مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۲، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۳
صفحه: ۹۸۰-۹۷۴

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 22, No. 1, Mar-Apr 2014
Pages: 974-980

تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب زایمان طبیعی نخست

رقیه ایمان پرست*[۱]، حامد برماس[۲]، عصمت دانش[۳]، زرین آجودانی[۴]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، البرز، ایران
۲- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، البرز، ایران
۳- دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، البرز، ایران
۴- استادیار گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، البرز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۳/۲

چکیده

مقدمه: اضطراب به عنوان یک عامل بازدارنده و تأثیرگذار بر سیر زایمان طبیعی شناخته شده است. به علت عدم وجود مطالعات مشابه، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب زایمان طبیعی نخست طراحی گردید.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی بر ۴۰ زن نخستزا با سن بارداری شش ماه که سابقه سقط و ناباروری نداشتند، انجام گردید. افراد پس از تکمیل فرم رضایتنامه با استفاده از آزمون اضطراب بک مورد بررسی قرار گرفتند و میزان اضطراب آنها سنجیده شد و سپس به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره تقسیم شدند. آزمودنیهای گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه درمان انفرادی شناختی رفتاری قرار گرفتند. یک هفته قبل از زایمان و ۲۰ روز بعد از زایمان، آزمون اضطراب مجدداً اجرا شد. دادههای جمعآوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و نرمافزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میانگین نمره اضطراب بک در ابتدای سه ماهه سوم بارداری در گروه آزمایش ۳۴/۱۶، در پس آزمون ۸/۶۸ و در پیگیری ۷/۷۹ بود و تفاوت معنیدار بود ($p<۰/۰۱$). این میزان در گروه کنترل در ابتدای سه ماهه سوم ۳۴/۰۵، در پس آزمون ۳۴/۵۳ و در پیگیری ۲۶/۸۹ بود که تفاوت معنیداری نداشتند.

نتیجهگیری: درمان شناختی رفتاری موجب کاهش اضطراب زایمان طبیعی نخست میشود و تأثیر آن بعد از زایمان نیز باقی میماند. بر این اساس این درمان جهت کاهش اضطراب زنان نخستزا پیشنهاد میگردد.

واژههای کلیدی: بارداری، سقط، ناباروری، زایمان طبیعی

*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۲۶۴۳۷۲۶۲، پست الکترونیکی: imanparast_psy@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

