

Effect of Cognitive Counseling and Childbirth Preparation Classes on the Fear of Childbirth and Depression during Pregnancy in Primiparous Women; an Experimental Study

Fozieh Karimi¹, Marzieh Kaboudi², Nasrin Jaberghaderi³, Nader Salari⁴

1. MSc student of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. ORCID ID: 0000-0003-2839-4120

2. Assistant Professor, Department of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. (Corresponding author), Tel: +989181324815, Email: fkaboudi@kums.ac.ir. ORCID ID: 0000-0002-5746-1153

3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. ORCID ID: 0000-0002-7675-1287

4. Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. ORCID ID: 0000-0003-3550-405X

ABSTRACT

Background and Aim: Fear of childbirth (FOC) is a common problem during pregnancy, with higher prevalence in primiparous women. The present study was designed to determine the effect of cognitive counseling and childbirth preparation classes on the fear of childbirth in primiparous women.

Materials and Methods: This was an interventional study which included 154 eligible primiparous pregnant women. Participants were divided into cognitive-behavioral counseling, childbirth preparation classes participants, and control groups. In this study we used simple random sampling method. At the beginning of the study and before the initiation of the intervention every group of pregnant woman at the 20-24 weeks of gestational age completed the demographic questionnaire, Wijima delivery expectation questionnaire and Edinburgh depression assessment scale. After implementation of the intervention and 4 weeks later, the levels of fear and depression in the participants were assessed. We used SPSS v.22 for data analysis.

Results: There were no significant differences among the groups in regard to the mean age, literacy level, gestational age and type of participant's occupation at the baseline. The mean values for fear of childbirth and depression scores were not significantly different among the three groups before the intervention. The fear of childbirth and the depression scores decreased significantly at the end and also one month after the end of the intervention ($P=0.001$, $P=0.01$, respectively). Participation in childbirth preparation classes reduced the level of fear and depression in participants, which was not significant.

Conclusion: Cognitive counseling can effectively and significantly reduce women's fear of childbirth and depression during pregnancy. Therefore, inclusion of cognitive counseling in the health care programs of pregnant women can effectively promote the health status of mother and child.

Keywords: Cognitive counseling, Childbirth preparation classes, Fear of childbirth, Pregnancy depression, Primiparous women

Received: Aug 20, 2021

Accepted: May 17, 2023

How to cite the article: Fozieh Karimi, Marzieh Kaboudi, Nasrin Jaberghaderi, Nader Salari . Effect of Cognitive Counseling and Childbirth Preparation Classes on the Fear of Childbirth and Depression during Pregnancy in Primiparous Women; an Experimental Study. *ŞJKU* 2023;28(4):125-138.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

تأثیر مشاوره شناختی و شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر ترس از زایمان و افسردگی دوران بارداری در زنان نخست‌زا: یک مطالعه مداخله‌ای

فوزیه کریمی^۱، مرضیه کبودی^۱، نسرین جابر قادری^۲، نادر سالاری^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد گروه مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران، کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۲۸۳۹-۴۱۲۰
۲. استادیار گروه سلامت مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۹۱۸۵۹۸۶۶۳۵، پست الکترونیک: f.kaboudi@kums.ac.ir، کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۵۷۴۶-۱۱۵۳
۳. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۷۶۷۵-۱۲۸۷
۴. دانشیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۳۵۵۰-۴۰۵۰

چکیده

زمینه و هدف: ترس از زایمان یک مشکل شایع در دوران بارداری و با شیوع بالاتر در زنان نخست‌زا است. مطالعه حاضر به منظور تعیین تأثیر مشاوره شناختی و شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر ترس از زایمان و افسردگی دوران بارداری در زنان نخست‌زا اجرا شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مداخله‌ای روی ۱۵۴ زن باردار نخست‌زای واجد شرایط انجام شد. شرکت‌کنندگان به سه گروه مشاوره شناختی، گروه شرکت‌کننده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان و گروه کنترل تقسیم شدند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده از تمامی مراکز انجام شد. در شروع مطالعه و قبل از اجرای مداخله برای هر دسته از نمونه‌ها در هفته ۲۴-۲۰ حاملگی پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، ارزیابی ترس از زایمان و بیجیما و ارزیابی سطح افسردگی ادینبورگ تکمیل گردید. پس از اتمام مداخله و چهار هفته پس از اتمام مداخله سطح ترس و افسردگی نمونه‌ها مجدداً سنجش شد. برای آنالیز داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی گروه‌ها، سطح سواد، سن حاملگی و نوع شغل افراد قبل از شروع مطالعه تفاوت معنی‌داری نداشت. میانگین ترس از زایمان و افسردگی سه گروه قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت. هم‌نمره ترس از زایمان و هم‌نمره افسردگی به دنبال مشاوره شناختی در پایان مداخله و چهار هفته پس از اتمام مداخله به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرد (به ترتیب $P=0/01$ و $P=0/01$). شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان تفاوت در میانگین نمره ترس و افسردگی زنان ایجاد کرد؛ ولی غیر معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: مشاوره شناختی به طور مؤثر و قابل توجهی می‌تواند سطح ترس زنان از زایمان و افسردگی زنان را در دوره بارداری کاهش دهد، بنابراین می‌توان با گنجاندن آن در برنامه‌های مراقبت دوران بارداری به طور مؤثری از آن برای ارتقا سلامت مادر و نوزاد بهره برد.

کلمات کلیدی: مشاوره شناختی، کلاس‌های آمادگی زایمان، ترس از زایمان، افسردگی بارداری، زنان نخست‌زا

وصول مقاله: ۱۴۰۲/۵/۲۹؛ اصلاحیه نهایی: ۱۴۰۲/۲/۷؛ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۲۷

بالینی را تحت تأثیر قرار داده و منجر به تأخیر در مراقبت-های دوره بارداری زنان و انتخاب سزارین به عنوان روش زایمان گردد (۱۱ و ۱۰).

شیوع ترس از زایمان در کشورهای اسکانندیناوی، انگلستان، استرالیا و سوئد ۲۲-۷٪ گزارش شده که حدود ۱۲-۶٪ آن ترس شدید از زایمان بوده است (۱۴-۱۰ و ۱۰). در ایران تخمین زده شده که حدود ۲۲-۵٪ از زنان باردار دچار ترس از زایمان هستند، به طوری که از هر پنج زن باردار، یک نفر دچار ترس متوسط از زایمان است (۱۴ و ۱۰ و ۷ و ۶).

