسیر جریان خون از رحم به سایر اندام‌ها شده و انقباضات رحمی را کاهش داده و درد را تشدید می‌کند [۱۶]. با توجه به اثرات نامطلوب روان‌شناختی و فیزیولوژیک ترس و اضطراب بر بارداری، فرآیند لیبر و پیامدهای پس از زایمان، شناسایی و مدیریت این حالت، از اهمیت بالینی و بهداشتی قابل‌توجهی برخوردار است [۱۶].

یکی از مؤلفه‌های شخصیتی که بر مدیریت و کنترل اضطراب و ترس از زایمان اثرگذار است، خودکارآمدی (self efficacy) می‌باشد [۱۷]. خودکارآمدی، باور شخص به توانایی خود جهت انجام موفقیت‌آمیز رفتار است. در رابطه با انتخاب نوع زایمان، خودکارآمدی به توانایی فرد جهت مقابله با شرایط استرس‌زا و انجام واکنش‌های ضروری در زمان زایمان مربوط می‌شود [۱۸]. خودکارآمدی زایمان، می‌تواند در ترس از زایمان نقش مهمی ایفا کند. مطالعه‌ای که توسط Molgora و همکاران [۱۹] انجام شد، نشان داد که در میان زنان مبتلا به ترس از زایمان، ۶۵ درصد از یک نمونه صد نفری، «احساس ناتوانی در انجام زایمان» را به‌عنوان دومین علت اصلی انتخاب روش سزارین ذکر کرده‌اند. بنابراین، خودکارآمدی به‌عنوان یک سازه کلیدی روان‌شناختی، بر ابعاد مختلف رفتار و واکنش‌های هیجانی، از جمله اضطراب و استرس، اثرگذار است. در حوزه زایمان، سطح پایین خودکارآمدی می‌تواند با افزایش ترس، نگرانی و اجتناب از زایمان طبیعی مرتبط باشد. زنانی که خودکارآمدی پایینی در زایمان دارند، اغلب نگران هستند که نتوانند درد و فشار زایمان را به‌خوبی مدیریت کنند یا این که رفتارهای آنان در طول فرآیند زایمان ممکن است به سلامت جنین آسیب وارد کند [۱۹]. خودکارآمدی پایین زایمان باعث می‌شود تا زنان هنگام زایمان کمتر از راهبردهای رفتاری کاهش درد استفاده کنند. بنابراین، به احتمال بیشتری پیش‌گویی آن‌ها تحقق می‌یابد [۲۰-۲۳].

با توجه به نکات ذکر شده، می‌توان فهمید که ترس از زایمان برای زنان باردار و جنین مشکلات عدیده‌ای ایجاد می‌کند. با توجه به محدودیت استفاده از دارو در دوران بارداری، مطالعات محدودی در خارج و داخل کشور سعی داشته‌اند تا با آموزش روانی، اضطراب و ترس از زایمان را کاهش دهند [۲۴]. اما محققینی مانند Guskowska (۲۰۱۴) در مطالعه خود نشان دادند که مداخلات آموزشی تنها زمانی مؤثر است که زنان آموزش‌دیده، فاقد چنین اطلاعاتی باشند [۲۵]. به علاوه، به اعتقاد برخی پژوهشگران، توجه به مفیدبودن زایمان طبیعی به تنهایی کافی نیست و باور فرد در توانایی انجام زایمان نیز باید مورد هدف قرار بگیرد [۲۶]. از همین

گونه‌ای که درمان، ساختاریافته، قابل بازنگری و سازگار با تغییرات شرایط مراجع باشد [۲۷]. از آن جایی که مداخلات درمانی مطابق با عوامل زمینه‌ای و برای هر فرد باردار منحصر به فرد می‌باشد، لذا این مدل همسو با فرهنگ زنان باردار ایران است. این مدل درمانی می‌تواند بر سایر روش‌ها ارجح باشد، زیرا به شناسایی ریشه‌ی ترس از زایمان و تعادل هیجان، افکار و رفتار می‌پردازد [۲۸]. Gutierrez و همکاران در پژوهشی نشان دادند که مدل ریپلان بر درمان انواع اختلالات روانی تأثیر مثبتی داشته است که سبب تغییر نگرش درباره خود و باورهای بنیادی می‌شود. از طرفی آموزش مهارت جرات‌مندی و عزت‌نفس منجر به خودارزشمندی، خودتأییدی و افزایش خودکارآمدی می‌شود. همچنین، با آموزش فنون آرام‌سازی پیش‌رونده، مراقبه و ذهن‌آگاهی، سبب کاهش استرس و اضطراب می‌گردد. درنهایت، مراجع با تغییر در جهان‌بینی و بازتعریفی مجدد، راه حل مناسب و مفید را برای مقابله با مشکلات می‌یابند [۲۹].

با توجه به این‌که اضطراب و ترس از زایمان، از مهم‌ترین آسیب‌های روان‌شناختی دوران بارداری محسوب می‌شوند و خودکارآمدی بالا نقش مهمی در پیش‌گیری و کاهش این آسیب‌ها داشته و می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی در برابر اضطراب عمل کند، ضرورت استفاده از مداخلات درمانی مؤثر، از جمله مدل ریپلان، برای کاهش اثرات منفی روان‌شناختی در این دوران آشکار است. اجرای چنین مداخلاتی می‌تواند به بهبود توانایی‌های مقابله‌ای و ارتقای آمادگی روانی زنان باردار کمک نماید. با این حال، مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که تاکنون شکاف تحقیق قابل توجهی در زمینه بررسی اثربخشی درمان ریپلان بر اضطراب و ترس از زایمان، خودکارآمدی و عوامل زمینه‌ساز این پدیده وجود دارد. با توجه به اهمیت حفظ سلامت روانی و جسمانی مادر و نوزاد در دوران بارداری، انجام مطالعه‌ای علمی با هدف بررسی اثربخشی آموزش درمانی ریپلان بر ترس از زایمان و خودکارآمدی در زنان دارای اضطراب مرتبط با زایمان طبیعی ضروری به نظر می‌رسد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی کنترل‌شده تصادفی در فاصله زمانی سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۲ با هدف تأثیر مشاوره گروهی ریپلان بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زنان باردار دارای اضطراب زایمان طبیعی، انجام شده است. جامعه پژوهش حاضر، شامل کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر ساری بود. نمونه‌های پژوهش، گروهی از زنان بارداری بودند که تمایل به شرکت در پژوهش را داشته و دارای معیارهای ورود به مطالعه بوده‌اند. معیارهای ورود شامل: تشخیص اضطراب بارداری بر اساس پرسش‌نامه اضطراب بارداری وندنبرگ (کسب نمره اضطراب بارداری بین ۸۵ تا ۱۱۹)، عدم بیماری مادر باردار (مانند بیماری قلبی شدید، فشارخون مزمن، نارسایی دهانه رحم، خون‌ریزی‌های دوران بارداری، دیابت بارداری، سقط‌های مکرر، سابقه نازایی)، بارداری اول، محدوده سنی ۱۸ تا ۳۸ سال، بارداری

رو، مداخلات روان‌شناختی می‌تواند سبب کاهش اضطراب، ترس از زایمان و افزایش خودکارآمدی شود [۲۳-۲۰].

مدل ریپلان (REPLAN) یکی از مداخلات روان‌شناختی مهم است که توسط Young [۲۷] مطرح شده است. این مدل، فرآیند درمان را مانند یک «سفر شخصی به درون خود» توصیف می‌کند؛ سفری که طی آن فرد به تأمل، تعمق و خودآگاهی عمیق می‌پردازد. در این چارچوب، زنان باردار با دریافت آموزش‌های نظری، مهارت‌های عملی و بهره‌گیری از تجربیات عینی، می‌توانند به کشف ظرفیت‌های جدید درونی دست یابند و با پذیرش نگرشی متفاوت، با چالش‌ها و مشکلات واقعی مرتبط با فرآیند زایمان مواجه شوند. مدل ریپلان بر سه فرض استوار است: (الف) رابطه درمانی، (ب) انتظارات و (ج) عناصر خاص درمانی.