اضطراب عبارت است از احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم دلواپسی که غالباً همراه با علایم جسمانی (تعریق، طپش قلب، تنگی قفسه سینه، سردرد) است(۱). در سبب شناختی اضطراب، عوامل ژنتیکی، محیطی، بیولوژیکی، روانی و اجتماعی مطرح می‌باشند(۲). تحریک سیستم عصبی خودکار مادر باردار به دلیل وجود اضطراب موجب انقباض عضلات صاف شریان‌های رحمی، جفتی شده و در نتیجه کاهش جریان خون رحمی می‌شود در نتیجه این واکنش عصبی، میزان اکسیژن رسانی به رحم کاهش می‌یابد. کاهش میزان اکسیژن وارده به رحم موجب غیرطبیعی شدن الگوی ضربان قلب جنین می‌شود(۳). عوامل روانی اجتماعی از جمله اضطراب بر زمان زایمان تأثیرگذار می‌باشند و می‌تواند منجر به زایمان زودرس و عوارض حاصل از آن برای مادر و نوزاد گردد(۴). حوادث استرس‌زا و عدم مدیریت مناسب آنها، از طریق افزایش هورمون‌های استرس موجود در بدن مانند هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین و کورتیزول با مکانیسم کاهش جریان خون رحمی و شروع انقباضات رحمی می‌توانند موجب زایمان پیش از موعد گردند(۵). هورمون‌هایی که در پاسخ به اضطراب ترشح می‌شوند، می‌توانند موجب اختلال در پیشرفت اتساع دهانه رحم گردند و همچنین موجب کاهش قدرت عضلات صاف رحمی و کارایی آن در روند زایمان شود و نهایتاً موجب طولانی شدن زایمان و افزایش درد زایمان شوند(۶). از سوی دیگر، مادر مضطرب قادر به همکاری مناسب با کارکنان بیمارستان برای زایمان نیست. افزایش مدت زمان زایمان مکن است عوارض مختلفی برای مادر داشته باشد که مهمترین آنها احتمال پارگی رحمی، افزایش خونریزی زایمانی و احتمال آتونی رحمی بعد از زایمان می‌باشد(۷). برای کاهش اضطراب زایمان از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود، از جمله مشاوره روانی، استفاده از موسیقی، درمان شناختی رفتاری و ارتباط با افرادی که قبلاً تحت همان شرایط بودند(۸). درمان شناختی رفتاری، نوعی روان درمانی ساختاریافته کوتاه مدت است که از مشارکت فعال مراجع و درمانگر برای رسیدن به اهداف کمک می‌گیرد و گرایش آن به مسائل جاری و حل آنها است. مطالعات مرتبط بیانگر تأثیر درمان شناختی زفتاری بر روی اضطراب موارد خاص است از جمله می‌توان به مؤثر بودن این درمان بر اضطراب خانم‌های تحت درمان تلقیح داخل رحمی اشاره نمود(۹). همچنین گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه به صورت شناخت طرحواره‌های منفی و استفاده از شیوه پیکان عمودی مؤثر واقع شده است(۱۰). در پژوهشی دیگر نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری به عنوان یک روش درمانی تجربی بر اختلالات اضطرابی بسیار مؤثر است و موجب کاهش سطح اضطراب می گردد(۱۱). در پژوهشی دیگر که اثر درمان شناختی رفتار و استفاده از آرام‌سازی عضلانی در بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار گرفت، نشان داده شد که هر دو روش بر کاهش اضطراب فراگیر مؤثر است اما اثربخشی درمان شناختی رفتاری بالاتر از آرام-سازی عضلانی می‌باشد به عبارتی تغییر باورهای اشتباه و جایگزین نمودن آنها با شناخت‌های صحیح و منطقی، کارایی بالایی در کنترل اضطراب دارند(۱۲).

با توجه به محدود بودن مطالعات مرتبط و اهمیت پیشگیری از اضطراب و سوق دادن مادران به سمت زایمان طبیعی و با در نظر گرفتن این مسئله که تاکنون مطالعه‌ای در خصوص تأثیر درمان شناختی رفتاری بر اضطراب زایمان طبیعی نخست منتشر نشده است، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب زایمان طبیعی نخست در دو مرکز مراجعه مادران باردار انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون، پس آزمون با اندازه‌گیری‌های مکرر در دو گروه آزمون و شاهد انجام شد که دیاگرام آن به صورت زیر بود:

MG_1	T1	X	T2	T3
MG_2	T1	X-	T2	T3

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

جامعه آماری پژوهش کلیه مادران باردار مراجعه‌کننده به دو مرکز کنترل زنان باردار با سن بارداری شش ماه دارای پرونده برای بارداری اول بودند که سابقه سقط و ناباروری نداشتند. در نهایت ۴۰ مادر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و پس از کسب رضایت از مادران و اجرای تست اضطراب در طرح نهایی وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری در قالب گروه آزمایش و گروه کنترل قرار داده شدند.

با استناد به کتاب‌های روش‌های تحقیق و آمار، مبنی بر اینکه در تحقیق همبستگی حجم نمونه حداقل ۳۰، در تحقیق علی آزمایشی حداقل ۱۵، در تحقیق توصیفی، زمینه یابی و پیمایشی حداقل ۱۰۰ نفر و در تحقیقاتی که نیاز به طبقه‌بندی جامعه دارند، حداقل نمونه هر طبقه بین ۲۰ تا ۵۰ نفر باید در نظر گرفته شود. بر این اساس و در نظر گرفتن احتمال ریزش، حجم نمونه ۲۰ در نظر گرفته شد.