راهکارهای مختلف و متفاوت در مطالعات برای کاهش ترس از زایمان مورد مطالعه قرار گرفته و معرفی شده است. در برخی مطالعات به تأثیر کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر کاهش ترس از زایمان که یکی از برنامه مراقبت بهداشتی رایج است، اشاره شده است (۱۱-۹). استدلال برای اثربخشی شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر کاهش سطح ترس بر این پایه استوار است که عدم آگاهی و آمادگی زنان باردار منجر به افزایش استرس و اضطراب زنان و به دنبال آن افزایش ترس آنان می‌گردد. شرکت در کلاس‌های مذکور منجر به افزایش اطلاعات و آگاهی مادران در مورد بارداری می‌گردد و آنان را در فائق آمدن بر استرس، اضطراب و نگرانی و به دنبال آن کاهش ترس از زایمان و عوارض آن موفق‌تر خواهد کرد (۱۶ و ۱۵).

اخیراً در مطالعاتی مشاوره شناختی رفتاری به عنوان یکی از روش‌های مؤثر و کارآمد در کاهش ترس از زایمان، تغییر نگرش و رفتار زنان برای غلبه بر ترس از زایمان مورد بحث قرار گرفته است (۱۱ و ۳) که یکی از شاخه‌های آن مشاوره شناختی است. روش مشاوره شناختی با مفهوم پردازی مشکل بیمار نقشه‌ای در اختیار فرد مشاور قرار می‌دهد. در این روش وقتی فرد برای اولین بار با مراجعه‌کننده ارتباط برقرار می‌کند، درباره احساسات، رفتارهای مشکل‌ساز و افکار آزار دهنده با وی صحبت می‌شود. همچنین در مورد سابقه خانوادگی، وقایعی که برای فرد اتفاق افتاده و برای وی استرس‌آور بوده و به زندگی وی آسیب می‌رساند،

علی‌رغم آنکه تولد یک فرآیند فیزیولوژیک است، اما در برخی موارد، به دنبال استرس و اضطراب بیش از اندازه، می‌تواند به یک وضعیت بحرانی تبدیل شود. ترس از زایمان که تحت عنوان درک منفی از زایمان تعریف شده است، در حول وحوش زایمان یا زمان تولد نوزاد شروع می‌شود (۱۲ و ۱). ترس را می‌توان یک پاسخ انتزاعی به تجربه‌ها و موقعیت‌های تهدیدکننده تعریف کرد (۳). در دوران بارداری تغییرات فیزیولوژیک زیادی در بدن زنان رخ می‌دهد که این تغییرات فراتر از کنترل زنان است. تغییراتی که در این دوران اتفاق می‌افتد، نه تنها زنان باردار را از نظر جسمی، بلکه از نظر روحی و روانی نیز آسیب پذیر می‌سازد. به علاوه تغییرات پیاپی در زندگی همراه با پذیرش مسئولیت‌های جدید از جمله نگهداری کودک تازه متولد شده حساسیت زنان را در این دوران افزایش می‌دهد، به نحوی که ممکن است منجر به ایجاد دوگانگی احساسات در این زنان شود و در مواردی شکل شدید به خود گرفته، به نحوی که فرد را به سوی بروز استرس و اضطراب و در نهایت ترس سوق دهد (۴).

ترس از زایمان، طیف وسیعی از تجربیات شامل ترس شدید و غیر منطقی تا ترس خفیف و منطقی را شامل می‌شود. ترس از زایمان بین زنانی که قبلاً تجربه زایمان داشته‌اند و زنان نخست‌زا متفاوت است. معمولاً زنان نخست‌زا سطح بالاتری از ترس را تجربه می‌کنند که ممکن است به دلیل نداشتن تجربه قبلی از زایمان باشد (۵، ۶). هر زن بسته به تجربه‌ای که دارد، آن را بروز می‌دهد که می‌تواند به صورت اضطراب، ترس آشکار، کابوس شبانه، مشکلات جسمی، مشکل در تمرکز، اختلال در کار و روابط خانوادگی خود را نشان دهد (۷). ترس و اضطراب منجر به افزایش غلظت کاتکول آمین‌ها و افزایش انقباضات رحمی و به دنبال آن طولانی شدن فاز دوم زایمان می‌گردد (۹ و ۸). ترس از زایمان ممکن است ارتباط مادر و فرد مراقبت‌کننده را مخدوش کند و این ارتباط ضعیف ممکن است تصمیمات

و کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر ترس از زایمان و افسردگی دوران بارداری در زنان نخست‌زا اجرا شد.