«رابطه درمانی»، ایجاد یک اتحاد درمانی مستحکم میان زن باردار و درمانگر است که به‌عنوان پناهگاهی امن برای بیان احساسات عمل می‌کند. این رابطه بر پایه اعتماد، احترام متقابل، همدلی و صمیمیت شکل می‌گیرد و به زنان باردار کمک می‌کند تا به بینشی عمیق نسبت به بارداری، فرآیند زایمان و عوامل محیطی مؤثر دست‌یافته و برای بهبود شرایط، گام‌های عملی بردارد.

«انتظارات»، باور و اطمینان زن باردار است به این‌که درمان می‌تواند به او کمک کند و این توانایی را دارد که اقدامات لازم برای بهبود وضعیت خود را انجام دهد. «عناصر خاص» نیز، شامل تکنیک‌ها و مداخلات هدفمند هستند که در ادبیات روان‌شناسی به‌عنوان «عوامل مشترک درمانی» شناخته می‌شوند و نقش مهمی در تسهیل تغییرات رفتاری و هیجانی ایفا می‌کنند.

مدل ریپلان چارچوبی نظام‌مند برای برنامه‌ریزی درمان است که شش عامل کلیدی را به‌عنوان محورهای اصلی فرآیند یاری‌گری معرفی می‌کند. نخست، رابطه (R) که به ایجاد و حفظ ارتباط قوی و مثبت میان درمانگر و مراجع اشاره دارد و پایه‌های اساسی برای موفقیت درمان به شمار می‌رود. دوم، افزایش کارایی و عزت‌نفس (E) که هدف آن تقویت اعتماد مراجع به توانمندی‌های خود و ارتقای احساس ارزشمندی است، زیرا عزت‌نفس نقش مهمی در سلامت روان دارد. سوم، تمرین رفتارهای جدید (P) است که به مراجع امکان می‌دهد مهارت‌ها و رفتارهای تازه را در جلسات و زندگی روزمره تمرین و تثبیت کند. چهارم، کاهش و افزایش برانگیختگی عاطفی (L) که شامل تنظیم شدت هیجانات مراجع، اعم از آرام‌سازی هیجانات شدید یا فعال‌سازی احساسات سرکوب‌شده، برای ایجاد تعادل هیجانی است. پنجم، فعال‌سازی انتظارات، امید و انگیزه (A) که با تقویت انگیزه و امید مراجع، روند درمان را تسهیل می‌کند و زمینه‌ساز تغییرات مثبت می‌شود و ششم، فراهم‌سازی تجربه‌های یادگیری جدید (N) که از طریق بینش‌افزایی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازسازی شناختی، فرصت‌هایی برای رشد و تحول مراجع به وجود می‌آورد. این عوامل به درمانگر کمک می‌کند تا متناسب با ویژگی‌ها و اهداف مراجع، فنون درمانی مؤثر و هدفمند را انتخاب و برنامه‌ریزی نماید، به

با استفاده از روش پرسش و پاسخ، بحث گروهی و بارش افکار، از آگاهی و نگرش مادران درباره مباحث هر جلسه اطلاعات کسب می‌کرد و سپس با روش‌های سخنرانی و نمایش پاورپوینت، مطالبی برای فهم بهتر موضوع‌های آن جلسه به مادران باردار ارائه می‌داد. درضمن، با توجه به موضوع هر جلسه، از تکنیک ایفای نقش از سوی فراگیران نیز به صورت کارگاهی استفاده شد. همچنین با آموزش تصویرسازی ذهنی و فیلم‌های مربوط به زایمان، فرآیند زایمان شبیه‌سازی شد. پژوهشگر مداخله را به صورت گروهی در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار، به مدت دو ماه) در سالن مرکز بهداشت ساری، تحت آموزش برنامه گروهی ریبیلان برگزار کرد و گروه کنترل فقط مراقبت معمول بارداری را دریافت کردند. جلسات با توجه به نظر افراد گروه، معمولاً ساعت ۱۰ تا ۱۱:۴۵ صبح، یک روز در هفته برگزار شد. یک هفته بعد از پایان جلسات، گروه مداخله و کنترل، پرسش‌نامه‌ها را دوباره تکمیل کردند. بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، پس‌آزمون برگزار گردید.

متغیرهای کمی به صورت میانگین و انحراف معیار گزارش شد. متغیرهای کیفی نیز به صورت تعداد (درصد) گزارش شدند. نرمال بودن متغیرهای کمی با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و برای مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ شد و تجزیه و تحلیل انجام شد. سطح معناداری آزمون‌های فوق، کوچکتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است. پرسش‌نامه‌ها به صورت خود گزارش‌دهی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. کلیه شرکت‌کنندگان، پژوهش را به اتمام رساندند. خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

خواسته، تمایل به شرکت در مطالعه با رضایت‌نامه کتبی، قرارگرفتن در بین هفته‌های ۲۰ تا ۳۲ بارداری و حداقل سواد خواندن و نوشتن بوده است. همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل: بارداری پرخطر (خون‌ریزی، پره اکلامپسی، دیابت)، زایمان زودرس (زایمان زودتر از ۳۷ هفته)، اعتیاد به مواد مخدر و سیگار، مصرف داروهای روان‌پزشکی و تمایل نداشتن به ادامه شرکت در مطالعه به هر دلیل بوده است.

در این مطالعه، شرکت‌کنندگان با روش تصادفی ساده به گروه مداخله (با دریافت مشاوره گروهی ریبیلان) و کنترل (دریافت مراقبت معمول بارداری) تقسیم شده‌اند. حجم نمونه با استفاده فرمول کوهن با حجم اثر ۰/۵۰، توان آزمون ۰/۸۰ و آلفای ۰/۰۵ در هر گروه، ۱۵ نفر برآورد شد. نمونه‌ها ابتدا از طریق مراجعه به پرونده‌های سیستمی موجود و سپس برای اطلاعات تکمیلی، از طریق مراجعه حضوری به درمانگاه‌ها بررسی شدند. ۳۰ نفر از زنان که تمام معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و مایل به شرکت در مطالعه بودند، انتخاب شدند و پس از تشریح اهداف مطالعه از آنان رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در مطالعه گرفته شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک، پرسش‌نامه ترس از زایمان ویجما و خودکارآمدی زایمان لویی بود. برای جمع‌آوری اطلاعات، پیش از مداخله، هر دو گروه پرسش‌نامه‌های ترس از زایمان ویجما و خودکارآمدی زایمان لویی را تکمیل کردند. پژوهشگر، مهارت آموزش ریبیلان را با راهنمایی و مشاوره متخصصانی در حیطه مامایی، روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی کسب کرد. آموزش ریبیلان مشخصاً با شرایط دوره بارداری و نوع افکار، ترس‌ها و نگرانی‌هایی که ممکن است در این دوره برای زنان ایجاد شود، هماهنگ شده است. آموزش‌ها به صورت عملی و کارگاهی ارائه شد. در هر جلسه، پژوهشگر در ابتدا

جدول ۱: محتوای هشت جلسه گروه درمانی ریبیلان

شماره جلسه	هدف جلسه	محتوا
اول	معارفه، تعیین اهداف و انتظارات	۱- اجرای پرسش‌نامه پیش‌آزمون
		۲- معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر
		۳- ذکر قوانین و مقررات گروه (رازداری، محرمان بودن، احترام، گوش دادن و...)
		۴- معرفی مدل ریبیلان به‌عنوان برنامه ارتقای سلامت روان
		۵- آشناسدن با مفاهیم در مدل ریبیلان
		۶- تعیین اهداف و فرآیند هدف‌گذاری
		۷- تعیین انتظارات و خواسته‌های درمانی از شرکت‌کنندگان
دوم	مهارت ارتباط اتحاد درمانی و تعیین مشکل	تکلیف منزل: ثبت لیستی از انتظارات و خواسته‌ها از درمان، فهرست‌بندی و سپس الویت‌بندی آن‌ها
		۱- شکل‌دهی اتحاد درمانی بین مشاور و زنان باردار
		۲- ایجاد فضای امن و به دور از هرگونه قضاوت، توام با اعتماد، احترام، همدلی و صمیمیت بین زنان باردار و مشاور
		۳- معرفی تغییرات روحی-روانی در دوران بارداری
		۴- تعریف مفهوم اضطراب و ترس و تاثیرات آن در دوران بارداری
		۵- بارش فکری (شناسایی کردن اضطراب و ترس از زایمان طبیعی)
۶- کشف عوامل زمینه‌ای و ریشه‌ای ترس و اضطراب بارداری تک تک شرکت‌کنندگان		