آزمون اضطراب بک، پرسشنامه خود گزارش دهی است که در سال ۱۹۹۰ توسط آیرون بک معرفی شد و شامل بیست و یک ماده می‌باشد. آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که هر گزینه نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب کردند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علایم شایع اضطراب را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نمره ۰ تا ۷ بیانگر هیچ یا کمترین حد اضطراب؛ ۸ تا ۱۵، اضطراب خفیف؛ نمره ۱۶ تا ۲۵، اضطراب متوسط و نمره ۲۶ تا ۶۳، اضطراب شدید را نشان می‌دهد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد(۱۳).

آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه درمان انفرادی شناختی رفتاری قرار گرفتند. به این صورت که هر کدام از آنها هفته‌ای یکبار و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه، تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. ساختار جلسات عبارت بودند از معارفه و آشنایی، خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی، ایجاد یک رابطه درمانی خوب همراه با همدلی و گوش دادن فعال، آشنایی با مفهوم اضطراب، فواید درمان شناختی رفتاری، ارایه برگه حالت‌های اضطرابی، آشنایی با روند زایمان طبیعی، آشنایی با افکار خودآیند منفی، طرحواره‌های شناختی، مثلث شناختی، خطاهای منطقی و ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار، چالش کلامی، آموزش شیوه پیکان عمودی، تجدید نظر در باورها، نگرش‌های منفی و اضطراب آور، جایگزین نمودن افکار مثبت، آموزش آرام‌سازی عضلانی و تصویرسازی یک محیط آرام بخش، ایجاد الگوی ذهنی مثبت و در نهایت آمادگی برای خاتمه درمان و پیشگیری از برگشت بود. یک هفته قبل از زایمان، آزمون اضطراب بک بر روی مادران مجدداً اجرا شد. همچنین۲۰ روز بعد از زایمان نیز آزمون مجدداً اجرا شد تا میزان ثبات درمان بررسی شود. ۱ نفر از گروه آزمایش و ۱ نفر از گروه کنترل به دلیل عوارض بارداری از مطالعه خارج شدند و تجزیه و تحلیل نهایی بر روی ۱۹ نفر از گروه آزمایش و ۱۹ نفر از گروه کنترل انجام شد. برای حذف اثر پیش‌آزمون و به علت وجود گروه کنترل داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و نرم افزار آمار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

نتایج

بر اساس یافته‌های مندرج در جدول ۱، مقایسه نمرات اضطراب دو گروه مداخله و کنترل در اوایل سه ماهه بارداری، یک هفته قبل و بیست روز پس از زایمان در جدول ۱ و ۲ و ۳ ارائه شده و نشان می‌دهد که قبل از مداخله یعنی در اوایل سه ماهه سوم بارداری، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشته است.

طبق جدول ۱، تفاوتی در میانگین نمره اضطراب گروه بدون

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مداخله در اوایل سه ماهه سوم بارداری، یک هفته قبل و بیست روز پس از زایمان وجود نداشته است، اما این میزان در گروه تحت درمان شناختی رفتاری در زمان‌های مذکور از تفاوت معنی‌داری برخوردار بوده است($p<۰/۰۱$).

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مربوط به گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه‌ها	پیش آزمون (میانگین ± انحراف معیار)	پس آزمون (میانگین ± انحراف معیار)	پیگیری (میانگین ± انحراف معیار)
اضطراب	آزمایش	۵/۸۸±۳۴/۱۶	۲/۶۰±۸/۶۸	۱/۶۵±۷/۷۹
	کنترل	۵/۸۵±۳۴/۰۵	۴/۷۵±۳۴/۵۳	۴/۴۴±۲۶/۸۹

جدول ۲ : نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به اثر مداخله بر اضطراب در پس‌آزمون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P-Value	اتا
تغییرات بین گروهی	۲۵۵/۲۰	۲۵۵/۲۰	۳۲/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸
تغییرات درون گروهی	۶۳۶۷/۱۷	۶۳۶۷/۱۷	۸۱۴/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
خطا	۲۷۳/۶۳	۷/۸۱			
کل	۲۴۶۱۱				