مواد و روش‌ها

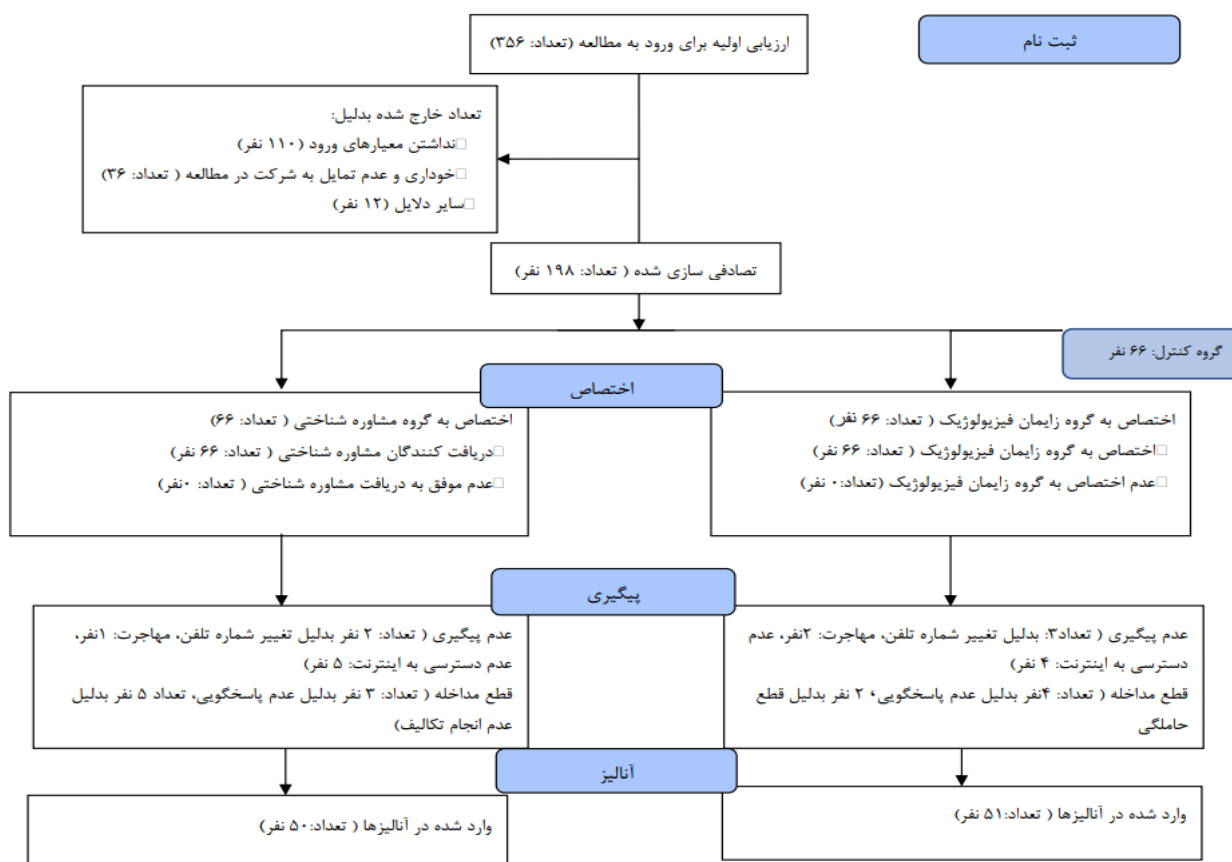
این مطالعه به صورت یک مطالعه مداخله‌ای در قالب سه گروه شامل گروه کنترل، گروه مداخله مشاوره شناختی و گروه شرکت‌کننده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک انجام پذیرفت. در این مطالعه که در سال ۱۳۹۹ در شهر ایلام اجرا شد، ۱۹۸ زن باردار نخست‌زا از ۱۴ مرکز بهداشتی درمانی شهری ایلام بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای و متناسب با جمعیت تحت پوشش هر مرکز بر اساس معیارهای ورود انتخاب و وارد مطالعه شدند. حجم نمونه بر اساس میانگین و انحراف معیار ترس به دست آمده از مطالعات مداخله‌ای تقریباً مشابه قبلی و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه زیر محاسبه شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \times (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

از تعداد افراد واجد شرایط انتخاب شده از هر مرکز یک سوم آنان به طور تصادفی در یکی از سه گروه مطالعه قرار داده شدند. نمودار جریان ورود افراد به مطالعه در **نمودار شماره ۱** نمایش داده شده است.

صحبت خواهد شد (۱۲ و ۷). با این شیوه، مشاور اطلاعاتی در مورد وضعیت کنونی و قبلی فرد به دست می‌آورد که به فرد مشاور یک دیدگاه کلی و منسجم در ارتباط با مشکلات فرد می‌دهد. این رویکرد بیشتر روی نقش ذهن و شناخت‌های فرد تأکید دارد و نقش ذهن را به عنوان عامل تعیین‌کننده احساسات و رفتارهای فرد مدنظر قرار می‌دهد. به همین دلیل از این روش برای کاهش ترس از زایمان و غلبه بر آن نیز بهره گرفته شده است (۱۲ و ۱۱ و ۳).

علی‌رغم اینکه تاکنون روش‌های مختلفی برای کاهش و رفع ترس از زایمان مورد بررسی قرار گرفته است (۱۸-۱۶ و ۴ و ۳)، اما هنوز این مشکل به عنوان یکی از معضلات مامایی باقی مانده و همچنان به عنوان یکی از عوامل رایجی مطرح است که منجر به عوارض و مسائلی از جمله سزارین بدون دلیل علمی می‌گردد. در حال حاضر در سیستم مراقبت دوران بارداری کشور، کلاس‌های آمادگی دوران بارداری در تعدادی از مراکز بهداشتی و بیمارستان‌های دارای بخش زایمان در حال اجرا است، اما به نظر می‌رسد به دلایل نامشخص هنوز تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر کاهش ترس از زایمان و یا کاهش سزارین نداشته است. لذا ضرورت تلاش برای یافتن روش‌های مؤثر و کاربردی‌تر همچنان وجود دارد، بنابراین مطالعه حاضر برای تعیین تأثیر مشاوره شناختی



شکل ۱- نمودار جریان ورود افراد به مطالعه

هرگونه عارضه غیرطبیعی قبل از شروع لیبر که مانع از انجام زایمان طبیعی شود، مانند بروز خونریزی و دکولمان، عدم حضور بیش از دو جلسه در جلسات مشاوره‌های آنلاین یا کلاس‌های آمادگی دوران بارداری آنلاین، عدم پرخطر شدن بارداری، در دسترس نبودن مادر در هنگام تکمیل پرسشنامه در پایان و چهار هفته پس از پایان مداخله، مرگ داخل رحمی جنین در طی بارداری یا مرده‌زایی بود.

جهت اجرای تخصیص تصادفی از ایجاد توالی تصادفی به روش «قانون تخصیص تصادفی» استفاده شد. بدین صورت که پس از تعیین حجم نمونه توسط محقق، از بین افراد شناسایی شده در مرحله اول، تعدادی از افراد که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، مایل به شرکت در مطالعه بودند و فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند، به روش در دسترس انتخاب شدند. در مرحله دوم به هریک از این

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن ۴۰-۱۸ سال، داشتن نمره ترس در محدوده ۸۵-۳۸ بر اساس پرسشنامه ویجیما، داشتن نمره افسردگی ۱۲ و پائین تر بر اساس پرسشنامه ادینبورگ، داشتن حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی، دارا بودن توانایی برقراری ارتباط از طریق موبایل، تبلت یا رایانه توسط خود فرد یا یکی از اطرافیان نزدیکی که با وی در یک منزل زندگی می‌کند، تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه، عدم سابقه نازایی و زایمان قبلی، حاملگی تک قلو، عدم ناهنجاری جنین، عدم مصرف سیگار، عدم مصرف الکل یا مواد مخدر، دارا بودن سن بارداری ۲۴-۲۰ هفته بود و معیارهای خروج شامل: عدم وجود عارضه در بارداری، عدم وجود دلیل علمی جهت سزارین، عدم وجود سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری‌های روانی، عدم ابتلا به بیماری‌های عصبی و یا مصرف داروهای اعصاب و روان، عدم بروز