		تکلیف منزل: شناسایی، ثبت، فهرست و اولویت بندی عواملی که سبب ترس و اضطراب زایمان طبیعی می‌شود.
سوم	بهبود کارآمدی و حرمت نفس	<p>۱- توضیح و اهمیت در مورد عزت نفس و فرق آن با اعتماد به نفس</p> <p>۲- شناسایی و پذیرش (شکست‌ها، صحبت‌های دلسردکننده و بی‌ارزش کردن خود)</p> <p>۳- کاهش و رهایی از خود انتقادی، خود تحقیری، صداهای ذهنی و خود تخریبی</p> <p>۴- افزایش خودکارآمدی، توانمندسازی و تقویت عزت نفس</p> <p>۵- جایگزین کردن افکار مثبت خود ارزشمندی و باور به خود به جای افکار خود تخریبی، ناتوانی و ضعف به خود</p> <p>۶- تغییر نگرش و باورهای بنیادی درباره خود</p> <p>۷- خود مراقبتی (ورزش، تغذیه سالم، تفریحات شخصی و خواب کافی)</p> <p>تکلیف منزل: کشف عواملی که مانع اعتماد به نفس، ثبت از فراوانی و نوع افکار خود تحقیری، فهرست‌بندی عوامل فوق، مقایسه جواب و واکنش خود با افراد گروه</p>
چهارم	تمرین رفتار جدید	<p>۱- ایفای نقش (کاووش دنیای درون افراد در سطحی عمیق‌تر در مورد اضطراب و ترس از زایمان طبیعی)</p> <p>۲- تمرین ذهنی (شبیه‌سازی فرآیند زایمان: موقعیتی طراحی شده که همراه با مشاور تمرین می‌کند)</p> <p>۳- ژرفاندیشی (فرآیند فکر کردن عمیق و ابزار بررسی واکنش‌های خود درباره عواملی که سبب اضطراب و ترس در فرآیند زایمان می‌شود)</p> <p>۴- اجرای نمایش (تجربه موفقیت در اجرای نقش از فرآیند زایمان طبیعی و مقابله با ترس و استرس با حضور دیگران)</p> <p>تکلیف منزل: تمرین رفتار جدید به صورت ایفای نقش، تمرین ذهنی و اجرای نمایش برای یادگیری رفتار جدید</p>
پنجم	کاهش و افزایش برانگیختگی هیجان	<p>۱- آشنا کردن شرکت‌کنندگان با مفهوم هیجان و تاثیر هیجان در دوران بارداری</p> <p>۲- آموزش فرآیند مدیریت هیجان‌ها و تنظیم هیجان‌ها (هیجان‌ها مثبت و منفی)</p> <p>۳- آسان‌سازی ابراز و ارتباط با هیجان‌ها مثبت و منفی در دوران بارداری و حین زایمان طبیعی</p> <p>۴- کاهش برانگیختگی عاطفی، اضطراب و تنیدگی با آموزش آرام‌سازی عضلانی عمیق، مراقبه و ذهن آگاهی</p> <p>۵- افزایش برانگیختگی هیجانی (افزایش تجربه خوش‌بینی، لذت، تمرکز حواس و احساس آسایش)</p> <p>تکلیف منزل: شناسایی و ثبت فراوانی و نوع هیجان‌ها منفی و مثبت، ابراز و ارتباط با هیجان‌ها منفی، احساسات حل‌نشده و سرکوب‌شده (مثل هیجان غم و خشم) ابراز و ارتباط با هیجان‌ها مثبت (شادی و آرامش) مراقبه و آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی (با چشمان بسته در راحت‌ترین وضعیت نشسته و بدون عوامل حواس‌پرتی، عضلات را منقبض و رها کرده و همراه با نفس‌های آرام و عمیق دیافراگمی، تنش را کاهش و تجربه خوش‌بینی، آرامش درونی، تمرکز حواس و احساس آسایش را افزایش دهند</p>
ششم	آموزش حل مسئله	<p>۱- تعریف و آموزش مهارت حل مسئله و گام‌های آن</p> <p>۲- فعال کردن ذهن فراگیران درباره اهمیت حل مسئله و تصمیم‌گیری در مورد نوع زایمان</p> <p>۳- آموزش و شناسایی تحریف‌های شناختی (بزرگ‌نمایی، فاجعه‌انگاری و تعمیم بیش از حد در مورد ترس، اضطراب و عوارض زایمان طبیعی)</p> <p>۴- شناسایی الگوهای تفکر منفی و باورهای غیرمنطقی سپس جایگزینی با افکار جدید و استدلال‌های منطقی در مورد فرآیند زایمان طبیعی</p> <p>۵- بازآموزی شناختی و ارائه کردن راه حل مناسب و مفید برای حذف موانع در اضطراب و ترس از زایمان طبیعی</p> <p>۶- آموزش فواید زایمان طبیعی و عوارض سزارین</p> <p>۷- مهارت روبه‌رو شدن و توقف با موقعیت‌های ترسناک در ارتباط با تجسم و تصورات غیرمنطقی در مورد ترس و اضطراب ناشی از زایمان طبیعی</p> <p>تکلیف منزل: ثبت وقوع و فراوانی افکار، باورهای غیرمنطقی و تحریف‌های شناختی در مورد فرآیند زایمان طبیعی، سپس تمرین توقف افکار منفی با صدای بلند و جایگزین با افکار مثبت</p>
هفتم	فعال‌سازی انتظارات، امید، انگیزه	<p>۱- فعال‌سازی انتظارات با سوال‌های مجزه‌آسا و راهبردی (چنان‌چه مشکل اضطراب و ترس از زایمان حل شود، پس از آن چه کارهایی خواهد کرد که اکنون انجام نمی‌دهی؟)</p> <p>۲- افزایش امید و ارائه اطلاعات و آگاهی از راه حل‌های مناسب در مورد کاهش درد زایمانی (مثل طب فشاری، تکنیک تنفس، آب درمانی، ماساژ درمانی، رایجه درمانی، هیپنوتیزم)</p> <p>۳- راه‌های افزایش انگیزه و استفاده از آن (تمرکز به نقاط قوت و نگرش علمی و مزایای زایمان طبیعی)</p> <p>۴- فعال‌سازی رفتاری مثل تشویق و دلگرمی، تقویت روحیه و اعتماد به نفس و خوشایندسازی زایمان طبیعی</p> <p>۵- یاری گرفتن از افرادی که خاطرات خوشایندی در مورد زایمان طبیعی داشتند (به صورت حضوری یا مجازی)</p> <p>۶- شرکت در تورهای زایمانی به زایشگاه در هفته‌های پایانی بارداری (جهت آشنایی با محل زایمان)</p> <p>تکلیف منزل: مشارکت در فعالیت‌های داوطلبانه (شرکت در جلسات حضوری با افراد موفق در امر زایمان طبیعی)</p>
هشتم	یادگیری	<p>۱- آموزش یادگیری تجربه جدید از طریق الگوبرداری، سرمشق‌گیری و ارائه بازخورد اصلاحی با زنانی که سابقه زایمان</p>

تجربیات	طبیعی موفق داشتند
جدید	۲- آموزش مستقیم یا آموزش روان‌شناختی (فیلم، مباحثه، سخنرانی، کارگاه‌های آموزشی و کتاب‌خوانی)
	۳- کشف موارد جدیدی در خود و پذیرش نگاه متفاوت با مشکلات واقعی در امر زایمان طبیعی
	۴- تغییر نگرش و باورهای بنیادی نسبت به فرآیند زایمان طبیعی
	۵- بازتعریف، قاب جدید و تولید ایده جدید از فرآیند زایمان طبیعی
	۶- تعیین اهداف جدید با توجه به ارزش‌ها، مهارت‌ها و تجربیات آموخته‌شده
	۷- به اشتراک گذاشتن تجارب جدید از تاثیر آموختن مدل درمانی ریبیلان بر کنترل اضطراب و ترس از زایمان طبیعی با دیگر شرکت‌کنندگان در گروه
	۸- تکمیل پرسش‌نامه (پس‌آزمون)
	تکلیف منزل: استفاده از کتاب، فیلم و شرکت در کارگاه‌های آموزشی که راهکارهای مناسب برای کاهش تنش ترس و اضطراب زایمان طبیعی را نشان می‌دهند.

مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) اندازه‌گیری می‌شود. حداقل و حداکثر نمرات پرسش‌نامه صفر و ۱۶۵ می‌باشد. در مطالعات انجام‌شده، پایایی ابزار ترس از زایمان در دوره بارداری، ۰/۷۸ گزارش شده و روایی آن با بررسی همبستگی ابزار با ابزارهایی مانند پرسش‌نامه افسردگی بک و اضطراب اشپیل برگر اثبات شد [۳۲]. این پرسش‌نامه در جمعیت زنان باردار ایرانی استفاده شده است و اندرون و همکاران این پرسش‌نامه را ترجمه و پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۷۱ درصد تایید کرده‌اند [۳۳]. نسخه فارسی پرسش‌نامه ترس از زایمان در بارداری و بعد از زایمان، شامل شش فاکتور فقدان پیش‌بینی مثبت، ترس، فقدان خودکارآمدی، تنهایی، ترس از آسیب جنین و فقدان کنترل است. روایی ساختار ابزار با تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی انجام شد. همچنین روایی همزمان ابزار با بررسی همبستگی با ابزار نگرش نسبت به زایمان و مقیاس اضطراب آشکار و پنهان اشپیل برگر بررسی شد و همبستگی متوسط با ابزارهای مذکور روایی آن را تأیید کرد. پایایی این ابزار برابر ۰/۹۲۵ و همه حیطه‌ها پایایی برابر یا بالاتر از ۰/۸۶ وجود داشت [۳۳]. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

ج) پرسش‌نامه خودکارآمدی زایمان (childbirth self-efficacy inventory)

خودکارآمدی زایمان توسط لویی در سال ۱۹۹۳ به منظور اندازه‌گیری درک مادر در قابلیت سازگاری با درد لیبر تدوین شده است که پیامد قابل انتظار و خودکارآمدی قابل انتظار را اندازه‌گیری می‌نماید. این پرسش‌نامه دارای ۶۴ سوال است و از دو قسمت فاز فعال و مرحله دوم زایمان تشکیل شده است که هر قسمت دارای دو بخش می‌باشد. بخش اول شامل ۱۶ سوال؛ سوال ۱ تا ۱۶ است که پیامد قابل انتظار، مربوط به فاز فعال زایمان را می‌سنجد و بخش دوم نیز شامل ۱۶ سوال؛ از سوال ۱۷ تا ۳۲ که خودکارآمدی قابل انتظار زایمان مربوط به این فاز را می‌سنجد. قسمت دوم مربوط به

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های اضطراب حاملگی و ندنبرگ، ترس از زایمان و یجما و خودکارآمدی زایمان لویی استفاده شد.

الف) پرسش‌نامه اضطراب بارداری (Pregnancy Related Anxiety Questionnaire)

این پرسش‌نامه توسط "وندنبرگ" در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است [۳۰]. هدف از ساخت این پرسش‌نامه "ارزیابی اضطراب بارداری" بود. این پرسش‌نامه دارای ۱۷ سوال و ۵ مؤلفه؛ ترس از زایمان، ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی یا روانی، ترس از تغییر در روابط زناشویی، ترس از تغییرات در خلق‌وخو و پیامدهای آن بر کودک، ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر می‌باشد. نمره نهایی این پرسش‌نامه از جمع‌کردن نمره‌های تمام عبارات به دست می‌آید. نمره هر عبارت بین یک تا هفت در مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده است (۱: اصلاً درست نیست، ۲: به سختی قابل قبول است، ۳: بیشتر از این که صحیح باشد، غلط است. ۴: به طور متوسط درست است، ۵: تاحدی درست است، ۶: به مقدار قابل توجهی درست است و ۷: کاملاً درست است). بنابراین، نمره اضطراب بارداری می‌تواند بین ۱۷ تا ۱۱۹ متغیر باشد. یعنی کسب عدد ۱۷ به معنی فقدان اضطراب و کسب عدد ۱۱۹ به معنای بالاترین سطح اضطراب است. کارآموزیان، عسکری زاده و بهروزی (۱۳۹۵)، در ایران پرسش‌نامه اضطراب بارداری را به فارسی ترجمه کردند و بر روی ۳۲۴ زن باردار به ویژگی‌های روان‌سنجی آن پرداختند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی حاکی از برازش مدل پنج عاملی پرسش‌نامه بود. پایایی پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بود و برای عامل‌های پنج‌گانه بین ۰/۶۹ تا ۰/۷۶ بود. همچنین ضریب پایایی آزمون-بازآزمون این پرسش‌نامه بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۲ بود [۳۱]. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۷۵ به دست آمده است.

ب) پرسش‌نامه ترس از زایمان و یجما (The Wijma Delivery Expectancy- Experience Questionnaire)

این پرسش‌نامه توسط ویجما (۱۹۹۸) در اواخر دهه ۸۰، در سوئد طراحی گردید و شامل یک عامل و ۳۳ آیتم است که با

مرحله دوم است که خود شامل؛ پیامد قابل انتظار است که از سوال ۳۲ الی ۴۸ می‌باشد و از سوال ۴۸ الی ۶۴ مربوط به خودکارآمدی قابل انتظار مرحله دوم می‌باشد. این سوالات با مقیاس لیکرت (۱۰ معیاری) (کاملاً نامطمئن تا کاملاً مطمئن) سنجیده می‌شود. هر سوال در هر بخش نمره‌های بین ۱ تا ۱۰ دارد. نمره کل خودکارآمدی قابل انتظار حاصل شده و با جمع نمرات پیامد قابل انتظار فاز فعال و مرحله دوم، نمره کل پیامد قابل انتظار به دست می‌آید. نمره کلی خودکارآمدی، از جمع حاصل این دو (خودکارآمدی قابل انتظار و پیامد قابل انتظار) به دست می‌آید [۲۴].

همکاران در سال ۲۰۰۰ سنجیده شده است. آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه‌ی آن‌ها برای انتظار پیامد فاز فعال لیبر، ۰/۸۴؛ انتظار خودکارآمدی فعال لیبر، ۰/۹۲؛ انتظار پیامد فاز دوم لیبر، ۰/۹۴ و انتظار خودکارآمدی فاز دوم لیبر، ۰/۹۱ بود [۲۵]. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در پژوهش حاضر، ۰/۸۷ به دست آمد.

نتایج

میانگین سن شرکت‌کنندگان (بر حسب سال) در گروه مداخله، ۳۵/۲۵ سال با انحراف معیار، ۴/۴۶ بود. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه کنترل، ۳۵/۰۶ سال با انحراف معیار، ۴/۳۵ بود. ۹۳/۳۳ درصد از زنان باردار در هر دو گروه، تحصیلات

با توجه به جدول ۳، قبل از مداخله آموزشی، میانگین نمره ترس از زایمان در گروه مداخله $83/13 \pm 7/96$ و در گروه کنترل $82/93 \pm 14/86$ شد که اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($P=0/964$). بعد از مداخله، گروه دریافت‌کننده مداخله در متغیر ترس از زایمان، کاهش سطح نمره داشت به گونه‌ای که میانگین بعد از مداخله در این گروه به $32/20 \pm 9/90$ کاهش یافت و میانگین تفاضل نمره از قبل به بعد بین آزمودنی‌ها منفی $50/93$ نمره بود که این تغییرات در گروه مداخله معنادار بود ($P<0/001$). بررسی مشابه در گروه کنترل نشان داد میانگین نمره ترس از زایمان در بعد از مداخله به $80/27 \pm 14/67$ تغییر کرد که میانگین تفاضل نمره از قبل به بعد از مداخله آزمودنی‌ها، منفی $2/67$ نمره در طی مداخله شد که روند تغییرات قبل به بعد در گروه کنترل معنادار نبود ($P=0/089$).