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به اثر مداخله بر اضطراب در مرحله پیگیری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P-Value	اتا
تغییرات بین گروهی	۱۰۹/۶۹	۱۰۹/۶۹	۱۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۲۷
تغییرات دورن گروهی	۳۴۷۸/۶۸	۳۴۷۸/۶۸	۴۱۲/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۲
خطا	۲۹۵/۲۵	۸/۴۳			
کل	۱۵۳۰۱				

بحث و نتیجه گیری

در دوران بارداری و در طی زایمان، اضطراب یکی از معضلاتی است که مادر با آن درگیر می‌باشد. شایع‌ترین علت اضطراب مادر، عدم اعتماد به عامل زایمان و ترس از زایمان است که می‌تواند موجب طولانی شدن مدت زمان زایمان و در نتیجه موجب آسیب به مادر و جنین گردد که علل ایجادکننده اضطراب تا حدود زیادی با دادن آموزش‌های مناسب به مادر قابل کاهش هستند(۶). در پژوهش حاضر، وجود تفاوت در گروه آزمایش و گروه کنترل که نتیجه تغییر نگرش‌ها و باورهای غلط مادران باردار و جایگزین شدن عقاید منطقی است، بیانگر اثربخشی مناسب درمان شناختی رفتاری در کنترل اضطراب مادران می‌باشد. مطالعه‌ای دیگر نشان داد که مشاوره می‌تواند موجب کاهش اضطراب در سه ماهه سوم بارداری در مادران باردار شود(۸). بر اساس نظریه شناختی اختلال‌های اضطرابی تعمیم یافته از باورهای نامناسب و باورهای بنیادی غیرمنطقی ناشی می‌شوند که بر چگونگی تفسیر از رویدادها مؤثر است و واکنش‌های هیجانی نامتناسبی را در پی دارد(۱۴). نظریه زیرساز شناخت درمانی، بیان می‌کند بیماران به این دلیل بهبود می‌یابند که از تفکرهای منفی خود فاصله می‌گیرند و در فعالیت‌ها شرکت می‌کنند تا به حس تسلط دست یابند. این امر منطبق بر نتایج پژوهشی تحت عنوان شناخت درمانی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی و اضطراب می‌باشد که بیان‌کننده اثربخشی این شیوه درمانی در کاهش اضطراب است و نتایج حاصل از پژوهش مذکور با نتایج مطالعه حاضر هم جهت است(۱۵). در پژوهشی دیگر که به صورت سه جلسه دو ساعته صورت گرفته بود و به مادران آموزش‌هایی در مورد تغییرات فیزیولوژیک بارداری، تکنیک‌های تنفسی حین زایمان و مراحل زایمان داده شده بود، بیان شده است که این جلسات میزان اضطراب مادر را در بارداری و حین زایمان کاهش داده است(۱۶). در واقع این مطالعه بیانگر تأثیرات شناختی روانی آموزش‌های مرتبط با زایمان در جهت کاهش اضطراب است که با نتایج پژوهش کنونی مبنی بر تأثیرات مثبت آموزش مراحل زایمانی، شناخت مادر و بازخوردهای زیستی هم جهت می‌باشد. در مطالعه‌ای دیگر که بر روی زنان نابارور به صورت دادن شناخت‌های مرتبط، آموزش آرام‌سازی عضلانی، کاهش و کنترل تعداد تنفس صورت گرفت، نشان داده شد که این مداخله با ایجاد تغییرات فیزیولوژیک هماهنگ، موجب کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک شده و در نهایت منجر به کاهش اضطراب گروه آزمایش می‌گردد(۹). در خانم‌های نابارور که دارای اضطراب خیف تا متوسط هستند، به نظر می‌رسد آموزش و به کاربستن آرام‌سازی عضلانی به همراه سایر شیوه‌های درمان شناختی رفتاری، موجب کاهش و پیشگیری حمله اضطراب می‌گردد(۱۷) که در مطالعه حاضر نیز آموزش آرام‌سازی، آگاه نمودن و دادن شناخت‌های لازم در رابطه با مراحل و تغییرات قبل و حین زایمان، شیوه مواجهه با این تغییرات، آگاهی از علل این تغییرات و دادن بازخوردهای زیستی مناسب موجب کاهش اضطراب گروه آزمایش گردید که اثر درمانی آن بعد از زایمان نیز پا بر جا مانده است. یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر کاهش اضطراب در طی ده جلسه درمان شناختی رفتاری، تأیید دیگری بر مفید بودن این روش درمان است. وجود تفاوت در گروه آزمایش و گروه کنترل، پس از اجرای درمان شناختی رفتاری می‌تواند بدین گونه تبیین شود که اختصاص دادن جلسات درمانی به مسایلی چون رابطه افکار و احساسات، چالش کلامی و آرام‌سازی عضلانی توانسته است به آزمودنی‌ها در کنترل اضطراب کمک کند. مطالعه حاضر در مورد اضطراب زایمان مادران نخست‌زا صورت گرفت و افراد مورد بررسی، افراد سالم بودند، در نتیجه یافته‌های پژوهش حاضر قابل تعمیم به تمام مادران نخست‌زا که ممکن است در شرایط بیماری باشند، نمی‌باشد. همچنین این نتایج قابل تعمیم به مادرانی که سابقه ناباروری، سقط، زایمان قبلی داشته‌اند، نمی‌باشد. درمان شناختی رفتاری بر روی مادران نخست‌زا در ابتدای سه ماهه سوم بارداری مؤثر و موجب کاهش اضطراب آنها می‌گردد. این روش درمانی موجب تغییرات بنیادین در باورها، نگرش‌ها، احساسات، افکار و هیجان‌های فرد می‌شود که می‌تواند موجب گردد مراجعین گروه آزمایش، راه‌های سازگارانه‌تری در برخورد با اضطراب را بیاموزند که در نهایت منجر به ایجاد سبک تفکر و رفتار سازگارانه‌تر در برخورد با مسائل اضطراب‌آور خواهد شد. با توجه به سادگی، غیرتهاجمی بودن و اثرات بزرگ و مؤثر این درمان در کاهش اضطراب مادران نخست‌زا، استفاده از این شیوه درمانی برای مادران نخست‌زا توصیه می‌گردد تا با شناخت‌های مناسب و حداقل اضطراب با فرآیند زایمان روبرو گردند.