قید شده است. حداقل نمره کسب شده صفر و حداکثر نمره ۱۶۵ در نظر است. نمره کمتر یا مساوی ۳۷ به معنای «ترس خفیف»، نمره ۳۸-۶۵ به معنای سطح «ترس متوسط» و نمره ۶۶-۸۴ به معنای «ترس شدید» در نظر گرفته شد. نمره برش ۸۵ در نظر گرفته شد. بدین معنی که افراد با نمره بالای ۸۵ دارای ترس بالینی شناخته شدند و برای درمان به روانشناس ارجاع داده شدند. در مطالعه احمدی و همکاران (۲۰) وی پایایی پرسشنامه ادینبورگ با استفاده از آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۰ و روایی آن با مقایسه آن با پرسشنامه بک با همبستگی برابر ۰/۴۴ گزارش شده است. پرسشنامه ادینبورگ شامل ۱۰ سؤال خود گزارش دهی است که تکمیل آن کمتر از ۵ دقیقه زمان می‌برد. به تمام پاسخ‌های «الف»، «ب»، «ج»، «د»، «ه»، «و»، «ز»، «ح»، «ط»، «ی» و «ک» امتیاز ۱، امتیاز ۲، امتیاز ۳، امتیاز ۴، امتیاز ۵، امتیاز ۶، امتیاز ۷، امتیاز ۸، امتیاز ۹، امتیاز ۱۰، امتیاز ۱۱، امتیاز ۱۲، امتیاز ۱۳، امتیاز ۱۴، امتیاز ۱۵، امتیاز ۱۶، امتیاز ۱۷، امتیاز ۱۸، امتیاز ۱۹، امتیاز ۲۰ و امتیاز ۲۱ اختصاص داده شد. امتیاز ۱۰ و کمتر از ۱۰ به عنوان نمره افسرده، کمتر از ۱۰، احتمالاً افسرده: ۱۲-۱۰، به احتمال قوی افسرده: بیشتر از ۱۲. در این مطالعه افراد با نمره افسردگی ۱۲ و پائین تر از ۱۲ وارد شدند و افراد با نمره بالای ۱۲ به عنوان افسرده بالینی و نیازمند درمان شناخته شدند. گروه مشاوره شناختی طی شش جلسه ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) برابر پروتکل اجرایی مشخص مشاوره گروهی (گروه ۱۰ نفره) را از طریق آموزش مجازی و آنلاین دریافت کردند. در گروه مشاوره شناختی در جلسه اول صحبت در خصوص توجیه دوره، مشخصات و اهداف جلسات مشاوره شناختی، جلسه دوم: آموزش مسائل مرتبط با بارداری و زایمان شامل تغییرات شرایط جسمی، مراحل زایمان طبیعی، شرایط اتاق لیر و زایمان و نگهداری از نوزاد، جلسه سوم: آموزش در مورد مکانیسم ترس، درد و تاب‌آوری در مغز انسان، جلسه چهارم: آموزش ذهن آگاهی از تنفس، جلسه پنجم: شناسایی افکار، احساسات، تصاویر ذهنی و حس‌های جسمانی هر فرد و نمره دهی به آن به وسیله ابزار SUD (Subjective Unit of Distress) و حساسیت‌زدایی و جلسه ششم: تکنیک‌های افزایش سریع تاب‌آوری در برابر

افراد منتخب به ترتیب عددی از ۱ تا ۲۰۰ اختصاص داده شد. در مرحله سوم به وسیله نرم‌افزار اکسل ۲۰۰ عدد تصادفی بدون تکرار بین ۱ تا ۲۰۰ تولید شد. این توالی تصادفی ایجاد شده جهت وارد کردن افراد به مطالعه مد نظر قرار گرفت. هریک از این اعداد متناظر با عدد تخصیص داده شده به یک فرد بود که در لیست اولیه ۲۰۰ تایی مشخص شد. اعداد به ترتیب توالی به گروه مداخله مشاوره شناختی، گروه زایمان فیزیولوژیک و گروه کنترل اختصاص داده شدند و این توالی تکرار شد تا برای هر گروه تعداد نمونه مطلوب به دست آمد. نحوه اجرای تخصیص تصادفی و اینکه فرد به کدام گروه تخصص یافته برای شرکت کننده آشکار نبود. قبل از ورود به مطالعه هر یک از افراد فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند. برای هریک از افراد در هریک از نوبت‌های مطالعه فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه تجربه/انتظارات زایمان ویجیما و مقیاس افسردگی ادینبورگ را که لینک آن از طریق اینترنت برای هر فرد از طریق واتساپ یا تلگرام ارسال شده بود، توسط خود فرد داوطلب تکمیل گردید. روایی و پایایی هر دو پرسشنامه مذکور (ویجیما و ادینبورگ) در مطالعات قبلی داخل ایران انجام شده است (۱۹ و ۱۱ و ۱۰ و ۳). به عنوان نمونه در مطالعه اندرون و همکاران مربوط به سال ۱۳۹۶ (۱۰) اشاره شده که برای بررسی روایی پرسشنامه ویجیما، پرسشنامه مذکور برای ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی ارسال شده و داده‌های مربوط به ارزیابی ضریب توافق به دست داده و برای سنجش پایایی هم پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از غیر شرکت کننده در مطالعه تکمیل شده و آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۱ گزارش شده است. در مطالعه قضایی و همکاران هم روایی پرسشنامه با مقایسه با پرسشنامه نگرش هارتمن با ضریب همبستگی ۰/۵۶ و پایایی با روش دو نیمه کردن و به دست آوردن آلفای کرونباخ بررسی شده است. پرسشنامه ویجیما شامل ۳۳ آیتم است که بر اساس طیف لیکرت از صفر تا ۵ نمره گذاری شد. نحوه نمره دهی بسته به نوع سؤال متفاوت بود که در دستورالعمل همراه پرسشنامه

بین گروه ها مقایسه شد. امتیاز مربوط به نمره ترس و افسردگی افراد درون گروه ها نیز از نظر آماری سنجش و مقایسه شد. آنالیزها با استفاده از SPSS ویرایش ۲۲ انجام شد. از روش های آمار توصیفی بسته به نوع داده ها (کمی یا کیفی) استفاده شد. از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه به منظور مقایسه میانگین متغیرهای کمی مورد نظر بین گروه ها، آزمون تحلیل واریانس اندازه های تکراری به منظور مقایسه میانگین نمرات ترس در نوبت های مختلف مطالعه در هر گروه، آزمون تی مستقل برای مقایسه دو به دو گروه ها و آزمون تی زوجی برای مقایسه نمرات ترس نوبت های قبل و بعد مداخله داخل هر گروه استفاده شد. سطح معنی داری برای تمامی آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی گروه کنترل $4/99 \pm 28/26$ سال، گروه کلاس های آمادگی برای زایمان $5/96 \pm 26/64$ سال و گروه مربوط به مشاوره شناختی $4/80 \pm 27/32$ سال بود که از نظر آماری اختلاف معنی داری نداشتند ($P=0/31$). افراد شرکت کننده در هر یک از گروه ها از نظر سایر متغیرها با هم یکسان سازی شده بودند. نتایج مربوط به مقایسه افراد در گروه های مختلف مطالعه بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی کمی در **جدول ۱** آمده است.