میانگین سن شرکت‌کنندگان (بر حسب سال) در گروه مداخله، ۳۵/۲۵ سال با انحراف معیار، ۴/۴۶ بود. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه کنترل، ۳۵/۰۶ سال با انحراف معیار، ۴/۳۵ بود. ۹۳/۳۳ درصد از زنان باردار در هر دو گروه، تحصیلات

جدول ۲: مقایسه مشخصات جمعیت شناختی و مامایی دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله (تعداد = ۱۵ نفر)	گروه کنترل (تعداد = ۱۵ نفر)	P-value*
سن (بر حسب سال) زنان باردار (سال)	۳۵/۲۵ ± ۴/۴۶	۳۵/۰۶ ± ۴/۳۵	۰/۹۰۷
انحراف معیار ± میانگین			
تحصیلات زنان باردار (درصد) تعداد			
دیپلم	۱ (۶/۶۷)	۱ (۶/۶۷)	۱/۰۰
دانشگاهی	۱۴ (۹۳/۳۳)	۱۴ (۹۳/۳۳)	
تحصیلات همسران (درصد) تعداد			
دیپلم	۳ (۲۰/۰۰)	۵ (۳۳/۳۳)	۰/۶۸۲
دانشگاهی	۱۲ (۸۰/۰۰)	۱۰ (۶۶/۶۶)	
اشتغال زنان باردار (درصد) تعداد			
شاغل	۵ (۳۳/۳۳)	۳ (۲۰/۰۰)	۰/۶۸۲
خانه دار	۱۰ (۶۶/۶۷)	۱۲ (۸۰/۰۰)	
اشتغال همسران (درصد) تعداد			
شاغل	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱۴ (۹۳/۳۳)	۱/۰۰
بیکار	۲ (۱۳/۳۳)	۱ (۶/۶۷)	
سن بارداری (درصد) تعداد			
هفته ۲۰ تا ۲۴	۵ (۳۳/۳۳)	۴ (۲۶/۶۷)	۱/۰۰
هفته ۲۴ تا ۲۸	۸ (۵۳/۳۳)	۹ (۶۰/۰۰)	
هفته ۲۸ تا ۳۲	۲ (۱۳/۳۳)	۲ (۱۳/۳۳)	

* مقایسه متغیر کمی سن با استفاده از آزمون t دوجمله‌ای انجام شده است. مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه با استفاده از آزمون دقیق فیشر انجام شده است.

جدول ۳: یافته‌های توصیفی مربوط به ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان در گروه‌های مداخله و کنترل در طی مطالعه

پيامد	مراحل	گروه مداخله انحراف معیار ± میانگین	گروه کنترل انحراف معیار ± میانگین	مقدار احتمال*
ترس از زایمان	قبل از مداخله	۸۳/۱۳ ± ۷/۹۶	۸۲/۹۳ ± ۱۴/۸۶	۰/۹۶۴
	بعد از مداخله	۳۲/۲۰ ± ۹/۹۰	۸۰/۲۷ ± ۱۴/۶۷	<۰/۰۰۱
	قبل - بعد	-۵۰/۹۳ ± ۱۰/۲۲	-۲/۶۷ ± ۵/۶۵	<۰/۰۰۱
	مقدار احتمال**	<۰/۰۰۱	۰/۰۸۹	
خودکارآمدی زایمان	قبل از مداخله	۱۲۰/۹۳ ± ۱۷/۸۶	۱۲۵/۳۳ ± ۴۳/۲۸	۰/۷۱۹
	بعد از مداخله	۲۵۵/۱۳ ± ۳۸/۰۹	۱۱۰/۱۳ ± ۳۴/۹۳	<۰/۰۰۱
	قبل - بعد	۱۳۴/۲۰ ± ۳۶/۳۷	-۱۵/۲۰ ± ۱۴/۲۳	<۰/۰۰۱
	مقدار احتمال**	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	

*مقادیر احتمال حاصل از آزمون t مستقل / **مقادیر احتمال حاصل از آزمون t زوجی

گرفته می‌شود که میانگین ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به صورت معناداری بهتر شده است.

جدول ۴ نشان می‌دهد که مدل آموزشی ریپلان در مقایسه با گروه کنترل، ترس از زایمان $\{F(1,27)=266/654, P<0/001\}$ و خودکارآمدی زایمان $\{F(1,27)=226/251, P<0/001\}$ را در سطح معناداری ۰/۰۰۱ تحت تأثیر قرار داده است. میانگین نمرات ترس از زایمان در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. میانگین نمرات خودکارآمدی زایمان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است. براین اساس، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش ریپلان، ترس از زایمان را کاهش و خودکارآمدی بارداری را در زنان باردار دارای اضطراب زایمان افزایش داده است.

در بررسی متغیر خود کارآمدی از جدول ۳، ملاحظه شد در قبل از مداخله در گروه دریافت‌کننده مداخله، نمره ۱۲۰/۹۳ ± ۱۷/۸۶ و در گروه کنترل ۱۲۵/۳۳ ± ۴۳/۲۸ شد که اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($P=0/719$). در بعد از مداخله، گروه دریافت‌کننده مداخله در خودکارآمدی، افزایش سطح نمره داشت به گونه‌ای که میانگین بعد از مداخله در این گروه به ۲۵۵/۱۳ ± ۳۸/۰۹ افزایش یافت و میانگین تفاضل نمره از قبل به بعد از مداخله ۱۳۴/۲۰ ± ۳۶/۳۷ نمره بود که این تغییرات در طی مطالعه در گروه مداخله معنادار بود ($P<0/001$). بررسی مشابه در گروه کنترل نشان داد میانگین نمره ترس از زایمان در بعد از مداخله به ۱۱۰/۱۳ ± ۳۴/۹۳ تغییر کرد که میانگین تفاضل نمره از قبل به بعد از مداخله منفی ۱۵/۲۰ نمره بود که این تغییرات در گروه کنترل معنادار بود ($P=0/001$). مقایسه اختلاف نمرات در طی مطالعه در دو گروه نیز تفاوت معناداری را نشان داد. بنابراین، نتیجه

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس در تبیین اثر متغیر مستقل بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
ترس از زایمان	پیش آزمون	۲۶۱۹/۰۵۴	۱	۲۶۱۹/۰۵۴	۴۰/۰۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۷
	گروه	۱۷۴۴۳/۸۸۲	۱	۱۷۴۴۳/۸۸۲	۲۶۶/۶۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۸
	خطا	۱۷۶۶/۲۸۰	۲۷	۶۵/۴۱۸			
خودکارآمدی زایمان	پیش آزمون	۱۷۸۰۰/۶۶	۱	۱۷۸۰۰/۶۶	۲۴/۵۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۶
	گروه	۱۶۴۲۸۲/۲۴۶	۱	۱۶۴۲۸۲/۲۴۶	۲۲۶/۲۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۳
	خطا	۱۹۵۰۹۲/۹۶۷	۲۷	۷۲۶/۱۰۶			

بحث

طبیعی شده است. هر چند بررسی ادبیات موضوع حاکی از آن است که تاکنون پژوهشی دقیق با تمرکز بر مدل ریپلان در این حوزه انجام نشده است؛ اما نتایج این مطالعه با یافته‌های تحقیقات مشابه همسو می‌باشد. این مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات شناختی مبتنی بر ارتقای عزت‌نفس [۳۶] آموزش شناختی-رفتاری [۳۷]، مشاوره مامایی به شیوه گروه‌درمانی حمایتی [۳۸] آموزش راهبردهای تنظیم هیجان [۳۹] و مدیریت استرس [۴۰]، تأثیر قابل توجهی بر کاهش ترس از زایمان دارند. هر چند پروتکل‌های

بارداری یکی از پراسترس‌ترین رویدادهای جسمی، روانی و اجتماعی در میان وقایع و رویدادهای مختلف زندگی است و زنان باردار با مشکلات روان‌شناختی زیادی روبه‌رو هستند. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر آموزش ریپلان بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زنان باردار دارای اضطراب زایمان طبیعی انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مدل ریپلان به‌طور معناداری موجب کاهش ترس از زایمان در زنان باردار دارای اضطراب زایمان

برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش) و کاهش استراتژی‌های منفی (فاجعه‌سازی، نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران) به زنان باردار کمک می‌کند تا احساس جدید خودارزشمندی و خودتاییدی را ایجاد و گسترش دهند. آموزش این مهارت‌ها در کنار یادگیری روش‌های مراقبه و آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، سبب کاهش برانگیختگی هیجانی و اضطراب بارداری در زنان باردار می‌گردد [۳۹]. در این زمینه، Baniaghil و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که آموزش راهبردهای تنظیم هیجان نیز می‌تواند نقش مؤثری در کاهش این ترس ایفا کند. این آموزش‌ها به دلیل تأکید بر اصل پذیرش افکار معطوف به زمان حال بدون جزئیات یا قضاوت، اجتناب فعال از موقعیت‌ها و تجربیات خاص، حل آگاهانه مسئله برای تغییر رویدادهای استرس‌زا یا جلوگیری از پیامدهای آن، ارزیابی مجدد موقعیت‌ها برای ایجاد تفسیرهای مثبت یا خنثی از موقعیت، کنترل نشخوار فکری و جلوگیری از مکانیسم دفاعی سرکوب و کاهش یا جلوگیری از ابراز هیجان یا تجربه عاطفی نقش مهمی در کاهش ترس از زایمان دارد [۴۰].

یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر مدل ریپلان منجر به افزایش خودکارآمدی زایمان در زنان دارای اضطراب زایمان طبیعی می‌شود. اگرچه تاکنون مطالعه‌ای با تمرکز مستقیم بر مدل ریپلان در این زمینه انجام نشده است؛ اما نتایج این تحقیق با شواهد پیشین همسو است. این مطالعات نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی [۴۱]، مشاوره گروهی شناختی-رفتاری [۴۲]، مداخلات مبتنی بر نظریه خودکارآمدی [۴۳]، روان‌درمانی مثبت‌گرا [۴۴] و مداخلات حمایتی [۴۵] باعث ارتقای خودکارآمدی زنان باردار می‌گردد. هر چند این مداخلات از نظر ساختار و محتوای آموزشی با مدل ریپلان تفاوت‌هایی دارند، اما اشتراک آن‌ها در تأکید بر ذهن‌آگاهی، بازسازی شناختی، تقویت خودکارآمدی، توانمندی‌های مثبت و ایجاد فضای حمایتی نشان می‌دهد که اصول زیربنایی مشابهی در ارتقای خودکارآمدی زایمان به کار گرفته شده است.

در تبیین این یافته باید گفت در مدل ریپلان، استفاده از تکنیک‌هایی مانند ایفای نقش، تمرین ذهنی، تصویرسازی هدایت‌شده و شبیه‌سازی فرآیند زایمان، فرصت مواجهه تدریجی و کنترل‌شده با محرک‌های ترس‌آور را فراهم می‌آورد که این امر به کاهش اضطراب و تقویت احساس کنترل و تسلط بر زایمان می‌انجامد [۳۵]. این تجارب سازمان‌یافته، به باور توانمندی فرد در مدیریت درد و چالش‌های زایمان کمک کرده و خودکارآمدی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، تمرکز مدل ریپلان بر بهبود کارآمدی و عزت نفس به‌عنوان مؤلفه‌های کلیدی خودکارآمدی زمینه‌ساز تغییر نگرش‌های بنیادی و اصلاح باورهای ناکارآمد زنان باردار است. ارائه آموزش‌های شناختی در خصوص تفاوت عزت نفس و اعتماد به نفس، پذیرش شکست‌ها و شناسایی گفتارهای درونی دل‌سردکننده، ضمن کاهش خودانتقادی، باعث تقویت باورهای

آموزشی مورد استفاده در این مطالعات با مدل ریپلان تفاوت دارند، اما شباهت‌های مفهومی در زمینه بازسازی شناختی، ارتقای عزت‌نفس، ایجاد فضای حمایتی و به‌کارگیری تکنیک‌های تنظیم هیجان، به‌عنوان اصول زیربنایی مدل ریپلان، در تمامی این مداخلات مشاهده می‌شود و می‌تواند در کاهش ترس از زایمان نقش کلیدی ایفا نماید.

در تبیین این یافته در مدل ریپلان، مهم‌ترین اصل درمان، رابطه و اتحاد درمانی بین زنان باردار و درمانگر است که با ایجاد فضای امن و به دور از هر گونه قضاوت و توأم با اعتماد و همدلی، به کشف عوامل زمینه‌ای مشکل شرکت‌کنندگان می‌پردازد. درمانگر تمام احساسات انکار و یا سرکوب‌شده در رابطه با ترس و اضطراب بارداری را شناسایی و آن‌ها را با زنان باردار در میان می‌گذارد تا بدین وسیله به بینش و آگاهی لازم برسند. زنان باردار با آموزش مدل ریپلان با ژرفاندیشی عمیق به ویژگی‌های خود و نحوه رویارویی با مشکلات می‌پردازند تا بتوانند زمینه‌ای آرام و حمایت‌کننده را در کل دوران بارداری و زایمان برای خودشان ایجاد کنند. به عبارت دیگر، مدل ریپلان با تکیه بر اصل «رابطه درمانی ایمن و بدون قضاوت» زمینه‌ای را فراهم می‌کند که زنان باردار بتوانند احساسات سرکوب‌شده یا انکارشده خود در خصوص زایمان را شناسایی و بیان کنند. این فرآیند امن نه تنها موجب بینش‌یابی نسبت به ریشه‌های ترس می‌شود، بلکه امکان بازنگری و اصلاح نگرش‌ها را فراهم می‌آورد [۲۹]. لذا، ایجاد چنین فضای امنی در مدل ریپلان می‌تواند نقش مهمی در کاهش ترس از زایمان ایفا نماید چرا که گروه درمانی حمایتی نقش مهمی در کاهش این ترس دارد [۲۸].

علاوه بر این، مدل ریپلان، ترکیبی از مداخلات مانند بازسازی شناختی، خودنظارتی، حل مسئله و استفاده از فن‌هایی مانند فن مراقبه و آرام‌سازی عمیق عضلانی است که روش مؤثری در کاهش پریشانی روان‌شناختی و استرس زنان باردار است [۴۰]. مدل ریپلان بر اساس اصول شناختی رفتاری با آموزش مهارت‌های بازسازی شناختی به زنان باردار کمک می‌کند تا افکار منفی و ناکارآمد مرتبط با زایمان را شناسایی و با افکار واقع‌بینانه و مثبت جایگزین کنند. این فرآیند موجب اصلاح باورهای نادرست و کاهش شدت ترس می‌شود و به قطع چرخه معیوب اضطراب و ترس کمک می‌نماید. در واقع آموزش چنین مهارت‌هایی فرصت برای بحث گروهی با هدف قراردادن افکار و ارزیابی‌های غلط از زایمان و توانایی‌های شخصی برای مقابله با ترس‌های زایمانی، باعث شدند تا زنان، زایمان را به صورت تجربه‌ای وحشتناک قلمداد نکنند و ترس از زایمان و اضطراب بارداری کمتری داشته باشند. در نتیجه منجر به پیشگیری از سزارین‌های غیرضروری شده است [۴۰].