References:

1- Ghalebandi M, ***Clinical psychotherapy for medical students and general practitioners***. Tehran: Nashre Tayeb 2007. [Persian]

2- Seligman M. ***Abnormal psychology, psychopathology.*** Trans Seyed Mohamadi Y. Tehran: Nashre Savalan; 1999. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

3- Arai YC, Ueda W, Ushida T, Kandatsu N, Ito H, Komatsu T. ***Increased heart rate variability correlation between mother and child immediately pre-operation.*** Acta Anaesthesio lScand 2009; 53(5): 607-10.

4- Dayan C, Creveuil M, Marks MN, Conroy S, Herlicoviez M, Dreyfus M, et al. ***Prenatal depression, prenatal anxiety and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care.*** Psychosom Med 2006; 68 (6): 938-46.

5- Mancuso RA, Schetter CD, Rini CM, Roesch SC, Hobel CJ. ***Maternal prenatal anxiety and corticotrophin-releasing hormone associated with timing of delivery.*** Psychosom Med 2004; 66(5): 762-9.

6- Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. ***Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women.*** J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2009; 38(5): 567-76

7- Cunningham F. ***Williams obstetrics.*** Trans Ghazi Jahani B, Ghotbi R. Tehran: Golban; 2002. [Persian]

8- Delaram M, Soltanpour F. ***The effect of counseling in third trimester of pregnancy on anxiety of nulliparous women at the timeof admission for libor.*** Zahedan J Res Med Sci 2012; 14(2):61-5 [Persian]

9- Heidari P, Latifnejad R, Sahebi A, Jahaniyan M, Mazloum S. ***Impact of cognitive behaviour therapy on anxiety level of primary infertile women undergoing IUI.*** J Reprod Infertil 2002; 3(3): 40-51.