ترس صورت گرفت. پس از اجرای هر جلسه از فرد شرکت کننده خواسته شد تا پس از اتمام دریافت مشاوره و آموزش های خاص هر جلسه، تکالیف، فعالیت های خواسته شده، نظرات و افکار خود را ثبت و ضبط نموده و به صورت آنلاین گزارش نمایند. تکمیل پرسشنامه های ترس از زایمان و ارزیابی سطح افسردگی در زمان قبل مداخله، اتمام مداخله و چهار هفته پس از اتمام مداخله انجام شد. گروه شرکت کننده در کلاس های آمادگی برای زایمان نیز هم زمان توسط دو نفر مامای آموزش دیده بر اساس پروتکل های موجود اعلامی از سوی وزارت بهداشت در طی ۸ جلسه آموزش های مربوطه را در خصوص: ۱- اهداف و اصول کلاس های آمادگی برای زایمان، ۲- تغذیه در دوران بارداری، ۳- بهداشت روان، ۴- علائم هشدار، تشخیص دردهای طبیعی و غیرطبیعی، ۵- برنامه ریزی برای زایمان، ۶- آشنایی با فرایند و علائم درد زایمان و آشنایی با مراحل زایمانی، ۷- بهداشت و مراقبت پس از زایمان، علائم هشدار پس از زایمان و ۸- بهداشت نوزاد را به طور آنلاین دریافت کردند. گروه کنترل هم مراقبت های روتین دوران بارداری را از سوی مرکز بهداشتی درمانی مربوطه دریافت می کردند. از افراد این گروه هم در خصوص نحوه اجرای برنامه ها و به کارگیری آموزش های داده شده پیگیری ها و گزارش های لازم اخذ شد. در نهایت میانگین امتیازهای به دست آمده برای هر گروه در هر یک از نوبت های مطالعه

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای جمعیت شناختی کمی به تفکیک سه گروه

مقدار P	انحراف معیار	میانگین امتیاز	گروه
۰/۳۱	۴/۸۰	۲۷/۳۲	مشاوره شناختی
	۵/۹۶	۲۶/۶۴	زایمان فیزیولوژیک
	۴/۹۹	۲۸/۲۶	کنترل
۰/۵۵	۴/۵۰	۲۲/۷۳	مشاوره شناختی
			سن حاملگی هنگام

	۴/۳۱	۲۲/۶۲	زایمان فیزیولوژیک	ورود به مطالعه (هفته)
	۴/۵۶	۲۲/۹۱	کنترل	
۰/۴۴	۴/۲۰	۳۱/۷۱	مشاوره شناختی	
	۴/۷۱	۳۲/۳۲	زایمان فیزیولوژیک	سن همسر (سال)
	۴/۶۸	۳۱/۱۵	کنترل	
۰/۶۱	۴/۰۰	۲۶/۷۳	مشاوره شناختی	
	۴/۲۹	۲۷/۶۲	زایمان فیزیولوژیک	شاخص توده بدنی (مترمربع/کیلوگرم)
	۳/۵۶	۲۶/۹۱	کنترل	

اساس سایر متغیرها تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۲).

بین افراد شرکت‌کننده در گروه‌های مطالعه، بر اساس متغیرهای کیفی جمعیت شناختی، تنها تفاوت افراد بر اساس سطح تحصیلات همسر، معنی‌دار دیده شد ($P = 0.03$). بر

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای جمعیت شناختی کیفی به تفکیک سه گروه

مقدار P	گروه مشاوره شناختی			متغیر
	گروه کنترل	گروه زایمان فیزیولوژیک	گروه مشاوره شناختی	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۳۹	۳۱ (۳۴/۸)	۳۱ (۳۴/۸)	۲۷ (۳۰/۴۳)	تحصیلات زیر دیپلم
	۱۶ (۲۱/۱)	۱۹ (۳۲/۲)	۲۴ (۴۰/۷)	دانشگاهی
۰/۳۱	۳۹ (۳۱/۲)	۴۰ (۳۲)	۴۶ (۳۶/۸)	شغل خانه دار
	۸ (۳۴/۸)	۱۰ (۴۳/۵)	۵ (۲۱/۷)	غیر خانه دار
۰/۰۳	۲۶ (۴۲/۶)	۲۰ (۳۲/۸)	۱۵ (۲۴/۶)	تحصیلات همسر غیر دانشگاهی
	۲۱ (۲۴/۱)	۳۰ (۳۴/۵)	۳۶ (۴۱/۴)	دانشگاهی
۰/۰۵	۹ (۲۰/۵)	۱۴ (۳۱/۸)	۲۱ (۴۷/۷)	شغل همسر کارمند
	۳۸ (۳۶/۵)	۳۶ (۳۴/۶)	۳۰ (۲۸/۸)	غیر کارمند
۰/۱۰	۱ (۱۱/۱)	۲ (۲۲/۲)	۶ (۶۶/۷)	درآمد ماهانه بر پائین
	۴۶ (۳۳/۱)	۴۸ (۳۴/۵)	۴۵ (۳۲/۴)	متوسط و بالاتر اساس نظر مشارکت‌کننده

میانگین ترس از زایمان به تفکیک سه گروه کنترل، آموزش زایمان فیزیولوژیک و گروه مشاوره شناختی به ترتیب $4/77$ ، $74/58 \pm 6/17$ ، $75/48 \pm 7/50$ ، $76/14 \pm 7/50$ در زمان قبل از شروع مداخله بود. در گروه مشاوره شناختی در زمان چهار هفته پس از اتمام مداخله میانگین نمره ترس با فاز قبل از شروع مطالعه ($P=0/001$) و هم با سطح ترس مربوط گروه-های کنترل و زایمان فیزیولوژیک در زمان چهار هفته پس از اتمام مداخله اختلاف معنی‌داری نشان داد (به ترتیب