همچنین، مدل ریپلان بر تنظیم هیجانی و کنترل و مدیریت پاسخ‌های هیجانی نیز تمرکز دارد. آموزش استراتژی‌های تنظیم شناختی عاطفی مثبت (تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر

با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از روش‌های چندگانه جمع‌آوری داده‌ها، نظیر مصاحبه‌های عمیق یا مشاهده، در کنار پرسش‌نامه استفاده شود تا نتایج غنی‌تر و معتبرتری حاصل گردد. همچنین، توصیه می‌شود مدل آموزشی ریپلان به‌عنوان یک رویکرد درمانی روان‌شناختی در برنامه‌های مراقبت‌های بارداری و مداخلات بالینی به کار گرفته شود تا ضمن کاهش اضطراب و ترس از زایمان، خودکارآمدی زنان باردار در مواجهه با زایمان طبیعی تقویت گردد. اجرای این مدل در سطوح گسترده‌تر می‌تواند گامی مؤثر در جهت کاهش نرخ سزارین و ارتقای سلامت جسمی و روانی مادران باشد. نقطه قوت برجسته این پژوهش، اثبات اثربخشی مدل ریپلان در کاهش ترس و اضطراب زایمانی و افزایش خودکارآمدی زایمان طبیعی در زنان باردار دارای اضطراب است، که با اهداف کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حمایت جامع از مادران باردار و ترویج زایمان طبیعی همسویی دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مدل ریپلان به‌طور معناداری ترس از زایمان را کاهش و خودکارآمدی زنان باردار را افزایش می‌دهد. با توجه به این که آموزش ریپلان کم‌هزینه بوده و عوارض جانبی درمان‌های دارویی در دوران بارداری را به دنبال ندارد، می‌تواند با ادغام در مراقبت‌های معمول دوران بارداری در نظام خدمات اولیه سلامت به کار رود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از حمایت‌های معنوی تمامی مدیران و اعضای مراکز بهداشت شهر ساری که صمیمانه ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تضاد منافع ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.TON.REC.1402.062 در وبگاه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی موجود است. همچنین با کد IRCT20240721062492N1 در سامانه کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت شده است. ارائه توضیحات جامع قبل از نمونه‌گیری در زمینه مداخله، زمان پژوهش، روش کار، اهداف پژوهش، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، امکان خروج در هر مرحله از پژوهش و گرفتن رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، از جمله مداخلات

مثبت نسبت به خود می‌شود. این فرآیند درمان شناختی-رفتاری به زنان اجازه می‌دهد الگوهای فکری منفی را بازسازی و منابع روانی خود را برای مقابله مؤثر با اضطراب زایمان تقویت کنند. جایگزینی افکار خودتخریبی با باورهای خودارزشمندی و خودتأییدی نیز نقش حیاتی در ارتقای خودکارآمدی ایفا می‌کند [۳۷]. علاوه بر مؤلفه‌های شناختی و هیجانی، مدل ریپلان بر خودمراقبتی از طریق رفتارهای بهداشتی مانند ورزش، تغذیه مناسب، تفریحات سالم و خواب کافی تأکید دارد که این اقدامات موجب بهبود تنظیم هیجانی و سلامت روانی شده و اضطراب بارداری را کاهش می‌دهد. تکلیف خانگی مرتبط با ثبت و شناسایی افکار خودتحقیری به‌عنوان ابزاری برای افزایش خودآگاهی و تمرین خودتنظیمی نیز، به‌طور مستقیم مهارت‌های تنظیم شناختی و هیجانی را تقویت می‌کند که از پیش‌نیازهای اساسی خودکارآمدی در مواجهه با استرس‌های روانی به‌شمار می‌رود [۳۷].

در چارچوب نظری روان‌شناسی مثبت، توجه به توانمندی‌های فردی زنان باردار به‌عنوان محرک‌های اساسی افزایش خودکارآمدی مطرح است. به نظر می‌رسد افزایش تمرکز بر ویژگی‌ها و جنبه‌های مثبت فردی مانند امید و خوش‌بینی به جای تأکید بر نقاط ضعف، نقش مهمی در ارتقای احساس ارزشمندی و خودکارآمدی زایمان در زنان باردار نخست‌زا دارد. آگاهی از توانایی‌ها و استعدادها فردی، بازشناسی تجربه‌های مثبت و اتخاذ رویکرد فعال در زندگی می‌تواند عزت نفس و اعتماد به نفس را تقویت کند. در واقع، مداخلات مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجان و افکار مثبت موجب کاهش مشکلات روان‌شناختی و ارتقای بهزیستی می‌شوند [۴۴]. این یافته‌ها اهمیت تقویت ابعاد عاطفی توانمندی‌ها را در ارتقای سلامت روان و خودکارآمدی زنان باردار تأیید می‌کند. در مجموع، مدل ریپلان با ترکیب تکنیک‌های فعال‌سازی تجربیات جدید، تمرین رفتارهای هدفمند، آموزش شناختی-هیجانی و تأکید بر خودمراقبتی و توانمندی‌های فردی، زمینه‌های لازم برای افزایش خودکارآمدی در زنان دارای اضطراب زایمان طبیعی را فراهم می‌آورد. این امر به افزایش اعتماد به نفس و انگیزه زنان در مدیریت فرآیند زایمان و کاهش ترس و اضطراب مرتبط با آن منجر شده و سلامت روان و کیفیت زندگی آنان در دوره بارداری را بهبود می‌بخشد.

در پایان، شایان ذکر است که این مطالعه با وجود دستاوردهای قابل توجه، دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد که باید مورد توجه قرار گیرد. نخستین محدودیت مربوط به استفاده از پرسش‌نامه به‌عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها است که ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهندگان همراه باشد و صحت کامل نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این، عدم بررسی و کنترل حمایت‌های اجتماعی و عاطفی از سوی والدین، خانواده و دوستان می‌تواند بر متغیرهای پژوهش تأثیرگذار باشد و این عامل به‌عنوان محدودیتی در تعمیم نتایج مطرح می‌گردد.

تدوین بخش‌های مختلف طرح، مرور مقاله، ویرایش پروپوزال و ویرایش مقاله.

اخلاقی رعایت شده در مطالعه حاضر بوده است.

سه‌م نویسندگان

نویسنده اول (پژوهشگر اصلی): تنظیم پروپوزال، جمع‌آوری داده‌ها، مشارکت در تدوین بخش‌های مختلف طرح، نگارش مقاله؛ نویسنده دوم (پژوهشگر اصلی): مسئول مکاتبات طراحی پروژه، تدوین نتایج، بحث و ویرایش مقاله، مشاور روان‌شناس؛ نویسنده سوم (پژوهشگر اصلی): مشاور علمی مشارکت در

حمایت مالی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکتری از دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن بوده است. حمایت مالی این پژوهش بر عهده نویسنده اول بوده است.