10- Pedram M, Mohamadi M, Naziri G, Ayinparast N. ***The effective of cognitive behavior therapy on the anxiety, depression in the women with cancer of breast***. J Women and Society 2010; 1(4): 61-76. [Persian]

11- Olatunji B, Cisler J, Deacon B. ***Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders,*** Psychiatric Clin North Am 2010; 33(3): 557-57.

12- Dugas M, Brillon P, Savard P, Turcotte J, Gaudent A, Ladoucrar R, et al. ***A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder.*** J Behavioral 2010; 41(1): 46-58.

13-Fathi A. ***Psychological tests, personality and mental health.*** Tehran: Nashre Besat; 2009. [Persian]

14- Dadsetan P. ***Developmental psychopathology from infancy through adoulthood***. Tehran: Samt; 1997. [Persian]

15- Kaviani H, Javaheri F, Bahiraei H. ***The effectiveness of Mindfulness based cognitive therapy on reduction of negative automatic thought, dysfunction attitude, depression and anxiety***. Advn Cognitive Sci 2006; 7(1): 49-59. [Persian]

16- Malekpour F, Salari P, Azar Pejouh H, Ismaeili H. ***Evaluation of the education module Preparing for childbirth, on the level of anxiety during pregnancy and labor in primigravida***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2005; 13(3): 44-39. [Persian]

17- Hachett M, Kemmann E, Cheron C. ***Upper gastrointestinal endoscopy: are preparatory interventions effective?.*** J Gastrointestinal Endoscopy 1998; 48(4): 341- 7.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

The Effect of Cognitive Behavior Therapy on Anxiety Reduction of First Normal Vaginal Delivery

Imanparast R(MA)*[*1], Bermas H(PhD)[2], Danesh E(PhD)[3], Ajoudani Z(MD)[4]

[1-3]*Department of Psychology, Azad University, Karaj Branch, Alborz, Iran*
[4]*Department of Midwifery, Azad University, Karaj Branch, Alborz, Iran*

Received: 13 Nov 2012 ***Accepted:*** 23 Mey 2013

Abstract

Introduction: Anxiety has an impressive effect on normal vaginal delivery. Since no study has been conducted in this regard, this research is designed to determine the effect of cognitive behavior therapy on the reduction of anxiety at first normal vaginal delivery.

Methods: A semi-experimental study was carried out on 40 nulliparous women with six months age of pregnancy and without abortion and infertility background. After the completion of testimonial, the rate of anxiety was evaluated by Beck anxiety inventory. Then the participants were randomly divided into two groups (20 persons in each group). The experimental group received ten sessions of individual cognitive behavior therapy. The test was carried out again a week before delivery and twenty days after it. The data analysis was accomplished by SPSS16 and Co-variance analysis test.

Results: At first the average of anxiety score in the experimental group was 34.16, in post test. 8.68 and in follow up test 7.79 and, thus the difference was meaningful($p<0.01$), whereas in the control group, this score, at first, was 34.05, in post test 34.53 and in follow up test 26.89, which did not show any meaningful difference.

Conclusions: Consequently the cognitive behavior therapy causes to decrease the anxiety with enduring effect at first normal vaginal delivery. Therefore, this treatment is proposed to reduce the anxiety of first delivery women.

Keywords: Abortion; Infertility; Normal Vaginal Delivery; Pregnancy

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

This paper should be cited as:
Imanparast R, Bermas H, Danesh E, Ajoudani Z. ***The effect of cognitive behavior therapy on anxiety reduction of first normal vaginal delivery***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 22(1): 974-80.

****Corresponding author: Tel: +98 9126437262, Email: imanparast_psy@yahoo.com***