میانگین ترس از زایمان به تفکیک سه گروه کنترل، آموزش زایمان فیزیولوژیک و گروه مشاوره شناختی به ترتیب $4/77$ ، $74/58 \pm 6/17$ ، $75/48 \pm 7/50$ ، $76/14 \pm 7/50$ در زمان قبل از شروع مداخله بود. در گروه مشاوره شناختی در زمان چهار هفته پس از اتمام مداخله میانگین نمره ترس با فاز قبل از شروع مطالعه ($P=0/001$) و هم با سطح ترس مربوط گروه-های کنترل و زایمان فیزیولوژیک در زمان چهار هفته پس از اتمام مداخله اختلاف معنی‌داری نشان داد (به ترتیب

جدول ۳- مقایسه‌ی نمره حاصله از ارزیابی ترس از زایمان افراد بین گروه‌های مختلف در نوبت‌های اول، دوم و سوم مطالعه بر

اساس آزمون ANOVA

مقدار P	انحراف معیار	میانگین امتیاز	گروه	
0/44	7/50	76/14	مشاوره شناختی	سن (سال) ترس از
	6/17	75/48	زایمان فیزیولوژیک	زایمان در زمان
	4/77	74/58	کنترل	قبل از شروع مداخله
0/47	7/66	74/18	مشاوره شناختی	ترس از زایمان در
	5/52	74/44	زایمان فیزیولوژیک	زمان اتمام مداخله
	7/22	74/73	کنترل	
0/001	4/76	70/48	مشاوره شناختی	ترس از زایمان در
	8/65	74/20	زایمان فیزیولوژیک	چهار هفته بعد از
	7/34	75/15	کنترل	اتمام مداخله

کرده بود؛ ولی این کاهش در گروه مشاوره شناختی در زمان چهار هفته پس از اتمام مداخله هم با زمان قبل از شروع مطالعه و هم با سطح افسردگی مربوط به گروه‌های کنترل و آمادگی زایمان فیزیولوژیک در چهار هفته پس از اتمام مداخله اختلاف معنی‌داری نشان داد (به ترتیب $P=0/007$ و $P=0/001$) (جدول ۴).

میانگین امتیاز افسردگی بارداری برای سه گروه کنترل، آمادگی زایمان فیزیولوژیک و گروه مشاوره شناختی به ترتیب $3/51 \pm 12/90$ ، $3/30 \pm 12/66$ ، $1/57 \pm 12/22$ در زمان شروع مطالعه بود که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشت ($P=0/4$). در هر دو گروه مشاوره شناختی و آمادگی زایمان فیزیولوژیک سطح افسردگی در اتمام مداخله و چهار هفته پس از اتمام مداخله کاهش پیدا

جدول ۴- مقایسه‌ی نمره حاصله از ارزیابی افسردگی افراد بین گروه‌های مختلف در نوبت‌های مختلف مطالعه بر اساس آزمون

ANOVA			
مقدار P	انحراف معیار	میانگین امتیاز	گروه
۰/۴۰	۳/۵۱	۱۲/۹۰	مشاوره شناختی
	۳/۳۰	۱۲/۶۶	زایمان فیزیولوژیک
	۱/۵۷	۱۲/۲۲	کنترل
۰/۱۸	۱/۵۲	۱۱/۵۸	مشاوره شناختی
	۳/۲۴	۱۲/۶۰	زایمان فیزیولوژیک
	۳/۱۷	۱۲/۲۷	کنترل
۰/۰۱	۱/۹۷	۱۱/۳۶	مشاوره شناختی
	۲/۵۳	۱۲/۳۲	زایمان فیزیولوژیک
	۱/۹۳	۱۲/۵۸	کنترل

امتیاز افسردگی در مرحله قبل از شروع مداخله

امتیاز افسردگی پس از اتمام مداخله

ترس از زایمان در چهار هفته بعد از اتمام مداخله

تکراری نشان داد که به مرور زمان به دنبال اجرای مداخله مشاوره شناختی کاهش معنی‌داری در سطح ترس و افسردگی زنان ایجاد می‌شود ($P=0/006$).

پایان مداخله نسبت به زمان قبل از مداخله معنی‌دار نبود. در گروه کنترل در طی زمان اجرای مطالعه نه تنها میانگین نمره ترس و افسردگی کاهش نیافته بود، بلکه افزایش نیز پیدا کرده بود که میزان این افزایش هم برای ترس و هم برای افسردگی نه در پایان مداخله و نه در چهار هفته پس از پایان مداخله نسبت به زمان شروع مداخله معنی‌دار نبود. نتایج مقایسه میانگین نمره ترس و افسردگی بین سه گروه در پایان مداخله و چهار هفته پس از پایان مداخله نشان داد که میانگین نمره ترس و افسردگی در گروه مشاوره شناختی در چهار هفته پس از پایان مداخله نسبت به گروه شرکت‌کننده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان و گروه کنترل دارای

نتایج مربوط به مقایسه امتیازهای مربوط به سطح ترس و افسردگی زنان درون گروه‌ها، با مقایسه میانگین نمره ترس مربوط به زمان شروع، اتمام مداخله و چهار هفته پس از اتمام مداخله با استفاده از آزمون آنالیز واریانس اندازه‌های

بحث

در این مطالعه که با هدف تعیین تأثیر مشاوره شناختی و کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر ترس از زایمان و افسردگی در زنان نخست‌زا اجرا شد، مشاوره شناختی منجر به کاهش میانگین نمره ترس از زایمان و افسردگی دوران بارداری در زنان شرکت‌کننده در مطالعه شد و میزان این کاهش در زمان پایان مداخله نسبت به زمان قبل از مداخله غیر معنی‌دار و در چهار هفته پس از پایان مداخله نسبت به زمان قبل مداخله معنی‌دار بود. در گروه شرکت‌کننده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان هم به دنبال شرکت در کلاس‌های مذکور و طی نمودن آموزش‌های مرتبط، کاهش میانگین نمره ترس و افسردگی دیده شد، اما میزان این کاهش نه در زمان پایان مداخله و نه در چهار هفته پس از

اجرای مداخله ۱/۵ ماه (۶ هفته و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و پیگیری اثرات مداخله تا چهار هفته پس از اتمام مداخله بود. در مطالعه آنان مداخله برای یک دوره ۲ ماهه (۸ هفته) قادر بوده سطح ترس زنان را به طور معنی‌داری کاهش دهد. در هر دو مطالعه ارزیابی سطح ترس در زنان نخست‌زا صورت گرفته است. در مطالعه حاضر حجم نمونه افراد مورد مطالعه بسیار بالاتر از مطالعه آنان بود. در هر حال دو مطالعه اثرات مشابهی را برای مداخله شناختی بر سطح ترس نشان داده‌اند.