REFERENCES

- Brunton R, Simpson N, Dryer R. Pregnancy-related anxiety, perceived parental self-efficacy and the influence of parity and age. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18): 6709. PMID: 32942604 DOI: 10.3390/ijerph17186709
- Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women Birth*. 2015;28(3): 93-179. PMID: 25765470 DOI: 10.1016/j.wombi.2015.02.003
- Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, et al. Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(5):813. PMID: 30192449 DOI: 10.4088/JCP.17r12011
- Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLOS One*. 2018;13(4): e0194906. PMID: 29664907 DOI: 10.1371/journal.pone.0194906
- Betrán AP, Torloni MR, Zhang J-J, Gülmezoglu A, Aleem H, Althabe F, et al. WHO statement on caesarean section rates. *Bjog*. 2016;123(5):667. PMID: 26681211 DOI: 10.1111/1471-0528.13526
- Weeks AD, Ditali J, Ononge S, Faragher B, Frye LJ, Durocher J, et al. The MamaMiso study of self-administered misoprostol to prevent bleeding after childbirth in rural Uganda: a community-based, placebo-controlled randomised trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:219. PMID: 26370443 DOI: 10.1186/s12884-015-0650-9
- Zar A. Investigating the effectiveness of physical activity on sleep quality in women with natural childbirth and cesarean section. *Jorjani Biomed J*. 2020;8(2):48-57. DOI: 10.52547/jorjanibiomedj.8.2.48
- Wu Y, Liu C, Dong L, Zhang C, Chen Y, Liu J, et al. Coronavirus disease 2019 among pregnant Chinese women: case series data on the safety of vaginal birth and breastfeeding. *BJOG*. 2020;127(9): 1109-15. PMID: 32369656 DOI: 10.1111/1471-0528.16276
- Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2018; 15(1):e1002494. PMID: 29360829 DOI: 10.1371/journal.pmed.1002494
- Filippi V, Ganaba R, Calvert C, Murray SF, Storeng KT. After surgery: the effects of life-saving caesarean sections in Burkina Faso. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:348. PMID: 26694035 DOI: 10.1186/s12884-015-0778-7
- Duong DTT, Binns C, Lee A, Zhao Y, Pham NM, Hoa DTP, et al. Intention to exclusively breastfeed is associated with lower rates of cesarean section for nonmedical reasons in a cohort of mothers in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;19(2):884. PMID: 35055705 DOI: 10.3390/ijerph19020884
- Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, Sparud-Lundin C, et al. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qualitative Studies Health Well-being*. 2020;15(1):1704484. PMID: 31858891 DOI: 10.1080/17482631.2019.1704484
- Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia—A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*. 2018;61:97-115. PMID: 29579696 DOI: 10.1016/j.midw.2018.02.013
- Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Velikonja VG. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med*. 2018;46(2):151-4. PMID: 28379837 DOI: 10.1515/jpm-2016-0282
- Nikpour, M., Alijanpoor, M., Behmanesh, F., Omrani, A., Yahyavi, F., Karimnezhad Sorkhi, F., et al. A Comparison of Fear of Childbirth and Labor Pain Intensity among Primiparous and Multiparous Women: A Cross-Sectional Study. *J Mid & Repr Health*. 2024;13(4):1-9. DOI: 10.22038/jmrh.2024.75434.2219
- Bjelica A, Cetkovic N, Trinic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy—A psychological view. *Ginekol Pol*. 2018;89(2):102-6. PMID: 29512815 DOI: 10.5603/GP.a2018.0017
- Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwick J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:29. PMID: 25879780 DOI: 10.1186/s12884-015-0465-8
- Tilden EL, Caughey AB, Lee CS, Emeis C. The effect of childbirth self-efficacy on perinatal outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(4):465-80. PMID: 27290918 DOI: 10.1016/j.jogn.2016.06.003
- Molgora S, Fenaroli V, Prino LE, Rollè L, Sechi C, Trovato A, et al. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women Birth*. 2018; 31(2): 117-23. PMID: 28709777 DOI: 10.1016/j.wombi.2017.06.022
- Marcotte EL, Thomopoulos TP, Infante-Rivard C, Clavel J, Petridou ET, Schüz J, et al. Caesarean delivery and risk of childhood leukaemia: a pooled analysis from the childhood leukemia international consortium (CLIC). *Lancet Haematol*. 2016;3(4):e176-e85. PMID: 27063976 DOI: 10.1016/S2352-3026(16)00002-8
- Pervichko E, Zinchenko Y, Ostroumova O. Emotion regulation in patients with essential hypertension: subjective-evaluative, physiological, and behavioral aspects. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014;127:686-90. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.03.336
- Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349-57. PMID: 30322585 DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31930-5
- Paranjothy S, Griffiths JD, Broughton HK, Gyte GM, Brown HC, Thomas J. Interventions at caesarean section for reducing the risk of aspiration pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (2):CD004943. PMID: 24497372 DOI: 10.1002/14651858.CD004943.pub4
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmaki E,

- Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG: Int J Obstet Gynaecol.* 2011;118(9):1104-11. [PMID: 21489127](#) [DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x](#)
25. Guskowska M. The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety Stress Coping.* 2014;27(2):89-176. [PMID: 24199962](#) [DOI: 10.1080/10615806.2013.830107](#)
 26. Rastegari L, Mohebbi P, Mazlomzadeh S. The effect of childbirth preparation training classes on perceived self-efficacy in delivery of pregnant women. *J Adv Med Biomed Res.* 2013;21(86):105-115. [Link](#)
 27. Young ME. Learning the art of helping: Building blocks and techniques. Pearson. 2009. [Link](#)
 28. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry.* 2015;14(3):270-7. [PMID: 26407772](#) [DOI: 10.1002/wps.20238](#)
 29. Gutierrez D, Fox J, Jones K, Fallon E. The treatment planning of experienced counselors: A qualitative examination. *J Couns Dev.* 2018;96(1):86-96. [DOI: 10.1002/jcad.12180](#)
 30. Van den Bergh, B. R. H. The influence of maternal emotional during pregnancy on fetal & neonatal behavior. *Prena Perinat Psychol J.* 1990.52:119-130. [Link](#)
 31. Karamoozian M, Askarizadeh G, Behroozi N. Psychometric properties of the pregnancy-related anxiety questionnaire (PRAQ) in Iranian pregnant women. *J Clin Nurs Midwifery.* 2016;5(4):1-13. [Link](#)
 32. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1998;19:84-97. [PMID: 9638601](#) [DOI: 10.3109/01674829809048501](#)
 33. Andaroon, N., Kordi, M., Kimiaei, S. A., Esmaeili, H. Relationship between intensity of fear of childbirth with choosing mode of delivery in primiparous Women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2017; 20:68-75. [DOI: 10.22038/ijogi.2017.9082](#)
 34. Ip WY, Chan DSK, Chien WT. The Chinese version of the childbirth self-efficacy inventory. *J Adv Nurse.* 2005;51(6):625-33. [PMID: 16129013](#) [DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03548.x](#)
 35. Khorsandi M, Ghofranipour F, Hidarnia A, Faghihzadeh S. Effects of childbirth education classes on self-efficacy of nulliparous women in coping with labour pain. Presented at: 12th World Congress on Public Health. 2009; World Health Organization. [Link](#)
 36. Poorjandaghi M, Vakilian K, Khorsandi M, Abdi M. Effect of cognitive-behavioral therapy focused on self-esteem on fear of childbirth: A counseling approach in prenatal care and a randomized clinical trial. *Int J Womens Health Reproduct Sci.* 2022;10(1):31-7. [DOI: 10.15296/ijwhr.2022.07](#)
 37. Borghei N, Alijani H, Naghinasab Ardehaee F. Effect of cognitive-behavioral education on fear of childbirth during pregnancy; a clinical trial. *J Clin Care Skill.* 2023;4(2):83-89. [Link](#)
 38. Mousavi S Z, Ghaderi F, Goli S, Bolbol Haghighi N. Evaluation of the effectiveness of supportive group therapy on fear of delivery in pregnant women, 2021. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2022; 30(4):231-38. [DOI: 10.32592/ajnm.30.4.231](#)
 39. Baniaghil A, Bayenat F, Rezaei Aval M, Behnampour N. Effect of emotion regulation training based on the gross model on the fear of childbirth in primigravida women: a randomized field trial. *J Res Dev Nurs Midw.* 2022;19(2):27-30. [DOI: 10.61186/jgbfnm.19.2.27](#)
 40. Abbasi Q, Masihpour Majavari O. The effectiveness of immunization training against stress on the sense of personal cohesion and psychological distress of pregnant women. *J Communi Health.* 2021;14(4):24-33. [DOI: 10.22123/chi.2021.241951.1546](#)
 41. Abdolalipour S, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Mashayekh-Amiri S, Mirghafourvand M. The effectiveness of mindfulness-based interventions on self-efficacy and fear of childbirth in regnant women: A systematic review and meta-analyses. *J Affect Disord.* 2023;333:257-70. [PMID: 37084975](#) [DOI: 10.1016/j.jad.2023.04.020](#)
 42. Ghasemi F, Bolbol-Haghighi N, Mottaghi Z, Hosseini SR, Khosravi A. The effect of group counseling with cognitive-behavioral approach on self-efficacy of pregnant women's choice of vaginal delivery. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2018;12(3):e7632. [DOI: 10.5812/ijpbs.7632](#)
 43. Gandomi N, Sharifzadeh G, Torshizi M, Norozi E. The effect of educational intervention based on self-efficacy theory on pregnancy anxiety and childbirth outcomes among Iranian primiparous women. *J Educ Health Promot.* 2022;11(1):14. [PMID: 35281377](#) [DOI: 10.4103/iehp.iehp.1548.20](#)
 44. Emadian SO. The effectiveness of positive thinking training on childbirth fear, and childbirth self-efficacy in pregnant women in Sari. *J Applied Family Therapy.* 2022;3(2):482-95. [Link](#)
 45. Pakdaman R, Firoozi M, Mirzadeh M, Kazemi K, Jamali J. The influence of supportive interventions on decision self-efficacy and decision conflict in mothers with previous cesarean section to choose mode of delivery: a randomized clinical trial. *J Midwifery Reprod Health.* 2022;10(2):3220-28. [DOI: 10.22038/jmrh.2022.62778.1793](#)