در مطالعه دیگری که یافته‌هایی همسو با یافته‌های مطالعه حاضر در خصوص تأثیر مشاوره شناختی بر سطح ترس در آن گزارش شده، می‌توان به مطالعه قضایی و همکاران در سال ۱۳۹۷ (۱۱) اشاره کرد. در مطالعه مذکور بررسی اثربخشی مشاوره روانشناختی در مقایسه با آموزش روانی روحی در کنار گروه کنترل مطالعه شده است. در مطالعه آنان هم همراستا با مطالعه حاضر عنوان شده که مشاوره شناختی هم منجر به کاهش ترس و هم کاهش ترس از درد زایمان می‌شود. در مطالعه حاضر تأثیر مداخله مشاوره شناختی هم بر کاهش سطح ترس و هم کاهش افسردگی ارزیابی شد. مطالعه آنان اضافه بر مطالعه حاضر نشان داده که مشاوره شناختی رفتاری منجر به بهبود توانمندی زنان در کنترل خود، افزایش خودکارآمدی آنان در فائق آمدن بر مشکلات در طی بارداری و افزایش قدرت تصمیم‌گیری برای انتخاب زایمان طبیعی می‌گردد. در هر دو مطالعه از یک نوع ابزار یکسان برای ارزیابی و سنجش سطح ترس از زایمان استفاده شده است. در مطالعه حاضر شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک در کنار گروه کنترل برای مقایسه با مداخله اصلی یعنی مشاوره شناختی مورد ارزیابی و بررسی قرار گرفت، در حالی که در مطالعه قضایی و همکاران آموزش روانی روحی در کنار گروه کنترل مورد مقایسه با مداخله اصلی یعنی مشاوره شناختی رفتاری بوده است. همان‌طور که در این مطالعه شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان توانسته منجر به کاهش

اختلاف معنی‌داری است؛ ولی در پایان مداخله با دو گروه مذکور اختلاف معنی‌داری ندارد.

مطالعه حاضر صرفاً به بررسی تأثیر مشاوره شناختی در کاهش ترس و افسردگی زنان باردار پرداخته و در مطالعات دیگری که به دنبال یافتن راه‌حل‌هایی برای کاهش سطح ترس بوده‌اند، می‌توان به مطالعه قلعه‌خانی و همکاران (۳)، مطالعه قضایی و همکاران (۱۲)، مطالعه وکیلان و همکاران (۷)، مطالعه مؤمنی و همکاران (۲۱) و مطالعه تاتا و همکاران (۱۴) اشاره کرد که به بررسی تأثیر مشاوره شناختی رفتاری پرداخته‌اند. مطالعه نجفی و همکاران (۱۵)، مطالعه قهرمانی و همکاران (۱۶) نیز به بررسی تأثیر شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان در کاهش ترس پرداخته‌اند. از مطالعات خارجی هم می‌توان به مطالعه Uçar در سال ۲۰۱۹ (۲۲) و Ternström در سال ۲۰۱۷ (۲۳) اشاره کرد که به تأثیر مشاوره شناختی رفتاری در کاهش ترس از زایمان پرداخته‌اند. مطالعاتی هم چون مطالعه Serçekuş در سال ۲۰۱۶ (۲۴) و Erkaya در سال ۲۰۱۶ (۱) از جمله مطالعاتی هستند که به تأثیر شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان در دوران بارداری و قبل از زایمان در کاهش ترس و افزایش خودکارآمدی پرداخته‌اند. در مطالعات مذکور شرکت در ۸ جلسه آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای منجر به نمره ترس پائین‌تر و خودکارآمدی بالاتری در زنان شرکت‌کننده شده است.

در مطالعه حاضر یافته‌ها نشان داد که مداخله مشاوره شناختی قادر به کاهش سطح ترس از زایمان است و تأثیر آن به ویژه در چهار هفته پس از اتمام مداخله به طور معنی‌داری بین گروه‌ها دیده می‌شود. یافته‌های حاضر همسو با یافته‌های به دست آمده از مطالعه قلعه‌خانی و همکاران (۳) است که در مطالعه مذکور نیز مانند مطالعه حاضر از پرسشنامه ویجیما برای ارزیابی سطح ترس بهره گرفته شده است. در مطالعه مذکور هم تأثیر مشاوره شناختی بر کاهش ترس از زایمان معنی‌دار دیده شده است. هر چند تفاوت‌هایی در نحوه اجرای دو مطالعه دیده می‌شود. در مطالعه فعلی طول مدت

برای زایمان، اجرای مطالعه با حجم نمونه نسبتاً بالاتر اشاره کرد. از نقاط ضعف مطالعه می‌توان به عدم امکان برگزاری جلسات مشاوره به صورت حضوری و فردی به ترتیب به دلیل شیوع کرونا و طولانی شدن دوره مطالعه اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

در نهایت نتیجه کلی که از این مطالعه می‌توان گرفت این است که مشاوره شناختی به طور مؤثر و قابل توجهی می‌تواند منجر به کاهش سطح ترس زنان از زایمان گردد و آنان را در درک واقعیت‌ها و فائق آمدن بر مشکلات روحی، روانی و رفتاری توانمند سازد. دیگر اینکه شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان با پروتکل فعلی که به صورت آموزش‌های عمومی برای آماده کردن زنان برای انجام یک زایمان طبیعی، ایمن و فیزیولوژیک ارائه می‌گردد، می‌تواند در کاهش ترس نقش داشته باشد؛ ولی نمی‌توان اثرات قابل توجهی را از آن انتظار داشت.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ماماها می‌توانند پس از طی نمودن دوره‌های آموزشی مربوط به این نوع مشاوره و اخذ گواهی‌ها و مجوزهای مرتبط، از این نوع مداخله برای کاهش ترس از زایمان و احتمالاً سایر مشکلات همراه از جمله استرس، اضطراب و افسردگی بهره‌گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری جهت بررسی اثربخشی این نوع مشاوره توسط ماماها اجرا شود. همچنین مطالعات دیگری با سایر گروه‌های شغلی از جمله مراقبین سلامت، پرستاران و روانشناسان شاغل در مراکز بهداشتی انجام شود و تفاوت اثر آن در حیطه‌های مختلف شغلی مقایسه شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی بوده که پس از تأیید توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با کد IR.KUMS.REC.1399.139 اجرا شده است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و

سطح ترس و سطح افسردگی در زنان شود؛ ولی تأثیرات ایجاد شده از نظر آماری معنی‌دار نبود، در مطالعه آنان هم آموزش روانی نتوانسته بود به اندازه‌ای کاهش در ترس و افزایش خودکارآمدی زنان ایجاد کند که منجر به انتخاب زایمان طبیعی توسط آنان گردد. از جمله تفاوت‌های بین دو مطالعه می‌توان به حجم نمونه استفاده شده و نحوه اجرای مداخله اشاره کرد. در مطالعه آنان در هر گروه تنها ۱۸ نفر وارد مطالعه شده بودند، در حالی که در مطالعه فعلی در هر گروه به طور متوسط ۵۰ نفر وارد مطالعه شدند. در مطالعه آنان جلسات مشاوره در قالب ۹ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بود، در حالی که در مطالعه حاضر مداخله در قالب ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. در مطالعه آنان متوسط سطح ترس زنان بسیار بالاتر از مطالعه فعلی گزارش شده است که می‌توان دلیل آن را وارد کردن هر دو دسته زنان با سطح ترس بالینی و غیر بالینی در مطالعه اشان دانست. این در حالی است که در مطالعه فعلی تنها زنان با سطح ترس غیر بالینی (با امتیاز ترس زیر ۸۵ بر اساس پرسشنامه ویجیما) وارد مطالعه شدند.

از مطالعاتی که در خارج از ایران در خصوص بررسی راهکارهای کاهش ترس از زایمان زنان انجام شده، می‌توان به مطالعه Uçar و همکاران در سال ۲۰۱۹ (۲۲) و Ternström و همکاران در سال ۲۰۱۷ (۲۳) اشاره کرد که در مطالعه مذکور آنان تأثیر مشاوره رفتاری درمانی را در مقایسه با آموزش روانی در مقایسه با گروه کنترل روی کاهش سطح ترس از زایمان مورد مطالعه قرار داده‌اند. یافته‌های مطالعه آنان نیز همسو با مطالعه حاضر تأثیر مشاوره رفتاری را در کاهش ترس زنان مؤثر شناسایی کرده و نیز عنوان شده که به دنبال مداخله مذکور امتیاز خودکارآمدی زنان نیز افزایش پیدا کرده است. علاوه بر این از نقاط قوت و مشابهت‌های دیگر مطالعه مذکور با مطالعه حاضر را می‌توان به ارزیابی تأثیر مداخله در فازهای مختلف پس از اتمام مداخله مانند مطالعه فعلی دانست.

از نقاط قوت در مطالعه حاضر می‌توان به سنجش اثربخشی مشاوره شناختی در مقایسه با شرکت در کلاس‌های آمادگی

مراکز بهداشتی درمانی شهری ایلام و به‌ویژه ماما‌های مراکز مذکور که در اجرای این مطالعه ما را همکاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

دانشگاه علوم پزشکی ایلام، معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، واحد بهداشت خانواده مرکز بهداشت ایلام، زنان باردار شرکت‌کننده، کارکنان محترم

منابع

1. Erkaya R, Karabulutlu Ö, Çalık KY. Defining childbirth fear and anxiety levels in pregnant women. *Procedia Soc Behav Sci*. 2017;237:1045-52.
2. Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. *J Anxiety Disord*. 2016;44:80-91.
3. Ghalekhani Safat S, Iravani M, Sayah Bargard M, Latify M. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy-Based Self-Management Intervention on Labor Outcome in Nulliparous Women. *J Maz Univ Med Sci*. 2018;28(160):123-32.
4. Eskandari Z. The effect of Self-efficacy based Consultation on the fear of childbirth among nulliparous women [dissertation]. Hamedan: Nursing and Midwifery School, Hamedan University of Medical Sciences; 2016: 10-25 [In Persian].
5. Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*. 2015;31(1):239-46.
6. Nasiry F, Sharifi S. Relationship between fear of childbirth and personality type in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2013;16(66):18-25.
7. Vakilian C. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy focused on Self-esteem on Fear of Childbirth in Nulliparous women [dissertation]. Arak: Nursing and Midwifery School, Arak University of Medical Sciences; 2015; 1 (1): 14-20 [In Persian].
8. Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *Int J Obstet Gynaecol*. 2012;119(10):1238-46.
9. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*. 2014;30(2):145-8.
10. Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmaili H. Relationship between Intensity of fear of Childbirth with choosing mode of delivery in Primiparous Women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2017;20(5):68-75.
11. Ghazaei M, Davodi I, Neysi A, Mehrabizadeh Honarmand M, Basak Nejad S. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and psycho-education on fear of natural childbirth and its related variables. *J Appl Psychol*. 2018;12(1):103-25.
12. Ghazaie M, Davoodi I, Neysi A, Mehrabizadeh Honarmand M, Bassak Nejad S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of childbirth, fear of pain, self-efficacy of childbirth and tendency to caesarean in nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2016;19(31):1-12.

13. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J Clin Nurs*. 2009;18(5):667-77.
14. Tata N, Esmaeilpour K, Najafzadeh N, NaderMohammadi M, Mirghafourvand M. The effect of counseling with Beck's cognitive therapy on anxiety and childbirth fear: a randomized controlled clinical trial. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2022;10(2):1-12.
15. Najafi F, Abouzari-Gazafroodi K, Jafarzadeh-Kenarsari F, Rahnama P, Gholami Chaboki B. Relationship between attendance at childbirth preparation classes and fear of childbirth and type of delivery. *HAYAT*. 2016;21(4):30-40.
16. Ghahrameni j, valizadeh bahroz m. Evaluating the role of pregnant women participation in prenatal education classes in choosing the type of delivery in Zanjan hospitals. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2016;14(7):658-64.
17. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015;15(1):284-92.
18. Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, Åstedt- Kurki P. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first- time mothers: an RCT. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(2):293-301.
19. Golzar Ak, Zoleikh G. Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. *IJPN*. 2015;3(11):1-10.
20. Ahmadi kani Golzar A, GoliZadeh Z. Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. *IJPN*. 2015;3(3):1-10.
21. Momeni E. Effectiveness of group psychological counseling on the level of pregnancy anxiety and fear of vaginal delivery in pregnant women attending clinics in the city of Kerman [dissertation]. Kerman: School of Nursing & Midwifery, Kerman University of Medical Sciences; 2017; 6-22 [In Persian].
22. Uçar T, Golbasi Z. Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2019;40(2):146-55.
23. Ternström E, Hildingsson I, Haines H, Karlström A, Sundin Ö, Ekdahl J, et al. A randomized controlled study comparing internet-based cognitive behavioral therapy and counselling by standard care for fear of birth—a study protocol. *Sex Reprod Health*. 2017;13:75-82.
24. Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*. 2016;34:166-72.